

CHUBB®

Sucursal Quito EKOPARK, Vía a Nayón y Av. Simón Bolívar, Torre IV, Piso 5
Teléfono: (593 2) 2940400

Sucursal Guayaquil Edificio World Trade Center, Torre A, Piso 15
Teléfono: (593 4) 373 1810

Sucursal Cuenca Edificio Atlantis, Alfonso Cordero 3-77, Piso 5
Teléfono: (593 7) 373 1810

RUC: 1790516008001
www.chubb.com/ec

CHUBB SEGUROS ECUADOR S.A.

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

**CLÁUSULA DE ACCIDENTES PERSONALES EN VIAJES DE NEGOCIOS
(BUSINESS TRAVEL)**

Póliza No.:
Asegurado:
Vigencia de esta cláusula:

Queda entendido y convenido que, en adición a los términos, exclusiones, cláusulas y condiciones contenidos en la Póliza arriba citada o en ella endosados, a la cual se adhiere la presente cláusula, CHUBB SEGUROS ECUADOR S.A., en adelante la Compañía, en consideración a la solicitud presentada por el Contratante y a las declaraciones de asegurabilidad hechas en las solicitudes individuales y cuestionarios adicionales por los interesados, en adelante el y/o los Asegurado(s), que sirven de base para otorgar esta cláusula y forman parte integrante de la póliza, de conformidad con las condiciones generales, especiales y particulares, y en virtud del pago de la prima correspondiente, durante la vigencia de la Póliza o de sus renovaciones debidamente convenidas, cubre los siguientes riesgos, de acuerdo a las secciones contratadas, que se encuentran señaladas en dichas condiciones particulares y en el respectivo certificado de seguro:

Art. 1º.- COBERTURAS

SECCIÓN A.- ACCIDENTES PERSONALES

A1 MUERTE ACCIDENTAL.- La Compañía pagará a los beneficiarios designados en las condiciones particulares, el monto especificado en el cuadro de “montos asegurados por persona y por riesgo” para esta cobertura, inmediatamente después de recibidas y aprobadas las pruebas, en cuanto a que el fallecimiento del Asegurado se produjo durante la vigencia de esta cobertura, como consecuencia directa e inmediata de un accidente producido durante un viaje del Asegurado. Si no se hubiere designado beneficiarios, ni reglas para su determinación, se tendrá por tales a los herederos del Asegurado. Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra a más tardar dentro de los noventa (90) días siguientes de ocurrido el accidente.

A2 DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL.- La Compañía indemnizará al Asegurado, los siguientes porcentajes del monto asegurado indicado el cuadro de “montos asegurados por persona y por riesgo” para esta cobertura, cuando la lesión no ocasione la pérdida de la vida del Asegurado producto de un accidente, sino que produzca cualquiera de las pérdidas que a continuación se indican, siempre que las consecuencias de las lesiones se manifiesten antes de los noventa (90) días contados desde su ocurrencia:

- 100% Por pérdida total de los dos ojos, o de ambos miembros superiores (brazos), o de las dos manos, o de ambos miembros inferiores (piernas), o de los dos pies, o de un miembro inferior (pierna) con una mano o un brazo;
- 50% Por pérdida total de uno de los miembros superiores (brazos), o uno de los miembros inferiores (pierna), o de una mano;
- 40% Por pérdida total de un pie;
- 50% Por la sordera completa de ambos oídos;
- 25% Por la sordera completa de un oído en caso de que el Asegurado ya hubiere tenido sordera completa del otro, antes de contratar este seguro;
- 13% Por la sordera completa de un oído;
- 50% Por la ceguera total de un ojo en caso de que el Asegurado ya hubiere tenido ceguera total del otro antes de contratar este seguro;
- 35% Por la ceguera total de un ojo;
- 20% Por la pérdida total de un pulgar;
- 15% Por la pérdida total del índice derecho o izquierdo; y,
- 5% Por la pérdida total de cualquiera de los demás dedos de la mano;
- 3% Por la pérdida total de un dedo del pie.

La pérdida total de cada falange, se calculará en forma proporcional a la pérdida total del dedo completo correspondiente. La indemnización por la pérdida total o parcial de varios dedos, se determinará sumando el porcentaje asignado a cada uno de los dedos y falanges perdidos. La pérdida funcional total de cualquier miembro, se considerará como pérdida efectiva del mismo. En caso de ocurrir más de un siniestro durante la vigencia de esta Póliza, los porcentajes a indemnizar se calcularán en base al monto asegurado y no al saldo de éste, después de haber efectuado otros pagos. Sin embargo, el total de indemnizaciones provenientes de desmembramientos por uno o más accidentes ocurridos durante el período de cobertura de esta Póliza, no podrá, en ningún caso, exceder del cien por ciento (100%) del monto asegurado para esta alternativa.

Para efectos de la correcta interpretación de la terminología empleada en esta alternativa, se establece el significado de los siguientes términos:

Pérdida Total: referida a un miembro u órgano, su eliminación del organismo al cual pertenece, en forma definitiva y en su total integración anatómica y funcional.

Pérdida Parcial: la eliminación de parte de un órgano o miembro al cual pertenece en forma definitiva.

Pérdida Funcional Total: la ausencia definitiva y total de toda capacidad de función o fisiología del o los órganos afectados, pudiendo o no estar implicado el aspecto anatómico del miembro comprometido.

Miembro: cualquier extremidad articulada con el tronco, destinada a ejecutar los grandes movimientos de la locomoción y presión, tales como brazos y piernas.

A3 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DOS TERCIOS (2/3) POR ACCIDENTE.- La

Compañía pagará el monto indicado en el cuadro de “montos asegurados por persona y por riesgo” para esta cobertura, menos cualquier otro monto pagado al Asegurado por el mismo accidente bajo la cobertura definida en la sección A2, cuando como resultado de lesiones producto de un accidente, el Asegurado se encuentre dentro de los noventa (90) días contados desde la fecha del accidente, en estado de incapacidad permanente dos tercios (2/3). Sin perjuicio de lo anterior, se podrá establecer el pago del capital contratado mediante un pago único y total. Para efectos de esta cobertura, se entiende por incapacidad permanente dos tercios (2/3), la pérdida irreversible y definitiva, a consecuencia de accidente, de al menos dos tercios (2/3) de la capacidad de trabajo. La Compañía determinará en un plazo máximo de treinta (30) días si se ha producido la incapacidad de un Asegurado, conforme a las pruebas presentadas y los exámenes requeridos, en su caso. El Asegurado, dentro de los diez (10) días siguientes a la comunicación de la determinación de la Compañía, podrá requerir que la incapacidad sea evaluada por un médico competente, el cual evaluará la incapacidad del Asegurado, pronunciándose si se encuentra incapacitado en forma permanente, conforme a los conceptos descritos en esta cobertura. También podrá someter al Asegurado a los exámenes médicos que considere necesarios, cuyos costos serán soportados en partes iguales entre el Asegurado y la Compañía. La declaración de incapacidad o invalidez del Asegurado por algún organismo competente, sólo tendrá para la Compañía un valor meramente informativo. Durante el período de evaluación, y hasta que proceda el pago definitivo de la indemnización correspondiente por parte de la Compañía, el Asegurado deberá continuar pagando las primas a objeto de mantener vigentes las coberturas de esta Póliza. Si procede el pago de la indemnización, la Compañía pagará el beneficio desde la fecha de la notificación de la invalidez a la Compañía y devolverá las primas de esta cobertura pagadas desde el mes siguiente de la referida fecha de notificación de la invalidez.

SECCIÓN B.- REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS, ODONTOLÓGICOS, MEDICAMENTOS Y EVACUACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

Todos los gastos de las coberturas consignadas en esta Póliza bajo la sección B, serán considerados como un gasto único combinable, no pudiendo jamás, en la sumatoria de todos ellos, exceder el monto establecido en las condiciones particulares bajo la cobertura B1 gastos médicos por accidente y/o enfermedad. Los gastos que serán reconocidos bajo esta cobertura serán los razonables y acostumbrados, según se define en el artículo cuarto de las presentes condiciones generales.

B1 REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS NECESARIOS POR ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD.- La Compañía procederá al reembolso de gastos médicos y hospitalarios necesarios incurridos por el Asegurado, en caso de accidentes o enfermedades de carácter súbito, hasta el límite establecido en el cuadro de “montos asegurados por persona y por riesgo” para esta cobertura, ocurridos durante el viaje, todo de acuerdo con el plan contratado, menos cualquier otro monto pagado al Asegurado por el mismo accidente o enfermedad de carácter súbito bajo las coberturas definidas en las secciones b2, b3 y b4.

B2 REEMBOLSO DE GASTOS ODONTOLÓGICOS.- La Compañía reembolsará, hasta el límite establecido en el cuadro de “montos asegurados por persona y por riesgo” para esta cobertura, los gastos correspondientes a servicios odontológicos medicamente necesarios de emergencia recibidos por el Asegurado durante un viaje, a consecuencia de dolor agudo, súbito y repentino en sus piezas dentarias. El primer tratamiento deberá realizarse en el exterior y comenzar dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la emergencia o al momento en que se presentó por primera vez el dolor agudo, súbito y repentino. Esta cobertura incluye el reembolso o pago de los gastos en arreglos o substituciones de prótesis odontológicas, siempre y cuando deriven de un traumatismo. El hecho que se produzca una emergencia odontológica no significa que por esta sola circunstancia sea objeto de beneficio, todo lo cual será debidamente calificado de acuerdo con los antecedentes que al efecto proporcione el médico tratante. El tratamiento odontológico, los servicios y suministros correspondientes serán pagados hasta el límite del beneficio total y por diente, sujeto a lo establecido en la tabla de beneficios, y hasta los treinta (30) días después de iniciado el primer tratamiento. El límite por diente es de acuerdo a lo estipulado en el cuadro de “montos asegurados por persona y por riesgo” para esta cobertura.

B3 REEMBOLSO DE MEDICAMENTOS.- La Compañía reembolsará, hasta el límite establecido en el cuadro de “montos asegurados por persona y por riesgo” para esta cobertura, los gastos en la compra de medicamentos necesarios recetados al Asegurado, a consecuencia de la atención médica u odontológica señaladas en las coberturas b1 y b2, sujeto al límite establecido en el cuadro de “montos asegurados por persona y por riesgo” para esta cobertura, siempre que los gastos se hayan ocurrido durante el viaje y hayan sido prescritos por un médico. En caso de ser medicamento necesarios, si el Asegurado no pudiere contar con acceso a medicamentos específicos por no encontrarse disponibles en los países donde el pasajero se encuentra durante el viaje, éstos podrán ser enviados directamente desde Ecuador. Esto aplica, siempre y cuando la discontinuidad del uso del medicamento ponga en riesgo la vida del Asegurado y éstos hayan sido prescritos por un médico local.

B4 CONTINUACIÓN DE TRATAMIENTO EN EL PAÍS DE RESIDENCIA.- En caso que sea medicamente necesario y el Asegurado deba continuar el tratamiento en su país de residencia, como resultado de lesiones provenientes de accidentes ocurridos durante el viaje, la Compañía reembolsará al Asegurado, en exceso de los gastos no cubiertos por cualquier otro seguro de salud que lo cubra, a condición de que la continuación del tratamiento sea prescrita por el médico que atendió al Asegurado durante el viaje. En aquellos casos en que el Asegurado no cuente con otro seguro de salud, los reembolsos solicitados sólo cubrirán hasta un máximo del cincuenta por ciento (50%) del monto. Esta cobertura aplica únicamente como continuación a un evento provocado por un accidente y amparado por las coberturas descritas en las secciones b1, b2 y b3.

SECCIÓN C.- GASTOS DE RECUPERACIÓN EN HOTEL Y GASTOS DE ACOMPAÑANTE

C1 RECUPERACIÓN EN HOTEL.- La indemnización o el reembolso, según se especifique en el cuadro de “montos asegurados por persona y por riesgo” para esta cobertura, de las estadías diarias del hotel al Asegurado, limitado al valor por día y al número de días indicados en dicho cuadro, en caso de que el equipo médico del establecimiento donde se encuentre el Asegurado y el equipo médico indicado por la Compañía determinen la necesidad de prorrogar el periodo de estadía del Asegurado por convalecencia, después que fue dado de alta del hospital, debido a accidente o enfermedad. Estos gastos deberán ser previamente autorizados por la Compañía. La Compañía no será responsable del pago o reembolso de los gastos que sean responsabilidad de terceros o que estén ya incluidos en el costo del viaje.

C2 COSTO DE PASAJE PARA ACOMPAÑANTE EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN PROLONGADA.- La Compañía asumirá el costo de compra de un pasaje aéreo de ida y regreso en clase económica, a quién indique el Asegurado, cuando éste se encuentre viajando solo y los médicos del servicio de asistencia consideren necesaria su hospitalización por un periodo superior a cinco (5) días, desde que previamente haya sido solicitado y aprobado a través de la Central de Asistencia de la Compañía. En caso de que el Asegurado no pueda indicar a un acompañante, se considerará al cónyuge o cualquier pariente en primer (1er) grado y que sea mayor de edad. Este beneficio está sujeto al límite indicado en el cuadro de “montos asegurados por persona y por riesgo” para esta cobertura.

C3 COSTO DEL ALOJAMIENTO DEL ACOMPAÑANTE.- La Compañía indemnizará al Asegurado o efectuará el reembolso, según se especifique en el cuadro de “montos asegurados por persona y por riesgo” para esta cobertura, de los gastos diarios en hotel para hospedaje del acompañante del Asegurado, que de acuerdo con lo establecido en esta cláusula, se limitará al monto informado en el cuadro de “montos asegurados por persona y por riesgo” para esta cobertura, desde que fuera solicitado a través de la Central de Asistencia y previamente aprobado por la Compañía, con un máximo de diez (10) días por evento. Esta cobertura aplica únicamente como continuación a la cobertura descrita en la sección C2, es decir, debe contratarse de manera conjunta con ésta.

SECCIÓN D.- REPATRIACIÓN

D1 REPATRIACIÓN FUNERÁRIA.- La Compañía asumirá el pago del traslado de los restos mortales hasta el país de residencia habitual del Asegurado, así como proveer un ataúd común o una urna funeraria. Este servicio comprende todo el proceso burocrático para liberación de los restos mortales, pasaje aéreo y embalsamamiento, hasta el límite indicado en el cuadro de “montos asegurados por persona y por riesgo” para esta cobertura; o a su vez inhumación local, a petición de los deudos, hasta por el equivalente del costo, en caso de que se hubiese repatriado o trasladado.

D2 REPATRIACIÓN EN VIDA - TRASLADO MÉDICO POR EMERGENCIA.- La Compañía asumirá el pago de los gastos hasta el máximo que figura en el cuadro de “montos asegurados por persona y por riesgo” para esta cobertura y en caso de lesión o enfermedad de carácter súbito del Asegurado en que resulte necesaria su evacuación de emergencia. Una evacuación de emergencia debe ser a pedido de la Compañía o de un médico que certifique que la gravedad o la naturaleza de la lesión o enfermedad del Asegurado hacen necesaria tal evacuación. Los gastos protegidos por esta cláusula corresponden a los de transporte y tratamiento médico, incluyendo servicios y suministros médicos en que necesariamente se incurrió con motivo de la evacuación de emergencia del Asegurado, aplicándose en los siguientes casos:

- a. Que la condición médica del Asegurado haga necesario el transporte inmediato desde el lugar donde éste se encuentra lesionado o enfermo hasta el hospital más cercano en donde se podrá obtener el tratamiento médico apropiado;
- b. Que luego de haber sido tratado en un hospital local, la condición médica del Asegurado hace necesario su transporte al país de la residencia habitual del Asegurado para recibir tratamiento médico adicional o para recuperarse.

SECCIÓN E.- CANCELACIÓN, INTERRUPCIÓN, REGRESO ANTICIPADO DEL VIAJE Y RETORNO DE MENORES

E1 CANCELACIÓN DEL VIAJE.- La Compañía reembolsará o coordinará el pago al Asegurado, hasta el límite indicado en el cuadro de “montos asegurados por persona y por riesgo” para esta cobertura, de los gastos por servicios de viajes, pasajes no devueltos, hospedaje en el hotel y/o de los cargos por cancelación de la utilización de un transporte público autorizado, en caso de que el Asegurado se vea impedido de iniciar el viaje debido a una enfermedad de carácter súbito, accidente, o fallecimiento del Asegurado o fallecimiento de un miembro de la familia, siempre y cuando el Asegurado haya reservado y pagado o adeudado estos costos antes que ocurriere tal enfermedad, accidente o fallecimiento. La Compañía se reserva el derecho de realizar pericia médica comprobatoria.

E2 INTERRUPCIÓN DEL VIAJE Y REGRESO ANTICIPADO - COBERTURA AMPLIA.- La

Compañía reembolsará o coordinará el pago de los gastos por servicios no devueltos y no reembolsables pagados anticipadamente al hotel y/o el pasaje de transporte público autorizado, menos el valor del crédito aplicado por el pasaje de regreso no utilizado, en caso que el Asegurado quede imposibilitado de concluir el viaje debido a alguna de las siguientes circunstancias:

- Muerte o enfermedad grave del Asegurado, que tenga carácter de urgencia y que motive la internación o inhiba la de ambulación, generando un estado de postración en el Asegurado y por lo tanto imposibilite la iniciación y/o prosecución del viaje del Asegurado.
- Muerte o internación hospitalaria por más de cinco (5) días por accidente o enfermedad repentina de un miembro de su familia.
- Cuando el Asegurado recibiese notificación fehaciente para comparecer ante la justicia, debiendo haber recibido dicha notificación con posterioridad al inicio del viaje.
- Cuando el Asegurado haya sido declarado en cuarentena por autoridad sanitaria competente con posterioridad al inicio del viaje.
- Por incendio o robo en la residencia habitual del Asegurado, ocurrido mientras el Asegurado se encuentre en el viaje.

Las situaciones descritas deberán ser acreditadas mediante certificados o documentos legales, en donde se demuestre la veracidad de la reclamación. Pago sujeto al límite establecido en el cuadro “montos asegurados por persona y por riesgo”. En caso que el Asegurado no pueda realizar cambio en sus pasajes de transporte público autorizado, la Compañía le entregará un pasaje aéreo en la misma clase que viajaba originalmente para el regreso del Asegurado a su país de origen, en caso de que él mismo quede inhabilitado de continuar el viaje. Este pasaje será entregado sólo en caso de que no sea posible utilizar el medio de transporte público autorizado originalmente previsto.

E3 INTERRUPCIÓN DEL VIAJE Y REGRESO ANTICIPADO POR FALLECIMIENTO DE

FAMILIAR.- La Compañía, organizará y gestionará el pronto regreso del Asegurado en viaje, o se reembolsará el pago de los gastos por servicios no devueltos y no reembolsables pagados anticipadamente al hotel y/o el pasaje de transporte público autorizado, menos el valor del crédito aplicado por el pasaje de regreso no utilizado, en caso que el Asegurado quede imposibilitado de concluir el viaje debido al fallecimiento de un familiar en primer (1er) grado de consanguinidad, acaecido en su ciudad de residencia permanente. En caso que el Asegurado no pueda realizar cambio en sus pasajes de transporte público autorizado, la Compañía le entregará un pasaje aéreo en la misma clase que viajaba originalmente para el regreso del Asegurado a su país de origen, en caso de que él mismo quede inhabilitado de continuar el viaje. Este pasaje será entregado sólo en caso de que no sea posible utilizar el medio de transporte público autorizado originalmente previsto.

E4 REGRESO DE ACOMPAÑANTES.- La Compañía otorgará pasajes en el mismo medio de transporte público autorizado y en la misma clase que viajaba originalmente, para el retorno de el o los acompañante a su domicilio, cuando el traslado del Asegurado hacia su país de origen sea médicamente necesario e impida a sus acompañantes continuar el viaje, todo lo cual deberá ser solicitado y autorizado previamente a través de la Central de Asistencia.

- Este pasaje será provisto en caso de que no sea posible utilizar el medio de transporte público autorizado previsto originalmente.

- En caso que se utilice el pasaje de regreso no utilizado, la Compañía reembolsará o coordinará el pago de los gastos o penalidades en que el o los acompañantes hayan incurrido.

E5 RETORNO DE MENORES.- Cuando a consecuencia de un accidente sufrido por el Asegurado durante un viaje, éste se vea imposibilitado de acompañar al o los menores que lo acompañaban en dicho viaje, la Compañía costeará el otorgamiento de un pasaje aéreo, clase económica, de ida y vuelta para que una persona adulta, designada por la familia del Asegurado, pueda acompañar al o los menores de regreso al domicilio, siempre que haya sido previamente solicitado a la Central de Asistencia y autorizado por la Compañía. Esta cobertura se aplica solamente cuando el Asegurado esté acompañado de menores hasta dieciséis (16) años de edad y debido a accidente, enfermedad grave, o fallecimiento del Asegurado, y dichos menores se queden sin compañía de una persona adulta.

E6 REEMPLAZO DE EJECUTIVO.- En caso que el Asegurado se encontrare en viaje de negocios en el extranjero y fuera internado en un centro médico hospitalario a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierto por esta Póliza, que le impida proseguir con sus actividades profesionales, la Compañía podrá autorizar los gastos de un pasaje en clase económica de un ejecutivo que la empresa contratante designe para que pueda reemplazar al Asegurado si éste debiere estar internado por más de cinco (5) días.

SECCIÓN F.- REMBOLSO DE GASTOS POR RETRASO DEL VIAJE

La Compañía procederá al reembolso por los gastos de hospedaje, alimentación y de efectos personales en que el Asegurado incurra por atraso de viaje, hasta el límite convenido en el cuadro de “montos asegurados por persona y por riesgo” para esta cobertura, en caso de que el viaje sufra un atraso de seis (6) horas o más, debido a un retraso causado por falla o desperfecto repentino o imprevisible del medio de transporte público autorizado que causó el retraso o la interrupción de viajes normales de dicho transporte público autorizado. Adicionalmente, los gastos causados por la pérdida de conexión o interrupción de los viajes normales derivados de los eventos descritos anteriormente, siempre y cuando el atraso sea igual o superior a seis (6) horas, se reembolsarán hasta el límite establecido en el cuadro de “montos asegurados por persona y por riesgo” para esta cobertura.

SECCIÓN G.- PÉRDIDA DE EQUIPAJE Y REMBOLSO DE GASTOS POR RETRASO DEL EQUIPAJE

- G1 PÉRDIDA DE EQUIPAJE.-** En caso de extravío, hurto o robo de equipaje, una vez que éste se encuentre bajo la responsabilidad de una compañía de transporte público autorizado, acreditado mediante la presentación del correspondiente informe de pérdida o su equivalente, la Compañía pagará un monto calculado por el peso del equipaje, limitado al monto declarado en dicho informe de pérdida o su equivalente. El monto a indemnizar queda sujeto a lo indicado en el cuadro de “montos asegurados por persona y por riesgo” para esta cobertura, menos cualquier otro monto pagado al Asegurado bajo la cobertura definida en la sección G2 en la eventualidad de que la Compañía de transporte público autorizado no haya efectuado el peso del equipaje del Asegurado, éste deberá efectuar un listado por ítem contenidos en su equipaje. La Compañía estimará según el listado los kilos aproximados contenidos en el equipaje. La Compañía otorgará este beneficio, por evento, cuando el equipaje no haya llegado hasta setenta y dos (72) horas después del horario de llegada del Asegurado al destino indicado en su billete de transporte público autorizado.
- G2 REEMBOLSO DE GASTOS POR DEMORA DE EQUIPAJE.-** El Asegurado podrá solicitar el reembolso de los gastos por compras de efectos personales, no provisto por el transporte público autorizado, a causa del retraso o extravío del equipaje del Asegurado, una vez que éste se encuentre bajo la responsabilidad de una compañía de transporte público autorizado. Para obtener el reembolso el Asegurado deberá acreditar el retraso mediante la presentación del correspondiente informe de pérdida o su equivalente. La Compañía otorgará este beneficio, por evento, cuando el equipaje no haya llegado hasta treinta y seis (36) horas después del horario de llegada del Asegurado al destino indicado en su billete de transporte público autorizado. No se otorgará este beneficio en caso que el destino del Asegurado sea el de su residencia o domicilio. Este beneficio reconoce como límite el indicado en el cuadro de “montos asegurados por persona y por riesgo” para esta cobertura, pagadero a razón de un cuarto (1/4) de dicho máximo por cada veinticuatro (24) horas adicionales que el equipaje del Asegurado se atrase.
- G3 ROBO DE COMPUTADOR PORTÁTIL.-** En caso que el Asegurado sufriese el robo del computador portátil tipo laptop, perteneciente al Contratante de esta Póliza, durante su viaje al extranjero, tendrá derecho a solicitar indemnización hasta la suma máxima establecida en el cuadro de “montos asegurados por persona y por riesgo” para esta cobertura, siempre y cuando se verifiquen las condiciones establecidas en el condicionado general de esta Póliza.

SECCIÓN H.- PAGO DE FIANZAS Y HONORARIOS LEGALES

Ante cualquier proceso civil o penal en contra del Asegurado y a petición de éste, se gestionará el envío de un abogado para que atienda su defensa jurídica; hasta el límite único y combinado indicado en el cuadro de “montos asegurados por persona y por riesgo” para esta cobertura, para pago de honorarios del abogado, fianzas y/o cauciones.

SECCIÓN I - SERVICIOS ADICIONALES DE ASISTENCIA Y EMERGENCIA

Los servicios adicionales otorgados bajo esta sección, no implican de ninguna manera pagos, reembolsos ni indemnizaciones para el Asegurado o para el Contratante ya que son servicios de coordinación, gestión e información de asistencia para el Asegurado.

I1 SERVICIOS DE ASISTENCIA.-

Servicios de emergencia médica durante el viaje:

- Indicaciones y ayuda para obtener asistencia médica local.
- Coordinación de cita médica con médico u hospital, incluyendo la concertación de cita con un médico o en un centro hospitalario, en caso de accidente y/o enfermedad, costos a cargo del Asegurado.

I2 SERVICIO DE VIAJE DE EMERGENCIA:

- Información al Asegurado sobre cómo reemplazar documentos de viaje y pasaporte perdidos o robados. Los gastos incurridos en la restitución de éstos serán de exclusivo costo del Asegurado.
- Envío o recepción de mensajes urgentes solicitados por el Asegurado.

I3 SERVICIO DE RASTREO, BÚSQUEDA Y TRANSPORTE DE EQUIPAJE.- Se gestionará la recuperación del equipaje y se asesorará al Asegurado para la denuncia ante las autoridades competentes; en caso de que el equipaje fuese recuperado, se gestionará su reexpedición hasta el siguiente punto de destino o el lugar de residencia permanente del Asegurado beneficiario.

Límite de responsabilidad, aplicable a todas las secciones precedentes:

En todos los casos el profesional médico o cualquier abogado sugerido o coordinado por la Compañía actuará, de acuerdo a su capacidad médica o jurídica, sólo en nombre y por cuenta exclusiva del Asegurado; la Compañía no asume responsabilidad alguna por el asesoramiento o por el servicio prestado por tal profesional médico o abogado. El Asegurado no tendrá acción ni podrá reclamar contra la Compañía con motivo de la sugerencia o coordinación de un profesional médico o abogado o debido a cualquier consecuencia legal o de otra índole que resulte de la misma. El Asegurado será responsable por el costo de los servicios coordinados por la Compañía que no tengan protección de acuerdo a esta Póliza; en caso en que la Compañía pague servicios no protegidos por esta Póliza, se reserva el derecho de cobrar esos importes del Asegurado.

Art. 2º.- EXCLUSIONES

La Compañía no cubre, la muerte, lesión corporal, inhabilitación u otra pérdida que se origine directa o indirectamente, total o parcialmente, a consecuencia de:

- a. Hechos auto-infligidos, suicidio, voluntario o involuntario y su tentativa, ocurrido durante los dos primeros años de vigencia del contrato;
- b. Infección causada por bacterias con excepción de las infecciones piógenas que ocurran como consecuencia de una cortada o herida accidental;
- c. Cualquier clase de enfermedad adquirida antes del inicio del viaje;
- d. Enfermedades crónicas, congénitas o recurrentes, conocidas o no por Asegurado, así como sus agudizaciones, secuelas, consecuencias y/o complicaciones, aún cuando estas aparezcan por primera vez durante el viaje. En tales casos, la Compañía asistirá únicamente a través de la urgencia médica cuando la misma implique atención vital, que represente un riesgo inminente para la vida del Asegurado y solo hasta la estabilización de sus signos vitales;
- e. Participación en riñas o peleas, a menos que se compruebe que no han sido provocadas por el Asegurado;
- f. Un viaje con el objeto o finalidad de iniciar, recibir, continuar o finalizar un tratamiento médico, así como toda atención relacionada con segunda opinión médica;
- g. Participación como profesional en cualquier deporte, a menos que la Compañía lo acepte mediante condición particular o anexo a esta Póliza;
- h. Tratamientos como consecuencia de entrenamientos, práctica o participación activa en competencias deportivas (profesional y no profesional), ni de deportes peligrosos extremos o de alto riesgo. En estos casos la Compañía no está obligada a la asistencia por accidentes o enfermedades derivadas de estas prácticas, salvo que el plan contratado incluya este beneficio, y

en las condiciones particulares se especifique claramente los beneficios amparados sobre esta exclusión;

- i.** Tratamientos cosméticos, cirugía estética y/o reconstrucción con excepción de la cirugía funcional a causa de un accidente;
- j.** Tratamientos de medicina alternativa u holística como: homeopatía, acupuntura, medicina física, fisioterapia, medicina nutracéutica, terapia floral y aromaterapia; fisio-kinesioterapia; curas termales, podología, naturopatía o tratamientos considerados experimentales o investigativos;
- k.** Tratamientos o enfermedades mentales, nerviosas, trastornos psicológicos, psiquiátricos, psicósomáticos, stress;
- l.** Estados patológicos producidos por ingestión intencional o administración de tóxicos (drogas), narcóticos, o por la utilización de medicamentos sin orden médica. Así mismo afecciones, enfermedades o lesiones derivadas y relacionadas con la ingestión de bebidas alcohólicas de cualquier tipo;
- m.** Eventos ocasionados por la manipulación o uso de químicos o productos nocivos para la salud así como también efectos producidos por exposición a altos niveles de radiación de cualquier tipo;
- n.** Diagnósticos, seguimientos, exámenes, complicaciones y tratamientos de todo tipo en caso de embarazo o interrupción voluntaria e involuntaria del mismo;
- o.** Trastornos ginecológicos. Se cubrirá hasta la determinación del diagnóstico; el servicio no contempla enfermedades o síntomas crónicos congénitos y recurrentes que estén siendo tratados por el médico habitual del Asegurado. Tampoco la implementación, seguimiento y control de la fertilidad, o método anticonceptivo de cualquier tipo;
- p.** Tratamientos relacionados con la hormonoterapia de cualquier tipo;
- q.** Tratamientos quirúrgicos, litotripsia, colecistectomía abierta o laparoscópica por nefrolitiasis, cálculos biliares, pielonefritis, infecciones urinarias, arenillas. Se atenderá la emergencia médica hasta la confirmación del diagnóstico. En caso de hiperplasia prostática que se complique y llegue a provocar la retención urinaria, se cubre exclusivamente los procedimientos de vaciamiento vesical, sondaje permanente y redireccionamiento al especialista del paciente en su país de residencia permanente o habitual;
- r.** Incidentes o eventos producidos durante viajes realizados en contra de la recomendación o prescripción del médico tratante, del equipo profesional médico o de la Central de Asistencias;
- s.** Tratamientos de otorrinolaringología por enfermedades crónicas, ni en caso de cirugía estética, ni cirugía funcional no emergente;
- t.** Tratamientos de oftalmología por enfermedades crónicas, ni cirugía de excimer láser, pterigium, blefaroplastias, cirugía de estrabismo, ambliopía, lentes correctivos, lentes de sol, tratamientos de conducto lacrimonasal, biopsias ni exéresis de lesiones palpebrales antiguas, chalazión. Tampoco se prestará el servicio de asistencia cuando se trate de servicios de atención médica de control oftalmológico, así hayan sido prescritos por el médico tratante para la evaluación del seguimiento de una enfermedad diagnosticada durante el viaje y/o aquellas que tengan por objeto la reposición de medicamentos, lentes, lentes de contacto etc. por pérdida, robo u olvido de los mismos. En caso de que el Asegurado haya sufrido un accidente y éste haya provocado un daño visual en sus ojos, se brindará el servicio de asistencia hasta el límite establecido en el cuadro de "montos asegurados por persona y por riesgo" para esta cobertura, y en caso de requerir un tratamiento posterior éste será por cuenta del Asegurado;
- u.** Tratamientos de enfermedades endémicas o epidémicas cuando el Asegurado no haya tomado las medidas preventivas;

- v. Trasplante de órganos y tejidos;
- w. Intervenciones quirúrgicas y/o tratamientos ortopédicos que requieren la implantación o reparación de prótesis, órtesis, síntesis o ayudas mecánicas o artificiales como cabestrillos, sillas de ruedas, muletas, rodilleras férulas, prótesis de cadera, rodilla y plastias ligamentarias sin que ésta enumeración tenga carácter taxativo o el alquiler y/o adquisición de elementos afines a las mismas;
- x. Enfermedades venéreas en general, de transmisión sexual, y trastornos sexuales; síndrome inmunológico de deficiencia adquirida (SIDA), el síndrome complejo relativo al SIDA (SCRS) y todas las enfermedades causadas o relacionadas con el virus HIV positivo;
- y. Controles de tensión arterial, enfermedades y o condiciones relacionadas con la hipertensión o hipotensión arterial, síncope o secuelas glandulares y sus consecuencias, salvo en atención inicial de urgencia que implique atención vital hasta la estabilización de los signos vitales del Asegurado;
- z. Tratamientos de enfermedades o condiciones oncológicas, diabetes, desordenes cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, infecciones renales crónicas, hepatitis, y aquellas que presenten un compromiso inmunológico, ya sea éste consecuencia de la misma enfermedad o de las drogas utilizadas para su tratamiento, sin que esta enumeración tenga carácter taxativo;
- aa. Control y/o complicaciones vasculares relacionadas a varices, trombosis, hemorroides, trombocitopenia así como condiciones hematológicas;
- bb. Accidentes ocurridos en vuelos ilegales o sin licencia, así como el hecho de ser parte de la tripulación, salvo que el plan contratado lo permita;
- cc. Accidentes o enfermedades relacionadas con la participación del Asegurado, en manejos de armas de fuego, actividades de entrenamiento físico y toda aquella actividad que se considere de alto riesgo como parte de cuerpos armados, de policía o bomberos;
- dd. Afecciones o lesiones consecuentes a la exposición al sol, manchas en la piel, lunares, lesiones cutáneas preexistentes o agudas relacionadas con cambios climáticos;
- ee. Robos o agresiones propiciadas por el Asegurado;
- ff. Accidentes o enfermedades ocasionados por eventos o desastres derivados de la naturaleza y sus consecuencias, tales como: tsunamis, temblores, terremotos, sismos, tormentas, huracanes, ciclones, inundaciones, tempestades, eventos de radiación nuclear y de radioactividad, así como cualquier otro fenómeno natural con carácter extraordinario; y,
- gg. Guerra, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades, actos bélicos (haya precedido o no declaración de guerra), guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, conspiración, poder militar o usurpación de poder, motín, huelga o conmoción civil.

Art. 3°.- DEFINICIONES

Accidente: Suceso súbito, violento, repentino y fortuito, originado por una causa externa independientemente de la voluntad del Asegurado, que cause a éste la muerte, lesiones corporales o incapacidad, que puedan ser determinadas de manera cierta por un médico y que necesiten de atención emergente.

Asegurado: Personas que mantienen un contrato vigente o que tienen un vínculo estable y permanente con el Contratante y para los cuales se solicita el seguro y cuya clasificación, elegibilidad, coberturas y beneficios son requeridos por el propio Contratante y registrados en esta cláusula.

Beneficiarios: Persona que percibe los beneficios estipulados en esta cláusula, pudiendo ser el propio Asegurado, el Contratante, los Beneficiarios designados en esta cláusula o los Herederos Legales del Asegurado.

Beneficios: Son los servicios proporcionados por la Compañía, hasta el monto máximo establecido en el cuadro de “montos asegurados por persona y por riesgo” para cada cobertura, de acuerdo con el plan de asistencia contratado y según lo establecido en estas condiciones generales y las condiciones especiales y particulares que de adhieren.

Contratante: Persona natural o jurídica que solicita y con quién se celebra el contrato de seguro, siendo el único que puede solicitar enmiendas a esta cláusula.

Gastos razonables y acostumbrados: Honorario o cargo usual y acostumbrado que cobraría un proveedor de servicios médicos por un servicio o suministro igual o similar para el tratamiento de condiciones o enfermedades análogas o similares por su naturaleza o severidad, en un área geográfica igual o similar que no se encuentre registrado en los tarifarios negociados por la Compañía.

Emergencia médica: Condición de salud que requiere de atención médica, la misma que será coordinada en el tiempo que requiera la Central de Asistencias para el envío del servicio correspondiente.

Enfermedad: Alteración en la salud del Asegurado sucedida u originada fuera de su país de residencia permanente o habitual durante la vigencia del contrato.

Enfermedad o condición preexistente o preexistencia: Aquella contraída o padecida por el Asegurado con anterioridad a la fecha de inicio del viaje, tenga o no conocimiento de ella, aún cuando se manifieste por primera vez o sufra un agravamiento o evolución durante el viaje, o que ha sido tratada o diagnosticada con anterioridad a la fecha del inicio de la vigencia de los servicios materia del presente contrato.

Enfermedad crónica: Todo proceso patológico continuo y persistente en el tiempo, mayor a treinta (30) días de duración.

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.

Enfermedad recurrente: Condición que vuelve a aparecer, luego de haber sido tratada. En periodos de tres (3) o más episodios durante un año calendario.

Residencia habitual o permanente: Lugar donde el Asegurado reside por más de ciento ochenta (180) días continuos, mientras este contrato esté en vigor.

Viaje: Salida o desplazamiento que realiza el Asegurado fuera de su país de residencia permanente o habitual, hasta su posterior regreso al mismo, durante el período de vigencia de este contrato de servicios. El Asegurado no tendrá derecho a recibir los servicios de asistencia proporcionados por la Compañía mientras se encuentre en su país de residencia permanente o habitual. El concepto de viaje incluye el tiempo de estadía del Asegurado fuera del país de su residencia permanente o habitual hasta su retorno al mismo.

Art. 4°.- VIGENCIA INDIVIDUAL

La cobertura para cada Asegurado individual comenzará a partir de la fecha y hora señalada en el ticket de viaje y se mantendrá vigente hasta la fecha de llegada al país de residencia habitual y permanente.

Art. 5°.- VIAJES CUBIERTOS

La Compañía indemnizará u otorgará las prestaciones o servicios contemplados en esta cláusula, para todos aquellos viajes corporativos, organizados o auspiciados por el Contratante.

El derecho a las indemnizaciones y prestaciones contempladas en esta cláusula, en relación a viajes dentro del país de domicilio, se refiere a contingencias que ocurran a una distancia superior a cincuenta (50) kilómetros contados desde el domicilio estipulado en la presente cláusula.

Art. 6°.- CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD

Serán elegibles para ser asegurados bajo esta cláusula, la persona o personas naturales que mantienen un contrato vigente o un documento que respalde un vínculo estable con el Contratante, cuyas edades estén comprendidas en el rango establecido en las condiciones particulares, reservándose la Compañía el derecho de exigir a éstos, pruebas de asegurabilidad cuando lo estime conveniente.

Art 7°.- MONTOS ASEGURADOS POR PERSONA Y POR RIESGO

Los montos asegurados por persona y por riesgo serán los establecidos en las condiciones particulares de la Póliza que incluya esta cláusula y representan para la Compañía el límite máximo de su responsabilidad; por lo tanto, en ningún caso se le podrá hacer reclamación por montos superiores.

Art. 8°.- CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO

La Compañía proveerá al Contratante para ser entregado a cada Asegurado, un certificado individual de seguro, conteniendo las características esenciales de las coberturas a que tiene derecho, e información mínima de la Póliza que incluya esta cláusula para el cabal conocimiento del Asegurado como son la vigencia, monto asegurado, exclusiones, procedimiento, plazos y documentos necesarios para presentar el reclamo.

Art. 9°.- DECLARACIÓN FALSA

El Contratante y cada Asegurado están obligados a declarar objetivamente, los hechos o circunstancias que determinen el estado del riesgo, de acuerdo al cuestionario que le sea proporcionado por parte de la Compañía. La reticencia, inexactitud o falsedad de aquellas circunstancias, que conocidas por la Compañía, la hubieren hecho desistir de la celebración del contrato o inducido a estipular condiciones más gravosas, vician de nulidad relativa este clausulado.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia, inexactitud o falsedad, producen igual efecto si el Contratante y/o Asegurado encubren culpablemente circunstancias que agraven objetivamente la peligrosidad del riesgo.

Tal nulidad se entiende saneada por el conocimiento de parte de la Compañía, de dichas circunstancias, antes de perfeccionarse el contrato, o después, si las acepta expresamente.

Si el contrato se rescinde, la Compañía tiene derecho a retener la prima por el tiempo transcurrido de acuerdo a la tarifa de corto plazo.

Art. 10°.- MODIFICACIONES DEL RIESGO

El Contratante y/o Asegurados están obligados a mantener el estado del riesgo. En tal virtud, deberán notificar por escrito a la Compañía los hechos o circunstancia no previsibles que sobrevengan con posterioridad a la celebración del contrato y que signifiquen agravación del riesgo o modificación de su identidad local.

La notificación se hará con antelación no menor de diez (10) días a la fecha de modificación del riesgo, si ésta depende del Contratante y/o Asegurados. Si les es extraña, dentro de los tres (3) días siguientes a aquel en que tengan conocimiento de ella.

Notificada la modificación del riesgo en los términos previstos, la Compañía podrá revocar el contrato o exigir el reajuste a que haya lugar en el valor de la prima.

La falta de notificación oportuna produce la terminación del contrato y dará derecho a la Compañía a retener la prima devengada.

Art.11°.- PAGO DE LA PRIMA

Las primas son pagaderas al contado y por anticipado, contra recibo oficial de la Compañía, cancelado por la persona autorizada para la cobranza. A falta de corresponsales banqueros, es obligatorio pagar la prima en cualquiera de las oficinas de la Compañía.

En caso de que la Compañía aceptare dar facilidades de pago al Contratante para cobrar la prima, la demora después de expirado el período de 60 días contados desde la fecha en que debió realizar el último pago, producirá la terminación automática del contrato para lo cual la Compañía notificará por cualquier medio al asegurado.

El pago que se haga mediante la entrega de un cheque, no se reputa válido sino cuando éste se ha hecho efectivo, pero su efecto se retrotrae al momento de la entrega.

Art. 12°.- TERMINACIÓN ANTICIPADA

Durante la vigencia del presente contrato, el Contratante podrá solicitar la terminación anticipada del seguro, excepto para aquel Asegurado que se encuentre de viaje, mediante notificación escrita a la Compañía, en cuyo caso la Compañía atenderá el pedido y liquidará la prima aplicando la tarifa de corto plazo. Por su parte, la Compañía también podrá dar por terminado el seguro, excepto para el Asegurado que se encuentre de viaje, en cualquier tiempo antes del vencimiento, mediante notificación al Contratante, en su domicilio con antelación no menor de diez (10) días y si no pudiese determinar el domicilio del Asegurado, la revocación del contrato será notificada mediante tres (3) avisos que se publicarán en un periódico de buena circulación en la ciudad en que tenga su domicilio la Compañía, con intervalo de tres (3) días entre cada publicación; en este caso, queda obligada a devolver al Asegurado la parte de la prima en proporción al tiempo no corrido, calculada a prorrata. Cuando la Compañía dé por terminado el contrato deberá especificar claramente la fecha de terminación del mismo.

Art. 13°.- OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO

AVISO DE SINIESTRO.- El Contratante y/o Asegurado están obligados a dar aviso de la ocurrencia del siniestro, a la Compañía, tal como se indica en **Procedimiento para la utilización de este seguro**, abajo detallado, dentro de los tres (3) días siguientes a la fecha en que hayan tenido los síntomas o desde que sucede algún accidente o problema que requiera de asistencia. La falta de envío de dicha notificación, dentro del término concedido en esta Póliza, no invalidará la reclamación si se demostrare que no fue razonablemente posible remitir la notificación y que ella fue realizada tan pronto como fue posible.

En caso de fallecimiento del Asegurado, el Contratante y/o Beneficiarios y/o Herederos Legales del Asegurado, según el caso, están obligados a notificar a la Compañía, dentro de los dos (2) años, contados a partir de su fallecimiento para reclamar el pago de beneficios contemplados en esta Póliza.

El asegurado o beneficiario podrá siempre justificar, por fuerza mayor o caso fortuito, su imposibilidad en dar aviso oportuno del siniestro, con el fin de no perder su derecho a reclamar la indemnización. En ningún caso el aviso de ocurrencia del siniestro podrá exceder el tiempo señalado en el artículo 26 del título XVII del libro I del Código de Comercio.

EXTENSIÓN DEL SINIESTRO.- El Asegurado está obligado a evitar la extensión o propagación del siniestro. La Compañía debe hacerse cargo de los gastos útiles en que razonablemente incurra el Asegurado en cumplimiento de estas obligaciones y de todos aquellos que se hagan con su aquiescencia previa. Estos gastos en ningún caso pueden exceder del valor de la suma asegurada.

PROCEDIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DE ESTE SEGURO.-

- a. El Asegurado deberá comunicarse con la Compañía para coordinar la asistencia.

Si en el lugar donde se encuentra el Asegurado, no es admitido o por algún motivo no es posible comunicarse mediante el sistema de cobro revertido, debe comunicar de manera directa y luego al regreso al país solicitar el reintegro de los gastos telefónicos, presentando los respectivos comprobantes originales. También puede enviar un email, indicando lo sucedido y algún teléfono de contacto para iniciar la coordinación.

- b. Para coordinar la asistencia, se requiere la siguiente información: nombre del paciente, número de cédula de identidad, fecha de nacimiento, dirección donde se encuentra, teléfono de contacto, email y síntomas o problema. Una vez obtenida esta información, se inicia la coordinación y se le avisará al paciente cómo proceder.

Cualquier decisión médica es evaluada y controlada por el departamento médico de la Compañía en conjunto con el o los médicos tratantes.

- c. En caso de reembolsos por indicación de la Compañía, debe presentar la siguiente información a su regreso al país:

- **ASISTENCIA MÉDICA:** Reporte médico original y completo, comprobantes originales de los gastos efectuados según el plan contratado.
- **DEMORA Y/O PÉRDIDA DE EQUIPAJE:** Factura y comprobantes originales de los gastos efectuados según el plan contratado.
- **VUELO DEMORADO:** Constancia de la aerolínea certificando la demora y comprobantes originales de los gastos efectuados según el plan contratado se recuerda que siempre se debe llamar a la central de asistencia ante la necesidad de requerir algún servicio.

- d. **MUERTE ACCIDENTAL:** Cuando exista contratación de la cobertura de muerte accidental, en caso que sea distinta la persona del Contratante y del Asegurado, será responsabilidad del Contratante requerir del Asegurado el consentimiento escrito, con indicación del monto asegurado y beneficiario. Dicha información será mantenida por el Contratante y podrá ser requerida por la Compañía cuando se estime conveniente.

El Contratante y/o Beneficiarios deberán presentar:

- Formulario de reclamación
- Partida de nacimiento o copia de la cédula de ciudadanía del Asegurado.
- Partida de defunción.
- Certificado médico.
- Copia de la cédula de ciudadanía de los beneficiarios o posesión efectiva de bienes, si éstos no estuvieren designados en esta Póliza.

Art. 14°.- PÉRDIDA DE DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

El Asegurado perderá todo derecho procedente de la presente Póliza en los siguientes casos:

- a. Cuando la reclamación de daños fuere fraudulenta;
- b. Cuando en apoyo a dicha reclamación, se hicieren o utilizaren declaraciones falsas o se emplearen medidas o documentos engañosos o dolosos, por parte del Asegurado o terceras personas obrando por cuenta de éste;
- c. Cuando el siniestro hubiere sido voluntariamente causado por el Asegurado o con su intervención o complicidad.

Adicionalmente, el Contratante y/o Beneficiarios pierden el derecho a la indemnización, si como autores o cómplices, hubiesen provocado intencionalmente la muerte del Asegurado, o si hubiere mala fe en la reclamación o comprobación del derecho al pago del siniestro.

Art. 15°.- PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

En caso de muerte accidental o de reembolso, la indemnización correspondiente será pagada al Contratante, Asegurado y/o Beneficiario, según el caso, dentro de los treinta (30) días siguientes a aquel en que le presenten por escrito la correspondiente reclamación aparejada de los documentos que, según este contrato, sean indispensables. En caso de que el reclamo sea objetado o rechazado por escrito y motivadamente por la Compañía, dentro del plazo antes mencionado, se estará a lo dispuesto en la Ley General de Seguros.

La compañía se obliga a realizar el pago de la indemnización por transferencias o medios de pago electrónicos a efectos de llevar a cabo reembolsos y pagos de siniestros que cuenten con la respectiva cobertura.

Cualquier pago hecho por la Compañía de buena fe y de acuerdo con esta cláusula exonerará totalmente a la Compañía de cualquier responsabilidad con respecto al referido pago.

Todos los demás términos y condiciones de la Póliza, con excepción de lo establecido en esta Cláusula, quedan en pleno vigor y sin modificación alguna.

Lugar y fecha:

EL ASEGURADO

LA COMPAÑÍA

El Contratante y/o Asegurado podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.

Nota: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó a las presentes Condiciones Generales, el número de registro 50259, el 25 de Julio de 2018.