



## SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES CON ASISTENCIA EN VIAJE PARA TURISMO

### CONDICIONES GENERALES

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

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

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

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

#### Art. 2°.- OBJETO DEL SEGURO

##### COBERTURAS PRINCIPALES

##### **A. Muerte por accidente**

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

##### **B. Invalidez Parcial o Total Permanente por Accidente.**

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

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

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

### **TABLA DE INDEMNIZACIONES POR INVALIDEZ PERMANENTE**

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

<b>TIPO DE INVALIDEZ</b>	<b>PORCENTAJES DE INDEMNIZACIÓN</b>
--------------------------	-------------------------------------

#### **INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL:**

1	Estado absoluto e incurable de alienación mental que no permitiera al ocupante ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida.	100 %
2	Fractura incurable de la columna vertebral que determinare la invalidez total y permanente.	100 %
3	Pérdida Total de los Ojos	100 %
4	Pérdida completa de los dos brazos o de ambas manos	100 %
5	Pérdida completa de las dos piernas o de ambos pies	100 %
6	Pérdida completa de un brazo y de una pierna o de una mano y una pierna	100 %
7	Pérdida completa de una mano y un pie o de un brazo y de un pie	100 %

#### **INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL:**

##### **CABEZA**

8	Sordera total e incurable de los dos oídos.	50 %
9	Pérdida total de un ojo o reducción a la mitad de la visión binocular normal.	40 %
10	Sordera completa incurable de un oído	15 %
11	Ablación de la mandíbula inferior	50 %

<b>MIEMBROS SUPERIORES:</b>		<b>Derecho</b>	<b>Izquierda</b>
12	Pérdida de un brazo arriba del codo	75 %	60 %
13	Pérdida de un antebrazo (hasta el codo)	70 %	55 %
14	Pérdida de una mano (a la altura de la muñeca)	60 %	50 %
15	Fractura no consolidada de una mano (Seudoartrosis total)	45 %	36 %
16	Anquilosis del hombro en posición no funcional	30 %	24 %
17	Anquilosis del codo en posición no funcional	25 %	20 %
18	Anquilosis del codo en posición funcional	20 %	16 %
19	Anquilosis de la muñeca en posición no funcional	20 %	16 %
20	Anquilosis de la muñeca en posición funcional	15 %	12 %
21	Pérdida del dedo pulgar de la mano	20 %	18 %
22	Pérdida del dedo índice	16 %	14 %
23	Pérdida del dedo medio	12 %	10 %
24	Pérdida del dedo anular	10 %	8 %
25	Pérdida del dedo meñique	6 %	4 %
<b>MIEMBROS INFERIORES</b>			
26	Pérdida de una pierna (por encima de la rodilla)	60 %	60 %
27	Pérdida de una pierna (por debajo de la rodilla)	50 %	50 %
28	Pérdida de un pie	35 %	35 %
29	Fractura no consolidada de un muslo (seudoartrosis total)	35 %	35 %
30	Fractura no consolidada de una rótula (seudoartrosis total)	30 %	30 %
31	Fractura no consolidada de un pie (seudoartrosis total)	20 %	20 %
32	Anquilosis de la cadera en posición no funcional	40 %	40 %

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

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

### **C. Asistencia Médica por Accidente**

Los servicios de asistencia médica a ser brindados por LA COMPAÑIA, se limitan a tratamientos por accidente, y están orientados a la asistencia en viaje de la lesión corporal que sufra la persona asegurada, ocasionada por eventos súbitos, imprevisibles y ajenos a su voluntad. Se otorga hasta el límite indicado en la Solicitud-Certificado. Consultas médicas: Se prestará asistencia médica en caso de accidente en los servicios de los profesionales y/o establecimientos sanitarios que en el caso le sean indicados y/o autorizados por LA COMPAÑIA.

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **D. Asistencia Médica por Enfermedad**

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

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

Exámenes médicos complementarios: Se procederá a efectuar exámenes complementarios cuando sean indicados por el equipo médico de urgencia y autorizados por LA COMPAÑIA. Terapia de recuperación física en caso de traumatismo: Si el Departamento Médico de LA COMPAÑIA lo autorizara y habiendo sido prescrito por el médico tratante, LA COMPAÑIA se hará cargo de un máximo de 10 sesiones de fisioterapia, kinesiología, quiropráctica, etc.

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

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

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

Intervenciones quirúrgicas: Exclusivamente cuando el Departamento Médico de LA COMPAÑIA lo autorice, esta cubrirá los gastos por intervenciones

quirúrgicas a EL ASEGURADO en los casos de emergencia que urgentemente así lo requieran. Terapia intensiva (UCI) y unidad coronaria: Cuando la naturaleza de la enfermedad o lesiones de ELASEGURADO así lo requieran, LA COMPAÑIA garantizará los gastos de tratamientos de terapia intensiva (UCI) y unidad coronaria.

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

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

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

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

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

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

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

**F. Medicamentos Ambulatorios**

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

**G. Medicamentos Hospitalarios**

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

**Art. 3°.- EXCLUSIONES:**

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

- a) **Cuando el ASEGURADO participe de forma activa en carreras de automóviles, motos acuáticas; participación en corridas de toros, novilladas, espectáculos taurinos, carrera de toros, rodeo, incluyendo montar a pelo potros salvajes o reses vacunas bravas; combate en artes marciales, boxeo, lucha libre, 'vale todo', esgrima o rugby, fútbol americano, lacrosse, hockey o hurling; caminata de montaña ('trekking' o senderismo), escalamiento o descensos, alpinismo o andinismo o montañismo, o rápel; canotaje o piragüismo o 'rafting', a partir de nivel de dificultad III; cacería de fieras; pesca en rocas, o caza submarina o subacuática, buceo o inmersión en mares, ríos, lagos o lagunas o pozos o pozas o cuevas o cavernas o aguas subterráneas; salto desde trampolines o clavados desde cualquier lugar; surf; equitación de salto o carrera de caballos; patinaje, o uso de patineta o 'skateboard'; ciclismo de montaña o a campo traviesa o en carreteras o en autopistas; paracaidismo, parapente, alas delta; vuelos en avionetas o aviones ultraligeros, trapecio, equilibrista; salto desde puentes, puenting'; halterofilia; o esquí acuático o sobre nieve, 'snowboard' o 'sandboard'**
- b) **Las enfermedades (incluyendo las mentales) o tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidentes amparados por el presente seguro, así como los denominados accidentes médicos, entendidos estos como la apoplejía, los vértigos, los infartos y los ataques epilépticos.**
- c) **Fallecimiento a consecuencia de un accidente debido a actividades como piloto y/o asistente de vuelos, trabajos en minas, torres de alta tensión, comunicaciones.**
- d) **El riesgo de aviación, que comprende tripulación, personal en funciones de la aerolínea fabricante o proveedor del operador aéreo salvo que EL ASEGURADO esté viajando en calidad de pasajero en aeronaves con capacidad mayor a 10 plazas de pasajeros y de empresas de transporte público comercial, con itinerarios, escalas y horarios predeterminados, con intervención del organismo nacional o internacional competente.**
- e) **Como consecuencia de hechos de guerra internacional (declarada o no) o civil, o servicio militar de cualquier clase.**
- f) **Suicidio o tentativa de suicidio u acto delictuoso provocado por cualquier persona que resultase favorecida con los alcances de este seguro.**

- g) Los que tengan origen en actos de imprudencia temeraria o negligencia grave de EL ASEGURADO, así como los derivados de actos delictivos o infractorios de leyes y/o reglamentos.**
- h) Accidentes sufridos en situación de enajenación mental o bajo los efectos de bebidas alcohólicas (siempre que supere el límite legal permitido para la ingesta de alcohol, es decir, 0.50 gramos por litro de alcohol en la sangre) o de drogas y/o estupefacientes, así como por intoxicaciones por ingestión de alimentos o bebidas.**
- i) A consecuencia del VIH: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y VIH en todas sus formas, así como sus agudizaciones, secuelas y consecuencias. Enfermedades venéreas o de transmisión sexual.**
- j) Fallecimiento producido como consecuencia de la reacción nuclear o contaminación radioactiva, química o bacteriológica.**
- k) Participación de EL ASEGURADO de forma activa en hechos de carácter político o social, huelgas, alborotos o tumultos populares y terrorismo.**
- l) Los gastos y complicaciones por enfermedades crónicas, preexistentes (a excepción de la atención de urgencias y emergencias médicas), congénitas o recurrentes que hayan sido diagnosticadas al Asegurado antes del inicio de vigencia de la presente póliza y/o viaje. Se excluyen también, las enfermedades benignas y heridas leves que no imposibiliten la continuación normal del viaje no darán lugar a esta asistencia.**
- m) Quedan excluidos para todas las coberturas de la póliza, los riesgos y siniestros, así como sus consecuencias, derivadas por enfermedades endémicas, epidémicas, pandémicas, enfermedades infecciosas de aparición repentina y/o propagación rápida que hayan sido declaradas por parte de las autoridades competentes locales, nacional o por cualquier organismo internacional y/o los acaecidos en cualquier lugar que figure como no recomendado para viajar por dichas autoridades. Quedan igualmente excluidos los siniestros producidos por las cuarentenas derivadas de cualquiera de las causas descritas, y sus consecuencias.**
- n) Afecciones, enfermedades o lesiones derivadas de una riña (salvo aquellos casos en que se establezca judicialmente, o a través de indicios razonables, la legítima defensa), huelga, actos de vandalismo o tumulto popular en que el ASEGURADO hubiese participado como elemento activo. El intento de o la comisión de un acto ilegal y, en general, cualquier acto doloso o criminal del ASEGURADO, incluido el suministro de información falsa o diferente de la realidad.**

- o) Drogas, narcóticos y/o afines: Tratamiento de enfermedades o estados patológicos producidos por intencional ingestión o administración de tóxicos (drogas), narcóticos, o por lo utilización de medicamentos sin orden médica. Asimismo, afecciones, enfermedades o lesiones derivadas de la ingestión de bebidas alcohólicas de cualquier tipo.**
- p) Enfermedades, lesiones, afecciones, consecuencias o complicaciones resultantes de tratamientos o asistencias recibidas por el ASEGURADO de parte de personas o profesionales no pertenecientes a la red de proveedores de LA COMPAÑÍA.**
- q) Viajes aéreos: Viajes aéreos en aviones no destinados y autorizados como transporte público.**
- r) Partos: Controles, exámenes y complicaciones de gestación. Partos. Abortos, cualquiera sea su etiología.**
- s) Enfermedades mentales y/o afines: Enfermedades psicológicas, mentales, psicosis, neurosis y cualquiera de sus consecuencias mediatas o inmediatas.**
- t) Tensión arterial: Controles de tensión arterial. Hipertensión arterial y sus consecuencias.**
- u) Visitas médicas no autorizadas por LA COMPAÑÍA: Las visitas médicas de control, chequeos y tratamientos prolongados, que no sean previa y expresamente autorizadas por LA COMPAÑÍA.**
- v) Prótesis y similares: Gastos de prótesis, órtesis, síntesis o ayudas mecánicas de todo tipo, ya sean de uso interno o externo, incluyendo pero no limitados a: artículos de ortopedia, prótesis dentales, audífonos, anteojos, lentes de contacto, férulas, muletas, nebulizadores, respiradores, etc.**
- w) Lostratamientos odontológicos, oftalmológicos u otorrinolaringológicos, salvo la atención de urgencia descrita en las presentes Condiciones Generales.**
- x) Chequeos o exámenes de rutina: Los chequeos o exámenes médicos de rutina, incluso aquellos que no sean relacionados con una enfermedad diagnosticada y comprobada, así como aquellos que no sean consecuencia directa de una enfermedad o accidente.**
- y) Riesgos profesionales: Si el motivo del viaje del ASEGURADO fuese la ejecución de trabajos o tareas que involucren un riesgo profesional. En todos los casos, las coberturas descritas serán complementarios de los que deban prestarse por parte de entidades de seguros según las normas de seguridad industrial y de riesgos laborales aplicables en el**

país donde se presente la enfermedad o accidente objeto del servicio.

- z) **Gastos no autorizados:** Gastos de hotel, restaurante, taxis, comunicaciones, etc. que no hayan sido expresamente autorizados por LA COMPAÑÍA.
- aa) **Acompañantes y gastos extras:** En los casos de hospitalización del ASEGURADO, se excluyen expresamente todos los gastos extras así como de acompañantes.
- bb) **Cáncer, diagnosticado por estudio anatomopatológico.**
- cc) **Queda excluida la atención relacionada a COVID-19 en caso EL ASEGURADO haya incumplido con registrar el inicio y fin de su viaje en la plataforma indicada por LAASEGURADORA.**

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

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

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

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

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

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

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

En caso de culpa inexcusable, que origine el incumplimiento de los plazos para comunicar el siniestro, no se pierde el derecho a ser indemnizado si la

falta de aviso no afectó la posibilidad de verificar o determinar las circunstancias del siniestro.

Con posterioridad al aviso del siniestro EL ASEGURADO o EL BENEFICIARIO deberá presentar en las Oficinas de LA COMPAÑÍA ubicadas en Lima (Av. Armendariz 345, Distrito de Miraflores, Unidad de Salud - Área de Siniestros) y Provincias o ante el comercializador, los siguientes documentos en original o en certificación de reproducción notarial (antes copia legalizada).

**A. Muerte por accidente**

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

**B. Invalidez Parcial o Total Permanente por Accidente**

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

- Copia simple del DNI de EL ASEGURADO.
- Original del Certificado Médico expedido por un Hospital o Clínica, en el que se determine la fecha de ocurrencia del accidente.
- Original del Certificado o Dictamen emitido por la Comisión Médica de las AFP - COMAFP, la Comisión Médica de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP, el Ministerio de Salud

- MINSA, ESSALUD o el Instituto Nacional de Rehabilitación - INR, en el cual se determine el grado de invalidez parcial o total permanente.

**PAGO DE BENEFICIOS A RAÍZ DE UN MISMO ACCIDENTE:**

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

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

- C. **Asistencia Médica por Accidente, Asistencia Médica por Enfermedad y Asistencia Médica por Enfermedad Conocida por el Asegurado y No Resuelta.**

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

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

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

Para hacer uso de la cobertura descrita EL ASEGURADO deberá comunicarse directamente a la Central de Asistencia, sin costo por medio del cobro revertido o desde cualquier parte del mundo llamando al Teléfono 56(22) 340 7000 (opción 2), las veinticuatro(24) horas del día y los trescientos sesenta y cinco (365) días del año, las asistencias son brindada a través de dos tipos:

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

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

**En caso el ASEGURADO no cumpla con el PROCEDIMIENTO DE AVISO**

**DE SINIESTRO, LA COMPAÑÍA no otorgará cobertura.**

## **REEMBOLSOS**

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

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

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

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

### **D. Medicamentos Ambulatorios**

Para hacer uso de la cobertura descrita **EL ASEGURADO** deberá comunicarse sin costo, cobro revertido o llamada por cobrar (collect call), y desde cualquier parte del mundo al Teléfono 56(22) 340 7000, (opción 2) las veinticuatro (24) horas del día y los trescientos sesenta y cinco (365) días del año, se darán vía crédito y sólo se realizarán reembolsos, cuando el medicamento no esté disponible y **EL ASEGURADO** lo requiera en situaciones de emergencia.

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

- Copia simple del DNI o carnet de extranjería de **EL ASEGURADO**.
- Comprobante de pago en original del medicamento adquirido.

- Original del Certificado Médico expedido por un Hospital o Clínica, en el que se determine la fecha de atención.
- Original de la receta médica con la firma del médico tratante.

#### **E. Medicamentos Hospitalarios**

Para hacer uso de la cobertura descrita EL ASEGURADO deberá comunicarse sin costo, cobro revertido o llamada por cobrar (collect call), y desde cualquier parte del mundo a la Central de Asistencia Teléfono 56 (22) 340 7000 (opción 2) las veinticuatro (24) horas del día y los trescientos sesenta y cinco (365) días del año, se darán vía crédito y sólo se realizarán reembolsos, cuando el medicamento no esté disponible y EL ASEGURADO lo requiera en situaciones de emergencia.

En caso de reembolso EL ASEGURADO deberá presentar, en las Oficinas de LA COMPAÑÍA ubicadas en Lima (Av. Armendariz 345, Miraflores, Unidad de Salud – Área de Siniestros) y Provincias o ante el comercializador, los siguientes documentos:

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

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

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

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

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

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

**A. Vía Telefónica:**

Australia	(1) 300 956 291
Berlín	(49) 32 2210 93637
Bogotá	(57) 1 3819363
Buenos Aires	(54) 11 5217 0796
Francia	(33) 975 188 22 91
Germania	(49) 32 221093637
Holanda	(31) 85 888 0312
Italia	(39) 199 241 442
Perú (dentro del país)	(0) 800 53 066
Madrid	(34) 518 88 83 80
Mexico D.F.	(52) 554170 84 57
Resto del Mundo (Opción1) (Chile)	(56-22) 340 7000 (opción 2)
Resto del Mundo (Opción 2) (Perú)	(51-1) 7075680
Santo Domingo	1 (829) 954 8037
Sao Paulo	(55) 21 3956 0520
USA y Canadá	(1) 855 231 2590

**B. Vía Correo Electrónico**

Correo 1: [cosiamc@surasistencia.cl](mailto:cosiamc@surasistencia.cl)

Correo 2: [asistencia@mapfre-assistance.cl](mailto:asistencia@mapfre-assistance.cl)

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

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

#### Art. 6°.- PAGO DE PRIMAS

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

#### Art. 7°.- INICIO DEL SEGURO

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

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

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

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

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

#### Art. 8°.- AVISOS Y COMUNICACIONES

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

#### Art. 9°.- REVELACION DE HISTORIA CLÍNICA

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

## ASEGURADO.

### Art. 10°.- CARGAS DEL ASEGURADO

- 10.1 Carga de Evitar la Ocurrencia del Siniestro y Disminuir su Gravedad: EL ASEGURADO tomará en todo momento las medidas necesarias para evitar la ocurrencia del siniestro o para disminuir la gravedad e intensidad de sus consecuencias, actuando como si no estuviera asegurado.
- 10.2 Prueba del Siniestro: Es de cargo de EL ASEGURADO la obligación de acreditar ante LA COMPAÑÍA su derecho a recibir las prestaciones contempladas en el presente seguro, con la documentación veraz, completa e idónea.
- 10.3 Carga de Información y Cooperación: EL ASEGURADO procurará a LA COMPAÑÍA toda la información y ayuda que fuera necesaria para determinar las causas, circunstancias y responsabilidades del siniestro; aun después de haber sido indemnizado.
- 10.4 Gastos Ordinarios: Los gastos que demande el cumplimiento de las cargas previstas en este artículo son de cargo, cuenta, riesgo y responsabilidad de EL ASEGURADO, salvo pacto expreso y específico en contrario y los cuales no tienen relación directa con los gastos propios de la cobertura.

### Art. 11°.- VALIDEZ TERRITORIAL DE LA COBERTURA

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

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

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

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

## CLÁUSULA ADICIONAL N° 1

### ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA

En virtud del pago de la prima adicional y siempre que se indique específicamente la presente cláusula adicional en la Solicitud-Certificado, se otorgará la cobertura detallada a continuación.

Las Cláusulas Adicionales se rigen por las Condiciones Generales de Cobertura Principal.

**La Cláusula Adicional quedará automáticamente sin valor alguno en caso de resolución del Contrato Principal.**

Cobertura:

LA COMPAÑÍA pondrá a disposición de EL ASEGURADO, un servicio telefónico que ofrece orientación clínica y consejo médico las veinticuatro (24) horas del día a través de un equipo de profesionales médicos y técnicos cualificados, proporcionando soporte para las cuestiones relacionadas con su salud independiente del lugar donde se encuentre. Será la Central Médica de asistencia quien defina con estricto apego al criterio médico si la solicitud de asistencia puede ser atendida y solucionada en primera instancia con orientación médica telefónica.

Para hacer uso de la cobertura descrita EL ASEGURADO deberá comunicarse sin costo, cobro revertido, y desde cualquier parte del mundo al Teléfono 56 (22) 340 7000 (opción 2), las veinticuatro (24) horas del día y los trescientos sesenta y cinco (365) días del año, a fin que LA COMPAÑÍA brinde su atención.

## CLÁUSULA ADICIONAL N° 2

### GASTOS DE HOTEL POR CONVALECENCIA

En virtud del pago de la prima adicional y siempre que se indique específicamente la presente cláusula adicional en la Solicitud-Certificado, se otorgará la cobertura detallada a continuación.

Las Cláusulas Adicionales se rigen por las Condiciones Generales de Cobertura Principal.

**La Cláusula Adicional quedará automáticamente sin valor alguno en caso de resolución del Contrato Principal.**

Cobertura:

LA COMPAÑÍA reembolsará a EL ASEGURADO gastos de hotel, únicamente por concepto de alojamiento u hospedaje (sin extras de alimentación y comunicaciones), siempre que exista autorización previa otorgada a EL ASEGURADO por parte de la central de asistencia, cuando el médico tratante prescribiere reposo forzoso luego de una hospitalización. Para obtener este beneficio EL ASEGURADO deberá haber estado hospitalizado por un periodo mínimo de cinco (5) días, y dicha hospitalización deberá haber sido autorizada por dicha central.

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

Para hacer uso de la cobertura descrita EL ASEGURADO deberá comunicarse sin costo, cobro revertido, y desde cualquier parte del mundo al Teléfono 56 (22) 340 7000 (opción 2), las veinticuatro (24) horas del día y los trescientos sesenta y cinco (365) días del año, a fin que LA COMPAÑÍA brinde su atención.

Los documentos a entregarse serán los siguientes:

- Copia simple del DNI o carnet de extranjería de EL ASEGURADO
- Factura o boleta en original del Hotel u hospedaje.

### CLÁUSULA ADICIONAL N° 3

#### GASTOS DE HOTEL FAMILIAR ACOMPAÑANTE

En virtud del pago de la prima adicional y siempre que se indique específicamente la presente cláusula adicional en la Solicitud-Certificado, se otorgará la cobertura detallada a continuación.

Las Cláusulas Adicionales se rigen por las Condiciones Generales de Cobertura Principal.

**La Cláusula Adicional quedará automáticamente sin valor alguno en caso de resolución del Contrato Principal.**

Cobertura:

Si habiéndose hecho uso de los servicios prestados por LA COMPAÑÍA, se prescribiera la hospitalización de EL ASEGURADO y ésta, fuese superior a diez (10) días corridos, LA COMPAÑÍA brindará el servicio de estadía sólo a un familiar directo de EL ASEGURADO, únicamente por concepto de alojamiento u hospedaje (sin extras de alimentación y comunicaciones), siempre que EL ASEGURADO haya viajado sin acompañantes y se encuentre sólo en el extranjero al tiempo de la hospitalización.

La cobertura se otorgará únicamente en la medida que todo el período de la hospitalización previsto esté comprendido dentro de la vigencia de la póliza, más siete (7) días complementarios.

Este beneficio se brinda de acuerdo a la Solicitud-Certificado con un importe de límite diario, y un máximo importe total a reembolsar.

Para hacer uso de la cobertura descrita EL ASEGURADO deberá comunicarse sin costo, cobro revertido, y desde cualquier parte del mundo al Teléfono 56 (22) 340 7000 (opción 2), las veinticuatro (24) horas del día y los trescientos sesenta y cinco (365) días del año, a fin que LA COMPAÑÍA brinde su atención.

Los documentos a entregarse serán los siguientes:

- Copia simple del DNI o carnet de extranjería de EL ASEGURADO.
- Factura o boleta en original del Hotel u hospedaje.

## CLÁUSULA ADICIONAL N° 4

### TRASLADOS DE UN FAMILIAR

En virtud del pago de la prima adicional y siempre que se indique específicamente la presente cláusula adicional en la Solicitud-Certificado, se otorgará la cobertura detallada a continuación.

Las Cláusulas Adicionales se rigen por las Condiciones Generales de Cobertura Principal.

**La Cláusula Adicional quedará automáticamente sin valor alguno en caso de resolución del Contrato Principal.**

Cobertura:

Si habiéndose hecho uso de los servicios prestados por LA COMPAÑÍA, se prescribiera la hospitalización de EL ASEGURADO y ésta, fuese superior a diez (10) días corridos, LA COMPAÑÍA proveerá el servicio de traslado de uno de sus familiares directos (en clase turista sujeto a disponibilidad de lugar), asumiendo, además, los costos de estadía de destino, del lugar donde se encuentre EL ASEGURADO, lo que no incluye comidas, ni comunicaciones, siempre que el beneficiario haya viajado sin acompañantes y se encuentre solo en el extranjero al tiempo de la hospitalización y por un periodo máximo de diez (10) días.

La cobertura se otorgará únicamente en la medida que todo el período de la hospitalización previsto esté comprendido dentro de la vigencia de la póliza, más siete (7) días complementarios.

Este beneficio será reembolsado y se brinda de acuerdo a la Solicitud-Certificado de la póliza, si se utiliza gastos de hotel por permanencia forzosa durante el traslado el beneficio es hasta el importe máximo límite de la cobertura Gastos de Hotel Familiar Acompañante.

Para hacer uso de la cobertura descrita EL ASEGURADO deberá comunicarse sin costo, cobro revertido, y desde cualquier parte del mundo al Teléfono 56 (22) 340 7000 (opción 2), las veinticuatro (24) horas del día y los trescientos sesenta y cinco (365) días del año, a fin que LA COMPAÑÍA brinde su atención.

Los documentos a entregarse serán los siguientes:

- Copia simple del DNI o carnet de extranjería de EL ASEGURADO.
- Billete aéreo en original (clase turista).
- Original de las boletas de pago que acrediten los gastos de estadía.

## CLÁUSULA ADICIONAL N° 5

### TRANSPORTE O REPATRIACIÓN SANITARIA EN CASO DE ENFERMEDAD

En virtud del pago de la prima adicional y siempre que se indique específicamente la presente cláusula adicional en la Solicitud-Certificado, se otorgará la cobertura detallada a continuación.

Las Cláusulas Adicionales se rigen por las Condiciones Generales de Cobertura Principal.

**La Cláusula Adicional quedará automáticamente sin valor alguno en caso de resolución del Contrato Principal.**

Cobertura:

LA COMPAÑÍA proveerá del servicio de transporte para el traslado de EL ASEGURADO al centro hospitalario más cercano e idóneo o hasta su domicilio, ya sea en ambulancia o en el medio que el profesional a cargo estime más adecuado según las circunstancias del caso, asumiendo, además, los costos involucrados en el servicio de traslado y transporte.

El equipo médico de LA COMPAÑÍA mantendrá los contactos necesarios con el Centro Hospitalario de que se trate o con el facultativo a cargo, a fin de supervisar que el transporte y traslado de ELASEGURADO sea el adecuado.

Quedan excluidas las repatriaciones sanitarias en aviones sanitarios especiales, ambulancias aéreas u otros.

Este beneficio se brinda de acuerdo a la Solicitud-Certificado de la póliza.

La cobertura descrita será reembolsada a EL ASEGURADO y deberá comunicarse sin costo, cobro revertido, y desde cualquier parte del mundo al Teléfono 56 (22) 340 7000 (opción 2), las veinticuatro (24) horas del día y los trescientos sesenta y cinco (365) días del año, a fin que LA COMPAÑÍA brinde su atención.

Los documentos a entregarse serán los siguientes:

- Copia simple del DNI o carnet de extranjería de ELASEGURADO.
- Original del billete aéreo (clase turista).

## CLÁUSULA ADICIONAL N° 6

### REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES

En virtud del pago de la prima adicional y siempre que se indique específicamente la presente cláusula adicional en la Solicitud-Certificado, se otorgará la cobertura detallada a continuación.

#### **Las Cláusulas Adicionales se rigen por las Condiciones Generales de Cobertura Principal.**

La Cláusula Adicional quedará automáticamente sin valor alguno en caso de resolución del Contrato Principal.

Cobertura:

En caso de fallecimiento de EL ASEGURADO, LA COMPAÑÍA proveerá:

- a.- La repatriación del cuerpo o de sus cenizas a su país de residencia, ó
- b.- El entierro local de EL ASEGURADO, a solicitud de sus derechohabientes o sus representantes. Para efectos de la presente cláusula se entenderá entierro local como aquel que se lleve a cabo en la localidad o lugar donde ocurrió el fallecimiento de EL ASEGURADO, que se encuentra en el extranjero.

La cobertura incluye los servicios de asesoría para cumplir las formalidades oficiales.

Los gastos derivados del entierro local, están limitados al costo de repatriación de los restos a su país de residencia. LA COMPAÑÍA no asume diferencial si el costo del entierro local es mayor a los costos de repatriación a su país de residencia.

LA COMPAÑÍA no asume los costos de un entierro en su país de residencia, ni de funerales, sean en su país de residencia o en el exterior.

Este beneficio se brinda de acuerdo a la Solicitud-Certificado de la póliza.

La cobertura descrita será reembolsada a EL BENEFICIARIO y deberá comunicarse sin costo, cobro revertido, y desde cualquier parte del mundo al Teléfono 56 (22) 340 7000 (opción 2), las veinticuatro (24) horas del día y los trescientos sesenta y cinco (365) días del año, a fin que LA COMPAÑÍA brinde su atención.

Los documentos a entregarse serán los siguientes:

- Copia simple del DNI o carnet de extranjería de EL ASEGURADO, en caso EL BENEFICIARIO cuente con éste.
- Original del billete aéreo (clase turista), que acredite el costo de traslado del féretro.

## CLÁUSULA ADICIONAL N° 7

### ASISTENCIA ODONTOLÓGICA DE URGENCIA POR ENFERMEDAD NO PREEXISTENTE

En virtud del pago de la prima adicional y siempre que se indique específicamente la presente cláusula adicional en la Solicitud-Certificado, se otorgará la cobertura detallada a continuación.

Las Cláusulas Adicionales se rigen por las Condiciones Generales de Cobertura Principal.

**La Cláusula Adicional quedará automáticamente sin valor alguno en caso de resolución del Contrato Principal.**

Cobertura:

LA COMPAÑÍA brindará a EL ASEGURADO atención odontológica en el transcurso del viaje siempre que sean derivadas de urgencias por dolores intensos, infecciones, o cualquier otro imprevisto.

Esta cobertura excluye curaciones por tratamiento de caries y toda enfermedad odontológica preexistente.

Este beneficio se brinda de acuerdo a la Solicitud-Certificado, hasta un límite máximo.

La cobertura descrita será reembolsada a EL ASEGURADO y deberá comunicarse sin costo, cobro revertido, y desde cualquier parte del mundo al Teléfono 56 (22) 340 7000 (opción 2), las veinticuatro (24) horas del día y los trescientos sesenta y cinco (365) días del año, a fin que LA COMPAÑÍA brinde su atención.

Los documentos a entregarse serán los siguientes:

- Copia simple del DNI o carnet de extranjería de EL ASEGURADO.

## CLÁUSULA ADICIONAL N° 8

### ACOMPAÑAMIENTO DE MENORES

En virtud del pago de la prima adicional y siempre que se indique específicamente la presente cláusula adicional en la Solicitud-Certificado, se otorgará la cobertura detallada a continuación.

Las Cláusulas Adicionales se rigen por las Condiciones Generales de Cobertura Principal.

**La Cláusula Adicional quedará automáticamente sin valor alguno en caso de resolución del Contrato Principal.**

Cobertura:

LA COMPAÑÍA otorga al acompañante menor de quince (15) años, que ha viajado junto a un ASEGURADO mayor de edad, una persona idónea, para que lo atienda y asista durante el viaje hasta su domicilio o lugar de hospitalización de EL ASEGURADO, u organizará el desplazamiento de un familiar, para que el mismo acompañe al menor de regreso al lugar de su residencia permanente. La elección del medio a utilizarse para el acompañamiento de los menores queda a exclusivo criterio de LA COMPAÑÍA.

Este beneficio se brinda de acuerdo a la Solicitud-Certificado de la póliza.

La cobertura descrita será reembolsada a EL ASEGURADO y deberá comunicarse sin costo, cobro revertido, y desde cualquier parte del mundo al Teléfono 56 (22) 340 7000 (opción 2), las veinticuatro (24) horas del día y los trescientos sesenta y cinco (365) días del año, a fin que LA COMPAÑÍA brinde su atención.

Los documentos a entregarse serán los siguientes:

- Copia simple del DNI o carnet de extranjería de ELASEGURADO.
- Original del billete aéreo (clase turista).

## CLÁUSULA ADICIONAL N° 9

### ASISTENCIA LEGAL EN CASO DE ACCIDENTES

En virtud del pago de la prima adicional y siempre que se indiquen específicamente en las Condiciones Particulares o Solicitud-Certificado, según corresponda, la misma se puede extender a otorgar las coberturas detalladas a continuación.

Las Cláusulas Adicionales se rigen por las Condiciones Generales de Cobertura Principal.

**La Cláusula Adicional quedará automáticamente sin valor alguno en caso de resolución del Contrato Principal.**

Cobertura:

Si EL ASEGURADO requiriese asistencia legal para realizar reclamos o efectuar demandas a terceros por daños u otra compensación a raíz de accidentes, LA COMPAÑÍA pondrá a su disposición un abogado para tal efecto, siendo a cargo de EL ASEGURADO la contratación de los servicios profesionales, así como el pago de todos los honorarios y gastos que el genere.

Si el ASEGURADO durante su viaje fuera detenido por autoridades policiales o fuere encausado judicialmente, como consecuencia de la responsabilidad que pudiere tener en los daños y perjuicios causados a consecuencia de un accidente del tránsito, LA COMPAÑÍA lo pondrá en contacto con un abogado local, para que se haga cargo de su defensa civil o criminal, asumiendo además, el costo por concepto de honorarios.

LA COMPAÑÍA, se limita a la puesta a disposición de un profesional. En todos los casos los abogados designados o recomendados por LA COMPAÑÍA serán considerados como agentes del titular sin derecho a reclamo o indemnización.

La cobertura se otorga de acuerdo a las Condiciones Particulares de la póliza con un límite máximo.

La cobertura descrita será reembolsada a EL ASEGURADO y deberá comunicarse sin costo, cobro revertido, y desde cualquier parte del mundo al Teléfono 56 (22) 340 7000 (opción 2), las veinticuatro (24) horas del día y los trescientos sesenta y cinco (365) días del año, a fin que LA COMPAÑÍA brinde su atención.

Los documentos a entregarse serán los siguientes:

- Copia simple del DNI o carnet de extranjería de EL ASEGURADO.
- Documento original que acredite el pago por la prestación del servicio del abogado.

## CLÁUSULA ADICIONAL N° 10

### TRANSMISIÓN DE MENSAJES URGENTES

En virtud del pago de la prima adicional y siempre que se indique específicamente la presente cláusula adicional en la Solicitud-Certificado, se otorgará la cobertura detallada a continuación.

Las Cláusulas Adicionales se rigen por las Condiciones Generales de Cobertura Principal.

**La Cláusula Adicional quedará automáticamente sin valor alguno en caso de resolución del Contrato Principal.**

Cobertura:

Durante el viaje de EL ASEGURADO, LA COMPAÑÍA se encargará de transmitir los mensajes urgentes y justificados, relativos a cualquiera de los eventos objeto de las prestaciones contempladas en las Condiciones Generales de la póliza y de sus Cláusulas Adicionales contratadas por servicios de asistencia.

La cobertura se otorga de acuerdo a la Solicitud-Certificado de la póliza.

Para hacer uso de la cobertura descrita EL ASEGURADO deberá comunicarse sin costo, cobro revertido, y desde cualquier parte del mundo al Teléfono 56 (22) 340 7000 (opción 2), las veinticuatro (24) horas del día y los trescientos sesenta y cinco (365) días del año, a fin que LA COMPAÑÍA brinde su atención.

## CLÁUSULA ADICIONAL N° 11

### REEMBOLSO DE GASTOS POR VUELO DEMORADO (MÁS DE 6 HORAS) O CANCELADO

En virtud del pago de la prima adicional y siempre que se indique específicamente la presente cláusula adicional en la Solicitud-Certificado, se otorgará la cobertura detallada a continuación.

Las Cláusulas Adicionales se rigen por las Condiciones Generales de Cobertura Principal.

**La Cláusula Adicional quedará automáticamente sin valor alguno en caso de resolución del Contrato Principal.**

Cobertura:

LA COMPAÑÍA reembolsará a EL ASEGURADO, contra presentación de comprobantes fehacientes de gastos de comidas, hotelería y comunicaciones, realizados en el lapso de la demora, si su vuelo de línea aérea regular es demorado por más de seis (6) horas, siempre y cuando no tenga ninguna otra alternativa de transporte dentro de las seis (6) horas desde la hora de partida programada para su vuelo original.

Para acceder a este beneficio, EL ASEGURADO deberá comunicarse, inmediatamente después de confirmarse la demora o cancelación de su vuelo original, con la central de LA COMPAÑÍA sin costo, cobro revertido, y desde cualquier parte del mundo al Teléfono 56(22) 340 7000 (opción 2), las veinticuatro (24) horas del día y los trescientos sesenta y cinco (365) días del año, de forma posterior deberá a LA COMPAÑÍA, el original de la constancia escrita de la línea aérea que certifique la demora o cancelación sufrida.

**Queda excluido de este beneficio, la condición de EL ASEGURADO que viaja con pasaje aéreo sujeto a disponibilidad de espacio, o si la demora cancelación o negación de embarque se producen por caso fortuito o de fuerza mayor, o a la quiebra y /o cesación de servicios de la línea aérea.**

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

## CLÁUSULA ADICIONAL N° 12

### LOCALIZACIÓN Y TRANSPORTE DE EQUIPAJES Y EFECTOS PERSONALES

En virtud del pago de la prima adicional y siempre que se indique específicamente la presente cláusula adicional en la Solicitud-Certificado, se otorgará la cobertura detallada a continuación.

**Las Cláusulas Adicionales se rigen por las Condiciones Generales de Cobertura Principal.**

La Cláusula Adicional quedará automáticamente sin valor alguno en caso de resolución del Contrato Principal.

Cobertura:

LA COMPAÑÍA brindará a EL ASEGURADO TITULAR el servicio de asesoría para la denuncia del robo o extravío de su equipaje y efectos personales, y para la colaboración en las gestiones tendientes a localizarlos, siempre y cuando hayan sido consignados o declarados en el mismo vuelo internacional en el que viaja EL ASEGURADO.

En caso de recuperación de dichos bienes, LA COMPAÑÍA prestará el servicio de transporte y traslado de ellos hasta su lugar de destino en el viaje previsto por EL ASEGURADO o hasta su domicilio, según sus instrucciones.

La cobertura se otorga de acuerdo a la Solicitud-Certificado de la póliza.

Para hacer uso de la cobertura descrita EL ASEGURADO únicamente deberá comunicarse sin costo, cobro revertido, y desde cualquier parte del mundo al Teléfono 56 (22) 340 7000 (opción 2), las veinticuatro (24) horas del día y los trescientos sesenta y cinco (365) días del año, a fin de que LA COMPAÑÍA brinde su atención.

### CLÁUSULA ADICIONAL N° 13

#### COMPENSACIÓN POR EXTRAVÍO DE EQUIPAJE EN VUELO REGULAR

En virtud del pago de la prima adicional y siempre que se indique específicamente la presente cláusula adicional en la Solicitud-Certificado, se otorgará la cobertura detallada a continuación.

Las Cláusulas Adicionales se rigen por las Condiciones Generales de Cobertura Principal.

La Cláusula Adicional quedará automáticamente sin valor alguno en caso de resolución del Contrato Principal.

Cobertura:

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

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

La compensación a EL ASEGURADO será adicional o complementaria a lo abonado por la línea aérea. La compensación por extravío del equipaje, deberá ser tramitada por el ASEGURADO del plan en el país donde fue emitida su póliza.

La cobertura se otorga de acuerdo a la Solicitud-Certificado de la póliza.

Para hacer uso de la cobertura descrita EL ASEGURADO deberá comunicarse sin costo, cobro revertido, y desde cualquier parte del mundo al Teléfono 56 (22) 340 7000 (opción 2), las veinticuatro (24) horas del día y los trescientos sesenta y cinco (365) días del año, a fin que LA COMPAÑÍA brinde su atención. Documentación necesaria para solicitar la compensación:

- Copia del Formulario P.I.R. (Property Irregularity Report).
- Copia del Pasaporte, sólo de la parte donde figuren los datos personales.
- Copia de los Pasajes aéreos.
- Comprobantes originales de los gastos efectuados (para la reembolso de gastos por demora en la localización del equipaje).
- Original del recibo de indemnización de la línea aérea (para la compensación por pérdida total).

Asimismo se debe tener en cuenta:

- Los daños al equipaje y/o faltantes parciales o totales de contenido no darán lugar a compensación ni reembolso alguno.

- La compensación por pérdida total de equipaje se abonará al ASEGURADO sólo en el país donde fuera emitida la póliza.
- Las compensaciones y /o reembolsos descritos son por persona y no por bulto extraviado. Cuando dos o más personas comparten el mismo bulto extraviado, se procederá a abonar las compensaciones y /o reembolsos indicados más arriba a prorrata.
- Todas las compensaciones y /o reembolsos descritos se abonarán en la moneda local del país en que se efectúen los pagos. El tipo de cambio a aplicarse será el mismo vigente a la fecha de la emisión de la póliza.

#### Requisitos para obtener las Compensación y/o Reembolso

- Haber adherido el marbete de identificación en la parte exterior del equipaje extraviado.
- Que el equipaje se haya extraviado durante su transporte en vuelo internacional (entre dos países) en un avión de línea aérea regular.
- Que el mencionado equipaje haya sido debidamente consignado en el mismo vuelo internacional en el que viaja ELASEGURADO.
- Que la pérdida del equipaje haya ocurrido entre el momento en que el mismo fue entregado a personal autorizado de la compañía aérea para ser embarcado y el momento en que debió ser devuelto al ASEGURADO al finalizar el viaje.
- Que el equipaje se haya extraviado fuera del territorio del país en que se emitió la tarjeta asistencia y /o fuera del país de residencia habitual del ASEGURADO.
- Que la falta del equipaje haya sido informada de inmediato a la compañía aérea antes de abandonar el recinto de entregas obteniendo el Titular prueba por escrito de dicha falta, mediante el formulario P.I.R. (Property Irregularity Report).
- Que la falta de localización del equipaje haya sido informada por el ASEGURADO a LA COMPAÑÍA antes de abandonar el aeropuerto en que se constató dicha falta, o en su defecto en el plazo máximo de seis (06) horas.
- Que la línea aérea se haya hecho cargo de su responsabilidad por la pérdida del mencionado equipaje y haya abonado al ASEGURADO la indemnización correspondiente prevista por la compañía aérea. El ASEGURADO deberá probar la aceptación de responsabilidad de la línea aérea mediante la presentación de comprobantes fehacientes.
- El ASEGURADO deberá presentarse en las oficinas de LA COMPAÑÍA del país emisor, y completar la solicitud de compensación, con la documentación completa, según consta en el párrafo "Documentación necesaria".

## CLÁUSULA ADICIONAL N° 14

### COMPENSACIÓN POR DEMORA EN LA LOCALIZACIÓN DEL EQUIPAJE EN VUELO REGULAR

En virtud del pago de la prima adicional y siempre que se indique específicamente la presente cláusula adicional en la Solicitud-Certificado, se otorgará la cobertura detallada a continuación.

#### **Las Cláusulas Adicionales se rigen por las Condiciones Generales de Cobertura Principal.**

La Cláusula Adicional quedará automáticamente sin valor alguno en caso de resolución del Contrato Principal.

#### Cobertura:

En el evento de producirse una demora en la localización del equipaje del ASEGURADO durante el transporte internacional en avión de línea aérea regular, y siempre que éste se hubiere consignado en el mismo vuelo de EL ASEGURADO; LA COMPAÑÍA reembolsará al ASEGURADO, hasta el monto indicado en su póliza, por gastos derivados de la compra de artículos de primera necesidad efectuados en el lapso de la demora en la localización de su equipaje y únicamente si éste no es encontrado dentro de las treinta y seis (36) horas siguientes contadas a partir del momento de recibir LA COMPAÑÍA la notificación de la falta de dicho equipaje.

#### Procedimiento:

Se entenderá por artículos de primera necesidad aquellos elementos básicos e indispensables de vestimenta y aseo que le permitan al ASEGURADO superar momentáneamente la situación de emergencia.

Para estos efectos, sólo se reembolsará los gastos asociados a una muda básica de ropa y los artículos mínimos de aseo personal. Quedará expresamente excluido de reembolso cualquier otro artículo que no cumpla estos criterios.

LA COMPAÑÍA se reserva el derecho a calificar la efectividad de tratarse de artículos de primera necesidad antes de proceder al reembolso de los gastos asociados a éstos.

La cobertura se otorga de acuerdo a la Solicitud-Certificado de la póliza.

Para hacer uso de la cobertura descrita EL ASEGURADO deberá comunicarse sin costo, cobro revertido, y desde cualquier parte del mundo al Teléfono 56 (22) 340 7000 (opción 2), las veinticuatro (24) horas del día y los trescientos sesenta y cinco (365) días del año, a fin que LA COMPAÑÍA brinde su atención.

El reintegro de los gastos por demora en la localización del equipaje, deberá ser tramitado por el ASEGURADO en el país donde fue emitida la póliza. Para obtener el reintegro de gastos derivados de la demora en la localización de su equipaje, el ASEGURADO deberá permanecer en el exterior durante los plazos mínimos estipulados (36 horas).

**Exclusión:**

**Si la demora en la localización del equipaje se produce tras el vuelo de regreso al país emisor y/o de residencia habitual del ASEGURADO, no se otorgará reembolso por este concepto.**

## CLÁUSULA ADICIONAL N° 15

### ENVÍO DE MEDICAMENTOS FUERA DEL PERÚ

En virtud del pago de la prima adicional y siempre que se indique específicamente la presente cláusula adicional en la Solicitud-Certificado, se otorgará la cobertura detallada a continuación.

Las Cláusulas Adicionales se rigen por las Condiciones Generales de Cobertura Principal.

**La Cláusula Adicional quedará automáticamente sin valor alguno en caso de resolución del Contrato Principal.**

Cobertura:

LA COMPAÑÍA se hará cargo de la localización y envío fuera del Perú, de medicamentos imprescindibles de uso habitual de EL ASEGURADO, y siempre que no haya la posibilidad de obtenerlos o reemplazarlos por otros en el lugar del extranjero donde se encuentre.

EL ASEGURADO cubrirá el valor de los medicamentos y cualquier gasto, impuesto y derechos de aduana relativa a la importación en el país de destino.

La cobertura se otorga de acuerdo a la Solicitud-Certificado de la póliza.

Para hacer uso de la cobertura descrita EL ASEGURADO deberá comunicarse sin costo, cobro revertido, y desde cualquier parte del mundo al Teléfono 56 (22) 27074590, las veinticuatro (24) horas del día y los trescientos sesenta y cinco (365) días del año, a fin de que LA COMPAÑÍA brinde su atención.

## CLÁUSULA ADICIONAL N° 16

### INTERRUPCIÓN DE VIAJE POR FALLECIMIENTO DE UN FAMILIAR

En virtud del pago de la prima adicional y siempre que se indique específicamente la presente cláusula adicional en la Solicitud-Certificado, se otorgará la cobertura detallada a continuación.

Las Cláusulas Adicionales se rigen por las Condiciones Generales de Cobertura Principal.

**La Cláusula Adicional quedará automáticamente sin valor alguno en caso de resolución del Contrato Principal.**

Cobertura:

Se otorga el beneficio de regreso anticipado, LA COMPAÑÍA se hará cargo de la diferencia del costo del pasaje aéreo de regreso de EL ASEGURADO en clase turista o económica, cuando su pasaje original sea de ida y vuelta, de tarifa reducida, con fecha fija o fecha limitada de regreso, y no se pueda respetar dicha fecha a raíz del fallecimiento de un familiar directo (padre, cónyuge, hijo/a o hermano/a).

La cobertura se otorga de acuerdo a la Solicitud-Certificado de la póliza.

Para hacer uso de la cobertura descrita EL ASEGURADO deberá comunicarse sin costo, cobro revertido, y desde cualquier parte del mundo al Teléfono 56 (22) 340 7000 (opción 2), las veinticuatro (24) horas del día y los trescientos sesenta y cinco (365) días del año, a fin que LA COMPAÑÍA brinde su atención.

Requisitos:

Las circunstancias que den lugar a este beneficio deberán ser demostradas por EL ASEGURADO, y comprobadas en forma fehaciente por LA COMPAÑÍA, con los originales de los comprobantes de pago que EL ASEGURADO entregue para acreditar los gastos incurridos por éste, el certificado de defunción y el acta o partida de defunción de su familiar directo (padre, cónyuge, hijo / a o hermano / a). El pago del viaje de regreso por parte del ASEGURADO y/o de terceros se realizará vía reembolso. El beneficio de viaje de regreso sólo se brindará dentro del período de vigencia de la póliza.

Cuando se haya brindado esta cobertura, El ASEGURADO deberá transferir a LA COMPAÑÍA el (los) cupón(es) correspondiente(s) al (a los) tramo(s) no utilizado(s) del boleto aéreo original o su contravalor.

## CLÁUSULA ADICIONAL N° 17

### REGRESO ANTICIPADO POR SINIESTRO GRAVE EN EL DOMICILIO

En virtud del pago de la prima adicional y siempre que se indique específicamente la presente cláusula adicional en la Solicitud-Certificado, se otorgará la cobertura detallada a continuación.

Las Cláusulas Adicionales se rigen por las Condiciones Generales de Cobertura Principal.

**La Cláusula Adicional quedará automáticamente sin valor alguno en caso de resolución del Contrato Principal.**

Cobertura:

En caso de siniestro grave (incendio, inundación, explosión o robo con daños y violencia) en el domicilio real y permanente de EL ASEGURADO mientras éste se encuentre de viaje, y siempre y cuando no haya ninguna persona que pueda hacerse cargo de la situación y su pasaje original de regreso no le permita el cambio gratuito de fecha, LA COMPAÑÍA tomará a su cargo el pago de la penalidad o diferencia de tarifa que corresponda o el costo de un nuevo pasaje en clase turista o económica desde el lugar en que el ASEGURADO se encuentre hasta su domicilio permanente.

La cobertura se otorga de acuerdo a la Solicitud-Certificado de la póliza.

Para hacer uso de la cobertura descrita EL ASEGURADO deberá comunicarse sin costo, cobro revertido, y desde cualquier parte del mundo al Teléfono 56 (22) 340 7000 (opción 2), las veinticuatro (24) horas del día y los trescientos sesenta y cinco (365) días del año, a fin de que LA COMPAÑÍA brinde su atención.

EL ASEGURADO deberá acreditar ante LA COMPAÑÍA el siniestro domiciliario a través de la presentación de la copia certificada de la denuncia policial correspondiente.

Cuando se haya brindado este servicio, EL ASEGURADO deberá transferir a su LA COMPAÑÍA (los) cupón(es) no utilizado(s) del boleto aéreo original o su contravalor.

### CLÁUSULA ADICIONAL N° 18

#### DIFERENCIA DE TARIFA POR VIAJE DE REGRESO RETRASADO O ANTICIPADO

En virtud del pago de la prima adicional y siempre que se indique específicamente la presente cláusula adicional en la Solicitud-Certificado, se otorgará la cobertura detallada a continuación.

Las Cláusulas Adicionales se rigen por las Condiciones Generales de Cobertura Principal.

**La Cláusula Adicional quedará automáticamente sin valor alguno en caso de resolución del Contrato Principal.**

Cobertura:

LA COMPAÑÍA sólo se hará cargo de la diferencia del costo del pasaje aéreo de regreso de EL ASEGURADO en clase turista o económica, cuando su pasaje original sea de ida y vuelta, de tarifa reducida, con fecha fija o fecha limitada de regreso, y no se pueda respetar dicha fecha a raíz de enfermedad o accidente de EL ASEGURADO.

Este beneficio sólo será aplicable cuando EL ASEGURADO hubiere sido asistido médicamente con autorización de la central de asistencia.

La cobertura se otorga de acuerdo a la Solicitud-Certificado de la póliza.

La presente cobertura será otorgada vía reembolso a EL ASEGURADO. Para acceder a la cobertura EL ASEGURADO deberá comunicarse sin costo, cobro revertido, y desde cualquier parte del mundo al Teléfono 56 (22) 340 7000 (opción 2), las veinticuatro (24) horas del día y los trescientos sesenta y cinco (365) días del año, a fin que LA COMPAÑÍA brinde su atención.

Requisitos:

Las circunstancias que den lugar a este beneficio deberán ser demostradas por EL ASEGURADO, y comprobadas en forma fehaciente a LA COMPAÑÍA, con los originales de los comprobantes de pago que EL ASEGURADO entregue para acreditar los gastos incurridos por éste. El beneficio de viaje de regreso sólo se brindará dentro del período de vigencia de la póliza.

Cuando se haya brindado esta cobertura, EL ASEGURADO deberá transferir a LA COMPAÑÍA el (los) cupón(es) correspondiente(s) al (a los) tramo(s) no utilizado(s) del boleto aéreo original o su contravalor. Los documentos a entregarse serán los siguientes:

- Copia simple del DNI o carnet de extranjería de EL ASEGURADO.
- Billeto aéreo original (clase turista).
- Documento original que acredite pago de penalidad o la diferencia de tarifa.

## CLÁUSULA ADICIONAL N° 19

### ASISTENCIA EN CASO DE ROBO O EXTRAVÍO DE DOCUMENTOS

En virtud del pago de la prima adicional y siempre que se indique específicamente la presente cláusula adicional en la Solicitud-Certificado, se otorgará la cobertura detallada a continuación.

Las Cláusulas Adicionales se rigen por las Condiciones Generales de Cobertura Principal.

**La Cláusula Adicional quedará automáticamente sin valor alguno en caso de resolución del Contrato Principal.**

Cobertura:

LA COMPAÑÍA asesorará a EL ASEGURADO sobre los procedimientos a seguir localmente en el caso que le hayan sido robados o haya extraviado sus documentos personales, billetes aéreos y /o tarjetas de crédito. Dicho asesoramiento no comprenderá en ningún caso la realización de aquellos trámites personales que EL ASEGURADO debiere realizar con motivo del robo y /o extravío ocurrido. LA COMPAÑÍA no se hará cargo de gastos o costos inherentes al reemplazo de documentos personales, billetes aéreos, tarjetas de crédito robados o extraviados.

La cobertura se otorga de acuerdo a la Solicitud-Certificado de la póliza.

Para hacer uso de la cobertura descrita EL ASEGURADO deberá comunicarse sin costo, cobro revertido, y desde cualquier parte del mundo al Teléfono 56 (22) 340 7000 (opción 2), las veinticuatro (24) horas del día y los trescientos sesenta y cinco (365) días del año, a fin que LA COMPAÑÍA brinde su atención.

## CLÁUSULA ADICIONAL N° 20

### COMPENSACIÓN POR CANCELACIÓN DE VIAJE

En virtud del pago de la prima adicional y siempre que se indique específicamente la presente cláusula adicional en la Solicitud-Certificado, se otorgará la cobertura detallada a continuación.

Las Cláusulas Adicionales se rigen por las Condiciones Generales de Cobertura Principal.

La Cláusula Adicional quedará automáticamente sin valor alguno en caso de resolución del Contrato Principal.

Cobertura:

LA COMPAÑÍA amparará los gastos de cancelación de un viaje abonados por EL ASEGURADO por causa justificada, siempre que EL ASEGURADO haya adquirido su póliza con al menos siete (07) días de anticipación de la fecha del referido viaje. Los gastos de viaje comprenden al costo del billete aéreo y estadía en hotel.

LA COMPAÑÍA pedirá a EL ASEGURADO al momento de autorizar el reintegro de gastos, los comprobantes de venta del billete aéreo y estadía en hotel. **Cruceros excluidos salvo mención especial.**

Son causas justificadas:

- a. Fallecimiento, accidente o enfermedad grave de EL ASEGURADO, o familiar directo: Padre, Madre, Cónyuge, Hijo, Hermano, entendiéndose por enfermedad grave una alteración de la salud que implique hospitalización, y que a juicio del Departamento Médico de LA COMPAÑÍA, imposibilite a EL ASEGURADO para iniciar el viaje en la fecha consignada en la póliza contratada
- b. Convocatoria como parte, testigo o jurado de un tribunal.
- c. Daños que, por incendio, robo o por la fuerza de la naturaleza en su residencia habitual o en sus locales profesionales, los hacen inhabitables y justifican ineludiblemente su presencia.
- d. Cuarentena médica como consecuencia de suceso accidental.
- e. Si la persona que ha de acompañar a EL ASEGURADO en el viaje, se entiende por acompañante la persona que comparte la misma habitación de hotel o la misma cabina de crucero, o un familiar directo: Padre, Madre, Cónyuge, Hijo, Hermano, también poseedora de una póliza en mención, en las mismas condiciones que el anterior, se viese obligada a anular el viaje por alguna de las causas enumeradas anteriormente.

- f. Hospitalización de ELASEGURADO por diagnóstico positivo en COVID-19.
- g. Si EL ASEGURADO es sometido a cuarentena en territorio nacional a consecuencia de diagnóstico positivo en COVID-19.

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

La vigencia de este derecho, comienza en el momento que EL ASEGURADO adquiere su póliza, y finaliza en el momento del inicio del viaje. La ocurrencia debe originarse en territorio nacional, antes del inicio del viaje y durante la vigencia de la presente Cláusula.

El trámite de la presente prestación deberá ser solicitado únicamente por EL ASEGURADO a las oficinas de LA COMPAÑÍA por teléfono dentro de las veinticuatro (24) horas después de que una de las causas justificadas sea cumplida.

Requisitos para la compensación:

- En caso el vuelo del asegurado haya sido cancelado, éste deberá presentar copia de una constancia emitida por la aerolínea en donde se indique expresamente los motivos de dicha cancelación.
- Copia de los comprobantes del abono al Agente de viajes, indicando retención como consecuencia de su anulación.
- Prueba serológica y/o molecular reciente que sustente el diagnóstico positivo en COVID-19, así como el certificado médico de atención y receta médica por el tratamiento.
- En caso de causas justificadas relacionadas a diagnóstico positivo COVID-19, serán cubiertas siempre y cuando la adquisición del seguro se haya realizado previamente al diagnóstico positivo mediante una prueba serológica y/o molecular.

**Exclusión: Los Cruceros no entran en los paquetes turísticos sujetos a anulación.**



 **MAPFRE** | PERÚ

Avenida Armendariz 345 Miraflores **Lima**, Perú **T**+511.213.73.73 **F** +511.243.31.31 **Web** [www.mapfre.com.pe](http://www.mapfre.com.pe)