CLÁUSULA PRIMERA – DEL CONTRATO

Estas Condiciones Generales, la Solicitud, la Carátula de la Póliza, los Anexos y Condiciones Particulares que se emitan simultáneamente con la Póliza o que posteriormente se agreguen, previa aceptación de las partes, constituyen el Contrato entre el Asegurado y BMI Compañía de Seguros de Guatemala, S.A. (en adelante denominada la Aseguradora).

Al presente contrato de seguro, le son aplicables las disposiciones del Código de Comercio de Guatemala, relacionadas con el contrato de seguro, las que prevalecerán sobre el contenido de este contrato de seguro.

CLÁUSULA SEGUNDA- OBJETO DEL SEGURO

Mediante este Seguro la Aseguradora proporciona a los asegurados, servicios de asistencia médica, jurídica y personal únicamente en casos de EMERGENCIAS durante el transcurso de un viaje internacional durante el periodo de vigencia del plan contratado.

CLÁUSULA TERCERA – DEFINICIONES

Para los efectos de la interpretación y aplicación del presente Contrato de Seguro, se establecen las definiciones siguientes:

A

- **Accidente:** es el evento generativo de un daño corporal que sufre el Asegurado, causado por agentes extraños, fuera de control y en movimiento, agentes externos, violentos y visibles y súbitos. Siempre que se mencione el término "accidente", se entenderá que la lesión o dolencia resultante fue provocada directamente por tales agentes e independientemente de cualquier otra causa. Los accidentes cuyo origen es debido a descuido, provocación o la falta de medidas de prevención por parte del Asegurado se encuentran excluidos de toda asistencia. Si el daño corporal es producido como consecuencia de causas diferentes a las anteriores mencionadas, el Asegurado tendrá cobertura hasta el monto de Asistencia Médica por Enfermedad del plan contratado.

- **Anexo:** es el documento que se adhiere a una póliza de seguro en el que se modifican las condiciones generales y/o adicionan coberturas al plan de seguro.

- **Asegurado**: Es aquella persona que obtiene los beneficios de la cobertura del plan contratado.

- **Asegurado Principal:** Es el asegurado que representa a sus dependientes económicos y que ha quedado reconocido como tal en los registros de La Aseguradora.

C

- **Catástrofe:** Suceso infausto que altera gravemente el orden regular de las cosas, donde se ven implicadas numerosas personas.

- **Central de Servicios de Asistencia:** Es la oficina que coordina la prestación de los servicios requeridos por el Asegurado con motivo de su asistencia. Es igualmente el departamento de profesionales que presta los servicios de supervisión, control y coordinación que intervienen y deciden todos aquellos asuntos y/o prestaciones a brindarse o prestarse en virtud de las presentes condiciones generales que están relacionados con temas médicos.

D

- **Departamento Médico:** Grupo de profesionales médicos de La Aseguradora que intervienen y toman decisión en todos los asuntos y/o prestaciones brindadas o que vayan a brindarse de conformidad con las presentes Condiciones Generales.

E

- **Enfermedad o Condición Médica Aguda:** Proceso corto y relativamente severo de la alteración del estado del cuerpo o alguno de sus órganos, que pudiere interrumpir o alterar el equilibrio de las funciones vitales, pudiendo provocar dolor, debilidad u otra manifestación extraña al comportamiento normal del mismo.

- **Enfermedad Congénita:** Patología presente o existente desde antes del momento de nacer.

- **Enfermedad Crónica:** Todo proceso patológico continuo, repitente y persistente en el tiempo, mayor a 30 días de duración.

- **Enfermedad o Condición Médica Preexistente:** todo proceso físico patológico que reconozca un origen o una etiología anterior a la fecha de inicio de la vigencia del plan o del viaje (la que sea posterior) y que sea factible de ser objetivado a través de métodos complementarios de diagnóstico de uso habitual, cotidiano, accesible y frecuente en todos los países del mundo (incluyendo, pero no limitado a: Doppler, resonancia nuclear, magnética, Cateterismo, radiología, etc.). Se entiende por preexistencia toda enfermedad, o estado del cuerpo, o proceso conocido o no por el Asegurado, que haya necesitado o requerido de un periodo de formación, o de una gestación, o de una incubación dentro del organismo del Asegurado antes de haber iniciado el viaje. Ejemplos claros y comunes de preexistencias solo para citar algunos son: los cálculos renales o biliares, las obstrucciones de arterias o venas por coágulos u otros, enfermedades respiratorias como el asma, problemas pulmonares, enfisemas, el VIH, generalmente problemas relacionados con la tensión arterial, glaucoma, cataratas, nefritis, úlceras o enfermedades gástricas, enfermedades resultantes de deformaciones congénitas, micosis genitales, abscesos hepáticos, cirrosis, azúcar en la sangre, colesterol alto, triglicéridos altos, y otras. Los mismos requieren de un periodo de formación corto o largo, pero en todos los casos superior a unas horas de vuelo, reconociendo que dicho estado o proceso patológico existía dentro del organismo antes de subirse al avión o al medio de transporte en la fecha de la entrada en vigencia de la Póliza, aun cuando la sintomatología se presente por primera vez después de haber iniciado el viaje.

- **Enfermedad o Condición Médica Recurrente:** Es el regreso, repetición u aparición de la misma enfermedad o condición luego de haber sido tratada.

- **Enfermedad o Condición Médica Repentina o Imprevista:** Es la enfermedad pronta, impensada, no prevista, contraída con posterioridad a la fecha de inicio de vigencia del Asegurado indicada en la Carátula de la Póliza.

F

- **Fuerza Mayor:** la que, por no poderse prever o resistir, exime del cumplimiento de alguna obligación y/o que procede de la voluntad de un tercero.

G

- **Gastos de Primera Necesidad:** Son los gastos realizados por la compra de elementos de uso personal e intransferible. Se entienden por estos, única y exclusivamente: ropaje (ropa exterior, ropa interior), zapatos, elementos de aseo personal (shampoo, acondicionador, jabón -líquido, en barra, en polvo-, cepillo de dientes, pasta de dientes, desodorante, crema de afeitar, máquina de afeitar, productos de higiene femenina) y maquillaje. Cualquier otro elemento no considerado dentro del listado anteriormente indicado, se entenderá como excluido de cualquier tipo de cobertura.

M

- **Médico Tratante:** Es el profesional médico provisto o autorizado por la Central de Servicios de Asistencia de la Aseguradora que asiste al Asegurado en el lugar donde se encuentra este último.

- **Muerte Accidental**: Si a consecuencia directa y exclusiva de un accidente ocurrido durante la vigencia de la presente póliza, se presentan lesiones corporales que produzcan al asegurado la muerte, la compañía pagará a los beneficiarios indicados por el Asegurado o en su defecto a los herederos legales la suma asegurada detallada en la tabla de beneficios del plan adquirido

O

- **Opcional**: Mejora o incremento opcional sobre el producto elegido, sujeta a contratación (adicionar)

P

- **Plan Contratado:** Es el conjunto detallado de los servicios de asistencia en viaje ofrecidos, indicando una enumeración taxativa de las mismas y sus límites monetarios, cuantitativos, geográficos y de edad del Asegurado.

- **Plazo o Período de Carencia:** Es el Intervalo de tiempo durante el cual no son efectivas las coberturas incluidas dentro del Plan. Dicho plazo se computa por días contados desde la fecha de inicio de vigencia de la Carátula de la Póliza, siempre que el Asegurado ya se encuentre fuera del lugar de residencia habitual al momento de contratación.

S

- **Suma Asegurada:** Es el monto máximo por beneficio por parte de la Aseguradora, indicados en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza y según el Plan y la Opción contratada.

CLÁUSULA CUARTA – EDAD LÍMITE

El Asegurado es la persona natural cuyo nombre aparece reflejado en la Carátula de la Póliza y es la sola beneficiaria de todas sus coberturas hasta el día aniversario, inclusive, de su edad límite según el tipo de Plan adquirido, fecha a partir de la cual el Asegurado pierde todo derecho a los beneficios y a todas las prestaciones de asistencia definidas en estas condiciones generales, así como derecho a cualquier reembolso o reclamo alguno originado en eventos posteriores a tal día.

Las prestaciones o beneficios del Plan respectivo los podrá recibir exclusivamente el Asegurado y son intransferibles, por lo cual el mismo deberá comprobar y demostrar su identidad, presentar la Póliza y los documentos de viajes para determinar la vigencia y aplicabilidad de las prestaciones o beneficios solicitados.

El Asegurado podrá hacer uso de los servicios contratados hasta las cero 00:00 horas del día de su aniversario según el plan contratado. A partir de esa fecha el Asegurado pierde todo derecho a los beneficios en cuanto a las prestaciones de Asistencia definidas en estas Condiciones Generales, así como el derecho a reembolso o reclamo alguno originado en eventos posteriores a tal día. A manera de ejemplo, se considera que una persona tiene 74 años hasta el día anterior a cumplir los 75 años.

CLÁUSULA QUINTA – VIGENCIA Y VALIDEZ

Es el lapso de tiempo en el que pueden ser obtenidos los beneficios indicados en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza y es el que transcurre desde las cero horas del día de comienzo de validez de la Póliza, estando el pasajero en territorio extranjero, hasta las 24 (23.59) horas del día del fin de dicha validez ambas fechas reflejadas en la Carátula de la Póliza. La finalización de la vigencia, implicará el cese automático de todos los beneficios, prestaciones, o servicios en curso o no, incluyendo aquellos casos o tratamientos iniciados al momento o antes del término de la vigencia.

Los planes en la categoría “Viajes Cortos”, tendrán una vigencia máxima de noventa (90) días consecutivos de viaje, mientras que los planes “Larga Estadía”, tendrán una vigencia total de trescientos sesenta y cinco (365) días consecutivos de cobertura para los beneficiarios hasta los sesenta y cinco (65) años y tendrán una vigencia total de ciento ochenta (180) días consecutivos de cobertura para los asegurados a partir de sesenta y seis (66) años hasta los setenta (70) años. Pasados estos períodos, el Asegurado perderá todo beneficio de los servicios de asistencia contratados mientras esté en ese viaje.

Los planes de asistencia “Anuales Multiviajes” tienen una vigencia de trescientos sesenta y cinco (365) días en total, sin embargo, el Asegurado no podrá permanecer en cada viaje, según lo indicado en el plan de asistencia del producto que haya adquirido, más de 30, 45, 60 o 90 días en el exterior por cada viaje que realice dentro de su vigencia. La Aseguradora le pedirá al momento

de atenderlo la copia de su pasaporte por fax o e-mail, demostrando la fecha de salida de su país de residencia habitual o la fecha de entrada al país desde donde solicita asistencia.

En el caso del Plan Familiar deberá tener una duración máxima de noventa (90) días consecutivos de viaje. Este plan consta de dos (2) adultos (cónyuges o no) mayores de veintiún (21) años y hasta (3) tres niños menores de veintiún (21) años. (Compra mínima de tres (3) personas para este plan).

En el caso del Plan anual executive 30 opera como un anual pero las personas mayores de 46 a 60 deben presentar certificación laboral.

Y para el caso del Plan estudiantil, las personas mayores de 46 a 60 deben presentar certificados de estudios para utilizar el servicio.

Todas las pólizas operan bajo la modalidad de días corridos, por lo tanto, una vez iniciada la vigencia de una póliza, no es posible interrumpir la misma, los periodos de días no utilizados en la póliza no son reembolsables. Una vez interrumpida la vigencia de una póliza, ésta caduca y no puede reactivarse posteriormente.

El propósito del viaje tendrá que ser turístico y en ningún momento podrá garantizar a personas que ejerzan una actividad profesional en el exterior. 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, se esté expuesto a sustancias peligrosas, al manejo de maquinarias pesadas o que funcionen con gases, presión de aire o fluidos hidroneumáticos, que requieran habilidades físicas especiales, o donde se vea expuesto a peligro y como consecuencia de ello sufra un accidente o una enfermedad consecuencial, La Aseguradora quedará eximido de toda responsabilidad de prestar sus servicios o asumir costos que se deriven de tales circunstancias, y en estos casos será obligación patronal de asumirlos a través de su plan de responsabilidad de riesgos profesionales. Esta normatividad aplica igualmente a aquellas personas que no estén ligadas laboralmente con una empresa y que actúan por su cuenta como trabajadores independientes o en situación migratoria o laboral ilegal.

En casos en que el Asegurado se encuentre hospitalizado por una enfermedad y/o accidente cubierto por la Póliza en la fecha de terminación del período de cobertura, se cubrirán únicamente los gastos por hospitalización dentro de la cobertura de gastos médicos por enfermedad y/o accidente según corresponda entendiéndose de la siguiente manera:

1. Hasta ocho (8) días adicionales contados desde el día de finalización de vigencia de la Póliza.

2. Hasta que se haya agotado la cobertura contratada, o

3. Hasta que el médico firme el alta del Asegurado en el transcurso de los ocho (8) días de ampliación de cobertura

Toda asistencia o tratamiento cesará y no será responsabilidad de la Aseguradora una vez que el Asegurado regrese a su lugar de residencia o expire el período de validez de la Póliza salvo excepciones anteriormente mencionadas.

Nota: en los casos que el Beneficiario ya se encuentre en el país destino y solicite la autorización para emitir un plan de asistencia en viajes, siempre y cuando la misma sea autorizada por la Central de Emergencia, dicho plan tendrá 5 días de carencia.

CLÁUSULA SEXTA – COBERTURA FAMILIAR

El Asegurado podrá contratar una póliza familiar siempre y cuando como mínimo figuren el Asegurado y dos hijos. La elegibilidad de los adultos es de veintiún (21) a setenta y cuatro (74) años y los hijos de tres (3) a veintiún (21) años.

CLÁUSULA SÉPTIMA – COBERTURA DE VIAJE

Los servicios de asistencia médica a ser brindados por La Aseguradora se limitan expresa y únicamente a tratamientos de urgencia de cuadros agudos y están únicamente orientados a la asistencia primaria en viaje de eventos súbitos e imprevisibles donde se haya diagnosticado una enfermedad o condición médica clara, comprobable y aguda que impida la normal continuación de un viaje, siempre y cuando dicha enfermedad o condición médica no se encuentre en la lista de las exclusiones. Estos planes están diseñados para garantizar la recuperación primaria y normal e inicial del Asegurado y las condiciones físicas que permitan una normal continuación de su viaje. No están diseñados ni se contratan ni se prestan para:

- Procedimientos médicos electivos
- Efectuarse chequeos médicos de rutina, ni chequeos que no hayan sido previamente autorizados por la Central de Servicios de Asistencia
- Adelantar tratamientos o procedimientos benignos o de larga duración

Toda asistencia o tratamiento cesará y no será responsabilidad de La Aseguradora una vez que el Asegurado regrese a su lugar de residencia o cuando expire el período de validez del plan contratado. La adquisición por parte de un Asegurado de una o más Pólizas con una o más aseguradoras, no produce la acumulación de los beneficios ni del tiempo en ellas contempladas, en estos casos solo podrán aplicarse los topes establecidos en la Póliza que primero haya sido emitida.

Es claramente entendido por el Asegurado que esta Póliza es un producto de asistencia en viajes y que en la eventualidad que sea ofrecido a través de la Aseguradora no lo hace un seguro médico internacional.

Los derechos otorgados por el presente contrato podrán utilizarse durante la vigencia de la póliza contratada, las 24 horas del día siempre y cuando esté durante el transcurso del viaje y hasta los límites indicados, según el plan contratado.

Para hacer uso de estas coberturas, el asegurado deberá tener en cuenta, además de las Condiciones Generales, los Anexos, las Condiciones Particulares, las exclusiones del Plan contratado.

Algunos beneficios se encuentran incluidos solo en algunos planes de asistencia, los cuales estarán indicados en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza, si en el mismo no figura algún beneficio, es porque el plan contratado no dispone de este servicio.

Asistencia médica por accidente/enfermedad o condición médica no preexistente (Schengen).

- **Consultas Médicas:** Se prestarán en caso de accidente y enfermedad o condición médica aguda e imprevista no preexistente.
- **Atención por Especialistas:** Se prestará únicamente cuando sea indicada y autorizada por el Departamento Médico de la Central de Servicios de Asistencia de la Asegurada o por el médico tratante de la central.
- **Exámenes Médicos Complementarios:** Únicamente cuando sean indicados y previamente autorizados por el Departamento Médico de la Central de Servicios de Asistencia.
- **Internaciones:** De acuerdo con la naturaleza de la lesión o enfermedad, y siempre que el Departamento Médico de la Central de Servicios de Asistencia de la Aseguradora así lo prescriba, se procederá a la internación del Asegurado en el centro sanitario más próximo al lugar donde éste se encuentre. Este beneficio aplicará únicamente al Asegurado del plan de asistencia, y bajo ningún motivo se cubrirá cama y/o alimentación en el hospital o clínica para una persona acompañante.
- **Intervenciones Quirúrgicas:** Cuando sean autorizadas por el Departamento Médico de la Central de Servicios de Asistencia, en los casos de emergencia que requieran en forma inmediata tratamiento, y que no puedan ser diferidas o postergadas hasta el retorno del Asegurado a su país de origen.

Terapia Intensiva y Unidad Coronaria: Cuando la naturaleza de la enfermedad o lesión así lo requiera, y siempre con la previa autorización del Departamento Médico de la Central de Servicios de Asistencia se autorizará este servicio.

NOTA ESPECIAL: *Solo para aquellos planes de asistencia cuyos beneficios médicos sean superiores a los $10,000.00 quedarán protegidos los Asegurados de dichos planes en caso de accidentes, ocurridos durante un viaje al exterior, como consecuencia de la práctica de deportes amateurs y hasta un tope máximo de $10,000.00. o $20,000..00 En otros casos aplica lo dispuesto en la Sección de Excepciones de estas Condiciones Generales.*

Nota: La Central de Servicios de Asistencia se reserva el derecho de decidir el más adecuado de entre los tratamientos propuestos por el cuerpo médico y/o la repatriación al país de residencia si su condición física lo permitiere. Si a juicio de los médicos tratantes de la Central de Servicios de Asistencia fuese posible el regreso al lugar de origen para recibir en él tratamiento de larga duración, cirugía programable o cirugías no urgentes, 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 la Aseguradora.

Asistencia médica por enfermedad o condición médica preexistente
Si el Asegurado padeciera de una enfermedad o condición médica preexistente o crónica al inicio de su viaje al exterior, aun cuando no fuera de su conocimiento, como se ha establecido en estas Condiciones Generales, La Aseguradora queda automáticamente exenta de prestar servicios o asistencias a su cargo. No obstante, y en forma excepcional y solo en aquellos casos que así lo establezcan expresamente, la Aseguradora reconocerá la primera consulta para la atención del cuadro clínico agudo en la que se determine la preexistencia de la enfermedad o condición médica hasta los topes de cobertura de acuerdo al plan contratado.

En aquellos casos en que el Asegurado contrate específicamente el beneficio para emergencias sufridas por una condición preexistente y/o crónica, se cubrirá hasta el monto que se especifique claramente en su voucher. El Beneficio proporcionada para enfermedades crónicas y/o preexistentes contempla las siguientes eventualidades:

Episodio agudo o evento no predecible, descompensación de enfermedades crónicas y/o preexistentes conocidas o previamente asintomáticas. Esta cobertura se proporciona exclusivamente para la atención médica primaria en el episodio agudo, o caso no predecible, la emergencia debe requerir la asistencia durante el viaje y no puede aplazarse hasta el retorno al país de residencia, la Central de Asistencias se reserva el derecho de decidir el tratamiento más adecuado de entre los propuestos por el personal médico y/o la repatriación a su país de residencia. La repatriación será una solución en los casos en los que los tratamientos requiere evolución a largo término, cirugías programadas o cirugías no urgentes, el Asegurado está obligado a aceptar esta solución, perdiendo en caso de rechazo de la solución de todos los beneficios que ofrece el plan de asistencia.

Se excluye de este beneficio el inicio o la continuación de tratamientos, procedimientos diagnósticos, de investigación, o conducta diagnóstica y terapéutica, que no están relacionados con el episodio agudo e impredecible.

Se excluye de esta cobertura todas las enfermedades relacionadas con la transmisión sexual, incluyendo, pero no limitando a la sífilis, la gonorrea, el herpes genital, la clamidia, el virus del papiloma humano tricomonas vaginalis, tricomoniasis, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), entre otros.

No se trata en cualquiera de nuestros planes, procedimientos de diálisis, trasplantes, oncología y tratamiento psiquiátrico, audífonos, anteojos, lentes de contacto, puentes dentales, marcapasos, desfibriladores implantables, respiradores externos, dispositivos implantables, equipo desechable específico, etc. enfermedades causadas por la ingestión de drogas, estupefacientes, medicamentos que se toman de forma no fiable sin receta, alcoholismo, etc.

Las lesiones sufridas durante un acto ilícito, no están bajo nuestra cobertura.

Obligaciones del Asegurado:

1. El Asegurado deberá seguir todas las instrucciones médicas dadas por el médico tratante asignado por la Aseguradora tomar todos los medicamentos de la forma prescrita y según se requiera.

2. Si el Asegurado interesado en la contratación de un plan que incluya cobertura de asistencia de emergencia para condiciones pre-existente, sufren alguna(s) de las siguientes condiciones: cualquier tipo de cáncer, enfermedades del corazón, enfermedad pulmonar crónica y/o enfermedad hepática crónica, el Asegurado debe consultar a su médico personal en su país de origen antes de iniciar el viaje y obtener confirmación por escrito que está en condiciones de viajar por todos los días previstos, el destino deseado y puede hacer sin inconvenientes todas las actividades programadas.

3. El Asegurado no podrá iniciar el viaje después de recibir un diagnóstico terminal.

4. Para poder acceder a esta cobertura el Asegurado deberá haber estado estable por más de 12 meses.

En caso de que se determine la razón del viaje fue el tratamiento en el extranjero para una condición crónica o preexistente, la Central de Asistencias negará cobertura.

Medicamentos recetados
En los límites de cobertura, la Aseguradora se hará cargo de los gastos de los medicamentos recetados por el Médico Tratante de la Central de Servicios de Asistencia hasta los montos establecidos en los topes de cobertura del plan contratado. Los desembolsos realizados por el Asegurado para la compra de medicamentos previamente autorizados por la Central de Servicios de Asistencia serán reintegrados, dentro de los límites de cobertura y una vez retornado al país de origen, y contra la previa presentación de los comprobantes originales de compra, de la copia original del dictamen o informe médico en donde indique claramente el diagnóstico recibido, así la fórmula o receta médica. Recomendamos a los Asegurados no olvidar solicitar estos documentos al médico tratante, la no presentación de estos documentos puede resultar en el no reembolso de los gastos.

Se deja constancia y se informa que los gastos de medicamentos por concepto de enfermedades preexistentes no serán asumidos por la Aseguradora, así hayan sido diagnosticados por el Médico Tratante de la Central de la Central de Servicios de Asistencia. Se encuentran también excluidos los medicamentos por tratamiento de enfermedades mentales o psíquicas o emocionales, aun en los casos en que la consulta médica haya sido autorizada por el Departamento Médico de la Aseguradora.

Tampoco se cubrirán bajo ningún motivo las pastillas anticonceptivas, inyecciones anticonceptivas, dispositivos intrauterinos o cualquier otro método de planificación familiar, así hayan sido diagnosticados por el Médico Tratante de la Central de la Central de Servicios de Asistencia.

Nota: Las prescripciones médicas destinadas a la recuperación inicial de los síntomas sólo serán autorizadas por los primeros treinta (30) días de tratamiento

Emergencia dental
En los límites de cobertura, la Aseguradora se hará cargo de los gastos por atención odontológica derivados de una urgencia, debido o causada por un trauma, accidente o infección, limitándose únicamente al tratamiento del dolor y/o a la extracción de la pieza dentaria resultante de infección o trauma únicamente. Los tratamientos odontológicos de conductos, cambios de calzas, coronas, prótesis, sellamientos, limpiezas dentales, diseños de sonrisa o cualquier otro tratamiento no especificado en estas condiciones se encuentran excluidos de la cobertura.

Traslado sanitario y/o repatriación sanitaria
En caso de emergencia o de urgencia y si la Central de Servicios de Asistencia lo juzgare necesario, se organizará el traslado del Asegurado al centro de salud más cercano, por el medio de transporte que el Departamento Médico de la Central de Servicios de Asistencia considere más apropiado y según corresponda a la naturaleza de la lesión o enfermedad. Queda igualmente establecido que aun para los casos de tratamientos y cirugías que ocurren en casos catalogados como urgencia o emergencia el traslado sanitario debe ser previamente solicitado y autorizado por la central de la Aseguradora. El no cumplimiento de esta norma exime a la Aseguradora de tomar a cargo la cobertura de dicho traslado.

Se entiende por repatriación sanitaria el traslado del Asegurado enfermo o accidentado desde el lugar en donde se encuentra hasta el aeropuerto de ingreso del país de residencia habitual y en el que debió ser emitida la Póliza. Solamente el Departamento Médico de la Aseguradora podrá autorizar a tomar todas las providencias mencionadas en esta cláusula, quedando el Asegurado o un familiar prohibido de realizarlo por cuenta propia sin la previa autorización escrita de la Aseguradora. Adicionalmente la repatriación deberá ser autorizada y justificada médica y científicamente por el Médico Tratante de la Aseguradora, en el caso en que el Asegurado y o sus familiares o acompañantes decidieran efectuar la repatriación dejando de lado o sin solicitar la opinión del Departamento Médico de la Aseguradora, de realizarse de esta manera, ninguna responsabilidad recaerá sobre la Aseguradora siendo por lo tanto la repatriación así como todos los demás gastos y consecuencias, responsabilidad del Asegurado o de sus familiares o acompañantes, sin derecho a reclamo contra la Aseguradora.

Cuando el Departamento Médico de la Aseguradora en común acuerdo con el Médico Tratante estime necesario y recomiende la repatriación sanitaria, esta se efectuará en primera instancia por el medio de transporte disponible más conveniente para ello, y/o por avión de línea aérea comercial, en clase turista y sujeta a disponibilidad de cupo aéreo, hasta el aeropuerto de ingreso del país de residencia o de compra de la tarjeta. La Aseguradora se hará cargo del pago de las diferencias por cambio de fecha del pasaje o la compra de uno nuevo si el original se tratase de un tiquete sin posibilidad de cambio. Esta asistencia comprende su transporte en ambulancia u otro medio de transporte que sea compatible con su estado de salud y aprobado por el Departamento Médico de la Aseguradora desde el lugar de internación hasta su lugar de residencia, con la estructura de apoyo necesaria incluyendo camilla, sillas de rueda, caminador, acompañamiento médico, etc.

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 generales, salvo en planes que contemplen preexistencias. Este beneficio aplicará única y exclusivamente dentro de las fechas de vigencia de la Carátula de la Póliza.

Repatriación funeraria

En caso de fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de la Póliza la Aseguradora a causa de un evento no excluido en las condiciones generales. La Aseguradora organizará y sufragará la repatriación funeraria 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 consideren más conveniente hasta el lugar de ingreso al país de residencia habitual del fallecido, hasta el tope especificado en la tabla de beneficios.

Si el Asegurado lo desea, dentro de esta misma cobertura, puede optar por la cremación del cuerpo y también estarán incluidos todos los trámites administrativos a los que haya lugar y traslado de cenizas hasta el país de residencia habitual del fallecido.

Los gastos de féretro definitivo, trámites funerarios, traslados terrestres o aéreos en el país de residencia e inhumación no estarán a cargo de la Aseguradora.

La Aseguradora quedará eximida de prestar los servicios y asumir los costos relativos al presente beneficio en caso de que el fallecimiento del Asegurado se origine por causa de un suicidio durante

los dos primeros años de vigencia de la póliza o fallecimiento por consecuencia de ingesta de alcohol o cualquier tipo de drogas, o por una enfermedad o condición médica preexistente, crónica, o recurrente. Este beneficio no contempla ni incluye en ninguna circunstancia gastos de regreso de familiares acompañantes del fallecido, por lo que la Aseguradora no tomará a su cargo ningún gasto de terceros.

Muerte Accidental

Este beneficio aplica para todas las personas hasta los 84 años que tenga vigente un plan contratado de viajes cuyo beneficio es el pago de la suma asegurada a los beneficiarios asignados o en su defecto a los herederos legales una vez sea presentada la documentación legal correspondiente de su país de origen.

La Aseguradora quedará eximido de prestar los servicios y de asumir los costos relativos al presente beneficio en caso de que el fallecimiento del Asegurado se origine por causa distinta a accidente, por causa de un suicidio o fallecimiento por consecuencia de ingesta de alcohol o cualquier tipo de drogas.

Traslado de un familiar por hospitalización

En caso de que la hospitalización de un Asegurado, viajando solo y no acompañado, fuese superior a diez (10) días, 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 Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza, el Asegurado podrá tener derecho a los gastos de hotel de su familiar acompañante durante máximo siete días y ochenta dólares (80) diarios o hasta el alta del paciente, lo que suceda primero.

Tanto para esta cláusula como para cualquier otra que cubra gastos de hotel por convalecencia, se entiende estos limitados al hospedaje simple, sin gastos de restaurante, lavandería, telefonía u otro cualquier como mini bar, alimentación tomada en la habitación, u otro tipo de gasto cualquiera.

Gastos de hotel por convalecencia

Cuando de acuerdo con el médico tratante y en común acuerdo con el Departamento Médico de la Central de Servicios de Asistencia, el Asegurado hubiese estado internado en un hospital al menos cinco (5) días y que a su salida deba obligatoriamente guardar reposo forzoso, la Aseguradora cubrirá los gastos de hotel hasta el monto indicado en su plan de asistencia, con un máximo de diez (10) días. Este beneficio aplicará únicamente al Asegurado del plan de asistencia, y bajo ningún motivo se cubrirán los gastos para una persona acompañante.

Se aclara que la Aseguradora no asumirá ningún gasto de hotel por convalecencia cuando la internación haya sido suscitada por una enfermedad o condición médica preexistente.

Dicho reposo deberá ser ordenado por los médicos de la central exclusivamente y contemplarán únicamente el cubrimiento del costo de la habitación sin ningún tipo de alimentación o gastos de otra índole tales como lavandería, llamadas telefónicas (salvo aquellas efectuadas a la Central de Servicios de la Aseguradora.), mini bares, etc.

Orientación en caso de extravío de equipaje/documentos

La Aseguradora asesorará al Asegurado para la denuncia del extravío o robo de su equipaje y efectos personales, para lo cual pondrá a su disposición los servicios de la Central de Servicios de Asistencia más próxima. Igualmente, la Aseguradora asesorará al Asegurado en caso de pérdida

de documentos de viajes, y o tarjetas de crédito dándole las instrucciones para que el Asegurado interponga los denuncios respectivos, y tramite la recuperación de los mismos.

Viaje de regreso por fallecimiento de familiar en primer grado de consanguinidad
Si el Asegurado debiera retornar a su país de residencia habitual por causa del fallecimiento de uno de sus padres, hijos, hermanos o cónyuge, 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.

Regreso anticipado por siniestro grave en domicilio
En caso de incendio, explosión, inundación o robo con daños y violencia en el domicilio de un Asegurado, mientras éste se encuentre de viaje, si no hubiese ninguna persona que pueda hacerse cargo de la situación y si su pasaje original de regreso no le permitiera el cambio gratuito de fecha, la Aseguradora tomará a su cargo la diferencia que correspondiese o el costo de un nuevo pasaje en clase turista desde el lugar en que el Asegurado se encuentre hasta el aeropuerto más cercano al hogar del Asegurado en el país de residencia. Esta solicitud de asistencia deberá acreditarse mediante la presentación en la Central de Servicios de Asistencias el original de la denuncia policial correspondiente, dentro de las veinticuatro horas siguientes al suceso. El Asegurado deberá indefectiblemente comunicarse con la Central de Servicios de Asistencias a fin de ser autorizado. No serán aceptados pedidos de reembolso sin ninguna justificación.

Acompañamiento de menores
Si un Asegurado viajara como única compañía de menores de quince (15) años también Asegurados de un plan de asistencia, la Aseguradora y por causa de enfermedad o accidente constatado por el Departamento Médico de la Central de Servicios de Asistencia, se viera imposibilitado para ocuparse de ellos, la Aseguradora organizará a su cargo el desplazamiento de dichos menores hasta el domicilio habitual en su país de origen, por el medio que considere más adecuado.

Cancelación de viaje contratado
La Aseguradora cubrirá hasta el tope de cobertura según el plan contratado las penalidades por cancelar anticipadamente un viaje conocido como tours, paquetes turísticos, excursiones, boletos aéreos y cruceros.

Para ser acreedor de este beneficio, el Asegurado deberá:

1. Contratar el plan con una diferencia de hasta 72 horas siguientes en que se contrate el paquete turístico y/o crucero. Siempre y cuando no haya iniciado el periodo de penalidades publicados por la agencia de viajes o naviera.
2. Dar aviso a la Central de Servicios de Asistencias en un máximo de 24 horas luego de ocurrido el evento que motiva la cancelación.
3. Presentar toda la documentación que la Aseguradora que considere para evaluar la cobertura de este beneficio, incluyendo, pero no limitando a: documento donde se demuestre de forma clara y fehaciente el motivo de cancelación de viaje (informe médico, partida de defunción, entre otros), cartas de los respectivos prestadores del servicio, facturas, recibos de pago. (Ver requisitos específicos en los casos de cruceros abajo señalados).

Nota: para los planes Anuales Multiviajes la cancelación se renovará cada vez que el Asegurado viaje según indique el plan de asistencia del producto que haya adquirido y

aplica siempre y cuando se cumplan los requisitos establecidos para ser acreedor de este beneficio en cada viaje. Este beneficio no aplica para Beneficiarios mayores de 74 años.

Cancelación de un viaje de Crucero antes de su inicio:

El Asegurado deberá en este caso:
Notificar de inmediato su decisión a la naviera por escrito y obtener de ésta un comprobante que indique en forma inequívoca la fecha de dicha notificación formal de la imposibilidad de iniciar el viaje de crucero en el barco y fecha originalmente contratados.

Deberá además obtener de la naviera las Condiciones Generales de contratación de cruceros, en donde se indique claramente el procedimiento de aplicaciones de las penalidades o cláusulas penales por cancelación anticipada de un crucero contratado y totalmente pagado.

Deberá obtener de la naviera un comprobante que demuestre el monto de la penalidad aplicable a su contrato de crucero en particular y el monto del reembolso si fuere el caso.

Una vez obtenida la documentación anterior, deberá demostrar por escrito a la Aseguradora en forma clara y fehaciente la causal o causales que ocasionaron la cancelación de viaje y enviar a la **Central de Servicios de Asistencia** toda dicha documentación para su eventual comprobación por parte de la Aseguradora y eventual reembolso de ser procedente.

Son causas justificadas a los efectos del presente beneficio:

1. El fallecimiento, accidente o enfermedad grave no preexistente del Asegurado o familiar en primer grado de consanguinidad (padres, hijos o hermanos) o cónyuge, entendiéndose por enfermedad grave una alteración de la salud que, a juicio del Departamento Médico de la Central de Servicios de Asistencias, imposibilite al Asegurado para iniciar el viaje en la fecha contratada originalmente.
2. La convocatoria como parte, testigo o jurado de un tribunal.
3. Los daños que, por incendio, robo, hurto o por la fuerza de la naturaleza en su residencia habitual o en sus locales profesionales que los hagan inhabitables y justifican ineludiblemente su presencia.
4. Cuarentena médica que obligue al Asegurado a mantener dentro de su país de origen.
5. Despido laboral comprobado del Asegurado, con fecha posterior a la contratación del plan de asistencia.
6. Convocatoria de emergencia para prestación de servicio militar, médico o público.
7. Epidemia, catástrofes naturales o cenizas volcánicas.
8. Si la persona que ha de acompañar al Asegurado en el viaje, entendiéndose como tal(es) a la(s) persona(s) que compartan la misma habitación de hotel o camarote de crucero con el Asegurado, o sea(n) familiar(es) de primer grado de consanguinidad (padres, hijos o hermanos) o cónyuges, también poseedor(es) de un plan contratado en las mismas condiciones que el Asegurado y dicho(s) acompañante(s) se viese(n) obligado(s) a anular el viaje por alguna de las causas enumeradas anteriormente.

Adquirido el plan en las condiciones antes indicadas, y de ser aplicable el beneficio, se dará por terminada la Póliza en el momento de inicio de la vigencia de la Carátula de la Póliza. Este beneficio no aplica para Asegurados mayores de 74 años.

Sustitución de ejecutivo

En el caso que el Asegurado se encontrara en viaje de negocios en el extranjero y fuese internado por una emergencia médica grave que le impida proseguir con su cometido profesional, la Aseguradora se hará cargo del pasaje en clase turista, sujeto a disponibilidad de plazas, de la persona que su empresa designe como sustituto y de los gastos de hotel hasta un máximo de ochenta dólares (USD 80.00) diarios durante cinco (5) días.

Línea de consultas 24 horas

El Asegurado podrán pedir a la Central de Servicios de Asistencia, informaciones relativas a obligaciones consulares, sanitarias, turísticas y otras concernientes al país de destino. Igualmente estará a disposición del Asegurado, el servicio conserje de la Aseguradora para ayuda con la reserva de hoteles, restaurantes, eventos deportivos, culturales, entre otros.

Transmisión de 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, esta gestionará la entrega al Asegurado en el país donde se encuentre de cantidades hasta el límite especificado en estas condiciones generales. Si el Asegurado fuese encarcelado como consecuencia de un accidente de tránsito, la Aseguradora gestionará el envío de las cantidades especificadas en estas condiciones generales para hacer frente al pago de la fianza penal, debiendo previamente ser depositado el monto referido en la oficina de la Aseguradora por parte de la familia del Asegurado. El costo asumido por la Aseguradora corresponderá únicamente al valor de la transferencia realizada al Asegurado. Estas coberturas serán aplicadas una sola vez, cualquiera que sea el lapso de validez del plan contratado.

Asistencia legal por accidente de tránsito

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

Compensación por pérdida de equipaje

La Aseguradora indemnizará al Asegurado de forma complementaria, la misma suma que paga o reconoce la aerolínea hasta el tope especificado en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza. Para la obtención de este beneficio rigen los siguientes términos y condiciones:

- Que la línea aérea y la Central de la Aseguradora hayan sido notificadas del hecho por el Asegurado antes de abandonar el aeropuerto donde se registró la pérdida 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, ni de vuelos charters o fletados, aviones particulares o militares, o cualquier vuelo que no tenga un itinerario fijo publicado que opera regularmente, ni tampoco cuando la pérdida se origina en vuelos domésticos en el exterior.
- Que el mencionado 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 del terminal. La Aseguradora, no indemnizará a los Asegurados

de un plan contratado, 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 viaje.
- 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 por ella. La Aseguradora no podrá indemnizar al Asegurado cuando este no haya aun recibido la indemnización de la aerolínea.
- No tienen derecho a esta compensación las pérdidas ocurridas en cualquier tipo de transporte terrestre en el extranjero.
- La compensación por pérdida total del equipaje se limitará a un solo bulto entero y completo faltante en forma definitiva y a un solo Asegurado damnificado. En el caso de que el bulto faltante estuviera a nombre de varios Asegurados, la compensación será prorrateada entre los mismos, siempre que incluya los correspondientes números de billetes de cada uno. **No se indemnizan faltantes parciales de las maletas.**
- 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 por extravío de equipaje, una vez que dicha opción sea ejercida.

Es importante anotar que, en los casos de extravío de equipaje, los directos responsables de las mismas son las aerolíneas o empresas transportadoras, por lo tanto, la Aseguradora intervendrá en calidad de intermediario facilitador entre la aerolínea y o la compañía transportadora y el Asegurado, y 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 la Aseguradora.

Las indemnizaciones por conceptos de pérdida total de equipaje se abonarán únicamente en el país donde se compró la asistencia la Aseguradora.

Al regresar a su país de origen, el Asegurado deberá presentar en las oficinas de la Aseguradora la siguiente documentación:

- Formulario Reclamo por Pérdida de Equipaje Original
- Documento o Pasaporte vigente
- Póliza de Seguro Viajero
- Copia original del recibo de la indemnización de la línea aérea (Cheque, comprobante de pago de la misma), pasajes aéreos.

La Aseguradora solo podrá proceder al reembolso por concepto de indemnización por pérdida de equipaje únicamente después de que la Aerolínea responsable de la pérdida haya debidamente indemnizado al Asegurado. No se podrá indemnizar al Asegurado sin el comprobante de pago de la aerolínea.

NOTA: La indemnización al Asegurado será complementaria a la abonada por la línea aérea conforme a lo indicado la Carátula de la Póliza correspondiente al plan adquirido. En caso de indemnización complementaria, el importe de la misma se determinará como la diferencia

entre lo abonado por la línea aérea y el monto que se determine conforme a lo estipulado en el plan adquirido, y siempre hasta el límite máximo indicado por este concepto en la Carátula de la Póliza. No será válida compensación alguna si la indemnización de la compañía aérea iguala o supera el límite máximo establecido en la Carátula de la Póliza para este concepto. La compensación por pérdida de equipaje aplica por bulto o carga y no por persona.

Compensación por demora en devolución de equipaje
La Aseguradora reintegrará al Asegurado cuyo plan contratado así lo establezca, mediante la presentación de los comprobantes originales de compras de elementos de primera necesidad, realizadas durante el lapso de demora en la entrega de su equipaje. Las compras deberán ser hechas después de haber sido realizado el reclamo pertinente con la aerolínea, así como de haber dado aviso a la Central de Servicios de Asistencia y proporcionado el número PIR correspondiente otorgado por la aerolínea. Esta prestación se brindará únicamente si el equipaje no es localizado dentro de las seis (6) horas contadas a partir del arribo del vuelo. El plazo de seis (6) horas se refiere exclusivamente al tiempo transcurrido hasta la localización del equipaje. El lapso posterior hasta la entrega física del mismo por parte de la aerolínea está fuera de la responsabilidad de la Aseguradora y por tanto no será tenido en cuenta en el cómputo de las seis (6) horas.

Si la demora o el extravío del equipaje ocurren en vuelos de conexión, en un vuelo de regreso al país de origen y/o de residencia habitual del Asegurado, no se otorgará compensación alguna.

En caso tal que el equipaje sea declarado como perdido totalmente por parte de la compañía aérea, se deducirá del monto a reembolsar por concepto de “Compensación por pérdida de equipaje”, el total reembolsado por los gastos del presente beneficio.

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

Nota: la compensación por demora en devolución de equipaje aplica por bulto o carga y no por persona

Indemnización de vuelo demorado o cancelado
Si el vuelo del Asegurado fuera demorado por más de seis (6) horas consecutivas a la programada originalmente, y siempre y cuando no exista otra alternativa de transporte durante ellas, la Aseguradora reintegrará hasta el tope de cobertura convenido en razón de gastos de hotel, comidas y comunicaciones realizadas durante la demora y contra la presentación de sus comprobantes originales, acompañados de un certificado de la compañía aérea reflejando la demora o cancelación sufrida por el vuelo del Asegurado.

Este beneficio no se brindará si el vuelo fuese en un aeropuerto ubicado en las proximidades de la ciudad de residencia habitual así la distancia sea superior a cien (100) kilómetros o dentro de la ciudad de residencia habitual del Asegurado; tampoco si el Asegurado viajara con un pasaje sujeto a disponibilidad de espacio. Este servicio no se aplica si la cancelación se debe a la quiebra y/o cesación de servicios de la línea aérea.

Deporte amateur
Proporciona cobertura de los deportes ecuestres, deportes de nieve, deportes de equipo, deportes de fuerza, deportes de invierno, las artes marciales, campeonatos de tiro el deporte practicado en rangos reguladas; deportes acuáticos, esquí, surf, kitesurf recreativa, buceo recreativo, natación, patinaje, snowboard, cuando se practica como actividades de aficionados. Esta cobertura sólo se

aplica a los atletas profesionales miembros de una federación, en los casos de accidentes causados por la práctica de deportes de invierno en las pistas autorizadas.

Asistencia psicológica
Teléfono de apoyo psicológico 24 horas para Beneficiarios que, a causa de repatriación sanitaria, fallecimiento de un familiar o catástrofe natural hayan sido afectados durante su viaje. Este servicio se presta como apoyo psicológico en momentos que pueden generar fuerte tensión emocional, en ningún caso podrá sustituir la atención directa del Psicólogo o Psiquiatra de los Beneficiarios, por lo que no debe utilizarse en ningún caso por parte de los mismos para establecer un diagnóstico o auto-medicarse, debiendo consultar con los referidos profesionales en cada caso particular.

Beneficios aplicables exclusivamente para el Plan Estudiantil y Executivo

Médico virtual
Los Asegurados podrán recibir recomendaciones a través de conferencia telefónica y/o videoconferencia (sujeto a disponibilidad) con un profesional de la salud que brindará orientación sobre qué hacer para aliviar sus síntomas permaneciendo en su hogar, o se recomendará ser asistido en centros de urgencias o salas de emergencias, de acuerdo con la severidad de los síntomas que describen los mismos.

Servicio concierge
El servicio de concierge se encuentra disponible las 24 horas del día, los 365 días del año para asistir a los Asegurados en la consecución de información sobre entradas para espectáculos, arreglos de viaje, renta de vehículos, reservaciones para obras de teatro y cualquier otra información que el Asegurado pueda necesitar en las principales ciudades del mundo. El Asegurado será responsable por todos los costos y gastos relacionados con la solicitud de los servicios de asistencia concierge; este servicio es netamente informativo.

Compensación por rotura de equipaje
Si las maletas del Asegurado sufrieran algún tipo de daño que deje expuestos los elementos que se encuentran en su interior, así como la violación de sus cerraduras con los mismos efectos, se otorgará al Asegurado la suma indicada según los topes del producto contratado.
Para hacer efectivo este beneficio debe verificarse que la rotura haya ocurrido entre el momento en que el equipaje fue embarcado y el momento en que deba ser entregado al Asegurado al desembarcar, debe haber sido informado a la Central de Servicios de Asistencias dentro de las 24 horas de ocurrido el siniestro y el Asegurado deberá presentar el comprobante de denuncia otorgado por la línea aérea o naviera y los comprobantes originales por el arreglo de las roturas o reposición del equipaje.
Nota: la compensación por daño de equipaje aplica por bulto o carga y no por persona.

Seguimiento de viaje / crucero
La Aseguradora se hará cargo del costo de un boleto en clase económica, de un solo sentido, desde el puerto de embarque hasta el siguiente puerto de escala del crucero contratado, si el Asegurado inicialmente se perdió la salida programada del crucero debido a un vuelo de conexión retardada por más de (6) horas de la hora programada. Este beneficio se paga como reembolso, previa presentación de los recibos apropiados y el informe de la compañía aérea (PIR).

CLÁUSULA OCTAVA – BENEFICIOS ADICIONALES DE COMPRA OPCIONAL POR EL ASEGURADO

El Asegurado tendrán la opción de adquirir adicionalmente, pero no por separado, beneficios adicionales a los establecidos para cada plan contratado en particular de la Aseguradora, mediante

el pago de un complemento al precio del plan original, todo ello de acuerdo con lo establecido y precios de la oferta pública en la plataforma web de la Aseguradora.

Beneficio tercera edad.
Toda persona mayor de 75 años hasta 84 años de edad, que desee comprar un plan contratado de la Aseguradora, lo podrá hacer en cuyo caso la única condición es el pago TRIPLE del valor del plan elegido. Las personas mayores de 85 años solo podrán comprar el Plan Clásico en cuyo caso la única condición es el pago TRIPLE del valor del plan elegido. En estos casos los límites de los beneficios y excepciones se mantienen inalterables en cada uno de los distintos planes

Beneficio futura mamá.
Toda persona embarazada que desee comprar un plan contratado de la Aseguradora, lo podrá hacer mediante el pago de un monto adicional equivalente al treinta y cinco por cien (35%) del valor del plan elegido. Éste beneficio se puede vender para personas embarazadas que tengan hasta máximo treinta y dos (32) semanas de gestación. El beneficio aplica básicamente para las emergencias que se presenten durante el viaje, incluyendo controles de emergencia, ecografías de urgencia, asistencias médicas por enfermedades ocasionadas por su situación de embarazo, partos de emergencia por enfermedad o accidente que ponga en riesgo la vida de la madre o del hijo, abortos o cualquier tipo y cualquier asistencia médica derivada de la situación de embarazo hasta un máximo de cinco mil dólares (USD 5,000.00). Esta prestación solo tendrá una vigencia máxima de treinta (30) días, contados a partir del inicio del viaje al exterior y se ofrece en los planes Diarios.

Exclusiones a este beneficio:

- **a.** Controles, ecografías, consultas médicas en general, estudios médicos, etc., que sean parte de los controles rutinarios del proceso de embarazo y no sean de emergencia
- **b.** Partos y cesáreas de curso normal y en término
- **c.** Gastos médicos relacionados con el recién nacido
- **d.** Cuando se compruebe que el motivo del viaje es para atender su parto en el exterior
- ***e.*** Cuando se compruebe que la venta de la Póliza se realizó posterior a la semana 32 de embarazo

NOTA: el límite de edad para acceder al beneficio de futura mamá es máximo 45 años de edad

Mejora de Asistencia médica por enfermedad preexistente.
Toda persona que desee comprar el beneficio adicional de atención médica por enfermedad preexistente, lo podrá hacer mediante el pago de un monto adicional equivalente al 35% del valor del plan elegido. (Este beneficio se ofrece en los planes diarios). Si el Asegurado padeciera de una enfermedad preexistente o crónica al inicio de su viaje al exterior, aun cuando no fuera de su conocimiento, como se ha establecido en estas Condiciones Generales, la Aseguradora queda automáticamente exenta de prestar servicios o asistencias a su cargo y con base al plan contratado. No obstante, y en forma excepcional y solo en aquellos casos que así lo establezcan expresamente, la Aseguradora asumirá los cargos por asistencia médica por enfermedad preexistente o crónica a favor del Asegurado hasta un máximo del monto determinado en el respectivo plan adquirido. En estos casos, la Aseguradora reconocerá la primera consulta clínica en la que se determine la preexistencia de la enfermedad hasta por las cantidades que se determinan en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.

Episodio agudo o evento no predecible, descompensación de enfermedades crónicas y / o preexistentes conocidas, oculto o previamente asintomática.
Esta cobertura se proporciona exclusivamente para la atención médica primaria en el episodio agudo, o en caso de no predecible, con la cobertura superior especificado por el plan contratado, la emergencia debe requerir la asistencia durante el viaje y no puede aplazarse hasta el retorno al país de residencia, el Centro de Gestión de Emergencias se reserva el derecho de decidir el tratamiento más adecuado entre los propuestos por el personal médico y / o la repatriación a su país de residencia. La repatriación será una solución en los casos en los que los tratamientos requiere evolución a largo tiempo, cirugías programadas o cirugías no urgentes, el Asegurado está obligado a aceptar esta solución, perdiendo en caso de rechazo de la solución de todos los beneficios que ofrece el plan de asistencia.

Se excluye de este beneficio el inicio o la continuación de tratamientos, procedimientos de diagnóstico, de investigación, o conducta diagnóstica y terapéutica, que no están relacionados con el episodio agudo y no previsto.

Se excluye de esta cobertura de la toda enfermedad relacionada con la transmisión sexual, incluyendo, pero no limitando a la sífilis, gonorrea, herpes genital, clamidia, el virus del papiloma humano tricomonas vaginalis, tricomoniasis, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), entre otros.

Están excluidos en todos los planes: procedimientos de diálisis, trasplantes, oncología y tratamiento psiquiátrico, audífonos, anteojos, lentes de contacto, puentes dentales, marcapasos, desfibriladores implantables, respiradores para pacientes externos, dispositivos implantables, equipo desechable específica, etc. enfermedades causadas por la ingestión de drogas, narcóticos, medicamentos que se toman de forma fiable sin receta, alcoholismo, etc.

Nota: Este beneficio no cubrirá por ningún motivo el seguimiento o continuación de tratamientos iniciados durante la vigencia de la primera Póliza que haya decidido renovar su plan contratado.

Obligaciones del Asegurado:

1. El Asegurado deberá seguir todas las instrucciones médicas dadas por el médico tratante asignado por la Aseguradora y tomar todos los medicamentos como forma prescrita y necesaria.
2. Si el Asegurado está interesado en la contratación de un plan que incluye la cobertura de emergencia para preexistente condición médica la Aseguradora, y sufre alguna(s) de las siguientes condiciones: cualquier tipo de cáncer, enfermedades del corazón, enfermedad pulmonar crónica y / o enfermedad hepática crónica , el Asegurado debe consultar a su médico personal en su país de origen antes de iniciar el viaje y obtener una confirmación por escrito de que están en condiciones de viajar por todos los días previstos, el destino deseado y la condición no es un inconveniente para todas las actividades programadas.

El Asegurado no podrá iniciar el viaje después de recibir un diagnóstico terminal.

Nota: el límite de edad para acceder al beneficio de asistencia médica por enfermedad preexistente es máximo 74 años de edad.

CLÁUSULA NOVENA – EXCLUSIONES APLICABLES A TODOS LOS SERVICIOS Y BENEFICIOS

Quedan expresamente de esta Póliza los eventos siguientes:

1. **Enfermedades crónicas o preexistentes, definidas, o recurrentes, padecidas con anterioridad al inicio de la vigencia del plan y/o del viaje, sean estas del conocimiento o no por el Asegurado, así como sus agudizaciones, secuelas y consecuencias directas o indirectas (incluso cuando las mismas aparezcan por primera vez durante el viaje).**

2. **Enfermedades, lesiones, afecciones o complicaciones médicas resultantes de tratamientos efectuados o llevados a cabo por personas o profesionales no autorizados por el Departamento Médico de la Central de Servicios de Asistencia de la Aseguradora, o exceptuándose lo determinado en el punto precedente.**

3. **Los tratamientos homeopáticos, tratamientos de acupuntura, la quinesioterapia, las curas termales, la podología, manicura, pedicura, etc.**

4. **Las afecciones, las enfermedades o lesiones derivadas de empresa, intento o acción criminal o penal del Asegurado, directa o indirectamente como peleas, riñas, flagelaciones, etc.**

5. **Tratamiento de enfermedades o estados patológicos producidos por la ingesta o la administración intencional de tóxicos (drogas), narcóticos, alcohol, o por la utilización de medicamentos sin la respectiva orden médica**

6. **Gastos incurridos en cualquier tipo de prótesis, incluidas las dentales, lentes, audífonos, sillas de rueda, muletas, anteojos, etc.**

7. **Eventos ocurridos como consecuencia de simple 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 limitando a: Motociclismo, Automovilismo, Boxeo, Polo, Ski acuático, Buceo, Ala Deltismo, Kartismo, Cuatrimotos, Alpinismo, Ski , Football, Boxeo, Canotaje, Parapente , Kayak, Bádminton, Básquet ball, Voleibol, Handball, karate do, Kung fú, Judo, Tiro al arco, Tiro 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 producto con cobertura sport los cuales solo cuentan con exclusión en los siguientes deportes: Motociclismo, Automovilismo, Torrentismo, Montañismo, Escalada, Puenting, Luge Espeleología, Skeleton, la Caza de animales, Bobsleigh, Parapente, Boxeo, karate do, Kung fú, Judo, Tiro al arco, Tiro fusil.**

8. **Los partos, estados de embarazo, controles ginecológicos, exámenes relacionados con los mismos. Los abortos, o las pérdidas cualquiera sea su etiología u origen.**

9. **Todo tipo de enfermedades mentales, nerviosas, o psicológicas, incluyendo las crisis nerviosas, crisis de pánico, de stress o similares, trastornos alimentarios como la bulimia, anorexia, vigorexia, megarexia, entre otros.**

10. **Afecciones, enfermedades o lesiones derivadas del consumo de bebidas alcohólicas de cualquier tipo.**

11. **El Síndrome de inmune 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 de la Central de Servicios de Asistencia.**

12. **Los Eventos y las consecuencias de desencadenamiento de fuerzas naturales, tsunamis, temblores, terremotos, tormentas, tempestades, 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, sismos, huracanes, inundaciones etc.**

13. **El suicidio, o el intento de suicidio o las lesiones infringidas a sí mismo por parte del Beneficiario y/o su familia, así como cualquier acto de manifiesta irresponsabilidad o imprudencia grave por parte del Beneficiario de la asistencia en viajes.**

14. **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 de la asistencia en viajes.**

15. **Los eventos como consecuencia de actos de guerra, invasión, actos cometidos por enemigos extranjeros o nacionales, terrorismo, hostilidades u operaciones de guerra (sea que haya sido declarada o no la guerra) 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.**

16. **Los eventos como consecuencia de la utilización de armas nucleares, químicas o biológicas de destrucción masiva, cualquiera que sea su distribución o combinación; así como a consecuencia del uso o liberación o la amenaza de cualquier arma o dispositivo nuclear o agente químico o biológico, independientemente de cualquier causa contributiva.**

17. **Los actos mal intencionados y/o de mala fe de parte del Asegurado o de sus apoderados.**

18. **Los exámenes médicos de rutina, los exámenes de laboratorio para chequeos médicos, los exámenes de diagnóstico y o de controles, exámenes de laboratorio o radiológicos o de otros medios, cuya finalidad es 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, etc. Los exámenes médicos practicados para establecer si la dolencia corresponde a una enfermedad preexistente o no.

19. **Gastos correspondientes a transportes públicos o privados o desplazamientos pagados por el Asegurado desde su hotel o lugar donde esté hasta el centro hospitalario, o centro médico, o consultorio del médico. A menos que dichos gastos hayan sido expresamente autorizados en forma escrita o verbal por la Central de Servicios de Asistencia de la Aseguradora.**

20. **Las enfermedades derivadas o debidas o consecuentes de las deformaciones congénitas conocidas o no por el Asegurado.**

21. **Lesiones o accidentes derivados de accidentes aéreos en aviones no destinados ni autorizados como transporte público, incluyendo los vuelos fletados particulares.**

22. **Afecciones, enfermedades o lesiones derivadas directa o indirectamente de riña o peleas (salvo que se tratase de un caso de legítima defensa comprobada con reporte policial), huelga, actos de vandalismo o tumulto popular en que el Asegurado hubiese participado como elemento activo. El intento de o la comisión de un acto ilegal y, en general, cualquier acto doloso o criminal del Asegurado, incluido el suministro de información falsa o diferente de la realidad.**

23. **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 vacunación emanadas de autoridades sanitarias.**

24. **Cualquier gasto o asistencia médica que no haya sido previamente consultado y autorizado por la Central de Servicios de Asistencia de la Aseguradora.**

25. **Las enfermedades, o indisposiciones resultantes de trastornos del periodo menstrual en las mujeres, como adelantos o retrasos, así como sangrados, flujos y otros.**

26. **Enfermedades Hepáticas, como Cirrosis, Abscesos y otros.**

27. **Exámenes y/u hospitalizaciones para pruebas de esfuerzo y todo tipo de chequeos preventivos.**

28. **Cualquier tipo de hernias y sus consecuencias.**

29. **Secuestro o su intento.**

30. **Riesgos profesionales: si el motivo del viaje del Asegurado fuese la ejecución de trabajos o tareas que involucren un riesgo profesional, así como las lesiones**

clasificadas como lesiones por esfuerzos repetitivos, enfermedades osteomusculares relacionadas al trabajo, lesión por trauma continuado o continuo, etc., o similares, tanto como sus consecuencias post tratamiento inclusive quirúrgicos en cualquier tiempo.

31. **Lesiones de conductor o pasajero por el uso de cualquier tipo de vehículos, incluidos bicicletas, motocicletas y velomotores sin licencia de conducir, o sin casco, o sin seguros contratados.**

32. **Los accidentes y enfermedades presentadas en países en guerra civil o extranjera. Ejemplo: Afganistán, Irak, Sudan, Somalia, Corea del Norte, etc.**

33. **No se 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, o a estudiantes sorprendidos trabajando en país extranjero sin la respectiva autorización de las autoridades locales).**

34. **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 bajo autorización previa del Departamento Médico de la Central de Servicios de Asistencia en caso tal que se determine que con las mismas el pasajero 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, y que el tratamiento actual tenga alguna vinculación directa o indirecta con la dolencia previa motivo del viaje, la Aseguradora quedará exonerada de prestar sus servicios. A tal fin la Aseguradora se reserva el derecho de investigar la conexión del hecho actual con la dolencia previa.

CLÁUSULA DÉCIMA- VIGENCIA DE LA PÓLIZA

La vigencia queda estipulada en la Carátula de la Póliza.

La finalización de la vigencia, implicará el cese automático de todos los beneficios, prestaciones, o servicios en curso o no, incluyendo aquellos casos o tratamientos iniciados al momento o antes del término de la vigencia.

CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA– PAGO DE PRIMA Y PERIODO DE GRACIA

El Asegurado Principal es responsable del pago a tiempo de la prima. La prima es pagadera en la fecha de inicio de vigencia de la Póliza o en cualquier otra fecha de pago que haya sido autorizada por La Aseguradora. El Asegurado Principal es responsable del pago sin necesidad de requerimiento previo por parte de La Aseguradora.
Si el pago de la prima no es recibido en la fecha de pago, La Aseguradora concederá un período de gracia de treinta (30) días calendario contados a partir del día siguiente a la fecha en que debió efectuarse el pago. Si la prima no es recibida por La Aseguradora antes de que termine el período

de gracia, esta póliza y todos sus beneficios se considerarán terminados en la fecha original del vencimiento de la prima. En este último caso, ningún beneficio será proporcionado durante el período de gracia.

CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA – BENEFICIARIO

En virtud del presente contrato queda entendido y convenido, que el Asegurado Principal puede nombrar uno o más Beneficiarios para la Cobertura de Muerte Accidental, y tiene derecho a modificarlos las veces que desee, sin necesidad del consentimiento de los mismos.

La indemnización por las pérdidas amparadas en los demás beneficios de la cobertura de Viaje cubierta por la presente póliza, serán pagaderas al Asegurado de la póliza.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA – OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

El Asegurado está obligado a declarar por escrito a la Aseguradora, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones del contrato de seguro, tales como los conozca o deba conocerlos, en el momento de formular la solicitud.
La omisión, falsa o inexacta declaración de los hechos a que se refiere el párrafo anterior facultará a La Aseguradora para terminar el contrato de seguro. Para el efecto, La Aseguradora, dentro del mes siguiente a aquel en que conozca la omisión o inexacta declaración, deberá notificar al asegurado que da por terminado el contrato. Transcurrido el citado plazo sin que se efectúe la comunicación, La Aseguradora perderá el derecho de invocarla. Si se produce el siniestro antes de que La Aseguradora haya efectuado la notificación de la terminación del contrato, y el asegurado ha obrado sin mala fe ni culpa grave, la suma asegurada se reducirá, si el riesgo fuere asegurable, a la que se hubiere obtenido con la prima pagada de no haber habido omisión o declaración inexacta. Si el riesgo no fuere asegurable, La Aseguradora quedará liberada del pago del siniestro.

CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA – EXTENSIONES DEL VIAJE

En caso de que el tiempo de vigencia del plan contratado haya vencido y el Asegurado requiera extender su tiempo de permanencia en el exterior, la Aseguradora se reserva el derecho de autorizar una nueva emisión de un nuevo plan con las características, vigencia y precios, quedando establecido que se trata de un nuevo contrato y no de una renovación.

CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA – OBLIGACIONES DEL ASEGURADO AL MOMENTO DE UN SINIESTRO

De necesitar asistencia, e independientemente de su situación geográfica en estricta concordancia con el resto de las cláusulas de este condicionado general, el Asegurado contactará a la Central de Servicios de Asistencia de la Aseguradora. Para poder comunicarse con dicha central por vía telefónica, el Asegurado debe solicitar la llamada por cobrar o llamar directamente a la Central de Servicios de Asistencia en los números habilitados por los países indicados en la Carátula de la Póliza.

En caso tal de existir cobro por llamar a la Central de Servicios de Asistencia, La Aseguradora le reembolsará al Asegurado el costo de la llamada; para ello solicitamos guardar el comprobante o factura por el pago de dicha llamada, donde esté reflejado el cobro a alguno de los números indicados abajo.

Es obligación del Asegurado siempre llamar y reportar la emergencia. En los casos en que el Asegurado no pueda hacerlo personalmente deberá y podrá hacerlo cualquier acompañante, amigo o familiar pero siempre la llamada o aviso deberá hacerse a más tardar dentro de las veinticuatro (24) horas de haber sucedido la emergencia.

En todos los casos, para la obtención de los servicios el Asegurado debe:

1. Solicitar y obtener la autorización de la Central de Servicios de Asistencia antes de tomar cualquier iniciativa o comprometer cualquier gasto en relación a los beneficios otorgados por el plan contratado. En los casos donde no se haya solicitado la autorización a la central ni se haya obtenido la autorización, no procederán reembolsos algunos, ni darán derechos a reclamos.
2. Queda claramente entendido que la notificación a la central 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 de la Central de Servicios de Asistencia.
3. El Asegurado acepta que la Aseguradora se reserva 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 como medio de prueba en caso de existencia de controversias respecto de la asistencia prestada.
4. Si el Asegurado o una tercera persona no pudiera comunicarse por una circunstancia o razón involuntaria con la Central de Servicios de Asistencia antes de ser asistido, el Asegurado o una tercera persona, con la obligación ineludible, deberá informar a más tardar dentro de las veinticuatro (24) horas de producido el evento. No notificar dentro de las veinticuatro (24) horas correrá en contra del Asegurado.
5. Aceptar y acatar las soluciones indicadas y recomendadas por la Central de Servicios de Asistencia 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.
6. 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 la evaluación del caso.
7. En todos aquellos casos en que la Aseguradora lo requiera, el Asegurado deberá otorgar las autorizaciones para revelar su historia clínica completando el Record Release Form que el centro médico solicitará firmar y devolverá por fax a la Central de Servicios de Asistencia. Asimismo, el Asegurado autoriza en forma absoluta e irrevocable a la Aseguradora a requerir en su nombre cualquier información médica a los profesionales tanto del exterior como del país de su residencia, con el objetivo de poder evaluar y eventualmente decidir sobre la aplicabilidad de las restricciones en casos de enfermedades o condiciones preexistentes o de la afección que haya dado origen a su asistencia. Recomendamos en forma especial al Asegurado llenar siempre el Formulario cuando se registren en un centro hospitalario, eso será de gran ayuda en los casos de reembolsos y/o en la toma de decisiones sobre determinados casos que requieran del estudio del historial médico del paciente.

Nota: En algunos países y principalmente en los Estados Unidos de Norteamérica y Europa, debido a razones de estandarización informática la mayoría de los centros médicos asistenciales tales como hospitales, consultorios, clínicas, laboratorios suelen enviar facturas y/o reclamos de pago a los pacientes atendidos, inclusive aun después de que las cuentas o facturas haya sido pagadas y saldadas. En caso de que ello ocurra, el Asegurado deberá contactar la oficina de la Central de Servicios de Asistencias y notificar esta situación. La Central se encargará de aclarar dicha situación con el proveedor.

CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA – PAGO DE RECLAMO

La Aseguradora deberá:

1. Cumplir las prestaciones y beneficios descritos en las Condiciones Generales de eventos cubiertos en el plan contratado durante la vigencia de la Póliza.
2. **La Aseguradora queda expresamente liberada, exenta y excusada de cualquiera de sus obligaciones y responsabilidades en caso de que el Asegurado sufra algún daño o solicite asistencia a consecuencia y/o derivada de caso fortuito o de fuerza mayor, la cuales se citan a título de ejemplo y no taxativamente: catástrofes, sismos, inundaciones, tempestades, guerra internacional o guerra civil declaradas o no, rebeliones, conmoción interior, insurrección civil, actos de guerrilla o anti guerrilla, hostilidades, represalias, conflictos, embargos, apremios, huelgas, movimientos populares, lockout, actos de sabotaje o terrorismo, disturbios laborales, actos de autoridades gubernamentales, etc.; así como problemas y/o demoras que resulten por la terminación, interrupción o suspensión de los servicios de comunicación.** Cuando elementos de esta índole interviniesen y una vez superados los mismos, la Aseguradora se compromete a ejecutar sus compromisos y obligaciones dentro del menor plazo posible.
3. La Aseguradora se obliga a analizar cada solicitud de reembolso para determinar si es procedente y en consecuencia reintegrar los montos que correspondieren de acuerdo a las presentes condiciones generales y montos de cobertura del Plan contratado. Todas las compensaciones y/o reintegros y/o demás gastos que vayan a asumirse por la Aseguradora, en el marco del presente contrato, podrán ser abonados en moneda local.

Los tiempos establecidos para el procesamiento de un reembolso son:

- **a.** El Asegurado tiene hasta treinta (30) días continuos a partir del día finalización de la vigencia de la Póliza para presentar la documentación y respaldos necesarios para iniciar el proceso del reembolso. Después de ese plazo, no se aceptarán documentos para tramitar ningún reembolso.
- **b.** Una vez recibidos los documentos, la Aseguradora tiene hasta cinco (5) días continuos para solicitar cualquier documento faltante que no haya sido entregado por el Asegurado.
- **c.** Con todos los documentos necesarios en mano, la Aseguradora procederá durante los siguientes cinco (5) días hábiles a analizar el caso y emitir la carta de aprobación o negación de dicho reembolso.
- **d.** Siendo procedente el reembolso, la Aseguradora procederá a efectuar el pago en diez (10) días, posteriores a la fecha de recepción de los datos completos vía escrita para la realización de la transferencia.

Nota: Los reembolsos pagados directamente por la Aseguradora pueden hacerse a través de transferencia bancaria, giro postal o cheque. La Aseguradora asumirá los gastos generados por la agencia de giro postal, el envío del cheque, así como los cobros directos de su entidad bancaria; cargos adicionales realizados por el banco del Asegurado serán cubiertos por el mismo.

CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA – TERMINACIÓN ANTICIPADA

Este contrato podrá darse por terminado anticipadamente mediante notificación por escrito con quince días calendario de antelación a la fecha en que se pretenda cesar sus efectos. La Póliza terminará a las doce horas meridiano (medio día) del día señalado.

Cuando el Asegurado lo dé por terminado, La Aseguradora tendrá derecho a la parte de la prima que corresponda al tiempo durante el cual el seguro hubiere estado en vigor devolviendo al asegurado la prima no devengada de la póliza menos los costos administrativos surtiendo efecto la terminación en la fecha que sea presentada la notificación por parte del asegurado.

Cuando La Aseguradora lo de por terminado, lo hará mediante notificación fehaciente al Asegurado surtiendo efecto la terminación del seguro después de quince (15) días de practicada la notificación.

La Aseguradora realizará la devolución de la prima no devengada de la póliza menos los costos administrativos que se encuentre vigente a la fecha de terminación, siempre y cuando no haya tenido ni un solo siniestro, surtiendo efecto la terminación del seguro después de quince (15) días de practicada la notificación.

La Aseguradora podrá cancelar la póliza sin devolución de prima, una vez realizada indemnización al Asegurado derivada de la activación de alguna cobertura o beneficio de su póliza de Seguro.

CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA – AGRAVACIÓN DEL RIESGO

El Asegurado deberá dar aviso por escrito a la Aseguradora, durante la vigencia del seguro, cualquier agravación esencial, considerada esta como aquellos hechos importantes para la apreciación del riesgo asegurado, que de conocerlos, la Aseguradora hubiera celebrado el seguro en condiciones diferentes. Si se omite dicho aviso dentro de quince (15) días hábiles siguientes de que tenga conocimiento de la agravación del riesgo, se procederá conforme a lo establecido en los artículos 909, 910 y 912 del Código de Comercio de Guatemala.

CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA– RENOVACIÓN

La vigencia es por el período contratado en el plan contratado por el Asegurado y no existirá la renovación automática de la póliza. No obstante, la Aseguradora, si lo estima conveniente, podrá renovar la póliza cinco (5) días antes de la fecha de vencimiento de la misma.

CLÁUSULA VIGÉSIMA – PRESCRIPCIÓN

Todos los derechos y acciones que deriven de esta Póliza, prescribirán en dos (2) años contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen y si el beneficiario no tiene conocimiento de su derecho, la prescripción se consumará por el transcurso de cinco (5) años, contados a partir del momento en que fueron exigibles las obligaciones de la Aseguradora.

CLÁUSULA VIGÉSIMO PRIMERA – RESOLUCIÓN DE ASUNTOS LITIGIOSOS

El Asegurado, el o (los) beneficiarios y la Aseguradora **renuncian al fuero de sus respectivos domicilios** y se someten expresamente a los tribunales competentes de la República de Guatemala, para todo litigio proveniente del Contrato.

CLÁUSULA VIGÉSIMO SEGUNDA– NOTIFICACIONES

Toda notificación entre La Aseguradora y el asegurado deberá hacerse por escrito a los últimos domicilios registrados en la póliza, y es obligación de las partes notificar cualquier cambio de domicilio durante la vigencia de la misma.

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCERA– OTROS SEGUROS

Si al momento de la reclamación del beneficio por emergencia médica otorgado en la presente póliza estuviera amparada total o parcialmente por otros seguros, en esta u otras aseguradoras o instituciones, el asegurado no podrá recibir más del cien por ciento (100%) de los gastos reales incurridos, sea por un seguro o por la suma de varios.

Es obligación del Asegurado informar a La Aseguradora de otros seguros que tengan la misma índole.

CLÁUSULA VIGÉSIMA CUARTA- SUBROGACION

La Aseguradora, una vez efectuadas las prestaciones, podrá ejercitar los derechos y acciones que por razón del siniestro correspondieran al Asegurado frente a las personas responsables del mismo, hasta el límite de aquellas, y sin que tal derecho pueda ejercitarse en perjuicio del Asegurado. El Asegurado será responsable de los perjuicios que, con sus actos u omisiones, pueda causar a La Aseguradora en su derecho a subrogarse.

La Aseguradora no tendrá derecho a la subrogación contra ninguna de las personas cuyos actos y omisiones den origen a responsabilidad del Asegurado, de acuerdo con la ley, ni contra el causante del siniestro que sea, respecto del Asegurado, pariente en línea directa o colateral dentro del tercer grado civil de consanguinidad, padre adoptante e hijo adoptivo que convivan con el Asegurado. Esta norma no tendrá efecto si la responsabilidad proviene de dolo o está amparada mediante un contrato de seguro. En este último supuesto, la subrogación estará limitada en su alcance de acuerdo con los términos de dicho contrato.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA - LUGAR Y PAGO DE INDEMNIZACIÓN

La Aseguradora hará el pago de la indemnización en el curso de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha en que haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación, que estén completos los requisitos contractuales y legales y que no exista desacuerdo en la liquidación e interpretación de las cláusulas de la póliza.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA – LÍMITE TERRITORIAL

Las coberturas referidas se extenderán a cualquier país del mundo, siempre que la permanencia del asegurado en el extranjero, por motivo del viaje, no sea superior al período de días contratado, a excepción de países en guerra o países bélicos.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SÉPTIMA – MONEDA

Todos los pagos realizados por el Asegurado y La Aseguradora, deben ser ejecutados en la moneda estipulada en la Carátula de la Póliza.

CLÁUSULA VIGÉSIMA OCTAVA – REHABILITACIÓN

Si la póliza ha sido cancelada o anulada, no aplicará la rehabilitación.

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 423-2019 del 29 de marzo del 2019, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.