

1. OBJETO DEL SEGURO

Por la presente PÓLIZA, la ASEGURADORA se obliga a prestar al (los) ASEGURADO(S) individualizado(s) en el respectivo CERTIFICADO, las coberturas que se expresan en esta PÓLIZA, sujeto a los límites que se consignan en cada caso, obligándose por su parte el CONTRATANTE a pagar el premio convenido. El ASEGURADO estará facultado, previa consulta y aprobación por parte de la ASEGURADORA, a contratar por su cuenta y riesgo los servicios correspondientes, solicitando luego el reembolso respectivo a la ASEGURADORA, siempre sujeto a los límites establecidos en cada caso.

Sólo en casos de emergencia debidamente justificados el ASEGURADO podrá contratar los servicios necesarios sin autorización previa de la ASEGURADORA.

2. DEFINICIONES GENERALES

A los fines de la presente PÓLIZA los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:

ACCIDENTE:

Es el evento externo, súbito, involuntario y violento, cuya fecha de ocurrencia se encuentra perfectamente determinada y que ha sido la causa directa de una LESIÓN física.

Se incluyen en el concepto de accidente las LESIONES derivadas de la acción de la temperatura ambiente o influencia atmosférica a que se encuentra sujeto el ASEGURADO, como consecuencia del accidente.

No se incluye en el concepto de accidente:

- Las enfermedades (incluso las profesionales), cualquiera que sean sus causas, salvo las que sean provocadas o desencadenadas en forma directa por ACCIDENTE.
- Las complicaciones que sean consecuencia de la realización de exámenes, tratamientos clínicos o quirúrgicos, cuando no han derivado de un accidente cubierto.
- Escape accidental de gases y vapores.

ASALTO:

Es la sustracción (o su tentativa) de una cosa mueble ajena con ánimo de apropiársela, mediante la intimidación o violencia en las personas dueñas o tenedoras de esas especies sustraídas y que le cause al ASEGURADO una LESIÓN corporal, de la cual resulte su fallecimiento o invalidez con carácter permanente.

ASEGURADO(S):

Son las personas que figuran como tales en el respectivo CERTIFICADO y a quienes resultan aplicables las coberturas detalladas en la presente PÓLIZA.

ASEGURADORA:

QBE Seguros La Buenos Aires S.A., responsable de otorgar cobertura bajo el presente SEGURO DE VIAJES INTERNACIONALES al ASEGURADO.

BENEFICIO:

Es la prestación, indemnización o reembolso a la que el ASEGURADO –o sus beneficiarios, según el caso- accederá en caso de ocurrencia de alguno de los hechos cubiertos por la presente PÓLIZA, en un todo de acuerdo con las condiciones del PLAN CONTRATADO.

CENTRAL DE ASISTENCIA:

Es el centro de atención telefónica que pone a disposición la ASEGURADORA para la atención de los llamados del ASEGURADO en caso de SINIESTRO o de la necesidad de solicitar alguno de los BENEFICIOS establecidos en la presente PÓLIZA, cuyo(s) número(s) de teléfono será(n) indicado(s) en el respectivo CERTIFICADO.

CERTIFICADO:

Es el documento entregado a los ASEGURADOS, donde constan los detalles de la cobertura individual otorgada a cada uno de ellos bajo la presente PÓLIZA, de acuerdo al PLAN CONTRATADO.

COMPAÑERO DE VIAJE:

Comprende una o más personas que hayan efectuado reserva para acompañar al ASEGURADO en el VIAJE, que viajen en la misma fecha y vuelo que el ASEGURADO y cuyos pasajes hayan sido adquiridos simultáneamente.

CONDICIÓN PREEXISTENTE:

Se entiende por tal a toda enfermedad que padeciera el ASEGURADO, diagnosticada con anterioridad a su incorporación al seguro, y que se manifieste dentro de los 12 meses contados desde la fecha de inicio de la cobertura para el Asegurado.

La CONDICIÓN PREEXISTENTE podrá ser verificada por la ASEGURADORA por todos los medios disponibles, incluyendo historias clínicas y/o legajos médicos-hospitalarios en consultorios, clínicas, laboratorios, HOSPITALES, para lo cual el ASEGURADO se compromete por medio de la presente a facilitar el acceso de la ASEGURADORA a la referida documentación.

Travel Insurance

Seguro de Viajes Internacionales

CONDICIONES GENERALES

CONTRATANTE:

Es la persona física o jurídica que haya contratado el SEGURO DE VIAJES INTERNACIONALES y que se haga responsable por el pago del mismo.

En caso de tratarse de un seguro colectivo, deberá poseer un vínculo previo con las personas asegurables distinto al de la suscripción del presente seguro.

CONTRATOS DE VIAJE:

Son los convenios o contratos celebrados por el ASEGURADO o CONTRATANTE con el objeto de que el Asegurado realice un viaje, tour o crucero a un país extranjero, ya sea que dicho VIAJE sea organizado por un operador de turismo, agente de viajes o línea de cruceros o bien directamente por el propio ASEGURADO o CONTRATANTE, y que se encuentra protegido por la presente PÓLIZA.

ESTABLECIMIENTO HOSPITALARIO (U HOSPITAL):

Es un lugar que:

- Cuenta con habilitación vigente, otorgada por la autoridad competente.
- Está dedicado especialmente al cuidado y tratamiento de personas enfermas o lesionadas.
- Cuenta con un cuerpo de uno o más MÉDICOS disponibles en forma permanente.
- Presta servicios de enfermería las 24 horas del día y cuenta al menos con un profesional de enfermería matriculado, de guardia en forma permanente.
- Cuenta con instalaciones organizadas para diagnóstico y cirugía, ya sea en el mismo lugar o en otras instalaciones disponibles del HOSPITAL, previamente acordadas.

No son HOSPITALES los establecimientos geriátricos, de descanso o de convalecencia para personas de edad, ni un establecimiento operado como un centro de tratamiento para drogas y/o alcohol.

ENFERMEDAD DE CARÁCTER SÚBITO:

Es el evento de carácter mórbido, de causa no accidental, que sea contraído por el ASEGURADO o se manifieste por primera vez durante el VIAJE y que requiera tratamiento terapéutico por parte de un MÉDICO y no corresponda a una CONDICIÓN PREEXISTENTE.

EQUIPAJE:

Para los efectos de esta PÓLIZA, será considerado equipaje todo bulto acondicionado en compartimiento cerrado, despachado comprobadamente bajo responsabilidad del TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO.

FECHA DE LLEGADA:

Es la fecha que el ASEGURADO originalmente programó como regreso de su VIAJE y que está especificada en el respectivo CERTIFICADO.

FECHA DE SALIDA:

Es la fecha que el ASEGURADO originalmente programó como inicio de su VIAJE y que está especificada en el respectivo CERTIFICADO.

LESIÓN:

Es un daño corporal causado exclusivamente por ACCIDENTE, ocurrido durante el VIAJE.

MÉDICAMENTE NECESARIO:

Dícese de la recomendación hecha por el MÉDICO cuando ella es:

- Consistente con los síntomas, diagnóstico y tratamiento de la condición del ASEGURADO;
- Apropiada en relación con las reglas de la buena práctica médica.

MÉDICO:

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

- El ASEGURADO
- Su cónyuge
- Una persona que sea MIEMBRO DE LA FAMILIA del ASEGURADO o de su cónyuge, aún cuando se encuentre habilitado para ejercer la práctica de la medicina y cualquiera sea su lugar de residencia.

MIEMBRO DE LA FAMILIA:

Respecto de la persona a la que se haga referencia, significa su cónyuge o conviviente en aparente matrimonio tal como se defina en las disposiciones legales vigentes y sus familiares directos en primer o segundo grado de consanguinidad (sus hijos, sus padres, hermanos, abuelos, nietos o menores bajo su tutela), siempre y cuando residan en el mismo país del ASEGURADO.

PLAN CONTRATADO:

Consiste en la combinación de coberturas, BENEFICIOS, SUMAS ASEGURADAS y límites contratados por el ASEGURADO, descritos en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS y que se encuentra definido en el respectivo CERTIFICADO.

PÓLIZA:

Es el presente contrato de SEGURO DE VIAJES INTERNACIONALES.

El presente documento, PÓLIZA o sus modificaciones y documentación anexa, conforman el SEGURO DE VIAJES INTERNACIONALES.

SINIESTRO:

Es la ocurrencia de un evento cubierto bajo la presente PÓLIZA y del cual resulta el derecho del ASEGURADO a obtener el BENEFICIO previsto, de acuerdo a los términos y condiciones de esta PÓLIZA.

SUMA ASEGURADA:

Es el monto máximo a cargo de la ASEGURADORA establecido por cada SINIESTRO y para cada persona y cobertura incluida en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS, de acuerdo al PLAN CONTRATADO por el ASEGURADO.

TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO:

Es cualquier medio de transporte de pasajeros a título oneroso por tierra, agua o aire, con recorrido fijo, operado con habilitación válida y en un todo de acuerdo a las disposiciones legales o reglamentarias aplicables. No están contemplados en la presente definición y por tanto quedan excluidos, los taxis, vehículos rentados, servicios de traslado de hotel o estacionamiento y cualquier otro medio de transporte privado de pasajeros.

VIAJE:

Es la salida del ASEGURADO de su país de residencia, con el fin de efectuar una visita, tour o crucero a un país extranjero, ya sea organizado a través de un operador de turismo, agente de viajes o línea de cruceros o bien directamente por el propio ASEGURADO o CONTRATANTE, y que se encuentra protegido por la presente PÓLIZA, comprendido entre las FECHAS de SALIDA Y LLEGADA especificadas en el CERTIFICADO.

3. COBERTURAS

Las coberturas descritas a continuación formarán parte de la presente PÓLIZA sólo en la medida que las mismas estén incluidas expresamente en el PLAN CONTRATADO por el ASEGURADO o CONTRATANTE, y sus SUMAS ASEGURADAS y límites estarán determinados según lo establecido en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS.

3.1) MUERTE ACCIDENTAL

El BENEFICIO correspondiente a cada ASEGURADO para cada una de las coberturas que se indican a continuación, estará sujeto a la SUMA ASEGURADA consignada para cada caso en el LISTADO DE COBERTURAS Y BENEFICIOS.

3.1.1) MUERTE ACCIDENTAL 24 hs**BENEFICIO**

El pago de la SUMA ASEGURADA establecida en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS a los beneficiarios instituidos, en caso de muerte del ASEGURADO, producida como consecuencia inmediata de un ACCIDENTE ocurrido exclusivamente durante el VIAJE y que no se encuentre expresamente excluido por la presente PÓLIZA.

3.1.2) MUERTE ACCIDENTAL EN TRANSPORTE**PÚBLICO AUTORIZADO****BENEFICIO**

El pago de la SUMA ASEGURADA establecida en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS a los beneficiarios instituidos, en caso de muerte del ASEGURADO, producida como consecuencia inmediata de un ACCIDENTE ocurrido exclusivamente durante el VIAJE, mientras se encuentre ascendiendo, descendiendo o viajando en un TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO.

3.1.3) MUERTE ACCIDENTAL EN OCASIÓN**DE UN ASALTO****BENEFICIO**

El pago de la SUMA ASEGURADA establecida en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS a los beneficiarios instituidos, en caso de muerte del ASEGURADO, producida como consecuencia inmediata de un ACCIDENTE ocurrido exclusivamente durante el VIAJE, en ocasión de un ASALTO.

Vale aclarar que podrá otorgarse cobertura de muerte accidental únicamente respecto de una o ambas causales descriptas en los incisos 3.1.2) y 3.1.3). En tales casos, se encontrará excluido de esta cobertura cualquier otro ACCIDENTE que no hubiera ocurrido en un TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO y/o en ocasión de un ASALTO, según corresponda.

En el caso que se produjera la muerte accidental del ASEGURADO en ocasión de un ASALTO ocurrido en un TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO, sólo se abonará el mayor de los BENEFICIOS correspondiente a las coberturas de los incisos 3.1.2) y 3.1.3), por cuanto ambas coberturas resultan excluyentes entre sí.

Importante:

- 1) Solamente se cubrirá la muerte que se produzca dentro de los 180 días de ocurrido el ACCIDENTE y siempre que la misma sea consecuencia inmediata de las LESIONES provocadas por el mismo.
- 2) En el caso de que el ASEGURADO sea un menor de 14 años, la SUMA ASEGURADA por muerte revestirá el carácter de máxima, y estará destinada exclusivamente a la cobertura de los gastos de sepelio, los que deberán ser acreditados en oportunidad del fallecimiento, mediante la documentación correspondiente. Para estos ASEGURADOS no procederá la contratación de los adicionales por ASALTO o TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO.

3.2) INCAPACIDAD PERMANENTE - TOTAL O PARCIAL - POR ACCIDENTE

El BENEFICIO correspondiente a cada una de las coberturas que se indican a continuación, estará sujeto a la SUMA ASEGURADA consignada para cada caso en el LISTADO DE COBERTURAS Y BENEFICIOS.

3.2.1) INCAPACIDAD PERMANENTE - TOTAL O PARCIAL - POR ACCIDENTE 24 hs BENEFICIO

El pago de la SUMA ASEGURADA establecida en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS, de acuerdo al valor indicado en la Tabla de Cálculo de Indemnización inserta a continuación, en caso de invalidez de carácter permanente del ASEGURADO, consecuente de un ACCIDENTE ocurrido exclusivamente durante el VIAJE y que no se encuentre expresamente excluido por la presente PÓLIZA.

3.2.2) INCAPACIDAD PERMANENTE -TOTAL O PARCIAL- POR ACCIDENTE EN TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO BENEFICIO

El pago de la SUMA ASEGURADA establecida en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS, de acuerdo al valor indicado en la Tabla de Cálculo de Indemnización inserta a continuación, en caso de invalidez de carácter permanente del ASEGURADO, consecuente de un ACCIDENTE ocurrido exclusivamente durante el VIAJE, mientras se encuentre ascendiendo, descendiendo o viajando en un TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO.

3.2.3) INCAPACIDAD PERMANENTE -TOTAL O PARCIAL- POR ACCIDENTE EN OCASIÓN DE UN ASALTO BENEFICIO

El pago de la SUMA ASEGURADA establecida en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS, de acuerdo al valor indicado en la Tabla de Cálculo de Indemnización inserta a continuación, en caso de invalidez de carácter permanente del ASEGURADO, consecuente de un ACCIDENTE ocurrido exclusivamente durante el VIAJE, en ocasión de un ASALTO.

Vale aclarar que podrá otorgarse cobertura de incapacidad por ACCIDENTE únicamente respecto de una o ambas causales descriptas en los incisos 3.2.2) y 3.2.3), En tales casos, se encontrará excluido de esta cobertura cualquier otro ACCIDENTE que no hubiera ocurrido en un TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO y/o en ocasión de un ASALTO, según corresponda.

En el caso que se produjera la invalidez accidental del ASEGURADO en ocasión de un ASALTO ocurrido en un TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO, sólo se abonará el mayor de los BENEFICIOS correspondiente a las coberturas de los incisos 3.2.2) y 3.2.3), por cuanto ambas coberturas resultan excluyentes entre sí.

Asimismo, queda establecido que el BENEFICIO acordado por incapacidad es sustitutivo del que debiera liquidarse en caso de muerte del ASEGURADO, de modo que, con el pago de este BENEFICIO, la ASEGURADORA queda liberada de cualquier otra obligación con respecto a la cobertura de muerte de dicho ASEGURADO, si el monto de la SUMA ASEGURADA por incapacidad resulta coincidente con el de muerte.

Si en cambio el monto abonado por incapacidad resultara inferior a la SUMA ASEGURADA por muerte, dicha liberación será parcial, por un importe igual al BENEFICIO liquidado por incapacidad. Se entiende como invalidez permanente la pérdida, reducción o impotencia funcional definitiva total del miembro u órgano.

Importante: Solamente los casos listados a continuación se encuentran cubiertos:

TABLA PARA CÁLCULO DE INDEMNIZACIÓN EN CASO INVALIDEZ PERMANENTE RESULTANTE DE ACCIDENTE

TOTAL

Estado absoluto e incurable de alienación mental, que no permita al Asegurado ningún trabajo u ocupación, por el resto de su vida	100%
---	------

Fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total y permanente 100%

PARCIAL

a) Cabeza

Sordera total e incurable de los dos oídos 50%
Pérdida total de un ojo o reducción de la mitad de la visión binocular normal 40%
Sordera total e incurable de un oído 15%
Ablación de la mandíbula inferior 50%

b) Miembros superiores

Der.

Izq.

Pérdida total de un brazo 65% 52%
Pérdida total de una mano 60% 48%
Fractura no consolidada de un brazo (seudoartrosis total) 45% 36%
Anquilosis del hombro en posición no funcional 30% 24%
Anquilosis del hombro en posición funcional 25% 20%
Anquilosis del codo en posición no funcional 25% 20%
Anquilosis del codo en posición funcional 20% 16%
Anquilosis de la muñeca en posición no funcional 20% 16%
Anquilosis de la muñeca en posición funcional 15% 12%
Pérdida total del pulgar 18% 14%
Pérdida total del índice 14% 11%
Pérdida total del dedo medio 9% 7%
Pérdida total del anular o el meñique 8% 6%

En caso que el ASEGURADO fuera zurdo, se invertirán los porcentajes de indemnización fijados por la pérdida de los miembros superiores.

c) Miembros inferiores

Pérdida total de una pierna 55%
Pérdida total de un pie 40%
Fractura no consolidada de un muslo (seudoartrosis total) 35%
Fractura no consolidada de una pierna (seudoartrosis total) 30%
Fractura no consolidada de una rótula 30%
Fractura no consolidada de un pie (seudoartrosis total) 20%
Anquilosis de la cadera en posición no funcional 40%

Anquilosis de la cadera en posición funcional 20%
Anquilosis de la rodilla en posición no funcional 30%
Anquilosis de la rodilla en posición funcional 15%
Anquilosis del empeine (garganta del pie) en posición no funcional 15%
Anquilosis del empeine (garganta del pie) en posición funcional 8%
Acortamiento de un miembro inferior de por lo menos cinco centímetros 15%
Acortamiento de un miembro inferior de por lo menos tres centímetros 8%
Pérdida total del dedo gordo del pie 8%
Pérdida total de otro dedo del pie 4%

Importante:

- 1) Cuando como consecuencia de un mismo ACCIDENTE resulte incapacitado más de un miembro u órgano, la indemnización será calculada sumando los porcentuales respectivos. Sin perjuicio de lo anterior, el BENEFICIO total no debe exceder el 100% (cien por ciento) de la SUMA ASEGURADA, de acuerdo a la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS.
- 2) El PLAN CONTRATADO podrá establecer exclusivamente la cobertura de Incapacidad Permanente Total del ASEGURADO, quedando por lo tanto excluida cualquier Incapacidad Permanente Parcial. No obstante, si la suma de las distintas pérdidas de miembros u órganos alcanzara o superara el 80%, se considerará como Incapacidad Total y por consiguiente se abonará la respectiva SUMA ASEGURADA.
- 3) Solamente se cubrirán las incapacidades permanentes que se configuren dentro de los 180 días de ocurrido el ACCIDENTE y siempre que las mismas sean consecuencia inmediata de las LESIONES provocadas por el mismo.
- 4) Para los ASEGURADOS menores de 14 años, la SUMA ASEGURADA de esta cobertura no podrá superar la correspondiente a la cobertura de muerte.

3.3) ASISTENCIA MÉDICA POR ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD BENEFICIO

La asistencia médica y HOSPITALARIA que requiera el ASEGURADO durante el VIAJE, como consecuencia inmediata de haber sufrido un ACCIDENTE o ENFERMEDAD DE CARÁCTER SÚBITO durante el mismo, hasta la SUMA ASEGURADA estable-

cida en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS.

A los fines de esta PÓLIZA, se entiende que la asistencia médica y HOSPITALARIA comprende:

- a) Servicios prestados por un MÉDICO.
- b) Internación HOSPITALARIA y uso de quirófano.
- c) Exámenes médicos, exámenes o tratamientos radiológicos y análisis de laboratorio.
- d) Anestesia (incluyendo administración de la misma).
- e) Fisioterapia: En caso de necesidad de Fisioterapia como resultado de LESIONES provenientes de ACCIDENTES ocurridos o ENFERMEDADES DE CARÁCTER SÚBITO contraídas o que se manifiesten por primera vez durante el VIAJE, el ASEGURADO recibirá atención fisioterapéutica, a condición de que ésta sea prescrita por el MÉDICO que atendió al ASEGURADO durante el VIAJE.
- f) Emergencias y urgencias médicas.

Importante:

- **Constatada la presencia de una CONDICIÓN PREEXISTENTE en cualquier LESIÓN o enfermedad del ASEGURADO, los BENEFICIOS de asistencia médica vinculados a dicha LESIÓN o enfermedad estarán sujetos a lo previsto para este concepto en el punto 3.3.1.**
- **La ASEGURADORA tendrá el derecho a someter al ASEGURADO a hasta tres (3) exámenes médicos, con costo a su cargo, mientras hubiera BENEFICIOS pendientes.**

Se encuentran excluidos de la presente cobertura:

- a) Servicios, suministros o tratamientos, incluyendo cualquier período de internación hospitalaria, que no hayan sido recomendados, aprobados y certificados como MÉDICAMENTE NECESARIOS por el MÉDICO.
- b) Exámenes físicos, de laboratorio o radiográficos de rutina y/o preventivos que no sean MÉDICAMENTE NECESARIOS y que no sean consecuencia directa de una enfermedad o ACCIDENTE cubierto bajo esta PÓLIZA.
- c) Cirugía reparadora, plástica o que no fuera absolutamente esencial y necesaria, excepto como resultado de una LESIÓN del ASEGURADO ocurrida durante el VIAJE y cubierta por esta PÓLIZA.
- d) Tratamientos rejuvenecedores o estéticos.
- e) Compras de prótesis u órtesis.
- f) Anormalidades congénitas y condiciones que resulten de las mismas.

- g) Asistencia relacionada con pie frágil, deformado o plano, callos o uñas del pie.
- h) Diagnóstico y tratamiento de acné.
- i) Tabique desviado, incluyendo resección submucosa y/o cualquier corrección quirúrgica de los mismos.
- j) Transplante de órganos.
- k) Cuidados de niños y personas sanas, lo cual incluye exámenes médicos de rutina, escolares o universitarios e inmunizaciones (vacunas).
- l) Servicios y suministros médicos en el país de residencia del ASEGURADO.
- m) Anteojos, lentes de contacto, audífonos y exámenes para la prescripción o ajuste de los mismos, a menos que la LESIÓN o la ENFERMEDAD DE CARÁCTER SÚBITO haya causado el deterioro de la visión o la audición.
- n) Tratamiento proporcionado por un HOSPITAL del Estado o prestador de servicios que no signifique un costo para el ASEGURADO, vale decir, cuyas prestaciones son gratuitas o reembolsables por un tercero.
- o) Trastornos mentales, nerviosos o emocionales o curas de sueño.
- p) Servicios y suministros médicos que hayan sido generados fuera del período de vigencia del VIAJE.
- q) Tratamientos odontológicos.
- r) Compra de medicamentos.

Quando la asistencia médica y HOSPITALARIA que requiera el ASEGURADO durante el VIAJE, se hubiera producido bajo los supuestos y circunstancias que se describen a continuación en los puntos 3.3.1) a 3.3.3), el BENEFICIO respectivo estará además sujeto a las condiciones y sublímites que se detallan seguidamente. Los sublímites previstos para estas situaciones no aumentan la SUMA ASEGURADA de la presente cobertura, sino que se encuentran incluidos en ella.

**3.3.1) ASISTENCIA MEDICA POR URGENCIA
VINCULADA A UNA CONDICIÓN PREEXISTENTE
BENEFICIO**

La asistencia médica y HOSPITALARIA que requiera el ASEGURADO durante el VIAJE, como consecuencia inmediata de haber sufrido una urgencia o una reagudización súbita, repentina o imprevista, de una CONDICIÓN PREEXISTENTE durante el VIAJE, hasta el sublímite establecido en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS.

3.3.2) ASISTENCIA MEDICA POR ACCIDENTES OCURRIDOS EN OCASIÓN DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE DEPORTES

BENEFICIO

La asistencia médica y HOSPITALARIA que requiera el ASEGURADO durante el VIAJE, como consecuencia inmediata de haber sufrido un ACCIDENTE en ocasión de la práctica activa profesional de deportes durante el VIAJE, tanto durante entrenamientos como en competencia, hasta el sublímite establecido en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS.

3.3.3) ASISTENCIA MEDICA POR URGENCIA VINCULADA A EMBARAZO

BENEFICIO

La asistencia médica y HOSPITALARIA que requiera el ASEGURADO durante el VIAJE como consecuencia inmediata de haber sufrido una urgencia durante el mismo vinculada a su embarazo, hasta el sublímite establecido en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS. Es condición de cobertura que el embarazo no supere las 32 semanas de gestación al momento de producirse la urgencia y que la misma sea claramente imprevisible y no fuera provocada deliberadamente.

3.4) ASISTENCIA ODONTOLÓGICA POR ACCIDENTE Y/O ENFERMEDAD

BENEFICIO

La asistencia odontológica requerida por el ASEGURADO durante el VIAJE. Es condición de cobertura que el primer tratamiento sea realizado en el extranjero durante el VIAJE y que comience dentro de las 24 (veinticuatro) horas siguientes a la emergencia o al momento en que se presentó por primera vez el dolor agudo y repentino en dientes naturales permanentes del ASEGURADO, a consecuencia de ACCIDENTE ocurrido o ENFERMEDAD DE CARÁCTER SÚBITO contraída durante el VIAJE.

El tratamiento odontológico y los servicios y suministros correspondientes, serán provistos por la ASEGURADORA hasta la SUMA ASEGURADA respectiva establecida en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS según hayan tenido su origen en un ACCIDENTE o en una ENFERMEDAD DE CARÁCTER SÚBITO.

Esta cobertura sólo operará mientras el ASEGURADO permanezca en el exterior y se dará por finalizada una vez que haya regresado a su país de residencia.

Se encuentran excluidos de la presente cobertura:

- a) Cualquier tratamiento rutinario o que no sea MÉDICAMENTE

NECESARIO.

- b) Tratamientos rejuvenecedores, estéticos o de ortodoncia
- c) Gastos en compra, arreglo o substitución de prótesis, aunque sean producto de una LESIÓN).
- d) Servicios y suministros odontológicos en el país de residencia del ASEGURADO.
- e) Servicios y suministros odontológicos que hayan sido generados fuera del periodo de vigencia del VIAJE.
- f) Tratamiento proporcionado por un HOSPITAL del Estado o prestador de servicios que no signifique un costo para el ASEGURADO, vale decir, cuyas prestaciones son gratuitas o reembolsables por un tercero.
- g) Compra de medicamentos.

3.5) MEDICAMENTOS

BENEFICIO

La provisión de medicamentos necesarios (en virtud de la atención médica u odontológica cubierta por esta PÓLIZA), hasta la SUMA ASEGURADA indicada en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS, siempre que dichos medicamentos hayan sido requeridos con motivo de un ACCIDENTE ocurrido o ENFERMEDAD DE CARÁCTER SÚBITO contraída durante el VIAJE y hayan sido prescritos por un MÉDICO.

Se encuentran excluidos de la presente cobertura:

- a) Medicamentos que no hayan sido recetados o prescritos como MÉDICAMENTE NECESARIOS por el MÉDICO.
- b) Compra de prótesis u órtesis.
- c) Medicamentos adquiridos o requeridos en el país de residencia del ASEGURADO.
- d) Medicamentos proporcionados por un HOSPITAL del Estado o prestador de servicios que no signifique un costo para el ASEGURADO, vale decir, cuyas provisión sea gratuita o reembolsable por un tercero.
- e) Medicamentos que hayan sido adquiridos o requeridos fuera del periodo de vigencia del VIAJE.

3.6) RECUPERACIÓN EN HOTEL - CONVALECENCIA

BENEFICIO

Hospedaje del ASEGURADO en hotel en caso de que el MÉDICO del HOSPITAL donde se encuentre el ASEGURADO y el MÉDICO indicado por la ASEGURADORA 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 DE CARÁCTER SÚBITO.

Este BENEFICIO por convalecencia se encuentra sujeto a la

cantidad máxima de días de estadía en hotel y a la SUMA ASEGURADA máxima diaria, todos ellos indicados en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS.

Estos gastos deberán ser previamente autorizados por la ASEGURADORA, la que no será responsable del pago o reembolso de los gastos que sean responsabilidad de terceros o que estén ya incluidos en el CONTRATO DE VIAJE.

3.7) ACOMPAÑANTE EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN PROLONGADA.

El BENEFICIO correspondiente a cada una de las coberturas que se indican a continuación, estará sujeto a los límites y condiciones indicados seguidamente, así como también a la SUMA ASEGURADA total para este acápite consignada en el LISTADO DE COBERTURAS Y BENEFICIOS.

3.7.1) PASAJE AÉREO BENEFICIO

La entrega de un pasaje aéreo de ida y vuelta en clase económica, salvo que se pacte una clase superior y se indique tal situación en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS, a quien indique el ASEGURADO, cuando éste se encuentre viajando solo y los MÉDICOS indicados por la ASEGURADORA consideren necesaria su internación en un HOSPITAL por un periodo superior a 5 (cinco) días, siempre que previamente haya sido solicitado y aprobado a través de la CENTRAL DE ASISTENCIA. En caso de que el ASEGURADO no pueda indicar a un acompañante, se considerará al cónyuge o cualquier pariente en primer grado y que sea mayor de edad.

Importante: La persona indicada para acompañar al ASEGURADO deberá obligatoriamente residir en el mismo país que el ASEGURADO.

3.7.2) ALOJAMIENTO BENEFICIO

La estadía en hotel para hospedaje del acompañante del ASEGURADO en ocasión de la situación descrita en el acápite precedente y siempre que previamente haya sido solicitada y aprobada a través de la CENTRAL DE ASISTENCIA.

Este BENEFICIO se encuentra sujeto a la cantidad máxima de días de estadía en hotel y a la SUMA ASEGURADA máxima diaria, indicadas en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS.

3.8) EVACUACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA BENEFICIO

La Evacuación Médica de Emergencia, hasta la SUMA ASEGURADA máxima que figura en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS, que resulte necesaria en caso de LESIÓN O ENFERMEDAD DE CARÁCTER SÚBITO del ASEGURADO.

Una Evacuación de Emergencia debe ser previamente solicitada y aprobada a través de la CENTRAL DE ASISTENCIA y requerida por un MÉDICO que certifique que la gravedad o la naturaleza de la LESIÓN o ENFERMEDAD DE CARÁCTER SÚBITO del ASEGURADO hace necesaria tal evacuación.

Los conceptos cubiertos por esta cláusula corresponden al transporte y tratamiento médico, incluyendo servicios y suministros médicos que sean necesarios con motivo de la Evacuación de Emergencia del ASEGURADO. El servicio de Evacuación Médica deberá ser realizado por la vía más directa y económica posible, utilizando el transporte compatible con el estado de salud del ASEGURADO.

El transporte deberá ser:

- a) Recomendado por el MÉDICO que atienda al ASEGURADO.
- b) Requerido por las regulaciones estándar del medio de transporte que traslada al ASEGURADO.
- c) Acordado y autorizado anticipadamente por la ASEGURADORA.

La Evacuación de Emergencia se aplica en los casos:

- a) Que la condición médica del ASEGURADO hace 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 donde comenzó el VIAJE para recibir tratamiento médico adicional o para recuperarse.

3.9) REPATRIACIÓN FUNERARIA BENEFICIO

En caso de fallecimiento del ASEGURADO durante el VIAJE, el pago del traslado de sus restos mortales hasta su país de residencia habitual, así como la provisión de un ataúd común o una urna funeraria necesaria para su traslado. Esta cobertura comprende el costo de todo el proceso burocrático para la liberación de los restos mortales, pasaje aéreo y embalsamamiento, hasta la SUMA ASEGURADA indicada en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS.

3.10) CANCELACIÓN DEL VIAJE**BENEFICIO**

La ASEGURADORA reembolsará al ASEGURADO –o a los beneficiarios, según corresponda-, hasta la SUMA ASEGURADA indicada en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS, los gastos por servicios no reembolsables por parte de terceros, pagados anticipadamente por el ASEGURADO en concepto de hospedaje en hotel y/o de 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 incendio o robo en la residencia habitual del ASEGURADO, ENFERMEDAD DE CARÁCTER SÚBITO, ACCIDENTE o fallecimiento, ya sea del propio ASEGURADO, de su COMPAÑERO DE VIAJE o de algún MIEMBRO DE LA FAMILIA del ASEGURADO o de su COMPAÑERO DE VIAJE, siempre y cuando el ASEGURADO haya reservado y pagado o esté legalmente obligado a pagar estos costos antes que ocurrieran las mencionadas eventualidades y que las mismas se produjeran con posterioridad a la contratación de la presente PÓLIZA.

La ASEGURADORA se reserva el derecho de realizar una pericia médica o técnica comprobatoria.

Importante:

- 1) En el caso de Cancelación del Viaje, la ASEGURADORA y el operador de turismo respectivo deberán ser notificados en un plazo máximo de 24 horas desde la ocurrencia del SINIESTRO. Vencido este plazo, la ASEGURADORA no se responsabilizará por multas o penalidades adicionales, cualquiera sea su naturaleza.
- 2) A los efectos de este BENEFICIO las ENFERMEDADES DE CARÁCTER SÚBITO deberán manifestarse por primera vez o ser contraídas con posterioridad a la fecha de contratación del SEGURO DE VIAJES INTERNACIONALES, la cual estará indicada en el respectivo CERTIFICADO.

3.11) INTERRUPCIÓN DEL VIAJE

El BENEFICIO correspondiente a cada una de las coberturas que se indican a continuación, estará sujeto a los límites y condiciones indicados seguidamente, así como también a la SUMA ASEGURADA total para este acápite consignada en el LISTADO DE COBERTURAS Y BENEFICIOS.

3.11.1) REEMBOLSO DE GASTOS BENEFICIO

La ASEGURADORA reembolsará al ASEGURADO –o a los beneficiarios, según corresponda-, hasta la SUMA ASEGURADA

indicada en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS, los gastos no reembolsables por parte de terceros, pagados anticipadamente por el ASEGURADO en concepto de hospedaje en hotel y/o de cargos por cancelación de la utilización de un TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO, en caso de que el ASEGURADO se vea impedido de concluir el VIAJE debido a incendio o robo en la residencia habitual del ASEGURADO, ENFERMEDAD DE CARÁCTER SÚBITO, ACCIDENTE o fallecimiento, ya sea del propio ASEGURADO, de su COMPAÑERO DE VIAJE o de algún MIEMBRO DE LA FAMILIA del ASEGURADO o de su COMPAÑERO DE VIAJE, siempre y cuando el ASEGURADO haya reservado y pagado o esté legalmente obligado a pagar estos costos antes que ocurrieran las mencionadas eventualidades y que las mismas se produjeran con posterioridad a la contratación de la presente PÓLIZA.

La ASEGURADORA se reserva el derecho de realizar una pericia médica o técnica comprobatoria.

Importante:

En el caso de Interrupción del Viaje, la ASEGURADORA y el operador de turismo respectivo deberán ser notificados en un plazo máximo de 24 horas desde la ocurrencia del SINIESTRO. Vencido este plazo, la ASEGURADORA no se responsabilizará por multas o penalidades adicionales, cualquiera sea su naturaleza.

3.11.2) REGRESO ANTICIPADO BENEFICIO

La entrega o el reintegro del costo de un pasaje en TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO en clase económica (salvo que se pacte una clase superior y se indique tal situación en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS), para el regreso del ASEGURADO a su país de residencia, en caso de que el mismo quede inhabilitado de continuar el VIAJE, conforme lo previsto precedentemente en 3.11.1).

Importante: Este pasaje será entregado sólo en caso de que no sea posible utilizar el medio de TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO previsto originalmente para la finalización del VIAJE.

3.12) REGRESO DE COMPAÑEROS DE VIAJE BENEFICIO

El otorgamiento o el reintegro del costo de pasaje(s) en TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO en clase económica (salvo que se pacte una clase superior y se indique tal situación en

la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS), para el retorno del (los) COMPAÑERO(S) DE VIAJE a su domicilio, cuando se hubiera producido el fallecimiento del ASEGURADO durante el VIAJE o bien cuando el traslado del ASEGURADO hacia su país de origen sea MÉDICAMENTE NECESARIO e impida a su(s) COMPAÑERO(S) DE VIAJE continuar el VIAJE, todo lo cual deberá ser solicitado y autorizado previamente a través de la CENTRAL DE ASISTENCIA.

Este BENEFICIO se encuentra limitado a la SUMA ASEGURADA consignada en el LISTADO DE COBERTURAS Y BENEFICIOS.

Importante: Este pasaje será provisto en el caso de que no sea posible utilizar el medio de TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO previsto originalmente para la finalización del VIAJE.

3.13) RETORNO DE MENORES BENEFICIO

El otorgamiento o el reintegro del costo de un pasaje en TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO en clase económica (salvo que se pacte una clase superior y se indique tal situación en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS), de ida y vuelta para que una persona adulta, designada por la familia del ASEGURADO, pueda acompañar al (a los) menor(es) de regreso al domicilio, siempre que haya sido previamente solicitado y aprobado a través de la CENTRAL DE ASISTENCIA.

Este BENEFICIO se encuentra limitado a la SUMA ASEGURADA consignada en el LISTADO DE COBERTURAS Y BENEFICIOS.

Importante: Esta cobertura se aplica solamente cuando el ASEGURADO posea COMPAÑEROS DE VIAJE menor(es), de hasta 16 años de edad, y siempre que, debido a un ACCIDENTE, ENFERMEDAD DE CARÁCTER SÚBITO o fallecimiento del ASEGURADO durante el VIAJE, dicho(s) menor(es) se quede(n) sin compañía de una persona adulta durante el mismo.

En caso que el menor de edad posea una edad mayor a la indicada precedentemente y que de acuerdo a las disposiciones legales vigentes en el país en el que se encuentre al momento del SINIESTRO no pueda regresar sin compañía de un adulto a su país de residencia, este BENEFICIO se hará extensivo también a dicho menor de edad.

3.14) RETRASO DEL VIAJE BENEFICIO

El reembolso por los gastos de hospedaje y alimentación en que

se incurra exclusivamente con motivo de atraso del VIAJE, hasta la SUMA ASEGURADA indicada en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS, en caso de que el VIAJE sufra un atraso de 12 horas o más, debido a:

- a) Retraso del vuelo regular causado por condición climática severa que demore su llegada o partida programada;
- b) Retraso por huelga u otro conflicto laboral de los empleados de la compañía aérea regular, programado para ser utilizado por el ASEGURADO durante su VIAJE;
- c) Retraso causado por falla o desperfecto repentino o imprevisible del vuelo regular, que causó el retraso o la interrupción del servicio programado.

También se reembolsarán, hasta la SUMA ASEGURADA establecida en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS, los gastos de alimentación y hospedaje causados por la pérdida de conexión o interrupción de los traslados programados, derivados de los eventos descritos anteriormente, siempre y cuando el atraso sea igual o superior a 12 horas.

Importante:

- El BENEFICIO se limita al pago de gastos de alimentación y hospedaje que no hayan sido pagados por la compañía aérea regular, mientras se mantenga el atraso.
- Este BENEFICIO se refiere exclusivamente a vuelos regulares de compañías aéreas, no incluyendo por tanto los vuelos alquilados o "charter".

Se encuentran excluidos de la presente cobertura:

Retrasos cuyas causas hayan sido divulgadas públicamente con anticipación o sean de conocimiento del ASEGURADO con anterioridad a la fecha de solicitud de emisión del SEGURO DE VIAJES INTERNACIONALES.

3.15) PÉRDIDA DE EQUIPAJE BENEFICIO

En caso de extravío, hurto o robo de EQUIPAJE del ASEGURADO una vez que el mismo se encuentre bajo la responsabilidad de una compañía de TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO, acreditado mediante la presentación del correspondiente informe de pérdida (PIR-Property Irregularity Report) o su equivalente, la ASEGURADORA pagará el monto por kilo de EQUIPAJE indicado en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS de acuerdo al peso del EQUIPAJE al momento del embarque, limitado al monto total declarado en el informe de pérdida (PIR-Property Irregularity Report) o su equivalente, **descontados aquellos pagos efectuados por la compañía de TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO**

a título de indemnización. Sin perjuicio de lo anterior, el monto a indemnizar queda limitado a la **SUMA ASEGURADA total indicada en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS.**

En la eventualidad de que la compañía de TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO no haya efectuado el pesaje del EQUIPAJE del ASEGURADO, éste deberá efectuar un listado por ítem contenido en su EQUIPAJE. La ASEGURADORA estimará según el referido listado los kilos aproximados contenidos en el EQUIPAJE a los fines del cálculo del BENEFICIO.

Se encuentran excluidas de la presente cobertura las siguientes situaciones:

- a) Cuando el EQUIPAJE se confisca o retiene por parte de la Aduana u otra autoridad gubernamental.
- b) Cuando se ha omitido la notificación del robo, hurto o extravío a la compañía transportadora, mediante el informe correspondiente, antes de abandonar el local de desembarque.
- c) Cuando el ASEGURADO no ha tomado las medidas necesarias para salvaguardar o recuperar el EQUIPAJE perdido.

3.16) COMPENSACIÓN POR DEMORA DE EQUIPAJE BENEFICIO

El reembolso de los gastos por compras de efectos personales, no provistos por el TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO, a causa del retraso o extravío del EQUIPAJE del ASEGURADO, una vez que el mismo se encuentre bajo la responsabilidad de una compañía de TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO. Para obtener el reembolso, el ASEGURADO deberá acreditar el retraso o extravío mediante la presentación del correspondiente informe de pérdida (PIR- Property Irregular Report) o su equivalente. La ASEGURADORA otorgará este BENEFICIO cuando el EQUIPAJE no haya sido entregado al ASEGURADO dentro de las 24 horas posteriores al horario de llegada del ASEGURADO al destino indicado en su boleto 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 se encuentra limitado a la SUMA ASEGURADA indicada en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS.

Importante:

- El BENEFICIO está limitado al reembolso de gastos en la compra de efectos básicos de vestuario e higiene personal exclusivamente, que no hayan sido pagados por el TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO mientras dure el retraso.

- Del BENEFICIO a ser indemnizado serán descontados aquellos pagos efectuados por el TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO al ASEGURADO a título indemnizatorio.

Se encuentran excluidas de la presente cobertura las siguientes situaciones:

- a) Cuando el EQUIPAJE se confisca o retiene por parte de la Aduana u otra autoridad gubernamental.
- b) Cuando se ha omitido la notificación del robo, hurto o extravío a la compañía transportadora, mediante el informe correspondiente, antes de abandonar el local de desembarque.
- c) Cuando el ASEGURADO no ha tomado las medidas necesarias para salvaguardar o recuperar el EQUIPAJE perdido.

3.17) PAGO DE FIANZAS BENEFICIO

El pago o reembolso de los gastos de Fianza, originados en orden de prisión o detención por parte de cualquier gobierno o poder extranjero, hasta la SUMA ASEGURADA establecida en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS.

3.18) HONORARIOS LEGALES BENEFICIO

Asistencia legal por parte de un abogado, en caso de que el ASEGURADO sufra cualquier tipo de ACCIDENTE en el que sea necesaria tal asistencia, hasta la SUMA ASEGURADA indicada en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS.

4) EXCLUSIONES:

Se encuentran excluidos de todas las coberturas que otorga la presente PÓLIZA, los hechos que sean consecuencia de:

- a) Todas las CONDICIONES PREEXISTENTES del ASEGURADO y cualquiera de sus consecuencias, incluyendo secuelas, convalecencias y alteraciones durante tratamientos que no se encuentran todavía en una etapa consolidada **que no sean urgencias o reagudizaciones súbitas, repentinas o imprevistas sufridas durante el VIAJE.** Esta exclusión no se aplica al beneficio de Repatriación Funeraria.
- b) ACCIDENTES que sean resultado de la práctica de deportes extraordinarios y notoriamente peligrosos, aún cuando sean practicados como pasatiempo, tales como andinismo, deportes aéreos tales como aladeltismo, parapente, paracaidismo y planeadores, deportes de combate tales como

boxeo y artes marciales, exploración de cavernas, bungee-jump, buceo autónomo a más de 30 metros de profundidad o que necesite de descompresión, deportes invernales tales como ski o snowboard fuera de pistas reglamentarias o no autorizadas y la práctica o participación del ASEGURADO en competencias deportivas en hielo o nieve. Además no están cubiertas las prácticas en carácter de competencia de automovilismo, motociclismo y deportes náuticos motorizados, sea en calidad de conductor o pasajero, y el uso de snowmobile o vehículos similares.

- c) Suicidio, intento de suicidio o LESIÓN intencionalmente infringida por el ASEGURADO a sí mismo.
- d) Embarazo o cualquier condición afín (salvo por lo previsto en el punto 3.3.3), 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, abortos provocados, gastos médicos y de cualquier otro tipo relacionados con el recién nacido (como por ejemplo y sin que esta enunciación sea taxativa, nursery, neonatología, alimentación, etc).
- e) Estar bajo la influencia de drogas, alcohol u otras sustancias tóxicas, a menos que hayan sido prescritas por un MÉDICO y tomadas como fueron prescritas.
- f) Participación en riñas o duelos.
- g) Guerras civiles nacionales o extranjeras, motines, movimientos populares, represalias, restricciones a la libre circulación, explosiones, emanación de calor o radiación provenientes de la transmutación desintegración de núcleo atómico, de radioactividad u otros casos de fuerza mayor que impidan la intervención de la ASEGURADORA.
- h) Utilización de instrumentos de guerra y/o armas de fuego.
- i) Prestación de servicios en las fuerzas armadas o unidades auxiliares de las mismas.
- j) Secuestro e intento de secuestro.
- k) Pérdidas, daños, costos o gastos de cualquier naturaleza, directa o indirectamente causados por, resultante de, o relacionados con cualquier acto de terrorismo, aun cuando exista cualquier otra causa o acontecimiento que contribuya al evento en forma concurrente o en cualquier otra secuencia. Para los efectos de la presente cláusula, un acto terrorista consiste en una conducta calificada como tal por la ley, así como el uso de fuerza o violencia o la amenaza

de ésta, por parte de cualquier persona o grupo, motivado por causas políticas, religiosas, ideológicas o similares, con la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno o de atemorizar a la población o a cualquier segmento de la misma. Están excluidas también las pérdidas, daños, costos o gastos de cualquier naturaleza, directos o indirectos, originados en cualquier acción ejercida para controlar, evitar o suprimir actos de terrorismo o que se relacionen con éstos. Cuando los hechos en que se basa la exclusión de esta cláusula configuren un delito de cuya comisión están conociendo los Tribunales de Justicia, la ASEGURADORA no estará obligada a pagar ningún BENEFICIO por SINIESTRO, mientras no exista un sobreseimiento judicial basado en que no ocurrieron los hechos constitutivos del delito de que se trata esta exclusión, o bien, en que no se encuentra justificada la perpetración de dicho delito.

- l) El uso, la liberación o el escape de los materiales nucleares que directa o indirectamente resulte en una reacción nuclear, radiación o contaminación radiactiva. Además, están excluidas las consecuencias de dispersión, utilización o escape de materiales biológicos y químicos patogénicos o venenosos. Sin embargo, lo mencionado anteriormente se aplica solamente si 50 o más personas resultan muertas o sufren lesión física seria, dentro del plazo de 90 días de la ocurrencia del incidente y que cause la muerte o lesión física seria. Para los propósitos de esta disposición, lesión física seria significa: (a) Lesión física que implica un riesgo substancial de la muerte; o (b) desfiguración física prolongada y obvia; o (c) pérdida prolongada o debilitación de la función de un miembro corporal u órgano.
- m) La operación o aprendizaje para operar cualquier aeronave o el desempeño de actividades como miembro de la tripulación de la misma.
- n) Esta póliza no cubre ninguna pérdida, lesión, daño, responsabilidad civil, beneficio o servicio que se genere directa o indirectamente por un viaje a, o a través de _____¹.
- o) Esta póliza no cubre ninguna pérdida, lesión, daño, responsabilidad civil, servicio o beneficio relacionado que sufra directa o indirectamente cualquier terrorista o miembro de alguna organización terrorista, traficantes de narcóticos o proveedor de armamento nuclear, químico o biológico.

1 Inicialmente este espacio será completado con los siguientes países: Afganistán, Cuba, República Democrática del Congo, Irán, Irak, Liberia, Sudan o Siria. Este listado se actualizará periódicamente.

5) DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

La designación de beneficiario se hará por escrito y será válida aunque se notifique a la ASEGURADORA después del evento previsto.

Designadas varias personas sin indicación de cuota parte, se entiende que el beneficio es por partes iguales.

Cuando se designe a los hijos se entiende los concebidos y los sobrevivientes al tiempo de ocurrir el evento previsto.

Cuando se designe a los herederos, se entiende a los que por ley suceden al ASEGURADO, si no hubiere otorgado testamento; si lo hubiere otorgado, se tendrá por designados a los herederos instituidos. Si no se fija cuota parte, el beneficio se distribuirá conforme a las cuotas hereditarias.

Cuando el ASEGURADO no designe beneficiario o por cualquier causa la designación se haga ineficaz o quede sin efecto, se entiende que designó a los herederos.

6) CAMBIO DE BENEFICIARIO

El ASEGURADO podrá cambiar en cualquier momento el beneficiario designado. Para que el cambio de beneficiario surta efecto frente a la ASEGURADORA, es indispensable que ésta sea debidamente notificada. Cuando la designación sea a título oneroso y la ASEGURADORA conozca dicha circunstancia no admitirá el cambio de beneficiario.

La ASEGURADORA queda liberada si, actuando diligentemente, hubiera pagado la SUMA ASEGURADA a los beneficiarios designados con anterioridad a la recepción de cualquier notificación que modificara esa designación.

7) TERRITORIO

Salvo modificación expresa de esta PÓLIZA, las coberturas y BENEFICIOS que se establecen en ella sólo se aplicarán respecto de hechos ocurridos en cualquier país extranjero, quedando de este modo excluidos los que ocurran en el país de residencia del ASEGURADO. Sin embargo, los siguientes BENEFICIOS tienen consideraciones especiales:

- Cancelación del Viaje. Tiene derecho al BENEFICIO en el país de residencia del ASEGURADO desde el momento en que se emite el CERTIFICADO.
- Retraso del Viaje. Tiene derecho al BENEFICIO mientras el ASEGURADO se encuentre fuera de su ciudad de residencia durante una conexión, escala o embarque en un TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO como parte de un

VIAJE a un país extranjero, a pesar de todavía encontrarse en su país de residencia.

8) LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS

Las coberturas discriminadas en la cláusula 3 de esta PÓLIZA están limitadas, de acuerdo a la opción de PLAN CONTRATADO, a los montos descritos en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS que se anexa a esta PÓLIZA y a los respectivos

CERTIFICADOS, formando parte de este contrato de seguro.

9) VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

9.1) La vigencia de la presente PÓLIZA es la indicada en las Condiciones Particulares, las que forman parte de la presente PÓLIZA.

9.2) El inicio de la vigencia de la cobertura individual del SEGURO DE VIAJES INTERNACIONALES en cada viaje, será a partir del paso del ASEGURADO por la Policía Internacional en el lugar de embarque y en todo caso no antes de la fecha de inicio del VIAJE indicada en el CERTIFICADO, si ésta es posterior a la fecha de embarque.

9.3) La protección termina en cualquiera de las siguientes fechas, pero siempre la que ocurra primero.

- a) En la FECHA DE LLEGADA aún si ésta es anterior a la que estaba originalmente prevista. Se considerará como FECHA DE LLEGADA la del momento del paso de regreso por la Policía Internacional.
- b) Al final de la vigencia del CERTIFICADO.
- c) Al final del plazo de vigencia de la PÓLIZA
- d) Exclusivamente cuando la PÓLIZA contara con una vigencia anual, amparando a todos los VIAJES realizados por el ASEGURADO en dicho período, al cumplirse los 30 días corridos desde la FECHA DE SALIDA para cada uno de los VIAJES que realice. Se podrá pactar un plazo mayor o la inexistencia de esta limitación, lo cual será expresamente indicado en las Condiciones Particulares. Debe tenerse en cuenta que en estos casos el ASEGURADO contará con cobertura para todos los VIAJES que realice durante el año de vigencia de la PÓLIZA, con la limitación en cantidad de días consecutivos de cobertura para cada VIAJE que se prevé en este punto, siendo aplicables las SUMAS ASEGURADAS pactadas a cada uno de los VIAJES en forma independiente.

9.4) Específicamente en el caso de la cobertura de Cancelación del Viaje, el inicio será en la fecha de emisión del CERTIFICADO, siendo su término la FECHA DE SALIDA del VIAJE.

9.5) Extensión de Cobertura.

La duración de la cobertura se extenderá en caso que el retorno del ASEGURADO sea demorado por circunstancias imprevistas y fuera de su control. Si la cobertura se extiende por esta razón, la cobertura terminará cuando el ASEGURADO llegue a su destino original. La presente extensión de cobertura no tendrá efecto o terminará desde el momento en el que fuera posible para el ASEGURADO retornar a su lugar de origen.

10) PÉRDIDA DEL DERECHO AL BENEFICIO

El ASEGURADO o su(s) beneficiario(s) perderán el derecho a cualquier BENEFICIO en los siguientes casos:

- a) Inobservancia a las condiciones de la PÓLIZA;
- b) Al ser constatado o comprobado que el ASEGURADO o sus beneficiarios actuaron con engaño, fraude, simulación o culpa grave en la celebración de la PÓLIZA o para obtener o mejorar el monto de los BENEFICIOS.

11) CÓMO PROCEDER EN CASO DE SINIESTRO

11.1) EN TODOS LOS CASOS

11.1.1) CONTACTARSE en primera instancia con la CENTRAL DE ASISTENCIA del SEGURO DE VIAJES INTERNACIONALES.

Dándose la necesidad de utilizar alguna de las coberturas que otorga la presente PÓLIZA, el ASEGURADO tendrá que contactarse con la CENTRAL DE ASISTENCIA de la ASEGURADORA, mediante el número de teléfono que se indica en el CERTIFICADO.

En esta llamada el ASEGURADO deberá informar:

- Su nombre y el número de PÓLIZA y CERTIFICADO;
- El lugar y el teléfono donde se encuentra;
- El problema y el tipo de información o ayuda necesarios.

La CENTRAL DE ASISTENCIA intentará dar solución inmediata a la necesidad planteada por el ASEGURADO, siempre que la misma se encuentre bajo los alcances de la presente PÓLIZA. En los casos en los que no se pueda otorgar una solución a la cuestión planteada o que la misma no pueda ser resuelta con

la rapidez que la situación requiera, el ASEGURADO podrá requerir a un tercero el servicio necesario, reembolsándose luego el gasto incurrido, en la medida que el mismo responda a la cobertura contratada, tal como se indica más adelante en 11.4. Si el ASEGURADO no contara en el momento con los fondos suficientes o por cualquier motivo no pudiera hacer frente al costo de la prestación requerida y cubierta bajo la presente PÓLIZA, la ASEGURADORA arbitrará los medios necesarios para solventar la prestación, contactándose a tal fin en forma directa con el prestador.

11.1.2) En los casos de Muerte Accidental, Incapacidad Permanente por Accidente o solicitud de reembolso de gastos cubiertos, el ASEGURADO o los beneficiarios comunicarán a la ASEGURADORA el acaecimiento del SINIESTRO dentro de los tres (3) días de conocerlo, bajo pena de perder el derecho a ser indemnizado, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

11.1.3) El ASEGURADO o los beneficiarios estarán obligados a suministrar a la ASEGURADORA, a su pedido, la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión del BENEFICIO, la prueba instrumental en cuanto sea razonable que la suministren, constancias de intervención policial o diligencias judiciales si correspondiera, y a permitirle a la ASEGURADORA las indagaciones necesarias a tales fines.

11.1.4) Toda la documentación debe ser entregada en original, salvo indicación en contrario, y estar acompañada del Formulario de Denuncia de Siniestros de la ASEGURADORA debidamente cumplimentado.

11.1.5) A partir del cumplimiento de todas las exigencias establecidas en esta Cláusula 11 por parte del ASEGURADO, la ASEGURADORA tiene un plazo de 30 (treinta) días para pronunciarse acerca del derecho del ASEGURADO para acceder al BENEFICIO. Una vez vencido el plazo fijado precedentemente para que la ASEGURADORA se pronuncie acerca del derecho del ASEGURADO, el BENEFICIO se pagará dentro de los quince (15) días de fijado el monto de la indemnización o de la aceptación de la indemnización ofrecida.

En el caso de las coberturas de Muerte Accidental e Incapacidad Permanente por Accidente, el pago del BENEFICIO se hará dentro de los 15 días de notificado el SINIESTRO o de cumplidos los requisitos a que se refiere esta cláusula 11, el que sea posterior.

11.2) EN CASO DE MUERTE ACCIDENTAL

Los beneficiarios tendrán que presentar los siguientes documentos:

- Copia legalizada de la partida de defunción del ASEGURADO.
- Certificado médico detallando las causas del fallecimiento.
- Cuando los beneficiarios fueran los herederos, testimonio de la Declaratoria de Herederos dictada por el juez competente.

La ASEGURADORA se reserva el derecho de exigir la autopsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas del fallecimiento, debiendo los beneficiarios prestar su conformidad y colaboración para la obtención de las correspondientes autorizaciones. La autopsia o la exhumación deberá efectuarse con citación de los beneficiarios, quienes podrán designar un MÉDICO para que los represente. Los gastos de la autopsia o de la exhumación serán a cargo de la ASEGURADORA, salvo los derivados del representante MÉDICO designado por los beneficiarios.

11.3) EN CASO DE INCAPACIDAD PERMANENTE -TOTAL O PARCIAL- POR ACCIDENTE

Desde el momento de hacerse aparentes las lesiones, el accidentado deberá someterse, a su cargo, a un tratamiento médico racional y seguir las indicaciones del facultativo que le asiste; deberá enviarse a la ASEGURADORA un certificado del MÉDICO que atiende al lesionado expresando la causa y naturaleza de las lesiones sufridas por el ASEGURADO, sus consecuencias conocidas o presuntas, y la constancia de que se encuentra sometido a un tratamiento médico racional. El ASEGURADO remitirá a la ASEGURADORA las certificaciones médicas que informen sobre la evolución de las lesiones y actualicen el pronóstico de curación, cuando le sea requerido por la ASEGURADORA, con una frecuencia no inferior a quince (15) días. Asimismo, el ASEGURADO deberá someterse a hasta tres (3) exámenes médicos que la ASEGURADORA solicite, siendo el costo de estos exámenes a cargo de la ASEGURADORA.

Para obtener el BENEFICIO previsto en esta cobertura, además de lo estipulado precedentemente, se deberá presentar la documentación pertinente que incluya el alta y los certificados que acrediten el grado de incapacidad permanente.

11.4) EN CASO DE REQUERIR EL REEMBOLSO DE GASTOS

11.4.1) En caso de ASISTENCIA MÉDICA, ASISTENCIA ODONTOLÓGICA o EVACUACIÓN MÉDICA de EMERGENCIA:

El ASEGURADO tendrá que presentar los siguientes documentos:

- Certificado extendido por el MÉDICO donde se detalle el tratamiento recibido y el respectivo diagnóstico médico.
- Comprobante de pago original respecto del cual se solicita el reembolso.

Importante: La ASEGURADORA tendrá el derecho a someter al ASEGURADO a hasta tres (3) exámenes médicos, con costo a su cargo, mientras el BENEFICIO o parte de él se halle pendiente de pago.

11.4.2) En caso de RETRASO DEL VIAJE:

El ASEGURADO tendrá que presentar los siguientes documentos:

- Copia del pasaje aéreo y tarjeta de embarque
- Comprobantes originales de los gastos de alimentación y alojamiento respecto de los cuales se solicita el reembolso.
- Declaración de la compañía aérea respecto del atraso.

11.4.3) En caso de MEDICAMENTOS:

El ASEGURADO tendrá que presentar los siguientes documentos:

- Certificado extendido por el MÉDICO donde se detalle el tratamiento recibido y el respectivo diagnóstico y receta médica.
- Boleta original de la compra del medicamento en el extranjero, respecto de la cual se solicita el reembolso.

11.4.4) En caso de PÉRDIDA DEL EQUIPAJE:

El ASEGURADO tendrá que presentar los siguientes documentos:

- Informe comprobante de la pérdida emitido por el TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO responsable (PIR-Property Irregularity Report) o su equivalente, que señale el peso en kilogramos del EQUIPAJE extraviado, o la declaración por ítem contenido en el EQUIPAJE, para la estimación de los kilos aproximados contenidos.
- Ticket original del embarque del EQUIPAJE.
- Recibo de indemnización emitido por el TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO.

11.4.5) En caso de COMPENSACIÓN POR DEMORA DE EQUIPAJE:

El ASEGURADO tendrá que presentar los siguientes documentos:

- Comprobantes originales de gastos por compras de efectos personales.
- Informe comprobante de la pérdida o demora emitido por el TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO responsable (PIR-Property Irregularity Report).
- Ticket original de embarque del EQUIPAJE.

- Recibo de indemnización emitido por el TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO.

11.4.6) En caso de CANCELACIÓN / INTERRUPCIÓN DEL VIAJE:

La ASEGURADORA podrá requerir lo siguiente

- La declaración del ASEGURADO si el gasto cuya devolución se solicita estaba cubierto por otros contratos de asistencia, seguros, sistemas, asistencias o instituciones que otorguen beneficios de Cancelación y/o Interrupción del Viaje y al cual pertenezca el ASEGURADO.
- La entrega a la ASEGURADORA de los originales extendidos a nombre del ASEGURADO de los recibos, boletas y facturas cuando corresponda, copia de los CONTRATOS DE VIAJE, pasajes, vouchers de hotelería u otros documentos que acrediten el gasto incurrido y su cancelación o interrupción; como asimismo, en su caso, los que acrediten el pago o el reembolso de una parte de ellos, por las instituciones o entidades referidas en el inciso anterior.
- Carta explicativa con las razones de la cancelación y/o interrupción y el resultado que obtuvo junto a la empresa con la cual el ASEGURADO celebró el CONTRATO DE VIAJE, en la devolución de los valores pagados o adeudados.
- Documentos médicos que acrediten la identidad del ASEGURADO, COMPAÑERO DE VIAJE o MIEMBRO DE LA FAMILIA de alguno de los dos, en donde se demuestre la veracidad de la ENFERMEDAD DE CARÁCTER SÚBITO o ACCIDENTE que diera lugar a la cancelación o interrupción del VIAJE.
- En caso de fallecimiento de un MIEMBRO DE LA FAMILIA, el certificado de defunción correspondiente, y en caso de fallecimiento del ASEGURADO o COMPAÑERO DE VIAJE se regirán por el procedimiento para la cobertura de MUERTE ACCIDENTAL.
- Denuncia policial del robo del lugar de residencia o domicilio y/o reporte de bomberos en caso de incendio.

11.4.7) EN CASO DE RECUPERACIÓN EN HOTEL - CONVALECENCIA:

El ASEGURADO tendrá que presentar los siguientes documentos:

- Certificado extendido por el MÉDICO donde se detalle el tratamiento recibido y el respectivo diagnóstico y prescripción médica de la convalecencia.
- Originales extendidos a nombre del ASEGURADO de los recibos, boletas y facturas que acrediten el gasto incurrido en hotel, con el detalle de la cantidad de días de hospedaje y el costo diario respectivo.

11.4.8) EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN PROLONGADA:

El ASEGURADO tendrá que presentar los siguientes documentos:

- Certificado extendido por el MÉDICO donde se detalle el tratamiento recibido y el respectivo diagnóstico y prescripción médica de la internación.
- Originales extendidos a nombre del acompañante designado de los recibos, boletas y facturas que acrediten el gasto incurrido en hotel, con el detalle de la cantidad de días de hospedaje y el costo diario respectivo.
- Copia del pasaje de ida y vuelta a nombre del acompañante designado.

11.4.9) EN CASO DE REPATRIACIÓN FUNERARIA:

Además de cumplir con el procedimiento establecido para la cobertura de Muerte Accidental, los beneficiarios tendrán que presentar los siguientes documentos:

- Originales de los recibos, boletas y facturas que acrediten el gasto incurrido con motivo de la repatriación de los restos mortales del ASEGURADO.

11.4.10) EN CASO DE REGRESO DE COMPAÑEROS DE VIAJE O RETORNO DE MENORES:

Además de cumplir con el procedimiento establecido para la cobertura de Interrupción del Viaje, el ASEGURADO tendrá que presentar los siguientes documentos:

- Copia del pasaje de vuelta a nombre del COMPAÑERO DE VIAJE o de ida y vuelta a nombre del acompañante designado para el o los menores.
- En caso que la interrupción del VIAJE se hubiera producido como consecuencia del fallecimiento del ASEGURADO, se deberá cumplir además con el procedimiento establecido para la cobertura de Muerte Accidental.

11.4.11) EN CASO DE PAGO DE FIANZAS U HONORARIOS LEGALES:

El ASEGURADO tendrá que presentar los siguientes documentos:

- Copia de la denuncia policial del ACCIDENTE que originara la necesidad de contratar asesoramiento legal por parte del ASEGURADO.
- Copia de las actuaciones judiciales, en caso de corresponder, que hubieran dado lugar al pago de la fianza o a la necesidad de contratar asesoramiento o defensa legal.
- Originales extendidos a nombre del ASEGURADO de la fianza abonada o de los recibos, boletas y facturas extendidos por el o los abogados que lo hubieran representado, de donde surja claramente el detalle de los conceptos facturados.

12) PRESTACIONES O SERVICIOS NO CUBIERTOS

El ASEGURADO será responsable por el costo de los servicios coordinados por la ASEGURADORA que no tengan cobertura de acuerdo a esta PÓLIZA.

En el caso en que la ASEGURADORA preste o abone servicios no protegidos por esta PÓLIZA, se reserva el derecho de recuperar esos importes del ASEGURADO.

13) EXISTENCIA DE UN SEGURO O CONTRATO DE ASISTENCIA TOMADO POR EL ASEGURADO

La protección que otorga esta PÓLIZA es por la diferencia no cubierta por cualquier seguro, cobertura de riesgos del trabajo, medicina prepaga, obra social u otro CONTRATO de asistencia válido tomado por el ASEGURADO, sin perjuicio de lo que las partes puedan libremente convenir.

14) SUBROGACIÓN

Por el pago de los BENEFICIOS pactados en esta PÓLIZA, la ASEGURADORA se subroga en la totalidad de las acciones y derechos que el ASEGURADO tenga en contra de los terceros que resulten responsables por daños causados a su persona o a bienes protegidos por esta PÓLIZA, quedando limitada la subrogación al monto de dichos pagos.

Por consiguiente, el ASEGURADO renuncia a liberar de responsabilidad a terceros responsables de daños en su persona y patrimonio por aquellos hechos protegidos bajo esta PÓLIZA y pagados por la ASEGURADORA.

En el evento que la ASEGURADORA reciba una suma superior a la efectivamente desembolsada por concepto de indemnización y otros gastos, restituirá la diferencia al ASEGURADO.

La ASEGURADORA no puede valerse de la subrogación en perjuicio del ASEGURADO.

La subrogación mencionada no resulta aplicable en las coberturas de los puntos 3.1 a 3.9 de esta PÓLIZA.

15) VALUACIÓN POR PERITOS

Si no hubiera acuerdo entre la ASEGURADORA y el ASEGURADO y/o beneficiario –en su caso–, en cuanto a la valuación de los BENEFICIOS derivados de un ACCIDENTE o ENFERMEDAD DE CARÁCTER SÚBITO previstos en las coberturas consignadas en las cláusulas 3.2, 3.3, 3.4, 3.5 y 3.8 de esta PÓLIZA, tal valuación será determinada por dos MÉDICOS designados uno

por cada parte, los que deberán elegir dentro de los 8 días de su designación, a un tercer facultativo para el caso de divergencia. Los MÉDICOS designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los 30 días y en caso de divergencia el tercer facultativo deberá expedirse dentro del plazo de 15 días.

Si una de las partes omitiese designar MÉDICO dentro del octavo día de requerido por la otra, o si el tercer facultativo no fuera designado en el plazo establecido precedentemente, la parte más diligente podrá requerir su nombramiento a la Secretaría de Estado de Salud Pública de la Nación.

Los honorarios y gastos de los MÉDICOS de las partes serán a su respectivo cargo y los del tercer facultativo serán pagados por la parte cuyas pretensiones se alejen más del dictamen definitivo, salvo en el caso de equidistancia en que se pagarán por mitades entre las partes.

16) JURISDICCIÓN

Toda controversia que pueda suscitarse entre el ASEGURADO y la ASEGURADORA con relación o a consecuencia de este contrato de seguro, será dirimida ante los Tribunales Ordinarios competentes de la jurisdicción del lugar de emisión de la PÓLIZA o del domicilio del ASEGURADO, siempre que sea dentro de los límites del país.

17) PREEMINENCIA NORMATIVA

En caso de discordancia entre las Condiciones Generales y las Particulares que conforman la presente PÓLIZA, predominarán estas últimas.

18) RETICENCIA

Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO, aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido la celebración del contrato o la emisión del CERTIFICADO, o modificado sus condiciones, si la ASEGURADORA hubiese sido cerciorada del verdadero estado del riesgo, hace nula la PÓLIZA o el CERTIFICADO, según el caso. El Asegurador debe impugnar la PÓLIZA o el CERTIFICADO dentro de los tres meses de haber conocido la reticencia o falsedad. (Art. 5 de la Ley de Seguros).

Cuando la reticencia no dolosa es alegada en el plazo del artículo 5 de la Ley de Seguros, la ASEGURADORA, a su exclusivo juicio, puede anular la PÓLIZA o el CERTIFICADO restituyendo la prima percibida, con deducción de los gastos o reajustarla con la con-

formidad del CONTRATANTE y/o ASEGURADO al verdadero estado del riesgo. (Art. 6 de la Ley de Seguros).

Si la reticencia fuese dolosa o de mala fe, la ASEGURADORA tiene derecho a las primas de los períodos transcurridos y del período en cuyo transcurso invoque la reticencia o falsa declaración. (Art. 8 de la Ley de Seguros).

En todos los casos, si el siniestro ocurre durante el plazo para impugnar, la ASEGURADORA no adeuda prestación alguna. (Art. 9 de la Ley de Seguros).

19) RESCISIÓN UNILATERAL

El CONTRATANTE y la ASEGURADORA tendrán derecho a rescindir el presente contrato sin expresar causas. Cuando la ASEGURADORA ejerza este derecho, dará un preaviso no menor de 15 días. Cuando lo ejerza el CONTRATANTE, la rescisión se producirá desde la fecha en que notifique fehacientemente esa decisión. Cuando el seguro rija de doce a doce horas, la rescisión

se computará desde la hora doce inmediata siguiente, y en caso contrario, desde la hora veinticuatro. Si la ASEGURADORA ejerce el derecho de rescindir, la prima se reducirá proporcionalmente por el plazo no corrido.

Si el CONTRATANTE opta por la rescisión, la ASEGURADORA tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido, según las tarifas de corto plazo.

20) PAGO DEL PREMIO

El premio es debido desde la celebración del contrato, pero no es exigible sino contra entrega de la PÓLIZA, salvo que se haya emitido un certificado o instrumento provisorio de cobertura.

En el caso que el premio no se pague contra la entrega de la presente PÓLIZA, su pago queda sujeto a las condiciones y efectos establecidos en la "Cláusula de Cobranza del Premio" que forma parte del presente contrato.