Compañía de Seguros, S.A.

CONDICIONES GENERALES
SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVO

CLÁUSULA 1: CONTRATO
Estas Condiciones Generales, la Solicitud, el Consentimiento, el Certificado Individual, la Carátula y los Anexos emitidos a la vez que la Póliza o que luego se agreguen, previa aceptación de las partes, constituyen el Contrato entre el Contratante, el Asegurado y ASSA COMPAÑIA DE SEGUROS, S.A. (en adelante, denominada la Aseguradora).
El Contrato Completo de Seguro, que regula las obligaciones y derechos de la Aseguradora, del Contratante y del Grupo Asegurado, se rige por las declaraciones del Contratante en su solicitud de seguro; por el consentimiento de cada uno de los integrantes del Grupo Asegurado; por estas Cláusulas; y los Certificados Individuales de Seguro; por el registro de asegurados y los Anexos a la misma; y por los principios de buena fe, equidad y lealtad que recíprocamente se guardarán las partes Contratantes.

CLÁUSULA 2: ESTIPULACIÓN LEGAL
El Contratante y el Asegurado, al recibir esta Póliza y el Certificado Individual, respectivamente, deben cerciorarse que concuerden con la Solicitud y el Consentimiento presentados a la Aseguradora, para los efectos de los primeros párrafos del artículo 673 del Código de Comercio de Guatemala que dicen textualmente: “En los contratos cuyo medio de prueba consista en una Póliza, factura, orden, pedido o cualquier otro documento similar suscrito por una de las partes, si la otra encuentra que dicho documento no concuerda con su solicitud, deberá pedir la rectificación correspondiente por escrito, dentro de los quince días que sigan a aquél en que lo recibió, y se considerarán aceptadas las estipulaciones de ésta, si no se solicita la mencionada rectificación.
Si dentro de los quince días siguientes, el Contratante que expide el documento no declara al que solicitó la rectificación, que no puede proceder a ésta, se entenderá aceptada en sus términos la solicitud de este último”.
Al presente contrato de seguro, le son aplicables las disposiciones del Código de Comercio de Guatemala, relacionadas con el contrato de seguro, las que prevalecerán sobre el contenido de este contrato de seguro.

CLÁUSULA 3: OBJETO DEL SEGURO
Mediante este seguro, la Aseguradora se compromete a cubrir el riesgo de muerte accidental del Asegurado y otros riesgos mencionados en los Anexos que formen parte de este, en caso de siniestro cubierto por esta Póliza.

CLÁUSULA 4: DEFINICIONES
Para los efectos de la presente Póliza y sujeto a los demás términos y condiciones de esta, se entenderá por:

ACCIDENTE: Todo evento externo, violento, súbito y fortuito que afecte al Asegurado, ya sea causándole la muerte o alguna lesión corporal temporal o permanente, y que puedan ser determinados de manera cierta por médico legalmente autorizado para ejercer su profesión. No se considerará como accidente, la muerte o las lesiones corporales causadas intencionalmente por el asegurado a sí mismo o a éste por alguno de sus Beneficiarios.

Asimismo, se consideran como accidente, las lesiones corporales causadas por:
a) Explosiones, descargas eléctricas o atmosféricas;
b) Quemaduras accidentales causadas por el fuego, escapes de vapor o el contacto con ácidos y corrosivos;
c) Asfixia o intoxicación por vapores o gases, o por inmersión u obstrucción;
d) Intoxicación o envenenamiento por ingestión de substancias tóxicas o alimentos adquiridos en mal estado o consumidos en lugares públicos;
e) Infecciones respecto de las cuales pueda afirmarse que el virus o agente patógeno ha penetrado en el cuerpo por lesión producida por un accidente cubierto por esta Póliza;
f) Mordeduras de animales o picaduras de insectos y/o sus consecuencias;
g) Otras lesiones corporales producidas por fenómenos naturales y que afecten al Asegurado en forma personal o aislada.

No se consideran como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo que sufra el Asegurado.

ANEXO: Al documento que, previo acuerdo entre las partes, se adhiere y forma parte del Contrato de Seguro, modificando y/o adicionando sus Condiciones Generales.

ASEGURADO: A la persona individual que, a solicitud del Contratante, y de acuerdo con el Consentimiento, queda cubierta por este Seguro de Accidentes Personales y es la persona interesada en la traslación de los riesgos.

ASEGURADO TITULAR: Al Asegurado que representa a sus dependientes económicos y que ha quedado reconocido como tal en el Certificado Individual correspondiente.

Compañía de Seguros, S.A.

BENEFICIARIO: Es la persona que ha de percibir, en caso de siniestro, el producto del seguro.

CERTIFICADO INDIVIDUAL: Al documento que se emite a favor de la persona individual que se adhiere al Seguro de Vida Colectivo.

CONTRATANTE: A la persona individual o jurídica que celebra y mantiene un contrato de seguro colectivo con una aseguradora, con el fin de asegurar a un grupo asegurable.

CONTRIBUTIVO: Se refiere a que, para obtener los beneficios de este Seguro, el miembro del Grupo deberá efectuar una contribución proporcional a la prima fijada.

DEDUCIBLE: Es la cantidad de dinero en la que participa el Asegurado en cada siniestro, la cual no es indemnizable.
DEPENDIENTES ECONÓMICOS: Al cónyuge del Asegurado Titular, sus hijos menores de dieciocho años y a los hijos incapaces, que, aun siendo mayores de edad, dependan económicamente del Asegurado y hayan sido así aceptados por la Aseguradora.

GRUPO ASEGURADO: Al conjunto de personas individuales que, satisfaciendo las características del Grupo asegurable, están cubiertas por este Seguro de Accidentes Personales Colectivo.

GRUPO ASEGURABLE: Al conjunto de personas individuales que mantienen un vínculo o interés en común con el Contratante, previo e independiente de la celebración del Contrato de Seguro.

NO CONTRIBUTIVO: Se refiere a que el Seguro es sin costo alguno para el miembro del Grupo y que el Contratante aportará la totalidad de la prima fijada.

SINIESTRO: Evento cuyo acaecimiento origine el pago de la indemnización en los términos que describe el Contrato de Seguro.

SUMA ASEGURADA: Es la cantidad máxima que pagará la Aseguradora al (los) Beneficiario(s) o al Asegurado, a consecuencia de los riesgos cubiertos de acuerdo con las estipulaciones consignadas en esta Póliza y en los Anexos que forman parte de la misma.

CLÁUSULA 5: COBERTURA BÁSICA: MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRACIÓN

El pago de esta cobertura se hará al Asegurado, excepto en el caso de su fallecimiento en que se hará al (a los) Beneficiario(s) vigente(s) a la fecha de la muerte. El monto del pago se calculará de acuerdo con la siguiente Tabla de Indemnizaciones:

Pérdida de	% de Indemnización
a.La vida	100%
b. Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
c. Una mano y un pie	100%
d. Una mano o un pie conjuntamente con la vista de un ojo	100%
e.Una mano o un pie	50%
f. La vista de un ojo	30%
g. Un dedo pulgar	15%
h.Un dedo índice	10%
i.Cada uno de los dedos, medio, anular y meñique	5%

Para los efectos de esta Póliza se entiende:
Por pérdida de una mano, su separación absoluta de la articulación de la muñeca o arriba de ella; por pérdida de un pie, su separación absoluta de la articulación del tobillo o arriba de él; por la pérdida de la vista, la pérdida completa o irremediable de la visión; por pérdida de dedos, su separación en, o arriba de las articulaciones metacarpofalangeales.

CLÁUSULA 6: EXCLUSIONES
El contrato de seguro contenido en esta Póliza no cubre:

Compañía de Seguros, S.A.

1. **Suicidio antes del segundo año de vigencia del Certificado.**
2. **Lesiones corporales causadas intencionalmente al Asegurado por: a) El (los) Beneficiario(s). b) Cualquier otra persona, como consecuencia de actos ilícitos cometidos por el Asegurado.**
3. **Guerra declarada o no, invasión, actos de enemigos extranjeros, operaciones hostiles o bélicas (se haya declarado la guerra o no), terrorismo, guerra civil, actos de sedición, motín, conmociones civiles que alcancen proporciones o tengan carácter de alzamiento popular, alzamiento militar, asonadas, rebeliones, revoluciones, poderes militares, o usurpados, ley marcial, y reclamaciones directas o indirectamente derivadas de la fisión o de la fusión nuclear, o de radiactividad.**
4. **Enfermedades, padecimientos o tratamiento médico u operaciones quirúrgicas de cualquier naturaleza que no sean a consecuencia directa de un accidente.**
5. **Cualquier accidente ocurrido antes de la primera fecha de inicio vigencia de esta Póliza.**
6. **Cualquier accidente que provoque la muerte, pérdidas orgánicas o daños corporales que sufra el asegurado encontrándose bajo los efectos de bebidas alcohólicas, drogas, tóxicos, enervantes o psicotrópicos de uso ilegal u obtenidos sin receta legalmente extendida por médico legalmente autorizado para ejercer su profesión. En el caso de nivel alcohólico, se tomará el establecido por el Ministerio Público.**
7. **Ptomaínas o infecciones bacterianas, tetánicas o carbuncosas (con excepción de las infecciones piógenas que acontezcan simultáneamente y como resultado de una herida accidental).**
8. **Cualquier gasto o indemnización por pérdida y/o por incapacidad derivado de cuarentena humana o la aplicación de leyes o reglamentos impuestos por cualquier autoridad pública local, nacional o regional.**
9. **Las insolaciones, congelaciones, congestión y otros efectos de la temperatura o presión atmosféricas, salvo que el Asegurado esté expuesto a ellas por consecuencia de un accidente cubierto por el seguro.**
10. **Envenenamiento de cualquier naturaleza (tragados, administrados, absorbidos o inhalados por accidente o de otra manera, voluntaria o involuntariamente).**
11. **Suicidio o cualquier intento del mismo, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen.**
12. **Actos o hechos cometidos con armas de fuego, corto punzantes, contundentes o punzo cortantes, a excepción de los casos que se declare por la autoridad competente como víctima accidental de proyectil disparado con arma de fuego, salvo pacto contrario.**
13. **Riña cuando el Asegurado tome parte en ella, a excepción de si es en defensa propia.**
14. **Participación en tumultos o insurrecciones.**
15. **Mientras el asegurado esté sirviendo en las fuerzas armadas regulares o irregulares de cualquier país o autoridad internacional, ya sea en tiempo de paz o de guerra. En caso que el Asegurado ingresare a tal servicio, La Aseguradora, a solicitud del Asegurado, le devolverá la prima a prorrata que corresponda por cualquier período en que el Asegurado, durante la vigencia de la presente póliza, preste dicho servicio.**
16. **Viajar o volar en cualquier aeronave o al descender de la misma, si el Asegurado es piloto o miembro de la tripulación o está dando o recibiendo cualesquiera clases de entrenamiento o instrucción o si tiene cualesquiera deberes a bordo de tal aeronave.**
17. **La participación en cualquier forma de navegación submarina.**
18. **Encontrarse en cualquier vehículo tomando parte en carreras, pruebas o competencias de velocidad o resistencia.**
19. **Los sufridos por el Asegurado debido a actos de imprudencia, temeridad o negligencia grave, a juicio de la Aseguradora, tomando parte en carreras de velocidad o resistencia, en apuestas y en concursos de cualquier naturaleza, en ascensiones y viajes aeronáuticos de toda clase, paracaidismo, navegación submarina, boxeo o cualquier clase de lucha personal, acoso, derribo y encierro de reses bravas, y en general todo acto notoriamente peligroso o delictivo.**
20. **Accidentes ocurridos por fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico, tales como: terremoto, inundación o erupción volcánica que se produzca en el territorio de la República de Guatemala.**
21. **Cualquier otra clase de enfermedad, independientemente de la forma en que ésta se transmita o propague, incluyendo epidemias y pandemias.**
22. **Mala práctica médica o asociada al servicio médico-quirúrgico.**
23. **Hernia y lesiones corporales que den lugar a formación de la misma.**
24. **Explosión o detonación de instrumento que emplee fisión atómica o fuerza radiactiva, ya sea en tiempo de paz o en tiempo de guerra. El uso, liberación o fugas de materiales que directamente e indirectamente resulten en una reacción nuclear, radiación o contaminación radioactiva. Esta exclusión no resultará afectada por ningún anexo de la presente póliza, en donde no se haga alusión total o parcial a dicha exclusión.**

25. **Lesiones sufridas mientras el asegurado participe en actividades de atletismo o competencias deportivas, ya sean estas de carácter profesional o semiprofesional. Se hace la salvedad que esta exclusión se podrá incluir como cobertura a cambio del pago de la prima adicional respectiva.**
26. **Secuestro: muertes heridas o lesiones derivadas de secuestro o participación en el rescate o en el pago de rescate. Esta exclusión se aplica sin importar la duración o fines del secuestro.**
27. **Cualquier pérdida ocurrida a consecuencia de accidente de cualquier tipo de aeronave, mientras el asegurado viaje en la misma como pasajero. Se hace la salvedad que esta exclusión se podrá incluir como cobertura a cambio del pago de la prima adicional respectiva.**
28. **La muerte o lesiones ocasionadas por el uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares impulsados por motor, ya sean terrestres, acuáticos o aéreos. Se hace la salvedad que esta exclusión se podrá incluir como cobertura a cambio del pago de la prima adicional respectiva.**
29. **La muerte o lesiones derivadas u ocasionadas por terrorismo. Para los efectos de esta Póliza, por terrorismo se entiende el uso de violencia ejercida para producir alarma, zozobra o terror en la población o en un grupo o sector de ella, para perturbar la paz pública, tratar de menoscabar la autoridad del Estado o de presionarlo para que actúe en determinada forma o tome una determinación, utilizando en sus actos cualquier tipo de armas, artefactos, explosivos o sustancias que provoquen incendio, conflagración o inundación**
30. **La muerte o lesiones producidas u ocasionadas por o en la práctica de deportes o actividades extremas. Para este fin, y con propósito descriptivo y no limitativo, se consideran deportes o prácticas extremas el paracaidismo, el rappel, el bungee, el buceo, el alpinismo o el andinismo, el vuelo libre y cualquier otra actividad de riesgo inherente análogo a las enunciadas. Se hace la salvedad que esta exclusión se podrá incluir como cobertura a cambio del pago de la prima adicional respectiva.**
31. **Cualquier prueba, competencia o contienda de velocidad, sin importar que el Asegurado participe como piloto, copiloto, navegante o pasajero. Se hace la salvedad que esta exclusión se podrá incluir como cobertura a cambio del pago de la prima adicional respectiva.**
32. **Condiciones Preexistentes. Se entenderán como condiciones preexistentes todas aquellas condiciones propias del asegurado y cuyo inicio es anterior a la fecha efectiva de inicio de vigencia de la Póliza y fue diagnosticada por un médico o provocó un gasto o fue aparente a simple vista, o bien, la que, por sus síntomas o signos, no pueden pasar desapercibidas al criterio de un lego o de un profesional.**

CLÁUSULA 7: SUICIDIO.

La Aseguradora estará obligada al pago de la Suma Asegurada estipulada, aún en caso de suicidio del Asegurado, cualquiera que sea el estado mental del suicida o el móvil del suicidio, si ocurre después de dos (2) años de celebrado el Certificado Individual de Seguro. Si ocurriere antes, la Aseguradora únicamente está obligada a la devolución de las primas percibidas.

CLÁUSULA 8: PAGO DE PRIMA Y PERÍODO DE GRACIA.

8.1. Pago de la Prima

El Contratante, en representación del Grupo Asegurado, debe pagar a La Aseguradora en las oficinas de ésta, la prima estipulada en la Carátula de la Póliza, en el momento de la celebración del Contrato, por lo que se refiere al período del seguro. Salvo pacto en contrario, se podrán pactar pagos semestrales, trimestrales y mensuales, aplicando el recargo correspondiente a la prima total.

Toda prima debe pagarse anualmente y por adelantado, de tal manera que, aunque la Aseguradora convenga en dar facilidades al Contratante asignándole períodos de pago menores de un año, haciéndole los recargos consiguientes, no por eso perderá la propia Aseguradora su derecho de que en caso de siniestro, se deduzca del monto que deba satisfacer conforme a la presente póliza, cualquier saldo de prima anual aún no cubierto por el Contratante.

Si el pago no ha sido efectuado, el Contrato cesará en sus efectos automáticamente al día siguiente del vencimiento del período de gracia, sin necesidad de declaratoria judicial ni de aviso de cancelación, y la Aseguradora quedará relevada de cualquier responsabilidad.

El pago de la prima puede efectuarse bajo las siguientes formas: Sin Contribución y Con Contribución.

Cuando la Suma Asegurada de cada miembro del Grupo Asegurado sufra variación al iniciarse cada período asegurable o dentro del período asegurado, La Aseguradora determinará la prima individual, multiplicando la tarifa que corresponda por la Suma Asegurada.

8.2 Período de Gracia

El Contratante dispone de un período de gracia de treinta (30) días calendario para el pago de la prima inicial y la prima de renovación en cada aniversario de la Póliza. Si el pago no se efectúa dentro de dicho período, el Contrato cesará en sus efectos automáticamente. En caso de siniestro durante el período de gracia, La Aseguradora, de ser el caso, deducirá de la indemnización pagadera al Asegurado o al (los) Beneficiario(s), el total de la prima pendiente de

pago o las fracciones de ésta no liquidadas por el Asegurado, hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al período de seguro contratado.
En el caso de pagos fraccionados, el Contratante no dispondrá del citado período de gracia para los pagos fraccionados subsecuentes.

CLÁUSULA 9: VIGENCIA Y RENOVACIÓN
La Aseguradora asume las consecuencias de los riesgos cubiertos a partir de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza y/o Certificado Individual, y termina en la fecha que finaliza la vigencia de la Póliza.
A su vencimiento, este Contrato de Seguro podrá ser renovado o modificado, según las aceptaciones de La Aseguradora y a las bases que constituyen el Contrato original de este Seguro. La renovación de este Contrato de Seguro será automática a la fecha de renovación, y el contratante podrá cancelar dicho contrato posterior a la fecha de renovación, siempre y cuando sea dentro de los treinta (30) días posteriores a la fecha de renovación. Las modificaciones podrán hacerse cuando sea vigente la Póliza, si las partes lo aceptan fehacientemente.

CLÁUSULA 10: TERMINACIÓN ANTICIPADA Y REHABILITACIÓN.
Tanto la Aseguradora como el Contratante y/o el Asegurado y/ Contratante podrán dar por terminado el contrato y/o el Certificado Individual, según corresponda, anticipadamente con quince (15) días calendario de aviso previo dado por escrito a la contraparte. En ambos casos se procederá a la devolución de prima no devengada a prorrata, menos los gastos de emisión de la Póliza. La Aseguradora cumplirá con enviar el aviso al Asegurado y/o Contratante a la última dirección que aparezca registrada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual

Si la vigencia de la Póliza está en suspenso por falta de pago de la prima convenida, la Póliza se rehabilitará si La Aseguradora, previa declaración de aceptación de rehabilitación, recibe el pago de las primas no pagadas, pero dicha rehabilitación será solo para amparar el siniestro que la Póliza ampara, ocurrido o sobrevenido después de la rehabilitación.

CLÁUSULA 11: BENEFICIARIOS
El Asegurado, y solamente él, debe nombrar a uno o a más Beneficiarios designándolos en el Consentimiento, incluyendo el porcentaje a distribuir a cada uno de ellos.
En caso de que algún Beneficiario falleciere antes o simultáneamente con el Asegurado, la parte que le corresponda, acrecerá a favor de los demás Beneficiarios sobrevivientes en partes iguales, y si todos hubiesen fallecido, la prestación convenida se hará a favor de los Herederos Legales del Asegurado.
El Asegurado tiene derecho en cualquier momento de cambiar de Beneficiarios y deberá comunicarlo por escrito a La Aseguradora, para que dichos cambios surtan efecto.
El Contratante no puede nombrar beneficiarios ni ser designado como tal, ni debe ceder los derechos de la suma asegurada, salvo cuando el seguro se haya contratado con el fin de garantizar prestaciones legales, a que esté obligado como patrono y siempre que la prima sea sin contribución.

CLÁUSULA 12: LÍMITES DE EDAD Y EDAD INEXACTA
La edad mínima de ingreso es de 18 años. La edad máxima de ingreso y la edad máxima de terminación de beneficios serán indicadas en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.
Si antes de producirse un siniestro, se establece que la edad real de alguno de los miembros del Grupo Asegurado es mayor que la edad declarada, el Contratante y/o el Asegurado deberá pagar la diferencia de prima entre ambas edades, por el año en que se establezca la inexactitud; pero si tal inexactitud se establece después de producido el siniestro, la Aseguradora cobrará al Contratante y/o el Asegurado la diferencia de primas no percibidas.
Si la edad declarada es mayor que la verdadera, la Aseguradora reintegrará al Contratante y/o el Asegurado el exceso percibido, ya sea en efectivo o como complemento de la próxima prima a percibir.
Cualquier ajuste anterior podrá realizarse si la edad real está dentro de los límites de admisión, establecidos en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

CLÁUSULA 13: OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES
El Contratante y/o Asegurado perderá todo derecho de indemnización bajo esta Póliza si en el Consentimiento o en cualquier otro documento que entregue a la Aseguradora, consigna datos o circunstancias que fueren falsos, o inexactos o de mala fe, que hicieran suponer una disminución del riesgo, induciendo a la Aseguradora a aceptar el riesgo, cuando de conocer tales circunstancias la Aseguradora hubiera rechazado la aceptación del Seguro. En este caso, La Aseguradora quedará relevada de toda responsabilidad.

CLÁUSULA 14: OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE
Son obligaciones del Contratante:

a. Pagar a la aseguradora la prima de seguro con la periodicidad y en la forma en que se haya convenido.
b. Recaudar de las personas del grupo asegurado la cantidad de la prima de seguro con la que contribuyen, con la periodicidad y en la forma en que se haya convenido.
c. Informar, en la forma convenida, a la aseguradora:
d. El ingreso al grupo asegurado de nuevas personas, adjuntando los consentimientos respectivos y demás documentación que le requiera la aseguradora;
e. La separación definitiva de alguna persona asegurada del grupo asegurado;
f. Cualquier situación de los asegurados que ya no se ajuste a alguna de las cláusulas de la póliza, así como las agravaciones esenciales que tenga el riesgo, que sean de su conocimiento; y,
g. La terminación de su calidad como contratante.
h. Dar a conocer a la persona que se asegure, la obligación de declarar datos verídicos y las consecuencias de no hacerlo.
i. Entregar el certificado individual a cada persona del grupo asegurado, por el medio convenido.
j. No efectuar cargos adicionales al asegurado sobre la prima fijada por la aseguradora.
k. Que el Asegurado llene la hoja de consentimiento escrito y nombramiento de beneficiarios.

CLÁUSULA 15: ALTAS Y BAJAS DEL GRUPO ASEGURADO

15.1 Altas de Asegurados:

Las personas que cumplan los límites de edad establecidos por la Aseguradora, podrán ingresar al Grupo Asegurado con posterioridad a las fechas de emisión o renovación de esta Póliza, siempre que mantengan relación con el Contratante. Este derecho solo se reserva a los que manifiesten su consentimiento dentro de los 30 días corridos siguientes a su ingreso o alta en la Empresa o entidad Contratante, encontrándose éstos en servicio activo de la misma. En este caso, la vigencia del seguro iniciará en la fecha que indique el Certificado Individual.
Los que soliciten su ingreso dentro del Grupo Asegurado con posterioridad, quedan sujetos a las normas de selección de la Aseguradora.
La Aseguradora cobrará al Contratante la parte de la prima que corresponda al tiempo que falte para concluir el período asegurado. La Prima por cada Asegurado, se determinará tomando en cuenta los días completos, a partir del día siguiente al que causó alta.

15.2 Bajas de Asegurados:

Desde el momento de la separación, las personas separadas definitivamente del Grupo Asegurado no están amparadas por esta Póliza, quedando automáticamente sin validez alguna el Certificado Individual de Seguro emitido a su favor por La Aseguradora. En este caso, la parte de la prima que resulte no devengada será restituida al Contratante por La Aseguradora, para ser entregada al Asegurado, si procediere. La prima no devengada por cada Asegurado que cause baja, se determinará tomando en cuenta los días que faltan para que termine el seguro, devengando La Aseguradora la prima correspondiente al día durante el cual suceda la baja. Queda entendido que dicha prima siempre se computará por meses completos.

CLÁUSULA 16: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO O DEL BENEFICIARIO EN CASO DE SINIESTRO

Tan pronto como el Beneficiario o, en su caso, el Asegurado, tuviere conocimiento de la realización del siniestro, deberá comunicarlo a la Aseguradora.

La ocurrencia del siniestro previsto y/o cubierto en esta Póliza, deberá notificarse por escrito, o por cualquier medio electrónico fehaciente a La Aseguradora por, o a nombre del Asegurado o del Beneficiario, así:
a) En caso de muerte derivada de accidente, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la ocurrencia del siniestro.
b) En caso de accidente causante de lesión: dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la fecha del siniestro.
Este plazo no correrá sino en contra de quienes tuvieran conocimiento del derecho constituido a su favor. La omisión de estos avisos, en el plazo y forma indicados, no invalidará ninguna reclamación si se demuestra que no fue razonablemente posible dar dicho aviso y que éste se dio tan pronto como fue razonablemente posible.

CLÁUSULA 17: PAGO DEL RECLAMO

El (los) Beneficiario (s) o el Asegurado, según sea el caso, tienen acción directa para requerir de la Aseguradora el pago de la Suma Asegurada que corresponda, conforme a las condiciones establecidas en la Póliza.

Toda vez que se hayan practicado las investigaciones correspondientes, se encuentren completos los requisitos contractuales y legales del caso, así como la documentación que la Aseguradora requiera para tal efecto, y no exista desacuerdo en la liquidación e interpretación de las Cláusulas de esta Póliza, la Aseguradora pagará conforme a lo estipulado en el Artículo 34 de la Ley de la Actividad Aseguradora.

Compañía de Seguros, S.A.

Con el pago de la Suma Asegurada, quedarán extinguidas las obligaciones de La Aseguradora provenientes de cualquiera que sea la cobertura estipulada en la Carátula de la Póliza.
Todas las indemnizaciones cubiertas por la Aseguradora serán liquidadas al (los) Beneficiario (s) designados o al Asegurado, según corresponda.

CLÁUSULA 18: PRESCRIPCIÓN
Todas las acciones derivadas de la presente Póliza prescribirán en dos (2) años contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen. En el caso de beneficiarios, la prescripción se consumará conforme lo establecido en el Código de Comercio de Guatemala.

CLÁUSULA 19: PROCEDIMIENTO PARA RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS
Toda contienda que surja entre las partes a causa del siniestro, o de la interpretación o cumplimiento de las cláusulas de la presente Póliza, se resolverán, en primer lugar, por la vía conciliatoria entre el Asegurado y/o El Contratante y La Aseguradora. Y, en segundo lugar, si no fuese posible la solución por el medio descrito anteriormente, quedará abierta la vía jurisdiccional ante los tribunales ordinarios competentes de la ciudad de Guatemala.

CLÁUSULA 20: MONEDA
Todos los pagos hechos por el Asegurado y/o El Contratante deben ser ejecutados en la moneda pactada en la Carátula de la Póliza y/o el Certificado Individual, sin necesidad de requerimiento o cobro alguno. Los pagos realizados por la Aseguradora serán en la misma moneda pactada con el Contratante.

CLÁUSULA 21: NOTIFICACIONES
Cualquier comunicación relacionada con este seguro deberá presentarse por escrito a La Aseguradora en el domicilio de la misma, indicado en la Carátula de esta Póliza; o, en su caso, en el lugar que para estos efectos hubiera comunicado aquélla por escrito al Asegurado y/o El Contratante. Las comunicaciones que La Aseguradora deba hacer al Asegurado y/o El Contratante, los realizará en el último domicilio del que haya tenido conocimiento.

CLÁUSULA 22: TERRITORIO
Salvo pacto en contrario, la Póliza solo es exigible respecto de los siniestros del territorio nacional de la República de Guatemala.

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 1175-2019 del 03 de Septiembre del 2019, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

CONDICIONES PARTICULARES

Compañía de Seguros, S.A.

CONDICIONES PARTICULARES PARA COBERTURA DE VIAJE

1) DEFINICIONES

ASALTO: Es la sustracción (o su tentativa) de una cosa mueble ajena con ánimo de apropiársela, mediante la intimidación o violencia en las personas dueñas o tenedoras de esas especies sustraídas y que le cause al ASEGURADO una LESIÓN corporal, de la cual resulte su fallecimiento, desmembración o invalidez con carácter permanente.

BENEFICIO: Es la prestación, indemnización o reembolso a la que accederá el ASEGURADO si ocurre algún hecho cubierto por esta PÓLIZA, en un todo según las condiciones del PLAN CONTRATADO.

CENTRAL DE ASISTENCIA: Es el centro de atención telefónica que pone a disposición la ASEGURADORA para la atención de los llamados del ASEGURADO en caso de SINIESTRO o de la necesidad de solicitar alguno de los BENEFICIOS establecidos en la presente PÓLIZA, cuyo(s) número(s) de teléfono será(n) indicado(s) en el respectivo CERTIFICADO.

CERTIFICADO: Es el documento entregado a los ASEGURADOS, donde constan los detalles de la cobertura individual otorgada a cada uno bajo esta PÓLIZA, según el PLAN CONTRATADO.

COMPAÑERO DE VIAJE: Comprende una o más personas que hayan efectuado reserva para acompañar al ASEGURADO en el VIAJE, que viajen en la misma fecha y vuelo que el ASEGURADO y cuyos pasajes hayan sido adquiridos simultáneamente.

CONDICION PREEXISTENTE: Es la condición por la cual el ASEGURADO recibió o le fue recomendado cuidado, tratamiento o asesoramiento de un MÉDICO, o la existencia de antecedentes médico-hospitalarios, síntomas, señales o alteraciones perceptibles en el estado de salud, o exámenes de diagnóstico comprobatorios, dentro del plazo de dos años anteriores a la ocurrencia del SINIESTRO, o bien, una condición por la cual fue requerida la hospitalización o cirugía del ASEGURADO dentro del plazo de cinco años anteriores a la ocurrencia del SINIESTRO.

La CONDICIÓN PREEXISTENTE podrá ser verificada por la ASEGURADORA por todos los medios disponibles, incluyendo historias clínicas y/o legajos médicos-hospitalarios en consultorios, clínicas, laboratorios, HOSPITALES o por medio de examen médico u otro.

CONTRATOS DE VIAJE: Son los convenios o contratos celebrados por el ASEGURADO o CONTRATANTE con el objeto de que el Asegurado realice un viaje, tour o crucero a un país extranjero, ya sea que dicho VIAJE sea organizado por un operador de turismo, agente de viajes o línea de cruceros o bien directamente por el propio ASEGURADO o CONTRATANTE, y que se encuentra protegido por la presente PÓLIZA

ESTABLECIMIENTO HOSPITALARIO (U HOSPITAL):

Es un lugar que:

a. Cuenta con habilitación vigente, si así fuese requerido por la ley.
b. Está dedicado especialmente al cuidado y tratamiento de personas enfermas o lesionadas.
c. Tiene un cuerpo de uno o más MÉDICOS disponibles de forma permanente.
d. Presta servicios de enfermería las 24 horas del día y cuenta al menos con un profesional de enfermería matriculado, de guardia en forma permanente.
e. Cuenta con instalaciones organizadas para diagnóstico y cirugía, ya sea en el mismo lugar o en otras instalaciones disponibles del HOSPITAL, previamente acordados.

No son HOSPITALES los establecimientos geriátricos, de descanso o de convalecencia para personas de edad avanzada, ni un establecimiento operado como un centro de tratamiento para drogas y/o alcohol.

ENFERMEDAD DE CARÁCTER SÚBITO: Es el evento de carácter mórbido, de causa no accidental, que sea contraído por el ASEGURADO o se manifieste por primera vez durante el VIAJE y que requiera tratamiento terapéutico por parte de un MÉDICO y no corresponda a una CONDICIÓN PREEXISTENTE.

EQUIPAJE: Para los efectos de esta PÓLIZA, será considerado equipaje todo bulto acondicionado en compartimiento cerrado, despachado comprobadamente bajo responsabilidad del TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO.

FECHA DE LLEGADA: Es la fecha que el ASEGURADO originalmente programó como regreso de su VIAJE y que está especificada en el respectivo CERTIFICADO.

FECHA DE SALIDA: Es la fecha que el ASEGURADO originalmente programó como inicio de su VIAJE y que está especificada en el respectivo CERTIFICADO.

LESIÓN: Es un daño corporal causado exclusivamente por ACCIDENTE, ocurrido durante el VIAJE. MÉDICAMENTE NECESARIO:

Es la recomendación hecha por el MÉDICO cuando ella es:

- Consistente con los síntomas, diagnóstico y tratamiento de la condición del ASEGURADO
- Apropiada en relación con las reglas de la buena práctica médica.
- MÉDICO: Es un profesional habilitado para practicar la medicina dentro del ámbito de su especialidad. No será considerado como MÉDICO:
- El ASEGURADO

- Su cónyuge
- Una persona que sea MIEMBRO DE LA FAMILIA del ASEGURADO o de su cónyuge, aunque esté habilitado para ejercer la medicina y cualquiera sea su lugar de residencia.

MIEMBRO DE LA FAMILIA: Respecto de la persona a la que se haga referencia, significa su cónyuge o conviviente en aparente matrimonio tal como se defina en las disposiciones legales vigentes, sus hijos, hijastros, sus padres, padrastros, suegros, hermanos, hermanastros, cuñados, yernos, abuelos, nietos, nueras, menores bajo su tutela, tíos o sobrinos, siempre y cuando residan en el mismo país del ASEGURADO.
MONTO MÁXIMO GARANTIZADO: Es el monto máximo que asume la ASEGURADORA según esta PÓLIZA por cada PLAN CONTRATADO, según lo indicado en el cuadro de Riesgos Cubiertos y Límites de Responsabilidad. Este monto máximo resulta aplicable a todos los SINIESTROS amparados bajo un mismo CERTIFICADO durante la vigencia de este, ya sea originados en uno o más eventos.
El referido MONTO MÁXIMO GARANTIZADO resultará aplicable exclusivamente para las coberturas que así lo contemplan expresamente en la Cláusula 3 siguiente:

PLAN CONTRATADO: Consiste en la combinación de coberturas, BENEFICIOS, SUMAS ASEGURADAS y límites contratados por el ASEGURADO, descritos en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS y que se encuentra definido en el respectivo CERTIFICADO. PÓLIZA: Es el presente contrato de SEGURO DE VIAJES INTERNACIONAL.
El presente documento, PÓLIZA o sus modificaciones y documentación anexa, conforman el SEGURO DE VIAJES INTERNACIONAL.
STEEPLECHASE: Carrera que se lleva a cabo por individuos a caballo, en una pista con obstáculos.
SUMA ASEGURADA: Es el monto máximo a cargo de la ASEGURADORA establecido por cada SINIESTRO y para cada cobertura incluida en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS, de acuerdo al PLAN CONTRATADO por el ASEGURADO.

TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO: Es cualquier medio de transporte de pasajeros a título oneroso por tierra, agua o aire, con recorrido fijo, operado con habilitación válida y en un todo de acuerdo a las disposiciones legales o reglamentarias aplicables. No están contemplados en la presente definición y por tanto quedan excluidos, los taxis, vehículos rentados, servicios de traslado de hotel o estacionamiento y cualquier otro medio de transporte privado de pasajeros.

VIAJE: Es la salida del ASEGURADO de su país de residencia, con el fin de efectuar una visita, tour o crucero a un país extranjero, ya sea organizado a través de un operador de turismo, agente de viajes o línea de cruceros o bien directamente por el propio ASEGURADO o CONTRATANTE, y que se encuentra protegido por la presente PÓLIZA, comprendido entre las FECHAS de SALIDA Y LLEGADA especificadas en el CERTIFICADO.

1) COBERTURAS

Las coberturas descritas a continuación formarán parte de la presente PÓLIZA sólo en la medida que las mismas estén incluidas expresamente en el PLAN CONTRATADO por el ASEGURADO o CONTRATANTE, y sus SUMAS ASEGURADAS y límites estarán determinados según lo establecido en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS.

2.1) MUERTE ACCIDENTAL

BENEFICIO: El pago de la SUMA ASEGURADA respectiva en caso de muerte del ASEGURADO, producida como consecuencia inmediata de un ACCIDENTE ocurrido exclusivamente durante el VIAJE, ya sea:

a) mientras se encuentre ascendiendo, descendiendo o viajando en un TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO;
b) en ocasión de un ASALTO
c) por cualquier otra causa contemplada en la definición de ACCIDENTE y que no se encuentre expresamente excluida por la presente PÓLIZA.

Todo ello de acuerdo a la SUMA ASEGURADA establecida para cada caso en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS. En el caso que no se hubiera establecido SUMA ASEGURADA para alguna de las causales descritas, se entenderá que no se otorgará cobertura bajo la misma, encontrándose excluida de la presente PÓLIZA.

Importante: Solamente se cubrirá la muerte que se produzca dentro de los 180 días de ocurrido el ACCIDENTE y siempre que la misma sea consecuencia inmediata de las LESIONES provocadas por el mismo.

1. INDEMNIZACION POR PÉRDIDA DE EXTREMIDADES O DE LA VISTA

El pago de la SUMA ASEGURADA respectiva en caso de desmembración del ASEGURADO, producida como consecuencia inmediata de un ACCIDENTE ocurrido exclusivamente durante el VIAJE, ya sea:

a. mientras se encuentre ascendiendo, descendiendo o viajando en un TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO;
b. en ocasión de un ASALTO; o
c. por cualquier otra causa contemplada en la definición de ACCIDENTE y que no se encuentre expresamente excluida por la presente PÓLIZA.

Cuando dicha lesión corporal no cause la muerte del Asegurado dentro de los ciento ochenta (180) días de ocurrido el accidente, pero cause cualquiera de las pérdidas descritas en la tabla siguiente dentro de dichos ciento ochenta (180) días, la Compañía pagará por la pérdida de:

Tabla de Indemnización por pérdida de extremidades o de la vista:

Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos…...La Suma Principal
Una mano y un pie……La Suma Principal
Cualquiera de las dos manos o pies y la vista de un ojo....La Suma Principal
Cualquier mano o pie……La mitad de la Suma Principal
La vista de un ojo……La mitad de la Suma Principal

La palabra "pérdida", según se usa arriba con referencia a la mano o al pie, significa la separación completa por o más arriba de la articulación de la muñeca o el tobillo, y según se emplea con referencia a los ojos, significa pérdida total e irrecuperable de la vista.

La ocurrencia de cualquier pérdida específica, por la cual haya de pagarse indemnización conforme esta Parte, causará la terminación de todo seguro conforme la Póliza, pero dicha terminación será sin perjuicio del derecho a reclamación que se origine del accidente causante de tal pérdida.

3. INCAPACIDAD PERMANENTE - TOTAL Y/O PARCIAL - POR ACCIDENTE

BENEFICIO: El pago de la SUMA ASEGURADA, de acuerdo con el valor indicado en la Tabla de Cálculo de Indemnización inserta a continuación, en caso de invalidez de carácter permanente del ASEGURADO, consecuente de un ACCIDENTE ocurrido exclusivamente durante el VIAJE, ya sea:

a. mientas se encuentre ascendiendo, descendiendo o viajando en un TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO;
b. en ocasión de un ASALTO; o
c. por cualquier otra causa contemplada en la definición de ACCIDENTE y que no se encuentre expresamente excluida por la presente PÓLIZA.

Todo ello hasta la SUMA ASEGURADA establecida para cada caso en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS. En el caso que no se hubiera establecido SUMA ASEGURADA para alguna de las causales descriptas, se entenderá que no se otorgará cobertura bajo la misma, encontrándose excluida de la presente PÓLIZA.
Se entiende como invalidez permanente la pérdida, reducción o impotencia funcional definitiva total del miembro u órgano.

La ocurrencia de cualquier incapacidad específica, por la cual haya de pagarse indemnización conforme esta Parte, causará la terminación de todo seguro conforme la Póliza, pero dicha terminación será sin perjuicio del derecho a reclamación que se origine del accidente causante de tal incapacidad.
Importante: Solamente los casos listados a continuación se encuentran cubiertos.

TABLA PARA CÁLCULO DE INDEMNIZACION EN CASO INVALIDEZ PERMANENTE

TAL

Compañía de Seguros, S.A.

Estado absoluto e incurable de alienación mental, que no permita al Asegurado ningún trabajo u ocupación, por el resto de su Vida: 100%
Fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total y permanente 100%

PARCIAL

a) Cabeza

Sordera total e incurable de los dos oídos	50%
Pérdida total de un ojo o reducción de la mitad de la visión binocular normal	40%
Sordera total e incurable de un oído Ablación de la mandíbula inferior	15%
	50%

b) Miembros superiores

	Der.	Izq.
Pérdida total de un brazo	65%	52%
Pérdida total de una mano	60%	48%
Fractura no consolidada de un brazo (seudo artrosis total)	45%	36%
Anquilosis del hombro en posición no funcional	24%	30%

C)

Anquilosis del hombro en posición funcional	25%	20%
Anquilosis del codo en posición no funcional	25%	20%
Anquilosis del codo en posición funcional	20%	16%
Anquilosis de la muñeca en posición no funcional	20%	16%
Anquilosis de la muñeca en posición funcional	15%	12%
Pérdida total del pulgar	18%	14%
Pérdida total del índice	14%	11%
Pérdida total del dedo medio	9%	7%
Pérdida total del anular o el meñique	8%	6%

Importante:

1. Cuando como consecuencia de un mismo ACCIDENTE resulte incapacitado más de un miembro u órgano, la indemnización será calculada sumando los porcentuales respectivos. Sin perjuicio de lo anterior, el BENEFICIO total no debe exceder el 100% (cien por ciento) de la SUMA ASEGURADA, de acuerdo a la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS.
2. El PLAN CONTRATADO podrá establecer exclusivamente la cobertura de Incapacidad Permanente Total del ASEGURADO, quedando por lo tanto excluida cualquier Incapacidad Permanente Parcial. No obstante, si la suma de las distintas pérdidas de miembros u órganos alcanzara o superará el 80%, se considerará como Incapacidad Total y por consiguiente se abonará la respectiva SUMA ASEGURADA.
3. Solamente se cubrirán las incapacidades permanentes que se configuren dentro de los 180 días de ocurrido el ACCIDENTE y siempre que las mismas sean consecuencia inmediata de las LESIONES provocadas por el mismo.

2.4 ASISTENCIA MÉDICA POR ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD

BENEFICIO
La asistencia médica y HOSPITALARIA que requiera el ASEGURADO durante el VIAJE, como consecuencia inmediata de haber sufrido un ACCIDENTE o ENFERMEDAD DE CARÁCTER SÚBITO durante el mismo, sujeta al MONTO MÁXIMO GARANTIZADO y hasta la SUMA ASEGURADA establecida en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS.

A los fines de esta PÓLIZA, se entiende que la asistencia médica y HOSPITALARIA comprende:

a) Servicios prestados por un MÉDICO.
b) Internación HOSPITALARIA y uso de quirófano.
c) Exámenes médicos, exámenes o tratamientos radiológicos y análisis de laboratorio.

d) Anestesia (incluyendo administración de la misma).
e) Fisioterapia: En caso de necesidad de Fisioterapia como resultado de LESIONES provenientes de ACCIDENTES ocurridos o ENFERMEDADES DE CARÁCTER SÚBITO contraídas o que se manifiesten por primera vez durante el VIAJE, el ASEGURADO recibirá atención fisioterapéutica, a condición de que ésta sea prescrita por el MÉDICO que atendió al ASEGURADO durante el VIAJE.
f) Emergencias y urgencias médicas. Importante:
    - Constatada la CONDICIÓN DE PREEXISTENCIA de cualquier LESIÓN o enfermedad del ASEGURADO, los BENEFICIOS de asistencia médica serán suspendidos y la atención, así como sus costos serán de responsabilidad exclusiva del ASEGURADO.
    - La ASEGURADORA tendrá el derecho a someter al ASEGURADO a hasta tres (3) exámenes médicos, con costo a su cargo, mientras hubiera BENEFICIOS pendientes.

Se encuentran excluidos de la presente cobertura:
a) Servicios, suministros o tratamientos, incluyendo cualquier período de internación hospitalaria, que no hayan sido recomendados, aprobados y certificados como MÉDICAMENTE NECESARIOS por el MÉDICO.
b) Exámenes físicos, de laboratorio o radiográficos de rutina o que no sean MÉDICAMENTE NECESARIOS.
c) Cirugía reparadora, plástica o que no fuera absolutamente esencial y necesaria, excepto como resultado de una LESIÓN del ASEGURADO ocurrida durante el VIAJE y cubierta por esta PÓLIZA.
d) Tratamientos rejuvenecedores o estéticos.
e) Compras de prótesis u órtesis.
f) Anormalidades congénitas y condiciones que resulten de las mismas.
g) Asistencia relacionada con pie frágil, deformado o plano, callos o uñas del pie.
h) Diagnóstico y tratamiento de acné.
i) Tabique desviado, incluyendo resección submucosa y/o cualquier corrección quirúrgica de los mismos.
j) Trasplante de órganos.
k) Cuidados de niños sanos, incluyendo exámenes e inmunizaciones (vacunas).
l) Servicios y suministros médicos en el país de residencia del ASEGURADO.
m) Anteojos, lentes de contacto, audífonos y exámenes para la prescripción o ajuste de los mismos, a menos que la LESIÓN o la ENFERMEDAD DE CARÁCTER SÚBITO haya causado el deterioro de la visión o la audición.
n) Tratamiento proporcionado por un HOSPITAL del Estado o prestador de servicios que no signifique un costo para el ASEGURADO, vale decir, cuyas prestaciones son gratuitas o reembolsables por un tercero.
o) Trastornos mentales, nerviosos o emocionales o curas de sueño.
p) Servicios y suministros médicos que hayan sido generados fuera del periodo de vigencia del VIAJE.
q) Tratamientos odontológicos.
r) Compra de medicamentos.

2.5 ASISTENCIA ODONTOLÓGICA POR ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD

BENEFICIO
La asistencia odontológica requerida por el ASEGURADO durante el VIAJE. El primer tratamiento deberá realizarse en el extranjero durante el VIAJE y deberá comenzar dentro de las 24 (veinticuatro) horas siguientes a la emergencia o al momento en que se presentó por primera vez el dolor agudo y repentino en dientes naturales permanentes del ASEGURADO, a consecuencia de ACCIDENTE ocurrido o ENFERMEDAD DE CARÁCTER SÚBITO contraída durante el VIAJE. Incluye los arreglos o substituciones de prótesis odontológicas siempre y cuando deriven de una LESIÓN.
El tratamiento odontológico y los servicios y suministros correspondientes, serán provistos por la ASEGURADORA hasta la SUMA ASEGURADA respectiva establecida en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS según hayan tenido su origen en un A CCIDENTE o en una ENFERMEDAD DE CARÁCTER SÚBITO, todo ello sujeto al MONTO MÁXIMO GARANTIZADO.
Esta cobertura sólo se extenderá por un período de 30 días contados desde la fecha del primer tratamiento, pudiendo continuar el tratamiento y la cobertura del mismo en el país de residencia del ASEGURADO, pero siempre dentro del plazo mencionado.

Se encuentran excluidos de la presente cobertura:
a. Cualquier tratamiento rutinario o que no sea MÉDICAMENTE NECESARIO.
b. Tratamientos rejuvenecedores, estéticos o de ortodoncia, gastos en compras de prótesis (se excluyen los gastos en arreglos o reemplazos de prótesis odontológicas que sean producto de una LESIÓN).
c. Servicios y suministros odontológicos en el país de residencia del ASEGURADO.

d. Tratamiento proporcionado por un HOSPITAL del Estado o prestador de servicios que no signifique un costo para el ASEGURADO, vale decir, cuyas prestaciones son gratuitas o reembolsables por un tercero.
e. Compra de medicamentos.

2.6 MEDICAMENTOS

BENEFICIO
La provisión de medicamentos necesarios (en virtud de la atención médica u odontológica cubierta por esta PÓLIZA), sujeto al MONTO MÁXIMO GARANTIZADO y hasta la SUMA ASEGURADA indicada en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS, siempre
que dichos medicamentos hayan sido requeridos con motivo de un ACCIDENTE ocurrido o ENFERMEDAD DE CARÁCTER SÚBITO contraída durante el VIAJE y hayan sido prescritos por un MÉDICO.
Se encuentran excluidos de la presente cobertura:

a) Medicamentos que no hayan sido recetados o prescriptos como MÉDICAMENTE NECESARIOS por el MÉDICO.
b) Compra de prótesis u órtesis.
c) Medicamentos adquiridos o requeridos en el país de residencia del ASEGURADO.
d) Medicamentos proporcionados por un HOSPITAL del Estado o prestador de servicios que no signifique un costo para el ASEGURADO, vale decir, cuya provisión sea gratuita o reembolsable por un tercero.
e) Medicamentos que hayan sido adquiridos o requeridos fuera del periodo de vigencia del VIAJE.

2.7 RECUPERACIÓN EN HOTEL - CONVALECENCIA

BENEFICIO
Hospedaje del ASEGURADO en hotel en caso de que el equipo MÉDICO del HOSPITAL donde se encuentre el ASEGURADO y el equipo MÉDICO indicado por la ASEGURADORA determinen la necesidad de prorrogar el periodo de estadía del ASEGURADO por convalecencia, después que fue dado de alta del HOSPITAL, debido a ACCIDENTE o ENFERMEDAD DE CARÁCTER SÚBITO. Este BENEFICIO por convalecencia se encuentra sujeto a la cantidad máxima de días de estadía en hotel, al MONTO MÁXIMO GARANTIZADO y a la SUMA ASEGURADA máxima diaria, todos ellos indicados en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS.
Estos gastos deberán ser previamente autorizados por la ASEGURADORA, la que no será responsable del pago o reembolso de los gastos que sean responsabilidad de terceros o que estén ya incluidos en el CONTRATO DE VIAJE.

2.8 ACOMPAÑANTE EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN PROLONGADA.

El BENEFICIO correspondiente a cada una de las coberturas que se indican a continuación, estará sujeto a los límites y condiciones indicados seguidamente, así como también a la SUMA ASEGURADA total para este acápite y al MONTO MÁXIMO GARANTIZADO, consignados en el LISTADO DE COBERTURAS Y BENEFICIOS.

2.8.1 PASAJE AÉREO

BENEFICIO
La entrega de un pasaje aéreo de ida y vuelta en clase económica, salvo que se pacte una clase superior y se indique tal situación en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS, a quien indique el ASEGURADO, cuando éste se encuentre viajando solo y los MÉDICOS indicados por la ASEGURADORA consideren necesaria su internación en un HOSPITAL por un periodo superior a 5 (cinco) días, siempre que previamente haya sido solicitado y aprobado a través de la CENTRAL DE ASISTENCIA. En caso de que el ASEGURADO no pueda indicar a un acompañante, se considerará al cónyuge o cualquier pariente en primer grado y que sea mayor de edad.

Importante: La persona indicada para acompañar al ASEGURADO deberá obligatoriamente residir el mismo país que el ASEGURADO.

2.8.2 ALOJAMIENTO

BENEFICIO

La estadía en hotel para hospedaje del acompañante del ASEGURADO en ocasión de la situación descripta en el acápite precedente y siempre que previamente haya sido solicitada y aprobada a través de la CENTRAL DE ASISTENCIA.
Este BENEFICIO se encuentra sujeto a la cantidad máxima de días de estadía en hotel y a la SUMA ASEGURADA máxima diaria, indicadas en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS.

2.9 EVACUACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

BENEFICIO
La Evacuación Médica de Emergencia, hasta la SUMA ASEGURADA máxima que figura en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS y sujeto al MONTO MÁXIMO GARANTIZADO, que resulte necesaria en caso de LESIÓN O ENFERMEDAD DE CARÁCTER SÚBITO del ASEGURADO.
Una Evacuación de Emergencia debe ser previamente solicitada y aprobada a través de la CENTRAL DE ASISTENCIA y requerida por un MÉDICO que certifique que la gravedad o la naturaleza de la LESIÓN o ENFERMEDAD DE CARÁCTER SÚBITO del ASEGURADO hace necesaria tal evacuación.

Los conceptos cubiertos por esta cláusula corresponden al transporte y tratamiento médico, incluyendo servicios y suministros médicos que sean necesarios con motivo de la Evacuación de Emergencia del ASEGURADO. El servicio de Evacuación Médica deberá ser realizado por la vía más directa y económica posible, utilizando el transporte compatible con el estado de salud del ASEGURADO.
El transporte deberá ser:

- Recomendado por el MÉDICO que atienda al ASEGURADO.
- Requerido por las regulaciones estándar del medio de transporte que traslada al ASEGURADO.
- Acordado y autorizado anticipadamente por la ASEGURADORA.

La Evacuación de Emergencia se aplica en los casos:

- Que la condición médica del ASEGURADO hace necesario el transporte inmediato desde el lugar donde éste se encuentra lesionado o enfermo hasta el HOSPITAL más cercano en donde se podrá obtener el tratamiento médico apropiado.
- Que luego de haber sido tratado en un HOSPITAL local, la condición médica del ASEGURADO hace necesario su transporte al país donde comenzó el VIAJE para recibir tratamiento médico adicional o para recuperarse.

2.10 REPATRIACIÓN FUNERARIA

BENEFICIO
En caso de fallecimiento del ASEGURADO durante el VIAJE, el pago del traslado de sus restos mortales hasta su país de residencia habitual, así como proveer un ataúd común o una urna funeraria. Este servicio comprende todo el proceso burocrático para la liberación de los restos mortales, pasaje aéreo y embalsamamiento, hasta la SUMA ASEGURADA indicada en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS.

2.11 CANCELACIÓN DEL VIAJE

BENEFICIO
La ASEGURADORA reembolsará al ASEGURADO, hasta la SUMA ASEGURADA indicada en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS y sujeto al MONTO MÁXIMO GARANTIZADO, los gastos por servicios no reembolsables por parte de terceros, pagados anticipadamente por el ASEGURADO en concepto de hospedaje en hotel y/o de cargos por cancelación de la utilización de un TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO, en caso de que el ASEGURADO se vea impedido de iniciar el VIAJE debido a una ENFERMEDAD DE CARÁCTER SÚBITO, ACCIDENTE o fallecimiento, ya sea del propio ASEGURADO, de su COMPAÑERO DE VIAJE o de algún MIEMBRO DE LA FAMILIA del ASEGURADO o de su COMPAÑERO DE VIAJE, siempre y cuando el ASEGURADO haya reservado y pagado o adeudado estos costos antes que ocurriera tal ENFERMEDAD, ACCIDENTE o fallecimiento.

La ASEGURADORA se reserva el derecho de realizar una pericia médica comprobatoria.

Importante:

1. En el caso de Cancelación del Viaje, la ASEGURADORA y el operador de turismo respectivo deberán ser notificados en un plazo máximo de 24 horas desde la ocurrencia de la ENFERMEDAD DE

CARÁCTER SÚBITO, ACCIDENTE o fallecimiento. Vencido este plazo, la ASEGURADORA no se responsabilizará por multas o penalidades adicionales, cualquiera sea su naturaleza.

2. A los efectos de este BENEFICIO las ENFERMEDADES DE CARÁCTER SÚBITO deberán manifestarse por primera vez o ser contraídas con posterioridad a la fecha de contratación del SEGURO DE VIAJES INTERNACIONAL, la cual estará indicada en el respectivo CERTIFICADO.

2.12 INTERRUPCIÓN DEL VIAJE

El BENEFICIO correspondiente a cada una de las coberturas que se indican a continuación, estará sujeto a los límites y condiciones indicados seguidamente, así como también a la SUMA ASEGURADA total para este acápite y al MONTO MÁXIMO GARANTIZADO, consignados en el LISTADO DE COBERTURAS Y BENEFICIOS.

2.12.1 REEMBOLSO DE GASTOS

BENEFICIO
La ASEGURADORA reembolsará al ASEGURADO, hasta la SUMA ASEGURADA indicada en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS, los gastos no reembolsables por parte de terceros, pagados anticipadamente por el ASEGURADO en concepto de hospedaje en hotel y/o de cargos por cancelación de la utilización de un TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO, en caso de que el ASEGURADO se vea impedido de concluir el VIAJE debido a incendio o robo en la residencia habitual del ASEGURADO, ENFERMEDAD DE CARÁCTER SÚBITO, ACCIDENTE o fallecimiento, ya sea del propio ASEGURADO, de su COMPAÑERO DE VIAJE o de algún MIEMBRO DE LA FAMILIA del ASEGURADO o de su COMPAÑERO DE VIAJE, siempre y cuando el ASEGURADO haya reservado y pagado o adeudado estos costos antes que ocurrieran las mencionadas eventualidades.
La ASEGURADORA se reserva el derecho de realizar una pericia médica o técnica comprobatoria. Importante:
En el caso de Interrupción del Viaje, la ASEGURADORA y el operador de turismo respectivo deberán ser notificados en un plazo máximo de 24 horas desde la ocurrencia del SINIESTRO. Vencido este plazo, la ASEGURADORA no se responsabilizará por multas o penalidades adicionales, cualquiera sea su naturaleza.

2.12.2 REGRESO ANTICIPADO

BENEFICIO
La entrega de un pasaje aéreo en clase económica, salvo que se pacte una clase superior y se indique tal situación en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS, para el regreso del ASEGURADO a su país de residencia, en caso de que el mismo quede inhabilitado de continuar el VIAJE, conforme lo previsto precedentemente en 2.12.1.

Importante: Este pasaje será entregado sólo en caso de que no sea posible utilizar el medio de TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO previsto originalmente para la finalización del VIAJE.

2.12.3 REGRESO DE COMPAÑEROS DE VIAJE

BENEFICIO
El otorgamiento de pasaje(s) aéreo(s) en clase económica, salvo que se pacte una clase superior y se indique tal situación en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS, en TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO para el retorno del (los) COMPAÑERO(S) DE
VIAJE a su domicilio, cuando se hubiera producido el fallecimiento del ASEGURADO durante el VIAJE o bien cuando el traslado del ASEGURADO hacia su país de origen sea MÉDICAMENTE NECESARIO e impida a su(s) COMPAÑERO(S) DE VIAJE continuar el VIAJE, todo lo cual deberá ser solicitado y autorizado previamente a través de la CENTRAL DE ASISTENCIA.

Este BENEFICIO se encuentra limitado a la SUMA ASEGURADA y sujeto al MONTO MÁXIMO GARANTIZADO consignados en el LISTADO DE COBERTURAS Y BENEFICIOS.

Importante: Este pasaje será provisto en el caso de que no sea posible utilizar el medio de TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO previsto originalmente para la finalización del VIAJE.

2.14 TRASLADO DE MENORES

BENEFICIO

El otorgamiento de un pasaje aéreo en clase económica, salvo que se pacte una clase superior y se indique tal situación en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS, de ida y vuelta para que una persona adulta, designada por la familia del ASEGURADO, pueda acompañar al (a los) menor(es) de regreso al domicilio, siempre que haya sido previamente solicitado y aprobado a través de la CENTRAL DE ASISTENCIA

Este BENEFICIO se encuentra limitado a la SUMA ASEGURADA y sujeto al MONTO MÁXIMO GARANTIZADO consignados en el LISTADO DE COBERTURAS Y BENEFICIOS.

Importante: Esta cobertura se aplica solamente cuando el ASEGURADO posea COMPAÑEROS DE VIAJE menor(es), de hasta 16 años de edad, y siempre que, debido a un ACCIDENTE, ENFERMEDAD DE CARÁCTER SÚBITO o fallecimiento del ASEGURADO durante el VIAJE, dicho(s) menor(es) se quede(n) sin compañía de una persona adulta durante el mismo.

En caso que el menor de edad posea una edad mayor a la indicada precedentemente y que de acuerdo a las disposiciones legales vigentes en el país en el que se encuentre al momento del SINIESTRO no pueda regresar sin compañía de un adulto a su país de residencia, este BENEFICIO se hará extensivo también a dicho menor de edad.

2.15 RETRASO DEL VIAJE

BENEFICIO
El reembolso por los gastos de hospedaje y alimentación en que se incurra exclusivamente con motivo de atraso del VIAJE, hasta la SUMA ASEGURADA indicada en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS y sujeto al MONTO MÁXIMO GARANTIZADO, en caso de que el VIAJE sufra un atraso de 6 horas o más, debido a:

Retraso del vuelo regular causado por condición climática severa que demore su llegada o partida programada;
Retraso por huelga u otro conflicto laboral de los empleados de la compañía aérea regular, programado para ser utilizado por el ASEGURADO durante su VIAJE;
Retraso causado por falla o desperfecto repentino o imprevisible del vuelo regular, que causó el retraso o la interrupción del servicio programado.

También se reembolsarán, hasta la SUMA ASEGURADA establecida en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS, los gastos de alimentación y hospedaje causados por la pérdida de conexión o interrupción de los traslados programados, derivados de los eventos descritos anteriormente, siempre y cuando el atraso sea igual o superior a 6 horas.

Para la cobertura de Retraso de Viaje el primer pago se hará a partir de las 6 horas de retraso y luego cada 12 horas de retraso. El valor a indemnizar por cada 12 horas de retraso es:

GLOBAL TRAVEL PROTECTION PLAN SILVER	$ 50.00
GLOBAL TRAVEL PROTECTION PLAN GOLD	$100.00
GLOBAL TRAVEL PROTECTION PLAN PLATINUM	$250.00
CRUISE PROTECTION	$ 50.00

Importante:

- El BENEFICIO se limita al pago de gastos de alimentación y hospedaje que no hayan sido pagados por la compañía aérea regular, mientras se mantenga el atraso.
- Este BENEFICIO se refiere exclusivamente a vuelos regulares de compañías aéreas, no incluyendo por tanto los vuelos alquilados o "charter".

Se encuentran excluidos de la presente cobertura:
Retrasos cuyas causas hayan sido divulgadas públicamente con anticipación o sean de conocimiento del ASEGURADO con anterioridad a la fecha de solicitud de emisión del SEGURO DE VIAJES INTERNACIONAL

2.16 PÉRDIDA DE EQUIPAJE

BENEFICIO
En caso de extravío, hurto o robo de EQUIPAJE del ASEGURADO una vez que el mismo se encuentre bajo la responsabilidad de una compañía de TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO, acreditado mediante la presentación del correspondiente informe de pérdida (PIR-Property Irregularity Report) o su equivalente, la ASEGURADORA pagará el monto por kilo de EQUIPAJE indicado en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS de acuerdo al peso del EQUIPAJE al momento del embarque, limitado al monto total declarado en el informe de pérdida (PIR-Property

Irregularity Report) o su equivalente, descontados aquellos pagos efectuados por la compañía de TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO a título de indemnización. Sin perjuicio de lo anterior, el monto a indemnizar queda limitado a la SUMA ASEGURADA total indicada en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS y al MONTO MÁXIMO GARANTIZADO.

En la eventualidad de que la compañía de TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO no haya efectuado el pesaje del EQUIPAJE del ASEGURADO, éste deberá efectuar un listado por ítem contenido en su EQUIPAJE. La ASEGURADORA estimará según el referido listado los kilos aproximados contenidos en el EQUIPAJE a los fines del cálculo del BENEFICIO.

Se encuentran excluidos de la presente cobertura las siguientes situaciones:

a) Cuando el EQUIPAJE se confisca o retiene por parte de la Aduana u otra autoridad gubernamental.
b) Cuando se ha omitido la notificación del robo, hurto o extravío a la compañía transportadora, mediante el informe correspondiente, antes de abandonar el local de desembarque.
c) Cuando el ASEGURADO no ha tomado las medidas necesarias para salvaguardar o recuperar el EQUIPAJE perdido.

2.17 COMPENSACIÓN POR DEMORA DE EQUIPAJE

BENEFICIO
El reembolso de los gastos por compras de efectos personales, no provistos por el TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO, a causa del retraso o extravío del EQUIPAJE del ASEGURADO, una vez que el mismo se encuentre bajo la responsabilidad de una compañía de TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO. Para obtener el reembolso, el ASEGURADO deberá acreditar el retraso o extravío mediante la presentación del correspondiente informe de pérdida (PIR- Property Irregulary Report) o su equivalente. La ASEGURADORA otorgará este BENEFICIO cuando el EQUIPAJE no haya sido entregado al ASEGURADO dentro de las 24 horas posteriores al horario de llegada del ASEGURADO al destino indicado en su boleto de TRANSPORTE PÚBLICO.

AUTORIZADO. No se otorgará este BENEFICIO en caso que el destino del titular sea el de su residencia o domicilio. Este BENEFICIO se encuentra limitado a la SUMA ASEGURADA indicada en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS y sujeto al MONTO MÁXIMO GARANTIZADO.

Importante:

- El BENEFICIO está limitado al reembolso de gastos en la compra de efectos básicos de vestuario e higiene personal exclusivamente, que no hayan sido pagados por el TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO mientras dure el retraso.
- Del BENEFICIO a ser indemnizado serán descontados aquellos pagos efectuados por el TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO al ASEGURADO a título indemnizatorio.

Se encuentran excluidos de la presente cobertura las siguientes situaciones:

a) Cuando el EQUIPAJE se confisca o retiene por parte de la Aduana u otra autoridad gubernamental.
b) Cuando se ha omitido la notificación del robo, hurto o extravío a la compañía transportadora, mediante el informe correspondiente, antes de abandonar el local de desembarque.
c) Cuando el ASEGURADO no ha tomado las medidas necesarias para salvaguardar o recuperar el EQUIPAJE perdido.

2.18 PAGO DE FIANZAS

BENEFICIO
El pago o reembolso de los gastos de Fianza, originados en orden de prisión o detención indebida por parte de cualquier gobierno o poder extranjero, hasta la SUMA ASEGURADA establecida en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS y sujeto al MONTO MÁXIMO GARANTIZADO.

2.19 HONORARIOS LEGALES

BENEFICIO

Compañía de Seguros, S.A.

Asistencia legal por parte de un abogado, en caso de que el ASEGURADO sufra cualquier tipo de ACCIDENTE en el que sea necesaria tal asistencia, hasta la SUMA ASEGURADA indicada en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS y sujeto al MONTO MÁXIMO GARANTIZADO.

2.20 EDAD MINIMA DE INGRESO: 6 MESES

2.21 EDAD MAXIMA DE INGRESO Y PERMANENCIA: 70 años teniendo en cuenta la siguiente regla:
Para menores de 18 años la cobertura de muerte accidental e Incapacidad Total y permanente se reduce a US$25,000.00

2.22 La cobertura de retraso de equipaje tiene un deducible de 24 horas.

2.23 La cobertura de Gastos de Hotel por Convalecencia cubre US$100.00 diarios por un máximo de 10 días.

2.24 e incluye la cobertura para los siguientes deportes siempre y cuando se practiquen a nivel aficionado bajo vigilancia y asistencia profesional y no existan enfermedades preexistentes, o condicionantes o agravantes del riesgo:

- Hípico (Cabalgatas excepto demostraciones de destreza)
- Descenso en ríos en balsa
- Descenso en ríos en Kayak
- Ski acuático, Ski en nieve, con tabla
- Ciclismo en montaña
- Catonismo (exploración de los barrancos y cascadas que hay en un cañón)
- Trecking
- Snorkel
- Veleo
- Gotcha (paintball)
- Windsurf (tabla vela)
- Buceo
- Rapel (siempre y cuando sea pared artificial o pared natural con una altura máximo de 20 metros)
- Escala (siempre y cuando sea en pared artificial)
- Canoping (deslizamiento en cable por sobre la cobertura arbórea)

Las siguientes actividades pueden ser cubiertas con un recargo de 20%:

- Parapente
- Ala Delta
- Paracaidismo
- Alpinismo y Andinismo
- Bungee Jumping (tirarse de alturas sujetándose con cuerda)
- Montañismo

2.25 Bajo la asistencia del Plan ES TU SEGURO, se manejará las transferencias de fondos de hasta US$10,000.00.

2.26 El beneficio de transporte público aplica en cualquier transporte terrestre, aéreo o acuático con ruta fija, pago de pasaje e itinerario establecido.

3. EXCLUSIONES:

Se encuentran excluidos de todas las coberturas que otorga la presente PÓLIZA, los hechos que sean consecuencia de:

a) Enfermedades originadas en CONDICIONES PREEXISTENTES al VIAJE del ASEGURADO y cualquiera de sus consecuencias, incluyendo secuelas, convalecencias y alteraciones durante tratamientos que no se encuentran todavía en una etapa consolidada. Esta exclusión no se aplica al beneficio de Repatriación Funeraria.
b) ACCIDENTES que sean resultado de la práctica de deportes extraordinarios y notoriamente peligrosos, aun cuando sean practicados como pasatiempo, tales como polo, hockey, steeplechase, andinismo, deportes aéreos, deportes de combate, exploración de cavernas, bungee-jump, buceo autónomo a más de 30 metros de profundidad o que necesite de descompresión, y la práctica o participación del ASEGURADO en competencias deportivas en hielo o nieve. Además, no están cubiertas las prácticas en carácter de

competencia de automovilismo, motociclismo y deportes náuticos motorizados, sea en calidad de conductor o pasajero, y el uso de snowmobile o vehículos similares.

c) Participación en cualquier equipo deportivo profesional o semiprofesional y cualquier deporte de combate o demostración de artes-marciales.
d) Suicidio, intento de suicidio o LESIÓN intencionalmente infringida por el ASEGURADO a sí mismo.
e) Enfermedades de transmisión sexual. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o la infección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV).
f) Embarazo o cualquier condición afín, incluyendo servicios y suministros con relación al diagnóstico y tratamiento de la infertilidad u otros problemas relacionados con la capacidad de concebir; control de natalidad, incluyendo intervenciones quirúrgicas y dispositivos a tal fin.
g) Estar bajo la influencia de drogas, alcohol u otras sustancias tóxicas, a menos que hayan sido prescritas por un MÉDICO y tomadas como fueron prescritas.
h) Participación en riñas o duelos.
i) Guerras civiles nacionales o extranjeras, motines, movimientos populares, represalias, restricciones a la libre circulación, huelgas (excepto por lo establecido para la cobertura de Retraso del Viaje), explosiones, emanación de calor o radiación provenientes de la transmutación desintegración de núcleo atómico, de radioactividad u otros casos de fuerza mayor que impidan la intervención de la ASEGURADORA.
j) Utilización de instrumentos de guerra y/o armas de fuego.
k) Prestación de servicios en las fuerzas armadas o unidades auxiliares de las mismas.
l) Secuestro e intento de secuestro.
m) Pérdidas, daños, costos o gastos de cualquier naturaleza, directa o indirectamente causados por, resultante de, o relacionados con cualquier acto de terrorismo, aun cuando exista cualquier otra causa o acontecimiento que contribuya al evento en forma concurrente o en cualquier otra secuencia. Para los efectos de la presente cláusula, un acto terrorista consiste en una conducta calificada como tal por la ley, así como el uso de fuerza o violencia o la amenaza de ésta, por parte de cualquier persona o grupo, motivado por causas políticas, religiosas, ideológicas o similares, con la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno o de atemorizar a la población o a cualquier segmento de la misma. Están excluidas también las pérdidas, daños, costos o gastos de cualquier naturaleza, directos o indirectos, originados en cualquier acción ejercida para controlar, evitar o suprimir actos de terrorismo o que se relacionen con éstos. Cuando los hechos en que se basa la exclusión de esta cláusula configuren un delito de cuya comisión están conociendo los Tribunales de Justicia, la ASEGURADORA no estará obligada a pagar ningún BENEFICIO por SINIESTRO, mientras no exista un sobreseimiento judicial basado en que no ocurrieron los hechos constitutivos del delito de que se trata esta exclusión, o bien, en que no se encuentra justificada la perpetración de dicho delito.
n) El uso, la liberación o el escape de los materiales nucleares que directa o indirectamente resulte en una reacción nuclear, radiación o contaminación radiactiva. Además, están excluidas las consecuencias de dispersión, utilización o escape de materiales biológicos y químicos patogénicos o venenosos. Sin embargo, lo mencionado anteriormente se aplica solamente si 50 o más personas resultan muertas o sufren lesión física seria, dentro del plazo de 90 días de la ocurrencia del incidente y que cause la muerte o lesión física seria. Para los propósitos de esta disposición, lesión física seria significa: (a) Lesión física que implica un riesgo substancial de la muerte; o (b) desfiguración física prolongada y obvia; o (c) pérdida prolongada o debilitación de la función de un miembro corporal u órgano.
o) La operación o aprendizaje para operar cualquier aeronave o el desempeño de actividades como miembro de la tripulación de la misma.
p) Esta póliza no cubre ninguna pérdida, lesión, daño, responsabilidad civil, beneficio o servicio que se genere directa o indirectamente por un viaje a, en, o a través de Afganistán, Cuba, República Democrática del Congo, Irán, Irak, Liberia, Sudan o Siria.
q) Esta póliza no cubre ninguna pérdida, lesión, daño, responsabilidad civil, servicio o beneficio relacionado que sufra directa o indirectamente cualquier terrorista o miembro de alguna organización terrorista, traficante de narcóticos o proveedor de armamento nuclear, químico o biológico.
r) Ningún beneficio incluido en este contrato será sujeto a indemnización si la pérdida está relacionada con una enfermedad contraída derivado de una cuarentena, epidemia, pandemia, o similares.

4. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

La designación de beneficiario se hará por escrito y será válida, aunque se notifique a la ASEGURADORA después del evento previsto.
Designadas varias personas sin indicación de cuota parte, se entiende que el beneficio es por partes iguales.

- Cuando se designe a los hijos se entiende los concebidos y los sobrevivientes al tiempo de ocurrir el evento previsto.
- Cuando se designe a los herederos, se entiende a los que por ley suceden al ASEGURADO, si no hubiere otorgado testamento; si lo hubiere otorgado, se tendrá por designados a los herederos instituidos. Si no se fija cuota parte, el beneficio se distribuirá conforme a las cuotas hereditarias.
- Cuando el ASEGURADO no designe beneficiario o por cualquier causa la designación se haga ineficaz o quede sin efecto, se entiende que designó a los herederos.

5. CAMBIO DE BENEFICIARIO

El ASEGURADO podrá cambiar en cualquier momento el beneficiario designado. Para que el cambio de beneficiario surta efecto frente a la ASEGURADORA, es indispensable que ésta sea debidamente notificada. Cuando la designación sea a título oneroso y la ASEGURADORA conozca dicha circunstancia no admitirá el cambio de beneficiario.
La ASEGURADORA queda liberada si, actuando diligentemente, hubiera pagado la SUMA ASEGURADA a los beneficiarios designados con anterioridad a la recepción de cualquier notificación que modificara esa designación.

6. TERRITORIO

Salvo modificación expresa de esta PÓLIZA, las coberturas y BENEFICIOS que se establecen en ella sólo se aplicarán respecto de hechos ocurridos en cualquier país extranjero, quedando de este modo excluidos los que ocurran en el país de residencia del ASEGURADO. Sin embargo, los siguientes BENEFICIOS tienen consideraciones especiales:

- Cancelación del Viaje. Tiene derecho al BENEFICIO en el país de residencia del ASEGURADO desde el momento en que se emite el CERTIFICADO.
- Retraso del Viaje. Tiene derecho al BENEFICO mientras el ASEGURADO se encuentre fuera de su ciudad de residencia durante una conexión, escala o embarque en un TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO como parte de un VIAJE a un país extranjero, a pesar de todavía encontrarse en su país de residencia.

7. LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS

Las coberturas discriminadas en la cláusula 2 de esta PÓLIZA están limitadas, de acuerdo a la opción de PLAN CONTRATADO, a los montos descritos en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS que se anexa a esta PÓLIZA y a los respectivos CERTIFICADOS, formando parte de este contrato de seguro.

8. VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

8.1 La vigencia de la presente PÓLIZA es la indicada en las Condiciones Particulares, las que forman parte de la presente PÓLIZA.

8.2 El inicio de la vigencia de la cobertura individual del SEGURO DE VIAJES INTERNACIONAL en cada viaje, será a partir del paso del ASEGURADO por la Policía Internacional en el lugar de embarque y en todo caso no antes de la fecha de inicio del VIAJE indicada en el CERTIFICADO, si ésta es posterior a la fecha de embarque.

8.3 La protección termina en cualquiera de las siguientes fechas, pero siempre la que ocurra primero:

a) En la FECHA DE LLEGADA aún si ésta es anterior a la que estaba originalmente prevista. Se considerará como FECHA DE LLEGADA la del momento del paso de regreso por la Policía Internacional.
b) Al final de la vigencia del CERTIFICADO.
c) Al final del plazo de vigencia de la PÓLIZA.

8.4 Específicamente en el caso de la cobertura de Cancelación del Viaje, el inicio será en la fecha de emisión del CERTIFICADO, siendo su término la FECHA DE SALIDA del VIAJE.

8.5 Extensión de Cobertura.

La duración de la cobertura se extenderá en caso que el retorno del ASEGURADO sea demorado por circunstancias imprevistas y fuera de su control. Si la cobertura se extiende por esta razón, la cobertura terminará cuando el ASEGURADO llegue a su destino original.

9. EXPOSICION A LA INTEMPERIE Y DESAPARICION

Si a consecuencia de un accidente cubierto por la Póliza, el Asegurado queda inevitablemente expuesto a la intemperie y como resultado de ello sufre una pérdida con respecto a la cual, de ordinario se pagaría indemnización conforme la Póliza, dicha pérdida se entenderá cubierta por la misma.

Si no se encontrare el cuerpo del Asegurado dentro de un año a partir de la fecha de la desaparición, hundimiento, caída, naufragio o destrozo de un avión, u otro vehículo o medio de transporte en el cual el Asegurado estuviere viajando al ocurrir el accidente y, en tales circunstancias, dicho accidente estaría de ordinario cubierto por la Póliza, se presumirá que el Asegurado ha fallecido a consecuencia de lesiones corporales causadas por accidente al tiempo de ocurrir tal desaparición, hundimiento, caída, naufragio o destrozo

10. PÉRDIDA DEL DERECHO AL BENEFICIO

El ASEGURADO o su(s) beneficiario(s) perderán el derecho a cualquier BENEFICIO en los siguientes casos:

a) Inobservancia a las condiciones de la PÓLIZA;
b) Al ser constatado o comprobado que el ASEGURADO o sus beneficiarios actuaron con engaño, fraude, simulación o culpa grave en la celebración de la PÓLIZA o para obtener o mejorar el monto de los BENEFICIOS.

11. CÓMO PROCEDER EN CASO DE SINIESTRO

11.1 EN TODOS LOS CASOS

11.1.1 CONTACTARSE en primera instancia con la CENTRAL DE ASISTENCIA del SEGURO DE VIAJES INTERNACIONAL.

Dándose la necesidad de utilizar alguna de las coberturas que otorga la presente PÓLIZA, el ASEGURADO tendrá que contactarse con la CENTRAL DE ASISTENCIA de la ASEGURADORA, mediante el número de teléfono que se indica en el CERTIFICADO. Para la recepción de llamadas y coordinación de los servicios, LA COMPAÑIA DE ASISTENCIA - AIG TRAVEL ASSIST EMERGENCIA utilizará el número (54-11) 4313-5836 o (54-11) 5355-9001 se identificará como servicios de asistencia y solicitará los datos pertinentes al asegurado para identificarlo en la base de datos.
En esta llamada el ASEGURADO deberá informar:

Su nombre y el número de PÓLIZA y CERTIFICADO; "El lugar y el teléfono donde se encuentra; el problema y el tipo de información o ayuda necesarios".

11.1.2 En los casos de Muerte Accidental, Incapacidad Permanente por Accidente o solicitud de reembolso de gastos cubiertos, el ASEGURADO o los beneficiarios comunicarán a la ASEGURADORA el acaecimiento del SINIESTRO dentro de los tres (3) días de conocerlo, bajo pena de perder el derecho a ser indemnizado, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

11.1.3 El ASEGURADO o los beneficiarios estarán obligados a suministrar a la ASEGURADORA, a su pedido, la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión del BENEFICIO, la prueba instrumental en cuanto sea razonable que la suministren, constancias de intervención policial o diligencias judiciales si correspondiera, y a permitirle a la ASEGURADORA las indagaciones necesarias a tales fines.

11.1.4 Toda la documentación debe ser entregada en original, salvo indicación en contrario, y estar acompañada del Formulario de Denuncia de Siniestros de la ASEGURADORA debidamente cumplimentado.

11.1.5 A partir del cumplimiento de todas las exigencias establecidas en esta Cláusula 10 por parte del ASEGURADO, la ASEGURADORA tiene un plazo de 30 (treinta) días para pronunciarse acerca del derecho del ASEGURADO para acceder al BENEFICIO. Una vez vencido el plazo fijado precedentemente para que la ASEGURADORA se pronuncie acerca del derecho del ASEGURADO, el BENEFICIO se pagará dentro de los quince (15) días de fijado el monto de la indemnización o de la aceptación de la indemnización ofrecida. En el caso de las coberturas de

Compañía de Seguros, S.A.

Muerte Accidental e Incapacidad Permanente por Accidente, el pago del BENEFICIO se hará dentro de los 15 días de notificado el SINIESTRO o de cumplidos los requisitos a que se refiere esta cláusula 11, el que sea posterior.

11.2 EN CASO DE MUERTE ACCIDENTAL

Los beneficiarios tendrán que presentar los siguientes documentos:

- Copia legalizada de la partida de defunción del Asegurado.
- Certificado médico detallando las causas del fallecimiento.
- Cuando los beneficiarios fueran los herederos, testimonio de la Declaratoria de Herederos dictada por el juez competente.

La ASEGURADORA se reserva el derecho de exigir la autopsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas del fallecimiento, debiendo los beneficiarios prestar su conformidad y colaboración para la obtención de las correspondientes autorizaciones. La autopsia o la exhumación deberá efectuarse con citación de los beneficiarios, quienes podrán designar un MÉDICO para que los represente. Los gastos de la autopsia o de la exhumación serán a cargo de la ASEGURADORA, salvo los derivados del representante MÉDICO designado por los beneficiarios.

11.3 EN CASO DE INCAPACIDAD PERMANENTE - TOTAL Y/O PARCIAL- POR ACCIDENTE

Desde el momento de hacerse aparentes las lesiones, el accidentado deberá someterse, a su cargo, a un tratamiento médico racional y seguir las indicaciones del facultativo que le asiste; deberá enviarse a la ASEGURADORA un certificado del MÉDICO que atiende al lesionado expresando la causa y naturaleza de las lesiones sufridas por el ASEGURADO, sus consecuencias conocidas o presuntas, y la constancia de que se encuentra sometido a un tratamiento médico racional. El ASEGURADO remitirá a la ASEGURADORA las certificaciones médicas que informen sobre la evolución de las lesiones y actualicen el pronóstico de curación, cuando le sea requerido por la ASEGURADORA, con una frecuencia no inferior a quince (15) días. Asimismo, el ASEGURADO deberá someterse a hasta tres (3) exámenes médicos que la ASEGURADORA solicite, siendo el costo de estos exámenes a cargo de la ASEGURADORA.

Para obtener el BENEFICIO previsto en esta cobertura, además de lo estipulado precedentemente, se deberá presentar la documentación pertinente que incluya el alta y los certificados que acrediten el grado de incapacidad permanente.

11.4 EN CASO DE REQUERIR EL REEMBOLSO DE GASTOS

11.4.1 En caso de ASISTENCIA MÉDICA, ASISTENCIA ODONTOLÓGICA o EVACUACIÓN MÉDICA de EMERGENCIA:

El ASEGURADO tendrá que presentar los siguientes documentos:

- Certificado extendido por el MÉDICO donde se detalle el tratamiento recibido y el respectivo diagnóstico médico.
- Comprobante de pago original respecto del cual se solicita el reembolso.

Importante: La ASEGURADORA tendrá el derecho a someter al ASEGURADO a hasta tres (3) exámenes médicos, con costo a su cargo, mientras el BENEFICIO o parte de él se halle pendiente de pago.

11.4.2 En caso de RETRASO DEL VIAJE:

El ASEGURADO tendrá que presentar los siguientes documentos:

- Copia del pasaje aéreo y tarjeta de embarque
- Comprobantes originales de los gastos de alimentación y alojamiento respecto de los cuales se solicita el reembolso.
- Declaración de la compañía aérea respecto del atraso

11.4.3 En caso de MEDICAMENTOS:

El ASEGURADO tendrá que presentar los siguientes documentos:

- Certificado extendido por el MÉDICO detallando tratamiento, diagnóstico y receta médica.
- Boleta original de la compra del medicamento en el extranjero, respecto de la cual se solicita el reembolso.

11.4.4 En caso de PÉRDIDA DEL EQUIPAJE:

El ASEGURADO tendrá que presentar los siguientes documentos:
"Informe comprobante de la pérdida emitido por el TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO responsable (PIR-Property Irregularity Report) o su equivalente, que señale el peso en kilogramos del EQUIPAJE extraviado, o la declaración por ítem contenido en el EQUIPAJE, para la estimación de los kilos aproximados contenidos.

- Ticket original del embarque del EQUIPAJE.
- Recibo de indemnización emitido por el TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO.

11.4.5 En caso de COMPENSACIÓN POR DEMORA DE EQUIPAJE:

El ASEGURADO tendrá que presentar los siguientes documentos:

- Comprobantes originales de gastos por compras de efectos personales.
- Informe comprobante de la pérdida o demora emitido por el TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO responsable (PIR-Property Irregularity Report).
- Ticket original de embarque del EQUIPAJE.
- Recibo de indemnización emitido por el TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO.

11.4.6 En caso de CANCELACIÓN / INTERRUPCIÓN DEL VIAJE:

La ASEGURADORA podrá requerir lo siguiente

- La declaración del ASEGURADO si el gasto cuya devolución se solicita estaba cubierto por otros contratos de asistencia, seguros, sistemas, asistencias o instituciones que otorguen beneficios de Cancelación y/o Interrupción del Viaje y al cual pertenezca el ASEGURADO.
- La entrega a la ASEGURADORA de los originales extendidos a nombre del ASEGURADO de los recibos, boletas y facturas cuando corresponda, copia de los CONTRATOS DE VIAJE, pasajes, vouchers de hotelería u otros documentos que acrediten el gasto incurrido y su cancelación o interrupción; como, asimismo, en su caso, los que acrediten el pago o el reembolso de una parte de ellos, por las instituciones o entidades referidas en el inciso anterior.
- Carta explicativa con las razones de la cancelación y/o interrupción y el resultado que obtuvo junto a la empresa con la cual el ASEGURADO celebró el CONTRATO DE VIAJE, en la devolución de los valores pagados o adeudados.
- Documentos médicos que acrediten la identidad del ASEGURADO, COMPAÑERO DE VIAJE o MIEMBRO DE LA FAMILIA de alguno de los dos, en donde se demuestre la veracidad de la ENFERMEDAD DE CARÁCTER SÚBITO o ACCIDENTE que diera lugar a la cancelación o interrupción del VIAJE.
- En caso de fallecimiento de un MIEMBRO DE LA FAMILIA, el certificado de defunción correspondiente, y en caso de fallecimiento del ASEGURADO o COMPAÑERO DE VIAJE se regirán por el procedimiento para la cobertura de MUERTE ACCIDENTAL.
- Denuncia policial del robo del lugar de residencia o domicilio y/o reporte de bomberos en caso de incendio (Solo aplicable para el beneficio de Interrupción del VIAJE).

11.4.7 EN CASO DE RECUPERACIÓN EN HOTEL - CONVALECENCIA:

El ASEGURADO tendrá que presentar los siguientes documentos:

- Certificado extendido por el MÉDICO detallando tratamiento, diagnóstico y prescripción médica de la convalecencia.
- Originales extendidos a nombre del ASEGURADO de los recibos, boletas y facturas que acrediten el gasto incurrido en hotel, con el detalle de la cantidad de días de hospedaje y el costo diario respectivo.

11.4.8 EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN PROLONGADA:

El ASEGURADO tendrá que presentar los siguientes documentos:

- Certificado extendido por el MÉDICO detallando tratamiento, diagnóstico y prescripción médica de la internación.
- Originales extendidos a nombre del acompañante designado de los recibos, boletas y facturas que acrediten el gasto incurrido en hotel, con el detalle de la cantidad de días de hospedaje y el costo diario respectivo.
- Copia del pasaje de ida y vuelta a nombre del acompañante designado.

11.4.9 EN CASO DE REPATRIACIÓN FUNERARIA:

Además de cumplir con el procedimiento establecido para la cobertura de Muerte Accidental, el ASEGURADO tendrá que presentar los siguientes documentos:

- Originales de los recibos, boletas y facturas que acrediten el gasto incurrido con motivo de la repatriación de los restos mortales del ASEGURADO.

11.4.10 EN CASO DE REGRESO DE COMPAÑEROS DE VIAJE O RETORNO DE MENORES:

Además de cumplir con el procedimiento establecido para la cobertura de Interrupción del Viaje, el ASEGURADO tendrá que presentar los siguientes documentos:

- Copia del pasaje de vuelta a nombre del COMPAÑERO DE VIAJE o de ida y vuelta a nombre del acompañante designado para el o los menores.
- En caso que la interrupción del VIAJE se hubiera producido como consecuencia del fallecimiento del ASEGURADO, se deberá cumplir además con el procedimiento establecido para la cobertura de Muerte Accidental.

11.4.11 EN CASO DE PAGO DE FIANZAS U HONORARIOS LEGALES:

El ASEGURADO tendrá que presentar los siguientes documentos:

- Copia de la denuncia policial del ACCIDENTE que originara la necesidad de contratar asesoramiento legal por parte del ASEGURADO.
- Copia de las actuaciones judiciales, en caso de corresponder, que hubieran dado lugar al pago de la fianza o a la necesidad de contratar asesoramiento o defensa legal.
- Originales extendidos a nombre del ASEGURADO de la fianza abonada o de los recibos, boletas y facturas extendidos por el o los abogados que lo hubieran representado, de donde surja claramente el detalle de los conceptos facturados.

12. LÍMITE DE RESPONSABILIDAD

En todos los casos el médico o cualquier abogado sugerido o coordinado por la ASEGURADORA actuará, de acuerdo a su capacidad médica o jurídica, sólo en nombre y por cuenta exclusiva del ASEGURADO. La ASEGURADORA no asume responsabilidad alguna por el asesoramiento o por el servicio prestado por tal profesional médico o abogado. El ASEGURADO no tendrá acción ni podrá reclamar contra la ASEGURADORA con motivo de la sugerencia o coordinación de un profesional médico o abogado o debido a cualquier consecuencia legal o de otra índole que resulte de la misma. El ASEGURADO será responsable por el costo de los servicios coordinados por la ASEGURADORA que no tengan cobertura de acuerdo a esta PÓLIZA. En el caso en que

La ASEGURADORA pague servicios no protegidos por esta PÓLIZA, se reserva el derecho de cobrar esos importes del ASEGURADO

13. EXISTENCIA DE UN SEGURO O CONTRATO DE ASISTENCIA TOMADO POR EL ASEGURADO

La protección que otorga esta PÓLIZA es por la diferencia no cubierta por cualquier seguro u otro CONTRATO de asistencia válido tomado por el ASEGURADO, sin perjuicio de lo que las partes puedan libremente convenir.

14. SUBROGACIÓN

Por el pago de los BENEFICIOS pactados en esta PÓLIZA, la ASEGURADORA se subroga en la totalidad de las acciones y derechos que el ASEGURADO tenga en contra de los terceros que resulten responsables por daños causados a su persona o a bienes protegidos por esta PÓLIZA, quedando limitada la subrogación al monto de dichos pagos.

Por consiguiente, el ASEGURADO renuncia a liberar de responsabilidad a terceros responsables de daños en su persona y patrimonio por aquellos hechos protegidos bajo esta PÓLIZA y pagados por la ASEGURADORA.

En el evento que la ASEGURADORA reciba una suma superior a la efectivamente desembolsada por concepto de indemnización y otros gastos, restituirá la diferencia al ASEGURADO.

La ASEGURADORA no puede valerse de la subrogación en perjuicio del ASEGURADO. La subrogación no es aplicable en las coberturas de Muerte e Incapacidad.

15. ARBITRAJE - JURISDICCIÓN

Toda duda o dificultad que surja entre las partes con motivo de la celebración, interpretación, validez, nulidad o aplicación de la presente PÓLIZA se referirá a la cláusula número "29.-Cláusula Compromisoria y Acuerdo de Arbitraje" de las Condiciones Generales de esta Póliza.

16. LEY DE LAS PARTES CONTRATANTES

En caso de discordancia entre las Condiciones Generales y las Particulares que conforman la presente PÓLIZA, predominarán estas últimas.

Compañía de Seguros, S.A.

17. RETICENCIA

Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO, aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido la celebración del contrato o la emisión del CERTIFICADO, o modificado sus condiciones, si la ASEGURADORA hubiese sido cerciorada del verdadero estado del riesgo, hace nula la PÓLIZA o el CERTIFICADO, según el caso. El Asegurador debe impugnar la PÓLIZA o el CERTIFICADO dentro de los tres meses de haber conocido la reticencia o falsedad. (Art. 5 de la Ley de Seguros).

Cuando la reticencia no dolosa es alegada en el plazo del artículo 5 de la Ley de Seguros, la ASEGURADORA, a su exclusivo juicio, puede anular la PÓLIZA o el CERTIFICADO restituyendo la prima percibida, con deducción de los gastos o reajustarla con la conformidad del CONTRATANTE y/o ASEGURADO al verdadero estado del riesgo. (Art. 6 de la Ley de Seguros).

Si la reticencia fuese dolosa o de mala fe, la ASEGURADORA tiene derecho a las primas de los períodos transcurridos y del período en cuyo transcurso invoque la reticencia o falsa declaración. (Art. 8 de la Ley de Seguros).

En todos los casos, si el siniestro ocurre durante el plazo para impugnar, la ASEGURADORA no adeuda prestación alguna. (Art. 9 de la Ley de Seguros).

18. RESCISIÓN UNILATERAL

El CONTRATANTE y la ASEGURADORA tendrán derecho a rescindir el presente contrato sin expresar causas. Cuando la ASEGURADORA ejerza este derecho, dará un preaviso no menor de 15 días. Cuando lo ejerza el CONTRATANTE, la rescisión se producirá desde la fecha en que notifique fehacientemente esa decisión. Cuando el seguro rija de doce a doce horas, la rescisión se computará desde la hora doce inmediata siguiente, y en caso contrario, desde la hora veinticuatro. Si la ASEGURADORA ejerce el derecho de rescindir, la prima se reducirá proporcionalmente por el plazo no corrido.
Si el CONTRATANTE opta por la rescisión, la ASEGURADORA tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido, según las tarifas de corto plazo.

19. PAGO DE LA PRIMA

La prima es debida desde la celebración del contrato, pero no es exigible sino contra entrega de la PÓLIZA, salvo que se haya emitido un certificado o instrumento provisorio de cobertura.

20. PRESCRIPCIÓN

Las acciones fundadas en el presente contrato prescriben en el plazo de un año, computado desde que la correspondiente obligación es exigible. Los actos del procedimiento establecido por la Ley o el presente contrato para la liquidación del daño, interrumpen la prescripción para el cobro de la prima y de la indemnización.

CLÁUSULA DE MONEDA EXTRANJERA

1. El pago de la prima debida por el Asegurado, como así también el pago de las eventuales indemnizaciones que puedan resultar a cargo del Asegurador en caso de siniestro, deberán ser efectuados en la moneda extranjera que se estipula en el Frente de Póliza.

2. Cuando como consecuencia de cualquier disposición de la autoridad nacional se restringiera la obtención de la moneda extranjera estipulada en el Frente de Póliza, o de otro modo se impidiera a las partes cumplir con sus obligaciones en tal moneda extranjera, dichas obligaciones se convertirán a moneda nacional de acuerdo a la cotización de aquella en el Mercado de Nueva York, en el día hábil inmediato anterior al del correspondiente pago. No disponiéndose de esta cotización, se utilizará, en igual forma y en este orden, la correspondiente a los Mercados de Montevideo, Londres, Zurich, Frankfurt o Tokio.

3. Lo previsto precedentemente en esta cláusula será también de aplicación, en cuanto corresponda, a los efectos de determinar las sumas aseguradas y los deducibles establecidos en la póliza.

Compañía de Seguros, S.A.

ANEXO A-6

Las siguientes coberturas aplican únicamente si se encuentran descritas dentro del cuadro de "Riesgos Cubiertos y Límite de Responsabilidad" de la presente póliza.

PARTE I INDEMNIZACIÓN POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Si el Asegurado sufriera un accidente cubierto por la Póliza y como resultado del mismo quedara total y permanentemente incapacitado para desempeñar cualquier ocupación o empleo para el cual se pueda razonablemente considerar que su educación, entrenamiento o experiencia lo haya calificado y siempre que dicha incapacidad haya comenzado dentro de los ciento ochenta (180) días después del accidente y continúe por doce (12) meses consecutivos y sea total y permanente, La Compañía pagará al Asegurado la Suma Principal, deduciendo cualquier otra cantidad pagada o pagadera por la Póliza como resultado del mismo accidente, a razón del uno por ciento (1%) por mes durante cien (100) meses.

PARTE II INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

No se pagará indemnización conforme esta Parte, si el accidente da lugar a cualquier pérdida con respecto a la cual proceda el pago de indemnización conforme la Parte I, la Parte II y/o la Parte III.

Cuando a consecuencia de lesiones corporales y a partir de cualquier momento, dentro de los noventa (90) días de ocurrido el accidente, el Asegurado quede hospitalizado derivado de un accidente, La Compañía pagará periódicamente la indemnización diaria prevista en el cuadro de Riesgos Cubiertos y Límites de Responsabilidad por el período que dure tal hospitalización, comenzando inmediatamente que se termine el período deducible (si se aplicare conforme la Póliza). Dicha hospitalización deberá de ser confirmada por un médico o cirujano con título universitario en plena vigencia legal, y sólo se tomará en cuenta la genuinamente necesaria para que el Asegurado recupere la salud.

PARTE III INDEMNIZACIÓN SEMANAL POR ACCIDENTE

No se pagará indemnización conforme esta Parte, si el accidente da lugar a cualquier pérdida con respecto a la cual proceda el pago de indemnización conforme la Parte I, la Parte II y/o la Parte III.

Cuando a consecuencia de lesiones corporales y a partir de cualquier momento, dentro de los noventa (90) días de ocurrido el accidente, el Asegurado quede total y continuamente incapacitado e impedido de realizar todos y cada uno de los deberes y funciones de su(s) ocupación(es), La Compañía pagará periódicamente la indemnización semanal prevista en el cuadro de Riesgos Cubiertos y Límites de Responsabilidad por el período que dure tal incapacidad, comenzando inmediatamente que se termine el período deducible (si se aplicare conforme la Póliza), como resultado de un accidente.

INDEMNIZACIÓN SELECTIVA

En lugar de la indemnización semanal prevista conforme la Parte V, el Asegurado, mediante solicitud por escrito presentada dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha del accidente, tiene derecho a optar al pago de indemnización en una sola suma según la tabla que aparece a continuación siempre que la lesión sufrida esté descrita en dicha tabla, pero no se pagará más de una indemnización electiva (la que fuere mayor) por lesiones resultantes de un mismo accidente.

TABLA: Si la indemnización semanal sencilla pagadera conforme la Póliza por incapacidad total es de Q. 50.00, se pagará la suma respectiva indicada más adelante; si dicha indemnización semanal es mayor o menor de Q. 50.00, las cantidades a pagar serán aumentadas o reducidas proporcionalmente.

PÉRDIDA POR AMPUTACIÓN COMPLETA, O SEPARACIÓN DE:

Uno o más dedos enteros de los pies…….....	Q. 400.00
Uno o más dedos de las manos (o por lo menos una falange entera)	Q. 300.00

POR LA COMPLETA DISLOCACIÓN DE ARTICULACIONES:

Cadera.....	Q. 600.00
Rodilla (exceptuando Rótula)	Q. 300.00
Hueso o huesos del pie (exceptuando los dedos)	Q. 300.00
Tobillo.....	Q. 300.00

Compañía de Seguros, S.A.

Muñeca.....Q. 270.00
Codo.....Q. 200.00
Hombro.....Q. 150.00
Uno o más dedos de las manos o de los pies.....Q. 50.00

POR FRACTURA COMPLETA DE HUESOS:
Cráneo.....Q. 650.00
Fémur.....Q. 600.00
Húmero.....Q. 600.00
Pelvis.....Q. 500.00
Omóplato.....Q. 400.00
Tibia y/o Peroné.....Q. 400.00
Rótula.....Q. 400.00
Clavícula.....Q. 300.00
Cúbito y/o Radio.....Q. 300.00
Pie (exceptuando dedos) .....Q. 250.00
Mano (exceptuando dedos) .....Q. 250.00
Mandíbula Interior.....Q. 150.00
Una o más costillas o dedos de las manos o de los pies.....Q. 100.00

PARTE IV REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS

Si las lesiones sufridas por el Asegurado requirieren tratamiento por un médico o cirujano con título universitario en plena vigencia legal, o reclusión en un hospital, o el empleo de una enfermera o enfermero graduado, la Compañía pagará el gasto real incurrido por tales conceptos en exceso de la cantidad deducible (si se consignare en el cuadro de Riesgos Cubiertos y Límites de Responsabilidad), dentro de las (52) semanas siguientes a la fecha del accidente, pero sin exceder de la cantidad pagadera en conjunto que se estipula en dicho cuadro de Riesgos Cubiertos y Límites de Responsabilidad, como resultado de un accidente.

"Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y fue aprobado por la Superintendencia de Bancos según Resolución No. 113- 76 de fecha 01 de abril de 1976 y modificado según Resolución No. 140-2009 de fecha 25 de Marzo de 2009."

Compañía de Seguros, S.A.

COBERTURA DE AGRESIÓN
Las siguientes coberturas aplican únicamente si se encuentran descritas dentro del cuadro de "Riesgos Cubiertos y Límite de Responsabilidad" de la presente póliza.

Queda entendido y convenido que la póliza de seguro contra Accidentes Personales arriba identificada NO CUBRE al asegurado por las lesiones corporales o la muerte causada por armas de fuego o armas contundentes o punzo-cortantes.

DEFINICIONES GENERALES
Las siguientes coberturas aplican únicamente si se encuentran descritas dentro del cuadro de "Riesgos Cubiertos y Límite de Responsabilidad" de la presente póliza.

Para los efectos de la interpretación o ejecución de la presente Póliza, se entenderá, por:

1. APARATO O DISPOSITIVO ELECTRÓNICO: A todo y cualquier objeto portátil, de uso personal del Asegurado, destinado a prestarle al usuario servicios de cómputo, localización, comunicación, fotografía fija o en movimiento y/o reproducción de materiales, juegos, entretenimientos o cualquier combinación de estas funciones.
2. BIENES MUEBLES: A los bienes muebles por definición o por incorporación, según estos bienes definidos por los artículos 448, 451, 452 y 453 del Código Civil, excluyendo de dicha definición el dinero, los títulos de crédito, las tarjetas de crédito o de débito, los cheques de viajero, los instrumentos financieros o bursátiles negociables o documentos de inversión, las armas o equipo bélico, los bienes rentados o alquilados; las plantas y animales; y los bienes de cualquier especie adquiridos de forma ilegal o de ilícito comercio.
3. CULPA: La comisión de acciones u omisiones ilícitas que causan un mal por negligencia, imprudencia o impericia.
4. DAÑOS A LA PROPIEDAD: significa daño físico o material, destrucción o pérdida de uso de una propiedad tangible.
5. DINERO: A las monedas o billetes de curso legal, expresadas en quetzales o en moneda extranjera. Si no se expresare cosa distinta, significará quetzales, moneda nacional. Esto excluye a metales preciosos amonedados o no ni de curso legal, a cheques, cheques de viajero, cheques certificados, giros postales y transferencias bancarias efectuadas por cualquier medio.
6. DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN: A los documentos de identificación personal del Asegurado, vigentes y extendidos por autoridad competente.
7. DOLO: La comisión de acciones u omisiones ilícitas que el actor, a pesar de haber previsto como posible, lo ejecuta.
8. EMISOR/EMISORA: A cualquier institución legalmente autorizada para prestar el servicio de intermediación financiera en la emisión de tarjetas de crédito o de débito.
9. ENDOSO: El documento mediante el cual se modifican, amplían o sustituyen condiciones generales, límites y/o exclusiones del Contrato de Seguro de que se trate.
10. EQUIPAJE: son las valijas, equipaje de mano y su contenido, siempre que contengan ropa y efectos.
11. FALSEDAD MATERIAL: Al hecho de hacer, en todo o en parte, un documento público o privado falso o alterar uno verdadero, de lo que resulte perjuicio moral o material a un tercero.
12. FALSEDAD IDEOLÓGICA: Al hecho de insertarse declaraciones falsas en el acto de la preparación, autorización o formalización de un instrumento público o privado, de lo que surjan consecuencias previstas en la Póliza.
13. HECHOS PRIVADOS: son todos aquellos hechos que no se vinculan con actividad profesional, comercial, industrial o laboral de ningún tipo.
14. HURTO: A la sustracción efectiva de cosa mueble ajena, con ánimo de lucro, sin la autorización del titular y sin utilizar fuerza sobre las cosas ni intimidación o violencia en las personas.
15. LESIONES PERSONALES: comprende al daño corporal, dolencia o enfermedad, incluyendo los cuidados requeridos, pérdida de ingresos o salarios y muerte resultante.
16. PERIODO DE EXTRAVÍO: El lapso de tiempo que transcurre entre el momento en que una cosa está extraviada, perdida o robada y el momento en que es encontrada, en que es inhabilitada efectivamente para su uso o en que es devuelta a su legítimo propietario.

17. PROCESO JUDICIAL: A cualquier acción legal Civil o Mercantil, Penal o Administrativa mediante la que se pretenda del sujeto cubierto por la presente Póliza, indemnización pecuniaria por daños y perjuicios como resultado del robo de identidad.
18. ROBO: A la sustracción violenta de cosa mueble ajena, tal como estos bienes vienen definidos anteriormente.
19. VALOR DE REPOSICIÓN DE BIENES: Al monto que para el efecto se le asigne a los bienes afectados, de acuerdo a cada cobertura otorgada.

COBERTURA 1: SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL EN VIAJES

A. RIESGO CUBIERTO

El Asegurador se obliga a mantener indemne al Asegurado por cuanto deba a un tercero, en razón de su responsabilidad civil por Lesiones Personales y Daños a la Propiedad, emergentes de Hechos Privados, imputables al Asegurado, acaecidos durante la vigencia de la póliza y siempre que se produzcan en ocasión de un Viaje del Asegurado.

Queda además entendido y convenido que no se consideran terceros al cónyuge y los parientes del Asegurado hasta el tercer grado de consanguinidad o afinidad.

B. LÍMITES DE INDEMNIZACIÓN

El Asegurador asume esta obligación únicamente hasta la suma asegurada máxima establecida en las Condiciones Particulares o en el Certificado, según corresponda.

C. EXCLUSIONES A LA COBERTURA

D. A las exclusiones previstas en las Condiciones Generales, se agregan a efectos de la presente cobertura, las siguientes exclusiones.

a) **El uso o la posesión de automóviles, máquinas que funcionan a motor, botes a motor o a vela y/o aeronaves.**
b) **Transmisión de enfermedades.**
c) **El uso o abuso de alcohol, drogas ilegales, narcóticos o medicinas que no hayan sido prescriptas por un doctor.**
d) **Daños o lesiones provocados en ocasión de la práctica profesional de deportes, o durante la participación en competencias o práctica de deportes peligrosos, incluyendo, pero no limitado a montañismo, boxeo, polo, paracaidismo, aladeltismo y buceo subacuático utilizando aparatos personales de respiración.**
e) **Obligaciones contractuales.**
f) **Participación del Asegurado o su familia en manifestaciones, huelgas, revueltas, actos ilegales o de terrorismo.**
g) **Daños a cosas ajenas que se encuentren en poder del Asegurado o miembros de su familia, por cualquier título.**
h) **OFAC:**

La cobertura proporcionada por esta póliza será nula de nulidad absoluta si viola una sanción económica o comercial de los EE.UU., incluyendo, no taxativamente, las sanciones que la Oficina de Control de Activos Extranjeros ("OFAC") del Departamento del Tesoro de los EE.UU. administre y controle el cumplimiento.
La cobertura de seguro otorgada por carta de cobertura, certificado de seguro u otra constancia de seguro que viole las sanciones económicas o comerciales de los EE.UU., según se ha definido más arriba, será nula de nulidad absoluta. De manera similar, todo reclamo que surja bajo una póliza, carta de cobertura, certificado de seguro y otra constancia de seguro emitida a cualquier parte, entidad o beneficiario, que viole las sanciones económicas o comerciales de los EE.UU. será rechazado de acuerdo con los requisitos de dicha sanción.
Esta exclusión se aplicará pari passu a la cobertura afectada directamente por sanciones emitidas por cualquier otro país.

1.D) PLURALIDAD DE SEGUROS

En caso de existir otros seguros más específicos cubriendo en todo o en parte el mismo riesgo, la presente cobertura sólo se aplicará en exceso de tales seguros y no en forma contributiva con los mismos.

El Asegurador no estará obligado a abonar ni será responsable por las costas judiciales que el Asegurado o los aseguradores de las otras pólizas debieran abonar como consecuencia de cualquier reclamo judicial relacionado con la presente cobertura, en tanto los mismos sean imputables totalmente a las otras pólizas o mientras el reclamo

judicial sea efectuado por un monto igual o menor al límite de cobertura de las otras pólizas. En el caso que el reclamo efectuado resulte superior al límite de cobertura de las otras pólizas, el Asegurador pagará las costas que proporcionalmente le resulten imputables en razón de los límites de la presente cobertura.

COBERTURA 2: EQUIPAJE Y DOCUMENTOS PERSONALES EN VIAJE

A. RIESGO CUBIERTO.

El Asegurador indemnizará al Asegurado por:

- Robo o daño accidental de su Equipaje y Documentos Personales.
- Robo de su dinero y cheques.
- los gastos razonables de viajes adicionales y alojamiento en los que incurra el Asegurado, necesarios para obtener el reemplazo del pasaporte dañado o robado mientras está en el extranjero.

Los hechos enumerados precedentemente se encontrarán cubiertos exclusivamente en la medida que hayan ocurrido durante la vigencia de la presente cobertura en ocasión de un Viaje del Asegurado, siempre bajo los límites y condiciones que se establecen en este contrato.

B. LÍMITES DE INDEMNIZACIÓN

La responsabilidad total que asume el Asegurador frente al Asegurado por la presente cobertura se limita a:

- El o los aranceles que deba abonar el Asegurado a las autoridades o entidades emisoras a los fines del reemplazo de el o los Documentos Personales
- El costo de reposición del Equipaje siniestrado
- El importe del dinero o del cheque robado
- El gasto efectivamente incurrido por viajes adicionales y alojamiento necesarios para obtener el reemplazo del pasaporte dañado o robado mientras está en el extranjero.

En cualquier caso, la responsabilidad del Asegurador nunca será superior a la Suma Asegurada que para cada caso se indique en las Condiciones Particulares o en el Certificado, según corresponda.

C. BIENES NO ASEGURADOS

A los efectos de esta cobertura, no constituyen bienes objeto del seguro, salvo pacto en contrario, los siguientes:

a. Documentos Personales que se encuentren vencidos o sin validez al momento del siniestro.
b. Cualquier tipo de documento comercial o administrativo, pasaje de transporte o voucher de transporte.
c. Carritos de bebé, sillitas con ruedas para niños, sillas de ruedas, bicicletas, vehículos a motor, equipo de buceo y embarcaciones, tablas de surf o equipo o indumentaria relacionados con dichas actividades.
d. Estampillas, lentes, lentes de contacto, lentes de sol, antigüedades, pieles, grabadores de cinta de audio o video, casettes y reproductores, radios, discos compactos y reproductores, u otros dispositivos de grabación y escucha personal, equipamiento de telecomunicaciones y computación de cualquier tipo, incluyendo, pero no limitado a teléfonos celulares, agendas electrónicas y computadoras portátiles.
e. Armas de fuego, joyas, piedras preciosas y artículos hechos de o que contengan oro (u otro metal precioso y/o piedra preciosa).
f. Equipos deportivos, mientras están siendo utilizados.
g. Artículos del hogar o cualquier cosa despachada en flete.
h. Dentaduras o puentes dentales, miembros ortopédicos o audífonos de cualquier tipo.
i. Artículos transportados en el portaequipajes del techo de un autobús.
j. Artículos que han sido abandonados y descuidados en un lugar donde el público en general tiene acceso;
k. Equipaje, dinero, cheques y Documentos Personales dejados en un vehículo sin vigilancia, salvo que dichos artículos se encuentren en el baúl del automóvil al momento del Robo y que dicho vehículo cuente con alarma.
l. Dinero y/o cheque/s despachados en el equipaje.
m. Bienes consumibles o perecederos (incluyendo, pero no limitado a alimentos, medicamentos, cosméticos, combustibles, explosivos).
n. Bienes adquiridos en el exterior que no hubieran sido declarados debidamente en la aduana al momento de su ingreso al país, según las disposiciones vigentes en materia aduanera.

Compañía de Seguros, S.A.

D. EXCLUSIONES A LA COBERTURA

A las exclusiones previstas en las Condiciones Generales, se agregan a efectos de la presente cobertura, las siguientes exclusiones:

a. **En caso de Robo, cuando el delito haya sido instigado o cometido por o en complicidad con cualquier miembro de la familia del Asegurado o personas allegadas.**
b. **Hurto y extravío.**
c. **Vicio propio, depreciación, desgaste, deterioro o rotura de cualquier pieza causados por el natural y normal manejo, uso o funcionamiento del bien.**
d. **El uso del bien contrariando las instrucciones del fabricante.**
e. **Acción de roedores, insectos, gérmenes, moho, oxidación, efectos de temperatura, vapores, humedad, humo, hollín, polvo, trepidaciones de máquinas, ruidos, olores y luminosidad.**
f. **Daños o pérdidas causados por procesos de limpieza, reparaciones o restauración.**
g. **Daños que se manifiesten exclusivamente como defectos estéticos, incluyendo, pero no limitado a rayaduras en superficies pintadas, pulidas o esmaltadas.**
h. **Daños por los que sea responsable el fabricante o proveedor del bien asegurado, ya sea legal o contractualmente.**
i. **Daños o pérdidas causados por fallas mecánicas, eléctricas, de software u otras fallas de datos incluida, pero no limitada a, cualquier interrupción en la energía eléctrica, exceso de corriente eléctrica, reducción en el suministro de energía o corte de suministro, o fallas en los sistemas de satélite o telecomunicaciones.**
j. **Daños o pérdidas causados por pérdidas de polvos o líquidos dentro del Equipaje.**
k. **Daños o pérdidas que sean debido a, o estén relacionados con incidentes nucleares, biológicos o químicos.**
l. **OFAC:**

La cobertura proporcionada por esta póliza será nula de nulidad absoluta si viola una sanción económica o comercial de los EE.UU., incluyendo, no taxativamente, las sanciones que la Oficina de Control de Activos Extranjeros ("OFAC") del Departamento del Tesoro de los EE.UU. administre y controle el cumplimiento.
La cobertura de seguro otorgada por carta de cobertura, certificado de seguro u otra constancia de seguro que viole las sanciones económicas o comerciales de los EE.UU., según se ha definido más arriba, será nula de nulidad absoluta. De manera similar, todo reclamo que surja bajo una póliza, carta de cobertura, certificado de seguro y otra constancia de seguro emitida a cualquier parte, entidad o beneficiario, que viole las sanciones económicas o comerciales de los EE.UU. será rechazado de acuerdo con los requisitos de dicha sanción.
Esta exclusión se aplicará pari passu a la cobertura afectada directamente por sanciones emitidas por cualquier otro país.

E. RESPONSABILIDADES DEL ASEGURADO

El Asegurado deberá cumplir con las siguientes cargas u obligaciones:

a. Tomar las medidas de seguridad razonables para prevenir el siniestro.
b. En caso de Robo, denunciar sin demora a las autoridades policiales el acaecimiento del siniestro.
c. Asimismo, en caso de pérdidas o daños que se produzcan en transportes u hoteles, denunciar el incidente a una autoridad apropiada, obteniendo un informe oficial.
d. En caso de daños, conservar los restos sin introducir cambios que hagan más difícil establecer la causa del daño mismo, salvo que se efectúen para disminuir el daño o en el interés público.
e. Abstenerse de reponer o reparar el bien dañado sin autorización del Asegurador, salvo que la reposición o reparación inmediata sean necesarias para precaver perjuicios mayores que de otra manera serían inevitables. En tal caso, deberá conservar y facilitar al Asegurador los comprobantes respectivos.

F. PLURALIDAD DE SEGUROS

En caso de existir otros seguros más específicos cubriendo en todo o en parte el mismo riesgo, la presente cobertura sólo se aplicará en exceso de tales seguros y no en forma contributiva con los mismos.

El Asegurador no estará obligado a abonar ni será responsable por las costas judiciales que el Asegurado o los aseguradores de las otras pólizas debieran abonar como consecuencia de cualquier reclamo judicial relacionado con la presente cobertura, en tanto los mismos sean imputables totalmente a las otras pólizas o

mientras el reclamo judicial sea efectuado por un monto igual o menor al límite de cobertura de las otras pólizas. En el caso que el reclamo efectuado resulte superior al límite de cobertura de las otras pólizas, el Asegurador pagará las costas que proporcionalmente le resulten imputables en razón de los límites de la presente cobertura.

COBERTURA 3: PROTECCIÓN DEL HOGAR DURANTE EL VIAJE

A. RIESGO CUBIERTO.
El Asegurador indemnizará al Asegurado por los daños o pérdidas en el Contenido de la vivienda del Asegurado, con motivo de Robo perpetrado en dicha vivienda, ocurrido durante la vigencia de la presente cobertura y en ocasión de un Viaje del Asegurado, siempre bajo los límites y condiciones se que establecen en este contrato.

B. LÍMITES DE INDEMNIZACIÓN

La responsabilidad total que asume el Asegurador frente al Asegurado por la presente cobertura se limita al costo de reposición o reemplazo de los Bienes Asegurados robados, que estará dado por su valor a nuevo con deducción de la depreciación por uso, antigüedad y estado, en caso de corresponder.

El Asegurador tiene derecho a sustituir el pago en efectivo por el reemplazo del bien, siempre que sea equivalente y tenga iguales características al siniestrado.

Cuando el bien robado forme parte de un juego o conjunto, el Asegurador sólo indemnizará el valor de la pieza individual afectada por el siniestro, sin tomar en cuenta el menor valor que podría tener el juego respectivo en virtud de quedar incompleto a raíz del siniestro.
No obstante, cuando la parte robada no pudiera ser reemplazada y el resto de las partes no pudieran ser utilizadas individualmente, se indemnizará el valor total del juego o conjunto.

En cualquier caso, la responsabilidad del Asegurador nunca será superior a la Suma Asegurada que para cada caso se indique en las Condiciones Particulares o en el Certificado, según corresponda.

C. EXCLUSIONES A LA COBERTURA

A las exclusiones previstas en las Condiciones Generales, se agregan a efectos de la presente cobertura, las siguientes exclusiones:

a. Cuando el delito haya sido instigado o cometido por o en complicidad con cualquier miembro de la familia del Asegurado o personas allegadas.
b. Hurto y extravío.
c. Pérdida de bienes que el Asegurado hubiera llevado consigo durante el Viaje.
d. Pérdidas debidas a incidentes distintos a Robo, incluyendo, pero no limitado a, fuego, humo, rayos, viento, agua, inundación, terremoto, erupción volcánica, mareas, deslizamiento del terreno, granizo u otros hechos de la naturaleza.
e. Pérdidas que sean debido a, o estén relacionadas con incidentes nucleares, biológicos o químicos.
f. OFAC:

La cobertura proporcionada por esta póliza será nula de nulidad absoluta si viola una sanción económica o comercial de los EE.UU., incluyendo, no taxativamente, las sanciones que la Oficina de Control de Activos Extranjeros ("OFAC") del Departamento del Tesoro de los EE.UU. administre y controle el cumplimiento.
La cobertura de seguro otorgada por carta de cobertura, certificado de seguro u otra constancia de seguro que viole las sanciones económicas o comerciales de los EE.UU., según se ha definido más arriba, será nula de nulidad absoluta. De manera similar, todo reclamo que surja bajo una póliza, carta de cobertura, certificado de seguro y otra constancia de seguro emitida a cualquier parte, entidad o beneficiario, que viole las sanciones económicas o comerciales de los EE.UU. será rechazado de acuerdo con los requisitos de dicha sanción.
Esta exclusión se aplicará pari passu a la cobertura afectada directamente por sanciones emitidas por cualquier otro país.

Compañía de Seguros, S.A.

D. RESPONSABILIDADES DEL ASEGURADO

El Asegurado deberá cumplir con las siguientes cargas u obligaciones:

a. Tomar las medidas de seguridad razonables para prevenir el siniestro.
b. Denunciar sin demora a las autoridades policiales el acaecimiento del siniestro.
c. Producido el siniestro, cooperar diligentemente en la identificación de los ladrones para obtener la restitución de los objetos siniestrados y si ésta se produce, dar aviso inmediatamente al Asegurador.
d. Abstenerse de reponer el bien robado sin autorización del Asegurador, salvo que la reposición inmediata sea necesaria para precaver perjuicios mayores que de otra manera serían inevitables. En tal caso, deberá conservar y facilitar al Asegurador los comprobantes respectivos.

E. DENUNCIA DEL SINIESTRO

El Asegurado deberá denunciar la ocurrencia del siniestro en los plazos allí establecidos y acompañar constancia de haber formulado la denuncia efectuada a las autoridades policiales.

F. PLURALIDAD DE SEGUROS

En caso de existir otros seguros más específicos cubriendo en todo o en parte el mismo riesgo, la presente cobertura sólo se aplicará en exceso de tales seguros y no en forma contributiva con los mismos.

El Asegurador no estará obligado a abonar ni será responsable por las costas judiciales que el Asegurado o los aseguradores de las otras pólizas debieran abonar como consecuencia de cualquier reclamo judicial relacionado con la presente cobertura, en tanto los mismos sean imputables totalmente a las otras pólizas o mientras el reclamo judicial sea efectuado por un monto igual o menor al límite de cobertura de las otras pólizas. En el caso que el reclamo efectuado resulte superior al límite de cobertura de las otras pólizas, el Asegurador pagará las costas que proporcionalmente le resulten imputables en razón de los límites de la presente cobertura.

COBERTURA 4: REEMBOLSO POR PÉRDIDA DE DOCUMENTOS

A. BIENES CUBIERTOS

La Aseguradora resarcirá al Asegurado, en caso de pérdida de su billetera y efectos personales, en la forma siguiente:

a. El valor de reposición de la billetera extraviada, hurtada o robada, hasta un máximo de veinticinco dólares estadounidenses (US $25.00);
b. El valor de reposición de los documentos personales, tarjetas de crédito o de débito portadas en la misma; y
c. El valor de pasaporte vigente no portado en la billetera y las visas que contenga el mismo.

B. EXCLUSIONES

La Aseguradora, en lo que a esta cobertura se refiere, no será responsable por la pérdida de los siguientes bienes en los casos siguientes:

a. **De dinero, cheques de cualquier especie, chequera, boletos o tickets de transporte, emitidos por cualquier sistema;**
b. **Por eventos distintos al extravío, al hurto o al robo;**
c. **Por daño accidental a la billetera y a su contenido;**
d. **Por cargos fraudulentos efectuados a la tarjeta de crédito o de débito;**
e. **Por afectación de la identidad del Asegurado proveniente de pérdida o robo de sus efectos personales; y**
f. **Por alegada pérdida de bienes que por su volumen o naturaleza no son susceptibles de portarse en la billetera.**

C. CONDICIONES

Ante el acaecimiento del hecho cubierto, el Asegurado deberá:

a. Denunciar la pérdida, a la autoridad competente.
b. Demostrarle a la Aseguradora de modo fehaciente que dicha denuncia fue formalizada.
c. Justificar la propiedad y preexistencia de los bienes cuya pérdida se reclama.
d. Presentar aviso de reclamo a la Aseguradora dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores al siniestro.

Compañía de Seguros, S.A.

COBERTURA 5: REEMBOLSO POR REEMPLAZO DE LLAVES

A. BIENES ASEGURADOS

Bajo esta cobertura, la Aseguradora pagará al Asegurado el costo del reemplazo o sustitución de las llaves de su residencia o de su vehículo que hayan sido extraviadas, hurtadas o robadas, sujetándose a los límites descritos en el Cuadro de Riesgos Cubiertos y Límites de Responsabilidad y a las condiciones siguientes:

a. El monto a reembolsar será el del valor del servicio prestado por el cerrajero, según conste en la factura legalmente extendida;
b. En caso de robo en la residencia o el vehículo del Asegurado, se le reembolsará a este el costo de reemplazar la cerradura dañada;
c. El valor de los servicios de cerrajero que hayan sido requeridos por el Asegurado para acceder a su domicilio o a su vehículo por extravío o robo de sus respectivas llaves;
d. La Aseguradora indemnizará al Asegurado el valor de la renta de un automóvil, hasta un diez por ciento (10%) del límite de esta cobertura descrito en el Cuadro de Riesgos Cubiertos y Límites de Responsabilidad cuando, por extravío o robo de las llaves del auto, tenga que prescindir del mismo, por requerir más de veinticuatro (24) horas el reemplazo de las llaves.

B. CONDICIONES

a. El transcurso de veinticuatro (24) horas de espera son exigibles, contadas a partir del momento en que el siniestro haya sido reportado a la Aseguradora;
b. El Asegurado deberá justificar el gasto con factura legalmente extendida por la empresa Arrendadora del Vehículo;
c. El Asegurado deberá cursar inmediato aviso a la Aseguradora del momento en que sus llaves le fueron restituidas y del momento de la entrega del vehículo a la empresa Arrendadora.

C. EXCLUSIONES

La Aseguradora, bajo los términos de esta cobertura, no resarcirá ni indemnizará al Asegurado, por los extremos siguientes:

a. **Por otros costos asociados y que no vengan descritos en las condiciones de la cobertura;**
b. **Costos asociados a la pérdida de llave o daño a chapa de puerta de casa que no sea el domicilio declarado por el Asegurado en la carátula de esta Póliza;**
c. **El costo de reemplazar la llave del vehículo que no sea de estricto uso personal del Asegurado;**
d. **El costo de rentar un vehículo por demora de más de veinticuatro (24) horas en el reemplazo de llaves del vehículo distinto al del estricto uso personal del Asegurado.**
e. **Por afectación de la identidad del Asegurado proveniente de pérdida o robo de sus efectos personales**
f. **Por alegada pérdida de bienes que por su volumen o naturaleza no son susceptibles de portarse en la billetera.**

Compañía de Seguros, S.A.

HEREDEROS LEGALES

Por medio del presente endoso procedemos hacer la siguiente aclaración:

En el caso que los asegurados de la presente póliza no cuenten con beneficiarios nombrados en el consentimiento de seguro respectivo, por este medio se procede a indicar que, en caso de pago de indemnización por muerte accidental del asegurado, la misma se hará efectiva según lo indicado en la ficha de contratación de la empresa en la que el asegurado indica a sus beneficiarios. De no contar con este formulario, el pago de la indemnización se hará según lo indicado en el Capítulo II Orden de Sucesión hereditaria, Artículos 1078, 1079 y 1080 del Código Civil.

Artículo 1078.-La ley llama a la sucesión intestada, en primer lugar, a los hijos, incluyendo a los adoptivos, y al cónyuge sobreviviente que no tenga derecho a gananciales; (176) quienes heredarán por partes iguales.

No obstante, el cónyuge sobreviviente cuyo derecho de gananciales sea menor que la cuota hereditaria que le correspondería en ausencia de gananciales, tendrá derecho a que se le complete un monto equivalente a dicha cuota, deduciéndose la diferencia de la masa hereditaria.

Artículo 1079.-A falta de descendencia, sucederán los ascendientes más próximos y el cónyuge, por iguales porciones y cuando sólo hubiere una de esas partes, ésta llevará toda la herencia.

Artículo 1080. -(Artículo 76 del Decreto-Ley número 218).-A falta de los llamados a suceder, según el artículo anterior sucederán los parientes colaterales hasta el cuarto grado.

Compañía de Seguros, S.A.

ANEXO DE LIMITACIÓN POR SANCIONES

La Compañía no estará obligada a pagar reclamos sobre eventos cubiertos bajo esta Póliza cuando dichos pagos pudiesen violar disposiciones internacionales o locales sobre la prevención de los delitos de Blanqueo de Capitales, Lavado de Activos, Narcotráfico, Financiamiento del Terrorismo y Prevención de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva, así como posibles pagos que pudiesen transgredir sanciones económicas y/o comerciales establecidas en leyes o reglamentos internacionales de los que sea parte la República de Guatemala o naciones amigas o aquellas con las que la República de Guatemala mantiene relaciones diplomáticas o comerciales, incluyendo pero sin limitar la generalidad de lo anterior, los de la Organización de las Naciones Unidas incluyendo el Consejo de Seguridad; de los Estados Unidos de América, Japón, Reino Unido o de la Unión Europea.

En adición, la Compañía no estará obligada a pagar reclamos o en general desembolsar sumas de dinero relacionadas con eventos cubiertos bajo esta Póliza cuando el Contratante, cualquiera de las partes aseguradas o beneficiarias o la persona que, por las causas que fuere paga las primas a la Compañía, incluyendo en el caso de personas jurídicas a sus, Accionistas, Beneficiarios finales, Directores, Dignatarios, Administradores, Apoderados y Ejecutivos, se encuentre(n), sean mencionados en alguna de las listas emitidas por la Oficina de Control de Activos Extranjeros (OFAC por sus siglas en inglés) del Departamento del Tesoro de los Estados Unidos o pertenezcan a países incluidos en dichas listas, y/o en cualquier otra lista a nivel mundial que tenga por objeto el establecimiento de medidas para contrarrestar o prevenir el blanqueo de capitales, lavado de activos, el narcotráfico, financiamiento del terrorismo, guerras, y el financiamiento de la proliferación de armas de destrucción masiva.

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 868-2019 del 9 de julio de 2019, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.