

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES CON ASISTENCIA EN VIAJE PARA TURISMO

Condiciones Generales

El presente contrato forma parte del Registro Nacional de Información de Contratos de Seguros de Vida y de Accidentes Personales con Cobertura de Fallecimiento o de Muerte Accidental, creado mediante la Ley 29355.

Art. 1°.- PERSONAS Y LÍMITE DE EDAD ASEGURABLES

Podrán asegurarse bajo la presente Póliza, las personas naturales que sean incorporados como asegurados en la Póliza, que cumplan con los requisitos de asegurabilidad y cuya edad se encuentre dentro del rango siguiente:

- Edad mínima de ingreso a la póliza: Desde recién nacido.
- Edad máxima de ingreso a la póliza: 84 años y 364 días.

Art. 2°.- OBJETO DEL SEGURO

COBERTURAS PRINCIPALES

A. Muerte por accidente

Al fallecimiento de EL ASEGURADO a consecuencia de un accidente cubierto por la presente póliza, LA COMPAÑÍA pagará a los Beneficiarios designados la suma asegurada indicada en la Solicitud-Certificado, dando por terminado el contrato de seguro. En caso no haya un Beneficiario designado o la designación se haya declarado ineficaz o por cualquier caso queda sin efecto, LA COMPAÑÍA quedará obligada frente a los herederos legales.

B. Invalidez Parcial o Total Permanente por Accidente.

Si EL ASEGURADO sufre un accidente que dé lugar a su Invalidez Parcial o Total Permanente, siempre que la causa adecuada de dicha invalidez fuera un accidente amparado por la póliza, LA COMPAÑÍA pagará a EL ASEGURADO, en base a lo establecido en la Tabla de Indemnizaciones por Invalidez Permanente contenido en la presente póliza.

Se dará cobertura incluso cuando la invalidez se manifieste dentro de los dos (2) años siguientes a la fecha del accidente, sujeta a las condiciones de la presente póliza del seguro.

La invalidez derivada de un accidente deberá contar con un certificado y/o un Informe médico adicional que determine el menoscabo del Asegurado.

TABLA DE INDEMNIZACIONES POR INVALIDEZ PERMANENTE.

La COMPAÑÍA pagará la suma correspondiente al grado de Invalidez Permanente, basándose en la siguiente tabla de indemnizaciones:

	TIPOS DE INVALIDEZ		PORCENTAJES DE INDEMNIZACIÓN
	INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL:		
1	Estado absoluto e incurable de alienación mental que no permitiera al ocupante ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida.		100%
2	Fractura incurable de la columna vertebral que determinare la invalidez total y permanente.		100%
3	Pérdida Total de los Ojos		100%
4	Pérdida completa de los dos brazos o de ambas manos		100%
5	Pérdida completa de las dos piernas o de ambos pies		100%
6	Pérdida completa de un brazo y de una pierna o de una mano y una pierna		100%
7	Pérdida completa de una mano y un pie o de un brazo y de un pie		100%
	INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL:		
	CABEZA		
8	Sordera total e incurable de los dos oídos.		50%
9	Pérdida total de un ojo o reducción a la mitad de la visión binocular normal.		40%
10	Sordera completa incurable de un oído		15%
11	Ablación de la mandíbula inferior		50%
	MIEMBROS SUPERIORES	Derecho	Izquierdo
12	Pérdida de un brazo arriba del codo	75%	60%
13	Pérdida de un antebrazo (hasta el codo)	70%	55%
14	Pérdida de una mano (a la altura de la muñeca)	60%	50%
15	Fractura no consolidada de una mano (Seudoartrosis total)	45%	36%
16	Anquilosis del hombro en posición no funcional	30%	24%
17	Anquilosis del codo en posición no funcional	25%	20%
18	Anquilosis del codo en posición funcional	20%	16%
19	Anquilosis de la muñeca en posición no funcional	20%	16%
20	Anquilosis de la muñeca en posición funcional	15%	12%
21	Pérdida del dedo pulgar de la mano	20%	18%
22	Pérdida del dedo índice	16%	14%
23	Pérdida del dedo medio	12%	10%
24	Pérdida del dedo anular	10%	8%
25	Pérdida del dedo meñique	6%	4%
	MIEMBROS INFERIORES		
26	Pérdida de una pierna (por encima de la rodilla)	60%	60%
27	Pérdida de una pierna (por debajo de la rodilla)	50%	50%

28	Pérdida de un pie	35%	35%
29	Fractura no consolidada de un muslo (seudoartrosis total)	35%	35%
30	Fractura no consolidada de una rótula (seudoartrosis total)	30%	30%
31	Fractura no consolidada de un pie (seudoartrosis total)	20%	20%
32	Anquilosis de la cadera en posición no funcional	40%	40%
33	Anquilosis de la cadera en posición funcional	20%	20%
34	Anquilosis de la rodilla en posición no funcional	30%	30%
35	Anquilosis de la rodilla en posición funcional	15%	15%
36	Anquilosis del empeine (gargante del pie) en posición no funcional	15%	15%
37	Anquilosis del empeine en posición funcional	8%	8%
38	Acortamiento de un miembro inferior por lo menos 5cm	15%	15%
39	Acortamiento de un miembro inferior por lo menos 3cm.	8%	8%
40	Pérdida del dedo gordo del pie	10%	10%
41	Pérdida total de cualquier otro dedo de cualquier pie	4%	4%

- Por pérdida total se entiende a la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano o miembros lesionados.
- La pérdida parcial de los miembros u órganos será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional, pero si la invalidez deriva de pseudoartrosis, la indemnización no podrá exceder del 70% de la que correspondería por la pérdida total del miembro u órgano afectados.
- La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo cuando se hubiera producido por amputación total o anquilosis, y la indemnización será igual a la mitad de la que correspondería por la pérdida del dedo entero, si se tratare del pulgar, y a la tercera parte por cada falange, si se tratare de otros dedos.
- Por la pérdida de varios miembros u órganos, se sumaran los porcentajes correspondientes a cada miembro, u órgano perdidos sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada.
- La indemnización de lesiones que, sin estar comprendidas en la tabla de indemnizaciones, constituyeran una invalidez permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional total, teniendo en cuenta, de ser posible su comparación con los casos previstos, y sin tomar en consideración la profesión de EL ASEGURADO.

C. Asistencia Médica por Accidente

Los servicios de asistencia médica a ser brindados por LA COMPAÑIA, se limitan a tratamientos por accidente, y están orientados a la asistencia en viaje de la lesión corporal que sufra la persona asegurada, ocasionada por eventos súbitos, imprevisibles y ajenos a su voluntad. Se otorga hasta el límite indicado en la Solicitud-Certificado.

Consultas médicas: Se prestará asistencia médica en caso de accidente en los servicios de los profesionales y/o establecimientos sanitarios que en el caso le sean indicados y/o autorizados por LA COMPAÑIA.

Exámenes médicos complementarios: Se procederá a efectuar exámenes complementarios cuando sean indicados por el equipo médico de urgencia y autorizados por LA COMPAÑIA.

Terapia de recuperación física en caso de traumatismo: Si el Departamento Médico de LA COMPAÑIA lo autorizara y habiendo sido prescrito por el médico tratante, LA COMPAÑIA se hará cargo de un máximo de diez (10) sesiones de fisioterapia, kinesiología, quiropráctica, etc.

Hospitalizaciones: En caso de ser necesaria la hospitalización de EL ASEGURADO a causa de un accidente, siempre y cuando el equipo médico de LA COMPAÑIA así lo autorice, se procederá a cubrir los gastos por este concepto en el Centro Asistencial más próximo y adecuado según el exclusivo criterio del Departamento Médico de LA COMPAÑIA. Los gastos generados por tal hospitalización estarán a cargo de LA COMPAÑIA durante todo el período de vigencia de la póliza, más siete (7) días complementarios a contar desde el momento de finalización de la vigencia de la modalidad de seguro contratada.

Los días complementarios comprenderán única y exclusivamente gastos de internación hospitalaria y siempre y cuando el valor asegurado por asistencia médica de la modalidad de seguro contratada no haya sido ya alcanzado.

Intervenciones quirúrgicas: Exclusivamente cuando el Departamento Médico de LA COMPAÑIA lo autorice, esta cubrirá los gastos por intervenciones quirúrgicas a EL ASEGURADO en los casos de emergencia que urgentemente así lo requieran.

Terapia intensiva (UCI) y unidad coronaria: Cuando la naturaleza de las lesiones de EL ASEGURADO así lo requieran, LA COMPAÑIA garantizará los gastos de tratamientos de terapia intensiva (UCI) y unidad coronaria.

En todos los casos deberá existir autorización del Departamento Médico de LA COMPAÑIA como requisito indispensable para que éste asuma la responsabilidad económica según el valor asegurado de la modalidad de seguro contratada para dichos tratamientos.

La cobertura se otorga con un importe de límite máximo de acuerdo a la Solicitud-Certificado del seguro.

D. Asistencia Médica por Enfermedad

Los servicios de asistencia médica a ser brindados por LA COMPAÑIA, se limitan sólo a tratamientos de urgencia y emergencia de cuadros agudos y están orientados a la asistencia en viaje de eventos súbitos e imprevisibles a causa de una emergencia médica comprobable que impida la normal continuación de un viaje, **por lo que esta cobertura no ampara tratamientos de enfermedades crónicas o procedimientos de larga duración** sino para garantizar la recuperación inicial y las condiciones físicas que permitan la continuación del viaje, se otorga hasta el límite indicado en la Solicitud-Certificado.

Consultas médicas: Se prestará asistencia médica en caso de enfermedad en los servicios de los profesionales y/o establecimientos sanitarios que en el caso le sean indicados y/o autorizados por LA COMPAÑIA.

Exámenes médicos complementarios: Se procederá a efectuar exámenes complementarios cuando sean indicados por el equipo médico de urgencia y autorizados por LA COMPAÑIA.

Terapia de recuperación física en caso de traumatismo: Si el Departamento Médico de LA COMPAÑIA lo autorizara y habiendo sido prescrito por el médico tratante, LA COMPAÑIA se hará cargo de un máximo de 10 sesiones de fisioterapia, kinesiología, quiropráctica, etc.

Hospitalizaciones: En caso de ser necesaria la hospitalización de EL ASEGURADO a causa de una enfermedad, y siempre y cuando el equipo médico de LA COMPAÑIA así lo autorice, se procederá a cubrir los gastos por este concepto en el Centro Asistencial más próximo y adecuado según el exclusivo criterio del Departamento Médico de LA COMPAÑIA. Los gastos generados por tal hospitalización estarán a cargo de LA COMPAÑIA durante todo el período de vigencia de la póliza, más 7 días complementarios a contar desde el momento de finalización de la vigencia de la modalidad de seguro contratada.

Los días complementarios comprenderán única y exclusivamente gastos de internación hospitalaria y siempre y cuando el valor asegurado por asistencia médica de la modalidad de seguro contratada no haya sido ya alcanzado.

La hospitalización de EL ASEGURADO por COVID-19 es considerada una enfermedad cubierta dentro de los límites contratados, siempre y cuando este haya sido adquirido durante el viaje y fuera del territorio nacional. Requisito para la atención: Prueba serológica y/o molecular con resultado positivo.

Intervenciones quirúrgicas: Exclusivamente cuando el Departamento Médico de LA COMPAÑIA lo autorice, esta cubrirá los gastos por intervenciones quirúrgicas a EL ASEGURADO en los casos de emergencia que urgentemente así lo requieran. Terapia intensiva (UCI) y unidad coronaria: Cuando la naturaleza de la enfermedad o lesiones de EL ASEGURADO así lo requieran, LA COMPAÑIA garantizará los gastos de tratamientos de terapia intensiva (UCI) y unidad coronaria.

En todos los casos deberá existir autorización del Departamento Médico de LA COMPAÑIA como requisito indispensable para que éste asuma la responsabilidad económica según el valor asegurado de la modalidad de seguro contratada para dichos tratamientos.

Quedan excluidos de esta cobertura los gastos médicos y complicaciones por afecciones crónicas, preexistentes, congénitas o recurrentes que hayan sido diagnosticadas al Asegurado.

Se excluyen las enfermedades benignas y heridas leves que no imposibiliten la continuación normal del viaje no darán lugar a esta asistencia.

La cobertura se otorga de acuerdo a la Solicitud-Certificado con un importe de límite máximo.

E. Asistencia Médica por Enfermedad Preexistente Conocida por el Asegurado y no resuelta

Esta cobertura provee atención médica especializada para urgencias y emergencias médicas por lesiones o enfermedades crónicas o preexistentes al inicio de vigencia de la póliza, asumiendo, los costos involucrados, hasta el límite indicado en la solicitud-certificado.

Si EL ASEGURADO presenta padecimiento de COVID-19 y necesita asistencia, deberá presentar una prueba serológica y/o molecular con resultado positivo.

F. Medicamentos Ambulatorios

Cubre la dotación de medicamentos y/o el reembolso de los gastos en la compra de medicamentos necesarios (en virtud de la atención médica u odontológica cubierta por la asistencia) hasta el límite indicado en la solicitud-certificado. Se brindará la cobertura siempre que los gastos hayan ocurrido durante el viaje y hayan sido prescritos por un médico.

G. Medicamentos Hospitalarios

Cubre la dotación de medicamentos y/o el reembolso de los gastos en la compra de medicamentos necesarios (en virtud de la atención médica hospitalaria cubierta por la asistencia) hasta el límite indicado en la solicitud-certificado. Se brindará la cobertura siempre que los gastos hayan ocurrido durante el viaje y hayan sido prescritos por un médico.

Art. 3°.- EXCLUSIONES:

Se excluye cualquier siniestro ocasionado a causa o como consecuencia de los siguientes supuestos:

- a) Cuando el ASEGURADO participe de forma activa en carreras de automóviles, motos acuáticas; participación en corridas de toros, novilladas, espectáculos taurinos, carrera de toros, rodeo, incluyendo montar a pelo potros salvajes o reses vacunas bravas; combate en artes marciales, boxeo, lucha libre, 'vale todo', esgrima o rugby, fútbol americano, lacrosse, hockey o hurling; caminata de montaña ('trekking' o senderismo), escalamiento o descensos, alpinismo o andinismo o montañismo, o rápel; canotaje o piragüismo o 'rafting', a partir de nivel de dificultad III; cacería de fieras; pesca en rocas, o caza submarina o subacuática, buceo o inmersión en mares, ríos, lagos o lagunas o pozos o pozas o cuevas o cavernas o aguas subterráneas; salto desde trampolines o clavados desde cualquier lugar; surf; equitación de salto o carrera de caballos; patinaje, o uso de patineta o 'skateboard'; ciclismo de montaña o a campo traviesa o en carreteras o en autopistas; paracaidismo, parapente, alas delta; vuelos en avionetas o aviones ultraligeros, trapezio, equilibrista; salto desde puentes, puenting'; halterofilia; o esquí acuático o sobre nieve, 'snowboard' o 'sandboard'
- b) Las enfermedades (incluyendo las mentales) o tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidentes amparados por el presente seguro, así como los denominados accidentes médicos, entendidos estos como la apoplejía, los vértigos, los infartos y los ataques epilépticos.
- c) Fallecimiento a consecuencia de un accidente debido a actividades como piloto y/o asistente de vuelos, trabajos en minas, torres de alta tensión, comunicaciones.
- d) El riesgo de aviación, que comprende tripulación, personal en funciones de la aerolínea fabricante o proveedor del operador aéreo salvo que EL ASEGURADO esté viajando en calidad de pasajero en aeronaves con capacidad mayor a 10 plazas de pasajeros y de empresas de transporte público comercial, con itinerarios, escalas y horarios predeterminados, con intervención del organismo nacional o internacional competente.
- e) Como consecuencia de hechos de guerra internacional (declarada o no) o civil, o servicio militar de cualquier clase.
- f) Suicidio o tentativa de suicidio u acto delictuoso provocado por cualquier persona que resultase favorecida con los alcances de este seguro.
- g) Los que tengan origen en actos de imprudencia temeraria o negligencia grave de EL ASEGURADO, así como los derivados de actos delictivos o infractorios de leyes y/o reglamentos.
- h) Accidentes sufridos en situación de enajenación mental o bajo los efectos de bebidas alcohólicas (siempre que supere el límite legal permitido para la ingesta de alcohol, es decir, 0.50 gramos por litro de alcohol en la sangre) o de drogas y/o estupefacientes, así como por intoxicaciones por ingestión de alimentos o bebidas.
- i) A consecuencia del VIH: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y VIH en todas sus formas, así como sus agudizaciones, secuelas y consecuencias. Enfermedades venéreas o de transmisión sexual.
- j) Fallecimiento producido como consecuencia de la reacción nuclear o contaminación radioactiva, química o bacteriológica.
- k) Participación de EL ASEGURADO de forma activa en hechos de carácter político o social, huelgas, alborotos o tumultos populares y terrorismo.
- l) Los gastos y complicaciones por enfermedades crónicas, preexistentes (a excepción de la atención de urgencias y emergencias médicas), congénitas o recurrentes que hayan sido

diagnosticadas al Asegurado antes del inicio de vigencia de la presente póliza y/o viaje. Se excluyen también, las enfermedades benignas y heridas leves que no imposibiliten la continuación normal del viaje no darán lugar a esta asistencia.

m) Quedan excluidos para todas las coberturas de la póliza, los riesgos y siniestros, así como sus consecuencias, derivadas por enfermedades endémicas, epidémicas, pandémicas, enfermedades infecciosas de aparición repentina y/o propagación rápida que hayan sido declaradas por parte de las autoridades competentes locales, nacional o por cualquier organismo internacional y/o los acaecidos en cualquier lugar que figure como no recomendado para viajar por dichas autoridades. Quedan igualmente excluidos los siniestros producidos por las cuarentenas derivadas de cualquiera de las causas descritas, y sus consecuencias.

n) Afecciones, enfermedades o lesiones derivadas de una riña (salvo aquellos casos en que se establezca judicialmente, o a través de indicios razonables, la legítima defensa), huelga, actos de vandalismo o tumulto popular en que el ASEGURADO hubiese participado como elemento activo. El intento de o la comisión de un acto ilegal y, en general, cualquier acto doloso o criminal del ASEGURADO, incluido el suministro de información falsa o diferente de la realidad.

o) Drogas, narcóticos y/o afines: Tratamiento de enfermedades o estados patológicos producidos por intencional ingestión o administración de tóxicos (drogas), narcóticos, o por lo utilización de medicamentos sin orden médica. Asimismo, afecciones, enfermedades o lesiones derivadas de la ingestión de bebidas alcohólicas de cualquier tipo.

p) Enfermedades, lesiones, afecciones, consecuencias o complicaciones resultantes de tratamientos o asistencias recibidas por el ASEGURADO de parte de personas o profesionales no pertenecientes a la red de proveedores de LA COMPAÑÍA.

q) Viajes aéreos: Viajes aéreos en aviones no destinados y autorizados como transporte público.

r) Partos: Controles, exámenes y complicaciones de gestación. Partos. Abortos, cualquiera sea su etiología.

s) Enfermedades mentales y/o afines: Enfermedades psicológicas, mentales, psicosis, neurosis y cualquiera de sus consecuencias mediatas o inmediatas.

t) Tensión arterial: Controles de tensión arterial. Hipertensión arterial y sus consecuencias.

u) Visitas médicas no autorizadas por LA COMPAÑÍA: Las visitas médicas de control, chequeos y tratamientos prolongados, que no sean previa y expresamente autorizadas por LA COMPAÑÍA.

v) Prótesis y similares: Gastos de prótesis, órtesis, síntesis o ayudas mecánicas de todo tipo, ya sean de uso interno o externo, incluyendo pero no limitados a: artículos de ortopedia, prótesis dentales, audífonos, anteojos, lentes de contacto, férulas, muletas, nebulizadores, respiradores, etc.

w) Los tratamientos odontológicos, oftalmológicos u otorrinolaringológicos, salvo la atención de urgencia descrita en las presentes Condiciones Generales.

x) Chequeos o exámenes de rutina: Los chequeos o exámenes médicos de rutina, incluso aquellos que no sean relacionados con una enfermedad diagnosticada y comprobada, así como aquellos que no sean consecuencia directa de una enfermedad o accidente.

y) Riesgos profesionales: Si el motivo del viaje del ASEGURADO fuese la ejecución de trabajos o tareas que involucren un riesgo profesional. En todos los casos, las coberturas descritas serán complementarios de los que deban prestarse por parte de entidades de seguros según las normas de seguridad industrial y de riesgos laborales aplicables en el país donde se presente la enfermedad o accidente objeto del servicio

z) Gastos no autorizados: Gastos de hotel, restaurante, taxis, comunicaciones, etc. que no hayan sido expresamente autorizados por LA COMPAÑÍA.

aa) Acompañantes y gastos extras: En los casos de hospitalización del ASEGURADO, se excluyen expresamente todos los gastos extras así como de acompañantes.

bb) Cáncer, diagnosticado por estudio anatomopatológico.

cc) Queda excluida la atención relacionada a COVID-19 en caso EL ASEGURADO haya incumplido con registrar el inicio y fin de su viaje en la plataforma indicada por LA ASEGURADORA.

Art. 4°.- PROCEDIMIENTO PARA EL AVISO DE SINIESTRO Y PAGO DE LAS COBERTURAS PRINCIPALES

EL ASEGURADO tiene la obligación de dar aviso a **LA COMPAÑÍA** tantas veces como atenciones requiera. A partir de la primera atención o servicio prestado, **EL ASEGURADO** deberá siempre comunicarse con **LA COMPAÑÍA** para obtener la autorización de nuevas atenciones o servicios originados en la misma causa que el primer evento.

Para las Coberturas Principales de Muerte por Accidente e Invalidez Parcial o Total Permanente por Accidente:

EL ASEGURADO o **EL BENEFICIARIO**, para solicitar las coberturas, deberá dar aviso a **LA COMPAÑÍA**, dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o el beneficio.

El incumplimiento de la comunicación dentro del plazo indicado en el párrafo anterior, no será motivo para que sea rechazado el siniestro. Sin embargo, en caso de culpa leve **LA COMPAÑÍA** podrá reducir la indemnización hasta la concurrencia del perjuicio ocasionado, cuando se haya afectado la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro, con excepción de lo dispuesto en los párrafos siguientes del presente artículo.

Cuando se pruebe la falta de culpa en el incumplimiento del aviso, o éste se deba por caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho, no se aplicará la reducción de la indemnización.

El dolo en que se incurra en el incumplimiento de los plazos para comunicar el siniestro libera de responsabilidad a **LA COMPAÑÍA**.

En caso de culpa inexcusable, que origine el incumplimiento de los plazos para comunicar el siniestro, no se pierde el derecho a ser indemnizado si la falta de aviso no afectó la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro.

Con posterioridad al aviso del siniestro **EL ASEGURADO** o **EL BENEFICIARIO** deberá presentar en las Oficinas de **LA COMPAÑÍA** ubicadas en Lima (Av. 28 de Julio 873, Distrito de Miraflores, Unidad de Salud - Área de Siniestros) y Provincias o ante el comercializador, los siguientes documentos en original o en certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada).

A: Muerte por accidente

- Certificado de Defunción.
- Acta o Partida de Defunción, en caso corresponda.
- Copia certificada del parte o atestado policial, en caso corresponda.
- Certificado de Necropsia, en caso corresponda.
- Informe Pericial de Necropsia (Protocolo de necropsia), en caso corresponda.
- Resultado de examen toxicológico, en caso corresponda.
- Documentos oficiales de identificación de los beneficiarios o herederos legales, según corresponda.
- Copia literal de la inscripción definitiva expedida por la Superintendencia Nacional de Registros Públicos del Testamento o Sucesión Intestada, que designe a los Beneficiarios o Herederos Legales, según corresponda.

B: Invalidez Parcial o Total Permanente por Accidente

Producido un accidente indemnizable deberán presentarse los documentos siguientes, en las oficinas de LA COMPAÑÍA ubicadas en Lima y Provincias o ante el comercializador, dentro de un plazo máximo de noventa (90) días de constatado el grado de invalidez:

- Copia simple del DNI de EL ASEGURADO.
- Original del Certificado Médico expedido por un Hospital o Clínica, en el que se determine la fecha de ocurrencia del accidente.
- Original del Certificado o Dictamen emitido por la Comisión Médica de las AFP - COMAFP, la Comisión Médica de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, el Ministerio de Salud - MINSA, ESSALUD o el Instituto Nacional de Rehabilitación - INR, en el cual se determine el grado de invalidez parcial o total permanente.

PAGO DE BENEFICIOS A RAÍZ DE UN MISMO ACCIDENTE:

Un mismo accidente no dará derecho acumulativamente a pago de beneficios por muerte, invalidez total permanente e invalidez parcial permanente.

Por consiguiente, si la muerte ocurriera a consecuencia de un accidente ya indemnizado por invalidez parcial o total permanente, LA COMPAÑÍA deducirá del capital asegurado por muerte el beneficio pagado por dicha invalidez parcial o total permanente.

C: Asistencia Médica por Accidente, Asistencia Médica por Enfermedad y Asistencia Médica por Enfermedad Conocida por el Asegurado y No Resuelta

EL ASEGURADO, deberá comunicarse con LA COMPAÑÍA dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o conocido el beneficio.

LA COMPAÑÍA asumirá los gastos médicos, siempre y cuando hayan sido previamente autorizados por el Departamento Médico de LA COMPAÑÍA.

LA COMPAÑÍA se encargará de organizar y asumir hasta los valores asegurados contratados según la modalidad de seguro adquirida.

Para hacer uso de la cobertura descrita EL ASEGURADO deberá comunicarse directamente a la Central de Asistencia, sin costo por medio del cobro revertido o desde cualquier parte del mundo llamando al Teléfono 56 (22) 7074595, las veinticuatro (24) horas del día y los trescientos sesenta y cinco (365) días del año, las asistencias son brindada a través de dos tipos:

Atención en centros médicos con Convenio: Se le indicará al asegurado acudir a los Centros Asistenciales u Hospitales en Convenio con LA COMPAÑÍA disponibles en el área de ocurrencia del evento; siendo estas asistencias cubiertas al 100% por LA COMPAÑÍA.

Atención por proveedores: Si en la zona del siniestro LA COMPAÑÍA no cuenta con proveedores, la Central de Asistencias autorizará al asegurado la opción a reembolso a fin de que busque una atención en situación de emergencia.

En caso el ASEGURADO no cumpla con el PROCEDIMIENTO DE AVISO DE SINIESTRO, LA COMPAÑÍA no otorgará cobertura.

REEMBOLSOS

EL ASEGURADO deberá comunicar a **LA COMPAÑÍA** la emergencia sufrida y la asistencia recibida desde el lugar de ocurrencia, lo antes posible y siempre dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia o del beneficio, en cuyo caso deberá proveer las constancias y comprobantes originales que justifiquen tal situación.

LA COMPAÑÍA efectuará el reembolso de gastos médicos realizados en dicha situación de emergencia, siempre y cuando hayan sido previamente autorizados por el Departamento Médico de **LA COMPAÑÍA**. Estos gastos le serán reembolsados por **LA COMPAÑÍA** contra la presentación de los comprobantes y hasta el límite indicado en su póliza y correspondiente al plan adquirido.

Prevía evaluación del caso y una vez descartadas posibles exclusiones, **LA COMPAÑÍA** tomará a cargo los gastos producidos por la asistencia hasta los montos establecidos para la asistencia brindada, según el plan adquirido y siempre que los valores se ajusten a los de uso habitual en el país o región donde se produjo el evento. No se efectuará ningún reembolso de gastos devengados en situación de emergencia, si no se diera estricto cumplimiento al procedimiento indicado en las presentes Instrucciones de utilización de los servicios.

Los gastos médicos realizados en situaciones de emergencia o en países donde **LA COMPAÑÍA** no cuente con proveedores, serán reembolsados al **ASEGURADO** siempre y cuando éste haya cumplido con el procedimiento de aviso de siniestro.

D. Medicamentos Ambulatorios

Para hacer uso de la cobertura descrita **EL ASEGURADO** deberá comunicarse sin costo, cobro revertido o llamada por cobrar (collect call), y desde cualquier parte del mundo al Teléfono 56 (22) 7074595, las veinticuatro (24) horas del día y los trescientos sesenta y cinco (365) días del año, se darán vía crédito y sólo se realizarán reembolsos, cuando el medicamento no esté disponible y **EL ASEGURADO** lo requiera en situaciones de emergencia.

En caso de reembolso **EL ASEGURADO** deberá presentar, en las Oficinas de **LA COMPAÑÍA** ubicadas en Lima y Provincias o ante el comercializador, los siguientes documentos:

- Copia simple del DNI o carnet de extranjería de **EL ASEGURADO**.
- Comprobante de pago en original del medicamento adquirido.
- Original del Certificado Médico expedido por un Hospital o Clínica, en el que se determine la fecha de atención.
- Original de la receta médica con la firma del médico tratante.

E. Medicamentos Hospitalarios

Para hacer uso de la cobertura descrita **EL ASEGURADO** deberá comunicarse sin costo, cobro revertido o llamada por cobrar (collect call), y desde cualquier parte del mundo a la Central de Asistencia Teléfono 56 (22) 7074595, las veinticuatro (24) horas del día y los trescientos sesenta y cinco (365) días del año, se darán vía crédito y sólo se realizarán reembolso, cuando el medicamento no esté disponible y **EL ASEGURADO** lo requiera en situaciones de emergencia.

En caso de reembolso **EL ASEGURADO** deberá presentar, en las Oficinas de **LA COMPAÑÍA** ubicadas en Lima (Av. 28 de Julio 873, Miraflores, Unidad de Salud – Área de Siniestros) y Provincias o ante el comercializador, los siguientes documentos:

- Copia simple del DNI o carnet de extranjería de EL ASEGURADO.
- Comprobante de pago en original del medicamento adquirido.
- Original del Certificado Médico expedido por un Hospital o Clínica, en el que se determine la fecha de la atención.
- Original de la receta médica con la firma del médico tratante.

Para los supuestos de cobertura indicados en los literales A, B y en C sólo para las coberturas de Asistencia Médica por Accidente, Asistencia Médica por Enfermedad, y según corresponda, D y E, LA COMPAÑÍA deberá pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del siniestro dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de haber recibido la documentación e información completa exigida en la presente póliza para el proceso de liquidación del siniestro. En caso LA COMPAÑÍA requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto de la documentación e información presentada por el asegurado, deberá solicitarlas dentro de los primeros veinte (20) días del plazo antes señalado; lo que suspenderá dicho plazo hasta que se presente la documentación e información correspondiente.

Si LA COMPAÑÍA no se pronuncia dentro del plazo de treinta (30) días a que se refiere el párrafo anterior, se entenderá que el siniestro ha quedado consentido, salvo que, dentro del periodo se haya presentado una solicitud de prórroga del plazo con que cuenta LA COMPAÑÍA para consentir o rechazar el siniestro.

En caso el siniestro quede consentido o aprobado LA COMPAÑÍA tiene un plazo de treinta (30) días para pagar el siniestro.

Art. 5°.- MEDIOS PARA REALIZAR EL SEGUIMIENTO DE LA SOLICITUD DE COBERTURA DEL SEGURO

El ASEGURADO podrá realizar seguimiento a su solicitud de cobertura las veinticuatro (24) horas del día, los trescientos sesenta y cinco (365) días del año y desde cualquier parte del mundo bajo los siguientes medios:

A. Vía Telefónica:

Australia	(1) 300 956 291
Berlín	(49) 32 2210 93637
Bogotá	(57) 1 3819363
Buenos Aires	(54) 11 5217 0796
Francia	(33) 975 188 22 91
Germania	(49) 32 221093637
Holanda	(31) 85 888 0312
Italia	(39) 199 241 442
Perú (dentro del país)	(0) 800 53 422
Madrid	(34) 518 88 83 80
Mexico D.F.	(52) 554170 84 57
Resto del Mundo (Opción1) (Chile)	(56-22) 707 4595
Resto del Mundo (Opción 2) (Perú)	(51-1) 213 7305
Santo Domingo	1 (829) 954 8037

Sao Paulo	(55) 21 3956 0520
USA y Canadá	(1) 855 231 2590

B. Vía Correo Electrónico

Correo 1: cosiamc@surasistencia.cl

Correo 2: asistencia@mapfre-assistance.cl

Si EL ASEGURADO se encuentra en su país de residencia (Perú), podrá realizar seguimiento a su solicitud de cobertura en las oficinas de LA COMPAÑÍA ubicadas en Lima y Provincias, detalladas en nuestra página Web:

<https://mapfre.com.pe/contactanos>

Art. 6°.- PAGO DE PRIMAS

La prima será cobrada mensualmente al ASEGURADO, luego de haber sido autorizado en la Solicitud-Certificado del Seguro el cargo en cuenta corriente, ahorros o en la tarjeta de crédito. La imposibilidad de cargo de la prima por falta de fondos en la cuenta corriente o de ahorros, o de línea de crédito disponible en la tarjeta de crédito, podrá generar la suspensión de cobertura y extinción del contrato, según lo indicado en la presente póliza.

Art. 7°.- INICIO DEL SEGURO

La vigencia del presente seguro será la indicada en las Condiciones Particulares y en la Solicitud-Certificado. Dicho período total de vigencia será considerado como único y absoluto, sin perjuicio que durante mismo, el asegurado realizara más de un viaje.

Para la activación del seguro EL ASEGURADO deberá informar a LA COMPAÑÍA el inicio y fin de su viaje como mínimo 3 días antes del viaje por la vía de comunicación estipulada en las Condiciones Particulares y/o Solicitud-Certificado.

Las coberturas de viaje internacional iniciarán a partir del momento en que se registre el pasaporte o documento equivalente, por parte de las autoridades migratorias, la salida oficial del Asegurado del país y se extenderá hasta el momento en que se registre en el pasaporte o documento equivalente la entrada al país de origen del Asegurado.

Las coberturas de viaje nacional iniciarán a partir de la hora cero de la fecha indicada como inicio del período de vigencia en la carátula de la Solicitud-Certificado y se extenderá hasta la hora 24 del día de finalización de dicha vigencia.

La validez temporal del presente seguro estará limitada en todos los casos en forma complementaria al período máximo de estadía turística autorizado por las autoridades migratorias del país de destino del Asegurado, independientemente de la cantidad de países que visite durante la vigencia de la póliza. Esta limitación será aplicables aun cuando la vigencia haya sido contratada y emitida por un lapso mayor.

Art. 8°.- AVISOS Y COMUNICACIONES

Los avisos y comunicaciones que intercambien las partes contratantes deberán ser formulados y notificados al domicilio señalado en el contrato o, alternativamente, a través del mecanismo previsto contractualmente, bajo sanción de tenerse por no cursados.

Art. 9°.- REVELACION DE HISTORIA CLÍNICA

En los casos que tengan por finalidad el reembolso, el pago de beneficios, la fiscalización o auditoria, LA COMPAÑÍA tendrá acceso a la Historia Clínica de EL ASEGURADO.

Art. 10°.- CARGAS DEL ASEGURADO

10.1 Carga de Evitar la Ocurrencia del Siniestro y Disminuir su Gravedad: EL ASEGURADO tomará en todo momento las medidas necesarias para evitar la ocurrencia del siniestro o para disminuir la gravedad e intensidad de sus consecuencias, actuando como si no estuviera asegurado.

10.2 Prueba del Siniestro: Es de cargo de EL ASEGURADO la obligación de acreditar ante LA COMPAÑÍA su derecho a recibir las prestaciones contempladas en el presente seguro, con la documentación veraz, completa e idónea.

10.3 Carga de Información y Cooperación: EL ASEGURADO procurará a LA COMPAÑÍA toda la información y ayuda que fuera necesaria para determinar las causas, circunstancias y responsabilidades del siniestro; aun después de haber sido indemnizado.

10.4 Gastos Ordinarios: Los gastos que demande el cumplimiento de las cargas previstas en este artículo son de cargo, cuenta, riesgo y responsabilidad de EL ASEGURADO, salvo pacto expreso y específico en contrario y los cuales no tienen relación directa con los gastos propios de la cobertura.

Art. 11°.- VALIDEZ TERRITORIAL DE LA COBERTURA

La validez territorial se establecerá en la solicitud-certificado de la presente póliza.

Para las pólizas cuya validez territorial sea para viajes internacionales, la cobertura del seguro no será válida dentro del país de residencia habitual de EL ASEGURADO, ni dentro del país de emisión de la póliza.

La validez del presente seguro está sujeta al período máximo de estadía turística autorizado por las autoridades migratorias del país de destino de EL ASEGURADO, independientemente de la cantidad de países que visite durante la vigencia de la póliza. Esta limitación será aplicables aun cuando la vigencia haya sido contratada y emitida por un lapso mayor.

Para las pólizas cuya validez territorial sea para viajes nacionales, las coberturas del seguro se prestarán dentro de los límites territoriales del país de residencia y a partir de Cien kilómetros (100 km.) de distancia contados desde el lugar de residencia habitual del Asegurado y sólo cuando éste se encuentre transitoriamente de viaje.