

B3 – Gastos Farmacéuticos durante el Viaje

Cláusula Adicional

La presente Cláusula Adicional cubre riesgos adicionales a los de las Coberturas Principales y se regirá, en todo lo que no esté expresamente estipulado en ésta, por las Condiciones Generales de la Póliza, de modo que solo será válida mientras las Coberturas Principales lo sean y estén vigentes.

Artículo 1° Definiciones

Central de Asistencia: Es la empresa contratada por la COMPAÑÍA para coordinar el otorgamiento de los servicios de asistencia en viaje, así como también del pago directo, siempre por cuenta de la COMPAÑÍA, de los beneficios establecidos en este seguro.

Condición Médica Pre-existente: Cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocido por el ASEGURADO o dependiente y no resuelta en el momento previo a la presentación de la solicitud y/o de la declaración jurada de salud.

Fecha de Llegada: Es la fecha que el ASEGURADO originalmente programó como regreso de su VIAJE y que está especificada en las CONDICIONES PARTICULARES y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

Fecha de Salida: Es la fecha indicada por el ASEGURADO originalmente y que programó para iniciar el VIAJE y que está especificada en las CONDICIONES PARTICULARES y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

Medicamento Necesario: Es la recomendación hecha por el MÉDICO cuando ella es:

- Consistente con los síntomas, diagnóstico y tratamiento de la condición del ASEGURADO;
- Apropiaada en relación con las reglas de buena práctica médica.
- Constatado por los médicos designados por la COMPAÑÍA o la CENTRAL DE ASISTENCIA.

Médico: Es un profesional habilitado y autorizado legalmente para practicar la medicina dentro del ámbito de su especialidad. No será considerado como MÉDICO:

- El ASEGURADO
- Su cónyuge
- Cualquier pariente del ASEGURADO o de su cónyuge con los siguientes parentescos: hijo(a), padres, hermano(a), parientes consanguíneos o afines, aun cuando se encuentre habilitado para ejercer la práctica de la medicina.

Viaje: Es el período de tiempo comprendido entre la fecha de salida y llegada especificadas en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda, sujeto a un máximo continuo de días por viaje.

Artículo 2° Vigencia Individual y Territorio

El derecho a las indemnizaciones y prestaciones contempladas para la presente cobertura se refiere a contingencias que ocurran a una distancia superior a doscientos (200) kilómetros contados desde el domicilio particular del ASEGURADO que figura en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

El inicio de la vigencia de la presente cobertura de viaje internacional se computará a partir del paso del ASEGURADO por Policía Internacional o Departamento de Migraciones, en el lugar de embarque, en cada viaje, y en todo caso no antes de la fecha de inicio del VIAJE indicada en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda, si esta es posterior a la fecha de embarque.

La protección termina en cualquiera de las siguientes fechas, lo que ocurra primero:

- a) En la FECHA DE LLEGADA aún si esta es anterior a la que estaba originalmente prevista y en el momento del paso por la Policía Internacional o Departamento de Migraciones;
- b) Al final de la vigencia en días indicado en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda;
- c) Al final del plazo de VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

El ámbito territorial de las coberturas se extiende a todo el mundo, exceptuando los siguientes países: Afganistán, Cuba, República Democrática del Congo, Irán, Iraq, Liberia, Sudán o Siria o cualquier país que ingrese a la lista OFAC, en cualquiera que sea el medio de transporte utilizado. Sin perjuicio de lo anterior, se podrán excluir expresamente los hechos ocurridos directa o indirectamente como resultado de un viaje a, en o a través de otros países o territorios especificados en las CONDICIONES PARTICULARES y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

El CONTRATANTE de la PÓLIZA, deberá informar el ingreso del ASEGURADO, hasta máximo veinticuatro (24) horas previas al viaje del ASEGURADO y la vigencia de su cobertura quedará especificada en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda.

Todos los ASEGURADOS deberán completar los requisitos de asegurabilidad establecidos en las CONDICIONES PARTICULARES y/o Certificado de Seguro, según corresponda y su ingreso será automático en la PÓLIZA. Todo ASEGURADO que no haya sido notificado y/o no haya completado los requisitos de asegurabilidad establecidos en las CONDICIONES PARTICULARES y/o Certificado de Seguro, según corresponda, no tendrá cobertura en el presente seguro.

Artículo 3° Cobertura

El reembolso de los gastos en la compra de medicamentos necesarios (en virtud de la atención médica u odontológica cubierta por el seguro), sujeto al límite indicado en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda, siempre que los gastos hayan ocurrido durante el VIAJE y hayan sido prescritos por un MÉDICO.

En el caso de ser MEDICAMENTO NECESARIO, si el ASEGURADO no pudiera contar con acceso a medicamentos específicos por no encontrarse disponibles en los países donde el pasajero se encuentra durante el viaje, estos podrán ser enviados directamente desde Perú. Esto aplica siempre y cuando la discontinuidad del uso del medicamento ponga en riesgo la vida del ASEGURADO y estos hayan sido prescritos por un MÉDICO local.

Artículo 4° Condiciones de Cobertura

- Constatada la CONDICIÓN DE PRE-EXISTENCIA, los beneficios de medicamentos serán sólo para el tratamiento de emergencia y estabilización del ASEGURADO y por ningún motivo para el tratamiento normal de la condición pre-existente, siendo estos últimos costos de responsabilidad exclusiva del ASEGURADO.
- En los casos que se constate que el ASEGURADO realizó su VIAJE con motivo del tratamiento de una ENFERMEDAD PRE-EXISTENTE, la COMPAÑÍA queda exenta de prestar sus servicios de acuerdo a esta Cláusula Adicional. La COMPAÑÍA se reserva el derecho de investigar la conexión del hecho actual con la ENFERMEDAD PRE-EXISTENTE.
- De no estar definido de otra forma en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda, todos los gastos de las coberturas B1, B2, B3 y B4, serán considerados como un gasto único combinable, no pudiendo, en la sumatoria de todos ellos, exceder el monto establecido en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda bajo la cobertura B1 Gastos Médicos por Accidente y/o Enfermedad Durante el Viaje.

Artículo 5° Exclusiones

La presente Cláusula Adicional no otorga ninguna de las coberturas o beneficios estipulados en ella, cuando se originen por, o sean una consecuencia o complicación de:

- a) ENFERMEDADES, CONDICIONES O LESIONES PRE-EXISTENTES al VIAJE del ASEGURADO y cualquiera de sus consecuencias, incluyendo convalecencias y alteraciones durante tratamientos que no se encuentran todavía en una etapa consolidada, y las secuelas de enfermedades anteriores al VIAJE.
- b) Participación en cualquier equipo deportivo profesional o semiprofesional y cualquier deporte o actividad riesgoso: que incluye: aviación privada, paracaidismo, ala delta, parapente, bungee jumping, alpinismo, escalada, motociclismo, artes marciales, boxeo, rodeo, rugby, equitación, polo, buceo.
- c) Suicidio, intento de suicidio o LESIÓN intencionalmente infringida por el ASEGURADO a sí mismo.
- d) Tratamientos de fertilidad, incluyendo servicios y suministros con relación al diagnóstico y tratamiento de la infertilidad u otros problemas relacionados con la capacidad de concebir; control de natalidad, incluyendo intervenciones quirúrgicas y dispositivos a tal fin.
- e) La asistencia por partos y estados de embarazo, a menos que se trate de una complicación súbita, clara e imprevisible y el tiempo de embarazo sea inferior a veinticuatro (24) semanas.
- f) Prestación de servicios en las fuerzas armadas o unidades auxiliares de las mismas en casos de Guerras civiles nacionales o extranjeras, motines, movimientos populares, represalias, restricciones a la libre circulación, huelgas, explosiones, misiones para la obtención o mantenimiento de la paz.
- g) Las enfermedades epidémicas y sus consecuencias, que provengan directa o indirectamente de pandemia, ya sea que haya sido declarada por la Organización Mundial de la Salud o el organismo que lo reemplace, o bien, por la autoridad correspondiente de cualquiera de los países, localidades o regiones afectadas.
- h) Todo hecho que reconozca su origen o sea resultado de un viaje a, en o a través de cualquiera de los países o territorios especificados en las CONDICIONES PARTICULARES y/o Certificado de Seguro, según corresponda como, asimismo, el pago solicitado en dicho país, cualquiera sea la causa, aun cuando la permanencia en el país excluido pudiere ser considerada como fortuita para el ASEGURADO.
- i) Comisión de actos calificados como delito, así como la participación activa en rebelión, revolución, sublevación, asonadas, motín, conmoción civil, subversión y terrorismo.
- j) Encontrarse el ASEGURADO en estado de ebriedad, o bajo los efectos de cualquier narcótico, a menos que hubiese sido administrado por prescripción médica. Estos estados deberán ser certificados por la autoridad competente.
- k) Desempeñarse el ASEGURADO como piloto o tripulante de aviones civiles o comerciales, a menos que exprese y específicamente se prevea y acepte su cobertura por el asegurador.
- l) Infecciones bacterianas, excepto las infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental.
- m) Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan.
- n) Tratamientos médicos o quirúrgicos distintos de los necesarios a consecuencia de lesiones o enfermedad cubiertas por esta póliza. Por tanto, si el ASEGURADO viaja al extranjero a someterse a algún tratamiento médico específico, estas prestaciones quedarán expresamente excluidas de las coberturas de la presente Cláusula Adicional.
- o) Exámenes médicos de rutina.
- p) Curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento.
- q) Una infección oportunística, o un neoplasma maligno (cáncer), si al momento de la muerte o enfermedad el ASEGURADO padecía o era portador del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Con tal propósito, se entenderá por:
 - "Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida", lo definido para tal efecto por la Organización Mundial de la Salud.

- Infección Oportunistica incluye, pero no debe limitarse a Neumonía causada por *Pneumocystis Carinii*, Organismo de Enteritis Crónica, Infección Vírica o Infección Micobacteriana Diseminada.
 - Neoplasma Maligno incluye, pero no debe limitarse al Sarcoma de Kaposi, al Linfoma del Sistema Nervioso Central o a otras afecciones malignas ya conocidas o que puedan conocerse como causas inmediatas de muerte en presencia de una inmunodeficiencia adquirida.
 - Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida debe incluir Encefalopatía (demencia) de V.I.H. (Virus de Inmunodeficiencia Humano) y Síndrome de Desgaste por V.I.H. (Virus de Inmunodeficiencia Humano).
- r) Tratamiento o cirugía dental, excepto por lesiones en dientes naturales sanos, ocasionados por un accidente.
- s) Todo tipo de tratamientos por obesidad.
- t) Diagnóstico y tratamiento de acné.
- u) Tratamientos por adicción a drogas o alcoholismo, lesión, enfermedad o tratamiento causado por ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares.
- v) Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del asegurado.
- w) Acto delictivo cometido, en calidad de autor o cómplice, por un beneficiario o quien pudiere reclamar el monto asegurado o la indemnización.
- x) La asistencia por servicios que el ASEGURADO haya contratado sin previa autorización de la Central de Asistencia, salvo se acredite a satisfacción de la COMPAÑÍA que por causa de fuerza mayor ha sido imposible requerir la previa autorización.
- y) Los gastos de asistencia médica, hospitalaria o sanitaria en que se haya incurrido fuera del territorio de cobertura según lo determinado en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, según corresponda.
- z) La asistencia por ENFERMEDADES mentales o estados patológicos producidos durante el viaje por ingestión voluntaria de alcohol, drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos adquiridos sin prescripción médica.
- aa) La asistencia que consista en el suministro de prótesis, anteojos y lentes de contacto, aun cuando obedezcan a eventos ocurridos durante el viaje.
- bb) La asistencia por cualquier acontecimiento, pérdida, lesión, daño o responsabilidad legal que se produzca como consecuencia directa o indirecta de un viaje en, a, o a través de cualquiera de los siguientes países: Afganistán, Cuba, República Democrática del Congo, Irán, Iraq, Liberia, Sudán o Siria o cualquier país que ingrese a la lista OFAC.
- cc) La asistencia por cualquier pérdida, lesión, daño o responsabilidad legal que sufra directa o indirectamente una persona terrorista o miembro de una organización terrorista, traficante de drogas, o proveedor de armas nucleares, químicas o biológicas
- dd) Peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa.
- ee) Riesgos de radiación, reacción nuclear o atómica, o contaminación radioactiva.
- ff) Anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías o se relacionen con ellas.
- gg) Cualquier tipo de enfermedad mental o nerviosa.

Artículo 6° Aviso del Siniestro y Procedimiento para Solicitar la Cobertura

Aviso: Cuando se produzca algún hecho que pueda dar origen a la cobertura que otorga la presente Cláusula Adicional, el ASEGURADO debe solicitar por teléfono la asistencia correspondiente, indicando sus datos personales, el número de la PÓLIZA, el lugar donde se encuentra y la clase de servicio que precisa u otro dato que facilite su identificación al momento del uso del seguro.

Independientemente de la intervención del servicio de asistencia, el ASEGURADO o su beneficiario deberán dar aviso a la COMPAÑÍA por cualquiera de los medios de comunicación pactados, de la ocurrencia del siniestro, en un plazo no mayor a treinta (30)

días calendario luego de ocurrido el suceso, o de haber tomado conocimiento del beneficio siempre y cuando el retraso obedezca a motivos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho.

Documentos: En caso que la gravedad del accidente o enfermedad impida al ASEGURADO llamar a la CENTRAL DE ASISTENCIA, podrá solicitar el reembolso de gastos farmacéuticos, para lo cual, el ASEGURADO deberá presentar en las oficinas de la COMPAÑÍA los siguientes documentos (en original o certificación de reproducción notarial, antes copia legalizada). El ASEGURADO o el BENEFICIARIO podrá presentar los documentos en cualquier momento, sin plazo límite específico, pero antes del plazo de prescripción establecido por la normatividad vigente:

- a) Declaración escrita, con fecha y hora del accidente, el lugar y las circunstancias en que este ocurrió;
- b) Certificado del Médico que prestó los primeros auxilios a la víctima, expresando el estado del accidentado, las dolencias o daños identificados y las consecuencias conocidas o probables.
- c) Relación de gastos de curación incurridos por el ASEGURADO, debidamente fundamentados con los comprobantes de pago respectivos.

En caso se constate que el ASEGURADO realizó su viaje con motivo del tratamiento de una Enfermedad Pre-Existente, la COMPAÑÍA queda eximida de prestar sus servicios de acuerdo a esta cláusula adicional. La COMPAÑÍA, se reserva el derecho de investigar la conexión del hecho actual con la Enfermedad Pre-existente.

La COMPAÑÍA tendrá un plazo máximo de treinta (30) días contados desde la recepción completa de los documentos antes indicados, para aprobar o rechazar la solicitud de cobertura; salvo que solicite una prórroga al CONTRATANTE y/o ASEGURADO para realizar nuevas investigaciones y obtener evidencias relacionadas con el siniestro. En caso que el CONTRATANTE y/o ASEGURADO no apruebe la solicitud de prórroga presentada por la COMPAÑÍA, ésta se sujetará al procedimiento establecido para tal efecto en el TUPA de la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP's.

En caso que la COMPAÑÍA requiera aclaraciones o precisiones adicionales, respecto a la documentación e información presentada, la COMPAÑÍA podrá realizar tal requerimiento dentro de los primeros veinte (20) días de recibida la documentación completa presentada para la solicitud de cobertura, lo que suspenderá el plazo de aprobación o rechazo hasta la presentación de la documentación e información correspondiente.

El plazo de veinte (20) días antes indicado se encuentra dentro de los treinta (30) días con el que cuenta La Aseguradora para pronunciarse sobre la aprobación o rechazo de la solicitud de cobertura.

Si la solicitud de cobertura fuese aprobada por La COMPAÑÍA o hubiese transcurrido el plazo de treinta (30) días sin pronunciamiento por parte de la COMPAÑÍA o, de ser el caso, la correspondiente prórroga, se pagará el beneficio dentro de los treinta (30) días calendarios siguientes.