

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA
MULTIVIAJE INTERNACIONAL

ÍNDICE

SUMARIO

INTRODUCCIÓN

CONDICIONES OPERATIVAS

- 1. Instrucciones para la utilización del seguro**
2. Documentos de sustentación del reclamo

CONDICIONES TÉCNICAS

3. Personas asegurables
- 4. Riesgos cubiertos**
5. Servicios Adicionales
- 6. Riesgos no cubiertos**
7. Pago de beneficios
8. Tarifa para pagos por atención bajo el sistema de reembolso
9. Uso obligatorio de la red de clínicas y médicos afiliados

CONDICIONES LEGALES

10. Bases del contrato
11. Declaraciones
12. Avisos y comunicaciones
13. Pago de primas
14. Condiciones de pago
15. Suspensión automática por mora en el pago
16. Resolución del contrato de seguro por mora en el pago
17. Territorio
18. Vigencia del riesgo individual
19. Deslinde de responsabilidad
20. Otros seguros
21. Subrogación
22. Postergación de la iniciación de la Póliza
23. Prescripción liberatoria
24. Declaración falsa y/o reticente
25. Reclamación fraudulenta
26. Predominio de condiciones y/o cláusulas
- 27. Defensoría del Asegurado**
- 28. Arbitraje y fuero del domicilio**
29. Gastos y tributos
30. Términos y definiciones

INTRODUCCIÓN

De conformidad con el requerimiento del Contratante, y las declaraciones contenidas en el mismo, cuya veracidad constituye causa determinante de la celebración del presente contrato, en adelante denominado Póliza-Voucher, y de acuerdo a lo establecido en estas **CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DE MULTIVIAJE INTERNACIONAL**, así como también en las Cláusulas Adicionales, Condiciones Particulares, Especiales, Endosos y Anexos adjuntos; Pacífico Peruana Suiza Compañía de Seguros y Reaseguros, en adelante denominada **PACÍFICO SEGUROS**, conviene en asegurar al Contratante y a sus Acompañantes inscritos, según corresponda, en adelante denominados el **ASEGURADO TITULAR** o simplemente el **ASEGURADO**, contra los riesgos más adelante especificados, según los términos y condiciones siguientes:

CONDICIONES OPERATIVAS

INSTRUCCIONES PARA LA UTILIZACIÓN DEL SEGURO

Artículo 1º

En la necesidad de utilizar la Póliza-Voucher, el **ASEGURADO** tendrá que contactarse con **PACIFICO RESPONDE**, mediante el número de teléfono que se indica en la Póliza-Voucher. Cuando la emergencia imposibilite la comunicación, el **ASEGURADO TITULAR** se encuentra obligado a comunicar el evento dentro de las 24 (veinticuatro) horas siguientes al momento en que lo pueda efectivamente hacer, informando las razones que le impidieron dar el aviso en forma oportuna.

En esta llamada el **ASEGURADO TITULAR** deberá informar:

- A. Su nombre y el número de Póliza-Voucher;
- B. El lugar y el teléfono donde se encuentra;
- C. El problema y el tipo de información o ayuda necesaria.

La no observancia por parte del **ASEGURADO TITULAR** de las obligaciones que este artículo impone, dará lugar a la caducidad de los beneficios emanados en esta Póliza-Voucher.

DOCUMENTOS DE SUSTENTACIÓN DEL RECLAMO

Artículo 2º

Según el caso, el **ASEGURADO** deberá adjuntar a su Solicitud de Beneficios, los siguientes documentos:

- A. En caso de Gastos Médicos y Hospitalarios, Gastos Odontológicos y Evacuación Médica:
 - 1. Diagnóstico médico;
 - 2. Carta conteniendo los datos de la Póliza-Voucher y un breve relato de lo sucedido;
 - 3. Comprobantes de pago originales, a nombre del **ASEGURADO**.
- B. En caso de Retraso del Viaje:

1. Copia simple del pasaje aéreo y tarjeta de embarque;
2. Comprobantes originales de los gastos de alimentación y alojamiento a nombre del ASEGURADO;
3. Declaración de la compañía aérea con relación al atraso.

C. En caso de Medicamentos:

1. Receta médica;
2. Boleta original de la compra del medicamento en el extranjero a nombre del ASEGURADO.

Independientemente de la intervención del servicio de asistencia, el ASEGURADO TITULAR o, en su caso el Beneficiario, tendrá que presentar todos los documentos descritos con anterioridad en un plazo máximo de 30 (treinta) días después de ocurrido el accidente.

D. En caso de Pérdida del Equipaje:

1. Informe que compruebe la pérdida, emitido por el transporte público autorizado responsable (PIR - Property Irregularity Report), el cual señale el peso en kilogramos del equipaje extraviado;
2. Ticket original de la entrega del equipaje a la línea o empresa de transporte;
3. Recibo de indemnización emitido por el transporte público autorizado.

E. En caso de Muerte accidental:

1. Una declaración escrita, que contenga ineludiblemente la fecha y hora del accidente; el nombre, apellidos, edad y domicilio de la persona que ha sufrido el accidente; el lugar y circunstancias en que éste ocurrió, así como el nombre y domicilio de los testigos;
2. Certificado Médico de Defunción;
3. Partida de Defunción;
4. Protocolo de Autopsia completo, con los resultados del Dosaje Etílico y Examen Toxicológico;
5. Declaratoria de Herederos Legales o el Acta Notarial de Declaratoria de Herederos debidamente inscrita, a falta de designación de Beneficiarios en la Póliza.

En el caso de las coberturas restantes, se presentará los presupuestos que acrediten los gastos a efectuar por Traslado de Restos y Traslado de Familiar; o los comprobantes de pago realizados a causa de la demora en la llegada del equipaje.

A partir del cumplimiento de entrega de todos los documentos requeridos, PACIFICO SEGUROS tiene un plazo de 30 (treinta) días para efectuar el pago.

PACIFICO SEGUROS se reserva el derecho de solicitar otros documentos, además de los anteriormente especificados, que acrediten la identidad del ASEGURADO, su condición de asegurado o la ocurrencia del accidente o su historial médico, según corresponda.

La no observancia por parte del ASEGURADO TITULAR de las obligaciones que este artículo impone, dará lugar a la caducidad de los beneficios encuadrados en esta Póliza-Voucher.

CONDICIONES TÉCNICAS

PERSONAS ASEGURABLES

Artículo 3°

Son asegurables, conforme a esta Póliza-Voucher, las personas hasta los 75 (setenta y cinco) años de edad. La cobertura cesará al vencimiento de la anualidad en que el ASEGURADO haya cumplido el indicado límite de edad.

RIESGOS CUBIERTOS

Artículo 4°

Las coberturas que amparan al ASEGURADO TITULAR y/o a sus Acompañantes inscritos, son las que se detallan a continuación de manera enunciativa, haciendo la salvedad que las coberturas contratadas son las que figuran, de acuerdo al plan elegido, en la Tabla de Beneficios inserta en el Sumario de esta Póliza-Voucher:

A. Gastos Médicos por Accidente y/o Enfermedad de Carácter Súbito

El reembolso o pago de gastos médicos y hospitalarios efectuados, en caso de accidentes o enfermedades de carácter súbito ocurridos durante el viaje.

Para fines de la asistencia en viajes, se entiende por gastos médicos y hospitalarios, solamente a:

1. Atención médica sea o no una situación de emergencia;
2. Hospitalización para tratamientos clínicos y/o quirúrgicos;
3. Droga lícita de efecto terapéutico, medicamentos, exámenes de laboratorio e imágenes, así como procedimientos debidamente prescritos por el médico tratante y derivados de una atención por emergencia;
4. Fisioterapia; en caso de necesidad de Fisioterapia como resultado de lesiones provenientes de accidentes ocurridos o enfermedades contraídas durante el viaje, el ASEGURADO TITULAR recibirá la atención fisioterapéutica, a condición de que ésta sea prescrita por el médico que atendió al ASEGURADO TITULAR durante el viaje, hasta un máximo de 10 (diez) sesiones;
5. Servicios hospitalarios y de ambulancia;
6. Se cubrirán los gastos derivados por emergencia odontológica, es decir aquellos que corresponden a servicios odontológicos recibidos por el ASEGURADO TITULAR dentro de los 30 (treinta) días de la hora y fecha de la lesión o del primer tratamiento. El primer tratamiento deberá realizarse en el punto de destino del usuario en el exterior y deberá comenzar dentro de las 24 (veinticuatro) horas siguientes a la emergencia;

Deducible: Todos los gastos médicos por enfermedad están sujetos al deducible correspondiente a los servicios médicos prestados, según la Tabla de Beneficios inserta en el Sumario.

Consideraciones Importantes:

- Constatada la condición de preexistencia “no declarada”, los beneficios de gastos médicos relacionados a dicha preexistencia serán suspendidos, asumiendo PACIFICO SEGUROS sólo mientras se dilucida tal condición hasta el importe de gastos y prestaciones señalados en la Tabla de Beneficios inserta en el Sumario de esta Póliza-Voucher. La atención así como sus costos en exceso de tal importe, serán de responsabilidad exclusiva del ASEGURADO TITULAR.
- Se deberá informar por escrito al ASEGURADO de tal constatación en un plazo máximo de 90 (noventa) días contados desde que PACIFICO SEGUROS identifica tal condición de preexistencia “no declarada”
- PACIFICO SEGUROS tendrá a su cargo el derecho a someter al ASEGURADO TITULAR a exámenes médicos, con la frecuencia razonablemente necesaria, mientras el reclamo correspondiente al pago de un beneficio se halle pendiente.
- En caso de perder la cobertura de gastos médicos producto de la constatación de la preexistencia no declarada, PACIFICO SEGUROS informará a la brevedad posible de dicha situación al ASEGURADO TITULAR.
- Siempre que el accidente o enfermedad de carácter súbito ocurra durante la vigencia de la presente Póliza-Voucher, PACIFICO SEGUROS se responsabilizará por los gastos generados hasta la 13ª semana después de la fecha de vencimiento de la Póliza-Voucher.
- Asimismo, los beneficios anteriormente indicados no incluyen los gastos correspondientes a la prestación de servicios médicos u odontológicos prestados en su lugar de residencia o en el extranjero, con excepción de emergencia odontológica.

B. Evacuación Médica

El pago de los costos, en caso de lesión o enfermedad de carácter súbito que haga necesaria su evacuación médica por emergencia. La evacuación médica por emergencia debe ser a pedido de PACIFICO SEGUROS o de un médico que certifique que la gravedad o la naturaleza de la lesión o enfermedad hacen necesaria tal evacuación.

Los gastos protegidos por esta Póliza-Voucher corresponden a los de transporte y tratamiento médico, incluyendo servicios médicos en que necesariamente se haya incurrido en la evacuación médica por emergencia, así como en la coordinación para la evacuación y tratamiento necesario en viaje asegurado. El servicio de evacuación médica por emergencia deberá ser realizado por la vía más directa y económica posible, utilizando el transporte compatible con el estado de salud del ASEGURADO que requiera la prestación. Los gastos de transporte deberán ser:

1. Los correspondientes a las condiciones clínicas y servicios médicos recomendados por el médico tratante.

2. Requeridos por las regulaciones estándares del medio de transporte.
3. Acordados y autorizados anticipadamente por PACIFICO SEGUROS.

La evacuación médica por emergencia se aplica en los siguientes casos:

- Cuando la condición médica 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.
- Cuando luego de haber sido tratado en un hospital local, la condición médica hace necesario su transporte al país donde comenzó el viaje para recibir tratamiento médico adicional o para recuperarse.
- Ambos casos antes mencionados.

C. Gastos Odontológicos

La indemnización de los gastos correspondientes a los servicios odontológicos recibidos dentro de los 30 (treinta) días de la hora y fecha de la lesión y/o del primer tratamiento. El primer tratamiento deberá realizarse en el exterior 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, a consecuencia de accidentes o enfermedades de carácter súbito ocurridas o contraídas durante el viaje. Incluye el reembolso de los gastos en arreglos o sustituciones de prótesis odontológicas siempre y cuando deriven de traumatismo.

El tratamiento odontológico y los servicios correspondientes serán pagados hasta el límite del beneficio total.

El presente beneficio no se otorga por:

1. Cualquier tratamiento electivo y/o rutinario.
2. Tratamientos estéticos, gastos en compras de prótesis (se excluyen los gastos en arreglos o reemplazos de prótesis odontológicas que sean producto de traumatismo)

D. Medicamentos

El reembolso de los gastos en la compra de medicamentos necesarios (en virtud de la atención médica u odontológica cubierta por la asistencia), siempre que los gastos hayan ocurrido durante el viaje y hayan sido prescritos por un médico.

E. Estadía en Hotel por Enfermedad o Accidente

El pago o reembolso de las estadías diarias en un hotel, con un límite máximo de 10 (diez) días, en caso de que el equipo médico del establecimiento donde se encuentre y el equipo médico indicado por PACIFICO SEGUROS determinen su necesidad por requerimiento previo de diagnóstico o la necesidad de prorrogar el periodo de recuperación, después que fue dado de alta del hospital debido a accidente o enfermedad.

F. Traslado de un Familiar (Acompañante en Caso de Hospitalización Prolongada)

La compra de un pasaje aéreo de ida y regreso en clase económica, a quien indique el ASEGURADO TITULAR, cuando éste se encuentre viajando solo y los

médicos del servicio de asistencia consideren necesaria su hospitalización por un periodo superior a 5 (cinco) días, y siempre que el ASEGURADO TITULAR así lo haya solicitado a través de PACIFICO RESPONDE.

En caso de que el ASEGURADO TITULAR no pueda indicar a un Acompañante, se considerará al cónyuge o cualquier pariente en primer grado y que sea mayor de edad.

Salvo para el caso de ASEGURADOS no residentes, la persona indicada para acompañar al ASEGURADO TITULAR deberá necesaria y obligatoriamente residir y encontrarse físicamente en el Perú.

Asimismo, el Acompañante tendrá derecho a recibir de PACIFICO SEGUROS el monto especificado por concepto de viáticos que refiere la Tabla de Beneficios inserta en el Sumario de esta Póliza-Voucher.

G. Pérdida de Equipaje

En caso de extravío, hurto o robo de la totalidad del equipaje y una vez que éste se encuentre bajo la responsabilidad de una compañía de transporte público autorizado, acreditado mediante la presentación del correspondiente informe de pérdida, PACIFICO SEGUROS pagará un monto calculado exclusivamente por el peso del equipaje, sin importar su contenido, de acuerdo a lo indicado en la Tabla de Beneficios inserta en el Sumario.

De los valores calculados según lo establecido en el párrafo anterior, serán descontados aquellos pagos efectuados al usuario a título de indemnización por la compañía de transportes.

Sin perjuicio de lo anterior, PACIFICO SEGUROS por esta eventualidad abonará al ASEGURADO TITULAR el importe estipulado en la Tabla de Beneficios inserta en el Sumario de esta Póliza-Voucher.

H. Servicios de Emergencia Médica durante el Viaje

1. Indicaciones y ayuda para obtener asistencia médica local.
2. Control sobre los casos de pacientes internados para determinar la calidad y el costo de un tratamiento apropiado.
3. Contacto entre el médico tratante y la familia, cuando sea necesario.
4. Comunicación con la familia y el médico de cabecera del ASEGURADO TITULAR.
5. Coordinación del transporte con un Acompañante para aquellos menores de edad sin compañía.
6. Coordinación del transporte para la familia, socios comerciales o amigos, a su propio cargo, para reunirse con el ASEGURADO TITULAR cuando éste se halle internado.
7. Transmisión de mensajes urgentes y justificados del ASEGURADO TITULAR relativos a cualquiera de los eventos que dan origen a las prestaciones bajo esta Póliza-Voucher.

I. Traslado de Restos Mortales

El pago del traslado del cadáver hasta su lugar de residencia u origen, así como el de proveer un ataúd común o una urna funeraria. Este servicio comprende todo el proceso burocrático para la liberación del cuerpo cremado o embalsamado y pasaje aéreo.

El Beneficio antes mencionado incluye, pero no se limita a los gastos de:

1. Embalsamamiento.
2. Cremación.
3. Féretros o urna crematoria.
4. Transporte.

J. Muerte Accidental

El ASEGURADO TITULAR y, en su caso, los Acompañantes inscritos, se encuentran asegurados sin cargo adicional, durante la vigencia de su Póliza-Voucher, por muerte accidental.

Sumas Aseguradas

La Póliza-Voucher está sujeta a un límite por persona estipulado en la Tabla de Beneficios inserta en el Sumario de esta Póliza-Voucher en caso de muerte accidental, debiendo tenerse en cuenta lo dispuesto por el Artículo 20º siguiente, en el sentido que el pago de este límite es en exceso de cualquier otro seguro obligatorio o no, que ampare el riesgo de muerte accidental y que haya sido contratado por el ASEGURADO TITULAR o por tercera persona con interés asegurable.

Beneficiarios

Salvo que el ASEGURADO TITULAR haya expresado por escrito Beneficiarios distintos, se considera como Beneficiario de las indemnizaciones, en caso de muerte accidental, a los herederos legales.

K. Cancelación del Viaje

PACIFICO SEGUROS reembolsará al ASEGURADO TITULAR, hasta el límite indicado en la Tabla de Beneficios inserta en el Sumario de esta Póliza-Voucher, los gastos no reembolsables de hospedaje en el hotel y/o de los cargos por cancelación del pasaje en la compañía de transporte público autorizado, en caso de que el ASEGURADO TITULAR se vea impedido de iniciar el viaje debido a un accidente, una enfermedad de carácter súbito o fallecimiento, ya sea del ASEGURADO TITULAR y/o de sus Acompañantes inscritos, miembro de su familia o miembro de la familia de sus Acompañantes, siempre y cuando el ASEGURADO TITULAR haya reservado y pagado estos gastos antes que ocurriera tal accidente, enfermedad de carácter súbito o fallecimiento.

PACIFICO SEGUROS se reserva el derecho de realizar pericia médica comprobatoria.

En caso de Cancelación del Viaje, PACIFICO SEGUROS deberá ser notificado en un plazo máximo de 24 (veinticuatro) horas desde la ocurrencia del

accidente, enfermedad de carácter súbito o fallecimiento. Vencido este plazo, PACIFICO SEGUROS no se responsabilizará por multas adicionales, cualquiera sea su naturaleza.

PACIFICO SEGUROS no será responsable por ninguna multa o penalidad adicional incurrida que no hubiese sido impuesta si el ASEGURADO TITULAR hubiera notificado a PACIFICO SEGUROS tan pronto como debió hacerlo.

Dicha ocurrencia debe originarse en territorio nacional, antes del inicio de la vigencia de la presente Póliza-Voucher.

L. Interrupción del Viaje

El reembolso de los gastos de servicios de viaje no utilizados y no-reembolsables pagados anticipadamente al hotel y/o del pasaje de la compañía de transporte público autorizado no utilizado, menos el valor del crédito aplicado por el pasaje de regreso no utilizado, a fin de volver al Perú o reanudar los contratos de viaje, en caso que el ASEGURADO TITULAR y/o sus Acompañantes inscritos durante el viaje queden imposibilitados de concluirlo debido a accidente, enfermedad de carácter súbito o fallecimiento del propio ASEGURADO TITULAR, sus Acompañantes inscritos, miembro de su familia o miembro de la familia de los Acompañantes inscritos.

En el caso que el ASEGURADO TITULAR, y sus Acompañantes inscritos, deban regresar en forma anticipada y no fuese posible utilizar el medio de transporte público autorizado originalmente previsto, sin perjuicio de que no se efectúe la detracción del gasto correspondiente al valor del pasaje original al momento de la determinación del reembolso, a la que alude el primer párrafo; PACIFICO SEGUROS comprará un pasaje aéreo en clase económica, u otra distinta a su libre decisión, para el regreso del ASEGURADO TITULAR y/o sus Acompañantes inscritos a su país de origen o de domicilio, en caso de que los mismos queden inhabilitados de continuar el viaje, conforme a lo dispuesto en este inciso.

En caso de Interrupción de Viaje, PACIFICO SEGUROS deberá ser notificado en un plazo máximo de 24 (veinticuatro) horas desde la ocurrencia del accidente, enfermedad de carácter súbito o fallecimiento. Vencido este plazo, PACIFICO SEGUROS no se responsabilizará por multas o penalidades adicionales, cualquiera sea su naturaleza.

M. Retorno de Menores

La compra de un pasaje aéreo, clase económica, de ida y vuelta para que una persona adulta, designada por la familia del ASEGURADO TITULAR, pueda acompañar al(a los) menor(es) de regreso al domicilio, desde que haya sido previamente solicitado a PACIFICO RESPONDE y autorizado por PACIFICO SEGUROS.

Esta cobertura se aplica solamente cuando el ASEGURADO TITULAR esté acompañado de menor(es) de hasta 15 años de edad y debido a ACCIDENTE,

enfermedad de carácter súbito o fallecimiento del ASEGURADO TITULAR y dicho(s) menor(es) se quede(n) desacompañado(s).

N. Retraso del Viaje

El pago por los gastos de hospedaje y alimentación en que se incurra por atraso de vuelo, y a menos que sea posible la realización del viaje en clase distinta, según decida PACÍFICO SEGUROS; hasta el límite indicado en la Tabla de Beneficios inserta en el Sumario de esta Póliza-Voucher, siempre que el vuelo sufra un atraso de 8 (ocho) horas o más, debido a:

1. Retraso del transporte público autorizado causado por condición climática severa que atrase la llegada o partida programada del medio de transporte;
2. Retraso por huelga u otro conflicto laboral de los empleados de la compañía de transporte público autorizado programado para ser utilizado por el ASEGURADO TITULAR durante su viaje;
3. Retraso causado por rotura repentina o imprevisible del equipo del transporte público autorizado que causó el retraso o la interrupción de viajes normales del transporte público autorizado;

Además se encuentran cubiertos los gastos de hospedaje y alimentación causados por la pérdida de conexión o interrupción de los viajes normales derivados de los eventos descritos anteriormente, siempre y cuando el atraso sea igual o superior a 8 (ocho) horas.

Limitaciones al Beneficio:

- **La indemnización 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.**
- **Esta cobertura se refiere exclusivamente a vuelos regulares de compañías aéreas, no incluyendo por tanto los vuelos alquilados o “charter”.**
- **Los beneficios están sujetos al límite máximo indicado en la Tabla de Beneficios inserta en el Sumario de esta Póliza-Voucher, pagadero a razón de un quinto de dicho máximo por cada 24 horas que el VIAJE del ASEGURADO TITULAR se atrase, hasta un máximo de 5 (cinco) días.**

El presente beneficio no se otorga cuando el retraso o sus causas sean divulgados públicamente con anticipación o sean de conocimiento del ASEGURADO TITULAR con anterioridad a la fecha del requerimiento para la emisión de la presente Póliza-Voucher.

O. Fianzas y Honorarios Legales

Coordinación del otorgamiento de una fianza o caución o de un adelanto en efectivo utilizando las tarjetas de crédito del ASEGURADO TITULAR u otros recursos disponibles del mismo, para garantizar el pago de servicios legales a él prestados.

El reembolso de los gastos derivado del otorgamiento de una fianza o póliza de caución, debido a orden de prisión o detención indebida por parte de cualquier

gobierno o poder extranjero, hasta el monto establecido en la Tabla de Beneficios inserta en el Sumario de esta Póliza-Voucher.

P. Asistencia Jurídica

Coordinación para que el ASEGURADO TITULAR pueda contactarse con abogados, embajadas y consulados locales.

El reembolso de los gastos por concepto de honorarios de abogado, en caso de que el ASEGURADO sufra cualquier tipo de ocurrencia en el que sea necesaria asistencia jurídica, hasta el límite indicado en la Tabla de Beneficios inserta en el Sumario de esta Póliza-Voucher.

Q. Asistencia en caso de Pérdida o Robo de Documentos

Información al ASEGURADO TITULAR sobre cómo reemplazar documentos de viaje y pasaporte perdidos o robados. Los gastos incurridos en la restitución de éstos serán de exclusivo costo del ASEGURADO TITULAR.

SERVICIOS ADICIONALES

Artículo 5º

A) Servicios de Asistencia

El servicio de "emergencia durante las 24 horas alrededor del mundo" se presta en conjunto con las otras coberturas estipuladas en el artículo anterior.

B) Servicio de Viaje de Emergencia

1. Arreglos para la restitución de pasajes de viaje robados o perdidos.
2. Información al ASEGURADO TITULAR sobre cómo resolver problemas generales de emergencia que ocurran durante el VIAJE.
3. Suministro de información telefónica inmediata al ASEGURADO TITULAR que haya perdido su equipaje, o que dicho equipaje se encuentre demorado por un transporte público autorizado.
4. Contacto con los transportadores para rastrear el equipaje perdido o demorado en un transporte público autorizado.

Los servicios de emergencia legal serán prestados por PACIFICO SEGUROS sólo cuando éstos sean efectivamente solicitados por el ASEGURADO TITULAR, en forma telefónica Vía Operadora por cobro revertido a la central de asistencia y se encuentren sujetos a los términos, límites y alcances de la presente Póliza-Voucher.

RIESGOS NO CUBIERTOS

Artículo 6º

A. La presente Póliza-Voucher no cubre ni el reembolso ni el pago de gastos y prestaciones que directa o indirectamente se refiera a:

1. Servicios o tratamientos, incluyendo cualquier período de internación hospitalaria que no hayan sido recomendados, aprobados y certificados por el médico.
2. Exámenes físicos de rutina u otros exámenes donde no haya evidencias objetivas de deterioro en la salud.

3. Cirugía reparadora, plástica o que no fuera absolutamente esencial y necesaria, excepto como resultado de un accidente.
4. Tratamientos estéticos, gastos en compras de prótesis (se excluyen los gastos en arreglos o reemplazos de prótesis odontológicas que sean producto de traumatismo, que sí estarán en cobertura)
5. Enfermedades y condiciones congénitas así como sus manifestaciones, complicaciones y consecuencias.
6. Gastos incurridos con relación a patología de los pies, excepto los accidentales.
7. Tabique desviado, incluyendo resección submucosa y/o cualquier corrección quirúrgica de los mismos, salvo que sea por causa de accidente.
8. Trasplante de órganos.
9. Cuidados de niños sanos, incluyendo exámenes e inmunizaciones.
10. Gastos médicos correspondientes a la prestación de servicios médicos en el Perú.
11. Anteojos, lentes de contacto, audífonos y exámenes para la prescripción o ajuste de los mismos, a menos que la lesión o la enfermedad haya causado el deterioro de la visión o la audición.
12. Tratamiento proporcionado por un hospital del estado o prestador de servicios que no signifique un costo para el ASEGURADO TITULAR, vale decir, cuyas prestaciones son gratuitas.
13. Trastornos mentales, nerviosos o emocionales o curas de sueño.
14. Gastos médicos cubiertos por una Póliza de Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo.

B. Asimismo, para el caso de Pérdida de Equipaje, esta Póliza-Voucher no otorga ningún beneficio:

1. Si el equipaje es confiscado o retenido por parte de la Aduana u otra autoridad gubernamental.
2. Si el ASEGURADO TITULAR es miembro u operador de la tripulación en el medio de transporte público autorizado que dio origen al suceso.
3. Si 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.
4. Si el ASEGURADO TITULAR no ha tomado las medidas de seguridad necesarias para prevenir el equipaje perdido, tales como pero no limitado a, maletas o maletines cerrados con llave y candado, debidamente identificadas con nombre, dirección y teléfono del ASEGURADO TITULAR y cuidándolas en forma permanente hasta que no se entreguen a la línea o empresa de transporte.
5. No se brindarán beneficios por la pérdida de equipaje cuando se trate de:
 - Animales, aves o peces
 - Automóviles o equipos de automóvil
 - Embarcaciones, tráileres o casas rodantes, motos u otro medio de transporte o sus accesorios, (excepto bicicletas cuando se las registre como equipaje en transporte aéreo)
 - Muebles y adornos para el hogar

- Anteosjos o lentes de contacto
 - Dientes postizos o puentes dentales
 - Audífonos
 - Prótesis externas
 - Instrumentos musicales
 - Joyas, dinero, títulos, acciones o documentos de características similares
 - **Pasajes o documentos**
 - Artículos perecederos o consumibles
 - Ruptura de artículos frágiles, cámaras, instrumentos musicales, bienes similares
6. No se brindarán beneficios por la pérdida de equipaje cuando los daños materia de reclamo sean causados por:
- Uso o desgaste natural o deterioro gradual
 - Insectos o plagas
 - Vicio o daño inherente
 - Confiscación o expropiación por orden de cualquier gobierno o autoridad pública
 - Detención o destrucción por cuarentena o por normas aduaneras
 - Contaminación radioactiva
 - Usurpación del poder o acción tomada por la autoridad gubernamental para impedir, combatir o defenderse contra tal usurpación
 - Contrabando o comercio ilícito
 - Hurto

C. Por otro lado, se encuentran excluidos de los efectos de la presente Póliza-Voucher, todos los eventos que tengan su origen en:

1. Enfermedades crónicas, según se definen en esta Póliza-Voucher, salvo declaración previa a la celebración de la misma.
2. Condiciones preexistentes, según se definen en esta Póliza-Voucher, salvo declaración previa a la celebración de la misma.
3. Accidentes que se produzcan en la práctica no profesional de deportes y actividades de riesgo, tales como, y sin que la relación tenga carácter taxativo sino sólo enunciativo: carreras de automóviles, motocicletas, motonetas, incluyendo las de agua, así como carreras de bicicletas y bicicleta o caminata de montaña o práctica del ciclismo, concursos o prácticas hípicas, equitación, fútbol, béisbol, básquetbol, rodeo, rugby, boxeo, esquí acuático, tabla hawaiana, paracaidismo, ala delta, puenting, caza de fieras, andinismo, pesca submarina, deportes a caballo y artes marciales.
4. Participación en cualquier equipo deportivo profesional o semiprofesional o cualquier otro deporte de contacto personal.
5. Suicidio, intento de suicidio o lesión intencionalmente infringida por el ASEGURADO TITULAR a sí mismo;

6. Enfermedades de transmisión sexual, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), Síndrome del Complejo Relativo al SIDA (SCRS) o la infección del Virus del Papiloma Humano;
7. Embarazo, complicaciones y consecuencias, incluyendo amenaza de aborto y aborto, asimismo diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, control de natalidad, incluyendo intervenciones quirúrgicas y dispositivos para tal fin;
8. Las ocurrencias y consecuencias derivadas del uso de drogas ilícitas, alcohol u otras sustancias tóxicas;
9. Las consecuencias de participación en riñas (excepto a causa de defensa personal), duelos, actos delictivos, motín, conmoción civil o desorden popular;
10. Las consecuencias de guerras civiles nacionales o extranjeras, motines, movimientos populares, represalias, restricciones a la libre circulación, huelga, 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 PACIFICO SEGUROS;
11. Las consecuencias de la utilización de instrumentos de guerra y/o armas de fuego por el ASEGURADO TITULAR;
12. Prestación de servicios en las fuerzas armadas o unidades auxiliares de las mismas, salvo aceptación expresa por parte de PACIFICO SEGUROS;
13. Secuestro e intento de secuestro realizado en contra del ASEGURADO TITULAR;
14. 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 del presente artículo, 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 este artículo configuren un delito de cuya comisión estén conociendo los Tribunales de Justicia, la compañía no estará obligada a pagar ninguna indemnización por reclamo, mientras no exista un sobreseimiento judicial basado en que no concurren los hechos constitutivos del delito, en que éstos no son constitutivos de delito o en que no se encuentra completamente justificada la perpetración del mismo delito;
15. La operación o aprendizaje para operar cualquier aeronave o el desempeño de actividades como miembro de la tripulación de las mismas;

16. Reclamos que surjan por depresión, ansiedad, trastorno mental o nervioso o curas de sueño;

D. PACIFICO SEGUROS se exime de toda responsabilidad por accidente o enfermedad o por cualquier otra afectación que tenga su origen en casos fortuitos o de fuerza mayor, incluidos catástrofes, sismos, inundaciones, tempestades, guerra internacional o guerra civil declaradas o no, rebeliones, conmoción interior, actos de guerrillas o movimientos populares, lock-out, actos de sabotaje o terrorismo.

PAGO DE BENEFICIOS

Artículo 7°

El Pago de beneficios se realizará en un máximo de 30 (treinta) días contados desde que PACÍFICO SEGUROS toma conocimiento del reclamo y se completa la presentación de la documentación sustentatoria definida en la Póliza-Voucher.

En caso exista mora en el pago de las primas y ocurra un siniestro, PACIFICO SEGUROS queda automáticamente liberada de toda responsabilidad emanada de esta Póliza-Voucher, conforme a lo dispuesto en el Artículo 13° de la presente Póliza-Vocher.

Como regla general, los beneficios cubiertos bajo la presente Póliza-Voucher, serán pagados directamente a la clínica y/o médico de la red de proveedores afiliados a PACIFICO SEGUROS que haya prestado, la atención hospitalaria o ambulatoria correspondiente.

Por excepción, y sólo en los casos indicados en el inciso B del presente artículo, PACIFICO SEGUROS reembolsará al ASEGURADO TITULAR los gastos cubiertos que haya decidido pagar directamente.

En ambos casos, la liquidación de gastos y pago de beneficios se efectuará de la forma y modo establecido en la Tabla de Beneficios inserta en el Sumario de esta Póliza-Voucher, previa aplicación y pago por el ASEGURADO a la clínica y/o médico de los deducibles correspondientes así como de los importes por gastos no cubiertos.

A. ATENCIÓN BAJO SISTEMA DE CRÉDITO

PACIFICO SEGUROS, y, en su caso, con intervención de su operador internacional, previa certificación del ASEGURADO TITULAR y/o sus Acompañantes inscritos y de la emisión de la carta de garantía correspondiente, reconocerá los gastos cubiertos en casos de hospitalización o atención ambulatoria en el extranjero.

En los casos de hospitalización no se cubrirán los gastos de los Acompañantes (salvo por lo dispuesto en el inciso F del Artículo 4°), teléfono (salvo por lo dispuesto en el inciso H del Artículo 4°) alquiler de artefactos u otros gastos que no tengan relación con el tratamiento médico.

Si durante los 30 (treinta) días posteriores a una hospitalización se efectuaran gastos ambulatorios relacionados con la misma enfermedad súbita o accidente, estos serán cubiertos como gastos hospitalarios, correspondientes al mismo reclamo.

Todo exceso del monto coberturado será pagado directamente por el ASEGURADO al proveedor de los servicios de hospitalización o atención ambulatoria, según corresponda.

B. ATENCIÓN BAJO SISTEMA DE REEMBOLSO

Sólo en los casos de accidente, enfermedad súbita aguda o en la eventualidad de requerirse atención y la clínica o médico inmediato no estuviere afiliado a la red de proveedores de PACIFICO SEGUROS, el ASEGURADO TITULAR y/o sus Acompañantes inscritos podrán recurrir a dichos centros y profesionales, dando aviso a PACIFICO SEGUROS, o, en su caso, a su operador internacional, dentro de las 48 (cuarenta y ocho) horas de iniciado el tratamiento, si éste es ambulatorio, o dentro de las 48 (cuarenta y ocho) horas siguientes a la admisión, aunque el ASEGURADO haya sido dado luego de alta, si éste es hospitalario.

En los casos de hospitalización no se cubrirán los gastos de los Acompañantes (salvo por lo dispuesto en el inciso F del Artículo 4°), teléfono (salvo por lo dispuesto en el inciso H del Artículo 4°) alquiler de artefactos u otros gastos que no tengan relación con el tratamiento médico.

En este caso, el ASEGURADO TITULAR después de pagar directamente sus servicios y honorarios, deberá presentar a PACIFICO SEGUROS, dentro de los 30 (treinta) días siguientes, la Solicitud de Beneficios, adjuntando toda la documentación requerida a tal efecto.

TARIFA PARA PAGOS POR ATENCIÓN BAJO EL SISTEMA DE REEMBOLSO

Artículo 8°

Los reembolsos por atención hospitalaria o ambulatoria en clínicas y/o médicos no afiliados, que el ASEGURADO TITULAR haya pagado directamente en el extranjero, serán efectuados con base al 'Tarifario Pacífico', que el ASEGURADO TITULAR tiene a su disposición y consulta llamando a PACÍFICO RESPONDE, y a lo indicado en la Tabla de Beneficios inserta en el Sumario de esta Póliza-Voucher.

Dichos reembolsos pueden no reconocer la totalidad de lo efectivamente gastado por el ASEGURADO TITULAR.

USO OBLIGATORIO DE LA RED DE CLÍNICAS Y MÉDICOS AFILIADOS

Artículo 9°

En el caso que el ASEGURADO TITULAR y/o sus Acompañantes inscritos, requieran atención ambulatoria u hospitalaria en el extranjero, deberán usar una clínica y/o médico que pertenezca a la red de proveedores de PACIFICO SEGUROS.

El ASEGURADO TITULAR está en la obligación de consultar a PACIFICO SEGUROS o, en su caso, a su operador internacional, si el médico con quien se va a tratar o la

clínica donde va a ser internado son afiliados a la red de proveedores, antes del tratamiento o de la admisión misma.

De no seguir los trámites antes citados los gastos del ASEGURADO en cuestión serán reconocidos de conformidad con lo dispuesto en los dos artículos precedentes, salvo en los casos señalados en el inciso B del Artículo 7° de esta Póliza-Voucher.

CONDICIONES LEGALES

BASES DEL CONTRATO

Artículo 10°

La presente Póliza-Voucher se emite de acuerdo con las Condiciones Generales, Particulares y Especiales que se indican, teniendo como base la Póliza-Voucher y las declaraciones contenidas en ella, de tal forma que cualquier omisión, inexactitud, ocultación o falsedad en la información proporcionada dará lugar a la nulidad de la Póliza-Voucher, quedando PACIFICO SEGUROS relevada de cualquier pago o indemnización y con derecho a retener el 25% de la prima total del producto más los gastos en los que se haya podido incurrir en la atención de siniestros.

EL ASEGURADO facilitará a PACIFICO SEGUROS el acceso a la información complementaria que pudiera ser necesaria para los efectos de, en su caso, verificar la autenticidad y veracidad de las declaraciones realizadas.

DECLARACIONES

Artículo 11°

La Póliza-Voucher firmado por el Solicitante, cuya fecha de expedición para que sea válida necesariamente deberá ser previa a la realización del viaje, es el único documento válido para fijar los derechos y obligaciones de las partes.

PACIFICO SEGUROS no es responsable por declaraciones efectuadas en otra forma.

El Corredor de Seguros, en su caso, representa al ASEGURADO. La carta de nombramiento que el ASEGURADO o Contratante extiende a un corredor de seguros, faculta a éste para realizar actos administrativos de representación, más no de disposición.

AVISOS Y COMUNICACIONES

Artículo 12°

Los avisos y las comunicaciones que con relación a la presente Póliza-Voucher intercambien las partes contratantes, deberán ser formulados por escrito.

PAGO DE PRIMAS

Artículo 13°

El plazo para el pago del íntegro de la prima o de la cuota inicial, en su caso, debe realizarse dentro de los primeros 30 días calendario de la vigencia de la póliza.

El pago de la prima surtirá efecto cancelatorio a partir del día y hora en que LA COMPAÑÍA o la entidad financiera autorizada reciba su importe, cancelando el recibo o el documento de financiamiento o cargando su importe en la cuenta o tarjeta de crédito en el Banco autorizado al efecto por EL CONTRATANTE o ASEGURADO.

Carece de validez el recibo que no se encuentre debidamente sellado y firmado por el representante de LA COMPAÑÍA o por la entidad financiera autorizada.

Para todo lo no estipulado en esta cláusula y en las siguientes referidas al pago de la prima será de aplicación la Resolución SBS N° 225-2006 Reglamento de Pago de Primas, o la norma que la sustituya.

CONDICIONES DE PAGO

Artículo 14°

La prima se paga al contado o se fracciona en cuotas, conforme al acuerdo que adopten las partes.

Si se conviene el pago fraccionado de la prima, LA COMPAÑÍA tendrá derecho a percibir los intereses pactados o, en su defecto, el interés legal.

Queda expresamente convenido que la aceptación por EL ASEGURADO o CONTRATANTE de letras de cambio representativas de las cuotas convenidas para el pago fraccionado de la prima, no constituirán novación de la obligación original. Los cheques y otras órdenes de pago surtirán efecto cancelatorio desde el día en que fueran efectivamente pagados.

SUSPENSION AUTOMATICA POR MORA EN EL PAGO

Artículo 15°

EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO incurre en mora si no paga el íntegro de la prima o una de las cuotas acordadas en el plazo establecido, salvo que se haya acordado un plazo adicional para el pago.

En caso que EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO hubiere aceptado letras de cambio, pagarés o cualquier otro título valor representativo de la prima total o de las cuotas acordadas, la mora se produce desde la fecha de vencimiento del título.

En caso de mora la cobertura se suspende inmediatamente de conformidad con lo establecido en el artículo 7 de la Resolución SBS N°225-2006 Reglamento de Pago de Primas. La cobertura vuelve a tener efecto al momento en que EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO pague la prima adeudada por el periodo en que aquella se mantuvo en suspenso. LA COMPAÑÍA no será responsable por los siniestros ocurridos durante el periodo en que la cobertura se mantuvo suspendida.

RESOLUCION DEL CONTRATO DE SEGURO POR MORA EN EL PAGO

Artículo 16°

LA COMPAÑÍA podrá optar por la resolución del contrato de seguro en caso la cobertura se encuentre en suspenso por el incumplimiento en el pago del integro de la prima o de alguna cuota. El contrato se considerará resuelto a partir del día en que EL CONTRATANTE y/o ASEGURADO reciba una comunicación escrita informándole de la resolución.

TERRITORIO

Artículo 17°

La Póliza-Voucher no será válida a ningún efecto, en el país de residencia habitual del ASEGURADO TITULAR, además, la Póliza-Voucher no será válida para la prestación de servicios dentro del país en que sea emitida, como tampoco podrá ser emitida una Póliza-Voucher a una persona que ya se encuentre en el país para el cual la requiera. PACIFICO SEGUROS se reserva el derecho de investigar la veracidad de la declaración del ASEGURADO TITULAR en este sentido.

PACIFICO SEGUROS tendrá derecho a exigir del ASEGURADO TITULAR de la Póliza-Voucher el reembolso inmediato de todos los gastos indebidamente efectuados en caso de haberse prestado algún servicio que no se hubiese contratado, o que se hubiera prestado en forma diferente de haberse comprobado previamente las condiciones y circunstancias en el que se iba a prestar.

VIGENCIA DEL RIESGO INDIVIDUAL

Artículo 18°

Salvo por lo dispuesto en el artículo anterior, el inicio de la vigencia de la Póliza-Voucher será a partir del paso del ASEGURADO TITULAR por migraciones, en el lugar de embarque.

Específicamente en el caso del beneficio de cancelación del viaje, el inicio será en la fecha de emisión de la Póliza-Voucher, siendo su término el mismo establecido para los demás beneficios.

Asimismo, la cobertura termina en cualquiera de las siguientes fechas, pero siempre la que ocurra primero:

- C. En la fecha de llegada aún si esta es anterior a la que estaba originalmente prevista y en el momento del paso por migraciones.
- D. Vencido el último día por viaje establecido en la Póliza-Voucher.
- E. En caso de anulación de la Póliza-Voucher a solicitud del ASEGURADO TITULAR, que origina la devolución del importe pagado por el mismo y se sustente por una de las siguientes causas: 1. por negación del visado, 2. por suspensión de seminarios, exposiciones, foros, conferencias, charlas, cursos u otros similares que el

ASEGURADO TITULAR formara parte como representante y/o invitado, 3. por enfermedad o fallecimiento del ASEGURADO TITULAR y/o Acompañante o familiar directo del ASEGURADO TITULAR y/o del Acompañante; cuya prima haya sido pagada íntegramente, hasta el fin de su vigencia. Toda anulación de la Póliza-Voucher deberá ser solicitada a PACIFICO RESPONDE antes de la entrada en vigencia de la Póliza-Voucher. Después de este plazo, no podrá reintegrarse el importe abonado por la misma. Las solicitudes para la anulación de las Pólizas-Vouchers serán procesadas con un cargo por gastos administrativos.

DESLINDE DE RESPONSABILIDAD

Artículo 19°

En todos los casos el médico o cualquier abogado sugerido o coordinado por PACIFICO SEGUROS actuará, de acuerdo a su capacidad médica o jurídica, sólo en nombre y por cuenta exclusiva del ASEGURADO TITULAR; PACIFICO SEGUROS no asume responsabilidad alguna por el asesoramiento o por el servicio prestado por tal médico o abogado. El ASEGURADO TITULAR no tendrá acción ni podrá reclamar contra PACIFICO SEGUROS con motivo de la sugerencia o coordinación de un médico o abogado o debido a cualquier consecuencia legal o de otra índole que resulte de la misma. El ASEGURADO TITULAR será responsable por el costo de los servicios coordinados por PACIFICO SEGUROS que no tengan protección de acuerdo a esta Póliza-Voucher; en el caso que PACIFICO SEGUROS pague servicios no protegidos por esta Póliza-Voucher, se reserva el derecho de repetir esos importes del ASEGURADO TITULAR, quien se obliga a devolver el mismo dentro de las 72 (setenta y dos) horas de requerido el pago.

OTROS SEGUROS

Artículo 20°

La protección que otorga esta Póliza-Voucher es por la diferencia no cubierta por cualquier otro seguro, obligatorio o no, que haya sido contratado por el ASEGURADO TITULAR o por tercera persona con interés asegurable.

SUBROGACIÓN

Artículo 21°

Hasta la concurrencia de las sumas desembolsadas en cumplimiento de las obligaciones emanadas de la presente Póliza-Voucher, PACIFICO SEGUROS quedará automáticamente subrogada en los derechos y acciones que puedan corresponder al ASEGURADO TITULAR o a sus herederos contra terceras personas naturales o jurídicas en virtud del evento ocasionante de la asistencia prestada.

Además, si violara el derecho de subrogación, y a excepción de los seguros obligatorios, el ASEGURADO TITULAR de la Póliza-Voucher se compromete a abonar en el acto a PACIFICO SEGUROS todo importe que haya recibido de parte del causante del accidente y/o de su(s) compañía(s) de seguro(s) en concepto de adelanto(s) a cuenta de la liquidación de la indemnización final a la cual el ASEGURADO TITULAR tiene derecho.

Sin que la enunciación deba entenderse limitativa, quedan expresamente comprendidos en la subrogación los derechos y acciones susceptibles de ser ejercitados frente a las siguientes personas:

- A. Terceros responsables de un accidente de tránsito.
- B. Empresa de transporte, en lo atinente a la restitución- total o parcial- de la pérdida de equipaje por transporte público, del precio de pasajes no utilizados, cuando PACIFICO SEGUROS haya tomado a su cargo el traslado del ASEGURADO TITULAR o de sus restos.

En consecuencia el ASEGURADO TITULAR cede irrevocablemente a favor de PACÍFICO SEGUROS los derechos y acciones comprendidos en el presente artículo, obligándose a llevar a cabo la totalidad de los actos jurídicos que a tal efecto resulten necesarios y a prestar toda la colaboración que le sea requerida con motivo de la subrogación acordada.

De negarse a prestar colaboración o a subrogar tales derechos a PACÍFICO SEGUROS esta última quedará automáticamente liberada a abonar los gastos de asistencia originados y en su caso tendrá derecho a repetir lo pagado al ASEGURADO TITULAR.

Las partes aclaran que los derechos y acciones que EL ASEGURADO cede a PACIFICO SEGUROS son aquellos correspondientes a las indemnizaciones pagadas por ésta y hasta el límite de las mismas, reservándose el ASEGURADO las acciones correspondientes a lo no cubierto por la presente Póliza-Voucher.

POSTERGACIÓN DE LA INICIACIÓN DE LA PÓLIZA

Artículo 22°

Ninguna protección bajo esta Póliza-Voucher tendrá vigencia si el ASEGURADO TITULAR a la iniciación de la Póliza-Voucher, se encuentra en internamiento hospitalario o incapacitado, es decir, imposibilitado para cumplir las tareas habituales de una persona de su misma edad y sexo. La protección entrará en vigencia 7 (siete) días después que dicha internación hospitalaria o incapacidad termine, sujeto a la exclusión de condición médica preexistente.

PRESCRIPCIÓN LIBERATORIA

Artículo 23°

Las acciones derivadas de la presente Póliza-Voucher, prescriben en el plazo que señala la Legislación Peruana. PACIFICO SEGUROS quedará libre de la obligación de pagar los gastos ocasionados por el reclamo, a menos que esté en tramitación un arbitraje o una acción judicial relacionada con la reclamación.

DECLARACIÓN FALSA Y/O RETICENTE

Artículo 24°

Esta Póliza-Voucher será nula y el ASEGURADO carecerá de todo derecho a indemnización bajo la misma, si realizara cualquier declaración falsa o inexacta, omisión de información, reticencia o disimulación de circunstancias, que hecha a PACIFICO SEGUROS, en cualquier tiempo y aún cuando haya sido efectuada de buena fe, de haber sido conocida por PACIFICO SEGUROS, pudiera haberla llevado a modificar sus condiciones, a formarse un concepto diferente de la gravedad del riesgo, retraído de

celebrar esta Póliza-Voucher o inclusive a anularlo. En estos casos, el 25% de la prima total del producto más los gastos en los que se haya podido incurrir en la atención de siniestros quedarán a favor de PACIFICO SEGUROS por concepto de penalidad.

RECLAMACIÓN FRAUDULENDA

Artículo 25°

PACIFICO SEGUROS quedará relevada de toda responsabilidad y el ASEGURADO perderá todo derecho de indemnización y se procederá a la resolución automática de la Póliza-Voucher:

- A. Si el ASEGURADO y/o sus Beneficiarios o terceras personas que obren por cuenta de ellos presentan una reclamación fraudulenta o engañosa, o apoyada en declaraciones o documentos falsos o adulterados.
- B. Si en cualquier tiempo el ASEGURADO o terceras personas que obren por cuenta de éste o con su conocimiento, empleen medios o documentos falsos o adulterados para sustentar una reclamación o para derivar beneficios de la cobertura otorgada por la presente Póliza-Voucher.

PREDOMINIO DE CONDICIONES Y/O CLÁUSULAS

Artículo 26°

En caso de producirse discrepancia entre diversas condiciones o cláusulas que forman parte de la Póliza-Voucher, en orden descendente de jerarquía, las Especiales prevalecen sobre las Particulares, las Particulares sobre las Generales, y las primeras sobre las últimas.

DEFENSORÍA DEL ASEGURADO

Artículo 27°

La presente Cláusula establece el derecho del "ASEGURADO" y/o usuario de los servicios de seguros, de acudir a la Defensoría del Asegurado para procurar resolver las controversias que surjan entre el "ASEGURADO" y "LA COMPAÑÍA", en la atención de los siniestros, de acuerdo a los términos y condiciones del Reglamento de la Defensoría del Asegurado.

El "ASEGURADO" podrá hacer uso de ella en caso que no se encuentre conforme con la decisión de "LA COMPAÑÍA" en la atención de un siniestro.

Condiciones específicas:

- a) La Defensoría del Asegurado está orientada a la protección de derechos de los asegurados o usuarios de los servicios de seguro, procurando la solución de reclamos por siniestros que los asegurados sometan para su pronunciamiento.
- b) El procedimiento es voluntario y gratuito para el "ASEGURADO" y/o usuario.
- c) Procede sólo para atender reclamos por siniestros formulados por asegurados que sean personas naturales o jurídicas, que no excedan de US\$ 50,000.00 (Cincuenta Mil y 00/100 Dólares Americanos) de indemnización y siempre que se haya agotado la vía interna de "LA COMPAÑÍA".

- d) El reclamo se debe presentar por escrito a la Defensoría del Asegurado dentro de 60 días calendarios computados a partir de la fecha en que es denegado por “LA COMPAÑÍA”.
- e) La Defensoría del Asegurado resolverá en un plazo de 30 días hábiles después de completado el expediente. La resolución no obliga al “ASEGURADO” ni limita su derecho a recurrir posteriormente a las instancias administrativas, arbitrales, judiciales o del Ministerio Público.
- f) Cualquiera de las partes podrá interponer un recurso de revisión ante el mismo órgano y dentro del plazo de 5 días hábiles de su notificación, debiendo indicar el motivo, vicio o error en que sustenta el recurso, no pudiendo formularse un pedido de revisión general. La Defensoría del Asegurado resuelve dentro del plazo de 10 días hábiles.
- g) En caso se interponga un recurso de revisión, el plazo a que se hace referencia en el inciso anterior se computará desde la notificación de la resolución que da por absuelto el pedido.

ARBITRAJE Y FUERO DEL DOMICILIO

Artículo 28°

Toda discrepancia entre PACIFICO SEGUROS y el ASEGURADO y/o los Beneficiarios de esta Póliza-Voucher, que surgiera como consecuencia de la interpretación de los términos de la misma, de la responsabilidad u obligación de PACIFICO SEGUROS, o por cualquier otra causa, será resuelta por medio de un arbitraje de derecho de conformidad con las disposiciones legales vigentes, el mismo que tendrá como sede la ciudad de Lima. La resolución que expida el Tribunal Arbitral será final y obligatoria y en consecuencia, las partes renuncian expresamente a la interposición de los recursos de apelación y nulidad, salvo cuando el laudo transgreda alguna de las causales señaladas en el artículo 56° de la Ley General de Arbitraje.

GASTOS Y TRIBUTOS

Artículo 29°

Todos los gastos y tributos presentes y futuros que graven esta Póliza-Voucher, sus primas, sumas aseguradas o indemnizaciones por reclamos, serán de cargo del ASEGURADO TITULAR, salvo indicación contraria de la ley.

TÉRMINOS Y DEFINICIONES

Artículo 30°

Queda convenido entre las partes que el significado de las palabras más adelante indicadas es el siguiente:

ACCIDENTE:

Se entiende por accidente, toda lesión corporal producida por acción imprevista, fortuita y/o ocasional, de una fuerza externa que obra súbitamente sobre la persona del ASEGURADO TITULAR, independientemente de su voluntad y que pueda ser determinada por los médicos de manera cierta.

Se incluyen en el concepto de accidente las lesiones derivadas de:

- A. Acción de la temperatura del ambiente o influencia atmosférica cuando a ellas el ASEGURADO esté sujeto como consecuencia del accidente cubierto;
- B. Escape accidental de gases y vapores y las consecuencias de los mismos;
- C. Alteraciones anatómicas o funcionales de la columna vertebral, de origen traumático causadas exclusivamente por fracturas o luxaciones radiológicamente comprobadas.

No se incluyen en el concepto de accidente:

1. Las enfermedades (incluso las profesionales), cualesquiera que sean sus causas, aunque provocadas, desencadenadas o agravadas directa o indirectamente por accidente o por infecciones, estados septicémicos y embolias, resultantes de heridas visibles;
2. Las complicaciones que sean consecuencia de la realización de exámenes, tratamientos clínicos o quirúrgicos, cuando no han derivado de accidente cubierto.

ASEGURADO(S) TITULAR(ES):

Son las personas que figuran como tales en la Póliza-Voucher hasta el límite de edad estipulado y que tienen derecho a reclamar los beneficios contratados. En caso de muerte del ASEGURADO TITULAR o cualquier otro asegurado que figure como tal en la Póliza-Voucher, tendrán derecho a reclamar los beneficios incluidos en la Declaración de Beneficiarios y a falta de éstos, sus herederos legales.

ACOMPAÑANTE - COMPAÑERO DE VIAJE:

Significa hasta 4 (cuatro) personas debidamente individualizadas en la Póliza-Voucher, que tengan reserva tanto para iniciar el viaje como para finalizarlo en las mismas fechas y en compañía del ASEGURADO TITULAR.

CONTRATOS DE VIAJE:

Son los convenios celebrados por el ASEGURADO TITULAR con el objeto de realizar un viaje, tour o crucero al exterior (País Extranjero), organizado por un operador de tour, agente de viajes, línea de cruceros u otra organización debidamente especificada en el párrafo destinado a la descripción del viaje que contiene la Póliza-Voucher y que se encuentra protegido por la misma.

CONDICIÓN PREEXISTENTE:

Es toda condición de salud o enfermedad, signo, síntoma, síndrome o diagnóstico, examen de laboratorio o de imágenes, o procedimiento susceptible de ser identificado en los antecedentes médicos de "EL ASEGURADO", previos al inicio de la cobertura del seguro y posibles de ser correlacionados con el estado de salud para el cual se solicita cobertura.

DEDUCIBLE:

Se entiende por deducible la suma de dinero establecida en la Tabla de Beneficios inserta en el Sumario de esta Póliza-Voucher, que siempre será de cargo del ASEGURADO en caso de un reclamo. De tal modo que, cuando se haya utilizado algún beneficio con deducible, PACIFICO SEGUROS será responsable sólo de la cantidad que lo exceda.

DROGA LÍCITA:

Principio activo de un producto farmacológico reconocido formalmente por las Autoridades Sanitarias.

EMERGENCIA:

Situación de peligro o desastre que requiera una acción inmediata.

ENFERMEDAD CRÓNICA:

Trastorno orgánico - funcional que compromete la salud de la persona, de condición permanente, de aparición súbita o no, de multicausalidad o no, cuyo curso evolutivo puede ser sintomático o no, pudiendo llevar a una necesidad de medicación permanente.

ENFERMEDAD DE CARÁCTER SÚBITO:

Es el evento de carácter mórbido de causa no accidental que se manifieste y sea contraído durante el viaje asegurado y que requiera tratamiento terapéutico por parte de un médico y no corresponda a una condición preexistente.

EQUIPAJE:

Para los efectos de esta Póliza-Voucher, será considerado equipaje todo volumen acondicionado en compartimiento cerrado, despachado comprobadamente bajo responsabilidad de la compañía transportadora. No incluye en ningún caso el equipaje de mano.

ESTABLECIMIENTO HOSPITALARIO (U HOSPITAL):

Es un lugar que:

- A. Cuenta con habilitación vigente, si así fuese requerido por la ley;
- B. Está dedicado especialmente al cuidado y tratamiento de personas enfermas o lesionadas;
- C. Cuenta con un cuerpo de uno o más médicos disponibles en forma permanente;
- D. Presta servicios de enfermería las 24 (veinticuatro) horas del día y cuenta al menos con un profesional de enfermería matriculado, de guardia en forma permanente;
- E. Cuenta con instalaciones organizadas para diagnóstico y cirugía, ya sea en el mismo lugar o en otras instalaciones disponibles del hospital, previamente acordados; y
- F. 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.

FECHA DE SALIDA:

Es la fecha indicada por el ASEGURADO TITULAR para iniciar el viaje y que está en la respectiva Póliza-Voucher.

FECHA DE LLEGADA:

Es la fecha indicada por el ASEGURADO TITULAR para regreso de su viaje y que está especificada en la respectiva Póliza-Voucher.

HURTO:

Apropiación de una cosa ajena sin que medie violencia ni intimidación en las personas o cosas, y con un fin claro de ánimo de lucro.

INDEMNIZACIÓN:

Es el pago a cargo de PACIFICO SEGUROS por los daños, pérdidas y/o gastos a consecuencia de un siniestro, ocurrido de acuerdo con las presentes condiciones generales y las condiciones del plan contratado.

LESIÓN:

Es un daño corporal causado exclusivamente por accidente, ocurrido durante el viaje y durante la vigencia de la Póliza-Voucher.

MÉDICAMENTE NECESARIO:

Es la recomendación hecha por el médico cuando:

- A. Es consistente con los síntomas, diagnóstico y tratamiento derivado de la propia condición del ASEGURADO TITULAR;
- B. Es 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:

- A. El ASEGURADO TITULAR.
- B. Su cónyuge.
- C. Una persona que sea pariente del ASEGURADO TITULAR o de su cónyuge con los siguientes parentescos: hijo(a), padres, hermano(a), ni tampoco parientes consanguíneos o afines, definidos dentro de la presente Póliza-Voucher, aunque se encuentren habilitados para ejercer la práctica de la medicina.

En ninguno de estos casos será indemnizado el ASEGURADO TITULAR por el diagnóstico / tratamiento médico recibido.

MUERTE ACCIDENTAL

Es el fallecimiento de la persona a causa de una acción imprevista, fortuita y/o ocasional, de una fuerza externa que obra súbitamente sobre la persona del ASEGURADO TITULAR, independientemente de su voluntad y que pueda ser determinada por los médicos de manera cierta.

MIEMBRO DE LA FAMILIA:

Miembro familiar directo significa el cónyuge del ASEGURADO TITULAR, sus hijos legítimos o naturales, hijastros, sus padres legítimos, naturales o adoptivos, padrastro o madrastra, suegros(as), hermanos, hermanastros, cuñados, yernos, abuelos(as), nietos(as), nueras, menores bajo su tutela, tías, tíos, sobrinas y sobrinos, siempre y cuando residan en Perú.

MONTO MÁXIMO GARANTIZADO:

Es el monto máximo indemnizatorio que asume PACIFICO SEGUROS en virtud de la presente Póliza-Voucher y se encuentra limitado al monto determinado en cada plan, de acuerdo a lo indicado en la Tabla de Beneficios inserta en el Sumario; consecuentemente, si de un mismo reclamo se derivase que se aplique dos o más beneficios que involucren gastos médicos, la suma de los montos indemnizatorios de los beneficios en un mismo evento en ningún caso excederá el monto máximo garantizado. Del mismo modo y sin contradecir lo antes expuesto, las indemnizaciones son acumulativas por todas las atenciones recibidas durante la vigencia de la presente Póliza-Voucher.

PACIFICO RESPONDE:

Es la Central de Asistencia autorizada por PACÍFICO SEGUROS.

PLAN CONTRATADO:

Consiste en los servicios, beneficios y límites contratados por el ASEGURADO TITULAR, descritos en la Tabla de Beneficios inserta en el Sumario de esta Póliza-Voucher.

PÓLIZA-VOUCHER:

Es el presente CONTRATO DE SEGURO DE LA PÓLIZA DE MULTIVIAJE. Esta Póliza-Voucher, propia de la cobertura de asistencia en el ámbito del seguro, durante su vigencia sólo podrá ser modificada de mutuo acuerdo entre las partes, de tal manera que ninguna otra persona natural o jurídica, sin la autorización y el poder necesario otorgado por PACÍFICO SEGUROS, puede actuar en su representación para modificar la Póliza-Voucher o para renunciar a los derechos establecidos en él.

RECLAMO:

Es la ocurrencia de un evento que da lugar a asistencia y del cual resulta el derecho a obtener la prestación del servicio o el otorgamiento del beneficio o pago de acuerdo a esta Póliza-Voucher.

SÍNDROME:

Es el conjunto de los síntomas que refiere el paciente o que identifica el médico durante el interrogatorio médico, aunado a los signos clínicos que detecta el médico a través del examen físico, pudiendo contar o no para ellos con procedimientos de ayuda al diagnóstico tales como exámenes de laboratorio, imágenes y patología, entre otros.

SOLICITUD DE BENEFICIOS:

Documento, generalmente pre-impreso y definido por la compañía aseguradora, que el asegurado completa y suscribe resumiendo sus gastos de atención médica, accidental, autorizados por médico, o de afectación de cualquier otra de las garantías; debidamente complementada y sustentada con la documentación requerida.

SUMARIO DE LA PÓLIZA:

Documento que contiene la identificación del asegurado y dependientes, la vigencia del seguro, la prima neta y bruta resultante, la especificación, en su caso, de las condiciones especiales del riesgo, así como la Tabla de Beneficios y Gastos Cubiertos que resume las condiciones básicas y el detalle cuantitativo de las coberturas y beneficios otorgados.

TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO:

Es cualquier medio de transporte terrestre, marítimo o aéreo operado con autorización de la entidad correspondiente para el transporte remunerado de pasajeros. No se incluyen en esta definición el transporte individual de pasajeros, tales como taxi, mototaxi, vehículos de alquiler y medios de transporte que no cuenten con dicha autorización, así como, cualquier tipo de embarcación lacustre o fluvial u otros, cualquiera sea su naturaleza.

TRATAMIENTO EXPERIMENTAL:

Es el procedimiento médico o quirúrgico, o tecnología que no haya sido ampliamente aceptado como efectivo y aprobado por las organizaciones profesionales que están reconocidas por la Comunidad Médica Internacional o se encuentran bajo estudio, investigación, período de prueba o en cualquier fase de un experimento clínico.

VIAJE:

Son los contratos de viaje, de acuerdo al periodo de tiempo comprendido entre la fecha de salida y la fecha de llegada especificadas en la Póliza-Voucher.