

EXTRACTO DE LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DE

SEGURO DE VIAJES.

Cláusulas importantes que requieren de su conocimiento.

DEFINICIÓN DE ACCIDENTE.- Se considera accidente cubierto por esta póliza, todo acontecimiento que produzca al Asegurado una lesión corporal en forma de contusión o herida visible en la parte exterior del cuerpo (salvo caso de ahogamiento o de lesiones reveladas por examen médico o autopsia) y que ocasione la muerte del Asegurado o la pérdida de alguno de sus miembros, órganos o funciones, siempre que dicho acontecimiento sea producido, independientemente de cualquiera otra causa, por la acción directa y violenta de causas externas o fortuitas.

Además, se entenderán como accidentes cubiertos:

- a) La asfixia o intoxicación por vapores o gases, o por inmersión u obstrucción;
- b) Electrocutión;
- c) La intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas o alimentos en mal estado consumidos en lugares públicos o adquiridos en tal estado;
- d) El carbunco o tétanos de origen traumático;
- e) La rabia, mordeduras de animales o picaduras de insectos y sus consecuencias;
- f) Las infecciones microbianas contraídas a través de pinchazos sufridos en el ejercicio de la ocupación declarada;
- g) Atentados o agresiones dirigidas personalmente contra el Asegurado, y
- h) Las lesiones sufridas por el Asegurado a consecuencia de la práctica por afición a los deportes a continuación indicados, pero sin que se ejerciten como profesión: atletismo, baloncesto, béisbol, boliche, caminatas por senderos o carreteras, caza menor, ciclismo, deporte náutico a remo, a vela y/o motor por ríos y lagos, equitación, esgrima, esquí, fútbol, gimnasia, golf, hockey sobre césped,

natación, patinaje, pesca que no sea en alta mar, tenis de mesa, softball, tenis, tiro en polígonos habilitados, volibol y waterpolo.

RIESGOS CUBIERTOS. La presente póliza cubre exclusivamente los riesgos que a continuación se expresan:

I.- Muerte Accidental.- Si como consecuencia del accidente sufrido del Asegurado sobreviniere la muerte dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del mismo, la Aseguradora pagará a los Beneficiarios designados o, a falta de éstos, a los herederos del Asegurado, el importe de la suma asegurada que se indica en las Condiciones Particulares de la presente póliza, deduciendo cualquier cantidad pagada con anterioridad al Asegurado con motivo de invalidez producida por el mismo accidente que provocó la muerte.

II.- Invalidez Permanente.- Si como consecuencia del accidente el Asegurado sufriera un estado de invalidez permanente, fijada dentro del año siguiente a la fecha del mismo, la Aseguradora pagará, previa comprobación médica, la indemnización que corresponda de acuerdo a los tantos por cientos consignados en la Escala de Indemnizaciones siguiente, aplicados a la suma asegurada que se indica en las Condiciones Particulares de la presente póliza; y se conviene que, en los casos no previstos en dicha escala, la indemnización se fijará, de ser posible, por analogía, tomando en cuenta la disminución de la capacidad funcional total del miembro u órgano afectado y sin considerar la ocupación habitual del Asegurado.

ESCALA DE INDEMNIZACIONES

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL:		%
Estado absoluto e incurable de alienación mental que no le permita al Asegurado realizar un trabajo u ocupación por el resto de su vida.		100
Fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total y permanente.		100
INVALIDEZ PERMANENTE Y PARCIAL:		
CABEZA		
Sordera total e incurable: De un oído.		15
De ambos oídos.		50
Pérdida total de un ojo.		40
Reducción a la mitad de la visión normal en ambos ojos.		40
Ablación de la mandíbula inferior.		50
MIEMBROS SUPERIORES		
Pérdida total: de un brazo	Der.	Izq.
	65	52
De una mano	60	48
del pulgar	18	14
del índice	14	11
del dedo medio	9	7
del dedo anular o meñique	8	6
Seudoartrosis total de una mano	45	36
Anquilosis: del hombro: en posición no funcional	30	24
del codo : en posición no funcional	25	20
en posición funcional	20	16
la muñeca: en posición no funcional	20	16
en posición funcional	15	12
MIEMBROS INFERIORES		
Pérdida total: de una pierna	% 55	
de un pie	40	
del dedo gordo del pie	8	
de cualquier otro dedo del pie	4	
Seudoartrosis de un muslo	35	
de una rótula	30	
de un pie	20	
Anquilosis: de la cadera: en posición no funcional	40	
en posición funcional	20	
de la rodilla: en posición no funcional	30	
en posición funcional	15	
Del empeine: en posición funcional	8	
En posición no funcional	15	
Acortamiento de Miembros: por lo menos cinco centímetros	15	
por lo menos tres centímetros	8	

Ver Escala de Indemnizaciones en Anexo 1.

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

Por pérdida total de un órgano o de un miembro se entenderá la inhabilitación funcional total y definitiva y/o la amputación.

La pérdida parcial de los miembros u órganos será indemnizada en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional; pero si la incapacidad deriva de pseudoartrosis, la indemnización no excederá del 70% de la que correspondería por la pérdida total del miembro u órgano afectado.

La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo que se hubiere producido por amputación total o por anquilosis; y la indemnización será igual a la mitad de la que correspondería por la pérdida del dedo entero, si se tratare del pulgar y, a la tercera parte de cada falange, si se tratara de otros dedos.

Para determinar el grado de invalidez permanente por la pérdida de varios miembros

u órganos, se sumarán los tantos por cientos correspondientes y en el caso de que dicha suma fuera igual al 80%, la invalidez permanente se considerará total. La indemnización será igual al porcentaje que resulte de aplicar el grado de invalidez permanente así determinado; pero en ningún momento excederá al 100% de la suma asegurada que se indica en las Condiciones Particulares y/o Especiales de la póliza.

RIESGOS EXCLUÍDOS. Salvo convenio expreso consignado en Anexo que forma parte de esta póliza, la Aseguradora no será responsable por las pérdidas o daños que sufra el Asegurado a consecuencia de:

- Vuelos efectuados en aeronaves que no pertenezcan a una línea regular comercial, con itinerario, legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte de pasajeros;
- el uso de motocicletas, motonetas o de cualquier otro vehículo de motor similar, o
- la práctica del buceo con escafandra o equipo autónomo de respiración, esquí acuático, pesca en alta mar, rugby, polo o rodeo y el béisbol o fútbol ejercitados como profesión.

RIESGOS NO CUBIERTOS. La presente póliza en ninguna forma cubre la muerte ni pérdida o daños que sufra el Asegurado a consecuencia directa o indirecta, total o parcialmente, de:

- Suicidio, mutilación voluntaria o su tentativa; ya sea que cualquiera de tales actos se cometa en estado de enajenación mental o no, si ocurriere antes de dos años de la celebración o de la última rehabilitación de esta póliza; la responsabilidad de la Aseguradora quedará limitada a entregar a los Beneficiarios el importe de las primas pagadas.
- Riñas y cualquier otro acto delictuoso en que el Asegurado participe directamente, con dolo o culpa grave o cuando el acontecimiento se origine por provocación suya o de sus Beneficiarios;

- c) Accidentes que se realicen mientras se encuentre el Asegurado bajo la influencia de estupefacientes, drogas o bebidas alcohólicas; salvo que se compruebe que la droga se tomó de acuerdo con la correspondiente prescripción médica y no por adicción a la droga.
- d) Accidentes en que el Asegurado se encuentre a bordo de cualquier clase de vehículo que esté participando en carreras, pruebas o contiendas de eficiencia, seguridad, resistencia o velocidad;
- e) Actos de personas que tomen parte en paros, huelgas o disturbios de carácter obrero, motines, tumultos o alborotos populares; o de personas que actúen en conexión con alguna organización política; o de personas mal intencionadas durante la realización de tales actos; o bien, por las medidas de represión de los mismos, tomadas por las autoridades;
- f) Hostilidades, actividades de guerra, declarada o no, invasión de enemigo extranjero, guerra interna, revolución, rebelión, insurrección, conspiración, levantamiento popular o militar, suspensión de garantías o acontecimientos que originen esas situaciones de derecho o de hecho;
- g) Terremoto, temblor, erupción volcánica, perturbación atmosférica que no sea rayo, y cualquier otro fenómeno de la naturaleza de carácter catastrófico por sus consecuencias;
- h) Contaminación radioactiva, fisión o fusión nuclear.
- i) Este seguro no cubre la muerte ni las consecuencias de lesiones que pueda sufrir el Asegurado causadas por arma cortante, corto punzante, de fuego o artefactos explosivos o incendiarios, cualesquiera que sean las circunstancias en que ocurra.
- j) Accidentes Personales o lesiones sufridas con anterioridad a la suscripción de la presente póliza.

PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO.

I. Casos no fatales.

En caso de producirse un accidente cubierto por la presente póliza, el Asegurado se obliga a:

- a) Notificar por escrito a la Aseguradora dentro de los primeros cinco (5) días siguientes de haberse producido, relacionando la hora, fecha, lugar y demás circunstancias en que se produjo el accidente;
- b) Adjuntar al aviso a que se refiere el literal anterior, una certificación médica que exprese la causa, naturaleza y consecuencias conocidas o presuntas de las lesiones sufridas por el Asegurado, así como la constancia de encontrarse sometido a un tratamiento médico racional;
- c) Requerir al médico que lo asista, enviar al Director Médico de la Aseguradora, con la frecuencia que éste indique, cuanto informe solicite sobre la evolución de las lesiones y actualización del pronóstico de curación.

II. Casos fatales.

En caso de muerte accidental cubierta por la presente póliza, los Beneficiarios o herederos deberán comunicarlo por escrito a la Aseguradora dentro de los primeros cinco (5) días hábiles siguientes de haberse producido, relacionando la hora, fecha, lugar y demás circunstancias en que se produjo el accidente. La comprobación del fallecimiento del Asegurado se hará presentando a la Aseguradora la información correspondiente, en los formularios que ésta proporcione para tal fin, de conformidad con las instrucciones contenidas en ellos. Los plazos mencionados en la presente cláusula podrán ampliarse por la Aseguradora, siempre que ante ella se demuestre la imposibilidad de cumplir con los requisitos exigidos en el tiempo fijado y sólo correrán en contra de quienes tuvieren conocimiento del derecho constituido a su favor.

III. Medidas que puede tomar la Aseguradora.

- a) En los casos no fatales, la Aseguradora se reserva el derecho de hacer examinar al Asegurado por él o los médicos que ella estime convenientes.
- b) En los casos fatales, la Aseguradora se reserva el derecho de exigir la exhumación y/o autopsia para establecer las causas de la muerte, debiendo los Beneficiarios o herederos presentar su conformidad y concurso para la obtención de las correspondientes autorizaciones oficiales. La exhumación y/o autopsia se efectuará con citación de los Beneficiarios o herederos, quienes podrán designar un médico para representarlos. Todos los gastos ocasionados por las gestiones a que se refiere este inciso serán por cuenta de la Aseguradora, exceptuando los honorarios y gastos del médico representante de los Beneficiarios o herederos.
- c) La Aseguradora tendrá derecho a exigir al Asegurado o al Beneficiario todas las informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro, así como la autorización para obtenerlas de otras fuentes.
Además, en caso de siniestro:
- d) La Aseguradora queda facultada para practicar inspecciones relacionadas con el presente contrato. La Aseguradora quedará desligada de sus obligaciones:
 1. Si se omite el aviso escrito del siniestro a fin de impedir que se comprueben oportunamente sus circunstancias;
 2. Si con el mismo fin de hacerle incurrir en error se disimulan o declaran inexactamente hechos referentes al siniestro, o se niega la autorización para obtener informaciones de otras fuentes;
 3. Si, con igual propósito, no se le remite con oportunidad la documentación referente al siniestro; o
 4. Si no cumple con las demás obligaciones consignadas en la presente condición.

IV. Indemnización.

La indemnización será exigible treinta (30) días después de la fecha en que la Aseguradora haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

SECCIÓN APLICABLE A LA COBERTURA DE ASISTENCIA EN VIAJES

ASISTENCIA EN VIAJES

Definiciones.

Accidente: La acción o hecho súbito, inesperado y violento proveniente de una causa repentina y externa al Tomador o Asegurado, que se origina de modo independiente de la voluntad y de las acciones del Asegurado o de terceras personas que cause una lesión a la integridad física del Asegurado que pueda ser comprobada por un Médico.

Caso Fortuito: Hecho que no ha podido preverse, o que no hubiera podido preverse o que, previsto, fuera inevitable. Suceso ajeno a la voluntad del obligado, que excusa el cumplimiento de obligaciones.

Catástrofe: Suceso trágico y desgraciado de grandes proporciones que altera el orden regular de las cosas, donde se ven implicadas numerosas personas.

Central de Asistencias: Se refiere a la Central que recibe y centraliza las solicitudes de asistencia de los Asegurados y que no solo administra las autorizaciones de las mismas sino también a los Proveedores de Servicios de Asistencia en Viajes.

COVID-19: Enfermedad ocasionada por el virus SARS-CoV-2, de características infecciosas de alto nivel de contagio, de transmisión por contacto y verificación por medio de pruebas de laboratorio hechas por entidades autorizadas y reguladas.

Extracto: Documento estandarizado y resumido del seguro contratado. Este sintetiza las condiciones generales del seguro, el cual debe leerse integralmente con las presentes condiciones.

Dolencia y / o Afección: Los términos afección y dolencia se entenderán a cualquier efecto en las presentes condiciones generales como enfermedad.

Enfermedad Aguda: Alteración corta y relativamente severa de la salud de una persona, la cual afecta los funcionamientos normales del cuerpo humano y se manifiesta a través de signos y síntomas, que pudiere interrumpir o alterar el equilibrio de las funciones vitales, pudiendo provocar dolor, debilidad u otra manifestación extraña ajena a lo regular. Incluye COVID-19 en pacientes confirmados, así como su tratamiento durante la emergencia y hasta los términos acá especificados.

Enfermedad Congénita: Patología presente o existente desde antes del momento de gestación.

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

Enfermedad Preexistente: Cualquier enfermedad, embarazo, o condición física o mental del Asegurado que haya aparecido antes de adquirir la Póliza o de iniciar el viaje. Esto incluye condiciones que el Asegurado conozca o no, siempre que, hayan sido diagnosticadas por un médico, o hayan mostrado síntomas evidentes que el Asegurado o cualquier otra persona no podrían ignorar.

Enfermedad recurrente: Regreso, repetición o aparición de una misma enfermedad, luego de haber sido tratada.

Enfermedad de carácter súbito: Es el evento de carácter corto y relativamente grave de alteración del estado del cuerpo del Asegurado o cualquiera de sus órganos, 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 Enfermedad o Condición Preexistente.

Fuerza mayor: Circunstancia imprevisible e inevitable que altera las condiciones de una obligación.

Gastos de Alojamiento por COVID-19: El costo normal de hospedaje por noche que tenga que incurrir el Asegurado, cubierta, hasta un máximo de 5 (cinco) noches; excluye la compra voluntaria de cualquier servicio adicional o servicio de alimentación.

Itinerario original: Plan de alojamiento contratado por el Asegurado previo a su viaje al exterior.

Médico Tratante: Profesional responsable de la atención del Asegurado, autorizado por la Central de Asistencia en Viajes.

País de residencia habitual: Se entiende como la República de El Salvador.

Periodo de Carencia: Período de tiempo después de la fecha en que el Asegurado es incluido en este seguro, durante el cual no se cubre ningún siniestro ni se acepta ninguna solicitud de cobertura.

Asegurado: Persona natural, física o tomador de este seguro.

Prima: El precio determinado para el Asegurado por este seguro.

Proveedor de Servicios de Asistencia en Viaje: Persona(as) naturales o jurídicas o entidades (públicas o privadas) que prestan servicios asistenciales en las distintas áreas de asistencia a los Asegurados o sus bienes, mientras permanecen en el exterior por motivos de viaje, a los cuales a solicitud de la Central de Asistencia se encomiende la prestación del servicio requerido por los Asegurados y que conforman en conjunto la Red de Proveedor de Servicios de Asistencia en Viajes.

Topes máximos: Tope máximo que cubrir, establecido por los beneficios en cada cobertura, de acuerdo con el plan adquirido por el Asegurado.

Viaje: Es la salida del Asegurado de su país de residencia, con el fin de efectuar indistintas actividades en un país extranjero, con fechas determinadas y declaradas al momento de la contratación y/o detalladas en el plan propuesto y que se puedan verificar.

Inicio y finalización del viaje: Se refiere al momento en que el medio de transporte utilizado por el Asegurado para salir o regresar a su país de residencia habitual abandona el/ llega al punto de embarque/ desembarque en aeropuerto o puerto o frontera terrestre.

ÁMBITO DE COBERTURA.

Gastos Médicos por Accidente y Gastos Médicos por Enfermedad No Preexistente.

Dichos gastos comprenden estos servicios médicos:

a. Consultas Médicas:

Se prestarán en caso de accidente o enfermedad, súbitos e imprevistos, no preexistentes. Dependiendo del origen, gravedad o emergencia, las asistencias se prestarán a criterio de la Central de Asistencias, en el hotel o domicilio donde se encuentre el Asegurado o en un consultorio médico cercano al lugar.

b. Atención por Especialistas:

Se prestará únicamente cuando sea indicada y autorizada por el equipo médico la Central de Asistencia del área donde se encuentre el Asegurado, o por el médico tratante la Central de Asistencia. Estos servicios se prestan en los consultorios médicos de dichos especialistas y no a domicilio por regla general. La Aseguradora no tomará a su cargo costos por fisioterapias referidas para el tratamiento de dolencias relacionadas a accidentes laborales, tareas repetitivas o enfermedades crónicas y/o degenerativas de los huesos o músculos. Las fisioterapias se cubrirán únicamente en caso tal que la dolencia haya sido ocasionada por un accidente no laboral en el viaje, bajo autorización previa de la Central de Asistencias en caso tal, que se

determine que con las mismas el Asegurado podrá mejorar su condición actual y bajo ningún motivo, podrá exceder las 10 (diez) sesiones.

c. Exámenes Médicos Suplementarios:

Estos estarán cubiertos exclusivamente cuando sean indicados y previamente autorizados por el equipo médico de la Central de Asistencias.

d. Gastos médicos por hospitalización:

En aquellos casos en que el Asegurado necesite ser hospitalizado debido a la ocurrencia de un accidente o una enfermedad imprevista, aguda, repentina, no preexistente. Incluye los casos en que por COVID-19 el paciente confirmado deba ser internado en un centro médico, sea en sala regular o bien en una Unidad de Cuidados Intensivos. La Aseguradora asumirá los gastos médicos que se incurran por dicha hospitalización, hasta el monto máximo que cubre el plan de asistencia respectivo contratado por el Asegurado. Dichos gastos incluyen:

● **Internaciones:**

De acuerdo con el origen de la lesión o enfermedad, y siempre que el Proveedor de Servicios de Asistencia en Viaje así lo indique, se procederá a la internación del Asegurado en el centro sanitario más próximo al lugar donde éste se encuentre.

● **Intervenciones Quirúrgicas:**

Cuando sean autorizadas por la Central de Asistencias y en los casos de emergencia que requieran en forma inmediata este tratamiento, y que no puedan ser diferidas o postergadas hasta el retorno del Asegurado a su país de origen. Si a juicio de los médicos de la Central de Asistencias fuese posible el regreso del Asegurado a su lugar de origen para recibir en él el tratamiento quirúrgico necesario, se procederá a la repatriación del Asegurado, quien está obligado a aceptar tal solución, perdiendo en caso de rechazo, todos los beneficios otorgados por su plan.

Particularmente, la alternativa de la repatriación se tomará en los casos de tratamientos de larga duración, cirugías programadas y cirugías no urgentes.

- **Terapia Intensiva y Unidad Coronaria:**

Cuando el origen de la enfermedad o lesión así lo requiera, y siempre con la previa autorización de la Central de Asistencias.

No se contemplan como parte de la cobertura:

- Los tratamientos de acupuntura, homeopáticos, kinesioterapia, curas termales, podología, manicura, pedicura, o similares.
- Procedimientos dialíticos, trasplantes, tratamientos oncológicos y psiquiátricos; audífonos, anteojos, lentes de contacto, puentes o prótesis dentales, marcapasos, desfibriladores implantables, respiradores ambulatorios, dispositivos implantables, material descartable específico, enfermedades producidas por ingestión de drogas, narcóticos, medicinas tomadas sin prescripción médica fehaciente, alcoholismo, o similares.

Cobertura de Gastos Médicos por COVID-19.

Gastos Médicos por COVID-19.

La Aseguradora asumirá los gastos médicos así detallados en la cobertura del plan contratado, resultantes en caso de que el Asegurado sea diagnosticado con COVID-19 estando de viaje.

Se deja constancia que: i) el monto máximo a otorgar de esta cobertura en caso de COVID-19 es el mismo tope de beneficios y coberturas de gastos médicos por enfermedad no preexistente del plan adquirido hasta el límite máximo indicado en dicho plan; y (ii)

esta cobertura solamente aplica para personas menores a 71 (setenta y un) años de edad.

Gastos de Alojamiento por orden de aislamiento sanitario.

Este seguro cubre el reintegro de los gastos de hotel por orden de aislamiento sanitario como consecuencia del COVID-19, que sean contratados de forma adicional a los previamente adquiridos en su itinerario de viaje original, en caso de que el Asegurado durante el transcurso de su viaje sea notificado positivo con COVID-19; dicha suma asegurada será aplicada por día y por persona, conforme el plan contratado, con un máximo de 5 (cinco) noches.

El itinerario de viaje original no será indemnizado en ninguna circunstancia, únicamente sería el exceso, y el mismo se dará por terminado cuando se cumpla el plazo de aislamiento indicado por las autoridades. Este beneficio aplica para personas menores de 71 (setenta y un) años de edad.

Convalecencia post-hospitalización.

En caso de que por orden médica el Asegurado permanezca convaleciente luego de darle el alta por el hospital que lo haya tratado por COVID-19, se cubrirán hasta tres (3) noches de hotel en el hotel previamente contratado; el monto máximo a otorgar por esta cobertura es según el límite indicado en el plan contratado. Aplica para Asegurados menores de 71 (setenta y un) años de edad.

Medicamentos prescritos.

La Aseguradora se hará cargo de los gastos de los medicamentos recetados por el Proveedor Médico autorizado por la Central de Asistencias hasta los montos establecidos como tope de este beneficio de acuerdo con el plan adquirido. Los desembolsos realizados por el Asegurado para la compra de medicamentos previamente autorizados por la Central de Asistencias serán reintegrados, dentro de los límites del beneficio del plan contratado, cumpliendo el procedimiento indicado por la Central de Asistencias y

pudiendo demostrar el Asegurado la adquisición de los medicamentos mediante las facturas originales, copias de estas o escaneo de estas, enviadas directamente a dicha Central de Asistencias.

En aquellos casos donde el Asegurado se hubiese auto asistido y reporte dentro del plazo de notificación establecido, el evento y la compra de insumos medicinales, en tales casos, deberá esperar hasta su regreso a su país de origen para iniciar el proceso de reembolso, si fuere el caso y contra la previa presentación de los comprobantes originales de compra o facturas, de la copia original del dictamen o informe médico en donde describa el nombre o mencione el nombre de la enfermedad sufrida por el Asegurado, el suministro de la fórmula o receta médica y las facturas. Recomendamos al Asegurado no olvidar solicitar estos documentos al médico tratante ya que la no presentación de estos documentos puede resultar en el no reembolso de los gastos.

Emergencia Odontológica.

La Aseguradora se hará cargo de los gastos por atención odontológica que sean una emergencia, causada por un trauma, accidente o infección, limitándose únicamente al tratamiento del dolor y /o a la extracción de la pieza dentaria.

El Asegurado deberá presentar la historia clínica completa para efectuar cualquier reclamo originado en una asistencia médico/odontológica. La falta de cumplimiento de este requisito facultará a la Aseguradora a denegar el reclamo formulado.

No se contemplan como parte de la cobertura los tratamientos odontológicos de conductos, endodoncias, cambios de calzas, coronas, prótesis, sellamientos, limpiezas dentales, diseños de sonrisa o cualquier otro tratamiento no especificado claramente en las presentes condiciones, por tanto, estos se encuentran excluidos de los beneficios contenidos en el plan contratado.

Traslado de un Familiar por Hospitalización.

En caso de que la hospitalización del Asegurado, viajando solo y no acompañado, fuese superior a 5 (cinco) días naturales, la Aseguradora se hará cargo de un pasaje aéreo en clase turista, sujeto a disponibilidad de espacio, para un familiar de compañía. En caso de ser contemplado en el plan contratado, el Asegurado podrá tener derecho a los gastos de hotel de su familiar acompañante, con un máximo de US\$ 80.00 (Ochenta dólares de los Estados Unidos de América 00/100) diarios, durante máximo 7 (siete) días, o hasta el alta del paciente, lo que suceda primero.

Tanto para esta cláusula como para cualquier otra que cubra gastos de hotelería, se entiende que estos están limitados al hospedaje simple, excluyendo gastos de restaurante, lavandería, telefonía u otro cualquiera, como minibar, alimentación tomada en la habitación, u otro tipo de gasto.

Viaje de Regreso por Fallecimiento de un Familiar.

Si el Asegurado debiera retornar a su país de residencia habitual por causa del fallecimiento de un familiar directo dentro del primer grado de consanguinidad (padres, cónyuge, hijos o hermanos) allí residente, la Aseguradora se hará cargo de la diferencia del costo del pasaje aéreo de regreso del Asegurado a su país de origen, únicamente cuando su pasaje sea de tarifa reducida por fecha fija o limitada de regreso. Esta asistencia deberá acreditarse mediante certificado de defunción del familiar y documento que acredite el parentesco.

Tanto para esta cláusula como para cualquier otra que implique la no utilización del pasaje de transporte inicialmente previsto por el Asegurado, la Aseguradora recuperará siempre dicho pasaje y sufragará solo la diferencia eventualmente existente entre éste y el que imponga la prestación de este servicio.

Asistencia en caso de Extravío de Equipaje o Documentos.

La Aseguradora asesorará al Asegurado para la denuncia del extravío o robo de su equipaje y/o efectos personales. Igualmente, la Aseguradora asesorará al Asegurado en caso de pérdida de documentos de viaje y/o de tarjetas de crédito, dándole las instrucciones para que el Asegurado interponga las denuncias respectivas y tramite la recuperación de estos.

Mensajes Urgentes.

La Aseguradora transmitirá los mensajes urgentes y justificados, relativos a cualquiera de los eventos que son objeto de las prestaciones contempladas en estas condiciones generales.

Transferencia de Fondos y Transferencia de Fondos para fianza legal en caso de accidente de tránsito.

Durante el viaje, en caso de necesidad imperiosa e imprevista y contra su previo depósito en la oficina de la Aseguradora, ésta asumirá el costo que cobre la empresa o entidad remitente de dichos fondos al extranjero, haciendo los trámites que sean necesarios para que dichos fondos que deben ser provistos por familiares o amigos del Asegurado y entregados a la Aseguradora, puedan ser transferidos oportunamente al Asegurado, en el país donde se encuentre y hasta el límite especificado en estas condiciones generales. Este beneficio será aplicado una (1) sola vez, cualquiera que sea el lapso de validez del seguro.

Si el Asegurado fuese encarcelado como consecuencia de un accidente de tránsito, la Aseguradora asumirá el costo de transferencia que cobre la empresa o entidad remitente de los fondos al extranjero para hacer frente al pago de la fianza penal, debiendo previamente ser depositado el monto referido a la Aseguradora por parte de la familia o amigos del Asegurado. El monto máximo de envío estará determinado en el seguro.

Asistencia Legal en caso de accidente de tránsito.

La Aseguradora tomará a cargo hasta los topes indicados en el plan contratado, los gastos de honorarios que ocasione la defensa civil, criminal o penal del Asegurado, con motivo de imputársele la responsabilidad por un accidente de tránsito.

Compensación por Pérdida de Equipaje.

La Aseguradora indemnizará al Asegurado en forma complementaria una suma igual a la que paga o reconoce la aerolínea hasta el tope especificado en el plan contratado, por pérdida definitiva de equipaje.

Para la obtención de este beneficio rigen los siguientes términos y condiciones:

- Que la línea aérea y el Proveedor de Servicios de Asistencia en Viaje hayan sido notificados del hecho por el Asegurado dentro de las 24 (veinticuatro) horas siguientes a la denuncia de extravío ante la transportista responsable, siguiendo las instrucciones descritas más abajo.
- Que el equipaje se haya extraviado durante su transporte en vuelo regular internacional. Este beneficio no aplica cuando la pérdida se origina en un trayecto de vuelo nacional dentro del país de residencia, ni de vuelos charters o fletados, aviones particulares o militares, o cualquier vuelo que no tenga un itinerario fijo publicado que opere regularmente, así como tampoco cuando la pérdida se origina en vuelos domésticos en el exterior.
- Que el equipaje haya sido debidamente registrado, etiquetado y despachado en la bodega del avión y haya sido debidamente presentado y entregado al personal de la aerolínea, en el despacho de la terminal. La Aseguradora no indemnizará al Asegurado por la pérdida de equipaje de mano o de cabina o cualquier otro bulto que no haya sido debidamente registrado ante la aerolínea y haya sido transportado en la bodega del avión.

- Que la pérdida del equipaje haya ocurrido entre el momento en que el mismo fue entregado a personal autorizado de la línea aérea para ser embarcado y el momento en que debió ser devuelto al pasajero al finalizar el itinerario.
 - Que la línea aérea se haya hecho cargo de su responsabilidad por la pérdida del mencionado equipaje, y haya abonado o pagado al Asegurado la indemnización prevista. No tienen derecho a esta compensación las pérdidas ocurridas en transporte terrestre entre los aeropuertos y los hoteles o domicilios. La Aseguradora no podrá indemnizar al Asegurado cuando éste no haya aún recibido la indemnización de la aerolínea.
 - La compensación por pérdida total del equipaje se limitará a un solo equipaje entero y completo faltante en forma definitiva y a un Asegurado afectado. En el caso de que el equipaje faltante estuviera registrado a nombre de varias personas aseguradas, la compensación será prorrateada entre los mismos, siempre que incluya los correspondientes números de billetes/tickets de cada uno. No se indemnizarán los faltantes parciales del equipaje.
 - En caso de que la línea aérea ofreciera al Asegurado como indemnización, la posibilidad de optar entre percibir un valor en dinero o uno o más pasajes u otro medio de compensación, la Aseguradora procederá a abonar al Asegurado la compensación económica y complementaria por extravío de equipaje, una vez que dicha opción sea ejercida.
 - El Proveedor de Servicios de Asistencia en Viajes intervendrá en calidad de intermediario facilitador entre la aerolínea transportadora y el pasajero, por lo tanto, no podrá ser considerada ni tomada como responsable directa de dicha pérdida, ni de la búsqueda del equipaje. Las aerolíneas se reservan el derecho de aceptar o no los reclamos a la Aseguradora, y en términos generales pueden exigir que las reclamaciones sean puestas directamente por los pasajeros y no permitir la intermediación de la Aseguradora.
 - Las indemnizaciones serán siempre por concepto de pérdida de bulto completo. La Aseguradora no indemnizará los faltantes parciales de equipaje.
 - Las indemnizaciones por concepto de pérdida total de equipaje se abonarán únicamente en el país de residencia habitual. Se deja nota expresa que las demoras de equipaje no tienen derecho a indemnización alguna bajo este beneficio en particular.
- En caso de pérdida de equipaje, siga estas instrucciones:
- a. Inmediatamente ocurrida la pérdida de equipaje, comuníquese con la aerolínea o la persona responsable en el área de reclamo de equipaje que está generalmente dentro del recinto de correas o bandas transportadoras de equipaje, para solicitar y completar la solicitud PIR (Reporte de Irregularidad de Propiedad/ Property Indemnity Report). El Asegurado debe exigir a la aerolínea una copia de dicho reporte y guardarla para sus registros.
 - b. Comuníquese con el Proveedor de Servicios de Asistencia en Viaje dentro de las siguientes 24 (veinticuatro) horas para informar sobre la pérdida de su equipaje, informando sobre el PIR y su contenido.
- Gastos Médicos por Enfermedad Preexistente.**
- Si el Asegurado padece una enfermedad preexistente o crónica al inicio de su viaje al exterior, incluso si no era consciente de ello, la Aseguradora no estará obligada a proporcionar servicios o asistencias según el plan de asistencia adquirido. En todos los casos, la Aseguradora cubrirá únicamente el costo de la primera consulta clínica en la que se determine la existencia de la enfermedad preexistente, según lo estipulado en el plan elegido y hasta los límites establecidos.
- Cualquier consulta médica adicional, tratamiento o procedimiento será

responsabilidad exclusiva y a cargo del Asegurado.

Repatriación Funeraria.

En caso de fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de su seguro, incluso a causa de una enfermedad preexistente, salvo por causa de un evento excluido en las presentes Condiciones Generales, la Aseguradora organizará y sufragará la repatriación funeraria desde el exterior, tomando a su cargo los gastos de: féretro simple obligatorio para el transporte internacional, los trámites administrativos y el transporte del cuerpo por el medio que considere más conveniente hasta el primer lugar de ingreso al país de residencia habitual del fallecido, hasta el tope especificado en el plan contratado. Los gastos de féretro definitivo, trámites funerarios, traslados terrestres o aéreos dentro del país de residencia e inhumación no correrán a cargo de la Aseguradora. Este beneficio no contempla ni incluye en ninguna circunstancia gastos de familiares o individuos acompañantes del Asegurado fallecido.

Repatriación Sanitaria.

Cuando el Proveedor de Servicios de Asistencia en Viaje estime necesario efectuar la repatriación sanitaria del Asegurado a su país de origen, esta se efectuará en aerolínea comercial en vuelo regular, con acompañamiento médico o de enfermera si correspondiere, sujeto a espacio de asientos, hasta el país de residencia habitual del Asegurado.

Se entiende por repatriación sanitaria el traslado del Asegurado enfermo o accidentado desde el lugar en donde se encuentra en el exterior, hasta el aeropuerto de ingreso del país de su residencia habitual, es decir, la República de El Salvador (salvo que, por el tipo de plan contratado, aplique otro país de residencia permanente del Asegurado lo cual se hace constar en lo aplicable, en la Solicitud-Certificado de seguro). Solamente el Proveedor de Servicios de Asistencia en Viaje podrá autorizar a tomar todas las providencias mencionadas en esta cláusula, quedando

prohibido para el Asegurado o para un familiar de realizarlo por cuenta propia sin la previa autorización escrita de la Aseguradora a través la Central del Proveedor de Servicios de Asistencia en Viaje. Adicionalmente la repatriación deberá ser autorizada y justificada médica y científicamente por el médico tratante utilizado por la Central de Asistencias del Proveedor de Servicios de Asistencia en Viaje. En el caso en que el Asegurado y o sus familiares o acompañantes decidieran efectuar la repatriación sin solicitar la aprobación previa la Central del Proveedor de Servicios de Asistencia en Viaje, ninguna responsabilidad recaerá sobre la Aseguradora, quedando por lo tanto todos los gastos y consecuencias de dicha acción por cuenta del Asegurado enfermo o accidentado o de sus familiares o acompañantes, sin derecho a reembolso ni reclamo contra la Aseguradora.

La Aseguradora se hará cargo del pago de las diferencias por cambio de fecha del tiquete/pasaje aéreo, los gastos por esta prestación médica serán computados a cuenta del monto límite de gastos por concepto de traslado y repatriación indicado en el plan contratado. Esta asistencia comprende su transporte en ambulancia u otro medio de transporte que sea compatible con su estado de salud y aprobado por la Central de Asistencias del Proveedor de Servicios de Asistencia en Viaje desde el lugar de internación hasta su lugar de residencia, con la estructura de apoyo necesaria incluyendo camilla, sillas de ruedas, caminador, entre otros.

La repatriación sanitaria no es un servicio de evacuación en caso de pandemias, epidemias que sean detectadas o que surjan repentinamente en los países de destino del Asegurado.

Demora de equipaje.

La Aseguradora reintegrará al Asegurado, mediante la presentación de los comprobantes originales de compras realizadas durante el lapso de demora en la entrega de su equipaje, los gastos ocasionados en la adquisición de productos de aseo personal y prendas de vestir. Esta prestación se brindará únicamente

si el equipaje no es localizado dentro de las seis (6) horas contadas a partir del arribo del vuelo, habiendo notificado a la Aseguradora tal circunstancia, dentro de las 24 (veinticuatro) horas de reportarse la demora a la aerolínea transportadora y previa autorización que otorgue el Proveedor de Servicios de Asistencia en Viaje.

En caso tal que el equipaje sea declarado como perdido totalmente por parte de la compañía aérea y proceda a indemnizar al Asegurado, la Aseguradora deducirá del monto a reembolsar por concepto de "Compensación por pérdida de equipaje", el total reembolsado por los gastos del presente beneficio de demora de equipaje.

Este servicio opera por reembolso previa autorización de la Central de Asistencia y regido por los tiempos establecidos en los trámites de reembolso.

Regreso por Siniestro Grave en Domicilio.

En caso de incendio, explosión, inundación o robo con daños y violencia en el domicilio del Asegurado, mientras éste se encuentre de viaje, y si su pasaje aéreo original de regreso no le permitiera el cambio gratuito de fecha salvo el pago de un cargo impuesto por la aerolínea, la Aseguradora tomará a su cargo la diferencia que correspondiese o el costo de un nuevo pasaje en clase turista o la reemisión del mismo con cargo a la diferencia de tarifa y penalidad por tal motivo, desde el lugar en que el Asegurado se encuentre hasta el aeropuerto de ingreso a su país de residencia. Esta solicitud de asistencia deberá acreditarse mediante la presentación al Proveedor de Servicios de Asistencia en Viaje del original de la denuncia policial correspondiente, dentro de las 72 (setenta y dos) horas siguientes al suceso. El Asegurado deberá indefectiblemente comunicarse con el Proveedor de Servicios de Asistencia en Viaje a fin de ser autorizado el uso de este beneficio. No serán aceptados pedidos de reembolso sin ninguna justificación debidamente documentada a satisfacción de la Aseguradora.

Gastos médicos por complicaciones del embarazo.

En caso de emergencia se cubrirá sólo la consulta médica hasta la semana 28 (veintiocho) de gestación como máximo. El beneficio aplica básicamente para las emergencias que se presenten durante el viaje para el cual se ha contratado el plan de seguro / Asistencia en Viaje.

Evacuación Médica.

En caso de emergencia y si el Proveedor de Servicios de Asistencia en Viaje lo juzgare necesario, se organizará el traslado del Asegurado al centro de salud más cercano, por el medio de transporte que el Proveedor de Servicios de Asistencia en Viaje considere más apropiado y según corresponda al origen de la lesión o enfermedad, incluyendo, pero no limitado a ambulancias, ambulancias aéreas, transportación en vehículos de toda especie. Queda igualmente establecido que aun para los casos de tratamientos y cirugías que ocurran en casos catalogados como emergencia, el traslado sanitario debe ser previamente solicitado y autorizado por la Central de Asistencias del Proveedor de Servicios de Asistencia en Viaje. El no cumplimiento de esta condición exime a la Aseguradora y al Proveedor de Servicios de Asistencia en Viaje de tomar a cargo la asistencia de dicho traslado.

En el supuesto que fuere necesario el traslado del Asegurado para una asistencia médica, a un centro de atención a más de 25 km de distancia de donde se encuentre en el momento de la solicitud, la Aseguradora asumirá el costo de traslado en taxi que hubiese pagado el Asegurado. Es preciso para ello que el Asegurado guarde el comprobante o factura de este gasto para su eventual reembolso.

Exclusiones generales.

Este seguro no cubre bajo ninguna circunstancia:

- Acción u omisión premeditada, intencional o por culpa grave del Asegurado, incluyendo, pero no

limitándose a las siguientes situaciones:

- Enfermedades, lesiones, afecciones o complicaciones médicas resultantes de tratamientos efectuados o llevados a cabo por personas o profesionales no autorizados por la Central de Asistencias del Proveedor de Servicios de Asistencia en Viaje.
 - Afecciones, quemaduras o lesiones consecuentes y resultantes de la exposición prolongada al sol o fuentes de calor, químicas, rayos UV.
 - El suicidio, el intento de suicidio o las lesiones infringidas a sí mismo por parte del Asegurado y/o su familia, así como cualquier acto de manifiesta irresponsabilidad o imprudencia grave por parte del Asegurado.
 - Los accidentes cuyo origen se deban a impericia, desacato a normas o procedimientos, negligencia, descuido, provocación o la falta de medidas de prevención por parte del Asegurado.
 - Los gastos por concepto de segunda consulta médica, así como la solicitud unilateral del Asegurado a la prestación de servicios médicos y recibir los mismos sin haber solicitado y recibido previamente la autorización de la Central del Proveedor de Servicios de Asistencia en Viaje.
 - Lesiones como conductor o pasajero por el uso de cualquier tipo de vehículos, incluidos bicicletas, motocicletas y velomotores, sin tener licencia de conducir o sin utilizar casco o sin contar con la cobertura de seguro necesaria.
- Actos delictivos o el incumplimiento de la ley por parte del Asegurado:
 - Las afecciones, las enfermedades o lesiones derivadas de empresa, intento o acción criminal o penal del Asegurado, directa o indirectamente, tales como peleas, riñas, flagelaciones, o similares.
- La Aseguradora no brindará asistencia de ningún tipo al Asegurado en situación migratoria o laboral ilegal (incluyendo trabajo no declarado en el país desde donde se requiere la asistencia).
- Condiciones o situaciones existentes del Asegurado previo a la contratación del seguro, incluyendo, pero no limitándose a las siguientes situaciones:
 - Enfermedades crónicas o preexistentes, definidas o recurrentes, padecidas con anterioridad al inicio de la vigencia del plan contratado y/o del viaje asegurado, sean estas del conocimiento o no del Asegurado, así como sus agudizaciones, secuelas y consecuencias directas o indirectas (incluso cuando las mismas aparezcan por primera vez durante el viaje). Se deja constancia y se informa que los gastos de medicamentos por concepto de enfermedades preexistentes no serán asumidos por la Aseguradora. Se encuentran excluidos de la cobertura de seguro, los medicamentos para el tratamiento de enfermedades mentales o psíquicas o emocionales, aun en los casos donde la consulta médica haya sido autorizada por la Central de Asistencias del Proveedor de Servicios de Asistencia en Viaje. Se aclara que la Aseguradora no asumirá ningún gasto de internación cuando esta obedezca a una enfermedad preexistente, condición crónica o que haga parte de las exclusiones del seguro.
 - En caso se determine que el motivo del viaje fue el tratamiento en el extranjero para una condición crónica o preexistente, el Proveedor de Servicios de Asistencia en Viaje denegará la cobertura.
 - No será reconocido ningún gasto por concepto de repatriación cuando la causa que dio origen a ella es a consecuencia de una enfermedad

- preexistente u obedezca a un evento que figura dentro de las exclusiones en las presentes condiciones generales.
- El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) y Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en todas sus formas, secuelas y consecuencias. Las enfermedades venéreas y/o en general todo tipo de prestación, examen y/o tratamiento que no haya recibido la autorización previa la Central del Proveedor de Servicios de Asistencia en Viaje.
 - Los exámenes médicos de rutina, los exámenes de laboratorio para chequeos médicos, los exámenes de diagnóstico y/o de otros controles, exámenes de laboratorio o radiológicos o de otros medios, cuya finalidad sea la de establecer si la enfermedad es una preexistencia, tales como los exámenes de radiología, el Doppler, las resonancias magnéticas, tomografías, ultrasonidos, imágenes, scanner de toda índole, entre otros.
 - Las enfermedades derivadas o debidas o consecuentes de las deformaciones congénitas conocidas o no por el Asegurado.
 - Las enfermedades o indisposiciones resultantes de trastornos del periodo menstrual en las mujeres, como adelantos o retrasos, así como sangrados, flujos y otros.
 - Problemas relacionados con la tiroides; enfermedades hepáticas, cirrosis, abscesos, hernias, pruebas de esfuerzo y cualquier tipo de chequeo preventivo.
 - La Aseguradora no asumirá cargos por costos de fisioterapias referidas para el tratamiento de dolencias relacionadas a accidentes laborales, tareas repetitivas o enfermedades crónicas y/o degenerativas de los huesos o músculos. Las fisioterapias se cubrirán únicamente en caso tal que la dolencia haya sido ocasionada por un accidente no laboral bajo autorización previa la Central del Proveedor de Servicios de Asistencia en Viaje en caso tal que se determine que con las mismas el Asegurado podrá mejorar su condición actual y bajo ningún motivo, podrá exceder las diez (10) sesiones.
- En caso de constatarse que el motivo del viaje fuera el tratamiento en el extranjero de una enfermedad de base, crónica o preexistente y que el tratamiento actual tenga alguna vinculación directa o indirecta con la dolencia previa motivo del viaje, la Aseguradora quedará relevada de prestar sus servicios. A tal fin la Aseguradora se reserva el derecho de investigar la conexión del hecho actual con la dolencia previa. En casos de constatarse que el motivo del viaje fuera el tratamiento en el extranjero de una enfermedad crónica o preexistente, la Aseguradora denegará la asistencia.
- Consecuencia directa o indirecta de huelgas, paros, disturbios, riñas o peleas, motines y otros hechos que alteren el orden público del país.
 - Consecuencia directa o indirecta de guerra civil o internacional, terrorismo, motín, huelga, movimiento subversivo o en general, conmociones populares de cualquier clase incluyendo, pero no limitándose a las siguientes situaciones:
 - Los eventos como consecuencia de actos de guerra, invasión, actos cometidos por enemigos extranjeros o nacionales, terrorismo en todas sus formas, hostilidades u operaciones de guerra (declarada o no), guerra civil, rebelión, insurrección o poder militar, naval o usurpado, la intervención del Asegurado en motines, manifestaciones o tumultos que tengan o no carácter de guerra civil, o sea que la intervención sea personal o como miembro de una organización civil o militar; terrorismo u otra alteración grave del orden público.
 - Están excluidos los accidentes y enfermedades presentadas en países en guerra civil o extranjera. Ejemplo: Afganistán, Siria, Irak, Sudán, Somalia, Corea del Norte,

- etc. (la enumeración es taxativa y no enunciativa).
- Los eventos y las consecuencias de desencadenamiento de fuerzas naturales, tsunamis, temblores, terremotos, tormentas, tempestades, cenizas volcánicas, huracanes, ciclones, inundaciones, eventos de radiación nuclear y de radioactividad, así como cualquier otro fenómeno natural o no, con carácter extraordinario o evento que, debido a sus proporciones o gravedad, sea considerado como desastre nacional regional o local o catástrofe.
 - Los partos, abortos, controles ginecológicos, exámenes relacionados con los mismos y también todos los métodos anticonceptivos, ni tampoco se cubren exámenes ni controles rutinarios. Tampoco se cubrirán las pastillas anticonceptivas, inyecciones anticonceptivas, dispositivos intrauterinos o cualquier otro método de planificación familiar.
 - Eventos ocurridos como consecuencia de simples entrenamientos, prácticas sencillas o participación activa o no activa en competencias deportivas (profesionales o amateurs). Además quedan expresamente excluidas las ocurrencias consecuentes a la práctica de deportes peligrosos o de riesgos o extremos incluyendo pero no limitado a: Motociclismo, Automovilismo, Boxeo, Polo, Ski acuático, Buceo, Ala Deltismo, Kartismo, Cuatrimotos, Alpinismo, Ski, Fútbol, Boxeo, Canotaje, Parapente, Kayak, Bádminton, Básquetbol, Voleibol, Handball, Karate do, Kung fu, Judo, Tiro al arco, Tiro con fusil, Tejo, Rappel, Buceo, Torrentismo, Montañismo, Escalada, Puenting, Atletismo, Ciclismo, Luge Espeleología, Skeleton, la caza de animales, Bobsleigh, etc., y otros deportes practicados fuera de pistas reglamentarias y autorizadas por las respectivas federaciones de deportes. Salvo el plan al cual se haya agregado por adquisición de Upgrade la asistencia específica allí determinada para la práctica deportiva, la cual solo contará con exclusión en los siguientes deportes: Automovilismo, Torrentismo, Montañismo, Escalada, Puenting, Luge, Espeleología, Skeleton, la caza de animales, Bobsleigh, Parapente, Boxeo, Karate Do, Kung fu, Judo, Tiro al arco, Tiro con fusil.
 - La Aseguradora quedará eximida de toda responsabilidad de prestar sus servicios o asumir costos, si el motivo del viaje del Asegurado fuese la ejecución de trabajos o tareas que involucren un riesgo profesional, por realizar tareas de alta especialización en donde se exponga la vida; o se esté expuesto a sustancias peligrosas; o al manejo de maquinarias pesadas; o que funcionen con gases, presión de aire o fluidos hidroneumáticos; o que requieran habilidades físicas especiales, o a donde se vea expuesto a peligro y como consecuencia de ello sufra el Asegurado un accidente o una enfermedad consecencial; o bien realice labores que de acuerdo con las normas generales de seguridad industrial del país en donde se ejecuten dichos trabajos, las cuales exijan el cumplimiento formal de las mismas previa la ejecución de los mismos, estableciendo responsabilidad patronal para aquella persona natural o jurídica para la cual se ejecuten los mismos. Esta normatividad aplica igualmente a aquellas personas que no estén ligadas laboralmente con una empresa y que actúan por su cuenta; como por ejemplo trabajadores independientes.
 - Todo tipo de enfermedades mentales, nerviosas, o psicológicas, incluyendo las crisis nerviosas, crisis de pánico, de estrés o similares, trastornos alimentarios como la bulimia, anorexia, vigorexia, megarexia, entre otros.
 - Lesiones o accidentes resultantes de accidentes aéreos en aviones no destinados ni autorizados como transporte público comercial de itinerario publicado, incluyendo los vuelos fletados particulares o cualquier aeronave fletada (chárter).
 - Enfermedades endémicas, pandémicas, o epidémicas, las asistencias por estas enfermedades en países con o sin emergencia sanitaria en caso de que el Asegurado no haya

seguido las sugerencias y/o indicaciones sobre restricciones de viaje y/o tratamiento profiláctico y/o vacunaciones emanadas de autoridades sanitarias. Se exceptúa expresamente la pandemia causada por el COVID-19, la cual sí es objeto de cobertura según los términos del presente seguro.

Periodo de carencia.

El período de carencia será de (5) días y aplica en los siguientes casos:

- 1) Cliente que inició su viaje y decide comprar su póliza de viaje, ya sea motivado o no por una emergencia.
- 2) Cliente que viajaba protegido con una póliza de asistencia adquirida y decide extender su viaje y solicita una extensión de su póliza luego de transcurridas 24 horas después de su vencimiento.

Suma asegurada.

La suma asegurada será la elegida por el Asegurado, según las opciones de planes ofrecidos por la Aseguradora. Cada persona asegurada puede tener como máximo un seguro vigente, de este producto con la Aseguradora.

Cuando se haya adquirido el seguro bajo la modalidad de "PLAN FAMILIAR", todos y cada uno de los topes monetarios estipulados en el plan contratado serán de aplicación conjunta para todos los integrantes del grupo familiar, con la única excepción de casos de asistencia médica brindada en Europa para los cuales los topes monetarios estipulados en el plan contratado serán de aplicación individual para cada integrante del grupo familiar. En virtud de ello (salvo la única excepción arriba indicada) cuando los gastos originados en la asistencia brindada a uno o más integrantes de dicho grupo familiar, alcancen uno o más topes estipulados en el plan contratado, la Aseguradora no asumirá ningún gasto adicional por ese mismo concepto.

Periodo de cobertura.

Este seguro sólo cubrirá reclamos por siniestros acaecidos durante el período de vigencia del viaje asegurado siempre que el reclamo haya sido presentado también durante dichas fechas a través de la Central del Proveedor de Servicios de Asistencia en Viaje. No obstante, se establecen los siguientes períodos de gracia:

- Para el caso de siniestros que ocurran durante los últimos dos días del viaje asegurado, el Asegurado contará con un período de gracia excepcional de un máximo de **dos (2)** días calendario para la presentación del reclamo.

Delimitación geográfica.

Este seguro cubre las consecuencias de los eventos que ocurran en cualquier parte del mundo, con exclusión del País de Residencia habitual del Asegurado y lo indicado en las Exclusiones Generales del presente Anexo.

ATENCIÓN DE SOLICITUDES DE INDEMNIZACIÓN Y USO DE SERVICIOS

Uso de coberturas de servicio.

Para las coberturas relacionadas a Servicios Médicos:

Debe solicitarse el servicio respectivo llamando al Proveedor de Servicios de Asistencia en Viaje llamando directamente al teléfono +503 2567-1111 o al número que designe el proveedor.

Para procesamiento de solicitudes de indemnización:

Al momento de ocurrir un siniestro el Asegurado deberá informar lo antes posible a la Aseguradora de su ocurrencia a fin de apoyarle en los trámites respectivos. La atención de reclamos es de diez (10) días hábiles o menos contados a partir del momento en que se reciba la totalidad de requisitos establecidos en el contrato, por

parte de la instancia autorizada por la Aseguradora para la recepción de estos, e igualmente el mismo plazo correrá para brindar la prestación correspondiente a partir de la aceptación del reclamo. Dichos plazos no podrán suspenderse.

Asimismo, en caso de reclamación por servicios cubiertos, el Asegurado deberá proceder de la siguiente manera:

- Notificar al Proveedor de Servicios de Asistencia en Viaje personalmente o por intermedio de una tercera persona, cualquier circunstancia que requiera de una asistencia, a más tardar dentro de las 24 (veinticuatro) horas de producido el evento.
- Solicitar y obtener la autorización de la Central del Proveedor de Servicios de Asistencia en Viaje antes de tomar cualquier iniciativa o comprometer cualquier gasto con relación a los beneficios otorgados por el plan contratado. En los casos donde no se haya solicitado la autorización al Proveedor de Servicios de Asistencia en Viaje ni se haya obtenido la autorización, no procederán reembolsos algunos, ni darán derechos a reclamos. En caso de una situación donde la vida del Asegurado esté en riesgo o amenazada debido a un accidente o condición médica real y comprobable, debe acudir al centro médico más cercano para procurar el tratamiento necesario, con la obligación ineludible de informar al Proveedor de Servicios de Asistencia en Viaje en el transcurso de las siguientes 24 (veinticuatro) horas de ocurrido el evento.
- Queda claramente entendido que la notificación al Proveedor de Servicios de Asistencia en Viaje resulta imprescindible aun cuando el problema suscitado se encuentre totalmente resuelto, ya que la Aseguradora no podrá tomar a su cargo el costo de ninguna asistencia sin el previo conocimiento y autorización la Central del Proveedor de Servicios de Asistencia en Viaje. El Asegurado acepta que la Aseguradora y el Proveedor de Servicios de Asistencia

- en Viaje se reservan el derecho de grabar y auditar las conversaciones telefónicas que estime necesarias para el buen desarrollo de la prestación de sus servicios. El Asegurado acepta expresamente la modalidad indicada y manifiesta su conformidad por la eventual utilización de los registros tecnológicos, grabaciones, correspondencia y afines, como medio de prueba en caso de existencia de controversias respecto de la asistencia prestada.
- Aceptar y acatar las soluciones indicadas y recomendadas por la Central de Asistencias del Proveedor de Servicios de Asistencia en Viaje y llegado el caso, consentir con la repatriación a su país de origen, cuando según opinión médica su estado sanitario lo permita y lo requiera.
 - Proveer la documentación que permita confirmar la procedencia del caso, así como todos los comprobantes originales de gastos a ser evaluados para su eventual reembolso por la Aseguradora y toda la información médica (incluyendo la anterior al inicio del viaje), que permita a la Central de Asistencias del Proveedor de Servicios de Asistencia en Viaje la evaluación del caso.
 - En todos aquellos casos en que la Aseguradora lo requiera o bien el Proveedor de Servicios de Asistencia en Viaje, el Asegurado deberá otorgar las autorizaciones para revelar su historia clínica completando el formulario que le enviará el Proveedor de Servicios de Asistencia en Viaje y lo devolverá por fax o email a la misma. Asimismo, el Asegurado autoriza en forma absoluta e irrevocable a la Aseguradora y al Proveedor de Servicios de Asistencia en Viaje a requerir en su nombre cualquier información médica a los profesionales tanto de El Salvador como del país de residencia habitual, con el objetivo de poder evaluar y eventualmente decidir sobre la aplicabilidad de las restricciones en casos de dolencias crónicas o preexistentes o de la afección que haya dado origen a su asistencia.

- Es obligación del Asegurado entregar a la Aseguradora el/los billetes de pasaje (tickets, boletos) que posea, en aquellos casos en que la Aseguradora se haga cargo de la diferencia sobre el o los pasajes originales y los nuevos emitidos, o cuando procedan a la repatriación del Asegurado sea el que fuere el motivo.
- Completar el formulario de Solicitud-Certificado de seguro.
- En caso de ser menor de edad, la Solicitud-Certificado deberá ser completada por quien ejerza la autoridad parental sobre el menor.
- En el caso de personas mayores de edad, ser menor de 86 (ochenta y seis) años.

En caso de reembolso por Gastos de Alojamiento por aislamiento:

- Certificación médica que indique expresamente el diagnóstico positivo a COVID-19 y el periodo de días de aislamiento por cuarentena.
- Copia de la reservación original y comprobante de ingreso del Asegurado.
- Facturación y comprobante de pago del lugar en el que se aloja, a nombre del Asegurado y por el periodo indicado en la orden sanitaria.

Todo reclamo bajo esta póliza deberá realizarse por escrito y ser enviada de cualquiera de las siguientes maneras:

- Teléfono: +2567-1111 o al número que el proveedor designe. El operador le brindará orientación sobre los pasos a seguir.

En caso de que se requiera algún documento adicional que facilite el proceso de indemnización la Aseguradora solicitará al Asegurado dicha información requerida. En caso de que alguno de los anteriores documentos sea presentado en un idioma distinto al español, deberá acompañarse de una traducción oficial a dicho idioma.

CONDICIONES VARIAS.

Requisitos de suscripción.

Para adquirir este seguro el Asegurado deberá cumplir los siguientes requisitos:

- Contar con una tarjeta de crédito, débito, cuenta o medio de pago autorizado por la Aseguradora.

Moneda.

Todos los valores o indemnizaciones bajo este seguro son liquidables en Dólares de los Estados Unidos de América.

Obligaciones del Tomador del seguro/Persona Asegurada.

En adición a las otras obligaciones indicadas en las presentes Condiciones, el Asegurado o Tomados del seguro asume las siguientes obligaciones:

A. Prueba de Siniestro.

El Asegurado tendrá el deber de demostrar la ocurrencia del evento que constituya siniestro, según la cobertura.

B. Proceso Indemnizatorio.

El Asegurado tendrá la obligación de seguir y respetar el proceso indemnizatorio que se detalla en la presente SECCIÓN APLICABLE A LA COBERTURA DE ASISTENCIA EN VIAJES.

La indemnización será exigible treinta (30) días después de la fecha en que la Aseguradora haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

NOTA: Las condiciones de este seguro se encuentran disponibles para consulta en www.davivienda.com.sv o en las oficinas principales de Davivienda Seguros.

----- x -----

PRIMA.

La prima deberá ser pagada en el momento de contratación del seguro. Dicho pago es anticipado conforme al plan contratado a menos que en las Condiciones Particulares de la póliza se estipule lo contrario, en cuyo caso aplicarán las siguientes condiciones:

- a) La prima de este seguro se establece en la Propuesta de Seguro, según el plan contratado y la prima debe haber sido pagada previo al inicio del viaje debiendo ser realizada en las oficinas de la Compañía, u otro lugar dispuesto por éste, así como también, las herramientas o plataformas digitales designadas por la Compañía para tal efecto.
- b) Para este seguro no habrá periodo de gracia, ya que el pago de la prima será único y por adelantado.

DOLO O FRAUDE.- El dolo o culpa grave en la declaraciones del Asegurado o la omisión dolosa o culposa en ellas, respecto a hechos importantes para la apreciación del riesgo, da derecho a la Aseguradora para pedir la rescisión del contrato, dentro de los tres (3) meses siguientes al día en que haya conocido la inexactitud u omisión dolosa o culposa, quedando a favor de la misma, la prima correspondiente al período del seguro en curso en el momento en que se conozca el dolo o culpa grave, y en todo caso, a las primas convenidas por el primer año.

Si la inexactitud u omisión en las declaraciones no se debiera a dolo o culpa grave, el Asegurado estará obligado a ponerlo en conocimiento de la Aseguradora, tan pronto como advierta esta circunstancia, bajo pena de que se le considere responsable de dolo.

Dado el aviso correspondiente por el Asegurado, la indemnización se reducirá en proporción a la diferencia entre la prima convenida y la que se habría cobrado si se hubiese conocido la verdadera situación, a menos que las partes convengan en aumentar las primas. Si el riesgo no fuere asegurable, la Aseguradora tendrá derecho para pedir la rescisión del Contrato.

CESIÓN. Los derechos que la presente póliza concede al Asegurado no podrán ser cedidos a favor de terceras personas.

CAMBIO DE BENEFICIARIO. El Asegurado podrá cambiar los nombres y/o las cuotas de indemnización de los beneficiarios de la presente póliza, notificándolo por escrito a la Aseguradora, siempre y cuando el viaje no haya sido iniciado.

PRESCRIPCIÓN. Todas las acciones que se deriven de este contrato prescriben en tres (3) años contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

Se estará además a lo que dispone el Código de Comercio.

VIGENCIA DE LA PÓLIZA. La presente póliza estará en vigencia por el período que se indica en las Condiciones Particulares de la misma excepto en lo previsto en la Condición General OCTAVA- Prima y en la Condición General DÉCIMA TERCERA- Terminación anticipada, de las presentes Condiciones Generales.

VIGENCIA DEL SEGURO. El seguro entrará en vigor en la fecha que inicie el viaje asegurado, siempre y cuando se realice el pago de la prima al momento de suscribir el seguro, con una vigencia mínima de 5 (cinco) días calendario y un plazo máximo de 120 (ciento veinte) días calendario. Finalizará en la fecha de finalización del viaje o en la fecha de expiración del seguro, según se señala en la solicitud-certificado de seguro, lo que ocurra primero. En caso de que, al momento de expiración del seguro, el Asegurado se encontrase hospitalizado por COVID-19 o en aislamiento en el exterior, la Aseguradora asumirá solamente los costos que por concepto de hospitalización u hospedaje sean incurridos, dentro de los límites del respectivo beneficio de Gastos Médicos por Enfermedad o Accidente, excluyendo cualquier otro costo de tipo médico, de la forma siguiente (lo que ocurra primero):

- Hasta por un máximo de 7 (siete) días adicionales de extensión de la vigencia del seguro en caso de cualquier accidente o enfermedad distinta de COVID-19, salvo que el médico a

cargo dé el alta al Asegurado en un plazo menor, o hasta el número de días necesarios para que se dé de alta al paciente hospitalizado por COVID-19 o hasta un máximo de 14 (catorce) días de aislamiento.

- Hasta que se haya agotado el monto específico de cobertura que señale la Solicitud-certificado de seguro.
- Como continuidad de protección del seguro previamente adquirido.

Si el Asegurado necesita extender la vigencia del seguro, debe solicitarlo a la Aseguradora al menos 24 horas antes de que finalice la vigencia de la póliza. La Aseguradora autorizará la emisión de un nuevo seguro, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:

- 1) No se hayan solicitado ni utilizado coberturas o asistencias durante el viaje que se desea extender.
- 2) Se pague la prima correspondiente al período de extensión.
- 3) Toda asistencia médica tratada en el primer seguro pasará automáticamente a ser considerada como preexistencia durante la vigencia del nuevo seguro y por lo tanto no será asumida por la Aseguradora.

INFORMACIÓN ADICIONAL IMPORTANTE:

Derecho de Retracto.

El asegurado tiene la facultad revocar unilateralmente el presente contrato, amparado al derecho de retracto, sin indicación de los motivos y sin penalización alguna dentro del plazo de ocho (8) días hábiles, contados a partir del inicio de vigencia del seguro, siempre y cuando no haya acaecido un evento dañoso objeto de cobertura. La notificación de retracto deberá ser realizada por escrito dentro del plazo anteriormente relacionado, una vez recibida la notificación de retracto, la Aseguradora dispondrá de un plazo de diez (10) días hábiles para dar respuesta al asegurado.

Derecho de Desistimiento.

El Asegurado podrá desistir del contrato en el plazo de quince días siguientes a aquél en que recibiere la póliza o documento, si no concordare con los términos convenidos. En el mismo plazo podrá solicitar la rectificación del texto, tal como lo establece el artículo 977 del Código de Comercio.

Aceptación de Remisión de Documentos de Póliza por Vía Electrónica.

La Aseguradora podrá enviar la Solicitud-Certificado de seguro y demás documentos que conforman la póliza de seguro, por cualquier medio electrónico, ya sea por correo electrónico, mensaje de texto, así como a cualquier otro medio que el Asegurado haya puesto a disposición para tal fin o bien, si el Asegurado así lo solicita, se le entregará físicamente al momento de contratar el seguro. El Asegurado también podrá acceder a la información del contrato de seguro por medio de la página web www.davivienda.com.sv.

Aceptación del Contrato de Póliza de Forma Electrónica.

Es entendido que de aplicar carácter electrónico para la aceptación de este contrato de seguro, la identificación electrónica secreta para su aceptación será por medio de un "Método de Identificación", el cual puede ser: a) El ingreso de una clave o identificación electrónica secreta "PIN u OTP (One Time Password/ Clave de un solo uso)"; b) medios de identificación biométrica; los cuales serán confidenciales y sustituyen la firma autógrafa del Asegurado, por tanto toda información del uso de esta identificación electrónica secreta se entenderá que ha sido firmada, consentida y autorizada por su persona, siendo la constancia emitida por los registros electrónicos de la Aseguradora, prueba suficiente para demostrar y comprobar la existencia.

Finalización de la Cobertura de Seguro.

Este seguro finalizará al ocurrir cualquiera de las siguientes situaciones:

- Falta de pago de la prima;
- Fallecimiento del Asegurado;

- Cancelación anticipada del seguro a solicitud del Asegurado;
- Si la Aseguradora comprueba que la reclamación presentada por el Asegurado es fraudulenta o engañosa o se apoya en declaraciones falsas.
- Si al presentar la reclamación o posteriormente, el Asegurado por sí mismo o por interpuesta persona, emplea medios o documentos engañosos para sustentarla, o para derivar beneficios indebidos de este beneficio.
- Al cumplirse la fecha de finalización del viaje asegurado específicamente en el momento en que el Asegurado regrese al país de su residencia habitual, o en la fecha de expiración del seguro, lo que ocurra primero.

E-mail: atencionalusuario@ssf.gob.sv

Horario: de lunes a viernes de 8.30 am a 4.30 pm.

- Defensoría del Consumidor
Calle Circunvalación # 20, Plan de La Laguna,
Distrito de Antiguo Cuscatlán, Municipio de La
Libertad Este, Departamento de La Libertad, El
Salvador. C.A.

Tel:(503) 2526-9000

E-mail:
atencionalconsumidor@defensoria.gob.sv

Horario: de lunes a viernes de 8.00 am a 4.00 pm, sin cerrar al mediodía.

¿Qué hacer en caso de un siniestro?

El Asegurado deberá contactar al número de teléfono 2567-1111 opción 2, 3. El operador le brindará orientación sobre los pasos a seguir.

¿Qué hacer en caso de discrepancia con la resolución de su reclamo?

En caso que la resolución de su reclamo no sea de su entera satisfacción puede acercarse a la Unidad Especializada de Atención al Cliente ubicada en Av. Manuel Enrique Araujo N°3550 – Agencia Centro Financiero Davivienda, Nivel 2 (Mezzanine), Departamento de San Salvador, El Salvador o enviarnos sus inquietudes al correo elsalvador_une@davivienda.com.sv para que se evalúe nuevamente su caso.

Otras instancias a las que puede acudir:

- Oficina de Atención al Usuario de la Superintendencia del Sistema Financiero.
Avenida Albert Einstein, Urbanización Lomas de San Francisco, No. 17, Distrito de Antiguo Cuscatlán, Municipio de La Libertad Este, Departamento de La Libertad, El Salvador. C.A.

Tels. (503) 2699-9999

ANEXO 1. Escala de Indemnizaciones.
ESCALA DE INDEMNIZACIONES

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL:		%	
Estado absoluto e incurable de alienación mental que no le permita al Asegurado realizar un trabajo u ocupación por el resto de su vida.		100	
Fractura incurable de la columna vertebral que determine la invalidez total y permanente.		100	
INVALIDEZ PERMANENTE Y PARCIAL:			
CABEZA			
Sordera total e incurable: De un oído.		15	
De ambos oídos.		50	
Pérdida total de un ojo.		40	
Reducción a la mitad de la visión normal en ambos ojos.		40	
Ablación de la mandíbula inferior.		50	
MIEMBROS SUPERIORES			
	Der.	Izq.	
Pérdida total: de un brazo	65	52	
De una mano	60	48	
del pulgar	18	14	
del índice	14	11	
del dedo medio	9	7	
del dedo anular o meñique	8	6	
Seudoartrosis total de una mano	45	36	
Anquilosis: del hombro: en posición no funcional	30	24	
del codo : en posición no funcional	25	20	
en posición funcional	20	16	
la muñeca: en posición no funcional	20	16	
en posición funcional	15	12	
MIEMBROS INFERIORES			
		%	
Pérdida total: de una pierna		55	
de un pie		40	
del dedo gordo del pie		8	
de cualquier otro dedo del pie		4	
Seudoartrosis de un muslo		35	
de una rótula		30	
de un pie		20	
Anquilosis: de la cadera: en posición no funcional		40	
en posición funcional		20	
de la rodilla: en posición no funcional		30	
en posición funcional		15	
Del empeine: en posición funcional		8	
En posición no funcional		15	
Acortamiento de Miembros: por lo menos cinco centímetros		15	
por lo menos tres centímetros		8	