

CHUBB®

Seguro Individual de Viaje Condiciones Generales

SECCIÓN PRIMERA

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA PRIMERA. - CONTRATO.

Forman parte de este Contrato y constituyen parte y prueba del mismo, las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, así como los Endosos adicionales que se le agreguen. También forma parte del Contrato, la Solicitud de Seguro que, con información del Contratante y Asegurados, sirvió de base para la evaluación de riesgo de la Aseguradora y su decisión de celebrarlo.

CLÁUSULA SEGUNDA. - VIGENCIA.

La validez del Contrato de Seguro, está sujeta al pago de la Prima por parte del **CONTRATANTE**, conforme a lo establecido en las Condiciones Particulares. Una vez hecho el pago de la Prima, este Contrato estará vigente durante el período de seguro pactado que aparece en las Condiciones Particulares, siempre que el **CONTRATANTE** se mantenga al día en el pago de la Prima y la cobertura no entre en Suspensión, hasta la terminación prevista o anticipada del Contrato, de conformidad con la Ley de Seguros y este Contrato.

CLÁUSULA TERCERA. - CAUSALES DE TERMINACIÓN.

A. A petición del Contratante:

El seguro con respecto a cualquier ASEGURADO será terminado o resuelto si el Contratante lo solicita por escrito a la ASEGURADORA. La terminación será efectiva en la fecha en que el aviso sea recibido o en la fecha solicitada en dicho aviso, la que sea posterior.

B. Por la ASEGURADORA:

Mediante notificación escrita al CONTRATANTE o ASEGURADO, enviada a su última dirección conocida, con no menos de quince (15) días hábiles de anticipación a la fecha de terminación.

C. Terminación Automática:

Esta Póliza quedará automáticamente terminada al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

- 1. El fallecimiento del titular;**
- 2. Falta de pago de la prima, una vez cumplidas las disposiciones dictadas por la Ley 12 del 3 de abril del 2012;**
- 3. Que no se encuentre amparado, por lo menos, el Titular;**
- 4. Al alcanzar el límite máximo de edad que se estipula en la Cláusula Vigésima Octava;**
- 5. Una vez cumplidas las formalidades exigidas en la Ley 12 del 3 de abril del 2012.**

CLÁUSULA CUARTA. - DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS.

I.- AMPARO BÁSICO - MUERTE ACCIDENTAL EN VIAJE

El riesgo asegurado mediante la presente póliza y sus endosos consiste en la ocurrencia, dentro del periodo de vigencia de esta cobertura, para cada **ASEGURADO** expresado en las Condiciones Particulares, de un accidente en un viaje que genere lesiones físicas al **ASEGURADO** de acuerdo con las definiciones, coberturas específicas y exclusiones contenidas en las presentes Condiciones Generales y en las Condiciones Particulares, que le ocasionen su muerte.

La ASEGURADORA pagará la Suma Asegurada contratada, a los beneficiarios designados en las Condiciones Particulares o en su defecto a los beneficiarios legales, una vez se acredite que durante la vigencia de la póliza el ASEGURADO ha perdido accidentalmente la vida, como consecuencia única, exclusiva y directa de lesiones físicas sufridas en un accidente mientras se encuentre de viaje, siempre que el accidente se encuentre cubierto por la póliza y no excluido por ella.

Para efectos exclusivos del presente seguro, se entiende como muerte accidental en viaje, la muerte del ASEGURADO originada en una lesión corporal sufrida por él, ajena a su voluntad, que sea consecuencia exclusiva y directa de un accidente, entendido éste como un hecho externo, súbito y fortuito, amparado por la póliza, ocurrido mientras se encuentre en un viaje, es decir mientras dure o se encuentre realizando el viaje, que le cause la muerte de manera instantánea o dentro de los ciento ochenta (180) días calendario siguientes a la fecha del accidente.

RESPONSABILIDAD MÁXIMA: LA RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA EN NINGÚN CASO EXCEDERÁ LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA.

II.- COBERTURAS ADICIONALES

Para los efectos del presente seguro y con sujeción a las condiciones contractuales, el **ASEGURADO** podrá incluir las siguientes coberturas opcionales o adicionales previo al pago de la prima correspondiente, lo cual deberá indicarse en las Condiciones Particulares.

A. PÉRDIDA DE ORGANOS POR ACCIDENTE.

- 1. La ASEGURADORA se obliga a pagar la Suma Asegurada de acuerdo a la Tabla de Indemnización que se indica bajo el numeral 4, a consecuencia de un accidente cubierto dentro de los ciento ochenta (180) días calendarios siguientes a la fecha del mismo, donde el ASEGURADO sufra cualquiera de las pérdidas enumeradas en dicha Tabla.**

- 2. La indemnización se pagará siempre y cuando:**
- El accidente ocurra dentro del período de vigencia de la cobertura estipulado en las Condiciones Particulares, y que dicha cobertura se encuentre en plena vigencia;
 - El accidente ocurra al realizar un viaje de negocios o de placer sin que medie la provocación del accidente por parte del ASEGURADO, iniciando la cobertura desde que el ASEGURADO sale de la casa u oficina hacia el lugar de su viaje en forma ininterrumpida, durante el viaje y la estancia en ese lugar, hasta el regreso a la casa u oficina el que ocurra primero, pero de forma ininterrumpida.
- 3. RESPONSABILIDAD MÁXIMA: LA RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA EN NINGÚN CASO EXCEDERÁ DE LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA, AUN CUANDO EL ASEGURADO, SUFRIERA EN UNO O EN MÁS EVENTOS VARIAS DE LAS PÉRDIDAS DE ÓRGANOS INDICADAS EN LA TABLA DE INDEMNIZACIÓN.**

4. Tabla de Indemnización:

PÉRDIDA DE ORGANOS	PORCENTAJE DE INDEMNIZACIÓN
Ambas manos	100%
Ambos pies	100%
Ambos ojos	100%
Una mano y la vista de un ojo o un pie y la vista de un ojo	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%
El pulgar de cualquier mano	15%
El índice de cualquier mano	10%

- 5. Se entiende por:**
- Pérdida de la mano su separación completa o anquilosamiento desde la articulación del puño o arriba de ella,
 - Pérdida del pie su separación completa o anquilosamiento desde la articulación del tobillo o arriba de ella;
 - Pérdida de la vista de un ojo, la desaparición completa e irreparable de esta función en ese ojo;
 - Por la pérdida del pulgar o índice, la separación o anquilosamiento de dos falanges completas en cada dedo.

B. GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE.

- La ASEGURADORA reembolsará los gastos médicos en que incurra el ASEGURADO por los servicios y/o insumos médicos y quirúrgicos requeridos, como consecuencia de un accidente cubierto sufrido por el ASEGURADO dentro del periodo de vigencia

de la póliza. Siempre que el accidente y los gastos médicos sean reportados a la **ASEGURADORA**.

2. La indemnización se pagará siempre y cuando:

- a. El accidente ocurra dentro del período de vigencia de la cobertura estipulada en las Condiciones Particulares, y que dicha cobertura se encuentre en plena vigencia.**
- b. El accidente ocurra al realizar un viaje de negocios o de placer sin que medie la provocación del accidente por parte del ASEGURADO, iniciando la cobertura desde que el ASEGURADO sale de la casa u oficina hacia el lugar de su viaje en forma ininterrumpida, durante el viaje y la estancia en ese lugar, hasta el regreso a la casa u oficina el que ocurra primero, de forma ininterrumpida.**

3. Periodo de Beneficio: Se reembolsarán todos los gastos cubiertos generados dentro de los noventa (90) días posteriores a la fecha del accidente o hasta agotar la suma asegurada.

4. Gastos Cubiertos: Los gastos cubiertos en que el **ASEGURADO** puede incurrir por la prestación de servicios recomendados por el médico tratante son:

- a. Los gastos por honorarios médicos y/o quirúrgicos;**
- b. Los gastos de internación hospitalaria y el uso de quirófano (habitación privada estándar);**
- c. Los gastos de anestesistas, exámenes, o tratamientos radiológicos y análisis de laboratorio, indispensables para el tratamiento médico del ASEGURADO;**
- d. Los gastos por enfermera, máximo tres (3) turnos por día, durante treinta (30) días;**
- e. Los gastos por servicios de ambulancia, hasta un máximo del veinticinco por ciento (25%) de la Suma Asegurada;**

La indemnización de que trata esta cobertura operará mediante uno de los siguientes sistemas:

- a. Mediante reembolso, hasta el monto del valor asegurado, en el evento que el ASEGURADO asuma directamente los gastos médicos.**
- b. Mediante pago directo de los gastos médicos al prestador del servicio médico, hasta el monto del valor asegurado, por parte de la ASEGURADORA o de quien éste último designe.**

5. Los gastos anteriores no deberán resultar en exceso de los costos regulares y acostumbrados en el lugar y establecimiento donde se reciban o proporcionen los servicios médicos, ni en exceso de los cobrados normalmente por el servicio médico respectivo.

6. RESPONSABILIDAD MÁXIMA: LA RESPONSABILIDAD MÁXIMA DE LA ASEGURADORA EN NINGÚN CASO EXCEDERÁ LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA PARA ESTA COBERTURA.

C. GASTOS MÉDICOS POR ENFERMEDAD

- 1. La ASEGURADORA, reembolsará los gastos médicos en que incurra el ASEGURADO por los Servicios y/o insumos médicos y quirúrgicos requeridos, si el ASEGURADO sufre una enfermedad cubierta, contraída durante el periodo de vigencia de la póliza. Siempre que la misma haya sido reportada a la ASEGURADORA previamente.**

- 2. La indemnización se pagará siempre y cuando:**
 - a. La enfermedad ocurra dentro del período de vigencia de la cobertura estipulada en las Condiciones Particulares, y que dicha cobertura se encuentre en plena vigencia.**
 - b. La enfermedad sea contraída durante el viaje, se deja expresamente establecido que esta cobertura no ampara enfermedades preexistentes. Se entiende por enfermedad preexistente, aquella condición patológica, conocida o no por el ASEGURADO al momento de contratar este seguro, tales como, pero no limitadas a las siguientes enfermedades:**
 - **Cáncer y neoplasias malignas.**
 - **Enfermedad por VIH o SIDA.**
 - **Hepatitis B, C, D, E y G.**
 - **Enfermedad Coronaria y sus complicaciones como Angina e Infarto Agudo de Miocardio.**
 - **Enfermedad Ateroesclerótica y Ateromatosis.**
 - **Accidente, Ataque, Enfermedad o Evento Cerebro Vascular.**
 - **Trastornos Metabólicos u hormonales como Diabetes Mellitus, Hipotiroidismo, Dislipidemias (colesterol, triglicéridos, etc.), entre otros.**
 - **Litiasis de cualquier tipo, como renal, urinaria, de vesícula biliar, lacrimal, salivar, entre otras.**
 - **Enfermedades Congénitas, Genéticas o Hereditarias.**
 - **Insuficiencia Renal Crónica.**
 - **Cirrosis Hepática.**
 - **Enfermedades pulmonares como el asma y el EPOC tipo bronquitis crónica y enfisema pulmonar.**
 - **Enfermedades del colon Diverticulosis, Diverticulitis y polipomatosis.**
 - **Enfermedades del sistema articular como artritis, reumatismo, fibromialgia, gota, entre otros.**
 - **Enfermedades de la próstata a excepción de infecciones.**
 - **Enfermedades de transmisión sexual.**
 - **Enfermedades mentales o estados de alteración mental o alienación.**

EXCLUSIONES ADICIONALES

Adicional a las exclusiones contenidas en el amparo básico, la presente cobertura no ampara los gastos médicos del ASEGURADO, que sean consecuencia directa o indirecta de:

- a. Cualquier tratamiento programado con anticipación o relacionado con padecimientos preexistentes, a la fecha en que se inicia la vigencia de la cobertura, con respecto a cada asegurado.
 - b. Anteojos, lentes de contacto, audifonos y exámenes para la prescripción de los mismos, a menos que la lesión o enfermedad haya causado el deterioro de la visión o de la audición.
 - c. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten a consecuencia de un accidente que haya ocurrido durante la vigencia de esta póliza.
 - d. Tratamientos quiroprácticos o de acupuntura.
 - e. Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, excepto los que resulten a consecuencia de un accidente cubierto y que originen lesiones en dientes naturales.
 - f. Afecciones de la columna vertebral, salvo que resulten a consecuencia de un accidente cubierto.
 - g. Costos de reposición de aparatos ortopédicos y de prótesis.
 - h. Gastos realizados por acompañantes del ASEGURADO durante su hospitalización, salvo el gasto de cama extra para un acompañante.
 - i. Intervención quirúrgica o tratamiento de carácter preventivo.
 - j. Tratamiento de calvicie, obesidad o esterilidad, así como intervenciones quirúrgicas o tratamientos para el control de natalidad y sus complicaciones.
3. **Período de Beneficio:** Se reembolsarán todos los gastos cubiertos generados dentro de los noventa (90) días posteriores a la fecha del accidente o hasta agotar la Suma Asegurada.
4. **Gastos Cubiertos:** Los gastos cubiertos en que el ASEGURADO puede incurrir por la prestación de servicios recomendados por el médico tratante son:
- a. Los gastos por honorarios médicos y/o quirúrgicos;
 - b. Los gastos de internación hospitalaria y el uso de quirófano (habitación privada estandar);
 - c. Los gastos de anestesistas, exámenes, o tratamientos radiológicos y análisis de laboratorio, indispensables para el tratamiento médico del ASEGURADO;
 - d. Los gastos por enfermera, máximo tres (3) turnos por día, durante treinta (30) días;
 - e. Los gastos por servicios de ambulancia, hasta un máximo del veinticinco por ciento (25%) de la Suma Asegurada;

La indemnización de que trata esta cobertura operará mediante uno de los siguientes sistemas:

- a. Mediante reembolso, hasta el monto del valor asegurado, en el evento que el ASEGURADO asuma directamente los gastos médicos.

- b. Mediante pago directo de los gastos médicos al prestador del servicio médico, hasta el monto del valor asegurado, por parte de La **ASEGURADORA** o de quien éste último designe.
5. **Los gastos anteriores no deberán resultar en exceso de los costos regulares y acostumbrados en el lugar y establecimiento donde se reciban o proporcionen los servicios médicos, ni en exceso de los cobrados normalmente por el servicio médico respectivo.**
6. **RESPONSABILIDAD MÁXIMA: LA RESPONSABILIDAD MÁXIMA DE LA ASEGURADORA EN NINGÚN CASO EXCEDERÁ SUMA ASEGURADA CONTRATADA PARA ESTA COBERTURA.**

D. GASTOS ODONTOLÓGICOS DE EMERGENCIA

1. **La ASEGURADORA, reembolsará al ASEGURADO los gastos usuales y razonables por atención odontológica de urgencia, limitada exclusivamente al tratamiento del dolor y/o infección odontológica, y/o extracción de la pieza dentaria que, durante el periodo de vigencia de la póliza, sufra el ASEGURADO en su dentadura natural en el viaje amparado. Siempre que la misma haya sido reportada a la ASEGURADORA previamente.**
2. **La indemnización se pagará siempre y cuando:**
- a. **Los gastos odontológicos ocurran dentro del período de vigencia de la cobertura estipulado en las Condiciones Particulares, y que dicha cobertura se encuentre en plena vigencia.**

La indemnización de que trata este amparo operará mediante uno de los siguientes sistemas:

- a. Mediante reembolso, hasta el monto del valor asegurado, en el evento que el ASEGURADO asuma directamente los gastos médicos odontológicos.
- b. Mediante pago directo de los gastos médicos odontológicos al prestador del servicio médico, hasta el monto del valor asegurado, por parte de la ASEGURADORA o de quien éste último designe.

EXCLUSIONES ADICIONALES

Adicional a las exclusiones contenidas en el amparo básico, la presente cobertura no ampara los tratamientos de coronas y/o prótesis temporales o definitivas, así como cualquier tratamiento estético.

3. **Período de Beneficio:** Se reembolsarán todos los gastos cubiertos generados dentro de los treinta (30) días posteriores a la fecha del accidente o hasta agotar la Suma Asegurada.
4. **Los gastos anteriores no deberán resultar en exceso de los costos regulares y acostumbrados en el lugar y establecimiento donde se reciban o proporcionen los servicios odontológicos de emergencia, ni en exceso de los cobrados normalmente por el servicio médico respectivo.**

5. RESPONSABILIDAD MÁXIMA: LA RESPONSABILIDAD MÁXIMA DE LA ASEGURADORA EN NINGÚN CASO EXCEDERÁ LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA PARA ESTA COBERTURA.

E. MEDICAMENTOS

1. Si durante la vigencia del seguro, el **ASEGURADO** sufre un accidente o una enfermedad cubierta que no requiera de su hospitalización, la **ASEGURADORA** reembolsará los gastos de los medicamentos prescritos por el médico tratante, que sean requeridos por el **ASEGURADO** como consecuencia de una emergencia, a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierta, ocurrida en el viaje, durante el periodo de vigencia de esta póliza, siempre que el accidente o enfermedad cubierta, y los gastos de medicamentos sean reportados a la **ASEGURADORA**.
2. La indemnización se pagará siempre y cuando:
 - a. Los gastos en medicamentos, ocurran dentro del período de vigencia de la cobertura estipulado en las Condiciones Particulares, y que dicha cobertura se encuentre en plena vigencia.
 - b. El **ASEGURADO** presente la documentación requerida con la presentación de la prescripción médica y facturas originales.

La indemnización de que trata este amparo operará mediante uno de los siguientes sistemas:

- a. Mediante reembolso, hasta el monto del valor asegurado, en el evento que el **ASEGURADO** asuma directamente los gastos de medicamentos.
 - b. Mediante pago directo de los gastos médicos al prestador del servicio médico, hasta el monto del valor asegurado, por parte de la **ASEGURADORA** o de quien éste último designe.
3. **Período de Beneficio:** Se reembolsarán todos los gastos de los medicamentos prescritos hasta el límite de suma asegurada establecido en las Condiciones Particulares. Siempre y cuando los medicamentos sean prescritos durante el periodo de vigencia de la póliza.

4. RESPONSABILIDAD MÁXIMA. - LA RESPONSABILIDAD MÁXIMA DE LA ASEGURADORA EN NINGÚN CASO EXCEDERÁ LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA PARA ESTA COBERTURA.

F. TRASLADO MÉDICO DE EMERGENCIA.

1. La **ASEGURADORA** reembolsará los gastos cubiertos incurridos por concepto de Traslado Médico de Emergencia al utilizar un transporte terrestre, marítimo o aéreo que sea necesario, si el **ASEGURADO** sufre un accidente o enfermedad cubierta que le ocurra fuera de su lugar de residencia habitual, poniendo en peligro su vida y que no cuente con los medios necesarios para trasladarse, a fin de proporcionarle la atención adecuada.

2. La indemnización se pagará siempre y cuando:

- a. El accidente ocurra dentro del período de vigencia de la cobertura estipulado en las Condiciones Particulares, y que dicha cobertura se encuentre en plena vigencia.**
- b. Deberá contar con dictamen de un médico en donde se certifique la gravedad o naturaleza de la lesión que justifique el Traslado Médico de Emergencia.**
- c. El accidente cubierto o enfermedad cubierta deberá ocurrir al realizar un viaje de negocios o de placer sin que medie la provocación del accidente por parte del ASEGURADO, iniciando la cobertura desde que el ASEGURADO sale de la casa u oficina hacia el lugar de su viaje en forma ininterrumpida, durante el viaje y la estancia en ese lugar, hasta el regreso a la casa u oficina el que ocurra primero, de forma ininterrumpida.**

La indemnización de que trata este amparo operará mediante uno de los siguientes sistemas:

- a. Mediante reembolso, hasta el monto del valor asegurado, en el evento que el ASEGURADO asuma directamente los de traslado.**
- b. Mediante pago directo de los gastos médicos al prestador del servicio médico, hasta el monto del valor asegurado, por parte de la ASEGURADORA o de quien éste último designe.**

3. Gastos Cubiertos:

- a. Los gastos por transporte y tratamiento médico incluyendo, servicios y médicos en que se incurran por el traslado médico, desde el lugar donde ocurrió el accidente o la enfermedad hasta el hospital, clínica o sanatorio más cercano y que cuente con los medios necesarios a fin de proporcionarle la atención a adecuada.**
- b. Los gastos por transporte deberán ser autorizados por un médico, utilizando la vía más corta y directa posible, la transportación deberá de cumplir con el reglamento del tipo del medio de transporte que realiza el traslado.**

4. RESPONSABILIDAD MÁXIMA. - LA RESPONSABILIDAD MÁXIMA DE LA ASEGURADORA EN NINGÚN CASO EXCEDERÁ LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA PARA ESTA COBERTURA.

G. REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES

- 1. La ASEGURADORA reembolsará los gastos cubiertos incurridos señalados en el numeral 3 de este literal, si el ASEGURADO fallece a consecuencia de un accidente, estando fuera de su ciudad de residencia habitual. Los gastos no deberán exceder la Suma Asegurada que se indica en las Condiciones Particulares de la Póliza.**

2. La indemnización se pagará siempre y cuando:

- a. El accidente ocurra dentro del período de vigencia de la cobertura estipulado en las Condiciones Particulares, y que dicha cobertura se encuentre en plena vigencia.**
- b. El fallecimiento ocurra al realizar un viaje de negocios o de placer sin que medie la provocación del accidente por parte del ASEGURADO, iniciando la cobertura**

desde que el ASEGURADO sale de la casa u oficina hacia el lugar de su viaje en forma ininterrumpida, durante el viaje y la estancia en ese lugar, hasta el regreso a la casa u oficina el que ocurra primero, pero de forma ininterrumpida.

La indemnización de que trata este amparo operará mediante uno de los siguientes sistemas:

- a. Mediante reembolso, hasta el monto del valor asegurado, en el evento que el beneficiarios o familiar del **ASEGURADO** asuma directamente los de repatriación de restos mortales.
- b. Mediante pago directo de los gastos médicos al prestador del servicio médico, hasta el monto del valor asegurado, por parte de la **ASEGURADORA** o de quien éste último designe.

3. Gastos Cubiertos:

- a. Los gastos por embalsamamiento, cremación y ataúd.
- b. Los gastos por transportación de los restos mortales al lugar de residencia habitual del **ASEGURADO**.
- c. Los gastos médicos y legales para poder realizar la transportación.

4. RESPONSABILIDAD MÁXIMA. - LA RESPONSABILIDAD MÁXIMA DE LA ASEGURADORA EN NINGÚN CASO EXCEDERÁ LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA PARA ESTA COBERTURA.

H. DEMORA DE VIAJE.

1. La **ASEGURADORA** reembolsará al **ASEGURADO** los gastos por concepto de comidas y alojamiento en caso de demora del viaje, mientras el **ASEGURADO** es pasajero de una Línea de Transporte de Pasajeros con itinerarios fijos.
2. **Período de Beneficio:** Se reembolsarán todos los gastos cubiertos, cuando la demora del Viaje sea por un tiempo mayor o igual a doce (12) horas contadas desde la llegada a destino del **ASEGURADO**.
3. **La indemnización se pagará siempre y cuando:**
 - a. La demora del Viaje, ocurra dentro del período de vigencia de la cobertura estipulado en las Condiciones Particulares, y que dicha cobertura se encuentre en plena vigencia,
 - b. La demora sea originada a causa de una huelga o problema laboral de los trabajadores de la Línea de Transporte;
 - c. La demora sea ocasionada por fallas en el equipo de la Línea de Transporte; y
 - d. La demora ocurra por clima inclemente.
 - e. La línea Transportista certifique por escrito las causas que originaron la demora y la duración de ésta.
 - f. El viaje deberá haber sido contratado con una Línea de Transporte de pasajeros
4. **Indemnización:** La **ASEGURADORA** reembolsará al **ASEGURADO** los gastos por demora sujetos, al máximo diario hasta un límite máximo de diez (10) días.

5. RESPONSABILIDAD MÁXIMA: LA RESPONSABILIDAD MÁXIMA DE LA ASEGURADORA EN NINGÚN CASO EXCEDERÁ LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA PARA ESTA COBERTURA.

ESTA COBERTURA NO TENDRÁ EFECTO CUANDO LA DEMORA DEL VIAJE SE DEBA A CAUSAS QUE SE HAYAN HECHO PÚBLICAS POR CUALQUIER MEDIO, O QUE SEAN DEL CONOCIMIENTO DEL ASEGURADO VEINTICUATRO (24) HORAS PREVIAS A LA SALIDA DE SU VIAJE.

I. CANCELACIÓN O INTERRUPTCIÓN DE VIAJE.

1. La ASEGURADORA se obliga a resarcir al ASEGURADO, si el viaje se cancela durante los ocho (8) días calendario anteriores al inicio del mismo o durante el mismo, en forma necesaria e inevitable.

2. La indemnización se pagará siempre y cuando:

- a. Muerte o enfermedad grave, que tenga carácter de urgencia y motive la internación o inhiba la deambulaci3n, generando un estado de postraci3n en el ASEGURADO y por lo tanto imposibilite la iniciaci3n y/o continuaci3n del viaje del mismo.**
- b. Muerte o internaci3n hospitalaria por m3s de tres (3) d3as por accidente o enfermedad declarada, la cual debe ser en forma repentina y de manera aguda, del c3nyuge, padres, hermanos o hijos del ASEGURADO. La enumeraci3n es taxativa y no enunciativa.**
- c. Cuando el ASEGURADO haya sido declarado en cuarentena en forma fehaciente y por escrito, por autoridad sanitaria competente con posterioridad a la contrataci3n del viaje.**
- d. El viaje deber3 haber sido contratado con una L3nea de Transporte de pasajeros.**
- e. El ASEGURADO debe entregar a LA ASEGURADORA los originales extendidos a nombre del ASEGURADO de los recibos, boletas y facturas cuando corresponda, copia de los contratos de viaje, pasajes, vouchers de hoteler3a u otros documentos que acrediten el gasto incurrido y su cancelaci3n o interrupci3n.**
- f. Cualquier solicitud de cobertura de este beneficio debe ir acompa3ado de una carta explicativa con las razones de la interrupci3n y el resultado que obtuvo junto a la empresa con la cual el ASEGURADO celebr3 el contrato de viaje, en la devoluci3n de los valores pagados o adeudados.**
- g. El ASEGURADO deber3 presentar los documentos M3dicos que acrediten la identidad del ASEGURADO, o Miembro de su familia, en donde se demuestre la veracidad de la enfermedad o accidente. En caso de fallecimiento del ASEGURADO o Miembro de su Familia; se deber3 presentar el Certificado de Defunci3n correspondiente**

La cobertura bajo los supuestos previstos en los puntos a, b y c precedentes, se extender3 asimismo al c3nyuge e hijos del ASEGURADO, en caso que los mismos viajen con el

ASEGURADO siempre que sean ellos también **ASEGURADOS**, y por las causas previstas en los mencionados numerales, deban también cancelar su viaje.

EXCLUSIONES ADICIONALES

La ASEGURADORA, no pagará indemnización alguna por la presente cobertura que resulte de:

- a. Padecimientos preexistentes del ASEGURADO, es decir, existentes con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la cobertura.**
- 3. Indemnización:** La indemnización corresponderá a los gastos del viaje no utilizados y no reembolsables que hayan sido pagados con anticipación tales como el hotel y/o los gastos de cancelación del boleto de Transporte no utilizado, antes de que ocurriera tal enfermedad, accidente o fallecimiento.
- 4. En cuanto a la cobertura de Interrupción de Viaje, la ASEGURADORA, autorizará y pagará el costo del Viaje del ASEGURADO a su lugar de residencia y, de ser el caso, el costo del Viaje para que regrese al lugar donde se interrumpió el viaje y así continuar con él.**
- 5. RESPONSABILIDAD MÁXIMA: LA RESPONSABILIDAD MÁXIMA DE LA ASEGURADORA EN NINGÚN CASO EXCEDERÁ DE LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA PARA ESTA COBERTURA.**

J. PÉRDIDA DE EQUIPAJE.

1. La ASEGURADORA pagará al ASEGURADO la indemnización especificada en las Condiciones Particulares de la póliza si su equipaje se pierde al ser robado o extraviado mientras el ASEGURADO es un pasajero en una Línea de Transporte de Pasajeros con itinerarios fijos. El equipaje y el ASEGURADO deberán de estar registrados en dicha Línea.

2. Indemnización: La indemnización será igual al valor de reposición de su equipaje registrado y su contenido hasta el monto de indemnización máxima.

3. Periodo de Beneficio: estará limitado a un (1) evento por **ASEGURADO** y por periodo de vigencia de la póliza. El periodo de espera para dictaminar la pérdida de equipaje será de quince (15) días contados a partir de sus últimas noticias, las cuales debieron tenerse durante el periodo de vigencia de la cobertura de la póliza.

No se considera pérdida de equipaje la confiscación o expropiación del mismo por orden de cualquier gobierno o autoridad pública.

4. La indemnización se pagará siempre y cuando:

- a. La pérdida del equipaje ocurra dentro del período de vigencia de la cobertura estipulado en las Condiciones Particulares, y que dicha cobertura se encuentre en plena vigencia.**
- b. La pérdida ocurra al realizar un viaje de negocios o de placer sin que medie la provocación del accidente por parte del ASEGURADO, iniciando la cobertura**

desde que el ASEGURADO sale de la casa u oficina hacia el lugar de su viaje en forma ininterrumpida, durante el viaje y la estancia en ese lugar, hasta el regreso a la casa u oficina el que ocurra primero, pero de forma ininterrumpida.

EXCLUSIONES ADICIONALES

La ASEGURADORA, no pagará indemnización alguna por la presente cobertura que resulte de:

- a. Pérdidas o hurtos parciales de cualquier tipo.
- b. Rotura o daños del equipaje.
- c. Esta Póliza no ampara las pérdidas totales que resulten de: expropiación por cualquier gobierno o aduanas, la ruptura de cualquier tipo de cámara, materiales e instrumentos de trabajo musicales, radios y bienes similares, objetos de arte, equipo electrónico, equipaje no registrado en la Línea Transportista, y/o equipaje confiscado o destruido por aduanas o agencias del gobierno.

5. RESPONSABILIDAD MÁXIMA: LA RESPONSABILIDAD MÁXIMA DE LA ASEGURADORA EN NINGÚN CASO EXCEDERÁ LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA PARA ESTA COBERTURA.

K. DEMORA DE EQUIPAJE.

1. La ASEGURADORA pagará al ASEGURADO la indemnización correspondiente a esta cobertura, si la entrega del equipaje registrado se retrasa por un período mayor a veinticuatro (24) horas, desde el momento en que el ASEGURADO llega a su destino indicado en su boleto de viaje, hasta el momento en que el equipaje llega, al viajar como pasajero de una Línea de Transporte de Pasajeros con itinerarios fijos.

2. Indemnización: La indemnización corresponderá a los gastos necesarios personales, hasta el máximo estipulado.

3. Período de Beneficio: Estará limitado a un (1) evento por ASEGURADO y por vigencia del plan adquirido.

4. La indemnización se pagará siempre y cuando:

- a. La demora del equipaje ocurra dentro del periodo de vigencia de la cobertura, estipulada en las Condiciones Particulares;
- b. El equipaje registrado se retrasa por un período mayor a las veinticuatro (24) horas.
- c. Constancia o prueba de que el equipaje se haya retrasado durante su transporte por la Línea de Transporte de Pasajeros con itinerarios fijos.
- d. Constancia o prueba de que el equipaje fuese registrado por el ASEGURADO, en el mismo viaje en el que él ASEGURADO viajaba.
- e. Constancia o prueba de que el equipaje haya sido reportado como retrasado ante la Línea de Transporte de Pasajeros con itinerarios fijos..

EXCLUSIONES ADICIONALES

La ASEGURADORA, no pagará indemnización alguna por la presente cobertura que resulte de:

- a. Demora del equipaje que se presente en el viaje por el cual el ASEGURADO llega a su ciudad de residencia habitual

5. RESPONSABILIDAD MÁXIMA: LA RESPONSABILIDAD MÁXIMA DE LA ASEGURADORA EN NINGÚN CASO EXCEDERÁ LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA PARA ESTA COBERTURA.

L. COMPRA PROTEGIDA (ROBO, CON VIOLENCIA, DE COMPRAS CON TARJETA DÉBITO O CRÉDITO)

1. La ASEGURADORA, cuando así se indique expresamente en las Condiciones Particulares, ampara el robo (de conformidad con el artículo 218 del Código Penal de la República de Panamá), de las mercancías que, mediante el uso de una tarjeta de crédito o débito, emitida a favor del ASEGURADO por el Banco emisor de la tarjeta, sean compradas por el ASEGURADO en cualquier establecimiento comercial habilitado para tal efecto con datafono o equipo transmisor de datos electrónicos.

2. **Indemnización:** La ASEGURADORA reembolsará el valor de las mercancías robadas, hasta agotar la suma asegurada.

3. **Periodo de Beneficio:** el robo de las mercancías compradas debe ser cometido dentro del transcurso de las dos (2) horas siguientes a la fecha y hora de la compra de las mercancías. Estará limitado a un (1) evento por ASEGURADO y por periodo de vigencia de la cobertura.

4. La indemnización se pagará siempre y cuando:

- a. El robo de las mercancías ocurra dentro del periodo de vigencia de la cobertura, estipulada en las Condiciones Particulares;
- b. Que el robo se haya producido durante el viaje del ASEGURADO.
- c. Que el robo sea cometido mediante el uso de la fuerza o violencia contra el ASEGURADO, en estado de indefensión, o bajo el efecto de drogas tóxicas o alucinógenas.
- d. El ASEGURADO para demostrar la ocurrencia y cuantía de la pérdida, deberá proporcionar, la denuncia efectuada ante la autoridad competente del país en que se encontraba, al momento de producirse el robo.

EXCLUSIONES ADICIONALES

No serán considerados como bienes asegurados, en ningún caso:

- a. El dinero en efectivo o en cualquiera de sus formas.
- b. Los cheques de viaje.
- c. Billetes y pasajes.
- d. Los animales y plantas naturales.
- e. El oro, plata y otros metales preciosos, perlas y piedras preciosas no engarzadas,

- manuscritos, papeles de comercio, títulos, acciones, bonos y otros valores.
- f. Las joyas, alhajas y relojes en equipajes, a menos que sean llevados consigo por el ASEGURADO y se encuentren en todo momento bajo su custodia o la de sus acompañantes, previamente conocidos por aquel.
 - g. Los bienes consumibles o perecederos (incluyendo, pero no limitado a alimentos, medicamentos, combustibles, explosivos).
 - h. Automotores, motocicletas, scooters, aeronaves, barcos, veleros y cualquier otro vehículo que requiera licencia para circular, como así también sus partes y accesorios.
 - i. Equipos deportivos, durante su utilización.
 - j. Bienes comprados usados, incluyendo antigüedades.

5. RESPONSABILIDAD MÁXIMA. - LA RESPONSABILIDAD MÁXIMA DE LA ASEGURADORA EN NINGÚN CASO EXCEDERÁ LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA PARA ESTA COBERTURA.

M. PROPIEDAD PERSONAL

1. La ASEGURADORA indemnizará al ASEGURADO por el robo de Propiedad Personal, que son los bienes de uso personal, portados por el ASEGURADO, o por los que es responsable y lleva consigo, tales como computador portátil, tablet, cámara fotográfica, teléfono celular cuando este se produzca durante el periodo del viaje según el plan contratado y hasta agotar la suma asegurada.

2. Indemnización: La ASEGURADORA reembolsará el valor de las mercancías robadas, hasta agotar la suma asegurada.

3. Periodo de Beneficio: Esta cobertura se limita a un (1) evento por ASEGURADO y por periodo de vigencia de la cobertura.

4. La indemnización se pagará siempre y cuando:

- a. El robo ocurra dentro del periodo de vigencia de la cobertura, estipulada en las Condiciones Particulares.
- b. Que el robo se haya producido durante el viaje del ASEGURADO.
- c. Que el ASEGURADO posea la documentación que acredite que la propiedad personal robada le pertenece a él, y que su adquisición fue antes del inicio del viaje del ASEGURADO. Para ello se deberá presentar el comprobante original de compra.
- d. Al momento de efectuar el pago de la indemnización, la ASEGURADORA descontará la depreciación del equipo, así como también el desgaste y uso del mismo. La ASEGURADORA indemnizará hasta el monto del valor actual que tuviere el objeto, inmediatamente antes de ocurrir el siniestro. Se calculará el mencionado valor actual, deduciendo del valor de reposición del objeto una cantidad adecuada por concepto de depreciación por desgaste y uso.

- e. Al momento de solicitar el pago de la indemnización, el ASEGURADO deberá presentar el reporte policial correspondiente donde notifica el robo de la Propiedad Personal. Este documento debe ser el original.
- f. En el caso de requerir cobertura por este ítem, el ASEGURADO deberá notificar a la ASEGURADORA el número de serie del computador antes del inicio de cada viaje.

5. RESPONSABILIDAD MÁXIMA: LA RESPONSABILIDAD MÁXIMA DE LA ASEGURADORA EN NINGÚN CASO EXCEDERÁ LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA PARA ESTA COBERTURA.

N. HURTO CON FORZAMIENTO A CASA HABITACIÓN

1. La ASEGURADORA indemnizará al ASEGURADO hasta la suma especificada en las Condiciones Particulares de la póliza, por el hurto con evidencia de forzamiento, de los bienes que se encuentren en el lugar de residencia habitual del ASEGURADO o el daño provocado a la propiedad, por el forzamiento, destrucción o ruptura del bien inmueble como consecuencia del hurto o intento de hurto, durante el periodo de vigencia de la cobertura, de conformidad al artículo 214, numeral 6 del Código Penal de la República de Panamá.

2. La indemnización se pagará siempre y cuando:

- a. El hurto con forzamiento en casa habitación, ocurra dentro de la vigencia de la cobertura, estipulada en las Condiciones Particulares.
- b. Que el hurto con forzamiento se haya producido durante el viaje del ASEGURADO.
- c. Solo está cubierto el hurto con forzamiento de los objetos asegurados siempre que estos se encuentren en un edificio, local o recinto cerrado y techado.
- d. Al momento de solicitar el pago de la indemnización, el ASEGURADO deberá presentar el reporte policial correspondiente donde notifica el hurto con forzamiento, realizado a su domicilio. Este documento debe ser el original.
- e. El ASEGURADO deberá presentar la denuncia ante las autoridades competentes, dentro de las veinticuatro (24) horas posteriores al descubrimiento.

EXCLUSIONES ADICIONALES

No serán considerados como bienes asegurados, en ningún caso:

- a. El dinero en efectivo o en cualquiera de sus formas.
- b. Los animales y plantas naturales.
- c. El oro, plata y otros metales preciosos, perlas y piedras preciosas no engarzadas, manuscritos, papeles de comercio, títulos, acciones, bonos y otros valores, las joyas, alhajas, y relojes en equipajes.
- d. Los bienes consumibles o perecederos (incluyendo, pero no limitado a alimentos, medicamentos, combustibles, explosivos).
- e. Vehículos terrestres, aéreos y marítimos, así como sus piezas, accesorios o cargas.
- f. Cuando el hurto con forzamiento, haya sido efectuado en forma deliberada, ya sea directa o indirectamente, por el ASEGURADO o familiar cercano del mismo.

- g. El presente seguro no cubre pérdidas que no sean constitutivas de delito de hurto con forzamiento, tales como hurto, robo con violencia en las personas, apropiación indebida, estafas y otros engaños.

3. RESPONSABILIDAD MÁXIMA: LA RESPONSABILIDAD MÁXIMA DE LA ASEGURADORA EN NINGÚN CASO EXCEDERÁ LA SUMA ASEGURADA CONTRATADA PARA ESTA COBERTURA.

CLÁUSULA QUINTA. - OMISIONES Ó INEXACTAS DECLARACIONES.

1. El **CONTRATANTE**, el **ASEGURADO**, y el **TITULAR** están obligados a declarar por escrito a la **ASEGURADORA**, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes que se le pregunten para la apreciación del riesgo, que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del Contrato.

2. La omisión o declaración inexacta de tales hechos, implica la nulidad del Contrato, según lo establecido en el Artículo 1000 del Código de Comercio de la República de Panamá, aunque no haya influido en la realización de un siniestro.

CLÁUSULA SEXTA. - MODIFICACIONES AL CONTRATO.

1. Cualquier modificación a esta póliza se hará por escrito y por acuerdo del **CONTRATANTE** y la **ASEGURADORA**. Dichas modificaciones se harán constar mediante Endosos o Cláusulas adicionales que serán firmadas por un funcionario autorizado de la **ASEGURADORA**.

2. Sólo tendrán validez las modificaciones por escrito que se hagan a estas Condiciones Generales, por medio de Endosos, debidamente firmados por LA **ASEGURADORA**. En consecuencia, ni los agentes, ni corredores, ni cualquier otra persona, tiene facultades para hacer concesiones o modificaciones.

3. Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el **ASEGURADO** podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta (30) días calendario que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.

CLÁUSULA SÉPTIMA. - NOTIFICACIONES.

1. Cualquier declaración o notificación relacionada con el presente Contrato de Seguro deberá hacerse a la **ASEGURADORA** por escrito, precisamente en su domicilio social, indicado en las Condiciones Particulares de esta Póliza; en tanto que a cualquiera de los **ASEGURADOS**, las notificaciones serán hechas al **CONTRATANTE**, a la dirección de calle, apartado, correo electrónico o cualquiera que conste en las Condiciones Particulares o en el expediente de la Póliza.

2. En todos los casos en que la dirección de las oficinas de la **ASEGURADORA** llegare a ser diferente de la que conste en las Condiciones Particulares de la Póliza expedida, ésta deberá poner en conocimiento del **CONTRATANTE** su nueva dirección en la República de Panamá, para todas las

informaciones y avisos que deban enviarse a la **ASEGURADORA** y para cualquier otro efecto legal.

CLÁUSULA OCTAVA. - CONTROVERSIAS.

1. Vía Administrativa.

Los consumidores de seguro podrán interponer ante la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá, las quejas y denuncias que tengan contra la **ASEGURADORA**, hasta por un monto de veinticinco mil balboas (B/.25,000.00), o aquellas quejas que, sin tener una cuantía determinada, guarden relación con el derecho a la información, o a prácticas inadecuadas de mercado que resulten en perjuicio del consumidor de seguros, salvo las que se refieran a publicidad inexacta o engañosa. Una vez la Superintendencia tome conocimiento de estas quejas y/o denuncias por incumplimiento de normas de seguro de protección al consumidor de seguros y por razón del interés que protege y la naturaleza de la actividad, no habrá intervención alguna, simultánea de otra autoridad. (Artículo 251 de la Ley No. 12 de 2012)

2. Vía Judicial.

En caso de controversia, el **CONTRATANTE/ASEGURADO/Reclamante** podrá acudir a los Tribunales de Justicia de la Ciudad de Panamá, República de Panamá. Lo anterior, dentro del término de un (1) año, a partir del día en que la obligación sea exigible, de acuerdo a lo dispuesto en el Artículo 1650 del Código de Comercio de la República de Panamá.

La prescripción se interrumpirá por las causas ordinarias contempladas en el Artículo 1649-A del citado Código.

CLÁUSULA NOVENA. - MONEDA.

1. Todos los pagos relativos a este Contrato, el pago de la prima, como las indemnizaciones a que haya lugar por esta Póliza, tanto por el **ASEGURADO** como por la **ASEGURADORA**, son liquidables en Balboas o Dólares, moneda de curso legal de los Estados Unidos de América.

CLÁUSULA DÉCIMA. - PRIMAS.

1. La prima de esta póliza será la suma de las correspondientes al **ASEGURADO** y se considera vencida y pagadera en su totalidad, en el momento de la celebración del Contrato, salvo pacto en contrario.

2. Si el **ASEGURADO** opta por el pago fraccionado de la prima, dichos pagos deberán ser por periodos de igual duración, no inferiores a un (1) mes y vencerán al inicio de cada periodo pactado, según lo indica las Condiciones Particulares.

3. En caso que el cargo no se realice con tal frecuencia por causas imputables al **ASEGURADO** o **CONTRATANTE**, éste se encuentra obligado a realizar directamente el pago de la fracción de prima correspondiente en las oficinas de la **ASEGURADORA**, o abonando en la cuenta que le indique ésta última. El comprobante o ficha de pago acreditará el cumplimiento.

3.1. Se entenderán como causas imputables al **ASEGURADO** o **CONTRATANTE**, la cancelación de su tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria, la falta de saldo o crédito disponible o cualquier situación similar.

3.2. En el caso en que la prima sea pagada mediante cargo a su tarjeta de crédito, débito o cuenta bancaria, hasta tanto la **ASEGURADORA** no entregue el recibo de pago de sus primas, el estado de cuenta en donde aparezca el cargo correspondiente será prueba plena de pago de la prima.

4. Si el **ASEGURADO** o el **CONTRATANTE** omiten tal obligación, el Contrato de Seguro quedará suspendido en sus efectos una vez transcurrido el periodo de gracia, según lo dispuesto en la Cláusula Décimo Segunda siguiente.

5. En cada renovación la prima se determinará de acuerdo con la edad alcanzada de cada uno de los **ASEGURADOS**, aplicando las tarifas en vigor a esa fecha registrada ante la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de la República de Panamá.

CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA. - NULIDAD DE LA PÓLIZA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA.

Cualquiera que sea la forma de pago, el **CONTRATANTE** deberá cumplir con el pago total o primer pago fraccionado a la emisión de la Póliza. El incumplimiento de dicha obligación conlleva la nulidad absoluta del presente Contrato de Seguro, sin necesidad de declaración judicial alguna, por lo que se entenderá que la Póliza nunca entró en vigencia, aunque hubiere sido emitida en contravención de esta norma, por lo cual no se aplicará lo dispuesto en el artículo 998 del Código de Comercio.

CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA. - PERIODO DE GRACIA

Cuando la póliza o las Condiciones Particulares no determinen la existencia de un periodo de gracia, se entenderá por tal los treinta (30) días calendario, siguientes a la fecha en que el **CONTRATANTE** debió realizar el pago, según lo previsto en la póliza o en las Condiciones Particulares. En caso de diferencia entre el término de periodo de gracia establecido en la póliza, las Condiciones Particulares y esta ley, se tendrá por válido aquel que sea más beneficioso al **CONTRATANTE**.

CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA. - SUSPENSIÓN DE COBERTURA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA.

Cuando el **CONTRATANTE** haya efectuado el pago de la primera fracción de prima y se atrase por más del término del periodo de gracia estipulado en el pago de alguna de las fracciones de prima subsiguientes, conforme al calendario de pago establecido en la Póliza correspondiente, se entenderá que ha incurrido en incumplimiento de 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 a partir del pago de la prima dejada de pagar durante dicho periodo o hasta que la Póliza sea cancelada, conforme a lo que dispone la Cláusula Décimo Cuarta siguiente y el artículo 161 de la Ley de Seguros.

CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA. - AVISO DE CANCELACIÓN.

Todo aviso de cancelación de la póliza deberá ser notificado mediante envío al **CONTRATANTE** a la última dirección física, postal o electrónica que conste en el expediente de la póliza que mantiene la

ASEGURADORA. Copia del aviso de cancelación deberá ser enviada al corredor de seguros. Cualquier cambio de dirección del **CONTRATANTE** deberá notificarlo a la **ASEGURADORA**, de lo contrario se tendrá por válido el último que conste en el expediente. El aviso de cancelación de la póliza por incumplimiento de pago de la prima deberá enviarse al **CONTRATANTE** por escrito, con una anticipación de quince (15) días hábiles. 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.

CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA. - PRESCRIPCIÓN.

1. Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro, prescribirán en un (1) año contado en los términos del artículo 1651 del Código de Comercio de la República de Panamá, desde el día en que la obligación sea exigible.

2. La prescripción se interrumpirá por las causas ordinarias contempladas en el artículo 1649-A del Código de Comercio.

CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA. - TERRITORIALIDAD.

El presente Contrato no está sujeto a restricción alguna en lo referente a límites territoriales, con excepción de aquellos territorios en que exista un conflicto bélico de cualquier naturaleza, durante el período en que un **ASEGURADO** solicite indemnización bajo la cobertura de esta Póliza.

CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA. - DISPOSICIONES DE CUMPLIMIENTO.

Cuando el pago de la cobertura, el beneficio o la reclamación que ofrece esta Póliza constituya una infracción de las resoluciones de las Naciones Unidas o las sanciones económicas y comerciales, las leyes o regulaciones de la República de Panamá, la Unión Europea, el Reino Unido, o los Estados Unidos de América, dicho pago de la cobertura, el beneficio o la reclamación será nulo y no tendrá efecto. Lo anterior, siempre y cuando ello no constituya violación a alguna norma del derecho positivo panameño.

CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA. - CARENCIA DE RESTRICCIONES.

Este Contrato no está sujeto a restricción alguna por razones de residencia, viajes y género de vida de los **ASEGURADOS** posteriores a la contratación de la Póliza.

CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA. - EXCLUSIONES.

1. Para todas las coberturas a excepción de Demora de Viaje, Demora de Equipaje, Pérdida de equipaje, Repatriación de Restos, Interrupción y/o Cancelación de viaje, esta póliza no cubre Accidentes o enfermedades que se originen por participar en:

- a. Servicio Militar, actos de guerra, rebelión o insurrección.
- b. Actos delictivos intencionales de cualquier tipo, en los que participe directamente el **ASEGURADO**.
- c. Lesiones autoinflingidas o intento del suicidio, aunque las cometa en estado de enajenación mental o no.
- d. Muerte o lesiones sufridas por culpa, impericia o negligencia graves del **ASEGURADO** como consecuencia de estar en estado alcohólico o por el uso de estimulantes,

estupefacientes o cualquier droga ya sea legal o ilegal, excepto si fueron prescritas por un médico.

2. Salvo pacto en contrario, esta póliza no ampara accidentes que se originen por participación en actividades como:

- a. Aviación privada en calidad de tripulante, piloto, mecánico en vuelo o pasajero, en taxis aéreos y/o aeronaves que no pertenezcan a líneas aéreas comerciales autorizadas para el transporte regular de pasajeros con itinerarios fijos.
- b. Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
- c. Piloto, mecánico en vuelo o miembro de la tripulación de cualquier aeronave (servicio comercial y privado).
- d. Como conductor o pasajero de motocicletas y/o vehículos de motor similares acuáticos y/o terrestres.
- e. En paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, espeleología, motonáutica y cualquier tipo de deporte aéreo, y en general por la práctica profesional de cualquier deporte.

3. Para la cobertura de Muerte Accidental, Pérdidas orgánicas por Accidente, esta póliza no cubrirá:

- a. Por enfermedad mental.
- b. Por envenenamientos de cualquier origen y/o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue accidental.
- c. Por infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.

4. Esta póliza no cubrirá para la cobertura de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente, Gastos Médicos por Enfermedad, Gastos Odontológicos, Medicamentos, Traslado Médico de Emergencia, los gastos incurridos a consecuencia de:

- a. Cualquier tratamiento relacionado con Padecimientos Preexistentes, a la fecha en que se inicia la vigencia de la cobertura con respecto a cada ASEGURADO.
- b. Tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nervioso, neurosis psicosis, cualesquiera que fueren sus manifestaciones clínicas, excepto si fueron a consecuencia de un accidente.
- c. Afecciones propias del embarazo, incluyendo parto, cesárea, aborto y sus complicaciones, salvo que sean a consecuencia de un accidente.
- d. Hernias o eventraciones excepto si son a consecuencia de un accidente.
- e. Anomalías congénitas y condiciones que resulten o surjan de las mismas.
- f. Diagnóstico y tratamiento de acné.
- g. Anteojos, lentes de contacto, audífonos y exámenes para la prescripción de los mismos, a menos que la lesión o la enfermedad haya causado el deterioro de la visión o de la audición.
- h. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten a consecuencia de un accidente que haya ocurrido durante la vigencia de esta póliza.
- i. Tratamientos quiroprácticos o de acupuntura.

- j. Tratamientos dentales, alveolares, o gingivales, excepto los que resulten a consecuencia de un Accidente cubierto y que originen lesiones en dientes naturales.
- k. Enfermedades de transmisión sexual.
- l. Curas de reposo o exámenes médicos generales, para comprobación del estado de salud, conocidos con el nombre de check-up.
- m. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el complejo sintomático relacionado con el SIDA (CRS), y todas las enfermedades causadas por y/o relacionadas con el virus VIH +.
- n. Limitación importante al monto de la indemnización por nivel de los gastos de conformidad a lo estipulado en el numeral 9 “Gasto usual, razonable y acostumbrado” de la Clausula Vigésima. DEFINICIONES.

5. Para las coberturas de Pérdida de Equipaje, esta póliza no ampara la pérdida de:

- a. Animales
- b. Automóviles o equipos de automóvil
- c. Cualquier vehículo de transporte y sus accesorios (excepto bicicletas cuando se registre como equipaje)
- d. Menaje de casa
- e. Anteojos o lentes de contacto
- f. Dientes postizos o puentes dentales
- g. Audífonos
- h. Miembros proteicos
- i. Instrumentos musicales
- j. Dinero o títulos mobiliarios
- k. Billetes
- l. Documentos
- m. Artículos perecederos o de consumo.

6. Esta póliza no ampara las pérdidas totales o parciales que resulten de:

- a. Desgaste natural o deterioro gradual
- b. Insectos o plaga
- c. Destrucción o expropiación por cualquier gobierno ó aduanas
- d. Daños ocasionados por contaminación
- e. Ruptura de cualquier tipo de cámaras
- f. Instrumentos musicales
- g. Radios y bienes similares
- h. Objetos de arte
- i. Equipo electrónico, con la excepción de los mencionados en la cobertura de Propiedad Personal.

7. Esta póliza no cubrirá para las coberturas de Demora de Viaje por cualquier demora debida a un riesgo que al ASEGURADO se le hizo saber antes de la contratación de la póliza.

8. Siempre que el pago de la cobertura, el beneficio o la reclamación que ofrece esta Póliza constituya una infracción de las resoluciones de las Naciones Unidas o las sanciones

económicas y comerciales, las leyes o regulaciones de la República de Panamá, la Unión Europea, el Reino Unido, o los Estados Unidos de América, dicho pago de la cobertura, el beneficio o la reclamación será nulo y no tendrá efecto.

CLÁUSULA VIGÉSIMA. - DEFINICIONES.

Para todos los efectos del Contrato de Seguro, las siguientes palabras y frases tendrán el significado que a continuación se señala, a menos que el contexto requiera un significado diferente.

- 1. ACCIDENTE CUBIERTO:** Toda lesión corporal sufrida por el **ASEGURADO** como consecuencia directa de una causa externa, súbita, violenta y fortuita, que ocurra mientras se encuentre en vigor la cobertura de esta póliza. Por lo tanto, no se considerarán como accidentes, las lesiones corporales causadas intencionalmente por el **ASEGURADO**.
- 2. ASEGURADO:** Es la persona natural o jurídica que ha quedado amparado bajo los beneficios de la póliza, la cual puede tener el carácter de:
 - 2.1. TITULAR:** cuando así aparezca en las Condiciones Particulares de la Póliza; o de
 - 2.2. FAMILIAR o Dependiente:** cuando aparezca en las Condiciones Particulares o en el endoso de la inclusión de familiares o Dependientes y en el certificado correspondiente
- 3. ASEGURADORA:** Es **Chubb Seguros Panamá S.A.**, una sociedad con licencia de seguros para operar en la República de Panamá, inscrita a la Ficha 608350, Documento 1311769 de la Sección Mercantil del Registro Público de la República de Panamá.
- 4. BENEFICIARIO:** Es la persona designada por cada uno de los asegurados para recibir el beneficio del seguro, en caso de fallecimiento accidental de cada uno de ellos.
- 5. CONTRATANTE:** Es la persona natural o jurídica con la que se celebra el Contrato de Seguro con la **ASEGURADORA**.
- 6. ENFERMEDAD CUBIERTA:** Toda alteración de la salud sufrida por el **ASEGURADO**, que se origine independientemente de hechos accidentales, mientras se encuentre en vigor la cobertura de esta póliza.
- 7. EQUIPAJE REGISTRADO:** Significa el equipaje que haya sido registrado con una línea de transporte que se encuentre bajo su custodia, emitiendo un recibo como comprobante.
- 8. FAMILIAR DIRECTO:** Significa el cónyuge, hijos, hijos adoptivos, hijastros y padres del **ASEGURADO** residentes en la República de Panamá.
- 9. GASTO:** Por gasto se entiende el gasto **USUAL, RAZONABLE Y ACOSTUMBRADO:**
 - a.** Todos los gastos por el tratamiento, insumos y servicios médicos necesarios para realizar la atención médica del asegurado o afectado de la Póliza.

- b. Gastos por el tratamiento que no excedan el nivel de gasto promedio para un tratamiento similar, insumos o tratamiento médico correspondiente a la ubicación o el lugar en la que el gasto haya sido incurrido.
- c. Gastos o cargos que no se hubieran efectuado si el afectado o asegurado no hubiese tenido seguro.

10. HOSPITAL: Cualquier institución legalmente autorizada para prestar servicios hospitalarios, ya sean médicos o quirúrgicos, en el país donde se encuentra y que opera bajo la supervisión constante de un médico acreditado como tal.

11. LÍNEA DE TRANSPORTE: Significa empresa autorizada para prestar el servicio de transporte público de pasajeros, con ruta establecida y sujeto a itinerarios fijos utilizando vehículos de tipo aéreo, marítimo o terrestre.

12. MÉDICO: Persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado por las autoridades competentes para el ejercicio de la misma.

13. PADECIMIENTO PREEXISTENTE: Cualquier padecimiento que con fecha anterior a la que se inició la cobertura para cada **ASEGURADO**:

Fue de los que por sus síntomas o signos no puede pasar desapercibido; o

Fue aparente a la vista; o

Fue diagnosticado por un médico

14. PASAJERO: Es la persona que hace uso del transporte público y que ha pagado el boleto de transportación, o ha liquidado el costo correspondiente.

15. PÉRDIDA DE ÓRGANOS:

- a. Por pérdida de cualquiera de las partes citadas de un miembro, se entenderá la amputación quirúrgica o traumática de esa parte completa, o bien su anquilosamiento total.
- b. Por pérdida de un ojo, se entenderá la pérdida completa e irreparable de la vista.
- c. La pérdida significará en cuanto a las manos y a los pies, la separación o anquilosamiento en la coyuntura de la muñeca o del tobillo o arriba de los mismos.
- d. Si en la fecha del accidente, el **ASEGURADO** ya ha sufrido la amputación o el anquilosamiento de una mano, brazo, pie o pierna, o ha perdido la vista en uno o ambos ojos, esa pérdida no será incluida cuando se determinen los beneficios a pagarse bajo esta póliza.

16. HURTO con forzamiento: Se entiende por hurto con forzamiento, a la apropiación de cosa mueble ajena con forzamiento, destrucción o ruptura de obstáculos de cualquier naturaleza establecidos para proteger a la persona o a la propiedad (artículo 214, numeral 6 del Código Penal de la República de Panamá).

17. ROBO: Se entiende por robo, a la apropiación de cosa mueble ajena, mediante violencia o intimidación a la persona (de conformidad con el artículo 218 del Código Penal de la República

de Panamá).

18. FUERZA MAYOR O CASO FORTUITO: Existe fuerza mayor o caso fortuito cuando el hecho es producto de una acción u omisión imprevisible e imposible de evitar o eludir por la persona.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA. - AVISO.

Cualquier evento que pueda ser motivo de indemnización deber ser notificado a la **ASEGURADORA** dentro de los cinco (5) días calendario siguiente a su realización. El retraso para dar el aviso no traerá como consecuencia lo establecido en el Artículo 1020 del Código de Comercio de la República de Panamá, si se prueba que tal retraso se debió a causa de fuerza mayor o caso fortuito y que se proporcionó tan pronto como cesó uno u otro.

CLÁUSULA VIGESIMA SEGUNDA. - PRUEBAS.

El reclamante presentará a la **ASEGURADORA**, además de las formas de declaración del siniestro que ésta le proporcione, todas las pruebas relacionadas indicadas que razonablemente requiera la **ASEGURADORA** para analizar y comprobar el reclamo. La **ASEGURADORA** tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, y a su costa a comprobar cualquier hecho o situación de la cual se derive para ella, una obligación. La obstaculización por parte del **CONTRATANTE** o de cualquier **ASEGURADO** o de sus **BENEFICIARIOS** para que se lleve a cabo esa comprobación, será indicio en su contra.

CLÁUSULA VIGESIMA TERCERA. - INDEMNIZACIONES.

La indemnización que proceda será pagada dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la fecha en que la **ASEGURADORA** haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento del reclamo.

CLÁUSULA VIGESIMA CUARTA. - DEDUCCIONES DE OTRAS INDEMNIZACIONES.

Si a consecuencia del mismo accidente cubierto que causó la muerte o pérdida orgánica del **ASEGURADO**, se hubiesen hecho indemnizaciones por concepto de Pérdida Orgánica, éstas se deducirán de la indemnización que proceda por muerte.

CLÁUSULA VIGESIMA QUINTA. CAMBIOS DE BENEFICIARIOS.

1. Cualquier **ASEGURADO** podrá en cualquier momento hacer una nueva designación de **BENEFICIARIOS** a la **ASEGURADORA** mediante notificación escrita.
2. La **ASEGURADORA** pagará cualquier reclamación procedente pendiente a los últimos **BENEFICIARIOS** de que haya tenido conocimiento, quedado así cumplida su obligación.
3. El **ASEGURADO** puede renunciar a este derecho, si así lo desea, haciendo una designación irrevocable.

CLÁUSULA VIGESIMA SEXTA. - OTROS SEGUROS.

En caso de cualquier **ASEGURADO** esté cubierto bajo más de una póliza de este tipo emitida por la **ASEGURADORA**, se considerará asegurado a esa persona únicamente por la Póliza que provea la mayor suma asegurada.

Cuando los beneficios sean idénticos, la **ASEGURADORA**, considerará que la persona está asegurada bajo la póliza que se haya emitido primero. En cualquiera de las situaciones descritas, la **ASEGURADORA** devolverá íntegramente el monto que haya pagado al **CONTRATANTE** por concepto de primas correspondientes respecto de las otras Pólizas de este tipo que la **ASEGURADORA** haya emitido.

CLÁUSULA VIGESIMA SÉPTIMA. - EXCLUSIÓN DE ASEGURADOS.

La cobertura correspondiente a cada **ASEGURADO** terminará cuando cumpla los ochenta y seis (86) años de edad.

CLÁUSULA VIGESIMA OCTAVA. EDAD.

1. Las edades mínimas y máximas de aceptación en esta Póliza serán:

1.1. ASEGURADO- TITULAR:

Mínima edad de aceptación: Dieciocho (18) años cumplidos.

Máxima edad de aceptación: Ochenta y cinco (85) años.

Máxima edad de permanencia: Ochenta y cinco (85) años y treientos sesenta y cuatro (364) días

1.2. ASEGURADO- FAMILIAR:

Mínima edad de aceptación: Dieciocho (18) años cumplidos.

Máxima edad de aceptación: Ochenta y cinco (85) años.

Máxima edad de permanencia: Ochenta y cinco (85) años y treientos sesenta y cuatro (364) días.

1.3. ASEGURADO- DEPENDIENTE (HIJOS):

Mínima edad de aceptación: Desde la fecha de nacimiento.

Máxima edad de aceptación: Veintidos (22) años.

Máxima edad de permanencia: Veintitres (23) años.

2. Las edades de los **ASEGURADOS** suscritos a esta póliza deben comprobarse presentando pruebas fehacientes a la **ASEGURADORA**, quien extenderá el comprobante respectivo y no tendrá derecho para pedir nuevas pruebas de edad. Este requisito debe cubrirse antes de que la **ASEGURADORA** efectúe el pago de cualquier beneficio.

3. Toda declaración falsa o inexacta de hechos o circunstancias conocidas como tales por el **ASEGURADO**, por la **ASEGURADORA** o por los representantes de uno u otro que hubieren podido influir de modo directo en la existencia o condiciones de la póliza, traen consigo la nulidad de la misma. Si la falsedad o inexactitud provienen del **ASEGURADO** o de quien lo represente, la **ASEGURADORA** tiene derecho a las primas pagadas, si provienen de la **ASEGURADORA** o su representante, el **ASEGURADO** puede exigir la devolución de lo pagado por primas más un diez por ciento en calidad de perjuicios.

4. Si a consecuencia de la inexacta declaración de la edad se hubiera estado pagando una prima mayor, la **ASEGURADORA**, estará obligada a rembolsar al **ASEGURADO** el sesenta y cinco por ciento (65%) de la prima en exceso que hubiera pagado el **ASEGURADO**.

5. Si a consecuencia de la inexacta declaración de la edad del **ASEGURADO** se estuviese pagando una prima inferior a la que correspondiera por la edad real, la obligación de la **ASEGURADORA**, para con ese **ASEGURADO** será igual a la que con la prima pagada hubiere logrado comprar a la edad real.

CLÁUSULA VIGESIMA NOVENA. RENOVACIÓN.

La **ASEGURADORA** podrá emitir la renovación de la Póliza antes de haber recibido la prima correspondiente al nuevo periodo de cobertura, siempre que hubieran recibido la totalidad de la prima correspondiente al periodo anterior.

En los casos de renovación, el **CONTRATANTE** o su Corredor de Seguros deberá recibir la renovación con un mínimo de treinta (30) días calendario de anticipación a la fecha de inicio de vigencia.

En todo caso, la falta de pago de la prima o primera fracción de prima, según lo pactado en la Póliza, conlleva la nulidad absoluta del Contrato de Seguro desde el inicio del nuevo periodo de vigencia, sin necesidad de declaración judicial alguna.

Este modelo de póliza ha sido autorizado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá para ser comercializado entre el público consumidor mediante la Resolución N° DRLA-042 de 28 de junio de 2019

Endoso No. 1

EXCLUSIONES ADICIONALES

El presente Endoso No. 1 es parte de la póliza de Seguro Individual de Viajes, identificado con el código No. 30-3/MAS-Chb (09-2017), siendo aplicable al mismo lo dispuesto en las Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Solicitud de Seguro y demás Endosos.

Para efectos de interpretación del presente endoso, las exclusiones adicionales se incluirán a las Condiciones Generales y las Condiciones Particulares de este seguro, las cláusulas, condiciones, exclusiones y estipulaciones descritas a continuación son aplicables específicamente a las siguientes coberturas adicionales y exclusiones generales, quedando éstas de la siguiente manera:

CLÁUSULA CUARTA. – DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS

II. - COBERTURAS ADICIONALES

C. GASTOS MÉDICOS POR ENFERMEDAD:

EXCLUSIONES ADICIONALES

Adicional a las exclusiones contenidas en el amparo básico, la presente cobertura no ampara los gastos médicos del ASEGURADO, que sean consecuencia directa o indirecta de:

- k. Cualquier gasto, tratamiento médico y/o intervención quirúrgica que sea a consecuencia de enfermedades epidémicas y sus consecuencias, que provengan directa o indirectamente de pandemia y/o epidemias, que haya sido declaradas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o el organismo que lo represente, o bien, por la autoridad correspondiente de cualquier país, localidad o regiones afectadas.

I. CANCELACIÓN O INTERRUPCIÓN DE VIAJE:

2. La indemnización se pagará siempre y cuando:

- c. Cuando el ASEGURADO haya sido declarado en cuarentena en forma fehaciente y por escrito, por autoridad sanitaria competente con posterioridad a la contratación del viaje, siempre y cuando no sea consecuencia de una epidemia y/o pandemia declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o el organismo que lo represente, o bien, por la autoridad correspondiente de cualquier país, localidad o regiones afectadas.

CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA. - EXCLUSIONES

9. Esta póliza no tendrá cobertura para el amparo básico ni para sus coberturas adicionales por cualquier evento que surja o sea a consecuencia directa o indirecta de prohibiciones, regulaciones o intervenciones por parte de las autoridades de gobierno. Tampoco gozará de cobertura si la autoridad de gobierno emite una advertencia de no viajar al lugar de destino del ASEGURADO.

10. Esta póliza no tendrá cobertura para el amparo básico ni para sus coberturas adicionales por cualquier evento que surja o sea a consecuencia directa o indirecta de:

- a. La propagación de una enfermedad contagiosa o virus que afecte al ASEGURADO a consecuencia de enfermedades epidémicas, que provengan directa o indirectamente de una pandemia que haya sido declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o el organismo que lo represente, o bien, por la autoridad correspondiente de cualquier país, localidad o regiones afectadas.**

Regulado y Supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá