SOLICITUD DE SEGURO

Seguro de Viaje

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (Si la solicitud es aceptada, él será el ASEGURADO TITULAR)

Primer nombre	Segundo nombre	Otros nombres
Primer apellido	**Segundo apellido**	**Apellido de Casada**

Tipo de documento de identificación:	Número de documento de identificación:

Nacionalidad:	Otra nacionalidad:	Fecha de nacimiento (dd/mm/aa):	Edad:

Lugar de nacimiento:	Número de identificación tributaria	Estado civil:

Dirección de domicilio del Solicitante:

zona	Municipio	Departamento	País

No. de celular	Teléfono de domicilio	Sexo:	E-mail/correo electrónico
		M☐ F☐	

Ocupación o empleo actual:	Lugar de trabajo:
Detalle de actividad laboral:	**Ingresos mensuales:**

2. DATOS DE CONTACTO EN VIAJE

Nombre de contacto de emergencia

Teléfono(s): _____ E-mail/correo electrónico: _____

3. PLAN DE SEGURO QUE SOLICITA

Fecha de inicio de viaje: _____ Fecha fin de viaje: _____

País Origen: _____ País destino: _____

Cobertura ☐ Individual ☐ Familiar Número de Solicitante(s): _____

** En caso de plan familiar deberá completar la solicitud correspondiente.

Seleccione un Plan

☐ Plan por Viaje	☐ Plan Anual Multiviaje	☐ Plan nacional	☐ Plan estudiante
Plan	Plan	Plan	Plan
☐Individual ☐ Familiar	Días máximos por viaje	Por km.	Número de dias por viaje y deducible

Beneficios Adicionales (Marque solo si contratara adicionales a su plan)

☐ Asistencia Médica por Enfermedad preexistente	☐ Práctica deportiva	☐ Futura Mamá
Detalle de enfermedad que solicita cobertura:		Indicar número de semana de gestación (Beneficio aplica como máximo 32)

4. PRIMA A PAGAR, SOLICITANTE

Prima: _____ Moneda: _____ Forma de pago: _____

SOLICITANTE PAGADOR

Facturar a nombre de: _____ NIT: _____

Documento de identificación: _____ Número de documento de identificación: _____

Dirección: _____

5. Información del SOLICITANTE para cumplir con disposiciones de la IVE relacionada con la Ley Contra Lavado de Dinero y Otros Activos

6.1	El Solicitante es Persona Expuesta Políticamente **(PEP):**	Si ☐	No ☐
6.2	Tiene parentesco con una Persona Expuesta Políticamente **(PEP)*/**	Si ☐	No ☐
6.3	Es asociado cercano de una Persona Expuesta Políticamente **(PEP)*/**	Si ☐	No ☐
6.4	El solicitante actúa en nombre propio:	Si ☐	No ☐
6.5	Es Ciudadano o residente permanente de Estados Unidos de América:	Si ☐	No ☐
6.6	Posee documento de identidad Green Card:	Si ☐	No ☐
6.7	Es Contribuyente del Impuesto de Rentas de Estados Unidos de América:	Si ☐	No ☐
6.8	Ingresos mensuales:		

***PEP:** Quien desempeñe o haya desempeñado un cargo público relevante en Guatemala y otro país, un cargo prominente en un Organismo Judicial dirigentes de partidos políticos o nacionales de otro país.

***/** Si la respuesta es positiva, proporcionar información según lo indicado en el Anexo A.III de Persona Expuesta Políticamente (PEP).

6. AUTORIZACIÓN: QUEDA ENTENDIDO Y CONVENIDO QUE:

1. Aseguradora Rural, S.A., se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de seguro.
2. Las respuestas y declaraciones que forman parte de mi solicitud son completas, verídicas, a mi mejor juicio y conocimiento. La omisión, falsa o inexacta declaración hecha en esta solicitud, dará derecho a La Aseguradora a dar por terminado el contrato de seguro.
3. Con presentar una fotocopia o el original de esta Solicitud autorizo:
   I. A cualquier médico, profesional, hospital, clínica, entidad o persona médica o relacionada medicamente para proveer a la Aseguradora la información que ésta requiera, incluyendo registros, cuidados o tratamientos proporcionados a mí o a mis dependientes sin limitación alguna en mi país de residencia o en el exterior.
   II. Autorizo al Centro de llamadas de Emergencias de este seguro a grabar y auditar las conversaciones telefónicas que estime necesarias para el buen desarrollo de la prestación de sus servicios. Acepto la modalidad indicada y manifiesto mi conformidad por la eventual utilización de los registros tecnológicos, grabaciones, correspondencia y afines, como medio de prueba en caso de existencia de controversias respecto de la emergencia prestada.

III. A la Aseguradora para que pueda corroborar la veracidad de toda la información, por cualquier medio legal, incluyendo la lectura del dispositivo incorporado en mí documento personal de identificación.

Con la firma de este Consentimiento autorizo a Aseguradora Rural, S.A., a:

a. Realizarme las pruebas de asegurabilidad que la Aseguradora considere necesarias, para verificar mí estado de salud o mis dependientes, pruebas que deberé realizar en el momento que la Aseguradora me lo indique o antes de la aceptación de mi solicitud.
b. Que me envíen la carátula de la póliza, Anexo(s), Condiciones Generales, Cuadro de beneficios de la carátula de la póliza, Condiciones Particulares que correspondan por medio de comunicación electrónica.

Se firma el presente en _____ a los _____ días del mes de _____ De _____

Nombre del Solicitante Titular _____
Número de documento de identificación personal _____

_____
Firma del Solicitante - pagador

Nombre del Solicitante Pagador _____
Número de documento de identificación personal _____

7. AUTORIZACIÓN

Yo: _____
Autorizo a Aseguradora Rural, S.A., para que se haga el cargo por el importe de la prima de seguro y la periodicidad de pagos convenida:

☐ Caja ☐ Deposito monetario ☐ Depósito Ahorro ☐ Tarjeta de Crédito ☐ Tarjeta débito
Otra: _____

Banco	Número de cuenta	Fecha de débito:

Tarjeta de Crédito/Débito:

Número de tarjeta	Banco emisor	Fecha de vencimiento mes y año	Fecha de débito:

_____
f) Firma del Solicitante

Número de documento de identificación: _____
Lugar: _____ Fecha (dd/mm/aa): _____

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución _____del _____, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

SOLICITUD PLAN FAMILIAR
Seguro de Viaje

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE TITULAR

Nombre del Solicitante Titular

2. INFORMACIÓN DE FAMILIARES

Parentesco	Nombre del Solicitante	
Edad	Fecha de nacimiento	Número de pasaporte

Parentesco	Nombre del Solicitante	
Edad	Fecha de nacimiento	Número de pasaporte

Parentesco	Nombre del Solicitante	
Edad	Fecha de nacimiento	Número de pasaporte

Parentesco	Nombre del Solicitante	
Edad	Fecha de nacimiento	Número de pasaporte

Parentesco	Nombre del Solicitante	
Edad	Fecha de nacimiento	Número de pasaporte

Se firma el presente en _____ a los _____ días del mes de _____ de _____

Nombre del Solicitante Titular _____
Número de documento de identificación personal _____

_____
Firma del Solicitante Titular

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución _____del _____, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

CARÁTULA DE LA PÓLIZA
Seguro de Viaje

En consideración de la Solicitud de Seguro para esta Póliza, ASEGURADORA RURAL, S. A., con domicilio en la Ciudad de Guatemala, República de Guatemala, en adelante "la Aseguradora", de acuerdo a las Condiciones Generales, Cuadro de Beneficios de la Carátula de la póliza y/o los Anexos que forman parte de la presente Póliza, que han sido convenidos de buena fe, celebra este contrato de seguro.

Número de Póliza: _____ Plan: _____

1. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR

Nombre del Asegurado Titular			
Documento identificación	No. documento identificación	Fecha de nacimiento:	Edad:
Dirección de Domicilio del Asegurado:			

2. VIGENCIA Y PLAN

Fecha de inicio de viaje: _____ Fecha fin de viaje: _____

País Origen: _____ País destino: _____

Cobertura ☐ Individual ☐ Familiar Número de Asegurado(s): _____

2.1 Detalle del Plan Contratado:

3. INFORMACIÓN DE ASEGURADO(S) DEPENDIENTE(S) (Solo si es plan FAMILIAR)

Parentesco	Nombre del Asegurado Dependiente	No. de Pasaporte	Edad y fecha de nacimiento			
			Edad	Día	Mes	Año

3.1 Límites de edad de Asegurado(s): _____

4. VIGENCIA Y PRIMA

Fecha y hora de inicio de vigencia: _____ Fecha y hora fin de vigencia: _____

Moneda: _____ Prima a pagar: _____ Forma de pago: _____

5. Instrucciones

En caso de Emergencia comunicarse:

Solicitar SIEMPRE la autorización de nuestro Centro de llamadas de Emergencias para tomar cualquier iniciativa o comprometer cualquier gasto en relación con los beneficios otorgados por el Plan contratado.

Si el Asegurado titular del plan de asistencia presenta un caso de gravedad, por favor dirigirse al Hospital o Centro Médico más cercano. El Asegurado titular del plan o una persona allegada al Asegurado titular del plan deberá comunicarse al Centro de llamadas de Emergencias en un plazo no mayor de setenta y dos (72) horas de haberse originado la emergencia Proporcionando el nombre del Asegurado, número de póliza, teléfono, ciudad donde se encuentra y siga las instrucciones.

La mora en el pago de la prima convenida en la solicitud o anexo(s) que se emitan con fundamento en la póliza, producirá la terminación automática del seguro. La Póliza entrará en vigor en la fecha de inicio arriba indicada.

Se adhieren a esta Carátula los siguientes documentos: Condiciones Generales, Cuadro de Beneficios de la Carátula de la póliza, Anexo(s) contratado(s) y Condiciones Particulares, que serán enviados por medio de comunicación electrónica o por la forma convenida.

Se firma el presente en _____ a los _____ días del mes de _____ de _____

_____
Aseguradora Rural, S.A.

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución _____del _____, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

CUADRO DE BENEFICIOS DE LA CARÁTULA DE LA PÓLIZA

Seguro de Viajes

Número de Póliza: _____ Plan: _____

Nombre del Asegurado Titular: _____

Límite territorial: _____

1. CUADRO DE BENEFICIOS

Cada uno de los beneficios que a continuación son nombrados se encontrarán asegurados siempre y cuando se indiquen en este cuadro de Beneficios, se pague la prima correspondiente y el Asegurado haya solicito su inclusión. Queda entendido y convenido que cualquier cobertura que no sea mencionada, no está asegurada.

Beneficio	Límite Máximo por beneficio

2.	BENEFICIOS ADICIONALES (SI APLICA):
Beneficios cubiertos	

3.	Observaciones

Se firma el presente en _____ a los _____ días del mes de _____ de _____

_____
Aseguradora Rural, S.A.

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución _____del _____, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

CONDICIONES GENERALES
Seguro de Viajes

CLÁUSULA PRIMERA: DEL CONTRATO

Estas Condiciones Generales, la Solicitud, la Carátula, Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza, Anexo(s) 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 ASEGURADORA RURAL, S.A. (en adelante denominada "*La Aseguradora*).

CLÁUSULA SEGUNDA: OBJETO DEL SEGURO

Mediante esta póliza la Aseguradora proporciona al Asegurado y/o Asegurado(s) dependiente(s) servicios de asistencia médica, jurídica y personal únicamente en los casos estipulados en estas Condiciones Generales en casos de emergencias repentinas que ocurran durante el transcurso de un 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 clara, comprobable y aguda que impida la normal continuación de un viaje, siempre y cuando dicha enfermedad no sea una enfermedad o condición preexistente, según las definiciones de las presentes Condiciones Generales, ni tampoco se encuentre en la lista de las exclusiones. Las presentes Condiciones Generales definen la forma de obtener los servicios de asistencia o beneficios adicionales a que puede acceder el Asegurado y/o Asegurado(s) dependiente(s) y su monto, durante la vigencia temporal y en la zona geográfica de validez de dicho plan.

Los planes están diseñados para intentar la recuperación primaria y normal e inicial del Asegurado y/o Asegurado(s) dependientes(s) 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 el Centro de llamadas de emergencias; adelantar tratamientos o procedimientos benignos o de larga duración. Es claramente entendido por el Asegurado y/o asegurado(s) dependiente(s) que su póliza es un producto básicamente de asistencia en viajes; y no lo convierte un seguro médico internacional.

De necesitar asistencia en caso de una emergencia antes de que el Asegurado se comprometa a cualquier gasto o costo de servicios con terceros, deberá contactar directamente o por intermedio de terceros al Centro de llamadas de emergencias. El no cumplimiento de esta norma acarrea la pérdida automática de cualquier derecho de reclamo de parte del Asegurado.

CLÁUSULA TERCERA: ESTIPULACIÓN LEGAL

El Asegurado al recibir la póliza, anexo(s) debe cerciorarse que concuerde con lo solicitado a la Aseguradora, para los efectos de los primeros párrafos del artículo 673 del Código de Comercio de Guatemala que dice textualmente: "En los contratos cuyo medio de prueba consista en una póliza, factura, orden, pedido o cualquier otro documento similar suscrito por una de las partes, si la otra encuentra que dicho documento no concuerda con su solicitud, deberá pedir la rectificación correspondiente por escrito, dentro de los quince días que sigan a aquél en que lo recibió, y se considerarán aceptadas las estipulaciones de ésta, si no se solicita la mencionada rectificación.

Si dentro de los quince días siguientes, el contratante que expide el documento no declara al que solicitó la rectificación, que no puede proceder a ésta, se entenderá aceptada en sus términos la solicitud de este último".

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 CUARTA: ELEGIBILIDAD

4.1 Asegurado:

Para los efectos de esta póliza, se considerarán: Asegurado titular y Asegurado(s) dependiente(s): cónyuge/conviviente o hijo(s), quienes hayan sido declarados en la solicitud de seguro/solicitud plan familiar, o su inclusión posterior a la emisión de la póliza por medio de anexo.

4.1.1	**Asegurado titular:**	El Asegurado Titular es la persona natural cuyo nombre aparece reflejado en la Carátula de la Póliza.
4.1.2	**Asegurado(s) dependiente(s)**	El Asegurado titular podrá contratar una póliza con plan familiar y podrá incluir como dependiente(s) a: **1. Cónyuge o conviviente** del Asegurado titular, no menor de dieciocho (18) años cumplidos; que tengan el mismo domicilio que el Asegurado titular y este dentro de los límites de admisión especificados en la Carátula de la póliza. **2. Hijo(a)(s):** soltero (a)(s) del Asegurado titular, natural, hijastro(a)(s) legalmente adoptado(s), o cuando tenga la tutela legal del menor, y esté dentro de los límites establecidos en la Carátula de la póliza siempre y cuando no sean mayores a 22 años.
4.1.3	**Solicitante pagador:**	Persona natural no menor de dieciocho (18) años de edad quien contrata la póliza y se obliga a pagar la prima correspondiente.

4.2 Límites de edad:

Los límites de edad quedaran estipulados en la Carátula de la póliza. El Asegurado mantiene su condición como tal hasta la fecha fin de vigencia de la póliza; a partir de esa fecha pierde todo derecho a los beneficios y a todos los servicios de asistencia y beneficios de asistencias definidas en estas Condiciones Generales, así como el derecho a cualquier reembolso o reclamo alguno originado en eventos posteriores a tal día. El Asegurado podrá hacer uso de los servicios contratados hasta las 24:00 horas del día de fin de vigencia de la póliza. A partir de esta fecha el Asegurado pierde todo derecho a los servicios de asistencia y beneficios en cuanto a las prestaciones de Asistencia definidas en estas condiciones Generales.

CLÁUSULA QUINTA: VIGENCIA Y LÍMITE GEOGRÁFICO

5.1 Vigencia:

Es el lapso de tiempo en el que Asegurado puede obtener los servicios de asistencia y 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 inicio de vigencia de la póliza, estando el Asegurado en el límite Geográfico cubierto en la presente póliza, hasta las 24 (23:59) horas del día fin de vigencia de la póliza reflejadas en la Carátula de la Póliza. Los servicios de asistencia y beneficios descritos en la presente póliza tendrán validez siempre y cuando la prima este totalmente pagada a la fecha de inicio del viaje e inicio de vigencia de la póliza. El fin de vigencia de la póliza, implicará el cese automático de todos los beneficios, o servicios de asistencia en curso o no, incluyendo aquellos casos o tratamientos iniciados al momento o antes del fin de vigencia de la póliza.

Los planes operan bajo la modalidad de días corridos, por lo tanto, una vez iniciada la vigencia de la póliza no es posible interrumpir la misma. Los periodos de días no utilizados incluidos en la Carátula de

la Póliza no son reembolsables. Una vez vencida la vigencia de la póliza ésta caduca automáticamente y no puede reactivarse posteriormente.

Planes de asistencia anual Multiviajes:

Tienen una vigencia de 365 días en total, sin embargo, el Asegurado con base al tipo de plan anual elegido, solo podrá solicitar servicios de asistencia durante el lapso de días máximo indicado de cada viaje (los días máximos cubiertos fuera del país de residencia se indican en la Carátula de la póliza). Pasado este periodo máximo por viaje, el Asegurado perderá todo beneficio de los servicios de asistencia contratados mientras esté de viaje.

Todo servicios de asistencia o tratamiento cesará y no será responsabilidad de la Aseguradora, una vez que el Asegurado regrese a su país de residencia habitual o territorio cubierto cuando la póliza llegue a su fin de vigencia, la cual estará indicada en la Carátula de la Póliza, salvo las excepciones acá previstas. En consecuencia, si el Asegurado se encontrase hospitalizado en el exterior, la Aseguradora asumirá solamente los costos que por concepto de **hospitalización** sean incurridos, dentro de los límites de la respectiva asistencia de enfermedad o accidente, excluyendo cualquier otro costo de tipo médico de la forma siguiente:

- Hasta 7 días adicionales de extensión de la fecha fin de vigencia de la póliza indicada en la Carátula de la Póliza; hasta que se haya agotado el monto específico del servicio de asistencia y beneficio indicados en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la póliza o hasta que el médico tratante de alta al Asegurado dentro de los siete (7) días de la extensión adicional de la vigencia de la Póliza.
- El Centro de llamadas de emergencias de la Aseguradora le pedirá al Asegurado al momento de atenderlo, copia de su pasaporte por medio electrónico, demostrando la fecha de salida de su país de residencia habitual o territorio cubierto y la fecha de entrada al país desde donde solicita asistencia.

5.2 Extensión de Vigencia de la póliza:

Excepcionalmente a lo antes expuesto, si el Asegurado tuviese que repentinamente extender su viaje, podrá solicitar la ampliación de vigencia o emisión de una nueva Póliza, sujeto a la aprobación previa de la Aseguradora bajo las siguientes condiciones:

a. Que el Asegurado no estuviese utilizando algún servicio de asistencia dentro de la vigencia de la Póliza.
b. Que la fecha de vigencia de la Póliza no haya llegado su fecha fin de vigencia. Si hubiere vencido y de ser autorizada la extensión de vigencia o la emisión de una nueva póliza durante los primeros cinco (*5) días* de la extensión de vigencia o la vigencia de la nueva póliza se considerarán como *período de espera* y exención de responsabilidad para la Aseguradora de prestar servicios de asistencia o beneficios al Asegurado. El periodo de carencia para casos COVID-19 será de 15 días a partir de la emisión de la nueva póliza.
c. Que la extensión de vigencia o la nueva póliza sea autorizado por la Aseguradora y, con detalle de los días adicionales de viaje.
d. Que el pago de la prima se efectué antes de la extensión de vigencia o de la emisión de la nueva póliza.
e. Cualquier extensión de vigencia o nueva póliza, no podrán ser utilizadas bajo ningún concepto para iniciar o continuar el tratamiento y/o asistencia de problemas que ya hubieran surgido durante la vigencia inicial de la Póliza original independientemente de las gestiones o tratamientos en curso que hayan sido autorizados por la Aseguradora.
f. Toda asistencia médica tratada en vigencia de la póliza original pasará automáticamente a ser considerada como preexistencia durante la extensión de vigencia o nueva póliza, por lo tanto no será asumida por la Aseguradora.

La adquisición por parte de un Asegurado o adjudicación a su nombre de uno o más servicios de asistencia médica, no produce la acumulación de los servicios de asistencia o montos de asistencia médica y/o beneficios ni del tiempo en ellas contempladas. En estos casos solo podrán aplicarse los topes establecidos en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza los servicios que sean más beneficiosos para el Asegurado.

5.3 Límite Geográfico:

En el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza, se estipula la cobertura geográfica, pudiendo ser:

1. *Internacional*: cubrirá gastos de la cobertura geográfica indicada en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza será de carácter Mundial o exclusivamente para Europa. En todo caso excluyendo el país de residencia del Asegurado. Se entiende por país de residencia el lugar donde se originó el viaje, tal como se haya documentado con el transportista oficial al exterior.
   Independientemente de donde se encuentre el Asegurado, se le dará el servicio en caso de requerir asistencia de acuerdo al plan contratado.
   Los planes con cobertura específica en la Comunidad Europea también dan derecho al Asegurado a recibir los servicios de asistencia en cualquier otro país (menos el del residencia permanente), si el Asegurado permaneciere más del 50% de su viaje en dicho territorio.
   En caso de que el tiempo de vigencia de la póliza contratada haya vencido y el Asegurado requiera extender su tiempo de permanencia en el exterior, la Aseguradora se reserva el derecho de autorizar una nueva póliza con las mismas características, vigencia y precios, quedando establecido que se trata de un nuevo contrato y no de una renovación.

2. *Nacional*: en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza se indica los kilómetros de cobertura dentro de los límites del territorio nacional. Los servicios de asistencia para este plan con alcance y validez dentro del país de emisión de la póliza contratada, se prestarán dentro de los límites territoriales del mismo y a partir de la cantidad de kilómetros de distancia según se establece en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza, contados desde el lugar de residencia habitual del Asegurado y sólo cuando éste se encuentre transitoriamente de viaje. En todos los casos de asistencia brindada dentro del país de emisión de la póliza contratada, la responsabilidad económica de la Aseguradora será siempre y sin excepción, suplementaria y en subsidio a la responsabilidad económica que pudiere corresponderle al seguro social y/o servicio de salud pública y/o póliza de seguro de cualquier tipo y/o servicio alguno del(os) cual(es) fuere beneficiario el Asegurado.

.

CLÁUSULA SEXTA: COBERTURA DE VIAJE

Este producto tiene servicios de asistencias principales y beneficios adicionales con costo que el Asegurado puede contratar a su elección, cada uno de los servicios de asistencia a continuación nombradas se encontrarán cubiertas siempre y cuando se indiquen y expresen en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza, según el plan contratado, el límite máximo por servicios de asistencia. Queda entendido y convenido que cualquier cobertura nombrada en estas Condiciones Generales que no sea mencionada en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza, no estará amparada en esta póliza.

Plan familiar:

El Asegurado puede contratar planes de asistencia a su grupo familiar, todos y cada uno de los límites máximos estipulados en Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza, serán de aplicación conjunta para todos los integrantes del grupo familiar, con la única excepción de casos de asistencia médica brindada en Europa para los cuales los máximos estipulados en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza serán de aplicación individual para cada integrante del grupo familiar. En virtud de ello (salvo la única excepción arriba indicada) cuando los gastos originados en la asistencia brindada a uno o más integrantes de dicho grupo familiar, alcancen uno o más topes estipulados en el plan elegido, la Aseguradora no asumirá ningún gasto adicional por ese mismo concepto. Asimismo, cuando el plan adquirido bajo esta modalidad incluya alguno de los seguros previstos en las presentes condiciones generales, todos y cada uno de los límites estipulados para cada riesgo en el plan adquirido serán de aplicación conjunta para todos los integrantes del grupo familiar. En virtud de ello, en caso de siniestro la Aseguradora abonará la indemnización que corresponda a prorrata entre los integrantes de dicho grupo familiar.

SERVICIOS DE ASISTENCIAS RELACIONADAS CON LA SALUD

1. Asistencia médica por Accidente.
2. Asistencia médica por Enfermedad no preexistente.

A los efectos de la prestación de las asistencias, citados en los número 1 y 2, se entiende que comprenden los siguientes servicios médicos:

a.	Consultas Médicas:	Se prestarán en caso de accidente o enfermedad aguda e imprevista no preexistente. Dependiendo de la naturaleza, gravedad o urgencia, las asistencias se prestarán a criterio del Centro de llamadas de emergencias, en el hotel o domicilio donde se encuentre el Asegurado o en un consultorio médico cercano al lugar.
b.	Atención por especialistas:	Se prestará únicamente cuando sea indicada y autorizada por el equipo médico del Centro de llamadas de emergencias del área donde se encuentre el Asegurado o por el médico tratante del Centro de llamadas de emergencias. Estos servicios serán prestados en los consultorios médicos de dichos especialistas y no a domicilio como regla general.
c.	Exámenes médicos complementarios	Únicamente cuando sean indicados por el médico tratante y hayan sido previamente autorizados por el equipo médico del Centro de llamadas de emergencias.

d.	Gastos Médicos por Hospitalización	En aquellos casos en que el Asegurado requiera ser hospitalizado debido a la ocurrencia de un accidente o una enfermedad aguda repentina no preexistente, la Aseguradora asumirá los gastos médicos que se incurran por dicha hospitalización, hasta el monto máximo que cubre el plan contrato por el Asegurado. Dichos gastos incluyen: 1.Internaciones: De acuerdo a la naturaleza de la lesión o enfermedad, se procederá a la internación del Asegurado en el centro sanitario más próximo al lugar donde éste se encuentre cuando sea indicado formalmente por el médico tratante y siempre bajo aprobación del Centro de llamadas de emergencias. 2. Intervenciones Quirúrgicas: En los casos de emergencia que requieran en forma inmediata este tratamiento, y que no puedan ser diferidas o postergadas hasta el retorno del Asegurado a su país de origen, siempre y cuando sean autorizadas por el Centro de llamadas de emergencias. Si a juicio de los médicos reguladores del Centro de llamadas de emergencias fuese posible el regreso al lugar de origen para recibir el tratamiento quirúrgico necesario, se procederá a la repatriación del Asegurado, quien estará obligado a aceptar tal solución. En caso de rechazo a la repatriación por el Asegurado perderá todos los beneficios otorgados en la póliza. 3. Terapia Intensiva y Unidad Coronaria: Cuando la naturaleza de la enfermedad o lesión así lo requiera, y siempre con la previa autorización del Centro de llamadas de emergencias se autorizará este servicio.

3. Asistencia médica por Enfermedad Preexistente:

Como regla general, 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 adquirido y en todo caso la Aseguradora reconocerá exclusivamente el costo de la primera consulta clínica en la que se determine la preexistencia de la enfermedad, en aquellos planes y casos que así lo prevean y hasta por las cantidades que se determinan en el plan respectivo. Cualquier otra consulta, tratamiento o procedimiento será por cuenta y costo exclusivamente del Asegurado.

4. Gastos médicos por complicaciones de embarazo:

En caso de emergencia se cubrirá sólo la consulta hasta máximo la semana 28 de gestación. Este servicio de asistencia aplica básicamente para las emergencias que se presenten durante el viaje.

5. Medicamentos recetados:

En los límites de cobertura, la Aseguradora se hará cargo de los gastos de los medicamentos recetados por el Centro de llamadas de emergencias hasta los montos establecidos en los límites máximos por beneficio del plan contratado. Los desembolsos realizados por el Asegurado para la compra de medicamentos previamente autorizados por el Centro de llamadas de emergencias serán reintegrados, dentro de los límites máximo por beneficio cumpliendo el procedimiento indicado por el Centro de llamadas de emergencias y pudiendo demostrar la adquisición de los medicamentos mediante el original de las facturas, copias de las mismas o escaneo deberá enviarlas directamente al Centro de llamadas de emergencias. En aquellos casos donde el Asegurado se hubiese auto-asistido y los reportará dentro

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

6. Emergencia Dental:

En límite máximo por este servicio de asistencia, 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.

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

7. Traslado sanitario y/o Repatriación sanitaria:

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

Se entiende por repatriación sanitaria el traslado del Asegurado enfermo o accidentado desde el lugar en donde se encuentra en el exterior, hasta el aeropuerto de ingreso del país de residencia habitual y en el que se emitió la póliza. Solamente el Centro de llamadas de emergencias podrá autorizar a tomar todas las providencias mencionadas en esta cláusula. En el caso en que el Asegurado, sus familiares o acompañantes decidieran efectuar la repatriación sin solicitar la aprobación previa del Centro de llamadas de emergencias, todos los gastos y consecuencias de dicha acción serán cubiertos por cuenta exclusiva del Asegurado, sus familiares, o acompañantes, sin derecho a reembolso ni reclamo contra la Aseguradora.

La Aseguradora se hará cargo del pago de las diferencias por cambios del boleto/pasaje aéreo. Los gastos por esta prestación médica serán computados a cuenta del límite máximo de gastos por concepto de traslado y repatriación indicado en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza. Este servicio de asistencia comprende su transporte en ambulancia u otro medio de transporte que sea compatible con su estado de salud y aprobado por el Centro de llamadas de emergencias desde el lugar de internación hasta su lugar de residencia con la estructura de apoyo necesaria incluyendo camilla, sillas de rueda, caminador, entre otros.

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

8. Repatriación funeraria:

En caso de fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de la póliza, incluso a causa de una enfermedad preexistente, salvo por causa de un evento no excluido en las Condiciones Generales, la Aseguradora organizará y sufragará la repatriación funeraria desde el exterior, tomando a su cargo los gastos de: féretro simple obligatorio para el transporte internacional, los trámites administrativos y el transporte del cuerpo por el medio que consideren más conveniente hasta el primer lugar de ingreso al

país de residencia habitual del Asegurado fallecido, asumiendo los costos hasta el límite máximo por servicios de asistencia y beneficios especificados en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza. Los gastos de féretro definitivo, trámites funerarios, traslados terrestres o aéreos dentro del país de residencia e inhumación no estarán a cargo de la Aseguradora. Este beneficio no contempla ni incluye en ninguna circunstancia gastos de familiares o individuos acompañantes del Asegurado fallecido.

9. Traslado de familiar por Hospitalización:

En caso de que la hospitalización de un Asegurado, viajando solo y no acompañado, fuese superior a cinco (5) 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, con un monto máximo diario, durante un máximo de días indicados en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza, o hasta el alta del paciente, lo que suceda primero.

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

10. Gastos de hotel por convalecencia:

Cuando de acuerdo con el médico tratante y en común acuerdo con el Centro de llamadas de emergencias el Asegurado hubiese estado internado en un hospital al menos siete días y que a su salida deba obligatoriamente guardar reposo forzoso, la Aseguradora cubrirá los gastos de hotel hasta el límite máximo por servicio de asistencia indicado en su plan de asistencia, con un máximo de días indicados en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza. Dicho reposo deberá ser aprobado por los médicos del Centro de llamadas de emergencias y contemplarán únicamente el cubrimiento del costo de la habitación.

11. Médico virtual/Telefónico:

El Asegurado podrá recibir recomendación(es) 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 hotel o lugar de permanencia o se recomendará ser asistido en centros de urgencias o salas de emergencias, de acuerdo a la severidad de los síntomas que se describan.

12. Segunda opinión médica en viaje:

Cuando durante un viaje al exterior se diagnosticara al Asegurado una enfermedad como de pronóstico fatal, incurable o que compromete gravemente su calidad de vida, o bien cuando el tratamiento propuesto con lleve un elevado riesgo vital, el mismo podrá solicitar a través del Centro de llamadas de emergencias una segunda opinión médica en el extranjero para que un profesional médico estudie la información procedente de su historia clínica y emita el informe respectivo, que será enviado al solicitante. La segunda opinión médica se realiza con los siguientes fines:

Confirmación diagnóstica de enfermedad degenerativa progresiva sin tratamiento curativo del sistema nervioso central, de una enfermedad neoplásica maligna, excepto cánceres de piel que no sean melanoma.

a. Confirmación de alternativas terapéuticas en todas las neoplasias malignas, incluyendo cánceres de piel, tanto al inicio, como a la recidiva o en el momento de aparición de metástasis.

b. Propuesta terapéutica para enfermedad coronaria avanzada de angioplastia múltiple o simple frente a cirugía cardíaca coronaria convencional.
c. Propuesta de cirugía coronaria convencional en situación de riesgo, con o sin circulación extracorpórea, frente a revascularización transmiocárdica con láser, neoangiogénesis o trasplante.
d. En cardiopatía congénita con indicación de cierre o ampliación de defecto congénito por técnica de cardiología intervencionista frente a cirugía convencional.
e. Confirmación diagnóstica de tumoración cerebral o raquimedular.
f. Propuesta de tratamiento quirúrgico en escoliosis de grado mayor idiopática o no idiopática.
g. Confirmación de diagnóstico de enfermedad rara. Se entenderá por enfermedad rara: aquella enfermedad con peligro de muerte o invalidez crónica, incluidas las de origen genético, que tiene una prevalencia baja, es decir, menor de cinco casos por cada diez mil habitantes.
h. Confirmación de alternativas terapéuticas en todas las neoplasias malignas de piel, tanto al inicio como a la recidiva o en el momento de aparición de la metástasis.
i. Confirmación diagnóstica de parálisis cerebral infantil.
j. Confirmación de alternativas terapéuticas en epilepsia refractaria a tratamiento.
k. Confirmación de intervención quirúrgica en los casos de accidentes cerebrovasculares y lesiones trombo embolicas arteriales como alternativa a otro tratamiento.
l. Confirmación diagnóstica o de alternativas terapéuticas sobre patologías oftálmicas que provoquen disminución de la agudeza visual óptima igual o inferior a 0,1 bilateral (Escala de Schnellen) o disminución del campo visual bilateral hasta ser igual o inferior a 10º.
m. Confirmación de alternativa terapéutica quirúrgica en el aneurisma de aorta.
n. Confirmación de alternativas terapéuticas quirúrgicas en cardiopatía isquémica.
o. Propuesta de tratamiento quirúrgico en patologías de la columna vertebral con afectación medular y, en su caso, afectación radicular que afecte gravemente la calidad de vida de los pacientes previamente intervenidos por alguno de los siguientes procedimientos:
    i. Reapertura de sitio de laminectomía.
    ii. Otra exploración y descompresión del canal espinal.
    iii. Escisión o destrucción de lesión de médula espinal/meninges espina.
    iv. Escisión o destrucción de disco intervertebral no específica.
    v. Artrodesis vertebral.
    vi. Refusión vertebral.
    vii. Fusión vertebral circunferencial, acceso con incisión única.
    viii. Inserción de dispositivo de fusión vertebral intersomático.
p. Propuesta de tratamiento quirúrgico en patologías del aparato locomotor que comprometa gravemente la calidad de vida de los pacientes previamente intervenidos por alguno de los siguientes procedimientos: sustitución total de cadera y/o sustitución total de rodilla.
q. Confirmación de alternativas terapéuticas en pacientes incluidos en protocolo de trasplantes.

Este servicio de asistencia podrá ser usado una única vez dentro de la vigencia de la póliza sin importar la duración de la misma. Se incluyen los gastos de envío de la historia clínica y el costo cobrado por el(los) profesional(es) médico(s) para estudiar el caso.

13. Sport/Práctica de deportes amateur:

Se entiende por deportes que se estén practicando de forma recreativa y no para cualquier tipo de competencia, ya sea profesional o amateur, tales como: gimnasia aeróbica, pesca con caña, tiro con arco, atletismo, bádminton, béisbol, basquetbol, bolos, críquet, baile, curling, ciclismo, hasta el nivel 3

kayak, netball, golf, natación, snorkel, patinaje con ruedas, tenis, senderismo, racquetball, patineta, balonmano, squash, voleibol, remo, navegar en aguas costeras, caminatas, fútbol, polo acuático, surf, voleibol de playa, boogie boarding, canotaje, yoga, tenis de mesa.

Adicionalmente el servicio de asistencia de práctica deportiva aplican también a los deportistas profesionales cuando son practicados como miembros de una federación deportiva oficial o equipo profesional y siempre que todos los integrantes en la práctica o competencia estén protegidos por un plan de asistencia internacional específica.

14. Asistencia Psicológica:

Este beneficio consiste en un servicio de apoyo psicológico telefónico las 24 horas del día, para el Asegurado que, a causa de repatriación sanitaria, fallecimiento de un familiar o catástrofe natural hayan sido afectados durante su viaje. Este servicio de asistencia 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 del Asegurado, por lo que no debe utilizarse en ningún caso por parte de este para establecer un diagnóstico o automedicarse, debiendo consultar con los referidos profesionales en cada caso particular.

15. COVID 19:

Aplica para casos de COVID 19 solo y exclusivamente para los planes por viaje, planes anuales multiviajes, con exclusión de cualquier otro plan y privan en caso de conflicto con otras disposiciones que se establezcan en estas condiciones generales, las cuales son aplicables en todo aquello que no sea específicamente contemplado en las presentes Condiciones Generales.

a. Gastos médicos por COVID 19:

La Aseguradora asumirá los gastos médicos derivados en caso que un Asegurado sea diagnosticado con COVID 19 estando de viaje. Esta cobertura incluye los gastos médicos ambulatorios y hospitalarios bajo las siguientes condiciones:

- Solo se ofrecen este servicio de asistencia para los planes por viajes (corta estadía), anuales Multiviajes.
- El límite de este servicio de asistencia, alcance del servicio y suma asegurada se indican en el Cuadro de beneficios de la Carátula de la póliza.

b. Gastos de hotel por cuarentena en hospital por COVID 19:

Cuando el Asegurado fuese diagnosticado con COVID 19 por orden de autoridades oficiales del país visitado, le fuese ordenado guardar cuarentena o aislamiento sanitario en un establecimiento comercial hotelero, la Aseguradora cubrirá los gastos de alojamiento exclusivamente de dicho Asegurado, hasta un máximo de noches y hasta el máximo monto que establezca el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la póliza. No se incluye en dichos gastos los que consuma el Asegurado por alimentación, telefonía, bebidas o afines, así como tampoco los de cualquier examen o prueba de detección de COVID 19.

c. Convalecencia Post Hospitalización:

En caso de requerirse por orden médica que el Asegurado permanezca convaleciente luego de darle el alta por el hospital que lo haya tratado por COVID 19, la Aseguradora, asumirá hasta el límite de noches de hotel en la misma localidad y hasta el límite máximo indicado en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza, incluso si la permanencia en cuarentena en el exterior iniciara durante el periodo de vigencia de la póliza y continuara una vez vencido el mismo. Se excluyen los gastos por alojamiento, hotelero, los referentes a alimentación, lavandería, bar, telefonía o servicios complementarios solicitados al hotel o a terceros.

* Estos servicios de asistencia indicados en los incisos a, b y c, aplican exclusivamente para asegurados menores de 71 años.

SERVICIOS DE ASISTENCIAS RELACIONADAS CON DOCUMENTOS Y EQUIPAJE

16. Orientación en caso de extravío de documentos, equipajes:

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

17. Pérdida de pasaporte (Pasaporte Seguro):

La Aseguradora subsidiará al Asegurado del plan que así lo establezca, hasta el límite máximo por beneficio indicado en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza por los costos que hubiera podido ocasionar la reposición de su pasaporte por hurto o pérdida durante el viaje en el extranjero.

Para hacer efectivo este servicio de asistencia, el evento debe haber sido informado al Centro de llamadas de emergencias dentro de las setenta y dos (72) horas de ocurrido y el Asegurado deberá presentar a la Aseguradora el comprobante de denuncia otorgado por las autoridades oficiales pertinentes, tanto en país de origen como en país donde ocurrió o detectó el hecho.

18. Compensación por pérdida de equipaje aéreo:

A los efectos pertinentes y sin costo alguno para el Asegurado, la Aseguradora indemnizará al Asegurado de un plan de asistencia que contemple este servicio de asistencia, una suma igual complementaria a la que paga o reconoce la aerolínea, hasta el límite máximo por servicios de asistencia indicado en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza por pérdida definitiva de equipaje.

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

- Que la línea aérea y el Centro de llamadas de emergencias hayan sido notificadas del hecho por el Asegurado dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la denuncia de extravío ante el transportista responsable, siguiendo las instrucciones descritas más abajo.
- Que el equipaje se haya extraviado durante su transporte en vuelo regular internacional. Este beneficio no aplica cuando la pérdida se origina en un trayecto de vuelo nacional dentro del país de residencia, ni de vuelos chárter o fletados, aviones particulares o militares, o cualquier vuelo que no tenga un itinerario fijo publicado que opere regularmente, así como tampoco cuando la pérdida se origina en vuelos domésticos en el exterior.
- Que el equipaje haya sido debidamente registrado, etiquetado y despachado en la bodega del avión y haya sido debidamente presentado y entregado al personal de la aerolínea en el despacho de la terminal. La Aseguradora, no indemnizará al Asegurado, por la pérdida de equipaje de mano de cabina o cualquier otro bulto que no haya sido debidamente registrado ante la aerolínea y haya sido transportado en la bodega del avión.
- Que la pérdida del equipaje haya ocurrido entre el momento en que el mismo fue entregado a personal autorizado de la línea aérea para ser embarcado y el momento en que debió ser devuelto al pasajero al finalizar el itinerario.
- Que la línea aérea se haya hecho cargo de su responsabilidad por la pérdida del mencionado equipaje y haya pagado al Asegurado la indemnización prevista por ella. No tienen derecho a

esta compensación las pérdidas ocurridas en transporte terrestre entre los aeropuertos y los hoteles o domicilios. La Aseguradora no podrá indemnizar al Asegurado cuando este no haya aun recibido la indemnización de la aerolínea.

- La compensación por pérdida total del equipaje se limitará a un solo equipaje entero y completo faltante en forma definitiva y a un solo Asegurado damnificado. En el caso de que el equipaje faltante estuviera registrado a nombre de varios Asegurados, la compensación será prorrateada entre los mismos, siempre que incluya los correspondientes números de boletos de cada uno. No se indemnizan faltantes parciales del equipaje.
- En caso de que la línea aérea ofreciera al Asegurado como indemnización la posibilidad de optar entre percibir un valor en dinero o uno o más pasajes u otro medio de compensación, la Aseguradora procederá a abonar al Asegurado la compensación económica correspondiente y complementaria por extravío de equipaje, una vez que dicha opción sea ejercida.
- El Centro de llamadas de emergencias intervendrá en calidad de intermediario facilitador entre la aerolínea transportadora y el Asegurado, por lo tanto, no podrá ser considerado ni tomado como responsable directo de dicha pérdida, ni de la búsqueda del equipaje. Las aerolíneas se reservan el derecho de aceptar o no los reclamos de la Aseguradora y en términos generales pueden exigir que las reclamaciones sean puestas directamente por los Asegurados y no permitir la intermediación del Centro de llamadas de emergencias.
- Las indemnizaciones serán siempre por concepto de pérdida de bulto completo. La Aseguradora no indemnizará los faltantes parciales de equipaje.
- Las indemnizaciones por conceptos de pérdida total de equipaje se abonarán únicamente en el país donde se adquirió la póliza. A la firma de la aceptación del presente acuerdo el Asegurado a ser indemnizado acepta que se le descuente los valores correspondientes a gastos bancarios y financieros resultantes de dichas transacciones. Se deja nota expresa que las demoras de equipaje no tienen derecho a indemnización alguna bajo este servicio de asistencia en particular.

En caso de pérdida de equipaje, siga estas instrucciones:

a. Inmediatamente después de verificar la pérdida de equipaje, comuníquese con la aerolínea o la persona responsable en el área de reclamo de equipaje que está generalmente dentro del recinto de correas, para solicitar y completar la solicitud P.I.R. (Reporte de Irregularidad de Propiedad/ Property Indemnity Report). Exija una copia de la aerolínea y guárdela para sus registros.
b. Comuníquese con el Centro de llamadas de emergencias dentro de las siguientes veinticuatro (24) horas para informar sobre la pérdida de su equipaje, informándole sobre el P.I.R. y su contenido.

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

a. Formulario P.I.R. o Reclamo por pérdida de equipaje original.
b. Documento de identificación o Pasaporte.
c. Fotocopia de la póliza.
d. Fotocopia original del recibo de la indemnización de la línea aérea (cheque, comprobante de pago de la misma) y pasajes aéreos.

19. Compensación por pérdida de equipaje en cruceros:

La Aseguradora sin costo alguno para el Asegurado ha contratado una póliza de seguro con una empresa aseguradora legalmente establecida, como se especifica al final del presente documento, por la cual se indemnizará al Asegurado siempre y cuando tenga contratado de un plan de asistencia, que contemple este beneficio, en forma complementaria a la misma suma que paga o reconoce la naviera, hasta el límite máximo por beneficio 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 naviera y la Aseguradora hayan sido notificadas del hecho por el Asegurado dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la denuncia de extravío ante la transportista responsable, siguiendo las instrucciones descritas más abajo.
- Que el equipaje se haya extraviado durante su transporte a bordo de un crucero.
- Que el mencionado equipaje haya sido debidamente registrado, etiquetado y despachado en la bodega de la embarcación y haya sido debidamente presentado y entregado al personal de la naviera en el despacho del terminal. La Aseguradora no indemnizará al Asegurado por la pérdida de equipaje de mano o de cabina o cualquier otro bulto que no haya sido debidamente registrado ante la naviera y haya sido transportado en la embarcación.
- Que la pérdida del equipaje haya ocurrido entre el momento en que el mismo fue entregado a personal autorizado de la naviera para ser embarcado y el momento en que debió ser devuelto al pasajero al finalizar el viaje.
- Que la naviera 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. No tienen derecho a esta compensación las pérdidas ocurridas en transporte terrestre en los puertos. La Aseguradora no podrá indemnizar al Asegurado cuando este no haya aun recibido la indemnización de la naviera.
- 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 boletos de cada uno. No se indemnizan faltantes parciales de las maletas.
- La Aseguradora intervendrá en calidad de intermediario facilitador entre 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 navieras se reservan el derecho de aceptar o no los reclamos a la Aseguradora, y en términos generales pueden exigir que las reclamaciones sean puestas directamente por los pasajeros y no permitir la intermediación de la Aseguradora.
- Las indemnizaciones serán siempre por concepto de pérdida de bulto completo, la Aseguradora no indemnizará los faltantes parciales de equipaje.
- Las indemnizaciones por conceptos de pérdida total de equipaje se abonarán únicamente en el país donde se adquirió la asistencia del Centro de llamadas de emergencias. A la firma de la aceptación del presente acuerdo el Asegurado a ser indemnizado acepta que se le descuente los valores correspondientes a gastos bancarios y financieros resultantes de dichas transacciones. Se deja nota expresa que las demoras de equipaje no tienen derecho a indemnización alguna.

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

- Formulario P.I.R (Reporte de Irregularidad de Propiedad/ Property Indemnity Report) o reclamo por pérdida de equipaje) original.
- Fotocopia del pasaporte.
- Fotocopia de la póliza.
- Fotocopia original del recibo de la indemnización de la naviera (cheque, comprobante de pago de la misma) y recibos de transporte y documentos del crucero.

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

20. *Compensación por demora en devolución de equipaje:*

La Aseguradora reintegrará al Asegurado cuyo plan de asistencia así lo establezca, mediante la presentación de los comprobantes originales de compras realizadas durante el lapso de demora en la entrega de su equipaje, los gastos ocasionados en la adquisición de elementos de aseo personal y prendas de vestir. Esta prestación se brindará únicamente si el equipaje no es localizado dentro de las seis (6) horas contadas a partir del arribo del vuelo, habiendo notificado al Centro de llamadas de emergencias tal circunstancia, dentro de las veinticuatro (24) horas de reportarse la demora a la aerolínea transportadora y previa autorización que otorgue el Centro de llamadas de emergencias.

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

Este servicio de asistencia opera por reembolso previa autorización del Centro de llamadas de emergencia y regido por los tiempos establecidos en los trámites de reembolso.

21. *Compensación por daño de equipaje:*

Si las maletas del Asegurado sufriesen 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, la Aseguradora otorgará al Asegurado el límite máximo por este servicio de asistencia especificado en el Cuadro de Beneficios de la Caratula de la póliza.

Cabe señalar que, por política de las aerolíneas internacionales comerciales, estos daños reportados inmediatamente al mostrador de las mismas en la zona de aduana o correas de equipajes y antes de salir fuera de dicho recinto, son procesados e indemnizados por dichas empresas, incluso entregando piezas nuevas en el mismo sitio. Por tanto, es preciso hacer este reclamo como se indica.

Para hacer efectivo este servicio de asistencia debe verificarse que la rotura o daño haya ocurrido entre el momento en que el equipaje fue embarcado y el momento en que debió ser entregado al Asegurado al desembarcar. Adicionalmente el caso debe haber sido informado al Centro de llamadas de emergencias dentro de las setenta y dos (72) horas de ocurrido el siniestro y el Asegurado deberá presentar a la Aseguradora 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

SERVICIOS DE ASISTENCIAS RELACIONADAS CON EL RETORNO ANTICIPADO, CANCELACIONES, DEMORA DE VUELOS E INTERRUPCION

22. ***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 un familiar directo dentro del primer grado de consanguinidad (padres, cónyuge, hijo(s) o hermano(s) allí residente, la Aseguradora se hará cargo de la diferencia del costo del pasaje aéreo de regreso del Asegurado a su país de origen, únicamente cuando su pasaje restrinja el regreso con un cargo impuesto por la aerolínea. Esta asistencia deberá acreditarse mediante certificado de defunción del familiar y documento que acredite el parentesco.

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

23. ***Regreso anticipado por siniestro grave en domicilio:***

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

24. ***Gastos por vuelo demorado o cancelado:***

Si una vez en el exterior, cualquier vuelo del Asegurado fuera demorado por más de seis (6) horas consecutivas a la programada originalmente o bien fuese cancelado por la aerolínea transportista, sin que la misma haya dado solución alterna al Asegurado siempre y cuando no exista otra alternativa de transporte durante dicho lapso, la Aseguradora reintegrará hasta el límite máximo especificado en Cuadro de Beneficios de la Carátula de la póliza, los 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 servicio no se brindará si el Asegurado viajara con un boleto/pasaje sujeto a disponibilidad de espacio o si la aerolínea provee al Asegurado de dichos servicios compensatorios. En todo caso el Asegurado deberá notificar al Centro de llamadas de emergencias sobre esta situación dentro de las setenta y dos (72) horas de ocurrido el incidente.

25. **Pérdida o conexión del vuelo o tren - Late arrival:**

Salvo en los casos de cancelación del vuelo o viaje en tren contratado con una aerolínea o línea de trenes comercial, demora de vuelo por parte de la aerolínea o de un recorrido de tren, así como cualquier otra exclusión establecida en las presentes Condiciones Generales, si el Asegurado perdiese la conexión de un vuelo o tren con destino internacional y/o vuelos o trayectos en tren directos al exterior, la Aseguradora asumirá, hasta el límite máximo de responsabilidad especificado en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza, el pago de penalidades a la aerolínea o empresa de trenes respectiva por la emisión, reemisión o compra de nuevo pasaje/boleto, así como por concepto de alimentación, llamadas y hotel al Asegurado con base a los límites de su plan estipulado en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza. Este beneficio aplica incluso en vuelos dentro del país de residencia (excluyendo los vuelos iniciados en la ciudad de residencia habitual del pasajero o los que se originen a menos de 100 kilómetros de distancia de la misma) pero siempre que se trate de conexión con vuelos internacionales.

El Asegurado deberá notificar de este suceso al Centro de llamadas de emergencias el mismo día que sucede el hecho.

Para aplicar a este servicio de asistencia el Asegurado deberá comunicarse desde el aeropuerto o estación de trenes donde se origina la aplicación de servicio de asistencia.

26. Seguimiento de viaje/ crucero:

Exclusivamente cuando el Asegurado no hubiese podido embarcar en la fecha de zarpe inicial programado de su crucero, por causa de un retraso de su vuelo de conexión por más de seis (6) horas, sobre la hora originalmente prevista, la Aseguradora se hará cargo del costo de un pasaje/boleto de avión de ida solamente en clase turista de una línea aérea comercial, desde el aeropuerto más cercano al puerto de embarque hasta el aeropuerto más próximo al siguiente puerto de parada del crucero contratado. Este servicio de asistencia se prestará a modo de reembolso tras presentación de los debidos comprobantes y reclamación ante la aerolínea transportadora, P.I.R. si fuese el caso de todo a criterio de la Aseguradora.

27. Cancelación de viaje contratado:

Sin costo adicional, la Aseguradora ofrece al Asegurado, si su plan que así lo establezca e indique en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza, un seguro de cancelación anticipada de un viaje contratado no iniciado y pagado en su totalidad, así como la interrupción de un viaje iniciado que deba suspenderse y retornar a su país de origen por causa justificada.

La Aseguradora cubrirá hasta el límite máximo por este servicio de asistencia indicado en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza, las penalidades por cancelar anticipadamente o interrumpir un viaje conocido como tours, paquetes turísticos, excursiones, boletos aéreos y cruceros que hayan sido organizados por una agencia de viajes (tour operador) o empresa naviera profesional debidamente acreditada en el destino de dicho viaje. La edad mínima para este servicio de asistencia es de 1 año de edad y la edad máxima hasta 71 años.

En forma excepcional y solamente en caso de fallecimiento de un Asegurado, cuya edad se encuentre comprendida entre los 60 años de edad y menores de 75 años cumplidos, la Aseguradora otorgará el servicio de asistencia aquí establecido.

Para ser acreedor de este servicio de asistencia por cancelación o interrupción, el Asegurado deberá:

a. En el caso de cancelación anticipada, salvo en el caso de los planes anuales, el Asegurado deberá haber contratado la póliza dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes en que se contrate el paquete turístico o crucero deberá haberse adquirido por lo menos con 45 días de anticipación a cada viaje que hubiere programado y pagado totalmente. En todo caso siempre y cuando no haya iniciado el periodo de penalidades publicados por la agencia de viajes o naviera.
b. En el caso de interrupción de un viaje contratado una vez iniciado el itinerario y estadía del Asegurado en el exterior, debe haberse generado la aplicación efectiva de penalidades de cancelación por los prestadores de los servicios pre-contratados y pagados, que reflejen una pérdida total o parcial del precio pagado a uno o más proveedores.
c. Dar aviso al Centro de llamadas de emergencias en un máximo de setenta y dos (72) horas luego de ocurrido el evento que motiva la cancelación.
d. Presentar toda la documentación que la Aseguradora considere para evaluar la cobertura de este servicio de asistencia, incluyendo, pero no limitando a: documento donde se demuestre de forma clara y fehaciente el motivo de cancelación o interrupción del viaje (informe médico, partida de defunción, entre otros), cartas de los respectivos prestadores del servicio, facturas, recibos de pago.

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 en la fecha originalmente contratada. El Asegurado además deberá 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.

El Asegurado deberá obtener de la naviera un comprobante que demuestre el monto de la penalidad efectivamente aplicada 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 que la causal o causales que ocasionaron la cancelación de viaje de crucero es de las cubiertas por el plan y enviar al Centro de llamadas de emergencias toda documentación para su eventual comprobación por parte de la Aseguradora y reembolso de ser procedente.

En el supuesto que el Asegurado acordase con la empresa de crucero cualquier tipo de arreglo, mediante el cual en lugar de que le sean aplicables las penalidades contractuales, pueda viajar en un futuro en otro crucero, el Asegurado perderá automáticamente este beneficio de cancelación.

Son causas justificadas a los efectos del presente servicio de asistencia para el Asegurado:

a. 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 Centro de llamadas de emergencias imposibilite al Asegurado para iniciar el viaje en la fecha contratada originalmente.
b. La convocatoria como parte, testigo o jurado de un tribunal en un proceso judicial a celebrarse en las fechas previstas del crucero.

c. 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.
d. Cuarentena médica como consecuencia de un suceso accidental.
e. Despido laboral comprobado, con fecha posterior a la contratación de la póliza.
f. Convocatoria de emergencia para prestación de servicio militar, médico o público.
g. Si la persona que ha de acompañar al Asegurado en el viaje, entendiéndose como tal(es) a la(s) persona(s) que compartan el mismo camarote de crucero con el Asegurador, o sea(n) familiar(es) de primer grado de consanguinidad (padres, hijos o hermanos) o cónyuge, también poseedor(es) de una póliza 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 servicio de asistencia, la vigencia del mismo comienza en el momento en que el Asegurado adquiere su póliza y finaliza en el momento de inicio de vigencia de la póliza.

28. Acompañamiento de menores de 15 años y mayores de 75 años

Si el Asegurado viajara como única compañía de menores de quince (15) años o de mayores de setenta y cinco (75) años, los cuales también sean Asegurados de un seguro de viajes en la Aseguradora y esté vigente, si debido a causa de enfermedad o accidente constatado por el Centro de llamadas de emergencias se viera imposibilitado para ocuparse de ellos, el Centro de llamadas de emergencias organizará a su cargo el desplazamiento de dichas personas hasta el domicilio habitual en su país de residencia, por el medio que considere más adecuado a criterio de la Aseguradora.

29. 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 diario durante un máximo de días indicados en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.

SERVICIOS DE ASISTENCIAS RELACIONADAS CON TEMAS DE APOYO, AUXILIO LEGAL Y AFINES

30. Línea de consultas 24 horas:

Desde el inicio de vigencia y hasta el fin de vigencia de la póliza, el Asegurado podrá pedir al Centro de llamadas de emergencias, informaciones relativas a obligaciones consulares, sanitarias, turísticas y otras concernientes al país de destino. Igualmente estará a disposición del Asegurado el servicio conserje del Centro de llamadas de emergencias donde fuese aplicable.

31. Transmisión de mensajes urgentes:

La Aseguradora transmitirá los mensajes urgentes y justificados, relativos a cualquiera de los eventos cubiertos en la presente póliza y descrito en las Condiciones Generales.

32. Transferencia de fondos y Transferencia de fondos para fianza legal en caso de accidente de tránsito:

Si durante el viaje, en caso de necesidad imperiosa e imprevista y contra su previo depósito en el banco indicado por la Aseguradora, asumirá el costo que cobre la empresa o entidad remitente de dichos fondos al extranjero, haciendo los tramites que sean necesarios para que dichos fondos que deben ser provisto por familiares o amigos del Asegurado y entregados a la Aseguradora esta gestionará la entrega al Asegurado en el país donde se encuentre de viaje hasta el límite máximo especificado en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza. Este servicio de asistencia será aplicado una sola vez, cualquiera que sea la vigencia de la póliza contratada. Si el Asegurado fuese encarcelado como consecuencia de un accidente de tránsito, la Aseguradora asumirá el costo de transferencia que cobre la empresa o entidad remitente de los fondos al extranjero para hacer frente al pago de la fianza penal, debiendo previamente ser depositado el monto referido en el banco indicado por la Aseguradora, por parte de la familia o amigos del Asegurado. El monto máximo de envió estará determinado en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.

33. Asistencia legal por accidente de tránsito

La Aseguradora tomará a cargo hasta el límite máximo indicado en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza, los gastos de honorarios que ocasione la defensa civil, criminal o penal del Asegurado, con motivo de imputársele responsabilidad por un accidente de tránsito.

34. Servicios de Concierge:

El servicio se encuentra disponible las 24 horas del día, los 365 días del año para asistir al Asegurado en la consecución de información sobre las entradas a espectáculos, arreglos de viaje, renta de vehículos, reservaciones para obras de teatro y cualquier 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 de concierge este servicio es netamente informativo.

CLÁUSULA SEPTIMA: BENEFICIOS ADICIONALES

Beneficios Asistenciales de Adquisición Adicional /Suplementaria. El Asegurado tendrá la opción de adquirir adicionalmente y conjuntamente, pero no por separado, beneficios de asistencia adicionales a los establecidos para cada póliza mediante el pago de un complemento de prima del plan original.

1. BENEFICIO ADICIONAL DE ASISTENCIA MÉDICA POR ENFERMEDAD PREEXISTENTE

En forma excepcional y solamente cuando el Asegurado incluya este beneficio de asistencia médica por enfermedad prexistente, el Centro de llamadas de emergencias asumirá los cargos por las asistencias médicas derivadas de tal condición del Asegurado, hasta el límite máximo especificado en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.

Para tener derecho a la adquisición y poder disfrutar del beneficio indicado anteriormente el Asegurado deberá comprobar que la condición que sufre en forma prexistente y crónica, se ha mantenido estable por lo menos durante los últimos seis (6) meses anteriores al inicio de vigencia de la póliza, entendiéndose como enfermedades incurables, no contagiosas o que funcionalmente produzcan un desorden orgánico, el cual obligue al Asegurado a cambiar su modo de vida. Dentro de las mismas enfermedades se incluyen la hipertensión, diabetes mellitus, patologías renales, enfermedades del colágeno, enfermedades de degeneración osteoarticulares, enfermedades autoinmunes, patologías psiquiátricas y todas aquellas diagnosticadas en o durante los seis (6) meses anteriores y que pueda ser demostrado mediante un certificado de historia clínica legalmente valido y al cual se le pueda demostrar

que se le ha hecho seguimiento médico por lo menos en dos (2) ocasiones durante dicho lapso anterior a la vigencia de la Póliza.

Documentos requeridos en caso de una asistencia internacional:

a. Antecedentes clínicos referidos por una institución médica o personal médico debidamente certificado en el país de origen que muestre los últimos dos (2) exámenes médicos, durante los seis (6) meses anteriores a la vigencia de la póliza, referentes a la patología declarada preexistente, cuya autenticidad pueda ser certificada y cuyo contenido respalda la ausencia de cambios en el curso normal de la enfermedad.
b. Pruebas de laboratorio, imágenes diagnósticas y herramientas de diagnóstico de apoyo relevantes para la patología declarada como preexistente.
c. Información de contacto válida con respecto al tratamiento de médicos o instituciones durante el último año para validar la información proporcionada sobre la patología declarada como preexistente.

Obligaciones del Asegurado bajo este beneficio:

1. El Asegurado deberá seguir todas las instrucciones médicas dadas por el médico tratante asignado por la Central de llamadas de emergencias y tomar todos los medicamentos como forma prescrita y necesaria.
2. Si el Asegurado sufre alguna(s) de las siguientes condiciones: cualquier tipo de cáncer, enfermedades del corazón, renales, enfermedad pulmonar crónica y/o enfermedad hepática crónica, deberá consultar con su médico personal en su país de origen y antes de iniciar el viaje, a fin de obtener una certificación confirmatoria por escrito, de que está en condiciones de viajar por todo el lapso de días protegidos, por el medio de transporte elegido, en el destino(s) elegido(s) y que la condición de su paciente no representa un inconveniente para participar y desarrollar todas las actividades programadas en dicho viaje.

Máximo montos de beneficio: La suma máxima se detalla en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.

Exclusiones específicas de Beneficio adicional de Asistencia Médica por Enfermedad Preexistente

En adición a las exclusiones Generales esta póliza no cubre:

a. 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.
b. Toda enfermedad relacionada con la transmisión sexual, incluyendo, pero no limitando a la sífilis, gonorrea, herpes genital, clamidia, el virus del papiloma humano, tricomonas vaginales, tricomoniasis, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), entre otros.
c. Procedimientos permanentes tales como diálisis, transfusiones, apósitos, cambio de catéteres, dispositivos de liberación de fármacos y similares.
d. Etapas terminales de las enfermedades crónicas no contagiosas.
e. Visitas, procedimientos u hospitalizaciones por enfermedades crónicas no contagiosas que aparezcan por primera vez durante la vigencia de la póliza que no hayan sido divulgadas al principio de dicho plazo y que puedan ser objetivamente comprobadas a través de los hábitos habituales, accesibles y frecuentes mundialmente (incluyendo, pero no limitado a: pruebas de laboratorio, doppler, resonancia magnética nuclear, cateterización, etc.).
f. Los procedimientos , trasplantes, oncología y tratamiento psiquiátrico, audífonos, anteojos, lentes de contacto, puentes dentales, marcapasos, desfibriladores implantables, respiradores para

pacientes externos, dispositivos implantables, equipo desechable específico, entre otros enfermedades causadas por la ingestión de drogas, narcóticos, medicamentos que se toman de forma fiable sin receta, alcoholismo, entre otros.

g. Las lesiones sufridas durante un acto ilícito.
h. El Asegurado no podrá iniciar ni recibirá cobertura en ningún viaje después de recibir un diagnóstico terminal.

2. BENEFICIO FUTURA MAMÁ

Este beneficio podrá ser adquirido para mujeres embarazadas que tengan hasta máximo treinta y dos (32) semanas de gestación. Para proceder a la adquisición de este beneficio adicional a su póliza, se debe solicitar una certificación del médico ginecólogo/obstetra de la Asegurada donde indique la capacidad de la misma para hacer el viaje sin riesgo aparente. El beneficio aplica básicamente para las emergencias relacionadas con el embarazo y 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. Esta prestación solo tendrá una vigencia máxima de treinta (30) días, contados a partir del inicio del viaje al exterior.

Exclusiones específicas del Beneficio Futura Mamá

En adición a las exclusiones Generales esta póliza no cubre:

a. Controles, ecografías, consultas médicas en general, estudios médicos, entre otros, que sean parte de los controles rutinarios del proceso de embarazo y no sean considerados 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 vigencia de la Póliza se realizó posterior a la semana 32 de embarazo.

Máximo montos de beneficio: La suma máxima se aplicará el monto correspondiente según la escala o tabla que se detalla en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.

3. BENEFICIO ADICIONAL DE PRÁCTICA DEPORTIVA

Este beneficio se podrá adquirir opcionalmente y con pago de prima adicional. El mismo proporciona cobertura para los siguientes deportes practicados en forma recreativa (aficionado): Ski/snowboard y deportes de invierno practicado dentro de las instalaciones de regulación en pistas reglamentarias de acceso controlado, ski acuático, pesca en aguas costeras, gimnasia artística, scuba diving, kayaking nivel 3 y 4, hockey de campo, patinaje sobre hielo, paseos a caballo, ciclismo en pistas, maratones, hockey en patines, canotaje.

Para las pólizas con planes por viaje y anuales multiviajes: el monto máximo a que alcanzará el beneficio adicional en caso de accidentes ocasionados en la práctica de estos deportes será el cien por ciento (100%) del límite máximo que por asistencia médica en caso de accidente contemple el plan adquirido por el Asegurado por la vigencia de la póliza y no por evento.

CLÁUSULA OCTAVA: EXCLUSIONES GENERALES

Quedan expresamente excluidos de esta póliza los eventos siguientes:

1. Enfermedades crónicas o preexistentes, definidas, o recurrentes, padecidas con anterioridad al inicio de vigencia de la póliza, 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). Se deja constancia y se informa que los gastos de medicamentos por concepto de enfermedades preexistentes no serán asumidos por la Aseguradora. Se encuentran excluidos los medicamentos por tratamiento de enfermedades mentales o psíquicas o emocionales, aun en los casos donde la consulta médica haya sido autorizada por el Centro de llamadas de emergencias.

2. Se aclara que la Aseguradora no asumirá ningún gasto de internación cuando esta obedezca a una enfermedad preexistente, condición crónica o hacen parte de las exclusiones, salvo aquellas pólizas con planes que contemplen beneficios de preexistencias específicas y se dé cumplimiento a las específicas condiciones de dicha inclusión.
3. En caso se determine que el motivo del viaje fue el tratamiento en el extranjero para una condición crónica o preexistente, el Centro de llamadas de emergencias negará cobertura.
4. 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 en estas Condiciones Generales, salvo en la póliza con planes que contemplen preexistencias.
5. La Aseguradora no cubrirá de ninguna manera, ni en cualquiera de sus planes procedimientos dialíticos, trasplantes, tratamientos oncológicos y psiquiátricos; audífonos, anteojos, lentes de contacto, puentes o prótesis dentales, marcapasos, desfibriladores implantables, respiradores ambulatorios, dispositivos implantables, material descartable especifico, enfermedades producidas por ingestión de drogas, narcóticos, medicinas tomadas sin prescripción médica fehaciente, alcoholismo, entre otros.
6. Enfermedades, lesiones, afecciones o complicaciones médicas resultantes de tratamientos efectuados o llevados a cabo por personas o profesionales no autorizados por el Departamento Médico del Centro de llamadas de emergencias.
7. Los tratamientos homeopáticos, tratamientos de acupuntura, la quinesioterapia, las curas termales, la podología, manicura, pedicura, entre otros.
8. Las afecciones, las enfermedades o lesiones derivadas y ejecutadas en el ejercicio de su profesión u ocupación habitual, intento o acción criminal o penal del Asegurado directa o indirectamente como peleas, riñas, flagelaciones, entre otros.
9. Afecciones, quemaduras o lesiones consecuentes y resultantes de la exposición prolongada al sol o fuentes de calor, químicas, rayos uv.
10. Los tratamientos odontológicos de conductos, endodoncias, cambios de calzas, coronas, prótesis, sellamientos, limpiezas dentales, diseños de sonrisa o cualquier otro tratamiento no especificado claramente en estas condiciones se encuentran excluidos de los servicios de asistencia y beneficios.
11. 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, básquetbol, voleibol, hándbol, 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, entre otros, y otros deportes practicados fuera de pistas reglamentarias y autorizadas por las respectivas federaciones de deportes. Salvo aquella póliza en que se haya agregado el beneficio adicional, la asistencia específica allí determinada para la práctica deportiva, la cual 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.

12. La Aseguradora quedará eximida de toda responsabilidad de prestar sus servicios o asumir costos, si el motivo del viaje del Asegurado fuese la ejecución de trabajos o tareas que involucren un riesgo profesional, por realizar tareas de alta especialización en donde se exponga la vida; o se esté expuesto a sustancias peligrosas; o al manejo de maquinarias pesadas; o que funcionen con gases, presión de aire o fluidos hidroneumáticos; o que requieran habilidades físicas especiales, o donde se vea expuesto a peligro y como consecuencia de ello sufra el Asegurado un accidente o una enfermedad consecuencial; o bien realice labores que de acuerdo con las normas generales de seguridad industrial del país en donde se ejecuten dichos trabajos, las cuales exijan el cumplimiento formal de las mismas previa la ejecución de los mismos, estableciendo responsabilidad patronal para aquella persona natural o jurídica para la cual se ejecuten los mismos. Esta normatividad aplica igualmente a aquellas personas que no estén ligadas laboralmente con una empresa y que actúan por su cuenta; como por ejemplo trabajadores independientes.
13. El Centro de llamadas de emergencias no brindará asistencia de ningún tipo al Asegurado en situación migratoria o laboral ilegal. (Incluyendo trabajo no declarado en el país desde donde se requiere la asistencia).
14. Los partos, abortos, controles ginecológicos, exámenes relacionados con los mismos y también todos los métodos anticonceptivos, salvo en la póliza que contemple el beneficio Futura Mamá, pero en todo caso no se cubren exámenes ni controles rutinarios. Tampoco se cubrirán las pastillas anticonceptivas, inyecciones anticonceptivas, dispositivos intrauterinos o cualquier otro método de planificación familiar.
15. 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.
16. 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 del Centro de llamadas de emergencias.
17. Los eventos y las consecuencias de desencadenamiento de fuerzas naturales, tsunamis, temblores, terremotos, tormentas, tempestades, cenizas volcánicas, huracanes, ciclones, inundaciones, eventos de radiación nuclear y de radioactividad, así como cualquier otro fenómeno natural o no, con carácter extraordinario o evento que, debido a sus proporciones o gravedad, sea considerado como desastre nacional regional o local o catástrofe.
18. El suicidio, o el intento de suicidio o las lesiones infringidas a sí mismo por parte del Asegurado y/o su familia si está asegurada, así como cualquier acto de manifiesta irresponsabilidad o imprudencia grave por parte del Asegurado.
19. Los eventos como consecuencia de actos de guerra, invasión, actos cometidos por enemigos extranjeros o nacionales, terrorismo en todas sus formas, hostilidades u operaciones de guerra (declarada o no), guerra civil, rebelión, insurrección o poder militar, naval o usurpado, la intervención del Asegurado en motines, manifestaciones o tumultos que tengan o no carácter de guerra civil, o sea que la intervención sea personal o como miembro de una organización civil o militar; terrorismo u otra alteración grave del orden público.
20. Los accidentes cuyo origen se deban a impericia, desacato a normas o procedimientos, negligencia, descuido, provocación o la falta de medidas de prevención por parte del Asegurado.
21. Los gastos por concepto de segunda consulta médica, así como la solicitud unilateral del Asegurado al prestador de servicios médicos y recibir los mismos sin haber solicitado y recibido previamente la autorización del Centro de llamadas de emergencias.
22. 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, entre otros.

23. Gastos correspondientes a transportes públicos o privados o desplazamientos pagados por el Asegurado o 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 el Centro de llamadas de emergencias.
24. Las enfermedades derivadas o debidas o consecuentes de las deformaciones congénitas conocidas o no por el Asegurado.
25. Lesiones o accidentes como pasajeros derivados de accidentes aéreos en aviones no destinados ni autorizados como transporte público comercial de itinerario publicado, incluyendo los vuelos fletados particulares o comerciales en cualquier aeronave fletada (chárter).
26. 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.
27. Las enfermedades, o indisposiciones resultantes de trastornos del periodo menstrual en las mujeres, como adelantos o retrasos, así como sangrados, flujos y otros.
28. Problemas relacionados con la tiroides; enfermedades hepáticas, cirrosis, abscesos, hernias, pruebas de esfuerzo y cualquier tipo de chequeo médico preventivo.
29. 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.
30. Están excluidos los accidentes y enfermedades presentadas en países en guerra civil o extranjera. Ejemplo: Afganistán, Siria, Irak, Sudan, Somalia, Corea del Norte, entre otros (la enumeración es taxativa y no enunciativa).
31. El Centro de llamadas de emergencias 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 del Centro de llamadas de emergencias en caso tal que se determine que con las mismas el Asegurado podrá mejorar su condición actual y bajo ningún motivo, podrá exceder las diez (10) sesiones.
32. En caso de constatarse que el motivo del viaje fuera el tratamiento en el extranjero de una enfermedad de base, crónica o preexistente y que el tratamiento actual tenga alguna vinculación directa o indirecta con la dolencia previa motivo del viaje, la Aseguradora quedará relevada de prestar sus servicios. A tal fin la Aseguradora se reserva el derecho de investigar la conexión del hecho actual con la dolencia previa. En casos de constatarse que el motivo del viaje fuera el tratamiento en el extranjero de una enfermedad crónica o preexistente, el Centro de llamadas de emergencias denegará la asistencia.
33. No rige el beneficio de demora de equipaje, ni se otorgará compensación alguna, si la demora del equipaje ocurren en el vuelo de regreso al país donde se haya emitido el boleto/pasaje y/o de residencia habitual del Asegurado.
34. En ningún caso la Aseguradora prestara los servicios de asistencia al Asegurado en aquellos países donde dichos servicios contra vengan de las disposiciones legales vigentes del país donde se presten los servicios de asistencia no serán, mientras que el resto permanecerá válido y vinculante para las partes contratantes.

CLÁUSULA NOVENA: LÍMITES DE SERVICIO

Los límites máximos se establecen para todo el lapso de vigencia de la póliza contratada, por cada servicio de asistencia o beneficio. En ningún caso el monto a asumir por la Aseguradora causado por los servicios de asistencia prestadas durante el lapso de viaje, excederá el monto máximo total del

servicio de asistencia según el plan contratado por el Asegurado y que se indica en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza.

Si se produjera una o más emergencias que fueran asistidas y asumidas por la Aseguradora y que excedieran el monto de un servicio de asistencia en particular, el Asegurado deberá asumir tal excedente.

CLÁUSULA DECIMA: PAGO DE PRIMA Y PERÍODO DE GRACIA

El Asegurado 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 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 servicios de asistencia y beneficios se considerarán terminados en la fecha original del vencimiento de la prima. En este último caso, ningún servicio de asistencia y beneficio será proporcionado durante el período de gracia.

CLÁUSULA DECIMA PRIMERA: OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

Toda omisión, reticencia, declaración falsa o inexacta por parte del Asegurado indicada en la solicitud o cualquier otro documento relacionado con el seguro otorgado por esta póliza, acerca de cualquier circunstancia, que aminore el concepto de gravedad del riesgo o cambie el objeto de este, dará lugar a la terminación del contrato conforme a lo estipulado en el Código de Comercio de Guatemala.

CLÁUSULA DECIMA SEGUNDA: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO AL MOMENTO DE UN SINIESTRO

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

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

a. Notificar al Centro de llamadas de emergencias personalmente o por intermedio de una tercera persona, cualquier circunstancia que requiera de una asistencia, **a más tardar dentro de las 72 horas de producido el evento**. **No notificar dentro de las 72 horas acarrea la pérdida automática de los derechos del Asegurado a reclamar o solicitar indemnización alguna**. De forma excepcional en aquellos casos de que la incidencia hubiese ocurrido durante la travesía en un barco de cruceros y el Asegurado hubiese recibido asistencia abordo, la notificación al Centro de llamadas de emergencias deberá ser efectuada dentro de las 24 horas siguientes de finalizado el crucero.
b. Solicitar y obtener la autorización del Centro de llamadas de emergencias **antes de tomar cualquier iniciativa o comprometer cualquier gasto** en relación a los servicios de asistencia y beneficios otorgados por el plan contratado. Se recomienda anotar los nombres, apellidos y números de autorizaciones que le serán dados por el Centro de llamadas de emergencias. En los casos donde no se haya solicitado la autorización al Centro de llamadas de emergencias, ni se haya obtenido la autorización, no procederá reembolso alguno, ni dará derechos a reclamos.

c. En caso de una situación **donde la vida del Asegurado esté en riesgo o amenazada debido a un accidente o condición médica real y comprobable**, debe acudir al centro médico más cercano para procurar el tratamiento necesario, con la obligación ineludible de informarlo al Centro de llamadas de emergencias en el transcurso de las siguientes 72 horas de ocurrido el evento. En todo caso, si la condición de riesgo vital **no fuere justificada** a criterio del departamento Médico del Centro de llamadas de emergencias y con base al informe médico resultante de dicha emergencia, el Centro de llamadas de emergencias tendrá la opción unilateral de pagar al centro médico participante, el equivalente al pago de los honorarios médicos que hubiere costado asumir en un procedimiento de asistencia ordinario y con un límite máximo de **US$300.00** o bien reembolsarle dicha cantidad límite al Asegurado si este hubiera pagado directamente a dicho Centro.

   Queda claramente entendido que la notificación al Centro de llamadas de emergencias resulta imprescindible aun cuando el problema suscitado se encuentre totalmente resuelto, ya que el Centro de llamadas de emergencias no podrá tomar a su cargo el costo de ninguna asistencia sin el previo conocimiento y autorización del Centro de llamadas de emergencias.

   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 tecnológicos, grabaciones, correspondencia y afines, como medio de prueba en caso de existencia de controversias respecto de la asistencia prestada.

d. Aceptar y acatar las soluciones indicadas y recomendadas por el Centro de llamadas de emergencias 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.

e. 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 al Centro de llamadas de emergencias la evaluación del caso.

f. En todos aquellos casos en que la Aseguradora lo requiera o bien el proveedor interviniente en la asistencia, el Asegurado deberá otorgar las autorizaciones para revelar su historia clínica completando el Record Release Form que le enviará el Centro de llamadas de emergencias y lo devolverá por el medio electrónico convenido. Asimismo, el Asegurado autoriza a la Aseguradora o sus proveedores, 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 dolencias crónicas o preexistentes o de la afección que haya dado origen a su asistencia. Se recomienda en forma especial al Asegurado diligenciar siempre el formulario cuando se registren en un centro hospitalario, lo cual 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 Asegurado.

g. Es obligación del Asegurado entregar a la Aseguradora el/los pasaje(s)/boleto(s) que posea, en aquellos casos en que la Aseguradora se haga cargo de la diferencia sobre el o los pasajes originales y los nuevos emitidos, o cuando procedan a la repatriación del Asegurado cualquiera que fuera el motivo.

h. En los casos de internación u hospitalización, ambulatoria o no, debido a una emergencia súbita durante su viaje al exterior, el Asegurado tiene la obligación de informar a la Aseguradora si cuenta con un seguro médico u otra cobertura afín que le cubra dichos gastos. En consecuencia,

de ser este el caso y estar dicha situación dentro de las previsiones de prestación de servicios de asistencia por el plan contratado, la Aseguradora será la encargada de la coordinación de todo el procedimiento pertinente, comprometiéndose a mantener comunicación con la Aseguradora o similar responsable y la Aseguradora asumirá de ser procedente, los gastos ocasionados hasta el límite máximo del deducible que establezca la póliza de seguros o similar, sin exceder el límite especificado en el cuadro de Beneficios dela Carátula de la Póliza.

NOTA: En algunos países y principalmente en los Estados Unidos de América, y en Europa, debido a razones de procesos 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 por la Aseguradora. En caso de que ello ocurra, el Asegurado deberá contactar la oficina del Centro de llamadas de emergencias enviando un correo electrónico indicado en la Carátula de la Póliza y notificar esta situación. El Centro de llamadas de emergencias se encargará de aclarar dicha situación con el centro hospitalario.

CLÁUSULA DECIMA TERCERA: PAGO DE RECLAMO

La Aseguradora deberá:

1. Cumplir con los servicios de asistencia 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 el límite máximo por servicio de asistencia y beneficio 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.
4. La Aseguradora tendrá el derecho de exigir al Asegurado el reembolso inmediato de todos los gastos indebidamente efectuados, en caso de haberse abonado algún servicio que de haberse comprado previamente la responsabilidad económica o el pago por cualquier tercero, directamente al proveedor del servicio o al Asegurado. El límite máximo de cada servicio de asistencia será el indicado en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la póliza

PROCESO DE REEMBOLSOS

La Aseguradora se obliga a analizar cada solicitud de reembolso para determinar si es procedente y en consecuencia reintegrar los montos que correspondan de acuerdo con las presentes Condiciones Generales, y montos de servicios de asistencia 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, serán abonados en U.S. dólares o moneda local a opción del Asegurado. Los comprobantes necesarios para determinar la procedencia del reembolso deberán incluir: facturas originales de los profesionales y/o centros médicos intervinientes en la asistencia con clara indicación de diagnóstico, historia clínica, formulario de ingreso en caso de internación emitido por el establecimiento asistencial, detalle de prestaciones y facturas de farmacias con descripción de medicamentos adquiridos, que deberán ser coincidentes en calidad y cantidad con los prescriptos por el profesional actuante en la ocasión.

Los tiempos establecidos para el procesamiento de un reembolso son:

I. Siempre y cuando el Centro de llamadas de emergencias haya autorizado gastos a pagar por el Asegurado directamente al proveedor de un servicio, el Asegurado tiene hasta treinta (30) días continuos a partir de ocurrido el evento o suceso que dio origen al servicio de asistencia 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.

II. Una vez recibidos los documentos, la Aseguradora tiene hasta cinco (5) días continuos para solicitar cualquier documento adicional o faltante que no haya sido entregado por el Asegurado.

III. Con todos los documentos necesarios en mano, la Aseguradora procederá durante los siguientes quince (15) días hábiles a analizar el caso y emitir la carta de aprobación o negación de dicho reembolso.

IV. Siendo procedente el reembolso, la Aseguradora procederá a efectuar el pago en diez (10) días hábiles, posteriores a la fecha de recepción de los datos completos vía escrita para la realización de la transferencia bancaria a la cuenta del Asegurado.

V. 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 CUARTA: TERMINACIÓN ANTICIPADA

Tanto el asegurado como la Aseguradora, podrán dar por terminado el contrato anticipadamente sin expresión de causa, con quince días de aviso previo dado a la contraparte. La prima no devengada correspondiente al tiempo durante el cual el seguro no hubiese estado en vigor será devuelta al asegurado.

CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA: AGRAVACIÓN DEL RIESGO

El Asegurado deberá dar aviso por escrito a la Aseguradora, durante la vigencia de la póliza, 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 SEXTA: RENOVACIÓN - REHABILITACIÓN

La vigencia de la póliza es de acuerdo al plan contratado por el Asegurado y no existirá la renovación automática de la póliza.

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

CLÁUSULA DÉCIMO SEPTIMA: 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, contados a partir del momento en que fueron exigibles las obligaciones de la Aseguradora.

CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA: 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 DÉCIMO NOVENA: OTROS SEGUROS

Si al momento de la reclamación del servicio de asistencia o 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: MONEDA

Todos los pagos realizados por el Asegurado y la Aseguradora, deben ser ejecutados en la moneda estipulada en la Carátula de la Póliza y/o Cuadro de Beneficios de la Carátula de la póliza.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA: SUBROGACIÓN

La Aseguradora tiene derecho a la subrogación o reembolso por parte del Asegurado a quien ha pagado, o en cuyo nombre ha pagado, cualquier reclamación, si el Asegurado ha recobrado todo o parte de tal pago de parte de una tercera entidad. Además, la Aseguradora tiene el derecho de proceder a su propia costa en nombre del Asegurado contra terceras personas que puedan ser responsables de causar una reclamación bajo esta póliza, o que sean responsables por haber causado una lesión cubierta bajo esta póliza. Esto aplica proporcionalmente incluso si el Asegurado no recupera el total de su reclamación en contra de dichas personas y también si el pago que el Asegurado recibe se describe como pago por otros gastos que no sean por cuidado y atención médica. Los gastos incurridos por concepto de honorarios legales u otros no podrán descontarse para reducir la cantidad que debe rembolsar a la Aseguradora.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA: PROCEDIMIENTO PARA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS

Negociación:	Las partes acuerdan que cualquier controversia que resulte de este contrato o que guarde relación con el mismo, relativo a su interpretación, incumplimiento, resolución o nulidad se intentará resolver por negociación entre las partes.
Conciliación:	En caso de que las partes no pudieran resolver su conflicto mediante negociación, lo resolverán por mediación en los Centros de Mediación del Organismo Judicial de Guatemala que se encuentran en el territorio nacional. El Centro de Mediación competente será el más cercano a La Aseguradora.
Tribunales de la República de Guatemala:	En caso en que no se pueda resolver por mediación, se resolverá ante los tribunales de la República de Guatemala. Los tribunales competentes son los del Municipio de Guatemala.

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCERA: RESPONSABILIDAD

La Aseguradora, no será responsable y no indemnizará al Asegurado por cualquier daño, perjuicio, lesión o enfermedad causada por haberle brindado al Asegurado a su solicitud, personas o profesionales para que lo asistan médica, farmacéutica o legalmente. En estos casos, la persona o personas (proveedores) designadas por la Aseguradora serán tenidas como agentes del Asegurado sin recurso de naturaleza o circunstancia alguna contra la Aseguradora en razón de tal designación. La Aseguradora se esfuerza para poner a disposición del Asegurado los mejores profesionales de la salud y los mejores medios, sin embargo, no podrán nunca ser tenidos ni total ni parcialmente como responsables por los malos servicios o mala praxis de dichos profesionales o entidades.

CLÁUSULA VIGÉSIMA CUARTA: OFAC

La cobertura excluye expresamente la obligación de pago proveniente de riesgos que impliquen transacciones financieras que le estén prohibidas de conformidad con la reglamentación de "Office of Foreign Assets Control" del Gobierno de los Estados Unidos de Norte América, respecto de cualquier asegurado (persona física, moral o país) que esté incluido en la lista que tal dependencia emite.

CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA: DEFINICIONES

Para los efectos de la presente póliza y sujeto a los demás términos y condiciones de la misma, se entenderá por:

Accidente:	Se entiende por accidente un daño corporal derivado de la acción súbita e inesperada de una causa externa y ajena a la intencionalidad del que consecuencialmente cause directamente una lesión o dolencia a dicho Asegurado en forma independiente de cualquier otra causa.
Asegurado:	El Asegurado Titular es la persona natural cuyo nombre figura en la póliza y tiene es la sola con derecho a recibir los beneficios de la misma. De manera que no puede ceder, transferir o endosar de ninguna manera el mismo en todo o en parte.
Beneficios adicionales:	Son aquellos beneficios exclusivos que el Asegurado tiene la opción de adquirir como adición o suplemento a su póliza y por tanto les protege con dichos beneficios agregados hasta el límite máximo del plan contratado.
Caso fortuito:	Suceso ajeno a la voluntad del obligado, que excusa el cumplimiento de obligaciones. Suceso por lo común dañoso, que acontece por azar, sin poder imputar a nadie su origen.

Catástrofe:	Suceso infausto que altera gravemente el orden regular de las cosas, donde se ven implicadas numerosas personas.
Centro de llamadas de emergencias:	Es la oficina responsable de la coordinación de los servicios solicitados en caso de emergencias, su red de proveedores a nivel mundial y los profesionales médicos que intervienen y toman decisión en todos los asuntos y/o prestaciones brindadas o que vayan a brindarse de conformidad con estas Condiciones Generales.
Deducible:	Representa la suma de dinero que debe asumir el Asegurado con respecto al monto de los servicios de asistencia de índole médica y que figure en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza dicha suma deberá ser pagada por el Asegurado antes o al momento de prestarse los servicios de asistencia.
Dolencia o afección:	Los términos afección y dolencia se entenderán a cualquier efecto en las presentes condiciones generales como enfermedad.
Enfermedad 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, repitiente y persistente en el tiempo, mayor a 90 días de duración.
Enfermedad Preexistente	Todo proceso físico patológico que reconozca un origen o una etiología anterior a la fecha de inicio de la vigencia de la póliza o del viaje (o 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**. Los mismos requieren de un periodo de formación, 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 vigor del servicio de asistencia, aun cuando la sintomatología se presente por primera vez después de haber iniciado el viaje
Enfermedad recurrente:	Regreso, repetición o aparición de la misma enfermedad, luego de haber sido tratada.
Enfermedad repentina o imprevista**:**	Enfermedad imprevista, inesperada y repentina contraída después de la fecha de inicio de vigencia de la póliza y que deriva en un proceso corto y relativamente grave de alteración del estado del cuerpo del Asegurado o de cualquiera de sus órganos, en el cual podría interrumpir o alterar el equilibrio de las funciones normales del mismo y que podría dar lugar a dolor, debilidad u otra manifestación fuera de las funciones normales del mismo y que podría dar lugar a dolor, debilidad u otra manifestación fuera de su conducta normal.
Fuerza mayor:	Circunstancias que por no poderse prever o resistir, exime del cumplimiento de alguna obligación y/o que procede de la voluntad de un tercero.
P.I.R.: Reporte de irregularidad de	En materia de transporte aéreo un Parte de Irregularidad de Equipaje es un documento oficial a disposición de los usuarios (pasajeros) de las compañías

propiedad (Property Indemnity Report).	aéreas para notificar a estas compañías la pérdida, daño o extravío de nuestro equipaje facturado en la bodega del avión (maletas, mochilas, etc.).
Médico tratante:	Profesional médico autorizado por el Centro de llamadas de emergencias que asiste al Asegurado en el lugar donde se hospeda en el exterior o en sus consultorios o instituto clínico.
País de residencia**:**	Se entiende por país de residencia el lugar desde donde se originó el viaje.
Plan de asistencia:	Es el conjunto detallado de los servicios de asistencia en viaje ofrecidos, indicado una enumeración taxativa de los mismos y sus límites monetarios, cuantitativos, geográficos y de edad del Asegurado. El plan de asistencia se encuentra detallado en la Carátula de la Póliza a través del cual el Asegurado ha adquirido el Plan específicamente y en el Cuadro de Beneficios de la Carátula de la Póliza de la póliza detalle de los beneficios adquiridos.
Periodo de espera:	Intervalo de tiempo durante el cual no son efectivas los beneficios asistenciales incluidos dentro de la póliza. Dicho plazo se computa por días a contar desde la fecha de inicio de vigencia de Póliza, siempre que el Asegurado ya se encuentre fuera del país de residencia permanente al momento de contratación.
Límites máximos por servicios de asistencia:	Representan los montos máximos de servicio de asistencia indicados específicamente para cada plan de asistencia contratado y con sus respectivas restricciones.

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución _____del _____, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.