



Gastos Médicos por Covid-19

Cláusula Adicional

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

Artículo 1° Definiciones

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

Preexistencia : Condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocido por el ASEGURADO antes de la contratación del seguro, y que es de conocimiento de EL ASEGURADO.

Covid-19: Enfermedad infecciosa por coronavirus causada por el virus SARS-CoV-2 (síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2), también conocido como 2019 nuevo coronavirus.

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

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

Hospitalización: Internamiento de una persona dentro de una institución hospitalaria como paciente interno, un mínimo de veinticuatro (24) horas continuas, bajo supervisión de médico autorizado. No se considerará hospitalización el internamiento del paciente por un período inferior a veinticuatro (24) horas.

Institución Hospitalaria: Establecimiento de salud legalmente constituido de acuerdo a las leyes del Perú y que cumple los siguientes requisitos: a) Opera para la atención médica de pacientes internos enfermos o lesionados; b) Mantiene instalaciones organizadas para el diagnóstico, tratamiento y cirugía así como unidades de cuidados intensivos para los pacientes, dentro del mismo establecimiento en facilidades controladas por ese establecimiento; c) Proporciona servicio de enfermería a tiempo completo bajo la supervisión del equipo de enfermería. **Para los efectos de esta Póliza no se consideran instituciones hospitalarias: a) Una institución mental o utilizada para el tratamiento de enfermedades psiquiátricas o bien el departamento psiquiátrico de una institución hospitalaria; b) Institutos sanatorios en los cuales se presta servicio de cuidados de larga duración tales como curas de reposo, geriatría, drogadicción, alcohólicos o bien terapias ocupacionales.**

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

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

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

Artículo 2° Vigencia Individual y Territorio

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

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

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

El ámbito territorial de las coberturas se extiende a todo el mundo, exceptuando los siguientes países: Afganistán, Cuba, República Democrática del Congo, Irán, Iraq, Liberia, Sudán o Siria o cualquier país que ingrese a la lista OFAC, en cualquiera que sea el medio de transporte utilizado. Sin perjuicio de lo anterior, se podrán excluir expresamente los eventos ocurridos en otros países que se especifiquen en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro y/o Solicitud-Certificado, según corresponda.

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

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

Artículo 3° Cobertura

El reembolso o pago de gastos médicos y hospitalarios, en caso de diagnóstico de COVID-19, hasta el límite establecido en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro o Solicitud-Certificado según corresponda, ocurridos durante el Viaje, de acuerdo con el plan contratado.

Para fines de esta Cláusula Adicional, se entienden por gastos médicos y hospitalarios solamente los siguientes:

- a) Servicios prestados por el Médico.
- b) Servicios médicos u hospitalarios para garantizar la recuperación inicial y las condiciones físicas necesarias que permitan la normal continuación del viaje.
- c) Hospitalización y uso del quirófano.
- d) Exámenes médicos, de laboratorio, procedimientos de diagnóstico o terapéuticos, derecho de hospitalización, incluyendo los insumos utilizados durante la hospitalización, honorarios de médicos.
- e) Anestias (incluyendo administración de la misma, exámenes o tratamientos radiológicos y análisis de laboratorio).
- f) Fisioterapia: En caso de necesidad de Fisioterapia como resultado de lesiones provenientes de la enfermedad de Covid-19 contraídas durante el viaje, el ASEGURADO recibirá atención fisioterapéutica, a condición de que ésta sea prescrita por el médico que atendió al ASEGURADO durante el viaje.

La cobertura no incluye el pago o reembolso del examen para el diagnóstico de Covid-19.

Los gastos médicos y hospitalarios por diagnóstico de COVID-19 se limitan a tratamientos de urgencia de cuadros agudos y están orientados a cubrir eventos súbitos e imprevisibles donde se haya diagnosticado por un médico, comprobable que impida la normal continuación del viaje y por la misma razón no se prestan para procedimientos de larga duración, sino para garantizar la recuperación inicial y las condiciones físicas que permitan la normal continuación del viaje del ASEGURADO.

Artículo 4° Condiciones de Cobertura

- La COMPAÑÍA, a su cargo, tendrá el derecho a someter al ASEGURADO a exámenes médicos, con la frecuencia razonablemente necesaria, mientras la solicitud de cobertura correspondiente al pago de un beneficio se encuentre pendiente, siempre que se realice dentro de los primeros veinte (20) días de los treinta (30) días de los que dispone para aprobar o rechazar el siniestro.

Artículo 5° Exclusiones

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

- a) Preexistencia.
- b) Otras enfermedades epidémicas y sus consecuencias, que provengan de pandemia, ya sea que haya sido declarada por la Organización Mundial de la Salud o el organismo que lo reemplace, o bien, por la autoridad correspondiente de cualquiera de los países, localidades o regiones afectadas.
- c) Todo hecho que reconozca su origen o sea resultado de un viaje a, en o a través de cualquiera de los países o territorios especificados en las CONDICIONES PARTICULARES y/o Certificado de Seguro, según corresponda como, asimismo, el pago solicitado en dicho país, cualquiera sea la causa, aun cuando la permanencia en el país excluido pudiere ser considerada como fortuita para el ASEGURADO.
- d) Tratamientos médicos o quirúrgicos distintos de los necesarios a consecuencia de lesiones o enfermedad cubiertas por esta póliza. Por tanto, si el ASEGURADO viaja al extranjero a someterse a algún tratamiento médico específico, estas prestaciones quedarán expresamente excluidas de las coberturas de la presente Cláusula Adicional.
- e) Exámenes médicos de rutina.
- f) La asistencia por servicios que el ASEGURADO haya contratado sin previa autorización de la Central de Asistencia, salvo se acredite a satisfacción de la COMPAÑÍA que por causa de fuerza mayor ha sido imposible requerir la previa autorización.
- g) Los gastos de asistencia médica, hospitalaria o sanitaria en que se haya incurrido fuera del territorio de cobertura según lo determinado en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro y/o Solicitud Certificado, según corresponda.
- h) Suministro de prótesis, aun cuando obedezcan a eventos ocurridos durante el viaje.
- i) Cualquier acontecimiento, pérdida, lesión, daño o responsabilidad legal que se produzca como consecuencia de un viaje en, a, o a través de cualquiera de los siguientes países: Afganistán, Cuba, República Democrática del Congo, Irán, Iraq, Liberia, Sudán o Siria o cualquier país que ingrese a la lista OFAC.
- j) Cualquier pérdida, lesión, daño o responsabilidad legal que sufra una persona terrorista o miembro de una organización terrorista, traficante de drogas, o proveedor de armas nucleares, químicas o biológicas
- k) Servicios, suministros o tratamientos, incluyendo cualquier período de internación hospitalaria que no hayan sido recomendados, aprobados y certificados como MEDICAMENTO NECESARIOS por el MÉDICO.
- l) Exámenes físicos de rutina u otros exámenes donde no haya indicaciones objetivas o deterioro en la salud normal o diagnóstico de laboratorio o radiografías.
- m) Cirugía reparadora o plástica
- n) Anormalidades congénitas y condiciones o complicaciones que resulten de las mismas.
- o) Procedimientos electivos o adelantar tratamientos o procedimientos de larga duración.

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

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

Independientemente de la intervención del servicio de asistencia, el ASEGURADO o su beneficiario deberán dar aviso a la COMPAÑÍA por cualquiera de los medios de comunicación pactados, de la ocurrencia del siniestro, en un plazo no mayor a treinta (30) días calendario luego de ocurrido el suceso, o de haber tomado conocimiento del beneficio, siempre y cuando el retraso obedezca a motivos de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho en cuyo caso le será de aplicación lo previsto en las Cláusulas Generales de Contratación correspondiente.

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

- a. Certificado del Médico que prestó atención al ASEGURADO, expresando el estado del mismo y diagnóstico.
- b. Prueba Molecular positiva a Covid-19 con la precisión de fecha de diagnóstico.
- c. Relación de gastos incurridos por el ASEGURADO, debidamente fundamentados con los comprobantes de pago respectivos.

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

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

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