

# SEGURO INDIVIDUAL DE ACCIDENTES PERSONALES

## 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.

### Artículo 1º: DEFINICIONES

A efectos de esta póliza se entenderá por:

**ASEGURADO:** Persona natural incluida dentro de un contrato de seguro, que goce de buena salud a la fecha de la Solicitud de Seguro y que sea mayor de dieciocho (18) años y menor de sesenta y seis (66) años de edad cumplidos o sesenta y cinco (65) años, once (11) meses y treinta (30) días a la fecha de contratación. El ASEGURADO puede permanecer hasta los setenta (70) años de edad de cumplidos o sesenta y nueve (69) años, once (11) meses y treinta (30) días y es el obligado al pago de la prima.

**BUENA SALUD:** Se considera buena salud, el no tener diagnóstico de enfermedad aguda o crónica.

**EMERGENCIA MÉDICA:** Se entiende por aquella que sobreviene al ASEGURADO en forma imprevisible, violenta y súbita a consecuencia de un accidente y que lo expone en peligro inminente de perder la vida o comprometer permanentemente su integridad física en caso de no recibir de manera inmediata asistencia sanitaria.

**ENFERMEDAD AGUDA O CRÓNICA:** Es aquella condición diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el titular y no controlada o resuelta a la fecha de suscripción de la Solicitud de Seguro.

**INVALIDEZ PERMANENTE:** Se considerará como tal la pérdida anatómica o impotencia funcional permanente de miembros y órganos, que sea consecuencia de lesiones corporales originados por un accidente cubierto por la póliza y siempre que se dictamine dentro del periodo máximo de dos (2) años contado a partir de la fecha del accidente.

**SUMA ASEGURADA:** Cantidad establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza, que representa el límite máximo de la indemnización para cada una de las coberturas.

**PÓLIZA DE SEGURO:** Se entiende el presente contrato de Seguro, constituido por la solicitud de Seguro, las Cláusulas Generales de Contratación del Seguro Individual y Grupal de Accidentes Personales, las Condiciones Generales del Riesgo asegurado, las Condiciones Particulares, Especiales, Adicionales, endosos y anexos, así como los demás documentos que contienen declaraciones efectuadas por EL CONTRATANTE o ASEGURADO con ocasión de la contratación del Seguro.

Son aplicables a la Póliza de Seguro Individual de Accidentes Personales los términos y condiciones contenidos en las Cláusulas Generales de Contratación del Seguro Individual y Grupal de Accidentes Personales, no siendo de aplicación las referencias a seguros grupales al ser comercializado el presente producto de forma individual.

**VIAJE:** Se define como el trayecto que comprende entre la salida del ASEGURADO de su residencia habitual en el Perú, con motivo de realizar un viaje de placer y/o de negocios hasta su regreso nuevamente a dicho domicilio, siempre que éste se realice en un medio de transporte particular o transporte público comercial.

## **Artículo 2°: OBJETO:**

Las coberturas del seguro amparan, con carácter general, los accidentes que pueda sufrir EL ASEGURADO tanto en su vida privada como en el ejercicio de la actividad profesional declarada a efectos de contratación de la póliza.

**Las coberturas son las siguientes:**

a. **Fallecimiento 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 las Condiciones Particulares, quedando automáticamente extinguido 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 Permanente Parcial o Total:**

La COMPAÑÍA pagará la suma correspondiente al grado de invalidez permanente, basándose en la Tabla de indemnizaciones incorporada a la presente póliza y que forma parte integrante de ella siempre y cuando la causa adecuada fuera un accidente amparado por ella y se manifieste a más tardar dentro de dos (2) años contado desde la fecha del accidente.

c. **Gastos de Curación:**

La COMPAÑÍA reembolsará, hasta por la cantidad establecida en la póliza, los honorarios médicos, así como los gastos farmacéuticos, hospitalarios, quirúrgicos y prótesis que fueren necesarios, no así aparatos ortopédicos o implementos de uso externo. Según la relación de Clínicas que se consigna en las Condiciones Particulares.

d. **Gastos de Sepelio:**

En caso de fallecimiento de un asegurado a consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza, se pagarán los gastos incurridos por los siguientes conceptos: Ataúd, nicho perpetuo, capilla ardiente, carroza, carros para flores y cargadores.

Adicionalmente LA COMPAÑÍA garantiza la puesta a disposición del ASEGURADO del servicio adicional de Asistencia en Viaje el mismo que consiste en una ayuda material inmediata en forma de prestación económica o de servicios, por las contingencias que éste pudiera tener como consecuencia de los eventos fortuitos, acaecidos por accidentes en el curso de un viaje, que se detallan en el Art. 10° de las presentes Condiciones Generales.

## **Artículo 3°: PERSONAS NO ASEGURABLES**

Independientemente de aquellos riesgos que por política de suscripción, no sean aceptados por LA COMPAÑÍA, quedan específicamente excluidos de este seguro:

- a. Quienes tengan sesenta y seis (66) años cumplidos o sesenta y cinco (65) años, once (11) meses y treinta (30) días al momento de contratarse el seguro.
- b. Quienes no hayan otorgado su consentimiento escrito, cuando EL ASEGURADO y el Contratante sean personas distintas.
- c. Los menores de dieciocho (18) años de edad

La Edad Máxima de Permanencia es de setenta (70) años cumplidos o sesenta y nueve (69) años, once (11) meses y treinta (30) días.

#### Artículo 4º: RIESGOS EXCLUÍDOS

Las coberturas previstas en esta Póliza no se conceden si la muerte de EL ASEGURADO o las lesiones que sufra se deben a:

- Cualquier enfermedad corporal o mental o tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidentes amparados por la presente Póliza.
- Los accidentes sobrevenidos como consecuencia de desvanecimientos o síncope, ataques de apoplejía, de epilepsia y originados por cualquier clase de pérdida de conocimiento o de facultades mentales; así como por los denominados “accidentes médicos” tales como infarto al miocardio, trombosis y congestiones.
- Intoxicación o envenenamiento por ingestión de productos alimenticios.
- Enfermedades infecciosas, como la del sueño, malaria, paludismo, fiebre amarilla, dengue, hepatitis y SIDA.
- Tirones, roturas o desgarros musculares, lumbalgias, enredamientos intestinales y hernias de cualquier naturaleza.
- Actos voluntarios del ASEGURADO contra sí mismo (incluyendo suicidio o tentativa de suicidio o cualquier otro tipo de lesiones causadas intencionalmente); o actos voluntarios o por culpa inexcusable de los beneficiario(s) de esta Póliza (incluyendo homicidio o tentativa de homicidio) contra el Asegurado. El derecho subsiste para el resto de beneficiarios que no se encuentran en la presente exclusión.
- Accidentes sufridos en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra internacional (haya o no declaración de guerra) o civil, insurrección, motín, rebelión, revolución, insurrección o usurpación de poder.
- Participación activa del ASEGURADO en hechos de carácter político o social, huelgas, alborotos o tumultos populares y terrorismo.
- Las producidas como consecuencia directa o indirecta de la radiación nuclear o contaminación radiactiva.
- Participación del ASEGURADO en apuestas, desafíos o riñas.
- Accidentes que tengan su origen en un acto de imprudencia temeraria a negligencia grave del ASEGURADO, así como los derivados de actos delictivos o infractorios de leyes y/o reglamentos, que ocasionen el siniestro.
- Accidentes cuya causa adecuada sea el estado de intoxicación del ASEGURADO, superior al límite permisible establecido en las normas legales del reglamento de tránsito vigente y demás normas vigentes a la fecha del suceso. Así como, los accidentes cuya causa adecuada sea el estado de sonambulismo o de hipnosis del EL ASEGURADO, o al encontrarse bajo la influencia de sedantes o tranquilizantes y cualquier droga que pueda

afectar, aunque sea temporalmente las capacidades intelectivas del sujeto, su sentido de responsabilidad o su estado de conciencia.

- Las derivadas de embarazo y parto, o por complicación del mismo o interrupción voluntaria del embarazo.
- Hechos calificados por el Gobierno de la Nación como de “catástrofe o calamidad nacional”.
- Se excluyen también, las lesiones cuyo origen sea anterior a la entrada en vigor de esta póliza aunque las consecuencias se manifiesten durante su vigencia.

Tampoco se cubren, salvo que expresamente sean aceptados por LA COMPAÑÍA, y se abone la sobreprima correspondiente, las consecuencias de los hechos siguientes:

- a. Práctica de los siguientes deportes: automovilismo, motociclismo en cualquiera de sus modalidades, caza mayor, submarinismo con uso de pulmón artificial, navegación en alta mar en embarcaciones no destinadas al transporte público de pasajeros, esquí y deportes afines, tabla hawaiana, hípica, corridas de toros, alpinismo, andinismo y caminata en alta montaña, espeleología, boxeo, lucha en cualquiera de sus modalidades, artes marciales paracaidismo, aerostación, vuelo libre, vuelo sin motor.
- b. La participación en competiciones o torneos organizados por federaciones deportivas u organismos similares.
- c. El riesgo de aviación, salvo que el Asegurado esté viajando de manera autorizada y en calidad de pasajero en aeronaves con capacidad mayor a diez plazas de pasajeros y de empresas de transporte público comercial, con itinerarios, escalas y horarios predeterminados, con autorización del organismo nacional o internacional competente.

Los ocasionados como conductor u ocupante de motocicletas o vehículos similares con cilindrada superior a 50 cc.

#### Artículo 5º: CARGAS DEL ASEGURADO

##### 1. Declaración de Otros Seguros

EL ASEGURADO o CONTRATANTE se obliga a declarar a LA COMPAÑÍA los otros seguros que tuviese contratados al tiempo de presentar su solicitud de seguro sobre los mismos bienes, riesgos o personas a ser asegurados; así como a informar lo que contrate en el futuro y las modificaciones que dichos seguros experimenten.

##### 2. Carga de Mantener el Estado de Riesgo

EL ASEGURADO conviene con LA COMPAÑÍA, en tener la máxima diligencia y realizar todos los actos necesarios para mantener o disminuir el estado de riesgo existente al solicitar el seguro.

##### 3. Deber de Información

EL ASEGURADO informará inmediatamente a LA COMPAÑÍA las variaciones que se produzcan en el estado del riesgo. En caso de agravación LA COMPAÑÍA tendrá derecho a reajustar las primas, modificar las condiciones de aseguramiento o resolver el contrato.

##### 4. Carga de Evitar o Disminuir las Pérdidas

**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.**

#### **Artículo 6º: MODIFICACIONES EN EL RIESGO.**

El Contratante del seguro o EL ASEGURADO durante el curso del contrato deberán notificar por escrito a LA COMPAÑÍA, los hechos y circunstancias que agraven el riesgo y que sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por ésta en el momento de la perfección del contrato no lo habría celebrado o lo habría celebrado en condiciones más gravosas. Comunicado a LA COMPAÑÍA la agravación del riesgo, ésta debe manifestar al CONTRATANTE, en el plazo de quince (15) días, su voluntad de mantener las condiciones del contrato, o modificarlas o resolverlo.

Tendrán la consideración de agravaciones del riesgo:

- a. El cambio de actividad y ocupación del ASEGURADO, aún de carácter temporal, que signifiquen un mayor riesgo de accidentes respecto a la situación declarada previamente a LA COMPAÑÍA. No obstante no tendrán tal consideración los trabajos o reparaciones domésticas realizadas sin fines lucrativos.
- b. La incapacidad o invalidez de tipo permanente y las enfermedades de carácter crónico sobrevenidas al ASEGURADO por hechos no amparados por esta Póliza.

Cuando LA COMPAÑÍA opte por resolver el contrato tiene derecho a percibir la prima proporcional al tiempo transcurrido. Si no le comunica oportunamente la agravación del riesgo, tiene derecho a percibir la prima por el período de seguro en curso.

#### **Artículo 7º: AVISO DE SINIESTRO, PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA DEL SEGURO Y PAGO DE SINIESTRO:**

- a. **Fallecimiento por Accidente:**

**Producido un accidente indemnizable en virtud de esta póliza, se deberá comunicar a LA COMPAÑÍA por escrito, dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio según corresponda sea en el territorio nacional o en el extranjero.**

**Cuando el beneficiario debido a culpa leve, incumpla con la obligación de dar aviso del siniestro dentro del plazo indicado en el párrafo anterior, y de ello resulte un perjuicio para LA COMPAÑÍA, no será motivo para que sea rechazado el siniestro. Sin embargo, 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 acaso 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, se pierde el derecho a ser indemnizado salvo que la falta de aviso no haya afectado la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro. Del mismo modo, tampoco se pierde el derecho a ser indemnizado si LA COMPAÑÍA ha tenido conocimiento del siniestro o de sus circunstancias por otro medio.**

Posteriormente al aviso del siniestro, EL BENEFICIARIO deberá presentar en las oficinas de LA COMPAÑÍA ubicadas en Lima y Provincias o comercializador, los documentos siguientes:

- Copia simple del DNI de EL ASEGURADO, si lo tuviese.
- Copia certificada del Certificado de Defunción emitido por médico tratante.
- Copia certificada del Acta o Partida de Defunción, emitido por la RENIEC.
- Copia simple del parte o atestado policial, en caso corresponda.
- Copia certificada del Certificado y protocolo de necropsia, en caso corresponda.
- Copia certificada del resultado de examen toxicológico, en caso corresponda.
- Copia simple de los Documentos de Identidad de los beneficiarios

En caso no se hayan designado beneficiarios, además de los documentos indicados anteriormente, los herederos legales deberán presentar original de la escritura pública que contenga la sucesión intestada o el testamento, o en su defecto el original de la partida electrónica emitida por los Registros Públicos que contenga la inscripción de la respectiva declaratoria de herederos emitida por la correspondiente autoridad judicial.

Dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de haber recibido la documentación e información completa exigida en la póliza para el proceso de liquidación del siniestro, LA COMPAÑÍA deberá pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del siniestro. En caso LA COMPAÑÍA requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto a la documentación e información presentada por EL BENEFICIARIO, 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 antes señalado, LA COMPAÑÍA haya presentado la solicitud de prórroga del plazo con que cuenta la compañía para aprobar o rechazar el siniestro a la SBS, solo si el EL BENEFICIARIO no aprueba la ampliación del plazo.

El pago deberá efectuarse en un plazo no mayor de treinta (30) días siguientes de consentido o aprobado el siniestro.

**b. Invalidez Permanente Total o Parcial:**

Producido un accidente indemnizable en virtud de esta póliza, se deberá comunicar a LA COMPAÑÍA por escrito, dentro de los siete (7) días siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro o del beneficio.

Cuando el beneficiario debido a culpa leve, incumpla con la obligación de dar aviso del siniestro dentro del plazo indicado en el párrafo anterior y de ello resulte un perjuicio para LA COMPAÑÍA, no será motivo para que sea rechazado el siniestro. Sin embargo, 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 acaso 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, se pierde el derecho a ser indemnizado salvo que la falta de aviso no haya afectado la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro. Del mismo modo, tampoco se pierde el derecho a ser indemnizado si LA COMPAÑÍA ha tenido conocimiento del siniestro o de sus circunstancias por otro medio.

Posteriormente al aviso del siniestro, EL BENEFICIARIO deberá presentar en las oficinas de LA COMPAÑÍA ubicadas en Lima y Provincias o comercializador, los documentos siguientes:

- Copia simple del DNI de EL ASEGURADO
- Certificado Médico en el que se determine la fecha de ocurrencia del accidente y fecha en que se determina la invalidez permanente parcial o la invalidez permanente total.
- Copia simple del parte y atestado policial en caso de ser requerido por LA COMPAÑÍA, según corresponda.
- Copia certificada del resultado de examen toxicológico en caso de ser requerido por LA COMPAÑÍA, en caso corresponda.

LA COMPAÑÍA efectuará la comprobación y determinación de tal invalidez luego de la presentación de la documentación antes mencionada, sobre la base de la Tabla de Indemnizaciones inserta en el artículo 10° de las Condiciones Generales.

Dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de haber recibido la documentación e información completa exigida en la póliza para el proceso de liquidación del siniestro, LA COMPAÑÍA deberá pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del siniestro. En caso LA COMPAÑÍA requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto a 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 antes señalado, LA COMPAÑÍA haya presentado la solicitud de prórroga del plazo con que cuenta LA COMPAÑÍA para aprobar o rechazar el siniestro a la SBS, solo si el EL ASEGURADO no aprueba la ampliación del plazo.

El pago deberá efectuarse en un plazo no mayor de treinta (30) días siguientes de consentimiento o aprobado el siniestro

c. Gastos de Curación:

Los gastos efectuados serán reembolsados por LA COMPAÑÍA según lo indicado en el tarifario "A". Se entenderán como tales los cobrados por la mayoría de los proveedores por el mismo servicio o suministro, y teniendo como máximo el señalado en el tarifario "A" (pacientes particulares) más 100% de las clínicas privadas. Dicho tarifario "A" se encuentra en la página <http://www.mapfre.com.pe/media/TARIFARIO-REEMBOLOS-MAPFRE-2018-1.pdf>

A este efecto se deberá presentar la correspondiente declaración de accidente en formulario proporcionado por LA COMPAÑÍA, original del certificado médico donde se detalle la evolución del accidente y secuelas resultantes, los originales de las facturas que respalden dichos gastos, y las órdenes médicas sustentatorias de los mismos. Dicha documentación deberá ser presentada en las oficinas de LA COMPAÑÍA ubicadas en Lima y Provincias o del comercializador.

Dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de haber recibido la documentación e información completa exigida en la póliza para el proceso de liquidación del siniestro, LA COMPAÑÍA deberá pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del siniestro. En caso LA COMPAÑÍA requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto a 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 antes señalado, LA COMPAÑÍA haya presentado la solicitud de prórroga del plazo con que cuenta la compañía para aprobar o rechazar el siniestro a la SBS, solo si el EL ASEGURADO no aprueba la ampliación del plazo.

El pago deberá efectuarse en un plazo no mayor de treinta (30) días siguientes de consentimiento o aprobado el siniestro.

Cuando EL ASEGURADO tenga cubierta esta garantía mediante otros contratos de seguro, LA COMPAÑÍA contribuirá al pago de los gastos de curación en la proporción que exista entre la garantía por ella otorgada y la totalidad de la cobertura obtenida por EL ASEGURADO.

EL ASEGURADO, después de haber utilizado total o parcialmente la suma estipulada para esta cobertura, podrá solicitar su restitución al importe original, pagando la prima proporcional que corresponda al tiempo que falte para el vencimiento anual de la Póliza. Queda expresamente convenido que la referida restitución de la suma asegurada será de aplicación exclusiva para cualquier otro eventual siniestro que se produzca con posterioridad a la citada rehabilitación.

Para la presente cobertura no será necesario el aviso del siniestro.

d. **Gastos de Sepelio por Muerte Accidental:**

Para el pago de este beneficio mediante reembolso se deberá presentar original de la partida de defunción y las facturas originales de los gastos de sepelio por concepto de ataúd, salón velatorio, nicho perpetuo y carroza, a nombre de quien efectuó el gasto. Dicha documentación deberá ser presentada en las oficinas de LA COMPAÑÍA ubicadas en Lima y Provincias o del comercializador.

Dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de haber recibido la documentación e información completa exigida en la póliza para el proceso de liquidación del siniestro, LA COMPAÑÍA deberá pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del siniestro. En caso LA COMPAÑÍA requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto a la documentación e información presentada por EL BENEFICIARIO, 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 antes señalado, LA COMPAÑÍA haya presentado la solicitud de prórroga del plazo con que cuenta la



compañía para aprobar o rechazar el siniestro a la SBS, solo si el EL BENEFICIARIO no aprueba la ampliación del plazo.

El pago deberá efectuarse en un plazo no mayor de treinta (30) días siguientes de consentido o aprobado el siniestro.

Queda establecido que esta cobertura NO será de aplicación en caso los referidos gastos hubieran sido amparados por otro seguro. Sólo se cubrirá en estos casos el diferencial no cubierto por el otro seguro hasta el monto del plan elegido.

Para la presente cobertura no será necesario el aviso del siniestro.

e. **Asistencia en Viaje:**

Para otorgar este servicio adicional vía crédito EL ASEGURADO deberá solicitar la cobertura a través de nuestra Central de Asistencia en Lima, al teléf. 213-3333 y Provincias al teléf. 0801-1-1133, previa indicación de los datos del DNI o carné de extranjería de EL ASEGURADO, e informará la cotización de gastos, la misma que deberá ser en las oficinas de LA COMPAÑÍA ubicadas en Lima y Provincias.

Para el pago de este servicio adicional, mediante reembolso por los gastos efectuados, EL ASEGURADO, deberá presentar los documentos que sustente la asistencia, los cuales deberá emitirse a nombre de EL ASEGURADO, en las oficinas de LA COMPAÑÍA ubicadas en Lima y Provincias o del comercializador. Estos gastos le serán reembolsados por LA COMPAÑÍA contra la presentación de la siguiente documentación y hasta el límite indicado en su póliza:

- Originales de los comprobantes de pago cancelados y emitidos con arreglo a la ley vigente en el lugar de su emisión (Sólo serán materia de reembolso los comprobantes de pago con valor tributario, de acuerdo a lo señalado en el numeral 10.5 de estas Condiciones Generales).
- Copia del DNI o carne de extranjería
- Copia simple del Informe Médico
- Copia simple de la Orden de medicamentos
- Copia de simple del billete aéreo según corresponda la cobertura

La COMPAÑÍA cubrirá las contingencias acaecidas por accidentes en el curso de un viaje de acuerdo a lo estipulado en el numeral 10.5 de las presentes Condiciones Generales.

Dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de haber recibido la documentación e información completa exigida en la póliza para el proceso de liquidación del siniestro, LA COMPAÑÍA deberá pronunciarse sobre el consentimiento o rechazo del siniestro. En caso LA COMPAÑÍA requiera aclaraciones o precisiones adicionales respecto a 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 antes señalado, LA COMPAÑÍA haya presentado la solicitud de prórroga del plazo con que cuenta la compañía para aprobar o rechazar el siniestro a la SBS, solo si el EL ASEGURADO no aprueba la ampliación del plazo.

El pago deberá efectuarse en un plazo no mayor de treinta (30) días siguientes de consentido o aprobado el siniestro.

**Estos servicios se brindan las veinticuatro (24) horas del día los 365 días del año.**

**No son aplicables a este seguro, deducibles, franquicias, coaseguros y similares.**

**Para el presente servicio adicional no será necesario el aviso del siniestro.**

#### **Artículo 8°: CAMBIO DE BENEFICIARIO**

EL CONTRATANTE podrá en cualquier tiempo hacer una nueva designación de Beneficiario(s), siempre que esta Póliza se encuentre en vigor. A este efecto, hará una nueva solicitud escrita, dirigida a LA COMPAÑÍA en cualquiera de sus oficinas, expresando con claridad el nombre del nuevo Beneficiario y su porcentaje en la indemnización, para su anotación en esta Póliza. Así también, es válida la designación aunque se notifique a LA COMPAÑÍA después del evento previsto, siempre que conste en la póliza o en un tercer documento legalizado por notario.

Si en el momento del fallecimiento del ASEGURADO no hubiese Beneficiario concretamente designado, ni reglas para su determinación, la suma asegurada será entregada a los herederos legales del ASEGURADO según lo que la normativa vigente disponga.

#### **Artículo 9°: CÚMULO**

Queda establecido ante un eventual siniestro, la responsabilidad máxima de la Compañía por las coberturas que tenga contratadas el ASEGURADO por el mismo riesgo no podrá exceder en conjunto al monto consignado en las Condiciones Particulares.

#### **Artículo 10°: CONDICIONES ESPECIALES DE CADA GARANTÍA.**

LA COMPAÑÍA asume la cobertura de las garantías y riesgos que a continuación se indican, hasta el límite de las sumas aseguradas en cada caso y en tanto su inclusión figure expresamente señalada en las Condiciones Particulares de la Póliza.

##### **10.1. FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE**

Si como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza se produjera la muerte del ASEGURADO dentro del periodo máximo de un año contado a partir de la fecha del accidente, LA COMPAÑÍA pagará al beneficiario la suma establecida a tal efecto, de acuerdo a la forma prevista en las Condiciones Particulares, quedado automáticamente extinguido el contrato de seguro.

Un mismo accidente no dará derecho acumulativamente a indemnizaciones por muerte e invalidez, por consiguiente, si con posterioridad a que LA COMPAÑÍA hubiera pagado una indemnización por invalidez ocurriera el fallecimiento del ASEGURADO, y siempre que no hubiera transcurrido más de un año desde su ocurrencia, LA COMPAÑÍA sólo estará obligada a pagar la diferencia entre el importe indemnizado y la suma asegurada para la garantía de fallecimiento accidental. Si lo ya indemnizado fuera superior, LA COMPAÑÍA no podrá reclamar la diferencia.

##### **10.2. INVALIDEZ PERMANENTE**

Se considerará como tal la pérdida anatómica o impotencia funcional permanente de miembros y órganos, que sea consecuencia de lesiones corporales originados por un accidente cubierto por la póliza y siempre que se dictamine dentro del periodo máximo de dos (2) años contado a partir de la fecha del accidente.

Para efectos de este Seguro se considera como Invalidez Permanente Total, aquella que en aplicación de la Tabla de Invalidez descrita a continuación le correspondiera el 100% (cien por ciento) de la suma asegurada por esta garantía como indemnización. En este caso, quedará automáticamente terminado el contrato de seguro.

Si luego de indemnizada una invalidez parcial se dictaminara la Invalidez Permanente Total del ASEGURADO a consecuencia del mismo accidente, en el periodo de dos (2) años desde su ocurrencia, LA COMPAÑÍA deducirá de la suma asegurada por Invalidez Permanente total, la referida indemnización, procediendo a pagar el saldo existente de acuerdo a la forma prevista en las Condiciones Particulares.

## TABLA DE INVALIDEZ PERMANENTE

El importe de las indemnizaciones por Invalidez Permanente se fijará mediante la aplicación, sobre la suma asegurada para esta garantía de los porcentajes de indemnización siguientes:

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	PORCENTAJES DE INDEMNIZACIÓN
1 Enajenación mental completa e incurable que haga imposible todo trabajo u ocupación	100%
2 Paraplejía y cuadriplejía	100%
3 Ceguera absoluta incurable y permanente	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	PORCENTAJE DE INDEMNIZACIÓN
<b>Cabeza y Sistema Nervioso</b>	
8 Sordera completa incurable y permanente sin posibilidad de prótesis	50%
9 Mudez absoluta con imposibilidad de emitir sonidos coherentes, incluso por medios artificiales	50%
10 Pérdida total de un ojo o de la mitad de la visión binocular normal	40%
11 Ablación de la mandíbula inferior	50%
12 Sordera completa incurable de un oído	15%
13 Catarata traumática bilateral operada (afaquia)	20%
14 Catarata traumática unilateral operada (afaquia)	10%
15 Trastornos graves en las articulaciones de ambos maxilares	15%
<b>Columna Vertebral</b>	
16 Limitación de movilidad a consecuencia de fracturas vertebrales sin complicaciones neurológicas ni deformaciones de columna: 3 por 100 por cada vértebra afectada	20%
17 Síndrome de Barré-Lieou	10%

<b>Miembros Superiores</b>	Miembro Hábil	Miembro Menos Hábil
18 Amputación de un brazo arriba del codo	75%	60%
19 Amputación del antebrazo hasta el codo	70%	55%
20 Amputación de un brazo debajo del codo	60%	50%
21 Amputación de una mano al nivel de la muñeca	55%	45%
22 Pérdida total del movimiento del hombro	40%	30%
23 Pérdida total del movimiento del codo	25%	20%
24 Pérdida total del nervio radial del cubital o del mediano	20%	15%
25 Pérdida total del movimiento de una muñeca	15%	10%
26 Amputación o pérdida completa del movimiento del pulgar	20%	18%
27 Amputación total o pérdida completa del movimiento del dedo índice	15%	13%
28 Amputación total o pérdida del movimiento del dedo medio	10%	8%
<b>Miembros Inferiores</b>	Miembro Hábil	Miembro Menos Hábil
29 Amputación total o pérdida completa del movimiento de cualquier otro dedo de la mano o de dos falanges del mismo Pelvis y miembros inferiores	6%	5%
30 Amputación de una pierna por encima de la articulación de la rodilla	60%	60%
31 Amputación de una pierna conservando la articulación de la rodilla	50%	50%
32 Pérdida total del movimiento de la cadera en posición desfavorable (flexión o abducción)	40%	40%
33 Pérdida total del movimiento de una cadera en posición favorable	25%	25%
34 Amputación de un pie	35%	35%
35 Amputación parcial de un pie conservando el talón	25%	25%
36 Amputación total del dedo pulgar del pie	10%	10%
37 Amputación de cualquier otro dedo del pie	4%	4%
38 Acortamiento de una pierna de 5 cm. o más (el acortamiento menor de 5 cm. no da derecho a indemnización bajo este epígrafe)	15%	15%
39 Parálisis total del ciático poplíteo externo	15%	15%
40 Pérdida total del movimiento de una rodilla	20%	20%
41 Pérdida total del movimiento de un tobillo	15%	15%
42 Dificultades graves en la deambulación subsiguientes a la Fractura de uno de los calcáneos	10%	10%
<b>Torax y Abdomen</b>		
43 Pérdida de un pulmón o reducción al 50% de la Pulmonar	20%	20%
44 Nefrectomía	10%	10%
45 Ano contranatura	20%	
46 Esplenectomía	5%	

En la aplicación de la anterior Tabla se tendrán en cuenta las siguientes normas:

- a. Las indemnizaciones se fijarán independientemente de la profesión y edad del ASEGURADO, así como de cualquier otro factor ajeno a esta tabla.
- b. Cuando existan varios tipos de invalidez derivados de un mismo accidente se acumularán sus porcentajes de indemnización correspondientes, con el máximo del 100% (cien por ciento) de la suma asegurada para esta garantía.
- c. La impotencia funcional absoluta y permanente de un miembro u órgano será considerada como pérdida total del mismo.
- d. La suma de los porcentajes de indemnización por varios tipos de invalidez parcial en un mismo miembro y órgano no podrá ser superior al porcentaje establecido para su pérdida total.
- e. Los tipos de invalidez no especificados de modo expreso en esta tabla se indemnizarán por analogía con otros casos que figuren en el mismo.
- f. Las limitaciones y las pérdidas anatómicas de carácter parcial serán indemnizadas en proporción a la pérdida o impotencia funcional del miembro y órgano afectado.
- g. Si un miembro u órgano afectado por un accidente presentaba con anterioridad al mismo, amputaciones o limitaciones funcionales, el porcentaje de indemnización aplicable será la diferencia entre el de la invalidez preexistente y el de la que resulte después del accidente.
- h. Las personas que hubieran declarado en la solicitud del seguro que utilizan preferentemente la mano izquierda percibirán por las lesiones de ese lado la indemnización que esta tabla fija para la parte derecha del cuerpo, y viceversa.

El grado de invalidez, a efectos de indemnización definitiva, será establecido por LA COMPAÑÍA cuando el estado físico del ASEGURADO sea reconocido médicamente como definitivo y éste presente el correspondiente certificado médico donde se detalle la evolución del accidente y secuelas resultantes. Si transcurridos dos (2) años desde la fecha del accidente no pudiera realizarse dicha fijación, EL ASEGURADO podrá solicitar de LA COMPAÑÍA un nuevo plazo de hasta seis meses más, transcurrido el cual ésta habrá de fijar la invalidez en base a la que se estime resultará definitiva. La posible concesión de este nuevo plazo, por parte de LA COMPAÑÍA, deberá constar fehacientemente.

### **10.3. GASTOS DE CURACIÓN**

Mediante la inclusión de esta cobertura queda garantizado durante un período máximo de un año, a contar desde la fecha de ocurrencia del accidente y hasta el límite de la suma asegurada para esta garantía, en caso de accidente cubierto por la póliza, el pago de:

- a. Los gastos de asistencia médica, ambulancia, farmacia, hospitalización y rehabilitación física, con excepción de terapia de lenguaje, tratamientos a base de hierbas, acupuntura y quiropraxia.

**No se encuentran amparados por esta póliza los gastos correspondientes a vitaminas, minerales, proteínas y reconstituyentes; sedantes, antidepresivos, somníferos y tónicos cerebrales, salvo aquellos que le fueran suministrados encontrándose EL ASEGURADO internado en una clínica u hospital.**

**Las prótesis o aparatos ortopédicos de tipo funcional, los trasplantes de miembros u órganos y los daños en prótesis preexistentes no están cubiertos por esta garantía. Asimismo, quedan excluidas de esta garantía las intervenciones por razones estéticas.**

### **10.4. GASTOS DE SEPELIO**

Si como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza se produjera la muerte del ASEGURADO dentro del periodo máximo de un año contado a partir de la fecha del accidente, LA COMPAÑÍA pagará hasta la suma asegurada para esta cobertura indicada en las Condiciones Particulares los gastos incurridos por los siguientes conceptos: Ataúd, nicho perpetuo, capilla ardiente, carroza, carros para flores y cargadores.

### 10.5. ASISTENCIA EN VIAJE

En virtud de este servicio adicional, LA COMPAÑÍA cubrirá las contingencias que EL ASEGURADO pudiera tener como consecuencia de los eventos fortuitos que se detalla a continuación, acaecidos por accidentes en el curso de un viaje tal como se define en el artículo 1º de estas Condiciones.

#### ASISTENCIAS

#### CARACTERÍSTICAS

Traslado a centro hospitalario o domicilio habitual.

En caso de accidente, LA COMPAÑÍA se hará cargo del traslado o repatriación del ASEGURADO, hasta un centro sanitario adecuadamente equipado o hasta su lugar de residencia habitual en el Perú.

- a. Transporte o repatriación sanitaria en caso de lesiones

LA COMPAÑÍA, coordinará con EL ASEGURADO a través de su operador internacional, cuál será el médico y la clínica donde se realizará la atención, o si es necesaria la repatriación, en función de la situación o gravedad en la que éste se encuentre.

- b. Traslado en ambulancia por emergencias accidentales dentro de la ciudad

Posteriormente, el equipo médico de LA COMPAÑÍA mantendrá los contactos telefónicos necesarios con el centro médico y con los facultativos que atiendan al ASEGURADO, y decidirá de acuerdo con éstos, su traslado o la repatriación, y los medios de transporte más idóneos.

A solicitud de EL ASEGURADO se realizará el traslado al centro hospitalario, de Lima o domicilio habitual para los accidentes que sean leves o menos graves, el traslado se efectuará en ambulancia u otro medio de transporte, hasta el lugar en que pueda prestarse la asistencia médica adecuada.

- c. Desplazamiento y estancia de un familiar, en caso de que la hospitalización del asegurado fuera superior a 5 días

Si se prescribiera la hospitalización de EL ASEGURADO y ésta, fuese superior a cinco (05) días corridos, LA COMPAÑÍA brindará el servicio de estadía sólo a un familiar directo de EL ASEGURADO, únicamente por concepto de alojamiento u hospedaje (sin extras de alimentación y comunicaciones), siempre que EL ASEGURADO haya viajado sin acompañantes y se encuentre sólo en el extranjero al tiempo de la hospitalización.

La cobertura se otorgará únicamente en la medida que todo el período de la hospitalización previsto esté comprendido dentro de la vigencia de la póliza.

- Este beneficio se brinda de acuerdo a las Condiciones Particulares con un importe de límite diario, y un máximo importe total.
- Se otorga el beneficio de regreso anticipado, LA COMPAÑÍA se hará cargo de la diferencia del costo del pasaje aéreo de regreso de EL ASEGURADO en clase turista o económica, a raíz del fallecimiento de un familiar directo (padre, cónyuge, hijo / a o hermano / a)
- d. Desplazamiento del asegurado por interrupción del viaje debido al fallecimiento de un familiar
- e. Asistencia sanitaria por lesión del asegurado en el extranjero
- Los servicios de asistencia médica a ser brindados por LA COMPAÑÍA, se limitan a tratamientos por accidente, y están orientados a la asistencia en viaje de la lesión corporal que sufra la persona asegurada, ocasionada. Se otorga hasta el límite indicado en las Condiciones Particulares.
- f. Prolongación de la estancia del asegurado en el extranjero.
- LA COMPAÑÍA reembolsará a EL ASEGURADO gastos de hotel, únicamente por concepto de alojamiento u hospedaje (sin extras de alimentación y comunicaciones), siempre que exista autorización previa otorgada a EL ASEGURADO por parte de LA COMPAÑÍA, cuando el médico tratante prescribiere reposo forzoso luego de una hospitalización.
- Para obtener este beneficio EL ASEGURADO deberá haber estado hospitalizado por un periodo mínimo de cinco (5) días, y dicha hospitalización deberá haber sido autorizada por LA COMPAÑÍA.
- g. Transporte o repatriación del asegurado fallecido
- En caso de fallecimiento del ASEGURADO a consecuencia de un accidente amparado durante un viaje, LA COMPAÑÍA efectuará los trámites necesarios para el transporte o repatriación del cadáver y asumirá los gastos de traslado hasta su domicilio habitual o de lugar de inhumación en el Perú hasta el límite establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- h. Transmisión de mensajes urgentes.
- La COMPAÑÍA se encargará de transmitir los mensajes urgentes y justificados del ASEGURADO, relativo a cualquiera de los eventos que den origen a las prestaciones a que se refiere este artículo.
- i. Envío de medicamentos urgentes fuera de Perú.
- LA COMPAÑÍA se hará cargo de la localización y envío fuera del Perú, de medicamentos imprescindibles de uso habitual de EL ASEGURADO, y siempre que no haya la posibilidad de obtenerlos o reemplazarlos por otros en el lugar del extranjero donde se encuentre.

Servicios relativos a equipajes y efectos personales:

ASISTENCIAS

CARACTERISTICAS

Localización y transporte de los equipajes y efectos personales.

Asesoría para la denuncia de robo o extravío, envío de equipaje.

En el evento que el equipaje no fuera localizado y siempre y cuando la Línea Aérea lo dé por perdido, LA COMPAÑÍA compensará al ASEGURADO, por kilogramo despachado y bulto completo, hasta el monto máximo indicado en su póliza.

Luego de las 24 horas de arribo a lugar de destino

No se tomara en cuenta el valor real del equipaje extraviado sino el peso del mismo.

Ámbito territorial del servicio adicional de Asistencia en Viajes:

AMBITO TERRITORIAL

ASISTENCIAS

En el Perú y en extranjero.

a, b, c, d, e, h, k

Exclusivamente en el extranjero.

f, g, i, servicios válidos por un periodo máximo de 60 días a partir de la fecha de inicio del viaje.

Ámbito de Aplicación.

El derecho a las asistencias amparadas por este servicio adicional se devengará a partir del kilómetro sesenta (60) desde el domicilio habitual del ASEGURADO, salvo aquellas que específicamente se otorguen exclusivamente en el extranjero, es decir fuera del Perú.

Periodo máximo del servicio.

El número de días de viaje amparados por este servicio adicional será como máximo de treinta (30).

#### **Prestaciones No Cubiertas por el Servicio Adicional de Asistencia en Viaje.**

**Las prestaciones previstas bajo el Servicio Adicional de Asistencia en Viaje no se conceden si las lesiones que sufra el ASEGURADO se deban a:**

- a. **Cualquiera de las exclusiones contempladas en el artículo 7 “Riesgos Excluidos” de las Condiciones Generales del Seguro.**
- b. **Los fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario tales como inundaciones, terremotos, desprendimientos, corrimientos de tierra, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas atípicas, caídas de cuerpos siderales y aerolitos, y en general cualquier fenómeno atmosférico, meteorológico, sísmico o geológico de carácter extraordinario.**
- c. **Los que se produzcan con ocasión de la participación del ASEGURADO en competiciones, prácticas deportivas, y pruebas preparatorias o entrenamientos.**
- d. **Las asistencias o indemnizaciones por siniestros derivados de actividades de alto riesgo (estas últimas son aquellas actividades que por su naturaleza o el lugar donde se realizan implican una mayor exposición al riesgo que las tareas comunes) siendo algunas: trabajos en minas, manipulación de explosivos; torres de alta tensión, comunicaciones o similares; pilotos o asistentes de vuelo; miembros de las Fuerzas Armadas o Policía (incluyendo la particular).**



- e. **Tratamientos de rehabilitación.**
- f. **Las derivadas de embarazo y parto, o por complicación del mismo o interrupción voluntaria del embarazo.**
- g. **Las asistencias o indemnizaciones por cualquiera de las siguientes circunstancias:**
  - 
  - **Viajes iniciado antes de la entrada en vigor de este seguro, o con posterioridad a su fecha de finalización.**
  - **Viajes realizados con la intención de recibir tratamiento médico.**
  - **Viajes realizados con posterioridad al diagnóstico de una enfermedad terminal.**
  - 
  - **Viajes realizados sin autorización médica previa, habiendo estado EL ASEGURADO bajo tratamiento o control médico dentro de los doce meses previos al inicio del viaje.**
- h. **Asistencias o indemnizaciones por siniestros incurridos fuera del ámbito de cobertura de este Beneficio Adicional.**
- i. **Asistencias o indemnizaciones por siniestros incurridos fuera del Periodo Máximo de Cobertura.**

**Alcances de la Responsabilidad.** Si los proveedores de LA COMPAÑÍA no pudieran prestar los servicios garantizados o se retrasaran en la realización de los mismos, por causas de fuerza mayor y fenómenos meteorológicos. La obligación de ésta quedará limitada exclusivamente al pago, dentro de los límites establecidos, de los gastos en que hubiera incurrido EL ASEGURADO para obtener los servicios garantizados por este servicio adicional.