

CÍA INTERNACIONAL DE SEGUROS, S.A.

POLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES ASISTENCIA VIAJERA

CONDICIONES GENERALES

CLAUSULA I. CONTRATO:

La Compañía Internacional de Seguros, S.A. (denominada en adelante La Compañía) expide la presente póliza de acuerdo con las Condiciones Generales y Particulares estipuladas a continuación, teniendo preferencia las últimas sobre las primeras, basándose en las declaraciones contenidas en la solicitud de seguro firmada en su tiempo por el Contratante.

La solicitud de seguro del Contratante o cualquier otro documento o información requerida, son determinantes del consentimiento de la Compañía de otorgar el amparo y constituyen, junto con las Condiciones Generales, Condiciones Particulares y los Anexos, el contrato completo de este seguro. En virtud de lo anterior, cualquier omisión, inexactitud, falsedad o reticencia en las manifestaciones o informes hechos y/o presentados por o en nombre del Contratante, eximirán a la Compañía, en cualquier tiempo, de toda obligación respecto a esta Póliza.

La validez del contrato de seguros está sujeta al pago de la primera cuota o fracción por parte del Contratante, conforme a lo establecido en la **Cláusula XIII – PRIMAS** de este contrato.

Si el contenido de este contrato no concordare con la oferta, el Contratante podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 10 días siguientes a la emisión de la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las condiciones de este seguro.

La Compañía podrá modificar esta Póliza o cualquiera de sus anexos unilateralmente en cualquier fecha previa autorización por parte de la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá, así como notificación por escrito con 30 días de anticipación al Contratante. De no aceptar el Contratante las modificaciones hechas, se aplicarán las disposiciones de la Póliza relativas a la cancelación del contrato.

Solamente los Ejecutivos autorizados por la Compañía tienen poder para cambiar, modificar o derogar las condiciones de esta Póliza, y ello solamente por escrito. La Compañía no quedará obligada por promesa o manifestación alguna hecha anteriormente o que en lo sucesivo se haga por algún agente, corredor u otra persona que no sea una de las arriba mencionadas.

CLÁUSULA II. DEFINICIONES Y GENERALIDADES:

Para todos los efectos de este contrato, las expresiones y generalidades siguientes tendrán la acepción y el alcance que a continuación se les asigna, a saber:

1.- **ACCIDENTE:** La acción externa, violenta, fortuita, repentina, imprevista e independiente de la voluntad del Asegurado que cause a éste lesiones corporales que puedan ser determinadas de manera cierta por un médico.

Por extensión y aclaración, se asimilan a la noción de accidentes:

- a) la asfixia o intoxicación por vapores o gases, o por inmersión u obstrucción; la electrocución;
- b) la intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas o alimentos en mal estado consumidos en lugares públicos o adquiridos en tal estado;
- c) la rabia, y las consecuencias directas de picaduras o mordeduras de ofidios (serpientes) o insectos venenosos;
- d) el carbunco o tétanos de origen traumático;
- e) las consecuencias de infecciones microbianas o intoxicaciones, siempre que el germen infeccioso haya penetrado en el cuerpo por una herida externa, causada por un accidente cubierto por la presente póliza.

2.- **ACCIDENTE COLECTIVO:** Se define como catástrofe de cualquier tipo de evento accidental e imprevisto donde se ven implicados numerosos Asegurados con Certificado o Voucher de Cobertura.

3.- **ASEGURADO:** Es la persona natural a quien la Compañía ha expedido esta póliza, el Certificado o Voucher de cobertura, denominado el Asegurado Principal. Bajo esta definición también se entenderá a los familiares y/o dependientes elegibles del Asegurado Principal, debidamente registrados en la Póliza.

El Asegurado es la persona que figura debidamente identificada con Nombre, Apellido y Documento de identidad en el Certificado o Voucher de Cobertura del Plan de Asistencia elegido, siempre que el mismo tenga hasta setenta (75) años a la fecha de inicio de la vigencia y haber sido aceptado por La Compañía. La cobertura para el Asegurado termina el día en que el mismo cumpla los 85 años de edad.

En todos los casos, el Asegurado Principal y/o Contratante debe notificar a la Compañía las agravaciones del riesgo, causados por un hecho suyo, antes de que se produzcan. Se entiende por agravación del riesgo asumido, la que si hubiese existido al momento de la emisión de la póliza y/o inclusión de un Asegurado en la misma, hubiera llevado a la

declinación del seguro o modificación de sus condiciones como lo es, pero sin estar limitado a la agravación por cambio de un Asegurado de su profesión o actividad.

Cuando la agravación provenga del cambio de la profesión o actividad del Asegurado se procederá a la comunicación escrita a La Compañía según lo establecido en la Cláusula XVIII.- Notificaciones.

De comprobarse la circunstancia de la agravación del riesgo, la Compañía tendrá acción contra el Asegurado para reembolsarse por los montos pagados a este último en concepto de reclamos presentados a partir del momento en que se produjo la agravación.

- 4.- **CANCELACION DE VIAJE:** Imposibilidad definitiva de iniciar la realización del viaje programado.
- 5.- **CERTIFICADO O VOUCHER DE COBERTURA:** Es el documento que debe ser emitido por la Compañía y previo al inicio del viaje a nombre del Asegurado Principal y/o Contratante de la Póliza.

Los certificados individuales detallan las condiciones particulares del Asegurado y proporciona, según lo indicado en el certificado, las exclusiones, limitaciones y elegibilidad de la Póliza. El certificado Individual forma parte de contrato, no obstante las condiciones detalladas en el mismo prevalecerán sobre las Condiciones Generales de la póliza. En el caso de seguros colectivos, La Compañía deberá entregar al Asegurado Principal, al Contratante o al Corredor de seguros el Certificado Individual, quienes tendrán la obligación de entregarlo al Asegurado y conservar constancia de tal entrega.
- 6.- **CENTRAL DE ASISTENCIA:** Departamento de profesionales que prestan servicios de supervisión, control y/o coordinación para el Proveedor que intervienen y deciden en todos aquellos asuntos y/o prestaciones brindadas o a brindarse en virtud de las presentes Condiciones Generales y que están directa o indirectamente relacionados con temas médicos
- 7.- **CONDICIÓN PRE-EXISTENTE:** Significa una enfermedad o lesión accidental que se manifiesta por primera vez o debido a la cual el Asegurado ha recibido consulta, diagnóstico, tratamiento médico, servicio, suministro o medicamento antes de la fecha de entrada en vigencia de la Póliza, o de la fecha de entrada del Asegurado Principal, de un familiar y/o dependiente elegible, si dicha entrada ocurre después de la fecha de emisión de la Póliza. Se considera también condición pre-existente las causas, complicaciones, secuelas o efectos tardíos de tal enfermedad o lesión, aunque éstos sólo se manifiesten después de la celebración del contrato. Una enfermedad, lesión accidental o condición que se manifiesta por primera vez cuando los síntomas y/o signos son bastante evidentes o aparentes a la vista o que no pudieron pasar desapercibidos.
- 8.- **CONGENITO:** Patología, enfermedad, desorden o malformaciones adquiridas o desarrolladas durante la vida del embrión o durante el proceso de nacimiento o alumbramiento y cuya manifestación puede inclusive presentarse años después del nacimiento del Asegurado.
- 9.- **CONTRATANTE:** Es la persona jurídica o natural que acepta las obligaciones debidas a la Compañía y quien se compromete al pago total de la prima estipulada para esta póliza. Se entiende que el Asegurado Principal es la misma persona quien contrata la póliza de no especificarse lo contrario en las Condiciones Particulares.
- 10.- **DOLENCIA Y/O AFECCIÓN:** Los términos "dolencia" y/o "afección" se entenderán como sinónimos de "enfermedad" a cualquier efecto en las presentes Condiciones Generales.
- 11.- **ELEGIBILIDAD:** Serán elegibles todas aquellas personas que tengan la calidad de Asegurado Principal y/o Familiar Dependiente. En el caso de pólizas colectivas los Asegurados deberán pertenecer a la colectividad que conforma el Contratante en el momento de la expedición de este seguro o que ingresen a la misma con posterioridad. En estos casos, los empleados elegibles para el seguro serán los empleados permanentes o eventuales del Contratante.
- 12.- **ENFERMEDAD:** Dolencia, padecimiento, malestar o desorden físico.
- 13.- **ENFERMEDAD AGUDA:** Proceso corto y relativamente severo de alteración del estado del cuerpo o alguno de sus órganos, que pudiere interrumpir o alterar el equilibrio de las funciones vitales, pudiendo provocar dolor, debilidad u otra manifestación extraña al comportamiento normal del mismo.
- 14.- **ENFERMEDAD CRÓNICA:** Todo proceso patológico continuo y persistente en el tiempo.
- 15.- **ENFERMEDAD REPENTINA O IMPREVISTA:** Enfermedad pronta, impensada, no prevista, contraída con posterioridad a la fecha de inicio de la vigencia.
- 16.- **EVENTO:** Acontecimiento, sinónimo de suceso.
- 17.- **FAMILIARES Y/O DEPENDIENTES:** Son aquellos familiares del Asegurado Principal detallados a continuación, siempre y cuando los mismos sean aceptados por la Compañía, con base a la solicitud de seguro y cualquier otro requisito establecido:

1. El cónyuge legítimo, o en su defecto la persona que, viviendo en calidad de cónyuge permanente del Asegurado Principal, esté registrado(a) como tal en la Compañía y que conviva con el Asegurado Principal bajo el mismo domicilio.
2. Los hijos legítimos, legalmente adoptados o hijastros. Cualquiera de los antes mencionados deben ser solteros, vivir en la misma residencia del Asegurado Principal y depender económicamente de éste.
3. Los hijos solteros, mayores de 18 años, que dependan económicamente del Asegurado Principal, que se encuentren estudiando y vivan en la misma residencia del Asegurado Principal.

18.- **INTERRUPCION DE VIAJE:** Cortar la continuidad del viaje por las causas mencionadas en estas Condiciones Generales.

19.- **MÉDICAMENTE NECESARIO:** Significa que un tratamiento, examen, prestación médica, procedimiento, suministro, medicamento o estancia en un Hospital o Centro de Trasplante, etc. (o parte de una estancia en un Hospital o Centro de Trasplante):

1. Es apropiado y esencial para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad del Asegurado;
2. No excede en alcance, duración, o intensidad el nivel de cuidado necesario para proporcionar un diagnóstico o tratamiento seguro, adecuado y apropiado;
3. Ha sido prescrito por un Médico;
4. Es consistente con las normas profesionales aceptadas en la práctica de la medicina en Panamá; o por la comunidad médica del país donde se presta el servicio o tratamiento;
5. No pueda ser administrado fuera de un hospital o centro de trasplante sin poner en riesgo a el paciente; y
6. Que no sea primordialmente para el confort o la conveniencia del Asegurado, de su familia, de su médico u otro Proveedor.

La necesidad médica será certificada y aprobada por los médicos de la Compañía con base en la definición anterior. El hecho de que un tratamiento, procedimiento, prestación médica, suministro, medicamento o período de hospitalización haya sido prescrito, recomendado, aprobado o suministrado por un médico no es necesariamente suficiente para considerarlo como una necesidad médica cubierta por esta Póliza.

20.- **LÍMITE MÁXIMO DE COBERTURA:** Es la suma asegurada máxima que el Proveedor o la Compañía abonarán y/o reembolsarán por todo concepto y por todos los servicios brindados en virtud de las presentes Condiciones Generales y según lo establecido en la Tabla de Beneficios del Plan de Asistencia elegido por el Asegurado.

21.- **LÍMITE MÁXIMO DE COBERTURA EN CASO DE EVENTO MULTIPLE:** Es La suma asegurada que el Proveedor abonará y/o reembolsará a todos los Asegurados involucrados en caso de que un mismo evento que provoque lesiones o el fallecimiento de más de un Asegurado, en caso de Asistencia médica por accidente y/o enfermedad, en virtud de las presentes Condiciones Generales y lo establecido en la **Claúsula III – COBERTURAS Y SERVICIOS DE ASISTENCIA EN VIAJES** y en la Tabla de Beneficios del Plan de Asistencia elegido por el Asegurado.

22.- **PAÍS DE RESIDENCIA:** Para los efectos de este contrato, se considera que el País de Residencia es la República de Panamá. Para gozar del beneficio que otorga esta Póliza, se requiere que el Asegurado Principal y/o sus Familiares o Dependientes Asegurados, residan permanentemente en Panamá y que permanezcan un mínimo de diez (10) meses consecutivos durante el año de vigencia del contrato en el territorio nacional.

23.- **PERIODO DE GRACIA:** Lapso de treinta (30) días calendarios durante el cual la Compañía difiere en el tiempo el cumplimiento del pago de la prima correspondiente, contado a partir de la fecha de vencimiento del pago de la misma, conforme a la forma pactada y calendario de pago establecido en las Condiciones Particulares de la póliza y durante el cual surten efecto las garantías de la póliza en caso de siniestro.

24.- **PLAN DE ASISTENCIA:** Conjunto detallado de coberturas y servicios de asistencia en viajes ofrecidos por la Compañía, indicando una enumeración taxativa de las mismas y sus límites monetarios, cuantitativos, geográficos y de edad del Asegurado. El Plan de Asistencia seleccionado por el Asegurado se encuentra detallado en el Certificado o Voucher de Cobertura y forma parte inseparable del mismo. Solamente serán válidos aquellos Servicios de Asistencia en viaje vigentes a la fecha de emisión del Certificado o Voucher de Cobertura contratado por el Asegurado.

25.- **PROVEEDOR:** Empresa debidamente autorizada por las leyes locales para brindar servicios de Asistencia en Viajes de acuerdo a las coberturas y beneficios amparados en cada plan. Entidad responsable de coordinar la prestación de los servicios de asistencia y pago correspondiente al Asegurado o prestador del servicio durante la estadía del Asegurado en el exterior ó nacionalmente según corresponda, a través de su Central Operativa de Asistencia.

26.- **REPROGRAMACIÓN DE VIAJE:** Posponer un viaje a una fecha futura por las causas mencionadas en estas Condiciones Generales.

27.- **SERVICIO DE ASISTENCIA EN VIAJE:** Son los servicios que la Compañía ofrece a través de su Proveedor y que se especifican en el Certificado o Voucher de Cobertura emitido por la misma. Solamente serán válidos aquellos Servicios de Asistencia en viaje vigentes a la fecha de emisión del Certificado o Voucher de Cobertura contratado por el Asegurado.

- 28.- **SUSPENSIÓN DE COBERTURA:** Lapso de sesenta (60) días calendarios durante el cual la Compañía difiere en el tiempo el cumplimiento del pago de la prima correspondiente, contados a partir de la fecha de vencimiento del Período de Gracia, conforme a la forma pactada y calendario de pago establecido en las Condiciones Particulares de la póliza y durante el cual las garantías o coberturas de la póliza quedan suspendidas y la Compañía no tiene responsabilidad alguna por reclamaciones o indemnizaciones incurridas durante este período. La suspensión de cobertura se mantendrá hasta que cese el incumplimiento de pago, pudiendo rehabilitarse a partir del pago de la prima dejada de pagar durante dicho periodo; o hasta que la póliza sea cancelada. **Cabe señalar, que aunque la póliza haya sido rehabilitada, la Compañía no tiene responsabilidad alguna por reclamaciones o indemnizaciones incurridas durante el periodo de suspensión.**
- 29.- **TARJETA PARA LLAMADOS:** Es la credencial que se entrega al Asegurado antes de su viaje y que contiene su nombre completo, número de Certificado o Voucher de Cobertura, vigencia y tipo de Plan de Asistencia contratado con los números telefónicos, correo electrónico y otras alternativas para comunicarse desde el país en que se encuentre con la Central Operativa del Proveedor.
- 30.- **VIAJE:** Traslado que se hace de un lugar a otro, puede ser por tierra, mar o aire.

CLÁUSULA III.- COBERTURAS Y SERVICIOS DE ASISTENCIA EN VIAJES

Las Coberturas y Servicios de Asistencia en Viajes que se conceden bajo esta póliza y que se encuentran expresamente indicadas en la Tabla de Beneficios y en el Certificado o Voucher de Cobertura, de acuerdo a lo detallado en el Plan de Asistencia seleccionado por el Contratante y/o Asegurado, quedan sujetos a todas las condiciones, exclusiones y limitaciones establecidas en la póliza, y que a continuación detallamos:

1. COBERTURA POR ACCIDENTE: Compuesta por los siguientes beneficios:

1.1. Muerte Accidental:

La Compañía pagará la suma asegurada, con deducción de las cantidades que hubiere abonado por concepto de Incapacidad Total y Permanente y Desmembramiento.

1.2. Incapacidad Total y Permanente y Desmembramiento:

La Compañía pagará la suma asegurada correspondiente, basándose en la Tabla de Indemnizaciones que forma parte de integral de la presente póliza. Este beneficio terminará automáticamente el día en que el asegurado cumpla setenta (70) años de edad. (Ver Anexo I).

1.3. Homicidio Culposo:

Lesiones o muerte que ocasione una persona al Asegurado, por hechos accidentales, fortuitos o involuntarios.

1.4. Adelanto de Gastos Funerarios:

Al recibir las pruebas fehacientes del fallecimiento del asegurado a consecuencia de un accidente, la Compañía concederá al (los) beneficiario (s) de la póliza o a quien (es) el (ellos) designe (n) un 10% de la suma asegurada de la cobertura básica hasta un máximo de B/.1,000.00 para cubrir los gastos funerarios. La cantidad abonada en concepto de Adelanto por Gastos Funerarios será descontada de la indemnización del beneficio de Muerte Accidental.

1.5. Gastos Médicos por Accidente en Panamá:

La Compañía reembolsará los costos usuales, razonables y acostumbrados de los honorarios médicos, así como los gastos farmacéuticos, hospitalarios y quirúrgicos incurridos en la República de Panamá, siempre y cuando fueren médicamente necesarios para tratar las lesiones sufridas por un accidente ocurrido en el país de destino de el Asegurado, hasta el total de la suma asegurada descrita bajo esta cobertura en las Condiciones Particulares de la póliza. Este beneficio es una extensión de la cobertura de Asistencia Médica por Accidentes, por lo que para activarla el Asegurado debió haber utilizado previamente dicha asistencia en el país de destino.

El Asegurado podrá beneficiarse de estas prestaciones, siempre que los gastos sean incurridos dentro de los treinta (30) días de haber regresado a la República de Panamá y siempre que no haya transcurrido un año desde la ocurrencia del accidente cubierto.

Los aparatos ortopédicos tales como, pero no limitados a: muletas, tobilleras, muñequeras, zapatos, chancletas y otros no estarán cubiertos.

2. SERVICIOS DE ASISTENCIA EN VIAJE:

Los Servicios de Asistencia en Viaje descritos a continuación son los que la Compañía ofrece a través de su Proveedor:

2.1. Asistencia Médica por Accidente o Enfermedad No Pre-Existente:

- **Consultas Médicas:** Se prestarán en caso de accidente o enfermedad repentina aguda e imprevista del Asegurado, siempre teniendo en cuenta que el objeto de este Servicio de Asistencia no es el tratamiento definitivo

sino la continuación del viaje o la repatriación al País de Residencia, en donde el Asegurado podrá tratarse definitivamente por su propia cuenta y/o plan de salud y/o póliza de seguro y/o obra social y/o empresa de medicina prepaga. El Proveedor se reserva el derecho de escoger la más adecuada de las opciones de tratamiento propuestas por el equipo médico tratante.

- **Atención por Especialistas:** Cuando sea indicado y autorizado por el Departamento Médico del Proveedor.
- **Exámenes Médicos Complementarios, Seguimientos y Controles:** Cuando sean indicados y autorizados por el Departamento Médico del Proveedor.
- **Hospitalizaciones:** De acuerdo a la naturaleza de la lesión o enfermedad, y siempre que el Departamento Médico del Proveedor así lo prescriba y autorice, se procederá a la hospitalización del Asegurado en el hospital más próximo al lugar donde éste se encuentre.
- **Intervenciones Quirúrgicas:** Cuando sean autorizadas por el Departamento Médico del Proveedor y en los casos de emergencia que requieran en forma inmediata este tratamiento, y que no puedan ser diferidas hasta el retorno del Asegurado a su País de Residencia. Si a juicio del Departamento Médico del Proveedor y de los médicos tratantes fuese posible el regreso al País de residencia para recibir en él el tratamiento quirúrgico necesario, se procederá al retorno del Asegurado al País de Residencia, quien está obligado a aceptar tal solución, perdiendo en caso de rechazo todas los servicios o asistencias otorgadas por su Certificado o Voucher de Cobertura.
- **Terapia Intensiva y Unidad Coronaria:** Cuando la naturaleza de la enfermedad o lesión así lo requiera, y siempre con la autorización del Departamento Médico del Proveedor.
- **Traslado Sanitario:** En caso de emergencia y si el Proveedor lo juzga necesario, se organizará el Traslado Sanitario del Asegurado al hospital más cercano, por el medio de transporte que el Departamento Médico del Proveedor considere más apropiado y según corresponda a la naturaleza de la lesión o enfermedad; incluye ambulancia aérea y/o terrestre. Queda establecido que aún para casos de tratamientos y cirugías que ocurran en situaciones caracterizadas como emergencias, el Traslado Sanitario debe ser requerido y autorizado por el Departamento Médico del Proveedor. El no cumplimiento de esta norma exime al Proveedor de tomar a cargo la cobertura en la situación referida.
- **Repatriación Sanitaria:** Se entiende por Repatriación Sanitaria el procedimiento efectuado para trasladar al Asegurado enfermo o accidentado, desde el lugar en que se encuentre hasta el aeropuerto de ingreso al País de Residencia y en el que debió ser emitido el Certificado o Voucher de Cobertura. Solamente el Departamento Médico del Proveedor podrá autorizar a tomar todas las providencias mencionadas en esta cláusula, estando al Asegurado o un familiar prohibido de realizarlo por cuenta propia sin la debida autorización del Proveedor. Esta repatriación asimismo deberá estar autorizada y justificada médica y científicamente por el médico tratante. **Si el Asegurado o sus acompañantes decidieran efectuar la repatriación dejando de lado la opinión de Departamento Médico del Proveedor, ninguna responsabilidad recaerá sobre el Proveedor por dicha actitud, siendo la repatriación, sus costos y consecuencias por cuenta y riesgo del Asegurado y/o sus acompañantes, sin derecho a repetición contra el Proveedor.** Cuando el Departamento Médico del Proveedor, en acuerdo con el médico tratante, estime necesario y recomiende efectuar la Repatriación Sanitaria del Asegurado, esta se realizará en avión de línea aérea comercial, en clase turista y sujeto a disponibilidad de asientos o por el medio de transporte que el Departamento Médico considere más adecuado con acompañamiento médico o de enfermera si correspondiere, hasta el aeropuerto de ingreso al País de residencia habitual del Asegurado. El Proveedor se hará cargo del pago de tasas por cambio de fecha de billete aéreo o a la emisión de un nuevo ticket aéreo en clase turista y sujeto a disponibilidad de plazas. Para ello el Asegurado deberá entregar al Proveedor debidamente endosados el/los ticket/s de pasaje que posea para su regreso sin compensación alguna. Los gastos por esta prestación serán imputados a cuenta del Límite de Gastos de Asistencia Médica indicado en el cuadro de coberturas. Desde el momento en que el Asegurado se encuentre internado hasta el día de viaje de regreso, esta asistencia comprende su transporte en ambulancia u otro medio que sea compatible con su estado de salud y aprobado por el Departamento Médico del Proveedor, desde el lugar de internación hasta el aeropuerto de embarque, con la estructura de apoyo necesaria incluyendo camilla, silla de ruedas, etc.

La Repatriación Sanitaria será siempre desde el lugar en que el Asegurado se encuentre en reposo o accidentado hasta el aeropuerto de ingreso al País de Residencia que consta como su domicilio y en el que debió ser emitido el Certificado o Voucher de Cobertura. **No será reconocido derecho a Repatriación Sanitaria si la causa que dio origen es a consecuencia de un evento que se encuentra expresamente indicada en las exclusiones detalladas en estas Condiciones Generales.**

Los Servicios de Asistencias, vigencia o validez del Certificado o Voucher de Cobertura cesarán a partir del momento en que el Asegurado se encuentre de regreso en el aeropuerto de ingreso al País de Residencia habitual.

El Asegurado solo tendrá derecho a la Repatriación Sanitaria prevista en esta cláusula durante el período de vigencia o validez del Certificado o Voucher de Cobertura.

El Proveedor, tomando en cuenta el bienestar del Asegurado tiene en todo momento prioridad en las decisiones sobre la Repatriación Sanitaria del mismo.

Queda establecido que aún para casos de tratamientos y cirugías que ocurran en situaciones caracterizadas como emergencias, la Repatriación Sanitaria debe ser requerida y autorizada por el Departamento Médico del Proveedor. **El no cumplimiento de esta norma exige al Proveedor de tomar a cargo la cobertura en la situación referida.**

Límite Máximo de Cobertura en Caso de Evento Múltiple debido a una Asistencia Médica por Accidente o Enfermedad: Suma Asegurada máxima de los beneficios de Asistencia Médica por Accidente o Enfermedad que poseen un Límite Agregado por Accidente Colectivo (cualquier sea el número de asegurados) por evento de B/.500,000.00 (Quinientos mil con 00/100). Dicha suma de gastos es la que el Proveedor abonará y/o reembolsará a todos los Asegurados afectados en caso de que un mismo evento provoque lesiones o el fallecimiento de más de un Asegurado.

2.2. Medicamentos Recetados:

El Proveedor se hará cargo de los gastos de medicamentos recetados por el médico tratante y aprobados por el Departamento Médico del Proveedor. Los medicamentos autorizados deben tener relación directa con el motivo de la solicitud de atención médica y estar relacionados con el diagnóstico. Los gastos realizados por el Asegurado para la compra de medicamentos previamente autorizados por el Departamento Médico del Proveedor serán reembolsados dentro de los límites de este beneficio una vez retornado al País de Residencia, contra la presentación de las recetas médicas y facturas originales. Se incluyen en este beneficio solamente la extensión de receta médica siempre y cuando esta receta sea de vital importancia para la salud del Asegurado. **No tendrán cobertura ni reembolso los gastos de medicamentos comprados para el tratamiento de enfermedades preexistentes, de disturbios o problemas de orden psicológico o emocional, aún en el caso en que la consulta haya sido autorizada por el Departamento Médico del Proveedor.**

2.3. Odontología de Urgencia:

Este beneficio es acumulativo y no por evento. Dentro de las sumas aseguradas contempladas en los beneficios del Plan de Asistencia contratado, el Proveedor se hará cargo solamente de los gastos por atención odontológica de urgencia, limitada al tratamiento del dolor y/o extracción de la pieza dentaria.

2.4. Traslado y Gasto de Hotel de un Familiar:

En caso que la hospitalización de un Asegurado viajando no acompañado, fuese superior a cinco (5) días calendarios, el Proveedor se hará cargo de un ticket aéreo, en clase turista, sujeto a disponibilidad de espacio para un solo familiar de compañía, Padre, Madre, Cónyuge, Hijo ó Hermano (la enumeración es taxativa y no enunciativa).

No será reconocido el derecho a este beneficio si el motivo de la internación está incluido y forma parte de las exclusiones.

No tendrá derecho a este beneficio si el plazo vigencia o validez del Certificado o Voucher de Cobertura está vencido al momento de solicitarlo.

Este beneficio solo podrá tener aplicación si ha sido procesado y autorizado previamente por la Central Operativa de Asistencia del Proveedor.

En la eventualidad de pago del ticket aéreo, el valor a ser desembolsado será siempre el correspondiente a la tarifa en clase económica vigente al momento de ser adquirido y no podrá superar el tope especificado en las Condiciones Particulares del Plan de Asistencia contratado.

En caso de ser contemplado en los beneficios del Plan de Asistencia elegido, el Asegurado podrá tener derecho a los gastos de hotel de su familiar acompañante, con un máximo de Ochenta Balboas con 00/100 (B/.80.00) diarios durante siete (7) días.

Tanto para esta cláusula como para cualquier otra que pague gastos de hotel, se entienden estos limitados exclusivamente al hospedaje simple, sin gastos de restaurante, lavandería, llamadas telefónicas que no hayan sido a la Central de Asistencia, transportes, acceso a Internet, u otro cualquiera (la enumeración es taxativa y no enunciativa).

2.5. Gastos de Hotel por Convalecencia:

Cuando el médico tratante de acuerdo y autorizado por el Departamento Médico del Proveedor prescriba reposo forzoso al Asegurado que hubiese estado internado al menos cinco (5) días y a su salida deba obligatoriamente cumplirlo, el Proveedor solo cubrirá los gastos de hotel hasta el monto indicado en las Condiciones Particulares del Plan de Asistencia contratado, hasta un máximo de diez (10) días. El Asegurado deberá comunicarse con la Central de Asistencias del Proveedor a fin de ser autorizado. **No tendrá derecho a esta prestación si el plazo de vigencia del Certificado o Voucher de cobertura se encuentra vencido.**

Tanto para este beneficio como para cualquier otro que cubra gastos de hotelería, se entienden éstos limitados al hospedaje simple, sin gastos de restaurante, lavandería, llamadas telefónicas que no hayan sido a la Central de Asistencia, transportes, acceso a Internet, u otro cualquiera (la enumeración es taxativa y no enunciativa).

2.6. Acompañamiento de Menores:

Si el Asegurado viajara como único acompañante de menores de quince (15) años también Asegurado de un Certificado o Voucher de Cobertura y por causa de enfermedad o accidente, confirmado por el Departamento Médico del Proveedor, se viera imposibilitado para ocuparse de ellos, el Proveedor organizará a su cargo el desplazamiento de dichos menores hasta el domicilio en su País de Residencia por el medio que considere más adecuado.

2.7. Repatriación de Restos:

En caso de fallecimiento del Asegurado durante la vigencia del Certificado o Voucher de Cobertura a causa de un evento no excluido en las Condiciones Generales y Particulares, los familiares podrán optar por una de las dos alternativas siguientes:

- El Proveedor organizará y sufragará la repatriación de los restos mortales del Asegurado por el medio que considere más conveniente hasta el aeropuerto de ingreso al País de Residencia del fallecido tomando a su cargo los gastos de fétetro obligatorio para transportes aéreos hasta el tope especificado en las Condiciones Particulares del Plan de Asistencia contratado, incluyendo trámites administrativos y transporte de los restos mortales.
- El Proveedor se hará cargo de los gastos de incineración y traslado de cenizas por el medio que considere más conveniente hasta el aeropuerto de ingreso al País de Residencia del fallecido hasta el tope especificado en las Condiciones Particulares del Plan de Asistencia contratado.
- **Están expresamente excluidos a cargo del Proveedor los gastos de fétetro definitivo, los traslados dentro del País de Residencia, los trámites funerarios, las ceremonias religiosas y cultos, las ceremonias con familiares y amigos, los gastos de inhumación.** En cualquiera de las dos alternativas, todas las previsiones deberán ser tramitadas por la Central Operativa del Proveedor, estando la familia o la agencia de viajes impedida de actuar sin previa autorización expresada y por escrito de la Central Operativa del Proveedor. **No será pagado importe alguno por gastos no requeridos y autorizados previamente por el Proveedor.**

No se encuentran contemplados bajo ninguna circunstancia, gastos de regreso de familiares acompañantes del fallecido por lo que el Proveedor no tomará a cargo ningún gasto de terceros. El Proveedor solamente se hará cargo previa autorización expresada y por escrito de la Central Operativa del Proveedor de la penalidad por cambio de fecha de un pasaje aéreo, en clase turista y sujeto a disponibilidad de espacio, solamente para un familiar del fallecido en compañía, Padre, Madre, Cónyuge, Hijo ó Hermano (la enumeración es taxativa y no enunciativa), cuando dicho acompañante sea Asegurado de un Certificado o Voucher de Cobertura con igual validez y vigencia del fallecido y su pasaje sea de tarifa reducida por fecha fija o limitada de regreso.

2.8. Regreso Anticipado por Enfermedad o Accidente del Asegurado:

El Proveedor se hará cargo de la diferencia del costo del pasaje aéreo de regreso del 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 una enfermedad o accidente del Asegurado. Este beneficio solo será aplicable cuando el Asegurado hubiere sido asistido médicamente con autorización de la Central de Asistencia del Proveedor.

2.9. Regreso Anticipado por Siniestro en Domicilio del Asegurado:

En caso de incendio, explosión, inundación o robo con daños y violencia en el domicilio de un Asegurado, mientras éste se encuentre de viaje, si no hubiese ninguna persona que pueda hacerse cargo de la situación y si su pasaje original de regreso no le permitiera el cambio gratuito de fecha, el Proveedor tomará a su cargo la diferencia que correspondiese o el costo de un nuevo pasaje en clase turista desde el lugar en que el beneficiario se encuentre hasta el aeropuerto de ingreso al País de Residencia. Esta solicitud de Asistencia deberá acreditarse mediante la presentación en la Central de Asistencias del Proveedor del original de la denuncia policial correspondiente, dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes al suceso. El Asegurado deberá comunicarse con la Central de Asistencias del Proveedor a fin de ser autorizado. **No tendrá derecho a esta prestación si el plazo de vigencia del Certificado o Voucher de Cobertura se encuentra vencido.**

2.10. Regreso Anticipado por Fallecimiento o Enfermedad Grave de un Familiar:

Si el Asegurado se viera obligado a retornar a su País de Residencia por fallecimiento, accidente o enfermedad grave de un familiar directo con igual residencia habitual en su País de Residencia: Padre, Madre, Cónyuge, Hijo, Hermano (la enumeración es taxativa y no enunciativa), entendiéndose por enfermedad grave una alteración de la salud que implique hospitalización de más de cinco (5) días, el Proveedor se hará cargo de la diferencia del costo de pasaje aéreo de regreso del Asegurado en clase turista, cuando su pasaje sea de tarifa reducida por fecha fija o limitada de regreso o bien se hará cargo de un boleto aéreo nuevo sencillo en clase turista y sujeto a disponibilidad de plazas. El regreso deberá realizarse en una fecha posterior inmediata al fallecimiento del familiar. El Asegurado deberá indefectiblemente comunicarse con la Central de Asistencias del Proveedor a fin de ser autorizado. **No serán aceptados posteriormente pedidos de pago en el País de Residencia sin ninguna justificación. No tendrá derecho a esta prestación si el plazo de vigencia del Certificado o Voucher de Cobertura se encuentra vencido.**

Tanto para este beneficio como para cualquier otro que comprenda la no utilización del boleto de transporte inicialmente previsto por el Asegurado, el Proveedor recuperará siempre dicho boleto de transporte y sufragará solo la diferencia eventualmente existente entre él y el que imponga la prestación de Asistencia.

2.11. Gastos por Vuelo Demorado:

Si el vuelo contratado por medio de una línea aérea comercial regular (excluyendo vuelo charter) del Asegurado fuera demorado por más de seis (6) horas consecutivas a la programada originalmente para él, y siempre y cuando no exista otra alternativa de transporte durante ellas, el Proveedor reintegrará hasta el tope del beneficio convenido y detallado en el Plan de Asistencia contratado, por gastos de hotel y comunicaciones realizados por el Asegurado durante el lapso de la demora y contra presentación de sus comprobantes originales, acompañados de un certificado de la compañía aérea reflejando la demora o cancelación sufrida por el vuelo del Asegurado. Para percibir este beneficio, el Asegurado deberá haberse comunicado previamente con la Central de Asistencias del Proveedor antes de abandonar el aeropuerto donde ocurrió el hecho. Este servicio solo se prestará en una ciudad de tránsito que esté a más de 100 km del País de Residencia del Asegurado. **Este servicio no se brindará si el Asegurado viajara con un ticket sujeto a disponibilidad de espacio, ni a algún destino ubicado dentro del mismo país donde se emitió el Certificado o Voucher de Cobertura, no se brindará en el destino final del viaje del Asegurado.**

Este servicio no tendrá aplicación si la demora del vuelo es a consecuencia de un evento en donde el Asegurado sufra algún daño o requiera asistencia a consecuencia y/o derivada de caso fortuito o de fuerza mayor, tales como catástrofes, sismos, inundaciones, tempestades, guerra internacional o guerra civil declaradas o no, rebeliones, conmoción interior, actos de guerrilla o antiguerrilla, hostilidades, represalias, conflictos, embargos, apremios, huelgas, movimientos populares, lock-out, actos de sabotaje o terrorismo, etc., así como problemas y/o demoras que resulten por la terminación, interrupción o suspensión de los servicios de comunicación. Al momento que estos elementos de esta índole intervienen y una vez superados los mismos, el Proveedor brindará los servicios de asistencia en el menor plazo que fuere posible.

Tanto para este beneficio como para cualquier otro que cubra gastos de hotelería, se entienden estos limitados al hospedaje simple, sin gastos de restaurante, lavandería, llamadas telefónicas que no hayan sido a la Central de Asistencia, transportes, acceso a Internet, u otro cualquiera (la enumeración es taxativa y no enunciativa)

2.12. Anulación de Viaje:

El Asegurado Principal deberá informar a la Central Operativa de Asistencia del Proveedor de su imposibilidad de viajar a más tardar veinticuatro (24) horas antes del inicio del viaje contratado. El Proveedor sufragará los gastos de cancelación o penalidades de un viaje abonados por el Asegurado después que una de las causas amparadas por este beneficio se presente.

Causas para acceder a los gastos de Anulación de Viaje Contratado:

- Fallecimiento, accidente o enfermedad grave del Asegurado o familiar directo: Padre, Madre, Cónyuge, Hijo, Hermano (la enumeración es taxativa y no enunciativa), entendiéndose por enfermedad grave una alteración de la salud que implique hospitalización de más de cinco (5) días, que la misma no se encuentre incluida en la **Cláusula IV- EXCLUSIONES** y que a juicio del Departamento Médico del Proveedor imposibilite al Asegurado iniciar el viaje en la fecha consignada en el Certificado o Voucher de Cobertura.
- Convocatoria como parte, testigo o jurado de un tribunal que le imposibilite viajar en la fecha detallada en el Certificado o Voucher de Cobertura.
- 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.
- Cuarentena médica como consecuencia de suceso accidental.
- Convocatoria como miembro de mesa electoral en elecciones de Gobierno Nacional o Provincial.
- Recepción por entrega en adopción de un niño.
- Complicaciones del embarazo del Asegurado hasta la semana treinta (30) y que a juicio del Departamento Médico del Proveedor se encuentre imposibilitada de iniciar el viaje en la fecha de inicio de vigencia indicada en el Certificado o Voucher de Cobertura.
- Anulación de la boda del Asegurado que estuviera prevista con anterioridad a la fecha de emisión del Certificado o Voucher de Cobertura y la misma sea como consecuencia de un evento que se encuentra detallado en el primer punto de las causas para acceder a los gastos de anulación, arriba mencionadas.
- Despido laboral comprobado con fecha posterior a la emisión del Certificado o Voucher de Cobertura y que el evento no sea a consecuencia de una causa detallada en la **Cláusula IV- EXCLUSIONES**.
- Si la persona que ha de acompañar al Asegurado Principal en el viaje se viese obligada a anular el viaje por alguna de las causas enumeradas anteriormente. Se entiende por acompañante a la persona que comparte la misma habitación de hotel o la misma cabina de crucero, o un familiar directo: Padre, Madre, Cónyuge, Hijo, Hermano (la enumeración es taxativa y no enunciativa), y que es poseedora de un Certificado o Voucher de Cobertura en las mismas condiciones que el Contratante y/o Asegurado Principal.

Este beneficio no tendrá aplicación si la cancelación de un viaje es a consecuencia de:

- **Un evento que tenga origen o se produzca a consecuencia de una causa que se encuentre expresamente indicada en la Cláusula IV – Exclusiones.**
- **La anulación sea a consecuencia de documentación de viaje incompleta o deficiente del Contratante y/o Asegurado al momento de su salida.**
- **Cruceros excluidos**

El Proveedor deducirá de la indemnización cualquier devolución que el Asegurado detallado en el Certificado o Voucher de Cobertura haya recibido de cualquiera de los prestadores por razón de ese mismo evento.

Documentación necesaria para la solicitud de reembolso:

- Recibos originales de la forma de pago o cuotas dadas al momento de la compra detallando todos los servicios incluidos, como asimismo una carta de la Agencia o Agente de Viajes certificando la retención de estos pagos como consecuencia de la cancelación.
- Contrato de prestación de los servicios firmado por el prestador (Cia. Aérea, Hotel, Cia. Marítima, etc., donde conste la política de cancelación. El contrato deberá contener la identificación en papel membretado del prestador (la Cía. aérea deberá presentar la regla de la base tarifaria).
- Informe médico (de acuerdo a formato suministrado por el Proveedor) en original legible y copia de los exámenes efectuados confirmando el problema de salud que es causa de la cancelación. El relato médico deberá contener fecha de emisión, sello con matrícula y firma del médico responsable, datos de contacto del médico o clínica (teléfono, dirección de correo electrónico y especificación del diagnóstico).
- Copia del documento enviado por la agencia a la operadora con la solicitud de cancelación del viaje.
- Formato de solicitud de reembolso (de acuerdo a formato suministrado por el Proveedor) debidamente lleno y firmado por el titular de la póliza.

Presentación de Documentos:

Adjuntar una nota redactada y firmada por el Asegurado con firma aclaratoria donde relate brevemente lo sucedido, su número de Certificado o Voucher de Cobertura y los datos bancarios completos del Asegurado para depósito del reembolso solicitado.

2.13. Seguimiento de Viaje / Crucero:

El Proveedor sufragará al Asegurado un ticket de avión en clase turista, de ida solamente, desde el puerto de embarque hasta el próximo puerto de parada del crucero contratado si se perdió la salida inicialmente prevista de su crucero por causa de un retraso del vuelo de conexión por más de seis (6) seis horas sobre la hora prevista.

2.14. Sustitución de Ejecutivos:

En caso que el Asegurado se encuentre en viaje de negocios en el exterior y fuese internado por una emergencia médica grave que le impida proseguir con su cometido profesional, el Proveedor se hará cargo del pasaje en clase turista, sujeto a disponibilidad de plazas, de la persona que su empresa designe como sustituto y de los gastos de hotel hasta un máximo de ochenta Balboas (B/.80.00) diarios durante cinco (5) días.

Para que este beneficio sea efectivo el Asegurado deberá comunicar a la Central de Asistencias del Proveedor dentro de las veinticuatro (24) horas de sucedido el evento y haya sido expresamente autorizado. **No serán aceptados posteriormente pedidos de pago sin ninguna justificación.**

Tanto para este beneficio como para cualquier otro que cubra gastos de hotelería, se entienden estos limitados al hospedaje simple, sin gastos de restaurante, lavandería, llamadas telefónicas que no hayan sido a la Central de Asistencia, transportes, acceso a Internet, u otro cualquiera (la enumeración es taxativa y no enunciativa).

2.15. Asistencia en Caso de Extravío de Documentos, Tickets Aéreos y/o Equipajes:

El Proveedor asesorará e informará al Asegurado con todos los medios a su alcance para la denuncia del extravío, robo o hurto de su equipaje y efectos personales. Para intentar localizar equipajes que hayan sido despachados en la bodega del mismo vuelo en el que viaja el Asegurado el Proveedor pondrá a disposición los servicios de su Central de Asistencia para realizar el seguimiento de la búsqueda que realiza la línea aérea que tomó a cargo el reclamo. **No están cubiertos aquellos equipajes extraviados y no localizados por la línea aérea.**

2.16. Compensación Complementaria por Pérdida de Equipaje en Línea Aérea Comercial / en Crucero:

Se compensará complementariamente al Asegurado de un Certificado o Voucher de Cobertura hasta la misma suma que le haya indemnizado la Compañía aérea.

La suma de la indemnización de la compañía aérea y de la compensación complementaria del Proveedor no podrá superar de ninguna manera el tope o límite económico indicado en el Plan de Asistencia contratado.

La compensación complementaria se refiere exclusivamente a equipaje despachado en bodega de aeronave, en vuelo comercial sujeto a la reglamentación de la IATA.

Para la obtención de esta compensación complementaria rigen los siguientes términos y condiciones:

- Que la Central de Asistencia del Proveedor haya sido notificada del hecho por el Asegurado antes de abandonar el Aeropuerto donde se registró la pérdida y se emitió el P.I.R. o formulario de denuncia ante la compañía aérea.
- Que el equipaje se haya extraviado durante su transporte en vuelo regular internacional ó doméstico de conexión internacional.
- Que el mencionado equipaje haya sido debidamente despachado en bodega.
- Que la pérdida del equipaje haya ocurrido entre el momento en que el mismo fue entregado al personal autorizado de la línea aérea para ser embarcado y el momento en que debió ser devuelto al pasajero al finalizar el viaje.
- Que la línea aérea se haya hecho cargo de su responsabilidad por la pérdida del mencionado equipaje y haya abonado al beneficiario la indemnización prevista por ella.
- En caso que la línea aérea le ofreciere al beneficiario como indemnización la posibilidad de optar entre percibir un valor en dinero o uno o más pasajes, el Proveedor procederá a pagar la compensación económica por extravío de equipaje, una vez que dicha opción sea ejercida.

2.17. Demora en la Entrega del Equipaje:

Si el equipaje no es localizado dentro de las primeras seis (6) horas de arribo del vuelo y del momento en que la Central de Asistencias del Proveedor reciba el llamado del Asegurado antes de abandonar el aeropuerto donde se registró la pérdida y se emitió el P.I.R. (Property Irregularity Report.) o formulario de denuncia ante la compañía aérea notificando la falta de entrega de su equipaje, el Proveedor pagará al Asegurado hasta el monto máximo especificado en el Plan de Asistencia los gastos ocasionados para la compra en artículos de primera necesidad realizados durante el lapso de tiempo ocurrido entre la denuncia y la entrega por parte de la Línea Aérea. Si el equipaje no fuera localizado posteriormente a las treinta y seis (36) horas contadas desde la hora de arribo del vuelo y del momento en que se informó a la Central Operativa del Proveedor, el Asegurado podrá recibir un monto adicional para los mismos efectos y contra la presentación de comprobantes por concepto de gastos en artículos de primera necesidad realizados durante el lapso de tiempo ocurrido entre la denuncia y la entrega por parte de la Línea Aérea hasta el monto máximo especificado en el Plan de Asistencia contratado.

En caso de extravío de equipaje favor tomar en cuenta:

- Inmediatamente constatada la falta de equipaje, diríjase a la compañía aérea o persona responsable dentro del mismo recinto al que llegan los equipajes, solicite y complete el formulario P.I.R. (Property Irregularity Report.)
- Antes de abandonar el Aeropuerto comuníquese telefónicamente con la Central de Asistencia del Prestador, a efectos de notificar el extravío de su equipaje indicando el número del formulario P.I.R. para seguimiento del mismo ante la línea aérea.

El Asegurado solo tendrá derecho a recibir el beneficio una única vez de acuerdo con los beneficios detallados en el Plan de Asistencia contratado, sin importar la cantidad de volúmenes y eventos por puedan ocurrir durante la vigencia de su Certificado o Voucher de Cobertura, incluso si el mismo tiene validez anual.

Este beneficio se refiere a un único Asegurado. En el caso de equipaje extraviado a nombre de varios Asegurados, el pago será dividido entre los mismos siempre que sus nombres figuren en el formulario P.I.R.

El reembolso será pagado al Asegurado en el País de Residencia donde fue adquirido el Certificado o Voucher de Cobertura en el plazo máximo de treinta (30) días a partir de la fecha de recibo de la documentación completa.

Para acceder a este beneficio, el Asegurado deberá haberse comunicado dentro de las primeras seis (6) horas de arribo del vuelo y nuevamente a las treinta y seis (36) horas contadas desde la hora de arribo del vuelo y del momento en que se informó por primera vez a la Central de Asistencias del Proveedor para solicitar autorización y reportar el hecho. Para hacer efectivo el beneficio el Asegurado deberá presentar constancia del día y hora en que la Línea Aérea le hizo entrega de su equipaje.

Restricciones:

Una vez que el equipaje haya sido declarado como definitivamente extraviado y pagada la indemnización correspondiente al extravío definitivo por la compañía aérea, el importe pagado por este beneficio será deducido del pago que corresponda al beneficio de extravío definitivo.

Este servicio del Plan de Asistencia no se brindará en el viaje de regreso al País de Residencia del Asegurado o país emisor del Certificado o Voucher de Cobertura.

Este servicio sólo se prestará en una ciudad de tránsito que esté a más de 100 km del País de Residencia del Asegurado. Este servicio no se brindará si el Asegurado viajara con un billete sujeto a disponibilidad de espacio, ni a algún destino ubicado dentro del mismo país donde se emitió el Certificado o Voucher de Cobertura, no se brindará en el destino final del viaje del beneficiario.

En ningún caso el Proveedor responderá cuando:

- El Asegurado sea un funcionario o empleado o miembro de la tripulación del medio de transporte que dio origen al acontecimiento.
- La retención o aprehensión del equipaje por parte de aduanas u otras autoridades gubernamentales.
- En ningún caso el Proveedor responderá por faltantes roturas y/o daños, totales o parciales producidos en el contenido del equipaje, ni en las/s valija/s o cualquier otro elemento donde se transporte el mismo.

2.18. Transferencia de Fondos:

Durante el viaje, en caso de Necesidad Imperiosa e Imprevista y contra su previo depósito en la oficina de El Proveedor, éste gestionará la entrega al Asegurado, en el país donde se encuentre, de cantidades de dinero hasta el límite especificado en el Plan de Asistencia contratado. Este servicio será brindado una sola vez, cualquiera que sea el período de validez del Certificado o Voucher de Cobertura.

Se entiende por Necesidad Imperiosa: Situación de extrema urgencia debido a casos fortuitos o de fuerza mayor o por motivos de robo, asalto o por pérdida de dinero por causas ajenas al Asegurado.

2.19. Transferencia de Fondos para Fianza Penal:

Si el Asegurado fuese encarcelado como consecuencia de un accidente de tránsito, el Proveedor gestionará el envío de las cantidades de dinero especificadas en el Plan de Asistencia contratado para hacer frente al pago de la fianza penal, debiendo previamente ser depositado el monto referido en las oficinas de el Proveedor, por cuenta del Asegurado.

2.20. Asistencia Legal por Accidente de Tránsito:

El Proveedor asumirá los gastos que ocasione la defensa civil o penal del Asegurado, con motivo de imputársele responsabilidad por un accidente de tránsito. El Proveedor se hará cargo de los honorarios del abogado hasta los topes indicados en el Plan de Asistencia contratado.

2.21. Asistencia Médica por Enfermedad Crónica o Pre-Existente:

El Proveedor tomará a su cargo hasta el monto especificado en el Plan de Asistencia detallado en el Certificado o Voucher de Cobertura, solamente los gastos de la primera atención médica derivada de una enfermedad crónica o preexistente que haya desarrollado un episodio de crisis durante el viaje, a excepción de seguimientos y controles de tratamientos anteriores o chequeos. **No estarán cubiertos dentro de esta cobertura ningún medicamento o tratamiento de dicha enfermedad crónica o pre-existente.**

2.22. Repatriación por Quiebra de la Compañía Aérea

Si posteriormente al inicio del viaje del Asegurado la compañía aérea o el Tour Operador presentara estado de quiebra o cesara su actividad, y que ningún organismo privado o público tuviera la obligación o estuviera encargado de tomar a cargo el regreso a su País de Residencia, el Proveedor organizará y entregará al Asegurado el pasaje aéreo de regreso en clase económica al País de Residencia del viaje.

2.23. Repatriación Administrativa:

En caso que El Asegurado sea deportado por cualquier razón luego de ingresar al país al cual viaja durante el período de vigencia del Certificado o Voucher de Cobertura, el Proveedor le entregará a solicitud de las autoridades, el pasaje aéreo de regreso en clase económica. El Asegurado deberá entregar al Proveedor, debidamente endosados el/los billete/s de pasaje que posea para su regreso sin compensación alguna.

2.24. Asistencia Médica en Cruceros en caso de Enfermedad o Accidente:

Por tratarse de una asistencia médica en un barco, el Asegurado queda facultado para contratar los servicios de asistencia que resulten necesarios dentro del barco para lo cual deberá comunicarse previamente con la Central de Asistencias del Proveedor a fin de ser autorizado. **No serán aceptados posteriormente pedidos de pago sin ninguna justificación. No tendrá derecho a esta prestación si el plazo de vigencia del Certificado o Voucher de Cobertura se encuentra vencido.**

El Asegurado deberá tomar contacto con la Central de Asistencias del Proveedor antes de tomar cualquier iniciativa o comprometer cualquier gasto tantas veces como asistencia requiera llamando a los números telefónicos impresos en su Certificado o Voucher de Cobertura y Tarjeta de Llamados.

Si El Asegurado no pudiera comunicarse, deberá poner en conocimiento a la Central de Asistencias del Proveedor del inconveniente de emergencia, así como la información relativa al evento sufrido y a la prestación de los servicios recibidos dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes de producido el evento o en el primer puerto como condición inexcusable para solicitar el pago del beneficio.

El pago de los gastos médicos incurridos debe ser solicitado por el Asegurado a su regreso debiendo presentar la prescripción médica y las facturas originales.

El Proveedor solo pagará los gastos médicos por accidente o enfermedad hasta el monto indicado en los beneficios detallados en el Plan de Asistencia contratado.

CLÁUSULA IV.- EXCLUSIONES

Las indemnizaciones previstas en esta póliza no se conceden si la muerte o las lesiones del Asegurado Principal y/o Familiares dependientes que sufra se deban directa o indirectamente, total o parcialmente a:

- 1. Accidentes ocasionados por ataques cardiacos o epilépticos, síncope y los que se produzcan mientras el Asegurado se encuentre bajo la influencia del alcohol o en estado de embriaguez o mientras se encuentre bajo la influencia de drogas, sin tomar en consideración los niveles o porcentajes de droga que mantenga en sangre;**
- 2. Accidentes ocasionados mientras el Asegurado y/o Familiares se encuentren en estado de sonambulismo;**
- 3. Accidentes ocasionados al manejar, o viajar como pasajero en aviones privados, motocicletas, motonetas, scooter o vehículos similares;**
- 4. Afecciones, enfermedades o lesiones derivadas de actuaciones delictivas o contravencionales del Asegurado, directa o indirectamente;**
- 5. Actos temerarios no justificados por ninguna necesidad humanitaria, tales como apuestas, desafíos, andinismo fuera de senderos marcados; actos de mala fe del Asegurado o de sus apoderados. En caso de constatarse que el motivo del viaje fuera el tratamiento en el extranjero de una enfermedad que ya esté**

- padeciendo, y que el tratamiento actual tiene alguna vinculación directa o indirecta con la dolencia previa, la Compañía y el Proveedor quedarán relevados de prestar sus servicios. A tal fin, el Proveedor y la Compañía se reservan el derecho de investigar la conexión del hecho actual con la dolencia previa.
6. Cirugía estética para fines de embellecimiento o cualquier cirugía plástica u ortopédica y sus resultados, a menos que sean consecuencia directa de un accidente sufrido durante la vigencia de su póliza y cubiertos por la misma;
 7. Controles de tensión, hipertensión e Hipotensión arterial y sus consecuencias;
 8. Cualquier enfermedad corporal o mental, y las consecuencias de tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidentes amparados por la presente póliza;
 9. El cáncer y todos sus tratamientos;
 10. El diagnóstico, control, seguimiento y tratamiento de embarazos, los partos, los abortos y sus consecuencias, a menos que sean producto de un accidente;
 11. Enfermedades crónicas o pre-existentes, congénitas o recurrentes, conocidas o no por el Asegurado, padecidas con anterioridad al inicio de la vigencia del Certificado o Voucher de Cobertura y/o del viaje, así como sus agudizaciones y consecuencias (incluso cuando las mismas aparezcan durante el viaje). Entre las enfermedades crónicas y/o pre-existentes definidas en la presente cláusula cabe mencionar, a título ilustrativo y sin que la siguiente mención tenga ningún carácter limitativo respecto a otras enfermedades crónicas y/o pre-existentes igualmente excluidas: litiasis renal, litiasis vesicular, diabetes, flebitis, trombosis venosa profunda, y úlceras de cualquier etiología. (la enumeración es taxativa y no enunciativa);
 12. Enfermedades con compromiso inmunológico, tanto sea éste consecuencia de la misma enfermedad o de las drogas utilizadas para su tratamiento; oncológicas, desórdenes cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, infecciones renales crónicas, hepatitis; todo tipo de enfermedades endémicas, epidémicas y/o pandémicas, etc., sean éstas conocidas o no por el Asegurado;
 13. Enfermedades, lesiones, afecciones o complicaciones resultantes de tratamientos efectuados por personas o profesionales no autorizados por el Departamento Médico del Proveedor;
 14. Eventos ocurridos como consecuencia de entrenamiento, práctica o participación activa en competencias deportivas (profesionales o amateurs). Además, quedan expresamente excluidos los eventos consecuentes a la práctica de deportes peligrosos, incluyendo, pero no limitado a: motociclismo, automovilismo, boxeo, polo, ski acuático, buceo, aladeltismo, vuelo en cualquier aparato o nave que no sea de línea comercial, paracaidismo, bungee jumping, kitesurf, alpinismo, ski, snowboard y en general todo deporte de invierno;
 15. Exámenes y/u hospitalizaciones para exámenes, pruebas de esfuerzo y todo tipo de chequeos preventivos;
 16. Fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico, tales como, pero no limitados a: sismos, erupciones volcánicas, inundaciones, que aparezcan en el territorio nacional, riesgos atómicos y efectos de la energía nuclear en cualquier forma;
 17. Gastos incurridos en cualquier tipo de prótesis o similares, órtesis, síntesis o ayudas mecánicas de todo tipo, ya sean de uso interno o externo, incluyendo pero no limitados a: prótesis dentales, lentes, audífonos, anteojos, artículos de ortopedia, férulas, muletas, sillas de ruedas, nebulizadores, respiradores, etc.
 18. Hallarse practicando un arresto como representante de la ley, infracción grave de leyes, decretos, acuerdos, reglamentos y ordenanzas;
 19. Hernia de cualquier tipo;
 20. Lesiones causadas por el Asegurado y/o Familiares voluntariamente a sí mismo, así como el suicidio o tentativa de suicidio y lesiones causadas (incluyendo homicidio o tentativa de homicidio) al Asegurado y/o Familiares intencionalmente por los beneficiarios de esta póliza;
 21. Lesiones que el Asegurado y/o Familiares sufran en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra declaradas o no, rebelión, invasión, guerra civil, terrorismo, sabotaje, alborotos populares o insurrecciones, en riñas o actos delictuosos en que el Asegurado y/o Familiares participen por culpa grave de él mismo o de los beneficiarios de esta póliza;
 22. Lesiones de conductor o pasajero por el uso de cualquier tipo de vehículos incluidos motocicletas y velomotores sin licencia de conducir, sin casco y sin seguros contratados;
 23. 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, los servicios descritos en el Certificado o Voucher de Cobertura serán complementarios de los que deban prestarse por parte de entidades asistenciales y 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;
 24. Secuestro o su intento;
 25. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida, SIDA ó HIV en todas sus formas, secuelas y consecuencias. Enfermedades venéreas o de transmisión sexual, y/o en general todo tipo de prestación, examen y/o tratamiento que no haya recibido la autorización previa de el Proveedor;
 26. Situación Migratoria ilegal y/o Situación Laboral ilegal del Asegurado;
 27. Tratamientos homeopáticos, acupuntura, quinesioterapia, curas termales, podología, etc.

CLÁUSULA V.- VIGENCIA DE LAS COBERTURAS Y SERVICIOS DE ASISTENCIA EN VIAJES

Las Coberturas y Servicios del Plan de Asistencia descritos en la **Claúsula III – COBERTURAS Y SERVICIOS DE ASISTENCIA EN VIAJES** que forma parte de este Contrato, Condiciones Particulares, Tablas de Beneficios y en el Certificado o Voucher de Cobertura, tendrán validez solamente durante la vigencia indicada en el Certificado o Voucher de Cobertura del Asegurado. Será condición de validez del Certificado o Voucher de Cobertura que éste tenga un número

válidamente asignado por el Proveedor, el cual puede ser verificado por el Asegurado comunicándose al teléfono de la Central de Asistencia del Proveedor con anterioridad a la entrada en vigencia.

El Contratante y/o Asegurado no podrá hacer cambios de vigencia o validez ni se procederá a la cancelación del Certificado o Voucher de Cobertura por ninguna razón, ni bajo ninguna circunstancia una vez iniciada su vigencia.

Solo en caso en que el Contratante y/o Asegurado deba prolongar imprevistamente su permanencia en el extranjero podrá solicitar una sola extensión por la cantidad de días que considere necesario durante su viaje, bajo las siguientes condiciones:

- El Contratante y/o Asegurado podrá solicitar renovar una sola vez su Certificado o Voucher de Cobertura.
- La Compañía se reserva el derecho de aceptar o negar esta renovación sin dar más explicaciones.
- El Contratante y/o Asegurado deberá solicitar la emisión de un nuevo Certificado o Voucher de Cobertura a La Compañía, indicando la cantidad de días que desea contratar.
- La solicitud de emisión de un nuevo Certificado o Voucher de Cobertura deberá efectuarse antes de la finalización de la vigencia del Certificado o Voucher de Cobertura original.
- El período de vigencia del nuevo Certificado o Voucher de Cobertura deberá ser inmediatamente consecutivo al original.

El nuevo Certificado o Voucher de Cobertura emitido en las condiciones referidas en esta cláusula no podrá ser utilizado bajo ningún concepto, para iniciar o continuar el tratamiento y/o asistencia de problemas que hubieran surgido durante la vigencia del Certificado o Voucher de Cobertura original y/o anteriores o antes de la vigencia del nuevo Certificado o Voucher de Cobertura, independientemente de las gestiones o tratamientos en curso que hayan sido autorizados por El Proveedor.

CLÁUSULA VI.- INVASION, TERRORISMO Y SABOTAJE

No obstante, cualquier disposición contraria en esta póliza o en cualquier endoso anexo, queda acordado que este contrato **excluye la pérdida, daño, costo o gasto de cualquier naturaleza causado directa o indirectamente por derivado de o en conexión con cualquier acto de invasión, terrorismo y sabotaje, sin importar que alguna otra causa o evento contribuya a la pérdida de manera simultánea o en cualquier otra secuencia.**

Se entiende como acto terrorismo, incluyendo pero no limitado a: al uso de la fuerza o violencia y/o amenaza, un acto de cualquier persona o grupo(s) de personas, ya sea que actúen solos o en representación de o en conexión con cualquier organización(es) o gobierno(s), llevado a cabo con fines políticos, religiosos, ideológicos o similares, incluyendo la intención de influenciar a cualquier gobierno y/o para atemorizar al público o cualquier sector del público.

Se entiende por sabotaje, cualquier acción deliberada que ejecutada aisladamente, dañe, obstruya, destruya o entorpezca temporal o permanentemente el funcionamiento de instalaciones o de servicios privados o públicos, fundamentales para la subsistencia de la comunidad o para su defensa, con la finalidad de trastornar la vida económica, o a un país, o afectar su capacidad de defensa.

De igual forma **se excluye la pérdida, daño, costo o gasto de cualquier naturaleza causada directa o indirectamente por, derivado de o en conexión con cualquier acción tomada para controlar, prevenir, suprimir o de cualquier forma relacionada con algún acto de invasión, guerra, terrorismo y sabotaje.**

CLÁUSULA VII.- RIESGOS ESPECIALES

Los riesgos indicados más adelante, **sólo estarán cubiertos bajo esta póliza, si aparecen indicados en las condiciones particulares y se hubiesen pagado extra prima:**

- Por participar en competencias o actividades de esquí acuático, polo, rodeo, rugby, boxeo, karate, judo, buceo, toreo;
- Al manejar, o viajar como pasajero en aviones privados, motocicletas, motonetas, scooter o vehículos similares.

CLÁUSULA VIII.- PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DE ASISTENCIA EN VIAJES

Para solicitar los servicios el Asegurado siempre deberá tomar contacto previamente con la Central Operativa del Proveedor tantas veces como asistencia requiera llamando a los números telefónicos impresos en su Certificado o Voucher de Cobertura y/o Tarjeta de Llamados, indicando su nombre, número de Certificado o Voucher de Cobertura, el lugar en que se encuentra y el motivo de la solicitud de asistencia. A partir de la primera asistencia o servicio prestado, el Asegurado deberá siempre comunicarse con la Central Operativa del Proveedor para obtener la autorización de nuevas asistencias o servicios complementarios, aunque éstos hayan sido originados en la misma causa que el primer evento y aún en el caso de haber sido autorizado para recibir la compensación ofrecida.

Si una vez solicitada asistencia la Central de Asistencias del Proveedor no encontrara inmediatamente disponible en el lugar un equipo médico para la atención en un tiempo relativo a la situación que lo origina, en tal circunstancia el Asegurado podrá recurrir a los servicios de Asistencia Médica que fueren necesarios cuyos costos podrán ser directamente pagados al prestador de los servicios y reembolsados a el Asegurado siempre que se cumplan las condiciones descritas a continuación.

Condiciones:

El Asegurado deberá comunicar a la Central de Asistencias del Proveedor dentro de las primeras veinticuatro (24) horas de sucedido el evento que originara la prestación, informando los datos relativos al médico, establecimiento de salud contratado, como asimismo los motivos que le han impedido solicitar la asistencia directamente a la Central de Asistencias del Proveedor. **La inexistencia y falta de información sobre el evento a la Central de Asistencias dentro de las primeras veinticuatro (24) horas de sucedido el evento que originara la prestación, anulará el derecho al pago de cualquier beneficio.**

El reembolso del servicio contratado deberá estar de acuerdo con los valores y tarifas de tales prácticas en el país en que se haya realizado.

Documentación válida:

El Asegurado o el prestador del servicio, cualquiera sea el caso, deberá presentar documentación comprobatoria original, facturas y recibos de pagos de las mismas por los gastos efectuados por prestaciones previamente autorizadas, reservándose el Proveedor y la Compañía el derecho de verificar y auditar el contenido o solicitar mayores aclaraciones al respecto.

La documentación deberá contener la historia clínica, diagnóstico y receta médica, formulario de presentación de reclamos debidamente completado, original del Certificado o Voucher de Cobertura. La documentación deberá ser presentada en las oficinas de la Compañía en un plazo máximo de treinta (30) días hábiles a partir del término de la vigencia del Certificado o Voucher de Cobertura para coordinar el trámite del reembolso de el Proveedor por los servicios médicos recibidos.

Una vez vencido este plazo no será reconocido al Asegurado derecho alguno a pago. Solo serán pagados gastos respaldados por documentación original.

El pago de moneda extranjera se realizará de acuerdo a las normas establecidas por el Banco Central del País de Residencia y al mismo cambio de Balboas utilizado a la fecha de emisión del Certificado o Voucher de Cobertura (o de la fecha de la factura por la prestación recibida).

El pago será realizado en un plazo no mayor de los treinta (30) días, contados a partir del recibo de la documentación completa por parte del proveedor y/o la Compañía.

La Compañía y/o el Proveedor no serán responsables por ningún reclamo presentado con posterioridad al plazo arriba estipulado, salvo que se justifique la tardanza en la presentación, a satisfacción de los mismos.

CLÁUSULA IX.- PAGOS DE LA INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL Y GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

La Compañía pagará las indemnizaciones que correspondieren en virtud de esta póliza, en sus Oficinas, tan pronto, la Compañía haya recibido y aprobado la evidencia del hecho y la causa del accidente.

La indemnización por pérdida de vida del Asegurado se pagará al beneficiario o beneficiarios de esta póliza. Todas las otras indemnizaciones se pagarán al Asegurado, o a su representante legal si tuviera uno.

En caso de indemnización por Gastos Médicos por Accidente, el Asegurado deberá presentar el formulario correspondiente y adjuntar el original de las facturas y recibos de pagos y demás documentación requerida de los gastos incurridos. Para el reembolso de cualquier reclamación incurrida en el país de destino, la misma deberá presentarse al Proveedor dentro de los cuarenta y cinco (45) días siguientes de haber incurrido el gasto o recibido la atención el Asegurado. **Si el Asegurado no presentara la reclamación dentro del plazo estipulado, no tendrá derecho al reembolso por los gastos elegibles incurridos y reclamados.**

CLÁUSULA X.- DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

La designación de beneficiarios será realizada por escrito por el Asegurado de acuerdo a lo indicado en la solicitud o formulario debidamente completado por el mismo.

Mientras no conste en esta póliza una designación irrevocable de beneficiario, el Asegurado podrá cambiarlo en cualquier tiempo, y sin el consentimiento de su beneficiario, presentando el formulario proporcionado por la Compañía, debidamente lleno y firmado. En su defecto sus beneficiarios serán los Herederos legales del Asegurado.

CLÁUSULA XI.- DERECHOS DE SUBROGACIÓN

La Compañía tendrá el derecho de recuperar de cualesquiera fuentes, los pagos hechos con base a la Póliza de hospitalización por lesiones recibidas por el Asegurado Principal y/o sus Familiares Dependientes Asegurados, ya sean causadas por terceras personas o mientras la persona asegurada utiliza o maneja vehículos o equipo propios o de terceras personas o de empresas que tienen cobertura para dichas lesiones.

En virtud del derecho de subrogación, la Compañía podrá recuperar los pagos hechos directamente de los causantes de dichas lesiones, de los propietarios de los vehículos o equipo, o de los Aseguradores de éstos. En igual forma, lo podrá hacer con el Asegurado Principal y/o Familiares Dependientes Asegurados, si han recuperado ellos los pagos en violación del derecho de subrogación.

Derecho de Subrogación: La Compañía pagará el beneficio de la póliza sujeto a que el Asegurado Principal y/o Familiares Dependientes Asegurados:

- a. Firmen el finiquito respectivo y subroguen en la Compañía todos y cada uno de los derechos que pudieran corresponderle.
- b. No hayan tomado o tomen ninguna acción que pueda perjudicar los derechos subrogados; y
- c. Cooperen y asistan a la Compañía en todas y cada una de las gestiones que ésta efectúe para lograr la recuperación de las sumas pagadas.

CLÁUSULA XII.- PRESCRIPCIÓN

Cumplido el plazo de un año consecutivos después de la fecha del evento y/o siniestro, la Compañía y/o el Proveedor quedarán libres de la obligación de pagar las indemnizaciones correspondientes al mismo, a menos que estuviera en tramitación una acción relacionada con la reclamación.

CLÁUSULA XIII. PRIMAS

- Cualquiera que sea la forma de pago, el Contratante y/o Asegurado Principal deberá cumplir con el pago total o primer pago fraccionado, según la frecuencia de pago pactada a la emisión de la Póliza.
- Las primas deberán ser pagadas en su totalidad y por adelantado a la fecha de su vencimiento de acuerdo con el método de pago, periodicidad y calendario de pago establecidos en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- Se otorgará un Período de Gracia de treinta (30) días calendarios para el pago de cada prima a partir de la fecha de vencimiento del pago correspondiente. Durante el Período de Gracia, la Póliza continuará en vigor. **Si la Compañía no recibe el pago de la prima antes de que el Período de Gracia expire, se entenderá que el Contratante y/o Asegurado Principal ha incurrido en el incumplimiento del pago lo que tiene el efecto jurídico inmediato de suspender la cobertura de la póliza, hasta por sesenta (60) días. La suspensión de cobertura se mantendrá hasta que cese el incumplimiento de pago, pudiendo rehabilitarse esta Póliza a partir de la fecha del pago de la prima dejada de pagar durante el período de suspensión o hasta que la póliza sea cancelada, según lo establecido en la Cláusula XV.- CANCELACION DE LA POLIZA.**
- El Contratante y/o Asegurado Principal es consciente de que la prima inicial pactada a favor de la Compañía como retribución por la(s) cobertura(s) contratada(s) aumentará conforme aumente la edad y/o expectativas de salud del Asegurado, así como el factor inflacionario en los insumos y/o prestaciones médicas del mercado, siempre y cuando sea técnicamente aprobado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá. Cualquier modificación no convenida previamente con el Contratante y/o Asegurado Principal será acordada de conformidad con el procedimiento establecido en la Cláusula I de este contrato.
- Si por error se recibe el pago de una prima de personas que no tengan derecho a gozar de los beneficios de la póliza por haber alcanzado la edad máxima de protección de cada cobertura o por cualquier otro motivo e incluso posterior a la cancelación de la póliza, la Compañía no estará obligada a indemnizar suma alguna y solamente deberá efectuar la devolución de las primas recibidas correspondientes a dichas personas.

CLÁUSULA XIV. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA:

Los beneficios que se conceden en virtud de esta Póliza, terminarán automáticamente al presentarse lo siguiente:

- **El incumplimiento por parte del Contratante y/o Asegurado Principal del pago total o primer pago fraccionado, según la frecuencia de pago establecida, a la emisión y renovación de la Póliza.**
- **Cuando un familiar dependiente asegurado pierda su calidad de tal. En este caso, los beneficios del seguro terminan únicamente para la persona que pierde su calidad de familiar o dependiente asegurado de acuerdo a los términos de este contrato.**
- **Cuando el Contratante y/o el Asegurado Principal solicite por escrito a la Compañía la cancelación de esta Póliza.**
- **Por falta de pago de las primas, según lo establecido en las Cláusula XIII.- PRIMAS y XV.- CANCELACION DE LA POLIZA.**

- Falsificación y/o adulteración de informes médicos, facturas, cuentas, recetas, reportes, etc.
- Por inexactitud, falsedad o reticencia por parte del Contratante y/o Asegurado en la solicitud de seguro que forma parte integral de este contrato, formularios de reclamos, informes médicos y/o cualquier otro documento vital para la correcta inscripción del Asegurado y pago de reclamos por la Compañía.
- Por la omisión u ocultación por el Asegurado o del Contratante de hechos o circunstancias que hubieran podido influir en la celebración del contrato.
- Por participación del Contratante y/o Asegurado en actividades delictivas o presuntamente delictivas o esté bajo fianza de un tribunal o sobre quien pese alguna medida cautelar con motivo de haber cometido un delito o se le acuse de haberlo cometido.
- Al llegar el Asegurado a la edad de ochenta y cinco (85) años, a menos que se disponga algo diferente en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- Cuando el Asegurado Principal deje de pertenecer a la entidad Contratante o pierda su calidad de miembro elegible dentro del colectivo; los beneficios del seguro terminarán tanto para el Asegurado Principal como para los familiares asegurados dependientes.

CLÁUSULA XV. CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA:

INCUMPLIMIENTO DE PAGO DE PRIMAS

El aviso de cancelación de la póliza por incumplimiento de pago de la prima deberá enviarse al Contratante y/o Asegurado Principal por escrito a la última dirección física, postal o electrónica que conste en el expediente de la póliza que mantiene la Compañía, con una anticipación de al menos quince (15) días hábiles. Copia del mismo deberá ser enviada al corredor de seguros. Cualquier cambio de dirección del Contratante y/o Asegurado Principal, deberá ser notificado a la Compañía, de lo contrario se tendrá por válido el último que conste en el expediente de la póliza. Si el aviso no es enviado el contrato seguirá vigente y se aplicará lo que al respecto dispone el artículo 998 del Código de Comercio.

OTRAS CAUSAS

Cualquiera de las dos partes podrá rescindir de esta póliza en cualquier tiempo. La Compañía, avisándole por escrito al Asegurado con quince (15) días de anticipación a la fecha en que se desee poner término a la póliza. El Contratante y/o Asegurado Principal, mediante solicitud escrita a la Compañía para la cancelación de ésta póliza, antes del inicio de la vigencia hasta veinticuatro (24) horas previas a la fecha indicada en el Certificado o Voucher de Cobertura. Cuando el Contratante y/o el Asegurado decida su rescisión, la Compañía devolverá el importe pagado previa retención del 20% del valor pagado, o la emisión de otro Certificado o Voucher de Cobertura con un nuevo plazo de vigencia y por la misma duración que el anulado. Cuando la Compañía rescinda el contrato de seguro, devolverá al Asegurado la parte proporcional de la prima que corresponda al vencimiento de la póliza.

Transcurrido el plazo arriba indicado o habiendo iniciado la vigencia del Certificado o Voucher de Cobertura, expirará de forma automática la posibilidad de ser solicitada la cancelación o modificación del Certificado o Voucher de Cobertura quedando el Contratante y/o Asegurado Principal sin derecho a compensación de cualquier naturaleza.

CLÁUSULA XVI.- REHABILITACIÓN:

Una vez cancelada formalmente la póliza, la Compañía podrá proceder con la rehabilitación de la misma a solicitud del Contratante y/o Asegurado Principal. En estos casos, el solicitante deberá cumplir con las condiciones y requisitos para rehabilitación detallados a continuación:

- El Contratante y/o Asegurado Principal deberá notificar por escrito su intención de rehabilitar la póliza a la Compañía dentro de un plazo no mayor a treinta (30) días a partir de la fecha de la realización de la cancelación de la misma.
- Cumplir con los requisitos que estipule la Compañía, según sea el caso, y el pago de las primas atrasadas.

La Compañía se reserva el derecho de aceptar o declinar la Solicitud de Rehabilitación.

CLÁUSULA XVII.- TÉRMINO:

El término de esta Póliza comienza a las 12:01 a.m. del día de efectividad o vigencia indicada en las Condiciones Particulares de la misma. Dicha Póliza termina a las 12:00 a.m. en la siguiente fecha de vencimiento o renovación.

CLÁUSULA XVIII.- NOTIFICACIONES:

Con excepción de los avisos de cancelación, toda notificación o aviso deberá ser enviada al Contratante y/o Asegurado Principal y/o Corredor de Seguros a la última dirección física, postal o electrónica que conste en el expediente de la póliza que mantiene la Compañía. Cualquier cambio de dirección del Contratante y/o Asegurado Principal, deberá ser notificado a la Compañía, de lo contrario se tendrá por válido el último que conste en el expediente de la póliza.

Las notificaciones o avisos enviados se entenderán dados desde la fecha de la entrega, depósito en las oficinas del correo o envío electrónico y todo plazo que dependa de las mismas comenzarán a contarse desde esa fecha.

Todo aviso o comunicación que deba hacer el Contratante y/o Asegurado Principal a la Compañía conforme a esta póliza, deberá constar por escrito y ser entregado personalmente o remitido por correo por el Contratante y/o Asegurado Principal, así como por el corredor por cuyo conducto se haya contratado el seguro. El Contratante y/o Asegurado Principal por este medio podrá autorizar a la Compañía a recibir y acatar cualesquiera instrucciones que reciba en relación con esta Póliza por parte del corredor designado en las Condiciones Particulares, como si hubiesen sido enviadas directamente por el Contratante y/o Asegurado Principal.

CLÁUSULA XIX.- DOMICILIO, LEY APLICABLE Y JURISDICCIÓN:

Para los efectos legales de esta Póliza, la Compañía señala como domicilio legal la República de Panamá, a cuyos tribunales se somete expresamente para resolver las controversias o conflictos que surjan a raíz o con motivo de la ejecución o aplicación del presente contrato.

No obstante lo anterior, define que las partes podrán convenir de mutuo acuerdo, someter sus controversias a arbitraje o arbitramientos si lo considera conveniente a sus intereses.

Este modelo de póliza ha sido autorizado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá para ser comercializado entre el público consumidor mediante Resolución No. XX de XX de 20XX.

Contratante

Cia. Internacional de Seguros, S.A.

Representante Autorizado

ANEXO I

**ACCIDENTES PERSONALES
TABLA DE INDEMNIZACIONES**

INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	EN % DE LA SUMA ASEGURADA	
Estado absoluto e incurable de alineación mental que no permitiera al asegurado ningún trabajo u ocupación por el resto de su vida	100%	
Fractura incurable de la columna vertebral que determinare la invalidez total y permanente (Gran Invalidez)	100%	
DESMEMBRAMIENTO		
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	15%	
Ablación de la mandíbula inferior	50%	
MIEMBROS SUPERIORES	DERECHO	IZQUIERDO
Pérdida total de un brazo	65	52
Pérdida total de una mano	60	48
Fractura no consolidada de una mano (seudoartrosis total)	45	36
Anquilosis del hombro en posición no funcional	30	24
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 meñique	8	6
MIEMBROS INFERIORES		
Pérdida total de una pierna	55	
Pérdida total de un pie	40	
Fractura no consolidada de un muslo (seudoartrosis total)	35	
Fractura no consolidada de una rótula (seudoartrosis total)	30	
Fractura no consolidada de un pie (seudoartrosis total)	20	
Anquilosis de la cadera en posición no funcional	40	
Anquilosis de la cadera en posición funcional	20	
Anquilosis de la rodilla en posición no funcional	30	
Anquilosis de la rodilla en posición funcional	15	
Anquilosis del empeine (garganta del pie) en posición no funcional	15	
Anquilosis del empeine en posición funcional	8	
Acortamiento de un miembro inferior por lo menos cinco cm.	15	
Acortamiento de un miembro inferior por lo menos tres cm.	8	
Pérdida total del dedo gordo de un pie	8	
Pérdida total de otro dedo del pie	4	

Definición de Desmembramiento: Por pérdida total se entiende la amputación o la inhabilitación funcional total y definitiva del miembro lesionado.

La pérdida parcial de los miembros será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional de dicho miembro lesionado.

Pérdida de falanges: La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada solo cuando se hubiera producido por amputación total o anquilosis en posición no funcional, y la indemnización será igual a la mitad de la que correspondería por la pérdida del dedo entero, si se tratara del pulgar, y a la tercera parte, por cada falange, si se tratara de otros dedos.

Combinación de Incapacidades: Por la pérdida de varios miembros se sumarán los porcentajes correspondientes a cada miembro perdido, sin que la indemnización total pueda exceder del 100% de la suma asegurada para incapacidad total y permanente.

Cuando la incapacidad así establecida llegara al 80%, se considerará incapacidad total y se abonará por consiguiente el 100% de la suma asegurada.

Lesiones no previstas: La indemnización de lesiones que sin estar comprendidas en la enumeración que precede, constituyeran una incapacidad parcial permanente, será fijada en proporción a la disminución de la capacidad funcional del miembro lesionado, teniendo en cuenta, de ser posible, su comparación con la de los casos previstos, y sin tomar en consideración la profesión del asegurado.

Zurdos: En caso de constar en la solicitud que el Asegurado ha declarado ser zurdo, se invertirán los porcentajes fijados por la pérdida de los miembros superiores.

Peritajes: Si el Asegurado no se conformare con la evaluación del grado de invalidez hecha por la Compañía, se procederá a dicha evaluación por dos peritos médicos, nombrados uno por el asegurado y otro por la Compañía, y en caso de discordia entre ellos designarán un tercer perito. Si no hubiere acuerdo en relación con este nombramiento, el tercer perito médico será designado por el Presidente de la Asociación Médica Nacional.

Los peritos deberán practicar la evaluación ateniéndose a lo dispuesto en la Tabla de Indemnizaciones y su reglamentación, teniendo su dictamen fuerza obligatoria para ambas partes. Cada una de éstas satisfará los honorarios y gastos de su perito y la mitad de los del tercero.