

PSM
INTERNACIONAL

**Condiciones Generales de la
Póliza de Seguro Individual
de Gastos Médicos
PSM Internacional**

Resolución No. 1997 - 2020



ASEGURADORA
GENERAL

RPN

RED DE
PROVEEDORES
NEGOCIADOS

PÓLIZA DE SEGURO INDIVIDUAL GASTOS MÉDICOS INTERNACIONAL

ASEGURADORA GENERAL, en adelante llamada la Compañía Aseguradora, por este medio certifica que el Asegurado Titular cuyo nombre se indica en la carátula de esta Póliza, está amparado por los beneficios que se describen en dicha carátula y en el cuadro de coberturas de la Póliza, los cuales le aplican a él y/o a sus familiares dependientes y que los mismos están sujetos a las estipulaciones enumeradas más adelante.

La Póliza se le emite al Asegurado Titular en consideración a la Solicitud de Seguro presentada a la Compañía Aseguradora y al pago de las primas que se consignan en este documento.

El seguro que acredita esta Póliza entra en vigor a partir de la fecha de vigencia indicada en la carátula.

La presente Póliza reemplaza y deja sin efecto a toda Póliza y/o anexo que se hubiere emitido anteriormente al Asegurado Titular ya nombrado.

En testimonio de lo anteriormente expuesto, la Compañía Aseguradora emite la presente Póliza en la fecha de emisión indicada en la Carátula.



GERENTE O APODERADO

CONTENIDO

SECCIÓN I. CONDICIONES GENERALES

- A. Contrato Completo
- B. Estipulación Legal
- C. Plazo del Seguro
- D. Renovación
- E. Modificaciones a la Póliza
- F. Forma de Pago de las Primas
- G. Periodo de Gracia para el pago de Primas
- H. Rehabilitación
- I. La Compañía Aseguradora puede modificar las tarifas
- J. Moneda
- K. Impuestos y Gastos
- L. Aviso de Terminación anticipada y Reembolso de primas
- M. Notificaciones
- N. Prescripción
- O. Elegibilidad
- P. *Terminación del Seguro Individual*
- Q. *Omisiones o Inexactas declaraciones*
- R. *Agravación del Riesgo*
- S. *Edad*
- T. *Privilegio de Conversión*
- U. *Indisputabilidad*
- V. *Cambio de Plan*
- W. *País de Residencia*
- X. *Cambio de País de Residencia*
- Y. *Revisión de Casos*
- Z. *Subrogación*
- AA. *Arbitraje*
- BB. *Jurisdicción y Competencia*
- CC. *Confidencialidad*
- DD. *Pago de Obligaciones a los Asegurados o Beneficiarios*

SECCIÓN II. COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS

- A. Descripción de la Cobertura
- B. Incrementos de suma asegurada
- C. Definiciones
- D. Descripción de la cobertura de Gastos Médicos
- E. Cobertura de Ayuda de Sepelio
- F. Gastos de Repatriación
- G. Pago de gastos médicos en caso de Fallecimiento o Incapacidad Total y Permanente del titular
- H. Cobertura gratuita para dependientes por fallecimiento de titular
- I. Coordinación de Beneficios
- J. Obligaciones del asegurado en caso de siniestro y pago de reclamo
- K. Limitaciones de responsabilidad
- L. Exclusiones

SECCIÓN III. COBERTURA ADICIONAL DE VIDA

- A. Aplicable al asegurado titular y su cónyuge
- B. Beneficios
- C. Reducciones de Beneficios
- D. Cobertura de Indemnización por muerte accidental o pérdida de miembros
- E. Pago Anticipado de la Cobertura de Vida por Incapacidad Total y Permanente
- F. Cobertura de Ayuda de Sepelio del Asegurado Titular

SECCIÓN IV. COBERTURA ADICIONAL DE ENFERMEDADES GRAVES

- A. Beneficios
- B. Definiciones
- C. Obligación de la aseguradora
- D. Cobertura de Enfermedades Graves
- E. Período de Espera
- F. Exclusiones de esta Cobertura
- G. Fecha de ocurrencia de una Enfermedad Grave
- H. Notificación del reclamo y obligaciones del asegurado
- I. Pago del Reclamo
- J. Período de espera en caso de muerte después de la fecha de ocurrencia de la enfermedad grave
- K. Terminación anticipada de esta cobertura

SECCIÓN V. COBERTURA ADICIONAL DE PLAN DENTAL

- A. Cobertura
- B. Definiciones
- C. Cobertura y Exclusiones
- D. Coordinación de Beneficios de esta cobertura adicional
- E. Contratación del Plan Dental
- F. Período de Espera para Reclamaciones

ANEXO

CONDICIONES GENERALES ASISTENCIA DE VIAJE

CONDICIONES GENERALES

PÓLIZA DE SEGURO INDIVIDUAL DE GASTOS MÉDICOS INTERNACIONAL

SECCIÓN I. CONDICIONES GENERALES

Las condiciones que se detallan en esta sección son aplicables a todos los beneficios que se enumeran en el Cuadro de Coberturas de la Póliza.

A. CONTRATO COMPLETO

Esta Póliza, la Carátula, el Cuadro de Coberturas, la solicitud, las declaraciones adicionales, las condiciones generales, las condiciones particulares y anexos que se emitan simultáneamente con la póliza o que se agreguen posteriormente, constituyen el Contrato de Seguro.

B. ESTIPULACIÓN LEGAL

El Asegurado, al recibir esta Póliza debe cerciorarse que concuerden con la Solicitud presentada a la Aseguradora, para los efectos de los primeros párrafos del artículo 673 del Código de Comercio de Guatemala que dicen 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.

C. PLAZO DEL SEGURO

Durante el primer año, la póliza tendrá vigencia a partir de la fecha que se indica en la Carátula de la misma y terminará el treinta y uno de diciembre del mismo año, quedando como fecha de aniversario el 1ero de enero de cada año. A partir de la primera renovación, la póliza tendrá vigencia de un (1) año y se podrá renovar por períodos anuales mediante el pago de la prima correspondiente.

D. RENOVACIÓN

Esta Póliza podrá ser renovada automáticamente en la Fecha de Aniversario. Las condiciones que apliquen en la renovación en cuanto a tarifas, coberturas, beneficios y/u otros, serán las que la Compañía Aseguradora determine y notifique al Asegurado con por lo menos 30 días calendario previos a la fecha de terminación de la póliza. El pago de la primera prima del periodo de renovación dará por aceptadas las condiciones de renovación por parte del Asegurado Titular y/o el solicitante.

Después del primer año de vigencia, la póliza se podrá renovar indefinidamente por períodos anuales. La aseguradora se reserva el derecho de modificar las tarifas, las coberturas, los beneficios y las condiciones generales que aplicarán durante cada renovación

E. MODIFICACIONES A LA PÓLIZA

Solamente el Representante Legal de la Compañía Aseguradora tendrá autoridad para cambiar, modificar o hacer alguna exención de las condiciones generales y particulares de esta Póliza y sus anexos, en cuyo caso tal acto, para ser válido, deberá constar en un anexo y contar con la firma de dicho representante. y el consentimiento del asegurado titular si procede.

F. FORMA DE PAGO DE LAS PRIMAS

Las primas por la cobertura de esta Póliza son por el término de un año, por lo tanto, la modalidad de pago de las mismas es anual, sin embargo, el asegurado podrá pagarlas de forma semestral, trimestral o mensual.

Las primas se pagarán por adelantado, en las oficinas de la Compañía Aseguradora o por medio de cualquiera de las formas de pago disponibles, incluyendo, pero no limitadas a, tarjeta de crédito, pago en Banco, cargo automático a la cuenta del asegurado o pago por Internet, a cambio de la factura original de la Compañía Aseguradora debidamente refrendada en constancia de tal pago.

Las primas se deberán pagar en la fecha de vencimiento correspondiente, según la modalidad de pago escogida, y ningún pago de prima podrá mantener el certificado en vigor más allá de la fecha en que venza y sea pagadera la siguiente prima.

G. PERÍODO DE GRACIA PARA EL PAGO DE PRIMAS

Si el Asegurado no notifica por escrito a la Compañía Aseguradora que este contrato ha de terminarse, se concederá un Período de Gracia de treinta (30) días para efectuar el pago de cada prima posterior a la primera.

Si alguna prima no se paga antes de que concluya el Período de Gracia, el contrato se dará por terminado, a partir de la fecha en que venció la primera prima no pagada, sin necesidad de aviso o declaración especial de La Compañía Aseguradora.

Durante el período de gracia, el Asegurado no podrá utilizar los servicios de Red de Proveedores, ni le serán reembolsados los reclamos que haya presentado por gastos incurridos durante dicho período, hasta que pague la prima vencida.

H. REHABILITACIÓN

Si la cobertura de esta Póliza termina debido a la falta de pago de las primas, el Asegurado podrá solicitar la rehabilitación dentro de los siguientes noventa (90) días, contados a partir de la fecha en que termina el período de gracia, presentando para tal efecto el formulario de solicitud de Rehabilitación acompañado de la Declaración de Salud y de cualquier otro requisito de asegurabilidad que solicite la Compañía Aseguradora. La solicitud de rehabilitación podrá ser aprobada o rechazada. Si la solicitud de rehabilitación es aprobada, la cobertura será reinstalada a partir de la fecha de vencimiento de la prima no pagada, siempre y cuando las primas adeudadas sean canceladas en su totalidad. La cobertura rehabilitada únicamente aplicará para incapacidades que comiencen después de la fecha de rehabilitación.

I. LA COMPAÑÍA ASEGURADORA PUEDE MODIFICAR LAS TARIFAS

La Compañía Aseguradora se reserva el derecho a cambiar las tarifas, por ajustes inflacionarios, por el nivel de reclamos o por cualquier otro factor que afecte a las mismas, en cualquier fecha de aniversario, para lo cual dará aviso al asegurado con al menos treinta (30) días de anticipación a la fecha de renovación.

J. MONEDA

Todos los pagos relativos a este contrato ya sean por parte del Asegurado Principal o de la Compañía Aseguradora, se efectuarán de conformidad a la moneda con la que se hubiera contratado la misma indicada en la carátula de la Póliza y/o Cuadro de Coberturas.

K. IMPUESTOS Y GASTOS

Todos los impuestos y/o gastos que afecten el pago de las primas y el reembolso y/o pago directo de los reclamos deberán ser pagados por el asegurado.

L. AVISO DE TERMINACIÓN ANTICIPADA Y REEMBOLSO DE PRIMAS

El Asegurado Principal puede cancelar esta Póliza y devolverla a la Compañía Aseguradora dentro de un período de quince (15) días calendario después de haber sido notificado de la aceptación del riesgo por parte de la Compañía Aseguradora. Si no se han hecho reclamos contra la Póliza durante dicho período, la Compañía Aseguradora reembolsará al Asegurado Titular la Prima pagada, menos los costos administrativos correspondientes, y la Póliza quedará cancelada, como si nunca hubiese sido emitida.

La prima no devengada será devuelta al Asegurado conforme las tarifas respectivas, de acuerdo a lo que establece el Artículo No. 907 del Código de Comercio de Guatemala y las disposiciones de la presente Póliza.

En ningún caso las terminaciones se realizarán de manera retroactiva

M. NOTIFICACIONES

Cualquier comunicación que se transmita entre la Compañía Aseguradora y los Asegurados deberá ser efectuada por escrito. Toda comunicación que se dirija a la Compañía Aseguradora deberá ser efectuada en sus oficinas. Los Asegurados serán notificados por los medios y en la (s) dirección (es) consignada (s) en su Solicitud de Seguro.

En caso de que cualquiera de las partes cambie su domicilio, lo notificará por escrito a las demás partes en forma oportuna, y en caso de que esta notificación no sea efectuada, se tendrá por bien hecha la comunicación que se dirija a la última dirección física, de fax o electrónica notificada.

N. PRESCRIPCIÓN

Todos los derechos y acciones que deriven de esta Póliza prescribirán en dos (2) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen y si el Beneficiario no tiene conocimiento de su derecho, la prescripción se consumará por el transcurso de cinco (5) años, contados a partir del momento en que fueron exigibles las obligaciones de la Aseguradora, de acuerdo a lo dispuesto en los Artículos 916, 917 y 918 del Código de Comercio de Guatemala.

O. ELEGIBILIDAD

ASEGURADOS ELEGIBLES

Serán elegibles para participar en este seguro cualquier persona y sus familiares dependientes que se encuentren dentro de los límites de edad establecidos por la Compañía Aseguradora, y que presenten por medio del Solicitante una solicitud por escrito suministrando pruebas de asegurabilidad satisfactorias para

la Compañía Aseguradora, sin costo alguna para ésta, y dicho seguro entrará en vigor en la fecha que la Compañía Aseguradora determine.

FAMILIARES DEPENDIENTES

Para los efectos de esta Póliza, se consideran “Familiares Dependientes”:

- a) Cónyuge legítimo de un Asegurado Titular.
- b) Hijos solteros, hijastros o hijos adoptados legalmente cuyas edades no sean mayores de diecinueve (19) años y que no se encuentren asegurados para recibir los Beneficios de esta Póliza en calidad de Asegurado Titular.
- c) Los hijos recién nacidos tendrán derecho a inclusión automática al seguro a partir del día de su nacimiento, siempre que sean reportados por escrito dentro de los primeros 30 días contados desde el día de su nacimiento, y que la madre o ambos padres hayan estado asegurados bajo esta póliza durante al menos 12 meses continuos al momento del nacimiento.

En caso de que alguna de las dos condiciones anteriores no sea satisfecha, el asegurado deberá suministrar pruebas de asegurabilidad satisfactorias a la Compañía Aseguradora, sin costo alguno para ésta, y dicho seguro entrará en vigor en la fecha que la Compañía Aseguradora determine.

La vigencia de la cobertura del recién nacido estará sujeta al pago de la prima adicional correspondiente.

- d) Los hijos solteros mayores de 19 años pueden ser considerados como familiares dependientes hasta la edad de 23 años, siempre que sean estudiantes de tiempo completo en un colegio, escuela, instituto o en la universidad y que dependan del Asegurado Titular para su sostenimiento.

P. TERMINACIÓN DEL SEGURO INDIVIDUAL

ASEGURADO TITULAR

El seguro de cualquier Asegurado Titular quedará cancelado y sin ninguna validez por cualquiera de las siguientes circunstancias:

- a) Después de 30 días contados desde la fecha de vencimiento de cada prima posterior a la inicial, que resultare no pagada.
- b) En la fecha en que la Compañía Aseguradora reciba aviso por escrito de la cancelación del seguro del Asegurado Titular, con por lo menos 15 días de anticipación.
- c) En la fecha de su fallecimiento.
- d) En la fecha de terminación de la póliza.
- e) Al determinar que el asegurado omitió o declaró inexactamente información en la solicitud de seguro, de conformidad con lo establecido en los artículos 908 y 1,010 del Código de Comercio de Guatemala.

FAMILIARES DEPENDIENTES

El Seguro de cualquier familiar dependiente del Asegurado Titular, quedará terminado por cualquiera de

las siguientes circunstancias:

- a) En la fecha en que termine el seguro del Asegurado Titular por cualquier causa.
- b) En la fecha en que la Compañía Aseguradora reciba aviso por escrito de la cancelación del Seguro del Asegurado Titular.
- c) En la fecha de fallecimiento del Dependiente del Asegurado Titular.
- d) En la fecha en que alguno de los hijos dependientes no cumpla con los requisitos establecidos para los mismos en la descripción de familiares dependientes.
- e) En la fecha de terminación de la Póliza.
- f) En la fecha en que se termine la relación de parentesco con el Asegurado Titular.
- g) En la fecha en que el Asegurado Titular notifique por escrito su deseo de renunciar a la cobertura del familiar dependiente.
- h) En la fecha en que cesen los pagos de las primas correspondientes a la tarifa del dependiente, al vencimiento del período de gracia de éstas.
- i) Al determinar que el asegurado titular omitió o declaró de forma inexacta hechos o información en la solicitud de seguro correspondiente al Asegurados Dependientes, de conformidad con lo que establece los artículos 908 y 1010 del Código de Comercio de Guatemala.

Q. OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

El solicitante está obligado a declarar en la documentación proporcionada por la Compañía Aseguradora, todos los hechos que tengan importancia para la apreciación del riesgo, en cuanto puedan influir en la celebración del contrato, tales como los conozca o deba conocer en el momento de formular la solicitud.

La omisión o inexacta declaración de los hechos a los que se refiere el párrafo anterior serán notificadas al Asegurado dentro del mes siguiente a aquel en que sean conocidas, dando derecho a la Compañía Aseguradora para terminar la cobertura del seguro. La Compañía Aseguradora no tendrá algún tipo de obligación de pagar o reembolsar cantidad alguna por siniestros que hubieran sido o que fueran a ser reclamados en virtud de la aplicación de la cobertura de la Póliza.

La Compañía Aseguradora se reserva el derecho de cancelar la Póliza, en caso compruebe fehacientemente que alguno de los Asegurados ha omitido o declarado inexactamente alguna condición médica que hubiese sido determinante para la evaluación del riesgo al momento de suscribir el contrato, o que bajo cualquier circunstancia requiera la cobertura con datos falsos, si omite información o disimulan hechos referentes al siniestro con la finalidad que la Compañía Aseguradora incurra en un error; aun cuando la circunstancia omitida o inexactamente declarada no haya influido en la realización del siniestro. Conforme a lo establecido en los artículos 880,881 y 908 del código de comercio.

En caso de cancelación de la Póliza de acuerdo a lo indicado en el párrafo anterior:

1. La Compañía Aseguradora no tendrá ninguna obligación de pagar o reembolsar alguna cantidad por siniestros que hubieran sido o que fueran a ser reclamados según las condiciones de la Póliza.
2. La Compañía Aseguradora devolverá únicamente la prima no devengada, y podrá deducir de esta cualquier cantidad reembolsable de los costos de cualquier reclamo que hubiera sido pagado bajo información falsa.

3. El Asegurado deberá devolver a la Compañía Aseguradora cualquier cantidad de dinero que haya recibido por concepto de reclamos, si la Póliza es cancelada por omisión o inexacta declaración al momento de la contratación de la Póliza o al momento del siniestro.
4. En todo caso, la Compañía Aseguradora se reserva el derecho de proceder a través de la vía penal o de cualquier otro proceso contra el Asegurado Principal, sus Asegurados Dependientes o sucesores, por cualquier indemnización que hubiese pagado basándose en todo o en parte en información dolosamente falsa, reticente, engañosa o errónea que hubiese recibido de cualquiera de los Asegurados o sus representantes. El derecho de la Compañía de proceder en contra del Asegurado o sus herederos subsistirá por el período máximo que permita la ley, aún en el caso de que la Póliza ya no se encontrare vigente.

R. AGRAVACIÓN DEL RIESGO

En caso de que el Asegurado Titular conozca hechos o circunstancias, presentes o inminentes, que provoquen la agravación de los riesgos cubiertos por esta Póliza, deberá comunicarlo por escrito a la Compañía Aseguradora dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a entrar en conocimiento de su ocurrencia.

En todo caso, si por cualquier hecho o circunstancia comunicado a la Compañía Aseguradora, ésta determina que los riesgos cubiertos por esta Póliza se han agravado, deberá comunicar al Asegurado el ajuste de prima correspondiente y/o las modificaciones en las coberturas, límites y/o beneficios que procedan, dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a haber entrado en conocimiento de dicho hecho o circunstancia. El Asegurado contará con diez (10) días hábiles para manifestar por escrito su conformidad con la nueva prima y/o las modificaciones en las coberturas, límites y/o beneficios. En caso de no estar conforme, o no efectuar manifestación alguna, la Compañía Aseguradora podrá rescindir y dar por terminada esta Póliza.

En caso de que la agravación del riesgo fuera tal que, de haber existido o haberse conocido al momento de aceptación de la Solicitud de Seguro por parte de la Compañía Aseguradora, ésta no hubiese emitido la Póliza, la Compañía Aseguradora podrá rescindirla y darla por terminada previa comunicación escrita al Asegurado con al menos quince (15) días hábiles de anticipación.

Si no se diere aviso de la agravación del riesgo se procederá conforme a lo establecido en el Código de Comercio en sus artículos 909 y 912.

S. EDAD

El Asegurado deberá indicar su fecha de nacimiento en su Solicitud de Seguro. No obstante, lo anterior, la Compañía Aseguradora podrá exigir en cualquier momento documentos que comprueben la edad del Asegurado. Para los efectos de esta Póliza, se considerará como edad real del Asegurado la que tenía cumplida en la Fecha Efectiva de Vigencia de la Póliza, según su fecha de nacimiento.

Si se comprueba que en la Fecha de Vigencia de la Póliza la edad real del Asegurado se encontraba fuera de los límites de admisión, el contrato quedará rescindido de inmediato para el Asegurado sin responsabilidad alguna para la Compañía Aseguradora.

Si con posterioridad a la Fecha de Vigencia de la Póliza se comprueba que la edad declarada del Asegurado fue incorrecta, pero que su edad real se encontraba dentro de los límites de admisión fijados por la Compañía Aseguradora, se procederá a hacer el ajuste correspondiente en las primas, cobrando o devolviendo las diferencias que se establezcan o podrá modificar las coberturas. En el caso que la edad real fuera menor a la declarada, si el asegurado no está de acuerdo en pagar la nueva prima o no acepta la modificación de la cobertura, la Compañía Aseguradora podrá dar por terminada la Póliza.

T. PRIVILEGIO DE CONVERSIÓN

APLICABLE A FAMILIARES DEPENDIENTES

Todos los familiares dependientes asegurados bajo el beneficio de Gastos Médicos, que dejen de estar asegurados de acuerdo con las condiciones de terminación de esta póliza, tienen derecho a solicitar su inclusión como Asegurados Titulares, si presentan por escrito tal solicitud, sin necesidad de suministrar pruebas de asegurabilidad, siempre que se cumpla con los siguientes requisitos:

- a) Que la condición de terminación del seguro individual no se haya suscitado por falta de pago de primas ni por omisiones o declaraciones inexactas.
- b) Que haya estado asegurado bajo la póliza como mínimo un año ininterrumpido.
- c) Que su solicitud la presente a la Compañía Aseguradora dentro de los 30 días contados a partir de la terminación de su seguro individual.
- d) Que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión establecidos por la Compañía Aseguradora para los seguros individuales de Gastos Médicos y de Vida que entonces emita.
- e) La cantidad del Seguro de Vida a la cual tendrá derecho el Familiar Dependiente será la que ya haya tenido como tal, o en caso de no haber tenido la cobertura, tendrá derecho al mínimo en vigor en esta póliza para Asegurados Titulares en la fecha de su solicitud.
- f) Que la suma asegurada para Gastos Médicos y Plan Dental no sea superior a la que tenía asignada en el Cuadro de Coberturas.
- g) Para los beneficios en los que existan límites definidos como "Máximo Vitalicio" o Máximo Anual, se deducirán las cantidades ya pagadas por dichos beneficios bajo la condición de dependientes.

U. INDISPUTABILIDAD

Las omisiones o inexactas declaraciones del solicitante del seguro, diversas de las referentes a la edad del asegurado, dan derecho al asegurador para dar por terminado el contrato, pero dicho derecho caduca, si la póliza ha estado en vigor, en la vida del asegurado, durante dos años a contar de la fecha de su perfeccionamiento, incremento de suma asegurada o de la última rehabilitación.

V. CAMBIO DE PLAN

Todo Asegurado Titular tendrá la oportunidad de cambiar de Plan a otro nivel de Beneficios, como sigue:

- a) Para cambiar de un Plan de Beneficios Menores a uno de Beneficios Mayores, será necesario que tanto el Asegurado Titular como sus familiares dependientes presenten pruebas de asegurabilidad satisfactorias a la Compañía Aseguradora, sin costo alguno para ésta.

La Compañía Aseguradora de Seguros determinará la fecha en que entrarán en vigor los nuevos beneficios.

- b) Para cambiar de un Plan de Beneficios Mayores a uno de Beneficios Menores, bastará con que el Asegurado Titular lo solicite por escrito y no será necesario presentar pruebas de asegurabilidad.
- c) Sólo se podrán hacer cambios de Plan después de haber transcurrido doce (12) meses continuos de cobertura en el Plan anterior.

W. PAÍS DE RESIDENCIA

Serán elegibles para este seguro cualquier Titular y sus Dependientes que residan dentro del territorio de la República de Guatemala.

X. CAMBIO DE PAÍS DE RESIDENCIA

El Asegurado debe notificar por escrito a la Compañía Aseguradora cualquier cambio de su país de residencia dentro de los primeros treinta (30) días del cambio. Los cambios de residencia del Asegurado fuera del territorio de la República de Guatemala resultarán en la modificación de la cobertura o de las primas, a la sola discreción de la Compañía Aseguradora. La falta de notificación a la Compañía Aseguradora de cualquier cambio de país de residencia del Asegurado puede resultar en la cancelación de la póliza o modificación de la cobertura en la fecha de aniversario, a la sola discreción de la Compañía Aseguradora.

En caso de que el Asegurado resida fuera del territorio de la República de Guatemala por un período mayor de 180 días, la póliza se cancelará automáticamente.

Y. REVISIÓN DE CASOS

Si el Asegurado estuviere en desacuerdo sobre cómo fueron aplicados los beneficios de la Póliza, enviará por escrito una solicitud de revisión a la Compañía Aseguradora junto con toda la información relevante para el análisis del caso en particular. En un plazo máximo de treinta (30) días calendario la Compañía Aseguradora notificará por escrito al Asegurado su decisión y los fundamentos de ésta. Finalizado este trámite, si continúa en desacuerdo el Asegurado podrá emprender contra la Compañía Aseguradora las acciones a las cuales tiene derecho de conformidad con el proceso de Arbitraje contenido en la cláusula AA de esta Sección.

Z. SUBROGACIÓN

El Asegurado Titular transfiere y cede ilimitadamente a la Compañía Aseguradora todos los derechos de recuperar de cualquier fuente, los pagos efectuados al Asegurado Titular y/o a cualquiera de sus Familiares Dependientes por cualquier beneficio cubierto por esta Póliza, resultantes de pérdidas, lesiones o daños que hubieren sido declarados responsabilidad de un tercero. En virtud de este Derecho de Subrogación, la Compañía Aseguradora podrá recuperar los montos desembolsados directamente de los causantes de dichas pérdidas, lesiones o daños, o del Asegurado Titular y/o cualquiera de sus Familiares Dependientes, en caso de que éstos últimos, habiendo sido indemnizados por la Compañía Aseguradora de conformidad con esta Póliza, hubieren además recibido de dichos terceros el resarcimiento de los daños causados.

El Asegurado que renuncie en forma total o parcial a los derechos indemnizatorios que le correspondan en contra de un tercero, sin el consentimiento de la Compañía Aseguradora, perderá el derecho de ser indemnizado por ésta. De igual forma, será responsable del pago de daños y perjuicios a favor de la Compañía Aseguradora, el Asegurado que obstaculice o no coopere con la Compañía Aseguradora en el ejercicio del derecho de subrogación que se le otorga en esta cláusula.

AA. ARBITRAJE

Los contratantes convienen en que toda disputa, controversia o reclamo, que se relacione con la aplicación, interpretación y/o cumplimiento de este contrato, por cualquier causa, deberá resolverse mediante Arbitraje de Derecho, de conformidad con el Reglamento de Arbitraje de la Comisión de Resolución de Conflictos de la Cámara de Industria de Guatemala –CRECIG-, que se encuentre vigente al momento de surgir el conflicto. El Arbitraje será administrado, por la Comisión de Resolución de Conflictos de la Cámara de Industria de Guatemala -CRECIG-, en la ciudad de Guatemala, por medio de un tribunal compuesto de tres

Árbitros, nombrados de conformidad con el Reglamento antes relacionado, y el idioma del arbitraje será el español. El laudo deberá ser cumplido de buena fe y sin demora alguna, por las partes.

BB. JURISDICCIÓN Y COMPETENCIA

Las partes contratantes convienen que cualquier conflicto, disputa o reclamación que surja de o se relacione con la aplicación, interpretación o cumplimiento del presente contrato, será resuelta de conformidad con lo establecido en el inciso que antecede.

Asimismo, para todos los efectos de esta póliza se fija como domicilio contractual y como jurisdicción aplicable la ciudad de Guatemala, República de Guatemala, y como legislación aplicable las leyes de la República de Guatemala, en especial 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. A pesar de que la presente póliza tiene coberturas por servicios médicos prestados fuera de la República de Guatemala, cualquier reclamo o demanda en cualquier vía se deberá sujetar a la jurisdicción y legislación indicadas en esta cláusula.

CC. CONFIDENCIALIDAD

La información de carácter confidencial que el Asegurado brinde a la Compañía Aseguradora, a los intermediarios de seguros o a los proveedores de servicios auxiliares, así como la información que brinde la Compañía Aseguradora al Asegurado, con relación a la Póliza, deberá tratarse como tal, y únicamente podrá ser divulgada a las autoridades competentes que la soliciten legalmente. El uso no autorizado de esa información que provoque algún daño o perjuicio al Asegurado o a la Compañía Aseguradora deberá ser resarcido por el responsable, sin perjuicio de cualquier otra acción legal que corresponda.

El Asegurado tendrá derecho a conocer, en caso de solicitarlo, toda la información que se le brinde a los representantes de la Compañía Aseguradora. Dicha información únicamente podrá ser utilizada por la Compañía Aseguradora con el fin de verificar la asegurabilidad y/o verificar las reclamaciones del Asegurado. El Asegurado tendrá derecho a que dicha información sea rectificadas, actualizada, complementada o suprimida, cuando la misma sea incorrecta o inexacta, o esté siendo empleada para fin distinto del que legítimamente puede cumplir y le cause un perjuicio.

DD. PAGO DE OBLIGACIONES A LOS ASEGURADOS O BENEFICIARIOS

El pago de obligaciones a los Asegurados o Beneficiarios se efectuará de conformidad con el Artículo 901 del Código de Comercio de Guatemala (Exigibilidad del Pago), en los casos no previstos en la Ley de la Actividad Aseguradora o disposición legal en contrario, el pago de la indemnización que resulte del contrato del seguro, será exigible treinta (30) días después de la fecha en que el asegurador haya recibido los documentos e informaciones que permitan conocer el fundamento y la cuantía de la reclamación.

Será nula la cláusula en la que se pacte que la indemnización no podrá exigirse, sino después de haber sido reconocida por el asegurador o comprobada en juicio.

SECCIÓN II. COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS

A. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

Sujeto a los términos y condiciones de la Póliza, todo asegurado tendrá derecho al Beneficio de Gastos Médicos efectivamente incurridos, necesarios para la atención o el tratamiento de cualquier enfermedad o

accidente. Dichos gastos deberán ser por concepto de servicios, tratamientos o medicamentos ordenados por un médico colegiado, y que no estén enumerados expresamente en la sección de Exclusiones de esta Póliza.

Las personas que tienen derecho a la cobertura de Gastos Médicos se especifican en la Carátula de la Póliza, bajo la sección titulada "Personas Cubiertas Con Beneficios Médicos."

El asegurado es responsable del pago del deducible, coaseguro y/o copago o exceso de gastos sobre los límites establecidos en el cuadro de coberturas, así como cualquier gasto que exceda lo usual, razonable y acostumbrado tal y como se establece en la sección de definiciones de la Póliza

Después que el Seguro de un Asegurado Titular y sus familiares dependientes ha terminado, por haber agotado el "Máximo Vitalicio", podrá solicitar la reinstalación de su "Máximo Vitalicio" suministrando por cuenta propia evidencia de asegurabilidad satisfactoria a la Compañía Aseguradora, siempre que sea elegible y que los términos aplicables a esta Póliza sean cumplidos.

La Compañía Aseguradora se reserva el derecho de conceder o no esta reinstalación. La cobertura de gastos médicos quedará terminada al momento de agotarse el Máximo Vitalicio disponible para el Asegurado.

B. INCREMENTOS DE SUMA ASEGURADA

Cuando se otorgan incrementos de Suma Asegurada y/o Beneficios Nuevos, los montos incrementados y/o de los beneficios nuevos serán aplicables únicamente a las incapacidades que se originen posteriormente a la fecha de vigencia de la nueva Suma Asegurada y/o de los beneficios nuevos.

C. DEFINICIONES

Para los efectos de la interpretación y aplicación de este contrato de seguro, se establecen las definiciones siguientes y se entenderá por:

1. "**Accidente**" se refiere al suceso eventual o acción de la que involuntariamente resulta una lesión corporal.
2. "**Anexo**": Documento que forma parte de la Póliza, que modifica, restringe y/o adiciona a las coberturas o algún elemento contractual, con base en el análisis de riesgo que se realice a cada uno de los solicitantes. Se estipula que lo indicado en un Anexo siempre prevalecerá sobre las Condiciones Generales en todo aquello que se contraponga a ellas.
3. "**Año Calendario**" se refiere al período comprendido entre el primero de enero de cualquier año y el 31 de diciembre del mismo año, ambas inclusive.
4. "**Área Centroamericana**" está conformada únicamente por los países de: Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua y Costa Rica.
5. "**Asegurado**" se refiere a cualquier Asegurado Titular o familiar dependiente asegurado al cual estas estipulaciones de Beneficios de Gastos Médicos son aplicables.
6. "**Coaseguro**" es el monto que le corresponde pagar al asegurado, del total de los Gastos Médicos incurridos por el mismo, ya sea dentro o fuera de la Red de Proveedores, el cual se calcula restándole a dichos gastos incurridos, lo siguiente:
 - a) los gastos no elegibles, bien sea por estar expresamente excluidos o por exceder los límites definidos en el Cuadro de Beneficios o la cantidad usual, razonable y acostumbrada,

- b) el deducible; y
 - c) el reembolso de acuerdo al porcentaje indicado en el Cuadro de Coberturas.
7. **“Complicaciones del embarazo, la maternidad y/o el parto”**: Condiciones causadas por, y/o que ocurren como resultado del embarazo, la maternidad o el parto, las cuales requieren atención médica. Para propósitos de esta cobertura, los partos por cesárea no son considerados una complicación del embarazo, la maternidad y el parto.
8. **“Complicaciones del recién nacido”**: Cualquier desorden del recién nacido relacionado con el parto, pero no causado por condiciones congénitas o por factores genéticos o hereditarios, que se manifieste durante los primeros noventa (90) días de vida, incluyendo, pero no limitado a hiperbilirrubinemia (ictericia), hipoxia cerebral, hipoglucemia, prematuridad, déficit respiratorio, o traumatismos durante el parto
9. **“Condición congénita y/o hereditaria”**: Cualquier enfermedad o desorden adquirido durante la concepción o la etapa fetal del desarrollo como consecuencia de la constitución genética de los padres o de factores ambientales o agentes externos, sea o no manifestado o diagnosticado antes del nacimiento, durante el nacimiento, después del nacimiento o años más tarde.
10. **“Condición Preexistente”**: es una enfermedad, lesión corporal y/o síntoma presente (s) que existía (n) con anterioridad a la fecha efectiva de la cobertura del asegurado, bien sea la original, la de rehabilitación, o el aumento de beneficios por cambio de plan, y por el(los) cuales el Asegurado:
- a) Tuvo advertencia médica o consultó a un médico; recibió tratamiento médico, servicios o suministros; se hizo o le recomendaron exámenes para diagnóstico; tomó medicinas recetadas, ó
 - b) Padeció síntomas que causarían que una persona normalmente prudente asista a un médico para diagnóstico, tratamiento o cuidado
11. **“Copago”** es un monto fijo que debe de ser pagar el Asegurado directamente al proveedor que le brinda un servicio dentro de la Red de Proveedores. El Copago aplica por evento y es independiente de la aplicación de coaseguro y deducible estipulados en la póliza. El copago también puede ser requerido en el caso de servicios prestados por proveedores fuera de la Red de Proveedores si así lo indica el cuadro de coberturas
12. **“Deducible”** es la cantidad inicial, que se indica en el cuadro de Coberturas, la cual el asegurado debe satisfacer antes de que la Compañía Aseguradora pague beneficios de acuerdo a las condiciones de la póliza y este se aplica de acuerdo a las siguientes condiciones:
- a) Cuando los gastos son incurridos dentro o fuera del Área Centroamericana, el deducible se aplicará por persona y por “Año Calendario”.
 - b) Los deducibles que se apliquen por gastos incurridos dentro del Área Centroamericana son diferentes a los que se apliquen por gastos incurridos fuera del Área Centroamericana y no podrán combinarse entre sí.
 - c) Los gastos elegibles incurridos por un asegurado durante los últimos tres (3) meses del año calendario que sean utilizados para satisfacer el deducible correspondiente para ese año, serán aplicados al deducible de dicho asegurado para el siguiente año póliza, siempre que los mismos sean incurridos dentro del área centroamericana.
13. **“Emergencia”** Condición médica repentina, seria, aguda y, generalmente, inesperada que requiere tratamiento médico inmediato o Cirugía. Esta condición médica puede poner en riesgo la vida del Asegurado o su integridad física.

Se consideran como emergencias, únicamente los siguientes casos:

- a. Accidentes
- b. Convulsiones
- c. Hemorragias
- d. Crisis súbitas de los sistemas circulatorio, respiratorio, gastrointestinal o urológico
- e. Deshidratación severa
- f. Pérdida del conocimiento
- g. Intoxicación severa
- h. Reacciones alérgicas en estado severo

14. **“Enfermedad”** se refiere a cualquier alteración de la salud.
15. **“Fecha de Aniversario de la Póliza”**: Será la fecha de renovación de la Póliza.
16. **“Fecha de Vigencia de la Póliza”**: Es la fecha indicada en la carátula, en la que inicia la vigencia de la Póliza
17. **“Gastos Médicos”** se refiere a los gastos usuales, razonables, acostumbrados y necesarios para cuidados y servicios médicos que no están excluidos del pago de beneficios bajo esta Póliza, que son ordenados por un médico legalmente autorizado a ejercer la medicina, y los cuales están descritos en la estipulación de Cobertura y Exclusiones de esta Póliza.
18. **“Hospital”** se refiere a una institución organizada de acuerdo con la Ley, que cuenta con instalaciones adecuadas para proporcionar servicios durante las 24 horas del día a sus pacientes, con facilidades médicas, de diagnóstico y quirúrgicas para el cuidado y tratamiento de las personas enfermas y lesionadas que se encuentren hospitalizadas, bajo la supervisión y atención de médicos y enfermeras graduadas. En ningún caso el término “Hospital” significará una institución que esté especialmente dedicada a casa de reposo, de convalecencia, de ancianos, o de tratamiento de drogadicción y alcoholismo.
19. **“Hospitalización”** Cuidado médico o quirúrgico que, debido a su intensidad, debe ser prestado durante una hospitalización de más de veintitrés (23) horas. La severidad de la enfermedad o condición también debe justificar la necesidad médica de la hospitalización. El tratamiento que se limita a la sala de emergencia no se considera una hospitalización.
20. **“Hospitalización de Día”** Es el tratamiento cubierto en virtud del plan que, por razones médicas, significa que es necesario que usted ocupe una cama en un hospital para recibir el tratamiento, pero para el que no es necesario que permanezca ingresado una noche o más.
21. **“Incapacidad”** es toda enfermedad o lesión corporal por accidente, que necesite tratamiento médico por un médico autorizado, por las cuales se incurran gastos elegibles y reembolsables bajo la Póliza.
22. **“Límite de Coaseguro”** es la cantidad máxima de coaseguro que absorbe un asegurado de acuerdo con las condiciones y montos indicados en el Cuadro de Coberturas, en base a lo siguiente:
 - a) Cuando los gastos son incurridos dentro o fuera del Área Centroamericana, el Límite de Coaseguro se aplicará por persona y por “Año Calendario”.
 - b) Los Límites de Coaseguro que se apliquen por gastos incurridos dentro del Área Centroamericana son diferentes a los que se apliquen por gastos incurridos fuera del Área Centroamericana y no podrán combinarse entre sí.
23. **“Máximo Anual”** es la cantidad máxima en concepto de pago de bienes y servicios médicos a la que tendrá derecho una persona durante un mismo Año Calendario, siempre y cuando esté en vigor la Póliza.

24. **“Máximo Vitalicio”** es la cantidad máxima en concepto de pago de bienes y servicios médicos a la que tendrá derecho una persona durante su vida, siempre y cuando esté en vigor la Póliza.
25. **“Médicamente Necesario”** o **“Necesidad Médica”** se refiere a servicios o tratamientos ordenados y proporcionados por un Médico tratante, los cuales la Compañía Aseguradora determine que:
- a) Son adecuados al diagnóstico o tratamiento del padecimiento o lesión del Asegurado;
 - b) Son consistentes con los estándares médicos y profesionales aceptados;
 - c) No son principalmente para la comodidad o conveniencia personal de un Asegurado, su familia o su médico;
 - d) Son proporcionados al nivel más adecuado sin poner en riesgo la vida o la salud del Asegurado;
 - e) En el caso de hospitalización, que los servicios o tratamientos no puedan ser proporcionados al Asegurado de manera ambulatoria sin arriesgar su vida o salud.

La Compañía Aseguradora se reserva el derecho de determinar la Necesidad Médica. El hecho de que un Médico haya ordenado, recomendado o aprobado un servicio o tratamiento no lo hace Médicamente Necesario.

26. **“País de residencia”**: Es el país donde fue emitida la póliza y donde el asegurado reside al menos 180 días continuos durante cada año calendario.
27. **“Recién nacido”**: Un infante desde el momento del nacimiento hasta que cumple treinta y un (31) días de vida
28. **“Red de Proveedores”** se refiere a un grupo de médicos, laboratorios, farmacias y hospitales con los cuales se han pactado costos de bienes y servicios médicos bajo convenio y cuya utilización opcional por parte del Asegurado está sujeta al seguimiento de reglas específicas entregadas al Asegurado al momento de contratar su póliza.
29. **“Solicitante”**: A la persona natural o jurídica que contrató el seguro, sea por cuenta propia o por la de un tercero determinado o determinable que traspasa los riesgos a la Aseguradora.
30. **“Usual Razonable y Acostumbrado”** significa un gasto por atención médica debido a lesión o enfermedad, el cual se considere justo y hasta el límite acostumbrado, sin exceder del nivel general de cargos hechos por otros proveedores de carácter similar en la misma localidad geográfica en la que es suministrado el tratamiento.

D. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS

COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS

La cobertura de los Gastos Médicos incluye lo siguiente:

1. Gastos Hospitalarios:

La cobertura por Gastos Hospitalarios indicado en el Cuadro de Coberturas incluirá los Gastos Cubiertos incurridos dentro o fuera de la Red de Proveedores, de la siguiente manera:

- a) Cuarto y Alimentos: El importe máximo diario cubierto será el indicado en el Cuadro de Coberturas. Se cubre únicamente cuarto privado o semiprivado.
- b) Unidad de Cuidados Intensivos: Gastos originados por estancia del Asegurado en terapia intensiva, intermedia y/o unidad de cuidados coronarios. El importe máximo diario cubierto se especifica en el Cuadro de Coberturas.

- c) Servicios de Hospitalización: Servicios facturados por el Hospital durante la Hospitalización del Asegurado, incluyendo medicamentos, uso de quirófano, sala de recuperación, curaciones, instrumental, pruebas de laboratorio, exámenes especiales de diagnóstico, gases hospitalarios, transfusiones de sangre o plasma, servicios de enfermería, atención en la sala de emergencia, yeso, tablilla, braguero, entre otros.

2. Honorarios Médicos dentro de Hospital:

Todos los honorarios médicos serán cubiertos de acuerdo a los valores usuales, razonables y acostumbrados o de acuerdo a los aranceles pactados por la Red de Proveedores.

- a) Honorarios Médicos por Consulta y Tratamiento: Honorarios médicos por las consultas y tratamientos médicos necesarios para el restablecimiento de la salud, realizados durante la Hospitalización del Asegurado y las visitas y tratamientos médicos proporcionados en las Unidades de Cuidados Intensivos, Intermedios y/o Cuidados Coronarios.
- b) Honorarios Quirúrgicos: Estos honorarios incluirán los servicios prestados al Asegurado por Médicos Cirujanos y Médicos Asistentes. La especialidad del Cirujano principal y asistente deberá estar directamente relacionada con el padecimiento y procedimiento realizado.
- c) Honorarios del Anestesiólogo.

3. Consulta Médica Ambulatoria:

Consulta médica con médicos legalmente autorizados para ejercer la medicina, de acuerdo a las siguientes condiciones:

- a) Consultas con Médicos de Cabecera para diagnóstico, cuidado preventivo y otros procedimientos usuales en este tipo de consultas, las cuales deben ser proporcionadas en las clínicas autorizadas por la Compañía Aseguradora.
- b) Todas las consultas necesarias con médicos generalistas y especialistas.
- c) Todos los honorarios médicos serán cubiertos de acuerdo a los valores usuales, razonables y acostumbrados o de acuerdo a los aranceles pactados por la Red de Proveedores.

4. Honorarios Médicos Ambulatorios:

Todos los honorarios médicos serán cubiertos de acuerdo a los valores usuales, razonables y acostumbrados o de acuerdo a los aranceles pactados por la Red de Proveedores.

- a) Honorarios médicos por tratamiento suministrado por un médico legalmente autorizado para ejercer la medicina.
- b) Honorarios por intervenciones quirúrgicas ambulatorias realizadas por un cirujano legalmente autorizado para ejercer la medicina.
- c) Honorarios por aplicación de anestesia suministrada por un médico o un anestesista profesional para tratamientos o procedimientos o cirugías ambulatorias

5. Otros Gastos Ambulatorios:

- a) Exámenes de laboratorio, Rayos X, exámenes y procedimientos especiales, así como cualquier otra prueba que sea ordenada por un médico y que sea necesaria para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad.
- b) Tratamientos suministrados por un fisioterapeuta siempre que sea indicado por un médico.
- c) Gastos incurridos por control pediátrico y vacunas, incluyendo visitas al médico, no más de 10 por año calendario, hasta el cumplimiento de los 6 años de edad.
- d) Drogas o medicinas recetadas por un médico y que sean proporcionadas por una farmacia autorizada.
- e) Atención suministrada por enfermeras tituladas, siempre que la gravedad de la enfermedad lo requiera y que sea recomendado por el médico tratante. La enfermera no deberá tener ningún grado de parentesco con el asegurado y no debe vivir en la casa de dicho asegurado.
- f) Servicios suministrados por atención de Emergencia derivada de alguna Enfermedad o Accidente, prestados en la sala de emergencias de un Hospital, que incluyen honorarios del Médico General, materiales, insumos, equipos médicos básicos y los medicamentos necesarios para la estabilización del Asegurado, únicamente para condiciones que no estén excluidas en la Póliza.
- g) Gastos Médicos Preventivos: Se cubren los exámenes médicos preventivos que se detallan en el Cuadro de Coberturas.
- h) Sangre o plasma, miembros y ojos artificiales, prótesis, equipo ortopédico, yeso, tablilla, braguero, muletas, andadores, oxígeno y alquiler del equipo necesario para su aplicación, alquiler de silla de ruedas o cama especial de hospital, alquiler de pulmón mecánico o cualquier equipo mecánico necesario para el tratamiento de parálisis respiratoria.
- i) Tratamiento de quimioterapia, radioterapia o terapia radioactiva

6. Otros Gastos Cubiertos:

- a) Pruebas para determinar alergias.
- b) Los gastos ocasionados por enfermedades mentales y desordenes nerviosos y psiquiátricos no diagnosticables más que a través de la observación clínica, estarán cubiertos después de haber satisfecho el deducible correspondiente. Estarán cubiertos los gastos incurridos por tensión, desorden obsesivo –compulsivo, desorden afectivo, depresión reactiva, depresión mayor, desorden de angustia, trastorno de pánico, trastorno bipolar, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno mixto ansioso – depresivo, trastornos de adaptación (shock post – traumático), trastorno disociativo (de conversión), trastornos somatomorfos.

Los gastos incurridos dentro de hospital serán cubiertos bajo las mismas condiciones que aplican para cualquier otra enfermedad. Para otros gastos incurridos en un hospital donde el individuo no pague por cuarto y alimentación, o incurridos fuera del hospital, lo siguiente será aplicable:

1. El 80% de los gastos elegibles.
 2. Por servicios de un psiquiatra profesional, el gasto elegible no podrá exceder del número máximo de visitas ni del valor fijado por consulta, los cuales se encuentran detallados en el Cuadro de Coberturas.
- c) Transporte del asegurado en servicio de ambulancia aérea o terrestre, a un hospital equipado para proporcionar tratamiento, por una condición cubierta por la póliza, siempre y cuando la utilización de dicho transporte sea absolutamente necesaria para preservar la vida del asegurado y que el tratamiento no pueda ser suministrado en la localidad donde reside o se encuentre el asegurado.

El uso de la ambulancia debe ser previamente notificado a la Aseguradora y autorizado y coordinado por ésta. El pago de estos servicios correrá directamente a cargo del Asegurado, quien someterá a la Aseguradora la solicitud de reembolso respectivo proporcionando las facturas de los gastos realizados.

La aseguradora no asume responsabilidad alguna que resulte de los servicios de transporte en ambulancia aérea o terrestre, por demoras o restricciones en los vuelos por problemas mecánicos, restricciones gubernamentales, debido a condiciones operacionales o problemas de tráfico.

- d) Cobertura de maternidad, si en el Cuadro de Coberturas se indica que aplica y se consigna su límite máximo, se cubrirán los Gastos Médicos ocasionados por embarazo, tanto los gastos pre-natales como los post-natales, los gastos por parto, aborto ó cesárea, siempre y cuando dicho embarazo, parto, aborto ó cesárea concluya al fin de diez (10) meses continuos durante los cuales el Asegurado de sexo femenino, bien sea éste Titular o Cónyuge, haya estado cubierto por esta póliza.
- e) Complicaciones del embarazo, la maternidad y/o el parto.
Los gastos médicos incurridos debido a complicaciones del embarazo, la maternidad y /o el parto, como se describen en esta Sección II, Beneficio de Gastos Médicos, Inciso C, Definiciones, numeral 7, estarán cubiertos hasta los límites de la póliza, sujetos al deducible y coaseguro. Para efectos de esta cobertura la cesárea no se considera como una complicación
- f) Los gastos médicos necesarios para el tratamiento de las complicaciones del Recién Nacido, durante o después del parto, tales como parto prematuro, bajo peso al nacer, hiperbilirrubinemia (ictericia), hipoglucemia, déficit respiratorio, y traumatismo durante el parto, siempre que cumplan con las siguientes condiciones:
 - 1. Que el nacimiento sea consecuencia de una maternidad de la asegurada principal o del conyuge y que el parto ocurra después de 10 meses de cobertura continua de la asegurada.
 - 2. Que las complicaciones del recién nacido no sean relacionadas a condiciones, enfermedades o defectos congénitos o hereditarios.
 - 3. Que los gastos no excedan el máximo establecido para las Complicaciones del Recién Nacido, el cual se indica en el Cuadro de Coberturas.
 - 4. Que las complicaciones sean diagnosticadas y tratadas dentro de los noventa (90) días después del nacimiento, siempre que el seguro de la madre o ambos padres se encuentre en vigor. Transcurrido este período de noventa (90) días no corresponde ningún pago adicional para este beneficio.

Este máximo vitalicio se indica en el Cuadro de Coberturas, y es aplicable a todo hijo que haya nacido bajo la cobertura de la madre o ambos padres en el certificado, sea que éste haya iniciado su cobertura presentando evidencia de asegurabilidad o que haya calificado para inclusión automática desde su día de nacimiento, como se define en la Sección I, "Condiciones Generales", Literal O. "Elegibilidad, Familiares Dependientes".

- g) Trasplante de órganos sujeto a las siguientes condiciones:
 - 1. Los gastos deben ser médicamente necesarios.
 - 2. El procedimiento no puede ser experimental o para investigación.
 - 3. Se cubren los gastos médicos-hospitalarios del donante a partir de la hospitalización para la intervención quirúrgica de donación y hasta que se registre la salida del hospital, momento en el que cesará esta cobertura para el donante.

4. Los gastos de compra del órgano no están cubiertos.
 5. Los gastos no pueden exceder el máximo establecido para trasplante de órganos que se indica en el Cuadro de Coberturas
- h) Los gastos médicos necesarios para el tratamiento de las enfermedades, padecimientos, defectos o condiciones congénitas, siempre que los gastos no excedan del máximo vitalicio establecido para las Condiciones Congénitas.

Este máximo vitalicio se indica en el Cuadro de Coberturas y es aplicable de la siguiente forma:

1. Para todo hijo que haya nacido bajo la cobertura de la madre o ambos padres, la cobertura es inmediata a partir de la fecha de vigencia.
2. Para todos los demás asegurados, después de doce (12) meses de cobertura continua.

E. COBERTURA DE AYUDA DE SEPELIO

Esta cobertura consiste en un pago único por la cantidad indicada en el Cuadro de Coberturas la cual se hará efectiva al Asegurado Titular en caso de fallecimiento de cualquiera de los dependientes con cobertura de Gastos Médicos, asegurados bajo la misma póliza del asegurado titular.

Para el pago del reclamo, se requiere de la presentación del certificado de defunción, el DPI del asegurado dependiente, partida de nacimiento, certificación legalizada del médico, certificación legalizada de la funeraria, copia autenticada de DPI del asegurado dependiente fallecido y del asegurado titular y el formulario de reclamación con la firma autenticada del asegurado titular.

F. GASTOS DE REPATRIACIÓN

En caso de que el Asegurado Titular o cualquiera de sus Dependientes asegurados bajo la misma Póliza, falleciere fuera de su país de residencia, la Aseguradora pagará los gastos de repatriación de restos mortales hasta el máximo establecido en el Cuadro de Coberturas de la Póliza, siempre y cuando la muerte haya resultado por una condición que hubiese estado cubierta bajo los términos de la Póliza.

Los “Gastos de Repatriación” bajo esta Póliza se limitan únicamente a aquellos servicios y suministros necesarios para la preparación del cuerpo del fallecido y la transportación a su país de residencia. Para hacer efectivo el reembolso de estos gastos deberá presentar las facturas correspondientes.

Este beneficio no será pagadero en el caso de un Asegurado Titular o Dependiente que fallezca fuera del Área Centroamericana, a menos que tenga contratado un plan de cobertura geográfica Mundial.

G. PAGO DE GASTOS MÉDICOS EN CASO DE FALLECIMIENTO O INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL TITULAR

En caso de fallecimiento o Incapacidad Total y Permanente del Asegurado Titular, los gastos médicos incurridos previos al fallecimiento y elegibles para reembolso en base a las condiciones de esta Póliza, serán pagados a los Beneficiarios del Asegurado Titular, de acuerdo a lo estipulado en la Sección III de esta Póliza, Literal B. “Beneficiarios”.

H. COBERTURA GRATUITA PARA DEPENDIENTES POR FALLECIMIENTO DE TITULAR

En caso de fallecimiento del Asegurado Titular, se concederá la continuidad del Seguro Médico para los Familiares Dependientes durante el período de un (1) año sin costo alguno para ellos, sujeto a las siguientes condiciones:

1. Que el Asegurado Titular al momento del fallecimiento:
 - a. Estaba asegurado con la cobertura para sus familiares dependientes.
 - b. Se encontraba al día con el pago de las primas correspondientes.
 - c. Que El Asegurado Titular y sus dependientes hayan estado asegurados en la póliza como mínimo durante un año, previo al fallecimiento.
2. Si un dependiente está gozando de este beneficio y deja de ser elegible de acuerdo a los términos de la póliza, su cobertura como dependiente termina.

I. COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

Los beneficios descritos en estas condiciones no se sumarán con los beneficios ofrecidos por cualquier otro plan, por el cual cualquier asegurado pueda estar cubierto. Cuando algún asegurado esté cubierto también por otras pólizas que tengan las mismas coberturas que las del presente contrato, los beneficios del mismo se reducirán a una cantidad igual al complemento que resulte para que el pago total por las indemnizaciones conjuntas sea igual al 100% de los beneficios aquí estipulados. Si únicamente esta póliza estipula la coordinación de beneficios, los beneficios serán pagaderos primeramente por todos los demás planes concurrentes. Si el asegurado goza de beneficios similares a los aquí descritos e incurre en gastos médicos, la forma de pago será como sigue:

- a) El plan que cubra al asegurado como titular determinará sus beneficios, con prioridad a cualquier plan que cubra a dicha persona como dependiente.
- b) El plan que cubra al asegurado como dependiente de un titular hombre, determinará sus beneficios antes que un plan que lo cubra como dependiente de una titular mujer, y en cualquier caso el que posea beneficios.
- c) Si de los dos anteriores incisos no se pudiere establecer un orden de prioridad, el plan que haya cubierto al asegurado por más tiempo determinará los beneficios.

La Compañía Aseguradora procederá a realizar una coordinación de beneficios donde los montos pagaderos son aquellos que quedaron bajo responsabilidad del Asegurado, exceptuando excesos de lo usual, razonable y acostumbrado, y gastos no cubiertos. El monto máximo a cubrir no excederá el 100% del límite de beneficios contratados bajo esta Póliza.

J. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO Y PAGO DEL RECLAMO

1. SERVICIO DE PAGO DIRECTO Y PRE-AUTORIZACIÓN DE BENEFICIOS

En el caso de que el Asegurado requiera y solicite la atención de los servicios de la Red de Proveedores para pago directo, podrá hacer uso de este servicio previa autorización de la Aseguradora, quien efectuará el pago de los gastos cubiertos por la Póliza directamente a los Proveedores de la Red, quedando a cargo del Asegurado los gastos no cubiertos, así como el Deducible (si lo hubiese), el Copago (si lo hubiese) y el coaseguro que corresponda.

El Servicio de Pago Directo estará sujeto a la verificación de la elegibilidad del asegurado y a la confirmación de los beneficios por parte de la Aseguradora.

Algunos beneficios bajo esta póliza están sujetos a un requisito previo de notificación y pre-autorización. La pre-autorización le permite a la Aseguradora confirmar la cobertura del asegurado y autorizar los beneficios como corresponde, cuando se utiliza la Red de Proveedores.

El Asegurado deberá notificar siempre a la Aseguradora sobre su intención o necesidad de hospitalizarse, someterse a una cirugía ambulatoria fuera del consultorio del Médico tratante o practicarse algún examen especial de diagnóstico y deberá obtener previamente la autorización correspondiente. Para tal efecto el asegurado deberá notificar a la Aseguradora por lo menos setenta y dos (72) horas antes de recibir cualquier cuidado médico. El tratamiento de emergencia deberá ser notificado dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes del inicio de dicho tratamiento.

Una vez autorizado el Servicio de Pago Directo al proveedor de servicios médicos, ya sea por honorarios profesionales por un procedimiento o tratamiento, o por otros gastos cubiertos por la póliza, de acuerdo a los aranceles pactados con dicho proveedor, la Aseguradora no pagará ni reembolsará ninguna otra cantidad relacionada con dichos servicios o tratamientos.

La red de Proveedores para servicios de pago directo está sujeta a cambios; por lo tanto, es importante que el asegurado valide previamente si el proveedor a utilizar pertenece a la red. La Aseguradora pondrá a disposición de los asegurados el listado de proveedores afiliados por los medios de comunicación que considere adecuados para tal efecto.

2. REEMBOLSO DE GASTOS

El Asegurado Titular podrá realizar reclamos a la Aseguradora por gastos incurridos con otros Proveedores de servicios que no formen parte de la Red de Proveedores de conformidad con las condiciones de la Póliza, debiendo enviar los Documentos que la Aseguradora considere oportunos para comenzar el proceso de Reclamo.

El aviso por escrito de cualquier reclamación por lesión, accidente o de enfermedad y los documentos de prueba de los mismos, deberán presentarse a la Aseguradora a más tardar a los sesenta (60) días calendario después de la fecha en que el Asegurado haya recibido el tratamiento correspondiente para tratar la lesión, accidente o enfermedad pagadera bajo los términos de esta Póliza.

Al recibir la Aseguradora aviso de reclamación, suministrará los correspondientes formularios para presentar la prueba de reclamación. El dejar de enviar tal aviso o prueba dentro del tiempo estipulado en esta Póliza, no invalidará ninguna reclamación, siempre que se demuestre que no fue razonablemente posible enviar el aviso o prueba dentro de ese período y que tal aviso o prueba fue presentada tan pronto como fue posible.

La Aseguradora podrá solicitar al Asegurado cualquier información que considere relevante, tales como resúmenes clínicos y reportes médicos; de igual forma, la Aseguradora podrá requerir al asegurado que se realice exámenes médicos con el médico de la elección de la Aseguradora (bajo el costo de la Aseguradora), quien a su vez proporcionará a la Aseguradora un reporte médico sobre el estado de salud del Asegurado.

El Asegurado debe proporcionar a la Aseguradora todos los expedientes y reportes médicos y, cuando así lo solicite la Aseguradora, firmará todos los formularios de autorización necesarios para que la Aseguradora obtenga tales expedientes y reportes médicos. De conformidad con el Artículo 897 del Código de Comercio, la Aseguradora tendrá derecho a exigir del Asegurado o del dependiente, toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro, por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y sus consecuencias.

Si el Asegurado Titular o sus dependientes no cumple con las obligaciones de dar aviso del siniestro en los términos del Artículo 896 del Código de Comercio, la Aseguradora podrá reducir la prestación debida hasta la suma que hubiere correspondido si el aviso se hubiere dado oportunamente, de conformidad con el Artículo 914 (Omisión de aviso) del mismo Código.

La Aseguradora quedará desligada de sus obligaciones de conformidad con el Artículo 915 (Extinción de responsabilidad) si:

- a) Se omite el aviso del siniestro con la intención de impedir que se comprueben oportunamente sus circunstancias.
- b) Con el fin de hacerle incurrir en error se disimulan o declaran inexactamente hechos referentes al siniestro que pudieren excluir o restringir sus obligaciones.
- c) con igual propósito, no se le remite con oportunidad la documentación referente al siniestro o la prueba de pérdida.

Cuando se verifique que el reclamo procede conforme a lo estipulado en esta Póliza, la Aseguradora reembolsará al Asegurado Titular la cantidad razonable, usual y acostumbrada de los cargos reembolsables que le hayan sido sometidos a estudio. Si el Asegurado Titular falleciera, cualquier reclamo pendiente será pagado al Beneficiario de la Póliza. La Aseguradora pagará los reclamos en los plazos establecidos en el artículo 34 de la Ley de la Actividad Aseguradora.

K. LIMITACIÓN DE RESPONSABILIDAD

La Compañía Aseguradora pondrá a disposición de los Asegurados por los medios que estime pertinentes los nombres y direcciones de su Red de Proveedores. Los Proveedores son personas naturales o jurídicas legalmente autorizadas para el ejercicio de la actividad médica y la prestación de servicios asistenciales, que han llenado los requisitos necesarios para ejercer sus actividades y funciones, por lo que la Compañía Aseguradora no asume más responsabilidad legal respecto de dichas personas que la impuesta por la legislación guatemalteca de protección al consumidor. El Asegurado tendrá siempre la opción de utilizar otros proveedores de servicios de su elección.

L. EXCLUSIONES

No se pagará ningún beneficio por los siguientes servicios o atención médica:

1. Honorarios por reconocimientos médicos o chequeos médicos de rutina en ausencia de enfermedad o lesión, estudios genéticos, exámenes o pruebas de diagnóstico que no sean relacionadas ni necesarias para el tratamiento de una enfermedad o lesión corporal, con excepción de los exámenes para chequeos que se indican en el cuadro de coberturas de la póliza.
2. Los gastos que resulten de cualquier tratamiento, servicio o suministro:
 - a) Que no sea médicamente necesario, o
 - b) Para un asegurado que no se encuentre bajo los cuidados de un médico, doctor o profesional acreditado, o
 - c) Que no sea autorizado, ordenado o recetado por un médico o doctor, o
 - d) Que está relacionado con la custodia o asistencia personal, o
 - e) Tratamientos proporcionados dentro de un hospital, cuando se pudo haber efectuado de forma ambulatoria.
3. Exámenes de la vista, habilitación de lentes o de audífonos, tratamientos médicos y/o quirúrgicos de cualquier tipo para corregir astigmatismo, presbicia, hipermetropía, miopía, estrabismo, queratoconos, queratoplastia, queratotomía radial y tratamientos similares para corregir la visión y/o la audición.
4. Tratamiento dental, si se encuentra excluido en el cuadro de coberturas, excepto el originado por causas

accidentales que ocasionen pérdida de dientes naturales y dislocación o fractura de la mandíbula, mientras la persona se encuentre asegurada, y que el tratamiento sea suministrado dentro de los noventa (90) días siguientes al accidente, por un cirujano dentista autorizado para ejercer su profesión, así:

- a) Tratamiento dental por lesiones sufridas, incluyendo el reemplazo de los dientes naturales.
 - b) Colocación en su lugar de la mandíbula fracturada.
5. Tratamientos y/o intervenciones quirúrgicas de carácter cosmético, estético o plástico, así como toda complicación derivada o relacionada con dichos tratamientos y/o intervenciones, excepto en los casos siguientes:
- a) Tratamiento de lesiones sufridas en un accidente, siempre que éste ocurra mientras la persona esté asegurada y que sea proporcionado dentro de los seis (6) meses después de tal accidente.
 - b) Tratamiento reconstructivo que sea requerido medicamente debido a una lesión enfermedad cubierta por la póliza, que se haya manifestado por primera vez estando el asegurado cubierto bajo esta póliza.
 - c) Tratamiento de irregularidad congénita en un niño que nazca mientras el padre o madre estén cubiertos con Seguro para dependientes, hasta el límite máximo indicado en el Cuadro de Beneficios según lo establecido en el literal D, numeral 6, inciso h de la descripción de la cobertura de esta póliza.
 - d) Cirugía reconstructiva de los senos, después de una mastectomía a consecuencia de un cáncer cubierto por la póliza, hasta el límite máximo por seno, que se indica en el cuadro de coberturas.
6. Ningún beneficio será pagado por servicios o atención médico debida a condiciones preexistentes (como se detalla en las definiciones de esta sección) durante los primeros doce (12) meses de vigencia de la cobertura y podrán ser reconocidos como gastos elegibles si los gastos por estas condiciones preexistentes son incurridos después de doce (12) meses de vigencia de la cobertura, siempre y cuando dichas condiciones preexistentes se hubieran declarado en la solicitud de seguro y hubieren sido aceptadas por la Compañía Aseguradora de Seguros, de lo contrario no tendrán cobertura.

La omisión o falta de declaración de las condiciones preexistentes puede ser causa para la cancelación o modificación de la cobertura del Seguro contratado y/o la denegación del pago de los reclamos

7. Servicios médicos prestados en una institución gubernamental o en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en la que el Asegurado tenga derecho a atención gratuita. Esto incluye también aquellos costos médicos relacionados con cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento, epidemias y pandemias oficialmente declaradas por el Ministerio de Salud o por el organismo de salud mundial competente, respectivamente, en los cuales la autoridad haya decretado u ordenado que se deba tratar en un centro específico de tratamiento controlado por el organismo de salud designado.
8. Gastos ocasionados por embarazo, parto, aborto o cesárea, incluyendo sus complicaciones, excepto cuando dicho embarazo, parto, aborto ó cesárea concluya al final de diez (10) meses continuos durante los cuales el asegurado de sexo femenino bien sea éste titular o cónyuge, haya estado cubierto por esta póliza.
9. Tratamientos suministrados al recién nacido antes de salir del hospital excepto en el caso siguiente:
 - a) Cuando el parto sea elegible bajo las condiciones de esta póliza y hasta el máximo establecido en el Cuadro de Coberturas.

- b) Circuncisión del recién nacido, siempre que el nacimiento sea a consecuencia de una maternidad cubierta y el procedimiento se realice antes de salir del hospital y que los gastos no excedan el límite máximo establecido en el cuadro de coberturas
10. Complicaciones de la maternidad como resultado de cualquier tipo de tratamiento de fertilidad o procedimiento de fertilidad asistida.
 11. Todos los gastos incurridos por Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida (sida) y Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH positivo) y sus consecuencias directas o indirectas, que excedan del monto máximo vitalicio indicado en el Cuadro de Beneficios.
 12. Todos los gastos efectuados debido a tratamientos y servicios médicos o quirúrgicos prestados al asegurado como consecuencia de no poder concebir por medios naturales, infertilidad, inseminación artificial, así como los gastos por esterilización masculina o femenina, reversión de una esterilización, disfunción o insuficiencia sexual.
 13. Gastos incurridos por tratamientos de lesiones o enfermedades causadas a si mismo intencionalmente, ya sea en estado de cordura o privado de su capacidad mental, o causadas por el uso o bajo la influencia del alcohol, las drogas, estupefacientes, las sustancias ilegales, o el uso inapropiado de medicamentos.
 14. Todos los gastos efectuados debido a tratamientos y servicios médicos y quirúrgicos no aceptados por la ciencia médica, o procedimientos naturales, incluyendo la medicina natural, homeopática y acupuntura, así como medicamentos con indicaciones fuera de etiqueta y todo tratamiento de carácter experimental o que formen parte de protocolos de investigación.
 15. Tratamientos por medio de anticonceptivos con fines terapéuticos para control de natalidad, aborto inducido, cambio de sexo.
 16. Gastos necesarios para el tratamiento de alcoholismo o drogadicción., así como las lesiones o enfermedades causadas mientras el asegurado se encuentre bajo los efectos de alcohol y drogas.
 17. Gastos de Atención médica ocasionados por acciones de insurrección, guerra, huelgas, disturbios laborales, paros, hostilidades, acciones u operativos militares, invasión, actos de enemigo extranjero, guerra civil, revolución, sedición, conspiración militar, actos de terrorismo, usurpación de poder, bombardeos, enfrentamientos armados, allanamientos, destrucción de moradas, sublevaciones, manifestaciones políticas, alborotos populares, rebelión o cualquier acción atribuible a éstos, participación en algún tumulto o en actos delictivos o ilegales, sea con participación voluntaria o no.
 18. Cualquier tratamiento relacionado con el sobrepeso, la obesidad, cirugía o programa para el control de peso, control dietético; desviación gástrica o procedimiento de reducción gástrica, cirugía bariátrica y sus complicaciones.
 19. Curas de Reposo, convalecencia, curas en custodia o períodos de cuarentena o aislamiento.
 20. Terapias por retardo de aprendizaje, hiperactividad con déficit de atención, y medicamentos por retardo del crecimiento o retraso psicomotor.
 21. Gastos relacionados con menopausia, climaterios y pubertad precoz.
 22. Tratamientos de los maxilares de la mandíbula o desórdenes de la articulación de la mandíbula incluyendo pero no limitándose a cirugía ortognática, cirugía maxilofacial en general, anomalías de la mandíbula, malformaciones, síndrome de la articulación temporomandibular, desórdenes cráneo-mandibulares u otras condiciones de la mandíbula o la articulación de la mandíbula conectando el hueso de la mandíbula y el cráneo y el complejo de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con esa articulación.

23. Cargos por atención médica que excedan los niveles de “Gastos Usuales, Razonables y Acostumbrados,” como se detalla en las Definiciones.
24. No se cubren los gastos incurridos para el diagnóstico y/o tratamiento de cualquier problema o trastorno del sueño y sus consecuencias, síndrome de fatiga crónica y sus consecuencias, incluyendo pero no limitándose a la compra o renta de CPAP o aparatos similares.
25. Los gastos incurridos para el tratamiento de lesiones que sufra el asegurado cuando viaje como ocupante de cualquier automóvil o cualquier otro vehículo en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad, incluyendo motocicletas, motonetas u otros vehículos de motor. También se excluyen las lesiones que sufra el asegurado a consecuencia de la práctica de alpinismo, paracaidismo, buceo, clavado aéreo o cualquier tipo de deporte de aviación como paragliding, velideltismo o parapenting.
26. Los Gastos médicos originados por complicaciones que resulten o se relacionen con servicios y/o tratamientos médicos y/o o quirúrgicos, dentales o mentales, específicamente excluidos en las condiciones generales, particulares, endosos y/o anexos de este certificado.
27. Tratamientos para la calvicie sin importar su origen.
28. Tratamientos para el acné, sin importar su origen.
29. Productos que puedan obtenerse sin receta médica, productos clasificados como vitaminas o suplementos alimenticios, productos de líneas cosméticas sustitutos de los productos normales de uso diario como jabones, cremas humectantes y/o bloqueadores, así como también zapatos ortopédicos y/o plantillas aun cuando estos sean recetados por un médico.
30. Servicios o suministros de uso común tales como bicicletas estacionarias, purificadores de aire y agua, estuches para presión arterial, colchones antialérgicos, almohadas ortopédicas, evaporizadores y deshumedecedores.

SECCIÓN III. COBERTURA ADICIONAL DE VIDA

A. APLICABLE AL ASEGURADO TITULAR Y SU CONYUGE

El importe de la cobertura de Vida en vigor a nombre del Asegurado le será pagado al (los) beneficiario (s) en caso de fallecer dicho Asegurado en cualquier momento en que se encuentre asegurado bajo la póliza, salvo que el Asegurado cometiere suicidio, ya sea en estado de cordura o locura dentro de un período de dos (2) años siguientes a la fecha de emisión o de la última rehabilitación de su cobertura bajo esta póliza.

B. BENEFICIARIOS

Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado, la cobertura será pagada a la(s) persona(s) que él haya designado como beneficiario (s) en la Solicitud de Seguro o en el formulario de cambio de beneficiario suministrado por la Compañía Aseguradora o en uno satisfactorio a ésta y que esté registrado como tal en la Compañía Aseguradora.

El Asegurado podrá designar al Beneficiario o los Beneficiarios de la Póliza y tendrá derecho a “clasificarlos” como “Primer Beneficiario”, “Segundo Beneficiario” o “Tercer Beneficiario”. Podrá designarse a uno o más Beneficiarios en cada una de tales clasificaciones.

Cuando la Compañía Aseguradora deba hacer algún pago al Beneficiario en conformidad con esta póliza,

lo hará sólo al Primer Beneficiario, si viviere alguna persona de las incluidas en esta clasificación; si no, al Segundo Beneficiario, si viviere alguna persona de las incluidas en esta clasificación; y en defecto de Primer y Segundo Beneficiario, al Tercer Beneficiario, si viviere alguna persona de las incluidas en dicha clasificación. En defecto de Beneficiario, el pago se hará a los Herederos Legales del Asegurado, de acuerdo a lo estipulado en la legislación guatemalteca.

Cualquier Asegurado Titular, mientras se halle cubierto bajo esta Póliza, puede cambiar de beneficiario en cualquier momento, sin tener que notificar a dicho beneficiario o beneficiarios ni obtener su consentimiento, excepto en caso de beneficiarios irrevocables, presentando a la Compañía Aseguradora, mediante el Contratante, una notificación escrita con tal fin en un formulario suministrado por la Compañía Aseguradora o en uno satisfactorio a ésta. El reconocimiento de haber efectuado el cambio de que se trata se lo suministrará la Compañía Aseguradora al Asegurado por conducto del Contratante para que sea adjuntado al Certificado de aquel. Dicho cambio surtirá sus efectos a partir de la fecha en que la Compañía Aseguradora registre el cambio de beneficiario, siempre que el Asegurado esté vivo en esa fecha.

Cuando se designare como beneficiario al cónyuge, sin expresión del nombre, se considerará como tal a quien tenga este carácter en el momento en que muera el Asegurado.

Si se designaren como beneficiarios al cónyuge y a los descendientes, sin determinación de partes, se entenderá que la mitad de la cantidad asegurada corresponde al cónyuge y la otra mitad se distribuirá entre los descendientes, conforme al derecho sucesorio.

Si se designaren como beneficiarios a los herederos o causahabientes, el capital asegurado entrará a formar parte de la masa hereditaria; lo mismo se observará cuando no se designe a los beneficiarios por sus nombres, sino que se señalen como tales a los que tengan determinado parentesco con el Asegurado. Se exceptúa el caso de que señalen como beneficiarios a los hijos que el asegurado tuviere en el futuro con determinada persona, los cuales se considerarán designados por sus nombres.

En caso de ser varios los beneficiarios, si no se ha indicado la porción que a cada uno corresponde, se entenderá que recibirán partes iguales.

Si cualquier beneficiario designado falleciere antes del Asegurado, quedará terminado el derecho de tal beneficiario, y en ese caso, la parte que le correspondía a él será pagada en porciones iguales a aquellos beneficiarios que sobrevivan al Asegurado. De no vivir ningún beneficiario en la fecha de fallecimiento del Asegurado, el Seguro se pagará a los herederos del Asegurado, salvo el caso de beneficiarios irrevocables, cuyo derecho se transmite a sus herederos.

C. REDUCCIÓN DE BENEFICIOS

Cuando el Asegurado alcance las edades indicadas en el Cuadro de Coberturas, la Suma Asegurada se reducirá a la cantidad allí especificada.

D. COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL O PÉRDIDA DE MIEMBROS

La Compañía Aseguradora pagará las indemnizaciones que se detallan a continuación sin que esto modifique ni menoscabe los derechos y obligaciones estipulados en la póliza a la que se adiciona esta cláusula. Esta indemnización será pagada en caso de que la muerte o pérdida sufridas por el asegurado, se deban exclusivamente a lesiones corporales ocurridas, independientemente y con exclusión de cualquier otra causa, por medios externos, violentos y accidentales (casuales, contingente, fortuitos), y cuando la muerte o pérdidas ocurran dentro de los noventa días siguientes a la fecha del accidente. Cuando sean varias las pérdidas orgánicas ocurridas durante la vigencia de la póliza en uno o en varios accidentes la Compañía Aseguradora pagará la suma de las indemnizaciones correspondientes a cada una, hasta una cantidad que en ningún caso será superior a la suma asegurada para esta cobertura.

Las indemnizaciones a que se refiere esta cláusula son las siguientes:

TABLA DE BENEFICIOS

- a) Por muerte del asegurado, una cantidad igual a la indicada en la Carátula del Certificado (Indemnización básica).
- b) Por la pérdida de ambas manos, de ambos pies, o de la vista en ambos ojos, una cantidad igual a la indemnización básica.
- c) Por la pérdida de una mano y un pie, una cantidad igual a la indemnización básica.
- d) Por la pérdida de una mano o un pie, conjuntamente con la vista de un ojo, una cantidad igual a la indemnización básica.
- e) Por la pérdida de una mano o de un pie, una cantidad igual a la mitad de la indemnización básica.
- f) Por la pérdida de la vista en un ojo, una cantidad igual a la tercera parte de la indemnización básica.
- g) Por la pérdida de los dedos pulgar e índice de una misma mano, una cantidad igual a la cuarta parte de la indemnización básica.

El pago relativo al inciso “a)” será hecho a los beneficiarios nombrados en la Solicitud de Seguro.

El pago relativo a las demás indemnizaciones se hará al propio asegurado. Para los efectos de esta cláusula, se entiende:

Por pérdida de una mano, su separación absoluta de la articulación de la muñeca o arriba de ella; por la pérdida de un pie, su separación absoluta de la articulación del tobillo o arriba de él; por la pérdida de la vista, la pérdida completa o irremediable de la visión; por pérdida de los dedos índice y pulgar, su separación en, o arriba de, las articulaciones metacarpofalangeales.

Las indemnizaciones contenidas en esta cláusula se concederán únicamente si se presenta a la Compañía Aseguradora prueba plena de que las lesiones que causen la muerte del asegurado o la pérdida que sufra han ocurrido durante el período de pago de prima de ésta cláusula, y siempre que el asegurado no haya cumplido los sesenta y cinco años de edad y que no esté disfrutando de los beneficios de incapacidad total y permanente, exención del pago de primas, en caso de que la póliza los contenga.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA DE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL O PÉRDIDA DE MIEMBROS

Los beneficios de esta cobertura no se concederán si la muerte del asegurado o la pérdida corporal que sufra son debidas directa o indirectamente, total o parcialmente: a enfermedades, padecimientos u operaciones quirúrgicas de cualquier naturaleza, que no sean motivadas directamente por las lesiones a que se refiere esta cláusula; a ptomaínas o infecciones bacteriales, tetánicas o carbuncosas (con excepción de las infecciones piógenas que acontezcan simultáneamente y como resultado de una herida accidental); envenenamiento de cualquier naturaleza; a suicidio o conato de él, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen; a lesiones corporales o la muerte causadas por armas de fuego o armas contundentes o punzo cortantes, a riña cuando el asegurado tome parte de ella; a participación en tumultos o insurrecciones; a lesiones sufridas al prestar servicio militar o naval en tiempo de guerra, revoluciones, alborotos populares o insurrección; a viaje o vuelo en cualquier aeronave o descenso de la misma si el asegurado es piloto o miembro de la tripulación o está dando o recibiendo cualesquier clases de entrenamiento o instrucción o si tiene cualesquier deberes a bordo de tal aeronave; a la participación en cualquier forma de navegación submarina; a lesiones sufridas mientras el asegurado se encuentre en cualquier vehículo tomando parte en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad; y a la participación en eventos de paracaidismo.

La Compañía Aseguradora tendrá derecho a examinar la persona del asegurado, cuando en su concepto fuere necesario, al tramitarse alguna reclamación basada en esta cláusula.

DOBLE INDEMNIZACIÓN

El beneficio pagadero por cualesquiera de las pérdidas especificadas en la Tabla de Beneficios será el doble si tales lesiones corporales fueran sufridas:

- a) Mientras el asegurado se encuentre viajando como pasajero, mediante el pago del correspondiente pasaje, en un vehículo público no aéreo, propulsado mecánicamente y operado por una empresa de transportes públicos que con regularidad preste servicio de pasajeros en una ruta establecida, siempre que el accidente no ocurra en el momento de tratar de abordar y descender de dicho vehículo, o a consecuencia de ello.
- b) Mientras el asegurado vaya como pasajero dentro de un ascensor corriente de pasajeros (con excepción de ascensores en minas); o
- c) Como consecuencia de Incendio en un teatro, hotel o cualquier otro edificio público en el cual el asegurado se encuentre al principio del incendio.

Todas las excepciones y limitaciones especificadas anteriormente, son también aplicables a este capítulo de Doble Beneficio. Sin embargo, la cantidad máxima pagadera bajo esta estipulación por pérdidas sufridas como resultado de un solo accidente, será el doble de la indemnización básica.

E. PAGO ANTICIPADO DE LA COBERTURA DE VIDA POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Se considerará como una Incapacidad Total y Permanente, cuando durante la vigencia de la Póliza y de esta Cobertura, se compruebe de manera fehaciente que el Asegurado debido a un accidente o enfermedad ha quedado inválido y como consecuencia Incapacitado Total y Permanentemente para desempeñar su trabajo habitual u otro apropiado a sus conocimientos y aptitudes que pudiera producirle remuneración o utilidad.

Dentro de las varias causas de incapacidad cubiertas por esta cláusula están comprendidas la pérdida total e irrecuperable de la vista de ambos ojos; la amputación de las manos en o arriba de las muñecas, de ambos pies en o arriba de los tobillos; así como de una mano y un pie, o en arriba de las muñecas y del tobillo respectivamente. Dicha incapacidad debe necesariamente ser causada por lesión corporal que ocurra o por enfermedad que se origine después de la fecha de emisión de este Anexo, y termina al cumplimiento de los 60 años del asegurado.

Al recibir y calificar la Aseguradora las pruebas de estar total y permanente incapacitado el asegurado, sin interrupción durante un período de 6 meses contados desde la fecha de la declaración médica de dicha incapacidad, pagará al asegurado en los términos que se indican adelante la cantidad especificada en la Carátula de la Póliza y en cumplimiento de todas las obligaciones contenidas bajo esta Póliza.

Todas las pruebas deben suministrarse por escrito a la Aseguradora en su oficina en el lugar indicado en la primera página de este Anexo. La Aseguradora tendrá el derecho de exigir que el asegurado sea examinado en cualquier tiempo que así lo desee durante la incapacidad.

Si el asegurado incapacitado dejare de suministrar las pruebas de la manera y dentro de los plazos especificados, o si se negare a dejar examinarse cuando así lo pida la Aseguradora, entonces, a partir de tal fecha no volverá a tener derecho a los beneficios derivados de este Anexo ni de cualquiera otra cláusula de póliza.

1. EXCLUSIONES DE ESTA COBERTURA

La Aseguradora no otorgará el beneficio de Incapacidad Total y Permanente, cuando la incapacidad del asegurado resultare de:

- a) Lesiones o enfermedades causadas a sí mismo intencionalmente, o no, ya sea en estado de cordura o privado de su capacidad mental, o causadas por el uso o bajo la influencia del alcohol, las drogas, las sustancias ilegales, o el uso inapropiado de medicamentos.

- b) Guerra, invasiones, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado guerra o no), guerra civil, rebelión insurrección, terrorismo o pronunciamiento, manifestaciones y/o movimientos populares.
- c) Autolesiones o participación del asegurado en actos criminales.
- d) La participación del asegurado en combates, salvo en casos de defensa propia.
- e) La práctica de deportes como profesional o no siendo profesional, la participación en competencias oficiales o exhibiciones programadas.
- f) La participación del asegurado en carreras de caballos, bicicletas, automóviles, motocicletas y/o cualquier carrera, exhibiciones u otros deportes peligrosos.
- g) Las irradiaciones procedentes de la transmutación o desintegración nuclear, de la radioactividad o de cualquier tipo de accidente producido por combustibles nucleares.
- h) Cualquier enfermedad preexistente, crónica o recurrente, conocida o no por el asegurado, incluyendo sus consecuencias y agudizaciones.

2. Período de Carencia:

Cualquier reclamo por incapacidad total y permanente, originada dentro de los ciento ochenta (180) días calendario a partir de la fecha de inicio de la primera vigencia de la Póliza o desde la última fecha de inicio de rehabilitación de la misma o desde la fecha de inicio de vigencia del incremento de la suma asegurada, no será cubierto. En el caso de incremento de suma asegurada, lo anterior aplica únicamente a lo correspondiente a la parte del aumento de la suma asegurada.

3. Terminación de la cobertura:

Esta Cobertura se cancelará a partir de la fecha en que ocurra primero cualquiera de las condiciones siguientes:

- a. En el aniversario de la póliza más cercano a la fecha en que el Asegurado cumpla sesenta (60) años de edad;
- b. La fecha de terminación de la Póliza;
- b) La fecha en que la Aseguradora pague la suma asegurada de esta Cobertura, a causa de un reclamo presentado por el Asegurado.

F. COBERTURA DE AYUDA DE SEPELIO DEL ASEGURADO TITULAR

Esta cobertura consiste en un pago único por la cantidad indicada en el Cuadro de Coberturas para resarcir al (los) beneficiario (s) de los gastos incurridos en caso de fallecimiento del Asegurado Titular.

Para el pago del reclamo se requiere de la presentación del certificado de defunción, el DPI del asegurado, partida de nacimiento, certificación legalizada del médico, certificación legalizada de la funeraria, copia autenticada de DPI del asegurado fallecido y del beneficiario y el formulario de reclamación con la firma autenticada de los beneficiarios.

La ayuda de sepelio será pagada a los beneficiarios designados por el Asegurado Titular para la Cobertura de Vida bajo esta misma póliza.

SECCIÓN IV. COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES

A. BENEFICIOS

Sujeto a los términos y condiciones de la Póliza, y mediante el pago de una prima adicional, esta cobertura quedará incluida en la Póliza, por la suma asegurada indicada en el Cuadro de coberturas de la Póliza.

B. DEFINICIONES

Para los efectos de la interpretación y aplicación de este contrato de seguro, se entiende por **“Asegurado”** a la persona que cumple con los requisitos de asegurabilidad y que ha quedado amparado bajo esta Póliza.

C. OBLIGACIÓN DE LA ASEGURADORA.

La Aseguradora se compromete a pagar al Asegurado la suma asegurada referida en el Cuadro de Coberturas de la Póliza del asegurado para esta cobertura al ocurrir por vez primera cualesquiera de las Enfermedades Graves indicadas en el Inciso D, de la Sección V de estas condiciones generales.

Una vez pagada la suma asegurada esta cobertura expira, mientras que la cobertura básica de gastos médicos permanece vigente tomando en consideración el período de espera estipulado por esta cobertura.

D. COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES

Las siguientes Enfermedades Graves son consideradas elegibles para compensación bajo las condiciones de las siguientes definiciones:

1. Cáncer

La presencia de un tumor maligno cuyas características son el crecimiento incontrolado y la difusión de células malignas con invasión y destrucción del tejido normal.

El diagnóstico de cáncer debe ser efectuado por un patólogo y la evidencia de malignidad debe ser respaldada por el análisis histológico.

Quedan excluidos los siguientes tumores:

- a) Tumores que presentan las características de carcinoma in situ (incluyendo la displasia de cuello uterino CIN-1, CIN-2 Y CIN-3) o que se describen histológicamente como premalignos o no invasivos.
- b) Todos los tumores de piel, incluidas las hiperqueratosis, los carcinomas basocelulares, los carcinomas de células escamosas y los melanomas de espesor máximo inferior a 1.5 mm, determinado por el examen histológico empleando el método de Breslow, a no ser que haya evidencia de metástasis.
- c) Cualquier cáncer en presencia de HIV, HPV y HHV.
- d) Tumores que no ponen en peligro la vida, como tumores de próstata especificado histológicamente en la clasificación TNM como T1 (a) o T1 (b) pero no T1 (c) o de estadio equivalente o inferior en otra clasificación, los micro carcinomas papilares de tiroides o de vejiga de estado inferior a T2N0M0, leucemia de linfocitos crónica de estadio inferior al RAI I, la enfermedad de Hodgkin de estadio 1.

2. Cirugía de la aorta

Intervención quirúrgica por enfermedad de la aorta por vía toracotómica o laparotomía que conlleve la reconstrucción o la escisión de la aorta enferma y su sustitución con una prótesis. En esta definición, por aorta se entiende la aorta torácica y la aorta abdominal pero no sus ramificaciones. Las lesiones traumáticas de la aorta y las intervenciones quirúrgicas efectuadas empleando solamente técnicas endovasculares se excluyen específicamente.

3. Cirugía de las válvulas cardíacas

Intervención quirúrgica a corazón abierto para sustituir o reparar una o más válvulas cardíacas como

consecuencia de disfunción o anomalía de las válvulas cardíacas. Todas las intervenciones no a corazón abierto y las sustituciones de prótesis valvulares quedan excluidas específicamente.

4. Cirugía de by-pass aorto-coronario

Intervención quirúrgica a corazón abierto de by-pass aorto coronario para corregir o tratar una enfermedad coronaria, pero excluyendo la angioplastia, la implantación de stent o cualquier otro procedimiento percutáneo o no quirúrgico.

5. Derrame o Hemorragia Cerebral

Inicio agudo de déficit neurológico focal debido a un accidente cerebrovascular que incluya la muerte del tejido cerebral, una hemorragia de un vaso intracraneal o una embolia originada en una fuente extracraneal, y que esté asociado a los siguientes resultados:

- a) Duración de los síntomas/evidencias por más de 24 horas.
- b) Pérdida permanente de las funciones motora y sensitiva o pérdida de la palabra.
- c) Lesión neurológica permanente.
- d) Un especialista neurólogo debe comprobar la evidencia de la lesión neurológica permanente tras haber transcurrido un período de al menos 180 días a partir de la fecha del hecho. Los siniestros deben ser comprobados por técnicas de imagen como la tomografía axial computarizada o la resonancia magnética nuclear.
- e) Quedan excluidas las siguientes situaciones:
 1. Ataques isquémicos transitorios;
 2. Accidentes que conlleven cambios en la memoria o en la personalidad;
 3. Síntomas cerebrales debido a cefalea;
 4. Lesiones cerebrales debidas a traumatismo o hipoxia;
 5. Enfermedad vascular isquémica que afecta al ojo o al nervio óptico o al sistema vestibular.

6. Infarto

La necrosis de una parte del músculo cardíaco como resultado de un aporte sanguíneo deficiente a la zona respectiva. El diagnóstico se convalida si al menos tres de los cuatro criterios se encuentran presentes:

- a) Presencia de dolores torácicos típicos.
- b) Aparición de nuevas alteraciones electrocardiográficas diagnosticadas (ECG) por necrosis del miocardio.
- c) Significativa elevación de al menos uno de los marcadores de lesión cardíaca (CK-MB, troponina).
- d) Presencia de disfunción ventricular izquierda (fracción de eyección < 50%) comprobada por lo menos tres meses después del hecho.

Si el único marcador aumentado es la troponina, se requiere también la presencia de disfunción ventricular izquierda (fracción de eyección < 50%) comprobada por lo menos tres meses después del hecho.

7. Insuficiencia renal

Insuficiencia renal terminal que se presenta como una insuficiencia crónica e irreversible de ambos riñones a consecuencia de la cual hay que efectuar regularmente diálisis renal crónica.

8. Trasplante de órganos principales

El hecho efectivo de someterse como receptor a un trasplante entre seres humanos de uno de los siguientes órganos: Corazón, hígado, riñón, páncreas, intestino delgado (duodeno, yeyuno, íleon), pulmón, médula ósea, de conformidad con el diagnóstico de un médico cirujano que compruebe que el trasplante es el método más apropiado para tratar una patología que pone en peligro la vida del asegurado. Queda excluido el trasplante de cualquier otro órgano, de partes de órganos o de cualquier otro tejido o célula.

GLOSARIO

CIN-1 Neoplasia intraepitelial del cervix grado I.

CIN-2 Neoplasia intraepitelial del cervix grado II.

CIN-3 Neoplasia intraepitelial del cervix grado III.

SIDA Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

HIV	Virus de inmunodeficiencia humana.
HPV	Virus del papiloma humano.
HHV	Virus del herpes humano.
TNM	Clasificación de estadio del cáncer de acuerdo a tumor, nódulos linfáticos y metástasis.
CK	Enzima cardíaca creatin fosfoquinasa fracción MB, específica para lesión cardíaca.

E. PERÍODO DE ESPERA

Cualquier Enfermedad Grave diagnosticada dentro de los noventa (90) días desde la fecha efectiva de esta cobertura, será excluida del pago de la indemnización. En este caso la Aseguradora reembolsará las primas recibidas para esta cobertura, con la cancelación de la cobertura misma de la persona específica en esta situación.

F. EXCLUSIONES DE ESTA COBERTURA

No se pagará suma alguna bajo esta Cobertura si la condición de la Enfermedad Grave pertinente es causada directa o indirectamente por:

- a) Cualesquiera anomalías congénitas y condiciones pre-existentes, cualquier enfermedad ocupacional excepto la(s) que fue(ron) revelada(s) a la Aseguradora en el momento de su aplicación y asegurada por la Aseguradora, y se confirmó por escrito la aceptación de estos riesgos.
- b) El rechazo a someterse a tratamiento médico prescrito o indicado, abuso de alcohol o droga o cualquier otro abuso o adicción a alguna sustancia tóxica, exponerse voluntariamente al peligro estando o no el asegurado en uso de sus facultades mentales.
- c) La presencia de alguna infección por HIV o alguna variación del virus HIV o infección por HPV o HHV o enfermedades venéreas o sus secuelas, cualquier tratamiento o exámenes relacionados con el SIDA. La infección se considerará un hecho si los exámenes de sangre indican la presencia de algunos de los virus antes mencionados o sus anticuerpos.
- d) Lesión auto infligida mientras esté o no en su sano juicio, intento de suicidio, rehusar sujetarse a un tratamiento médico o consejo prescrito, abuso de ingesta de alcohol o drogas u otras adicciones o abusos de sustancias tóxicas, exposición intencional al peligro esté o no mentalmente sano.
- e) Un acto malicioso del asegurado o de su(s) beneficiario(s). En este último caso, solamente el o los beneficiarios que hayan causado la enfermedad grave perderán sus derechos.
- f) Aparecimiento de lesiones o enfermedad por competencias de cualquier clase, submarinismo, saltar de puentes o acantilados, vuelos aéreos (incluyendo aerodelismo, vuelo en globo, paracaidismo y vuelo libre), otros que como miembro de una tripulación o como pasajero con boleto pagado en un avión comercial de pasajeros operando en una ruta regular programada, o cualquier actividad peligrosa o deportes a menos que se haya previsto un acuerdo especial de responsabilidad anticipadamente.
- g) Cualquier violación o intento de violación a la ley o resistencia al arresto.
- h) Consecuencias directas o indirectas de una guerra o de cualquier conflicto armado, invasión, acto de hostilidad enemiga extranjera (incluso si fuera una guerra declarada o no declarada), guerra civil, rebelión, insurrección, poder usurpado militarmente, participación directa en manifestaciones violentas, barricadas, etc., golpe o conmoción civil.
- i) Comprometer la vida al tomar parte en cualquier operación naval, militar o de fuerza aérea.
- j) Conducir bajo los efectos del alcohol o sin licencia.

G. FECHA DE OCURRENCIA DE UNA ENFERMEDAD GRAVE

Es la fecha en la cual ha sido diagnosticada la enfermedad, como resultado de la documentación médica adjunta al formulario de reclamo.

H. NOTIFICACIÓN DEL RECLAMO Y OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

Al momento de la ocurrencia de cualesquiera de las Enfermedades Graves indicadas en el Inciso D de esta Sección, el Solicitante, el Asegurado u otra persona actuando en su favor deberá notificarlo a la Aseguradora mediante nota con acuse de recibo dirigida a la Oficina Principal de la misma en la ciudad de Guatemala, dentro de los sesenta (60) días de la fecha del diagnóstico, acompañada del reporte médico y documentación que certifique el diagnóstico.

En caso de un reclamo y a solicitud de la Aseguradora, bajo pena de perder cualquier derecho sobre esta Cobertura, el Solicitante y el Asegurado deberán obligarse a:

- a) Rendir con exactitud y veracidad cualquier declaración requerida por la Aseguradora de manera que pueda comprobarse el derecho a compensación con respecto a la Enfermedad Grave, y
- b) Suministrar cualquier documentación adicional que la Aseguradora pueda requerir para su comprobación.

La Aseguradora se reserva el derecho total e incondicional de comprobar la condición de salud del Asegurado mediante los exámenes practicados por los médicos que tenga a bien designar.

I. PAGO DEL RECLAMO

La Aseguradora se obliga a comprobar el derecho a compensación de una Enfermedad Grave dentro de los treinta (30) días del recibo de toda la documentación requerida de acuerdo al inciso I de esta Sección, y a liquidar la suma asegurada para el siniestro en cuestión dentro de los treinta (30) días siguientes a la recepción de la totalidad de documentos requeridos.

La muerte del Asegurado, causada por la misma Enfermedad Grave indicada en la notificación de reclamo, que ocurra antes de que la Aseguradora haya comprobado el derecho a compensación por dicha Enfermedad Grave, será equivalente a la aceptación de dicho derecho de compensación e implicará liquidar a los beneficiarios designados.

Si el Asegurado muriera, antes que la Aseguradora haya comprobado el derecho a compensación, debido a otra causa que no sea la Enfermedad Grave declarada en la notificación de reclamo, los beneficios bajo la cobertura de Vida serán pagados a los beneficiarios designados y no se reconocerá el pago bajo esta cobertura.

El pago de la suma asegurada de la Cobertura se hará una sola vez independientemente que el asegurado haya sufrido una o más de las enfermedades cubiertas. Una vez realizado el pago de la suma asegurada cesa esta cobertura.

J. PERÍODO DE ESPERA EN CASO DE MUERTE DESPUÉS DE LA FECHA DE OCURRENCIA DE LA ENFERMEDAD GRAVE

Si la muerte del Asegurado, causada por la misma Enfermedad Grave indicada en la notificación de reclamo, sucede dentro de los treinta (30) días siguientes al diagnóstico de la Enfermedad Grave, no se reconocerá el pago de la cobertura.

El periodo de espera no se aplicará si la muerte es consecuencia directa y exclusiva de un accidente,

debido a causas externas y violentas, repentinas y accidentales que ocasionen lesiones corporales objetivamente comprobadas.

K. TERMINACIÓN ANTICIPADA DE ESTA COBERTURA

Esta cobertura terminará:

- a) Por haberse pagado esta cobertura a causa de una Enfermedad Grave cubierta; o
- b) Por anulación de esta cobertura o de la Póliza, a solicitud del Asegurado.
- c) Al cumplir el asegurado 65 años.

SECCIÓN V. COBERTURA ADICIONAL DE PLAN DENTAL

A. COBERTURA

Sujeto a los términos y condiciones de la póliza, todo Asegurado tendrá derecho al Beneficio de Gastos Dentales que tal como se define más adelante, consistirá en una cantidad para cubrir los cargos por Gastos Dentales incurridos por un individuo Asegurado durante un Año Calendario.

La cantidad total de los Beneficios de Gastos Dentales pagaderos a cualquier Asegurado, por cualquiera de las Fases descritas más adelante, incurridos durante un Año Calendario no excederán el máximo indicado en el Cuadro de Coberturas. Si en el Cuadro de coberturas no aparecen beneficios dentales, estos no estarán cubiertos, por lo tanto ninguna de las estipulaciones referentes al Plan Dental serán aplicables.

Se aplicará sólo un Máximo Dental para cada Asegurado, ya sea que haya existido o no una interrupción en la continuidad del seguro. Se aplicará solo un Máximo Dental si el Asegurado ha estado cubierto bajo la cobertura adicional como asegurado titular y como dependiente durante cualquier Año Calendario.

B. DEFINICIONES

1. “**Año Calendario**” se refiere al período comprendido entre el primero de Enero de cualquier año y el 31 de Diciembre del mismo año, ambos inclusive.
2. “**Asegurado**” se refiere al Asegurado Titular o familiar dependiente asegurado para los Beneficios de Gastos Dentales bajo esta póliza.
3. “**Beneficio de Gastos Dentales**” se refiere a las cantidades pagaderas bajo esta Póliza, de acuerdo a los beneficios estipulados en el Cuadro de Coberturas y Gastos Dentales.
4. “**Deducible**” es la cantidad especificada en el Cuadro de Coberturas, que cada individuo Asegurado debe desembolsar debido a Cargos por Gastos Dentales, Tipos I, II y III, combinados, dentro del Año Calendario, con el propósito de calificar para un Beneficio de Gastos Dentales, incurrido en el mismo Año Calendario.
5. “**Dentista**” se refiere a la persona legalmente autorizada para practicar dentistería o cualquier otro médico que proporcione servicios dentales para los cuales se encuentre legalmente autorizado. La profilaxis dental practicada por un higienista empleado por y que trabaje bajo la supervisión directa de un dentista será considerada como practicada por un dentista.

6. **“Gastos Dentales”** se refiere a los gastos razonables y acostumbrados por atención dental practicada por un dentista, por servicios prestados o suministros proporcionados a un Individuo Asegurado, y que son necesarios para su cuidado dental y tratamiento. Estos excluirán la porción de cualquier cargo referido en la estipulación de “Inclusiones” de esta Póliza, que exceden el cargo razonable y acostumbrado por el servicio, suministros o tratamientos por los cuales se incurre el cargo. Dicho cargo razonable y acostumbrado será determinado por la Compañía Aseguradora en base a los cargos cobrados en la localidad por servicios, suministros o tratamientos similares. El resultado de dicha determinación por parte de la Compañía Aseguradora constituirá el máximo permitido como “Cargo por Gastos Dentales” elegible.

Para determinar si un cargo es Razonable y Acostumbrado la Compañía Aseguradora considerará la naturaleza y condición de gravedad del individuo asegurado, así como las circunstancias especiales o complicaciones que pudieran requerir tiempo adicional, destreza y experiencia, en relación con un servicio en particular o un procedimiento dental.

Un cargo por Gastos Dentales se considerará incurrido en la fecha en que el procedimiento o servicio es prestado o el suministro proporcionado, excepto que dicho cargo se considere incurrido:

- a) Con respecto a dentaduras permanentes, coronas, incrustaciones o calzas, en la primera fecha de reparación del diente o dientes en cuestión.
 - b) Con respecto a dentaduras removibles parciales o completas, en la fecha en que se hizo el primer molde, o
 - c) Con respecto a endodoncia, en la fecha en que el diente es abierto para terapia de canal.
7. **“Núcleo Familiar Asegurado”** se refiere a cualquier Asegurado Titular y Familiares Dependientes asegurados para los Beneficios de Gastos Dentales bajo esta Póliza.
8. **“Plan de Tratamiento”** se refiere al informe escrito de un dentista en una forma satisfactoria a la Compañía Aseguradora, en el cual el dentista detalla los resultados del examen del Asegurado, el plan de tratamiento sugerido y el costo aproximado y duración de dicho tratamiento.
9. **“Reembolso”** se refiere al porcentaje especificado en el Cuadro de Coberturas, que se aplicará a los gastos dentales elegibles de los Tipos I, II, y III, después que el individuo asegurado haya satisfecho el deducible.

C. COBERTURA Y EXCLUSIONES

COBERTURA

A excepción de lo expuesto en la estipulación de Exclusiones de esta Cobertura Adicional, los Gastos Dentales elegibles consistirán en gastos incurridos con respecto al tratamiento dental por cualquiera de los servicios, suministros o tratamientos siguientes:

1. TIPO I TRATAMIENTO PREVENTIVO

- a) Exámenes Orales Rutinarios incluyendo diagnóstico, pero no más de dos (2) exámenes con respecto al mismo individuo Asegurado durante cualquier Año Calendario.
- b) Profilaxis – incluyendo limpieza, raspado de dientes, pulimiento, pero no más de dos veces durante cualquier Año Calendario con respecto al mismo individuo Asegurado.

- c) Aplicaciones de Fluoruro – limitado a niños de catorce (14) años de edad o menores.
- d) Rayos X – incluyendo rayos X de toda la dentadura, pero no más de una serie de rayos X en un período de tres años y rayos X con una placa sostenida paralela a los dientes, pero no más de dos veces por Año Calendario.
- e) Pruebas de laboratorio y otros exámenes para diagnóstico.

2. TIPO II TRATAMIENTO RESTAURATIVO

- a) Sostenedores de espacio.
- b) Tratamiento paliativo de emergencia.
- c) Extracciones simples (rutinarias).
- d) Extracciones quirúrgicas.
- e) Cirugía Oral.
- f) Alveolectomía.
- g) Anestesia.
- h) Inyecciones Terapéuticas.
- i) Restauración – relleno de amalgama o proceso sintético, pero excluyendo específicamente lo siguiente:
 - 1. Corona o calza posterior o anterior, y
 - 2. Instalación inicial de dentadura completa o parcial y reposición de dentaduras o unidades de puente fijo.
- j) Endodoncia.
- k) Periodontología de acuerdo a las siguientes condiciones:
 - 1. El monto total de beneficios pagaderos durante la vida de cada Individuo Asegurado por cualquier diagnóstico, servicios de cirugía o adicionales relacionados con enfermedad periodontal no excederán en ningún caso el máximo de periodontología indicado en el Cuadro de Beneficios, y
 - 2. El monto total de los beneficios (incluyendo beneficios relacionados con tratamiento de periodontología) pagadero por gastos dentales cubiertos, incurridos durante cualquier Año Calendario no excederán en ningún caso el máximo del Año Calendario indicado en el Cuadro de Beneficios.

3. TIPO III SERVICIOS MAYORES

- a) Incrustaciones.
- b) Calzas.

- c) Coronas.
 - d) Reparación de dentadura y puente.
 - e) Prótesis – incluyendo puentes y dentaduras.
1. La instalación inicial o adición al trabajo de dentaduras completas o parciales o puente fijo serán elegibles, siempre que:
 - a. dicha instalación o adición sea requerida como resultado de la extracción de uno o más dientes naturales debido a un accidente o enfermedad en o después de la fecha efectiva del seguro del Individuo Asegurado bajo esta Póliza.
 - b. la instalación o adición arriba mencionados incluye la reposición de dicho diente extraído; y
 - c. el trabajo de dicha dentadura o puente sea completado dentro de los doce (12) meses siguientes a la extracción.

El trabajo de dentadura o puente será considerado como instalado inicialmente, si dichas dentaduras o puente no reponen a cualquier dentadura o puente existentes.
 2. El reemplazo o alteración de dentaduras completas o parciales o puente fijo se considerarán pagaderos si la reposición o alteración es necesaria, si ocurrió en o después de la fecha efectiva del seguro del individuo Asegurado bajo esta Póliza y si es completado dentro de los doce (12) meses después de:
 - a. una lesión accidental que requiera tratamiento quirúrgico, o
 - b. cirugía oral para aditamentos musculares, o la extracción de tumor, quiste, elevaciones pequeñas o tejido redundante.
 3. El reemplazo de una dentadura completa o parcial cuando el mismo es requerido como resultado de un cambio estructural en la boca, siempre que:
 - a. el reemplazo sea efectuado después de cinco (5) años de la fecha de instalación de la dentadura, y
 - b. cualquier reemplazo no se efectuará en ningún caso si el seguro del individuo Asegurado bajo esta Póliza no ha estado en vigor por lo menos dos (2) años.

EXCLUSIONES DE LA COBERTURA ADICIONAL DE PLAN DENTAL

No se pagará ningún beneficio por los siguientes Gastos Dentales:

1. Aquellos servicios otorgados al Asegurado o aquellos gastos por servicios o suministros que hayan sido obtenidos por el Individuo Asegurado, sin costo alguno para él, conforme a las leyes o regulaciones de cualquier gobierno o agencia gubernamental, con excepción de aquellos casos en que se haga un Cargo al Asegurado, por el cual él esté legalmente obligado a pagar. “Gobierno” se refiere a cualquier nación, comunidad estatal, gobierno territorial o provincial, o cualquier subdivisión política.
2. Aquellos cargos por servicios recibidos del departamento dental o médico de cualquier patrono, unión, gremio, sindicato, y asociación para beneficio del empleado, administrador u organización similar, o por servicios de un dentista o clínica contratados para o por cualquier organización de esta índole.
3. Aquellos cargos por servicios dentales con fines cosméticos.

4. Aquellos cargos por reemplazo de dientes extraídos antes de la fecha efectiva de la cobertura del Individuo Asegurado bajo esta Póliza, a menos que el reemplazo reúna una de las condiciones enumeradas bajo la estipulación “Inclusiones” de esta Póliza.
5. Aquellos cargos por dentadura, coronas, incrustaciones, calzas, puentes o instrumentos o servicios para aumentar las dimensiones verticales.
6. Aquellos cargos por ajustes de dentaduras o puentes dentro de seis (6) meses de la instalación de una dentadura o puente.
7. Aquellos cargos por reemplazo de prótesis perdida o robada, o por una prótesis duplicada.
8. Aquellos cargos por programas o instrucciones de higiene oral, dietético o de control de placas.
9. Aquellos cargos por lesión o enfermedad originadas por cualquier empleo o en el curso de éste o por cualquier trabajo con fines de remuneración o ganancia.
10. Aquellos cargos por protectores bucales o atléticos.
11. Aquellos cargos por coronas enchapadas de porcelana o pónica sobre o para reemplazar un diente o dientes posteriores a la bicúspide segunda, que excede la cantidad pagadera razonable y acostumbrada para coronas enchapadas de acrílico pónicas.
12. Aquellos cargos por dentaduras o puentes temporales que, cuando combinados con el cargo por dentadura o puente permanente, excede la cantidad pagadera razonable y acostumbrada por la dentadura o puente permanente.
13. Aquellos cargos cobrados por el dentista en concepto de visita, a la cual el paciente no acudió.
14. Aquellos cargos por implantología.
15. Aquellos cargos por drogas o medicinas, excepto antibióticos inyectables administrados por un dentista o doctor como resultado de tratamiento dental.
16. Aquellos cargos por procedimientos, servicios o suministros que no llenan los requisitos aceptables establecidos en la práctica dental, incluyendo cargos por procedimientos, servicios o suministros de naturaleza experimental.
17. Aquellos cargos por tratamientos iniciados mientras el Individuo Asegurado no estaba cubierto bajo esta Póliza.
18. Aquellos cargos por tratamientos o procedimientos relacionados con Ortodoncia.

D. COORDINACIÓN DE BENEFICIOS DE ESTA COBERTURA ADICIONAL

Los beneficios descritos en estas condiciones no se sumarán con los beneficios ofrecidos por cualquier otro plan, por el cual cualquier asegurado pueda estar cubierto. Cuando algún asegurado esté cubierto también por otras pólizas que tengan las mismas coberturas que las del presente contrato, los beneficios del mismo se reducirán a una cantidad igual al complemento que resulte para que el pago total por las indemnizaciones conjuntas sea igual al 100% de los beneficios aquí estipulados. Si únicamente esta póliza estipula la coordinación de beneficios, los beneficios serán pagaderos primeramente por todos los demás planes concurrentes. Si el asegurado goza de beneficios similares a los aquí descritos e incurre en gastos médicos, la forma de pago será como sigue:

- a) El plan que cubra al asegurado como titular determinará sus beneficios, con prioridad a cualquier plan que cubra a dicha persona como dependiente.
- b) El plan que cubra al asegurado como dependiente de un titular hombre, determinará sus beneficios antes que un plan que lo cubra como dependiente de una titular mujer, y en cualquier caso el que posea beneficios.
- c) Si de los dos anteriores incisos no se pudiere establecer un orden de prioridad, el plan que haya cubierto al asegurado por más tiempo determinará los beneficios.

La Compañía Aseguradora procederá a realizar una coordinación de beneficios donde los montos pagaderos son aquellos que quedaron bajo responsabilidad del Asegurado, exceptuando excesos de lo usual, razonable y acostumbrado, y gastos no cubiertos. El monto máximo a cubrir no excederá el 100% del límite de beneficios contratados bajo esta Póliza

En adición a lo indicado anteriormente, una coordinación de beneficios entre los planes Médico y Dental será aplicada a todos los Asegurados.

E. CONTRATACIÓN DEL PLAN DENTAL

El Plan Dental podrá ser contratado para el Asegurado Titular y sus Dependientes en cualquier momento desde el inicio de la vigencia de póliza en adelante, por medio de una solicitud escrita enviada a la Compañía Aseguradora. El Plan Dental será aplicable para todo el núcleo familiar asegurado bajo la misma Póliza.

Una vez contratado el Plan Dental, no es posible su Cancelación, excepto que sea cancelado como parte de la Póliza completa bajo cualquiera de las circunstancias mencionadas en la Sección I Condiciones Generales, Literal P. Terminación del Seguro Individual.

F. PERÍODO DE ESPERA PARA RECLAMACIONES

De acuerdo a los términos de esta póliza, podrán presentarse reclamaciones bajo los Tipos I y II del Plan Dental por gastos incurridos a partir de la fecha de vigencia del beneficio. No obstante, no serán elegibles para reembolso los gastos que sean incurridos bajo el Tipo III dentro de los primeros seis (6) meses de la vigencia del beneficio. Estos gastos sí serán elegibles para reembolso de acuerdo a los términos de esta póliza, si son incurridos después de transcurrido este período.

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número **1997-2020** de **diciembre 2020**, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

**ENDOSO A LAS CONDICIONES GENERALES
PSM INTERNACIONAL**

Aplica para pólizas vigentes a partir del 1 de enero 2026

Por medio del presente endoso, se hace constar que a partir del 1 de enero de 2026 las Condiciones Generales del contrato de **PSM Internacional** quedan modificadas como sigue:

- Se modifica de la Sección I Condiciones Generales, el texto de la literal O inciso c y d. y la literal W, como sigue:

SECCIÓN I CONDICIONES GENERALES

**O. ELEGIBILIDAD
FAMILIARES DEPENDIENTES**

- c. Los hijos recién nacidos tendrán derecho a inclusión automática al seguro a partir del día de su nacimiento, siempre que sean reportados por escrito dentro de los primeros 30 días contados desde el día de su nacimiento, y que la madre o ambos padres hayan estado asegurados bajo esta póliza durante al menos 10 meses continuos al momento del nacimiento.

En caso de que alguna de las dos condiciones anteriores no sea satisfecha, el asegurado deberá suministrar pruebas de asegurabilidad satisfactorias a la Compañía Aseguradora, sin costo alguno para ésta, y dicho seguro entrará en vigor en la fecha que la Compañía Aseguradora determine.

La vigencia de la cobertura del recién nacido estará sujeta al pago de la prima adicional correspondiente.

- d. Los hijos solteros mayores de 19 años pueden ser considerados como familiares dependientes hasta la edad de 25 años, siempre que sean estudiantes de tiempo completo en un colegio, escuela, instituto o en la universidad y que dependan del Asegurado Titular para su sostenimiento.

W. PAÍS DE RESIDENCIA

Serán elegibles para este seguro cualquier Titular y sus Dependientes que residan dentro del territorio de la República de Guatemala, así como cualquier Hijo Dependiente que por motivo de estudios resida fuera del territorio de la República de Guatemala.

- Se incluyen en Sección II Cobertura de Gastos Médicos, en literal C. Definiciones, los textos de las definiciones siguientes:

SECCION II. COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS

C. DEFINICIONES

“ÁREA CENTROAMERICANA” para efectos de cobertura en esta póliza, el área Centroamericana está conformada por los países de Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Costa Rica, Belice y Panamá.

“CUIDADOS EN EL HOGAR” Cuidados prestados al asegurado en su hogar, los cuales han sido ordenados y certificados por escrito por el médico tratante y que los mismos son necesarios para el tratamiento adecuado de una enfermedad o lesión, y son prescritos específicamente como tratamiento alternativo a una hospitalización. La atención médica en el hogar incluye los servicios de profesionales certificados, incluyendo, pero no limitado a médicos, enfermeras y terapeutas. No se incluyen los cuidados de asistencia personal.

“DEDUCIBLE CATASTRÓFICO” En caso de un accidente en el cual más de un miembro de una familia sufre lesiones, solamente un deducible es aplicable por los Gastos Médicos totales incurridos como resultado de dicho accidente.

“DEDUCIBLE FAMILIAR” es la suma de los deducibles individuales de tres (3) miembros de una misma familia (Asegurado Titular y Familiares Dependientes) incurridos en el mismo Año Calendario.

“EXPERIMENTAL / EN INVESTIGACIÓN / DE ESTUDIO” Se entenderá por tal a cualquier tratamiento, procedimiento, medicamento, droga, equipo, dispositivo, suministro o servicio hospitalario que no cumpla con uno o más de los siguientes criterios:

- a) Contar con estudios clínicos controlados, concluidos y publicados en literatura médica revisada por pares, que demuestren un beneficio neto para la salud en la indicación específica;
- b) Estar incorporado en normas y protocolos médicos aceptados por la autoridad local y/o internacional vigentes al momento de la prestación del servicio;
- c) Haber sido aprobado específicamente para la indicación en cuestión por la agencia reguladora correspondiente según el lugar del tratamiento: EMA (Agencia Europea de Medicamentos) para tratamientos realizados en Europa, y FDA (Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos) para tratamientos realizados en cualquier otra región del mundo.

En todo caso, quedan excluidos expresamente los tratamientos, procedimientos, medicamentos o dispositivos que se encuentren en fase de investigación o prueba clínica (incluyendo fases I, II o III), aun cuando el Asegurado participe formal o informalmente en dichos ensayos.

El hecho de que un tratamiento, medicamento, dispositivo, procedimiento, suministro o servicio constituya la única alternativa de supervivencia para el Asegurado no implica que deje de ser de carácter experimental o investigativo.

“GENÉTICA MÉDICA” especialidad de la medicina que utiliza los conocimientos de la genética para la atención en salud. Comprende la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades con base genética, hereditaria o adquiridas, así como la orientación a los pacientes y sus familias sobre los riesgos de transmisión.

“PROCEDIMIENTOS ESPECIALES EN CLÍNICA” Se refiere a los procedimientos, que se pueden prestar dentro de la clínica del médico cuyo valor no está contemplado en el costo de la consulta de dicho médico.

Un co-pago o coaseguro adicional al valor de la consulta, deberá ser satisfecho por el asegurado.

“TAMIZAJE DEL RECIÉN NACIDO” Es una prueba de laboratorio que se realiza al recién nacido que está en riesgo de padecer desórdenes metabólicos serios que son tratables, pero que no son visibles al momento de su nacimiento.

- Se modifica el texto en la Sección II Cobertura de Gastos Médicos, en literal D. Descripción de la cobertura de Gastos Médicos el numeral 5. Otros Gastos Ambulatorios literal c, e y f, el numeral 6. Otros Gastos Cubiertos literal l, como sigue:

D. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS

COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS

5. Otros Gastos Ambulatorios:

- c) Gastos incurridos por control pediátrico y vacunas, incluyendo visitas al médico, no más de 10 por año calendario, hasta el cumplimiento de los 10 años de edad.
- e) Atención suministrada por enfermeras tituladas, siempre que sea medicamente necesaria, y que la gravedad de la enfermedad o lesión requieran de profesionales certificados para tratamiento del paciente, siempre que sea recomendada por el médico tratante y aprobada por la compañía. La enfermera no deberá tener ningún grado de parentesco con el asegurado y no debe vivir en la casa de dicho asegurado.
- f) Servicios suministrados por atención de Emergencia derivada de alguna Enfermedad o Accidente, prestados en la sala de emergencias de un Hospital, que incluyen honorarios del Médico General, materiales, insumos, equipos médicos básicos y los medicamentos necesarios para la estabilización del Asegurado, únicamente para condiciones que no estén excluidas en la Póliza y que cumplan con la definición de emergencia que se indica en la Sección II Cobertura de Gastos Médicos, en la literal C Definiciones y numeral 13.

Durante el primer año de vigencia y únicamente para la primera atención de emergencia en un hospital, no se aplicará ni deducible, ni coaseguro, ni copago, asumiendo el programa de seguro el 100% de los gastos que se presenten en la sala de emergencia de un hospital, siempre que los gastos sean incurridos en el país de residencia del asegurado. Este beneficio aplica por persona asegurada, sea titular o dependiente, un único evento cada uno.

Si derivado de la atención de la emergencia el médico ordena una hospitalización, la misma estará sujeta al deducible, coaseguro y/o copago que aplica para una hospitalización, según se establece en el cuadro de seguro.

6. Otros Gastos Cubiertos:

l) Se cubren los gastos incurridos por problema o trastorno del sueño, de acuerdo con lo indicado en el cuadro de coberturas, según el plan contratado y hasta el límite que ahí se consigna. Aplica un periodo de espera de 12 meses.

- Se modifica el texto en la Sección II Cobertura de Gastos Médicos, en literal L. Exclusiones de los numerales 1,4, 9, 20, 24 y 30, como sigue:

L. EXCLUSIONES

1. Honorarios por reconocimientos o chequeos médicos de rutina en ausencia de enfermedad o lesión, exámenes o pruebas de diagnóstico que no sean relacionadas ni necesarias para el tratamiento de una enfermedad o lesión corporal, con excepción de los exámenes para chequeos que se indican en el cuadro de coberturas de la póliza.
4. Tratamiento dental, excepto por:
 - a) El originado por causas accidentales que ocasionen pérdida de dientes naturales y dislocación o fractura de la mandíbula, mientras la persona se encuentre asegurada, y que el tratamiento sea suministrado dentro de los noventa (90) días siguientes al accidente, por un cirujano dentista autorizado para ejercer su profesión, así:
 1. Tratamiento dental por lesiones sufridas, incluyendo el reemplazo de los dientes naturales.
 2. Colocación en su lugar de la mandíbula fracturada.
 - b) También serán cubiertas las infecciones sistémicas, celulitis facial o cervical, o complicaciones graves que comprometan el estado general del paciente, descompensen condiciones médicas preexistentes o requieran hospitalización para tratamiento intravenoso; originadas por un tratamiento dental y que requieran atención en un hospital bajo indicación médica. Todo gasto ambulatorio permanece excluido.
9. Tratamientos suministrados al recién nacido excepto en los casos siguientes:
 - a) *Cobertura de los gastos de atención médica del pediatra y de la sala cuna, desde el momento de nacimiento hasta que el recién nacido salga del hospital y hasta el máximo establecido en el cuadro de coberturas; siempre y cuando el parto sea elegible bajo las condiciones de esta póliza.*

b) *Circuncisión del recién nacido, siempre que el nacimiento sea a consecuencia de una maternidad cubierta y que los gastos no excedan el límite máximo establecido en el cuadro de coberturas.*

c) *Tamizaje para el recién nacido de una maternidad cubierta, dentro de un período máximo de 30 días contados a partir de su nacimiento. Este beneficio aplica por reembolso convencional y hasta el límite indicado en el cuadro de coberturas.*

20. Terapias de cualquier tipo, excepto la terapia física de rehabilitación practicada por fisioterapeuta y ordenada por un médico, al igual que la terapia respiratoria necesaria para tratar una enfermedad cubierta. También se cubrirán terapias del habla, lenguaje, ocupacional y de recuperación cognitiva, cuando la necesidad medica sea a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza o en un evento cerebrovascular.

24. No se cubren los gastos incurridos para el diagnóstico y/o tratamiento de cualquier problema relacionado con el síndrome de fatiga crónica y sus complicaciones.

30. Servicios o suministros de uso común tales como bicicletas estacionarias, purificadores de aire y agua, colchones antialérgicos, almohadas ortopédicas, evaporizadores y deshumedecedores. Al igual que cualquier equipo de automonitoreo en casa, incluyendo, pero no limitando, a glucómetros, tiras reactivas, monitor de presión arterial, oxímetro, entre otros.

- En la Sección II Cobertura de Gastos Médicos, en literal L. Exclusiones se agregan los numerales 31, como sigue:

31. Gastos relacionados con genética médica, incluyendo honorarios médicos, estudios de secuenciación genética, pruebas de predisposición hereditaria, terapias genéticas o génicas, asesoría genética a pacientes o familiares, así como cualquier tratamiento derivado de alteraciones genéticas, salvo que se indique expresamente lo contrario en el cuadro de coberturas. Esta exclusión no aplica a tratamientos médicos estándar de condiciones que, aunque tengan origen genético, se manejen con terapias convencionales.

32. Gastos relacionados con el estudio y/o tratamientos del retardo del crecimiento, retraso psicomotor, déficit de atención con o sin hiperactividad, trastornos del aprendizaje, habilidades motoras, comunicación, comportamiento, ingestión y conducta alimentaria, tics y/o manías.

- En la Sección V Cobertura Adicional de Plan Dental, se modifica y se incluye en el literal B. Definiciones, los siguientes textos como siguen:

SECCION V. COBERTURA ADICIONAL DE PLAN DENTAL

B. DEFINICIONES

4. **“Deducible”** es la cantidad especificada en el Cuadro de Coberturas, que cada individuo Asegurado debe desembolsar debido a Cargos por Gastos Dentales, Tipos I, II, III y IV, combinados, dentro del Año Calendario, con el propósito de calificar para un Beneficio de Gastos Dentales, incurrido en el mismo Año Calendario.

9. **“Reembolso”** se refiere al porcentaje especificado en el Cuadro de Coberturas, que se aplicará a los gastos dentales elegibles de los Tipos I, II, III y IV, después que el individuo asegurado haya satisfecho el deducible.

“Ortodoncia” Se ocupa de corregir los defectos y las irregularidades en la posición de los dientes; mejorando el funcionamiento en los maxilares.

- En la Sección V Cobertura Adicional de Plan Dental, en literal C Cobertura y Exclusiones, se incluye el numeral 4. Tipo IV Ortodoncia, como sigue:

C. COBERTURA Y EXCLUSIONES

4. TIPO IV: ORTODONCIA

Para acceder a esta cobertura el paciente deberá aprobar el examen clínico y radiográfico realizado por un especialista en ortodoncia que certifique que es apto para iniciar ortodoncia.

El monto total del beneficio para tratamientos Tipo IV Ortodoncia, no excederá del máximo indicado en el Cuadro de Coberturas, se aplicará una sola vez por vigencia por asegurado y no excederán en ningún caso el máximo del Año Calendario, indicado en el Cuadro de Coberturas.

Las coberturas contempladas para este beneficio son:

- a) Examen clínico efectuado por un especialista en ortodoncia (diagnóstico y plan de tratamiento), una única vez.
 - b) Instalación de la aparatología para inicio de ortodoncia (brackets metálicos), la cual se cubrirá en una única instalación en la clínica del especialista. En ningún caso se aceptarán nuevas instalaciones por cambio de clínica o por abandono de tratamiento. La cobertura aplica sólo para técnica metálica convencional.
 - c) Controles mensuales de ortodoncia correctiva metálica, hasta un máximo de 24 controles
- En la Sección V Cobertura Adicional de Plan Dental, se incluyen Exclusiones específicas para Tipo IV Ortodoncia, en la literal C Cobertura y Exclusiones, como sigue:

No se pagará ningún beneficio por los siguientes gastos relacionados a la Fase IV Tratamientos de Ortodoncia:

19. El paquete de diagnóstico ortodoncia, que Incluye radiografía panorámica, Radiografía perfil, fotos intra y extraorales, cefalometría básica, modelos de estudio controles adicionales a los otorgados, reparación o reposición de brackets adicionales a los contempladas, tracción quirúrgica o aparatos adicionales como placas levantadoras de mordida, retenedores o placas de contención o cualquier otro aditamento diferente.

20. Controles de ortodoncia que no correspondan a técnica metálica convencional, incluyendo, pero no limitadas a, ortodoncia auto ligado metálica, ortodoncia con brackets cerámicos y ortodoncia con alineadores.

- En la Sección V Cobertura Adicional de Plan Dental, se modifica el texto de la literal F. Período de espera para reclamaciones, como sigue:

F. PERÍODO DE ESPERA PARA RECLAMACIONES

De acuerdo con los términos de esta póliza, podrán presentarse reclamaciones bajo los Tipos I y II del Plan Dental por gastos incurridos a partir de la fecha de vigencia del beneficio. No obstante, no serán elegibles para reembolso los gastos que sean incurridos bajo el Tipo III y IV dentro de los primeros seis (6) meses de la vigencia del beneficio. Estos gastos sí serán elegibles para reembolso de acuerdo con los términos de esta póliza, si son incurridos después de transcurrido este período.

- Se procede a aclarar que se sustituye la palabra “certificado” por “póliza”, en las siguientes secciones:
 - Sección I, literal F, 3er. Párrafo
 - Sección II, literal D, numeral 6, inciso f), último párrafo
 - Sección II, literal J, numeral 2, inciso L), numeral 26
 - Sección III, literal B, 5to párrafo
 - Sección III, literal D, Tabla de Beneficios, inciso a)
- Se procede a aclarar que se sustituye la palabra “Cuadro de Beneficios” por “Cuadro de Coberturas”, en las siguientes secciones:
 - Sección II, literal C, numeral 6
 - Sección II, literal L, numeral 5 inciso c
 - Sección II, literal L, numeral 11
 - Sección V, literal C, numeral 2, literal k) numeral 1 y 2

PSM



ASEGURADORA
GENERAL

**ASSIST
CARD**

Anexo

Condiciones Generales de Asistencia de Viajes



Las presentes Condiciones Generales están vigentes a partir de la fecha indicada al pie de página. Si usted contrató el servicio con anterioridad rigen las Condiciones Generales correspondientes a la fecha de contratación.

CONDICIONES GENERALES DE SERVICIOS ASSIST CARD

A. INDICE

- A. INDICE 2
- B. OBLIGACIONES 4
 - 1 OBLIGACIONES DE ASSIST CARD 4
 - 2 OBLIGACIONES DEL TITULAR 4
 - 2.1 AUTORIZACION PREVIA..... 4
 - 2.2 OBLIGATORIEDAD DE INFORMAR DENTRO DE LAS 24 HORAS 4
 - 2.3 PROVISION DE DOCUMENTACION 4
 - 2.4 DOCUMENTACION MEDICA / ODONTOLOGICA 5
 - 2.5 ENTREGA DE BILLETES DE PASAJE..... 5
- C. CONDICIONES GENERALES DE LOS SERVICIOS ASSIST CARD - CONTRATO DE ASISTENCIA EN VIAJES
 - 1. CONSIDERACIONES PREVIAS..... 5
 - 2. DEFINICIONES 6
 - 3. VALIDEZ GEOGRÁFICA 7
 - 4. SERVICIOS ASSIST CARD 7
 - 4.1 ASISTENCIA MEDICA 7
 - 4.1.1 Consultas médicas 8
 - 4.1.2 Atención por especialistas 8
 - 4.1.3 Exámenes médicos complementarios 8
 - 4.1.4 Terapia de recuperación física en caso de traumatismo 8
 - 4.1.5 Medicamentos..... 8
 - 4.1.6 Odontología de urgencia 9
 - 4.1.7 Hospitalizaciones 9
 - 4.1.8 Intervenciones quirúrgicas, Terapia intensiva y unidad coronaria 9
 - 4.1.9 Prótesis y órtesis..... 9
 - 4.1.10 Límite de gastos de asistencia médica 9
 - 4.1.11 Reembolso de gastos médicos 10
 - 4.1.12 Reclamo de pagos – *Payment Claims*..... 10
 - 4.2 DOLENCIAS PREEXISTENTES Y DOLENCIAS CRONICAS 10
 - 4.3 TRASLADOS SANITARIOS..... 10
 - 4.4 REPATRIACION SANITARIA 10
 - 4.5 ACOMPAÑAMIENTO DE MENORES Y/O MAYORES..... 11
 - 4.6 TRASLADO DE UN FAMILIAR 11
 - 4.7 ESTANCIA DE UN FAMILIAR 11
 - 4.8 DIFERENCIA DE TARIFA POR VIAJE DE REGRESO RETRASADO O ANTICIPADO 11
 - 4.9 GASTOS DE HOTEL POR REPOSO FORZOSO POR ENFERMEDAD, ACCIDENTE U HOSPITALIZACION 12
 - 4.10 REEMBOLSO DE GASTOS POR VUELO DEMORADO O CANCELADO 12
 - 4.13 ASISTENCIA EN CASO DE ROBO O EXTRAVIO DE DOCUMENTOS 12
 - 4.14 REGRESO ANTICIPADO POR SINIESTRO GRAVE EN EL DOMICILIO 12
 - 4.15 REPATRIACION O TRASLADOS FUNERARIOS 12
 - 4.16 ASESORAMIENTO EN CASO DE DEMORA O EXTRAVÍO DE EQUIPAJE..... 13
 - 4.17 ASISTENCIA POR RESPONSABILIDAD EN UN ACCIDENTE 13
 - 4.18 ANTICIPO DE FONDOS PARA FIANZAS 13
 - 4.19 ASISTENCIA LEGAL PARA REALIZAR RECLAMOS A RAIZ DE ACCIDENTES..... 13
 - 4.21 PRACTICA DE DEPORTES 13
 - 4.22 EMBARAZO 13



4.42.2	GARANTÍA DE CANCELACIÓN E INTERRUPCIÓN DE VIAJE POR DIAGNÓSTICO POSITIVO DE COVID-19.....	14
5	DISPOSICIONES GENERALES.....	14
5.1	TITULAR DEL SERVICIO.....	14
5.2	VALIDEZ TERRITORIAL.....	15
5.3	VALIDEZ TEMPORAL.....	15
5.4	DIAS CONSECUTIVOS DE VIAJE	15
5.7	FINALIZACION DE LA VIGENCIA.....	15
5.8	GRABACION Y MONITOREO DE LAS COMUNICACIONES.....	15
5.9	ENFERMEDADES REPENTINAS Y AGUDAS	16
5.10	REVELACION DE HISTORIA CLINICA.....	16
5.11	AUTORIZACION IRREVOCABLE PARA SOLICITAR INFORMACION MEDICA	16
5.12	EVENTOS Y GASTOS EXCLUIDOS	16
5.13	LIMITACIONES Y EXCLUSIONES POR EDAD	18
5.14	COMUNICACIÓN DE LA CONTRATACION	18
6	SUBROGACION Y CESION DE DERECHOS	18
7	CIRCUNSTANCIAS EXCEPCIONALES Y/O DE CASO FORTUITO O FUERZA MAYOR.....	19
8	GASTOS NO CONTEMPLADOS EN EL CONTRATO E INTERVENCION DE OTRAS EMPRESAS.....	19
9	RESPONSABILIDAD.....	19
10	JURISDICCION	19
11	PRESCRIPCION	20
D.	SEGUROS.....	20
1.	SEGURO POR EXTRAVÍO Y DEMORA EN LA ENTREGA DEL EQUIPAJE.....	20
4.	GARANTIA DE CANCELACION E INTERRUPCION DE VIAJE POR FUERZA MAYOR.....	21



B. OBLIGACIONES

1 OBLIGACIONES DE ASSIST CARD

Las obligaciones de ASSIST CARD expresadas en el presente Contrato de asistencia en viaje sólo regirán para accidentes y/o enfermedades repentinas y agudas contraídas con posterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la Tarjeta ASSIST CARD o a la fecha de inicio del viaje, la que sea posterior.

2 OBLIGACIONES DEL TITULAR

En todos los casos y para todos los servicios, el Titular se obliga a:

2.1 AUTORIZACION PREVIA

Comunicarse con una Central ASSIST CARD y recibir la autorización de la misma antes de tomar cualquier iniciativa o comprometer cualquier gasto.

ASSIST CARD no asumirá ninguna responsabilidad económica en los casos en que el Titular haga abandono del centro médico donde esté ingresado, por su propia decisión, sin la debida autorización médica, o contra la opinión de los médicos tratantes. ASSIST CARD tampoco asumirá responsabilidad de ningún tipo por complicaciones y/o agravamientos del cuadro médico del Titular que eventualmente resulten del incumplimiento de las indicaciones médicas recibidas.

En caso de que el Titular omita comunicare con ASSIST CARD para requerir asistencia, la responsabilidad de ASSIST CARD por los costos de las asistencias quedará limitada al costo en que hubiera incurrido ASSIST CARD de haberse solicitado oportunamente la asistencia, a juicio razonable de su Departamento Médico fundado en lo posible en la experiencia de ASSIST CARD en casos similares.

2.2 OBLIGATORIEDAD DE INFORMAR DENTRO DE LAS 24 HORAS

ASSIST CARD no es un servicio de urgencias médicas, por lo que ante una Emergencia Médica urgente el Titular deberá recurrir al servicio médico de emergencia más próximo al lugar donde se encuentre. En todos estos casos el Titular deberá comunicar a ASSIST CARD la emergencia sufrida y la asistencia recibida desde el lugar de ocurrencia, lo antes posible y siempre dentro de las 24hs. de producido el evento o dentro de las 24hs. siguientes a su alta médica, en cuyo caso deberá proveer las constancias y comprobantes originales que justifiquen tal situación.

Previa evaluación del caso y una vez descartadas posibles exclusiones, ASSIST CARD decidirá si toma a cargo los gastos generados por la asistencia y con las siguientes limitaciones:

- (1) No podrán superar los topes establecidos para la asistencia brindada según el producto ASSIST CARD adquirido.
- (2) No podrán superar los valores que ASSIST CARD hubiera abonado a un prestador de su red por la misma asistencia.
- (3) Se deberá ajustar a los valores de uso habitual en el país o región donde se produjo el evento. Para el caso específico de eventos ocurridos en USA los valores de referencia a utilizar serán los que en dicho país se conocen como "Usual and Customary amount" ("Valores de uso habitual y corriente").

No se tomará a cargo ningún gasto ni se efectuará ningún reembolso de gastos devengados en situación de emergencia, si no se diera estricto cumplimiento al procedimiento indicado en las presentes Instrucciones de utilización de los servicios ASSIST CARD.

2.3 PROVISION DE DOCUMENTACION

El Titular deberá proveer a ASSIST CARD toda la documentación e información que permitan establecer la procedencia de un caso y su encuadre o no dentro de las presentes Condiciones Generales, además de todos los comprobantes originales de gastos reembolsables por ASSIST CARD y toda la información médica, inclusive la anterior al viaje, o de cualquier índole que eventualmente sea necesaria para la prestación de los servicios. Esto incluye la autorización para el libre acceso a su historia clínica en su país de origen, así como al contacto con su médico personal, empresa de medicina prepaga, obra social, etc.

El Titular perderá todo derecho a cobro de indemnización, compensación y/o reintegro si omite el cumplimiento de lo previsto en el párrafo anterior, o si actúa de mala fe presentando documentación fraudulenta o empleando pruebas falsas.



De serle requerido, el Titular deberá presentar el Pasaporte con los sellos de las autoridades de Migraciones correspondientes a las fechas de salida y entrada al país de origen, o las constancias de salida y entrada al país de origen si no fuera requerido pasaporte por las autoridades migratorias

En el supuesto de que el Titular, por razones de fuerza mayor, no hubiera podido cumplimentar la solicitud de autorización previa para contratar servicios por su cuenta, y sin perjuicio del cumplimiento de todas y cada una de las obligaciones indicadas en la presente cláusula, deberá proporcionar a ASSIST CARD todos los datos que le sean solicitados a los efectos de poder constatar el servicio obtenido, lo genuino de la emergencia que lo motivara y la imposibilidad de la comunicación previa. Lo anteriormente expuesto es condición imprescindible para poder obtener una autorización de pago y/o de reintegro de los gastos afrontados. **Omitido por cualquier circunstancia el cumplimiento de este requisito, ASSIST CARD quedará facultada para denegar el pago y/o reintegro conforme a la evaluación que resultare luego de auditar el caso.**

En caso de accidente se deberá acompañar para el reconocimiento de gastos la denuncia policial correspondiente, ello sin perjuicio de obtener la previa autorización por parte de ASSIST CARD.

2.4 DOCUMENTACION MEDICA / ODONTOLOGICA

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

2.5 ENTREGA DE BILLETES DE PASAJE

El Titular deberá entregar a ASSIST CARD todos los billetes de transporte (aéreos o no) que posea, en aquellos casos en que ASSIST CARD se haga cargo de cualquier diferencia sobre el o los billetes de pasajes originales, o cuando ASSIST CARD proveyera la repatriación del Titular en caso de accidente grave o defunción. En todos los casos ASSIST CARD responderá solamente por la diferencia de tarifa que pudiere existir en caso de que ello correspondiese.

IMPORTANTE: El incumplimiento de cualquiera de las obligaciones estipuladas en la Cláusula B.2 dejará automáticamente eximida a ASSIST CARD de abonar los gastos de asistencia originados.

C. CONDICIONES GENERALES DE LOS SERVICIOS ASSIST CARD - CONTRATO DE ASISTENCIA EN VIAJE

1. CONSIDERACIONES PREVIAS

ASSIST CARD es una organización internacional de asistencia al viajero cuyo objeto es el de proporcionar, entre otros, servicios de asistencia médica en situaciones de emergencia durante el transcurso de un viaje. En caso de que los servicios de asistencia médica a brindar se deban a enfermedades preexistentes o dolencias crónicas, los gastos originados estarán excluidos conforme a lo estipulado en las cláusulas C.4.2 y C.5.12.1 de las presentes Condiciones Generales, por lo que ASSIST CARD sólo asumirá los gastos de la primer atención médica, y únicamente hasta el tope indicado en su voucher por este concepto, conforme a lo estipulado en la cláusula C.4.1.10 (3).

Se deja expresa constancia, y así lo acepta el Titular, que los servicios ASSIST CARD no constituyen un seguro médico, ni una extensión o sustituto de programas de seguridad social ni de medicina prepaga, ni de aseguradoras de riesgos de accidentes laborales. Los servicios y prestaciones de ASSIST CARD están exclusivamente orientados a la asistencia en viaje de eventos súbitos e imprevisibles que impidan la normal continuación del mismo.

Las presentes Condiciones Generales de los servicios ASSIST CARD rigen la prestación por parte de ASSIST CARD de los servicios asistenciales detallados a continuación, durante los viajes que realice el Titular de una tarjeta ASSIST CARD.

Para utilizar cualquiera de los servicios ASSIST CARD SERÁ OBLIGACIÓN DEL TITULAR haber elegido el producto ASSIST CARD de su preferencia y leído y aceptado los términos y condiciones aplicables al mismo expresadas en las presentes Condiciones Generales.

Los servicios ASSIST CARD se prestarán únicamente al Titular y son intransferibles a terceras personas. Para recibir los servicios asistenciales aquí incluidos el Titular deberá contar con su seguro médico internacional que incluye los servicios de ASSIST CARD activo y la documentación personal que acredite su identidad y las fechas de viaje.

La adquisición por parte de un Titular de una o más tarjetas ASSIST CARD no producirá la acumulación de sus servicios ni beneficios, sino que se aplicarán, en tal caso, los topes de la que resulte más beneficiosa para el Titular.



La tarjeta ASSIST CARD y los servicios derivados de la misma no tendrán validez alguna en el país en el que el Titular se encontrare al momento de ser emitida la tarjeta, ni en el país donde el producto fue emitido si fuera otro distinto, salvo que se indique expresamente lo contrario (productos con validez "Nacional y/o Internacional Receptivo").

2. DEFINICIONES

A todos los fines interpretativos, se deja expresa constancia que en las presentes "Instrucciones de utilización de los servicios ASSIST CARD" y en las "Condiciones Generales de los servicios ASSIST CARD" se entiende por:

Accidente: Suceso imprevisto, súbito, violento y externo que altera el transcurso normal o previsto de las cosas, especialmente el que causa daños a una persona o cosa.

Central Operativa: La oficina que coordina la prestación de los servicios requeridos por el Titular con motivo de su asistencia.

Circunstancias Excepcionales: Todas aquellas situaciones extraordinarias, de presentación infrecuente, indicadas en la Cláusula C.7 de las presentes Condiciones Generales.

Congénito: Presente o existente desde el nacimiento.

Crónico: Todo proceso patológico continuo y persistente en el tiempo, mayor de 30 días de duración.

Departamento Médico: Grupo de profesionales de la salud que, prestando servicios de supervisión, control y/o coordinación para ASSIST CARD, intervienen y deciden en todos aquellos asuntos y/o prestaciones brindadas o a brindarse en virtud de las presentes Condiciones Generales y que están directa o indirectamente relacionados con temas médicos.

Dolencia y/o Afección: Los términos "dolencia" y/o "afección" se entenderán como sinónimos de "enfermedad" a todos los efectos en las presentes Condiciones Generales.

Electivo: Procedimiento médico que no reviste el carácter de emergencia y por tanto es programable y planificable para una fecha posterior, sin impedir por ello la normal continuación del viaje.

Emergencia médica: Lesión o enfermedad que plantea una amenaza inmediata para la vida de una persona y cuya asistencia no puede ser demorada.

Enfermedad Aguda: Proceso corto y relativamente severo de 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 Repentina o Imprevista: Enfermedad pronta, impensada, no prevista, contraída con posterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la Tarjeta ASSIST CARD o a la fecha de inicio del viaje, la que sea posterior.

Franquicia o Deducible: El monto fijo y determinado que será a cargo del Titular y deberá ser abonado por éste al momento de brindársele la primera asistencia médica, en concepto de pago inicial obligatorio por los gastos que dicha asistencia origine.

Monto Máximo Global: La suma tope de gastos que ASSIST CARD abonará y/o reembolsará al Titular por todo concepto y por todos los servicios brindados en virtud de las presentes Condiciones Generales.

Monto Máximo Global en caso de evento múltiple: La suma de gastos que ASSIST CARD abonará y/o reembolsará a todos los Titulares afectados en caso de que un mismo evento provoque lesiones o el fallecimiento de más de un Titular, por todo concepto y por todos los servicios brindados en virtud de las presentes Condiciones Generales.

Pack Familiar: Es una forma de comercialización mediante la cual ASSIST CARD brinda a sus clientes la posibilidad de adquirir sus productos para todos los integrantes de un mismo grupo familiar, abonando solamente la tarifa correspondiente a algunos de ellos, siendo sin cargo para el resto. Las tarifas y condiciones de comercialización aplicables a la modalidad "PACK FAMILIAR" pueden variar según el tipo y vigencia de producto adquirido, el destino del viaje y la cantidad de integrantes del grupo familiar, conforme a información disponible en las agencias de viaje y/o en las oficinas de ASSIST CARD.



Kit ASSIST CARD: El material impreso que se le entrega al Titular antes de su viaje y que contiene -entre otras constancias- la Tarjeta, el Voucher con sus datos personales y las características del Producto ASSIST CARD adquirido, Hoja de Instrucciones (cuando las Condiciones Generales sean enviadas por e-mail) o Condiciones Generales impresas (cuando las mismas no sean enviadas por e-mail), la Lista de teléfonos desplegable, los Marbetes de equipaje y los Stickers para documentos.

Preexistente: Todo proceso fisiopatológico, enfermedad, lesión o sus complicaciones, que se reconozca su origen o etiología anterior a la fecha de inicio de la vigencia de la Tarjeta o del viaje (la que sea posterior), incluyendo tanto las padecidas con anterioridad a dicha fecha como las que se manifiesten posteriormente, así como aquellas que para su desarrollo hayan requerido de un período de incubación, formación o evolución dentro del organismo del Titular, aquellas sufridas durante la vigencia de una Tarjeta ASSIST CARD anterior y aquellas originadas como consecuencia de la administración de cualquier tipo de tratamiento o medida, preventiva o no, en forma previa al inicio de la vigencia de la tarjeta o del viaje.

Recurrente: Regreso de la misma enfermedad luego de haber sido tratada. Usualmente, 3 o más veces durante un año calendario.

Residencia habitual: Son todos aquellos lugares en donde el Titular permanece al menos 120 días al año.

Tarjeta: La credencial que se entrega al Titular antes de su viaje, y que contiene su nombre completo y el número, vigencia y tipo de tarjeta ASSIST CARD contratada.

Titular: La persona que figura en el "voucher" como beneficiaria de los servicios descritos en el Contrato de asistencia en viaje formalizado, integrado por dicho voucher con más las Condiciones Generales adjuntas al mismo.

Voucher: El instrumento del contrato de Asistencia en Viaje que se entrega al Titular antes de su viaje y que contiene -entre otras constancias- sus datos personales, el número y tipo de tarjeta ASSIST CARD contratada, así como las Condiciones Particulares, especificaciones y límites de la misma. Sólo son de aplicación aquellas prestaciones explícitamente enunciadas en las Condiciones Particulares, con el alcance y límites indicados para cada servicio.

Viaje internacional: Se considera viaje internacional a cualquier recorrido realizado por el Titular fuera de su país de residencia, sea este entre 2 o más países, o entre dos o más ciudades de un mismo país. A todos los efectos, será considerado parte de un viaje internacional a aquel tramo doméstico o de cabotaje que forme parte del trayecto necesario para arribar al destino final.

3. VALIDEZ GEOGRÁFICA

Están excluidos los países en guerra civil o extranjera (Ejemplos, incluyendo, pero no limitado a: Afganistán, Irak, Sudán, Somalia, Corea del Norte, etc.).

En los países donde ASSIST CARD no presta asistencia, se limita únicamente al reembolso de gastos médicos en las circunstancias y condiciones establecidas en las Condiciones Generales de los servicios.

4. SERVICIOS ASSIST CARD

La siguiente es una enunciación taxativa de los servicios que ASSIST CARD brinda al Titular beneficiario del producto ASSIST CARD adquirido.

MONTO MAXIMO GLOBAL: Es la suma tope de gastos que ASSIST CARD abonará y/o reembolsará al Titular por todo concepto y por todos los servicios brindados en virtud de las presentes Condiciones Generales. El monto total de gastos por todos los servicios detallados en la Cláusula C.4 no podrá exceder el "Monto Máximo Global" que se indica en su voucher.

Para una mejor interpretación de esta cláusula, se aclara que en los productos donde el Monto Máximo Global esté expresado en más de una moneda y difieran uno del otro, los referidos Montos no serán complementarios entre sí, por lo que las sumas computadas como gastos en asistencias brindadas para cualquiera de dichos Montos serán deducibles entre sí.

4.1 ASISTENCIA MEDICA

ASSIST CARD pone a disposición del Titular su red mundial de Centrales de Alarma. El Titular deberá comunicarse telefónicamente con una central ASSIST CARD para todo caso de enfermedad, accidente o emergencia para el cual necesite asistencia. ASSIST CARD brindará al Titular las condiciones para su oportuna atención, sea remitiendo al profesional en cada caso, brindando asistencia online a través de la aplicación móvil (telemedicina), o autorizando la atención en cualquiera de los Centros Asistenciales u hospitales disponibles en el área de



ocurrencia del evento cuya asistencia se solicita. El Titular se obliga a dar aviso a ASSIST CARD tantas veces como asistencias requiera. A partir de la primera asistencia o servicio prestado, el Titular deberá siempre comunicarse con ASSIST CARD para obtener la autorización de nuevas asistencias o servicios originados en la misma causa que el primer evento.

Si requerida la asistencia a la Central ASSIST CARD no se encontrare inmediatamente disponible en el lugar de ocurrencia del evento un prestador de la red asistencial de ASSIST CARD, el Titular podrá, previa autorización de ASSIST CARD, utilizar los servicios médicos que resulten necesarios. En estas circunstancias ASSIST CARD se hará cargo del costo de los servicios prestados al Titular por otros profesionales y/o establecimientos sanitarios, siempre y cuando los mismos no estén excluidos en las presentes Condiciones Generales, abonando directamente a los prestadores (cuando ello resulte posible) o reintegrando al Titular los gastos efectuados en situaciones de emergencia únicamente.

IMPORTANTE: Los servicios de asistencia médica a ser brindados por ASSIST CARD se limitan a tratamientos de cuadros agudos y están orientados a la asistencia 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 y por la misma razón no están diseñados ni se contratan ni se prestan para procedimientos electivos o para adelantar tratamientos o procedimientos de larga duración sino para garantizar la recuperación inicial y las condiciones físicas que permitan la normal continuación del viaje.

Los servicios de asistencia médica antes mencionados incluyen:

4.1.1 Consultas médicas

Se prestará asistencia médica en caso de accidente o "enfermedad aguda e imprevista". Producida una enfermedad o lesión que imposibilite la continuación normal del viaje del Titular, éste podrá utilizar sin cargo alguno los servicios de los profesionales y/o establecimientos sanitarios que en el caso le sean indicados y/o autorizados por ASSIST CARD.

Las enfermedades benignas y heridas leves que no imposibiliten la continuación normal del viaje no darán lugar a esta asistencia, aunque el Titular podrá solicitar el reembolso de gastos por él efectuados con motivo de la misma, si éstos se ajustan a las presentes Instrucciones de utilización de los servicios ASSIST CARD y de las Condiciones Generales de los servicios ASSIST CARD.

Los servicios de asistencia médica a ser brindados por ASSIST CARD se limitan al tratamiento de los síntomas agudos que impidan la continuación del viaje. A menos que esté explícitamente aclarado dentro de las características del producto ASSIST CARD adquirido, todas las afecciones crónicas o preexistentes o congénitas o recurrentes, están expresamente excluidas, como así también sus consecuencias y/o complicaciones, aun cuando estas consecuencias y/o complicaciones aparezcan por primera vez durante el viaje.

4.1.2 Atención por especialistas

Se prestará asistencia médica por especialistas cuando ésta sea indicada o requerida por el equipo médico de urgencia y autorizada previamente por la Central ASSIST CARD correspondiente.

Cuando el Titular sea menor de 12 años y haya requerido asistencia médica, ASSIST CARD pondrá a disposición, a solicitud de los padres o adultos que acompañen al menor en su viaje, la posibilidad de una interconsulta telefónica con el pediatra de cabecera del menor en su país de origen. Se deja expresa constancia que dicha interconsulta tendrá mero carácter informativo, pero no será vinculante respecto al tratamiento médico a brindar, el cual será decisión del prestador médico interviniente.

4.1.3 Exámenes médicos complementarios

Se procederá a efectuar exámenes complementarios cuando sean indicados por el equipo médico de urgencia y autorizados por la Central ASSIST CARD correspondiente.

4.1.4 Terapia de recuperación física en caso de traumatismo

Si el Departamento Médico de ASSIST CARD lo autorizara y habiendo sido prescripto por el médico tratante, ASSIST CARD tomará a su cargo hasta 10 (diez) sesiones de fisioterapia, quinesioterapia, etc.

4.1.5 Medicamentos



ASSIST CARD se hará cargo de los gastos de medicamentos recetados por su equipo médico para la afección que diera lugar a la asistencia al Titular, durante la vigencia de la Tarjeta y hasta los límites indicados en su voucher según se trate de:

- (1) **Asistencias ambulatorias**
- (2) **Asistencias durante la hospitalización del Titular**

Cuando la medicación a ser provista por ASSIST CARD no esté prontamente disponible y el Titular deba hacer uso de la misma en situaciones de emergencia, los desembolsos realizados por estos conceptos le serán reembolsados cuando corresponda, contra la presentación a ASSIST CARD de los comprobantes fehacientes y hasta el límite indicado en su voucher.

4.1.6 Odontología de urgencia

ASSIST CARD se hará cargo de los gastos por atención odontológica de urgencia en casos de infección o trauma. La atención odontológica estará limitada únicamente al tratamiento del dolor y/o extracción de la pieza dentaria hasta el límite indicado en su voucher.

4.1.7 Hospitalizaciones

Cuando el equipo médico de ASSIST CARD así lo prescriba, se procederá a la hospitalización del Titular en el Centro Asistencial más próximo y adecuado según el exclusivo criterio del Departamento Médico de ASSIST CARD. Dicha hospitalización estará a cargo de ASSIST CARD durante todo el período de vigencia de la tarjeta, más 7 (siete) días complementarios a contar desde el momento de finalización de la vigencia del producto contratado. Los días complementarios comprenderán única y exclusivamente gastos de hotelaría hospitalaria y siempre y cuando el "Monto Máximo Global" por asistencia médica indicado en su voucher no haya sido ya alcanzado.

4.1.8 Intervenciones quirúrgicas, Terapia intensiva y unidad coronaria

Se procederá a realizar las intervenciones quirúrgicas al Titular en los casos de emergencia que requieran urgentemente ese tratamiento y exclusivamente cuando el Departamento Médico y la correspondiente central ASSIST CARD lo autoricen (salvo en el supuesto previsto en la Cláusula B.2.2).

Aquellas intervenciones quirúrgicas que encuadren como procedimiento "electivo" (ver definición en Cláusula C.2) y no impidan la normal continuación del viaje, pudiendo por tanto ser realizadas al regreso del Titular a su país de origen, no estarán incluidas en este beneficio.

Cuando la naturaleza de la enfermedad o lesiones del Titular así lo requieran, se procederá a tratamientos de terapia intensiva y unidad coronaria. En todos los casos deberá existir autorización del Departamento Médico de ASSIST CARD como requisito indispensable para que ASSIST CARD asuma la responsabilidad económica por dichos tratamientos (salvo en el supuesto previsto en la Cláusula B.2.2)

4.1.9 Prótesis y órtesis

Si el Departamento Médico de ASSIST CARD lo autorizara y habiendo sido prescripto por el médico tratante, ASSIST CARD tomará a su cargo los gastos correspondientes a prótesis, órtesis, síntesis o ayudas mecánicas, que resulten necesarias en virtud de una asistencia médica comprendida en las presentes Condiciones Generales y en el producto adquirido por el Titular hasta el monto indicado en las Condiciones Particulares.

El equipo médico de ASSIST CARD se reserva el derecho de determinar la prótesis, órtesis, síntesis o ayuda mecánica a ser suministrada al Titular.

Quedan expresamente excluidos los gastos por prótesis, órtesis, síntesis o ayudas mecánicas, indicados en la cláusula C.5.12.13

4.1.10 Límite de gastos de asistencia médica

En su voucher encontrará el valor de cada Monto Máximo Específico aplicable a:

- (1) Asistencia médica por accidente.
- (2) Asistencia médica por "enfermedades no preexistentes"
- (3) Asistencia médica por "enfermedades preexistentes": Las condiciones aplicables por este concepto se indican en la cláusula C.4.2 de las presentes Condiciones Generales



4.11.12 Reembolso de gastos médicos

ASSIST CARD efectuará reembolso de gastos médicos realizados en una situación de emergencia, siempre y cuando hayan sido previamente autorizados por el Departamento Médico de ASSIST CARD y no excedan los aranceles y precios en uso, regulares y vigentes en el país y/o lugar en que fueron efectuados. Las tarifas y aranceles permanentemente actualizados se encuentran a disposición del interesado en las oficinas de ASSIST CARD de cada uno de los países en los que ésta presta servicios. Para el caso específico de eventos ocurridos en USA los valores de referencia a utilizar serán los que en dicho país se conocen como "Usual and Customary amount". Estos gastos le serán reembolsados por ASSIST CARD contra la presentación de comprobantes fehacientes y hasta el límite indicado en su voucher y correspondiente al producto ASSIST CARD adquirido. Estos comprobantes 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 prescritos por el profesional actuante en la ocasión.

Los gastos médicos realizados en situaciones de emergencia o en países donde ASSIST CARD no presta asistencia, serán reembolsados al Titular siempre y cuando éste haya dado cumplimiento a lo indicado en la Cláusula B.2. Los reembolsos se harán efectivos en las oficinas de ASSIST CARD.

4.11.13 Reclamo de pagos – *Payment Claims*

Si Ud. ha sido atendido por un profesional, Hospital o Emergency Room en los Estados Unidos de Norteamérica, no debe sorprenderse si al regresar a su país recibe las facturas por cargos de la sala de emergencia, radiografías, estudios especializados, etc. Según el criterio administrativo del sistema de salud en Estados Unidos, primero recibe las facturas el paciente y luego la empresa prestadora de asistencia en viaje, como ser en este caso ASSIST CARD. Toda esta rutina administrativa puede tomar un mes o más hasta que el hospital envíe las facturas a nuestra Central Operativa. Si en el ínterin Ud. ha recibido dichas facturas, le rogamos hacer llegar las mismas a nuestras oficinas de representación local para verificar el estado de las mismas en nuestros registros, procesarlas y pagarlas – si así correspondiere – a la mayor brevedad.

4.2 DOLENCIAS PREEXISTENTES Y DOLENCIAS CRONICAS

4.2.1 En los productos que incluyan explícitamente asistencia médica en caso de dolencias crónicas o preexistentes, ASSIST CARD asumirá los gastos derivados de asistencia médica hasta el límite máximo por tal concepto indicado en las Condiciones Particulares, y sólo en el caso del episodio agudo, o eventos no predecibles, cuya urgencia requiera la atención en el momento del viaje y no pueda diferirse al regreso a su país de origen. La responsabilidad económica que deberá asumir ASSIST CARD consistirá en la resolución del cuadro agudo, y estarán excluidos tratamientos destinados a la resolución definitiva del problema, o a la investigación diagnóstica de cuadros previos al viaje.

4.2.2 Se excluyen de este servicio, además de las Eventos y Gastos Excluidos contemplados en la Cláusula 5.12, los gastos correspondientes al inicio o continuación de tratamientos, procedimientos y/o diagnósticos de investigación, conductas diagnósticas y/o terapéuticas, que no estén relacionadas con el episodio agudo no predecible. Del mismo modo, se encuentran excluidos los procedimientos dialíticos, trasplantes, tratamientos oncológicos y/o psiquiátricos.

ASSIST CARD se reserva el derecho de denegar la cobertura en caso de constatarse que el motivo del viaje fuera el tratamiento en el extranjero de una enfermedad crónica o preexistente.

4.3 TRASLADOS SANITARIOS

En casos de emergencia ASSIST CARD organizará el traslado del Titular al centro asistencial más próximo para que reciba atención médica. Cuando el Departamento Médico de ASSIST CARD aconseje el traslado a otro centro asistencial más adecuado, se procederá a la organización del mismo, según las posibilidades del caso, en las condiciones y medios autorizados por la central ASSIST CARD interviniente y exclusivamente dentro de los límites territoriales del país donde haya ocurrido el evento. Un médico o enfermera, según corresponda, acompañará, cuando sea necesario, al herido o enfermo.

NOTA: Únicamente razones de índole médica, evaluadas a criterio exclusivo del Departamento Médico de ASSIST CARD serán tenidas en cuenta para decidir la procedencia y/o urgencia del traslado del Titular. Si el Titular y/o sus familiares decidieran efectuar un traslado dejando de lado la opinión del Departamento Médico de ASSIST CARD, ninguna responsabilidad recaerá sobre ASSIST CARD por dicho accionar, siendo el traslado, su costo y sus consecuencias únicamente por cuenta y riesgo del Titular y/o sus familiares.

4.4 REPATRIACION SANITARIA



Incluye el traslado del Beneficiario en avión de línea aérea regular o avión sanitario, si fuera necesario por razones de índole médica evaluadas a criterio exclusivo de ASSIST CARD, a costo de ASSIST CARD dentro de los límites del Producto, con acompañamiento médico o de enfermero en caso de resultar necesario y sujeto a la disponibilidad de plazas hasta el país de residencia habitual del Titular.

ASSIST CARD también organizará a su costo el traslado de un acompañante de regreso al país de residencia habitual del Titular, siempre y cuando dicho acompañante también sea Titular de un Producto que incluya este Servicio, y esté viajando junto con el Titular accidentado al momento de producirse el evento que motiva este Servicio.

Este Servicio únicamente tendrá lugar cuando razones de índole médica, evaluadas a criterio exclusivo de ASSIST CARD, justifiquen su procedencia. Si el Titular o sus familiares o acompañantes desean realizar un traslado en contra de la indicación de ASSIST CARD o sin su previa autorización, dicho traslado y su costo estará excluido de este Servicio.

4.5 ACOMPAÑAMIENTO DE MENORES Y/O MAYORES

Si un Titular viajara como única compañía de uno o más acompañantes menores de 15 (quince años) o mayores de 75 (setenta y cinco), siendo también éste o éstos Titular(es) de una tarjeta ASSIST CARD, y se encontrara imposibilitado para ocuparse del o de los mismo(s) por causa de enfermedad o accidente acaecido durante el viaje, ASSIST CARD a su cargo, organizará el desplazamiento de un familiar, para que lo(s) acompañe de regreso al lugar de su residencia habitual. La elección del (los) medio(s) a utilizarse para el acompañamiento de los menores quedarán a exclusivo criterio de ASSIST CARD.

4.6 TRASLADO DE UN FAMILIAR

En caso de que el Titular viajando solo se encuentre hospitalizado en el extranjero, y siempre que dicha hospitalización sea autorizada por el Departamento Médico de ASSIST CARD y esté prevista para un plazo mayor a 10 (diez) días, ASSIST CARD se hará cargo del costo del traslado de un familiar por única vez durante el periodo de vigencia de la tarjeta, mediante la compra de un billete aéreo en clase turista o económica, sujeto a disponibilidad de lugar, para que éste acompañe al Titular durante dicho período de hospitalización. Este beneficio se otorgará únicamente en la medida que todo el período de hospitalización previsto esté comprendido dentro de la vigencia de la tarjeta ASSIST CARD más 7 (siete) días complementarios.

4.7 ESTANCIA DE UN FAMILIAR

Cuando ASSIST CARD hubiere efectuado el traslado de un familiar del Titular para que acompañe al mismo mientras se encuentre hospitalizado, ésta se hará cargo de los gastos de la estancia del familiar trasladado por un período máximo de 10 (diez) días siempre que el Titular se encuentre solo en el extranjero hospitalizado, es decir sin compañía o relación personal o familiar alguna, durante dicho periodo de hospitalización.

Los gastos asumidos por ASSIST CARD los encontrará en su voucher con los siguientes límites:

- (1) Un límite diario, y
- (2) un máximo total.

4.8 DIFERENCIA DE TARIFA POR VIAJE DE REGRESO RETRASADO O ANTICIPADO

4.8.1 Regreso por enfermedad o accidente

ASSIST CARD se hará cargo del pago de la penalidad o diferencia de tarifa que corresponda o el costo de un nuevo pasaje de regreso del Titular en clase turista o económica desde el lugar en que el Titular se encuentre hasta su domicilio permanente, cuando su pasaje original sea de ida y vuelta, de tarifa reducida, con fecha fija o fecha limitada de regreso, y no se pueda respetar dicha fecha a raíz de enfermedad o accidente del Titular. Este beneficio sólo será aplicable cuando el Titular hubiere sido asistido médicamente con autorización de la Central ASSIST CARD correspondiente. Los denominados Eventos Excluidos en las Cláusulas C.4.2, C.5.12 y C.5.13 no contarán con el presente beneficio.

4.8.2 Regreso por fallecimiento de familiar

Igual beneficio que el establecido el ítem C.4.8.1 registrará si el Titular debiera regresar anticipadamente a su país de residencia habitual y permanente por fallecimiento en el mismo de un familiar directo (padre, cónyuge, hijo/a o hermano/a) allí residente.

NOTA: En ambos casos las circunstancias que den lugar a este beneficio deberán ser demostradas por el Titular, y comprobadas en forma fehaciente por ASSIST CARD. El pago del viaje de regreso por parte del Titular y/o de terceros sólo podrá ser reembolsado cuando ASSIST CARD haya autorizado previamente dicho gasto. El beneficio de viaje de regreso sólo se brindará dentro del período de vigencia de la tarjeta ASSIST CARD. Cuando se haya brindado este servicio, el Titular deberá transferir a ASSIST CARD el (los) cupón(es) correspondiente(s) al (a los) tramo(s) no utilizado(s) del boleto aéreo original o su contravalor.

4.9 GASTOS DE HOTEL POR REPOSO FORZOSO POR ENFERMEDAD, ACCIDENTE U HOSPITALIZACION

ASSIST CARD reembolsará al Titular gastos de hotelería en el exterior, únicamente en concepto de alojamiento (es decir sin extras), siempre que exista autorización previa otorgada al Titular por parte de la central ASSIST CARD interviniente, cuando el médico tratante prescribiere reposo forzoso por alguna enfermedad, accidente producido en viaje o luego de una hospitalización. Para obtener este beneficio el Titular deberá haber estado hospitalizado por un periodo mínimo de 5 (cinco) días, y dicha hospitalización deberá haber sido fehacientemente autorizada por la Central ASSIST CARD. Dichos gastos de hotel tendrán:

- (1) Un límite diario, y
- (2) un máximo total.

4.10 REEMBOLSO DE GASTOS POR VUELO DEMORADO O CANCELADO

Si el vuelo internacional del Titular es demorado por más de 6 (seis) horas consecutivas desde la hora de partida programada originalmente, y siempre y cuando en ese tiempo no tenga ninguna otra alternativa de transporte, ASSIST CARD reembolsará los gastos en concepto de alojamiento, taxi y alimentación realizados por el Titular durante ese lapso y hasta el límite indicado en su voucher. ASSIST CARD reembolsará hasta 50 (cincuenta) dólares sin necesidad de presentación de comprobantes. A partir de esa suma sólo reembolsará, con el límite máximo indicado en el voucher para este concepto, los gastos informados contra la presentación de los respectivos comprobantes que acrediten en forma fehaciente su ocurrencia, siempre que sean lógicos y razonables, más la constancia de la compañía aérea certificando la demora o cancelación sufrida y sus motivos. Para percibir este reembolso el Titular deberá haber contactado a ASSIST CARD en un plazo máximo de 24 horas desde realizada la denuncia con la aerolínea.

NOTA: Este beneficio no se brindará si el Titular viajara con un pasaje sujeto a disponibilidad de espacio ni a algún destino ubicado dentro del mismo país donde se adquirió la tarjeta ASSIST CARD. Este servicio no se aplica si la cancelación se debe a la quiebra y/o cesación de servicios de la línea aérea, o a alguna de las circunstancias descritas en la Cláusula C.7. "Circunstancias excepcionales y/o de fuerza mayor" de las presentes Condiciones Generales de los Servicios ASSIST CARD.

4.13 ASISTENCIA EN CASO DE ROBO O EXTRAVÍO DE DOCUMENTOS

ASSIST CARD asesorará al Titular sobre los procedimientos a seguir localmente en caso de que le hayan sido robados o haya extraviado sus documentos personales, billetes aéreos y/o tarjetas de crédito. Dicho asesoramiento no comprenderá en ningún caso la realización de aquellos trámites personales que el Titular debiere realizar con motivo del robo o extravío ocurrido. ASSIST CARD no se hará cargo de gastos o costos inherentes al reemplazo de documentos personales, billetes aéreos, tarjetas de crédito robados o extraviados.

4.14 REGRESO ANTICIPADO POR SINIESTRO GRAVE EN EL DOMICILIO

En caso de siniestro grave (incendio, inundación, explosión o robo con daños y violencia) en el domicilio real y permanente del Titular mientras éste se encuentre de viaje con una tarjeta ASSIST CARD, siempre y cuando no haya ninguna persona que pueda hacerse cargo de la situación y su pasaje original de regreso no le permita el cambio gratuito de fecha, ASSIST CARD tomará a su cargo el pago de la penalidad o diferencia de tarifa que corresponda o el costo de un nuevo pasaje en clase turista o económica desde el lugar en que el Titular se encuentre hasta su domicilio permanente. El evento que pueda generar esta asistencia deberá ser acreditado fehacientemente mediante la denuncia policial correspondiente. Cuando se haya brindado este servicio, el titular deberá transferir a ASSIST CARD el(los) cupón(es) no utilizado(s) del boleto aéreo original o su contravalor.

4.15 REPATRIACION O TRASLADOS FUNERARIOS

En caso de fallecimiento del Titular, ASSIST CARD organizará la repatriación o traslado funerario y tomará a su cargo:

- (1) el costo del féretro necesario para el transporte;
- (2) los trámites administrativos;
- (3) en caso de repatriación funeraria: el transporte hasta el aeropuerto de ingreso al país de residencia permanente del Titular por el medio que ASSIST CARD considere más conveniente; y
- (4) la organización y costo del desplazamiento de 1 (un) acompañante de regreso al lugar de residencia habitual del Titular fallecido, siempre y cuando dicho acompañante sea también Titular de una tarjeta ASSIST CARD y estuviera viajando junto al Titular al momento de producirse el deceso del mismo. La elección del (los) medio(s) a utilizarse quedará a exclusivo criterio de ASSIST CARD.

NOTA: Los gastos de féretro definitivo, los trámites funerarios, la inhumación del Titular fallecido y los traslados dentro del país de residencia (en caso de repatriación funeraria) no estarán en ningún caso a cargo de ASSIST CARD. Ambos servicios se brindarán únicamente si la intervención de ASSIST CARD es solicitada en forma inmediata al fallecimiento. ASSIST CARD quedará eximida y no será responsable



por el traslado de los restos, ni efectuará reembolso alguno por este concepto en caso de que empresas funerarias u otros terceros tomen intervención antes que ASSIST CARD o sin su autorización expresa.

ASSIST CARD no se hará cargo de la repatriación funeraria ni de sus gastos en los casos de muerte producida por:

- (1) Narcóticos, alcohol o estupefacientes
- (2) Suicidio
- (3) En caso de que el fallecimiento haya sido consecuencia de una enfermedad preexistente padecida por el Titular, siendo el tratamiento de la misma la causa del viaje.

4.16 ASESORAMIENTO EN CASO DE DEMORA O EXTRAVÍO DE EQUIPAJE

El servicio de asesoramiento en caso de demora o extravío procederá cuando el equipaje hubiera sido despachado en la bodega del vuelo en el que viajaba el Titular. La responsabilidad de ASSIST CARD se limitará a asesorar al Titular respecto de los pasos a seguir que fueran necesarios para iniciar el reclamo ante la aerolínea en caso de demora o extravío de equipaje, siendo la misma una obligación de medios. Es responsabilidad del Titular reportar el incidente e iniciar el reclamo ante la aerolínea de inmediato y de obtener el número de reclamo (número P.I.R.) antes de abandonar la zona de entrega del equipaje del aeropuerto. En ninguna circunstancia y bajo ningún supuesto ASSIST CARD será responsable de la localización y/o búsqueda efectiva del equipaje, de su pérdida, y/o de la entrega del mismo al Titular.

NOTA: Algunos productos ASSIST CARD incluyen sin costo adicional seguro(s) de indemnización por equipajes demorados y/o extraviados de acuerdo a lo expresado en la Cláusula D.1 Seguro por Extravío y Demora en la Localización del Equipaje. Solo para los productos que lo incluyan expresamente en las Condiciones Particulares.

4.17 ASISTENCIA POR RESPONSABILIDAD EN UN ACCIDENTE

En caso de imputarse al Titular responsabilidad en un accidente en un país donde ASSIST CARD brinda asistencia, ésta pondrá a disposición del Titular que lo solicite un abogado para que se haga cargo de su defensa civil y/o criminal.

4.17.1 ASSIST CARD adelantará, en concepto de préstamo y a ser devueltos por el Titular, los importes en concepto de honorarios y gastos causídicos o se hará cargo de los mismos hasta el límite establecido en el producto ASSIST CARD adquirido.

4.18 ANTICIPO DE FONDOS PARA FIANZAS

Si el Titular fuera detenido por imputársele responsabilidad criminal en un accidente, podrá recurrir a ASSIST CARD para obtener un préstamo a fin de afrontar la fianza que le fuera exigida para su libertad condicional. El otorgamiento del préstamo al Titular en estas circunstancias estará sujeto a las condiciones que establezca ASSIST CARD en cada caso y que el Titular deberá aceptar.

4.19 ASISTENCIA LEGAL PARA REALIZAR RECLAMOS A RAÍZ DE ACCIDENTES

Si el Titular requiriese asistencia legal para realizar reclamos o efectuar demandas a terceros por daños u otra compensación a raíz de accidentes en los países en que ASSIST CARD brinda sus servicios, ésta pondrá un abogado a disposición del Titular para tal efecto. Serán a exclusivo cargo del Titular la contratación de los servicios profesionales, así como el pago de todos los honorarios y gastos que el caso genere.

NOTA: La obligación de ASSIST CARD se limita a la puesta a disposición de un profesional. En todos los casos, los abogados designados o recomendados por ASSIST CARD serán considerados como agentes del Titular sin derecho a reclamo o indemnización alguna en contra de ASSIST CARD por haber propuesto a determinados profesionales.

4.21 PRACTICA DE DEPORTES

ASSIST CARD solo asumirá gastos por eventos causados por la práctica de deportes cuando la misma sea realizada exclusivamente en carácter de actividad recreativa, en ámbitos expresamente adecuados y autorizados a tal fin, hasta el tope indicado en su voucher por este concepto y siempre y cuando el evento no corresponda a alguna de las exclusiones estipuladas en la cláusula C.5.12.7 de las presentes Condiciones Generales.

4.22 EMBARAZO

ASSIST CARD sólo asumirá gastos de asistencia médica (incluyendo chequeos médicos de emergencia y ecografías) por complicaciones claras e imprevisibles que pudieran surgir vinculadas al embarazo -incluyendo partos prematuros y abortos espontáneos- hasta la semana 26 de gestación inclusive (al momento de solicitar la asistencia), únicamente hasta el tope indicado en su Voucher por este concepto y



siempre y cuando la tarjeta ASSIST CARD de la Titular se encuentre vigente como mínimo durante ese período. Para asumir los gastos deberá mediar siempre la solicitud del equipo médico interviniente y la autorización del Departamento Médico y de la Central Operativa de ASSIST CARD.

Exclusiones Particulares: se encuentran expresamente excluidos de los servicios estipulados en la presente Cláusula C.4.22 los tratamientos de los eventos que se detallan a continuación:

- (1) Controles ambulatorios vinculados al embarazo de curso normal, tanto consultas médicas como estudios relacionados; partos y cesáreas de curso normal y a término.
- (2) Abortos provocados.

4.42.2 GARANTÍA DE CANCELACIÓN E INTERRUPCIÓN DE VIAJE POR DIAGNÓSTICO POSITIVO DE COVID-19

ASSIST CARD se hará cargo, hasta el monto máximo indicado para este concepto en el Voucher del Add On, de la pérdida irrecuperable de depósitos o gastos pagados por anticipado por el Titular en forma previa al inicio de su viaje, por los servicios que se enumeran en forma taxativa a continuación y que formen parte del viaje, siempre que la cancelación o interrupción se produzca en forma necesaria e inevitable como consecuencia del diagnóstico positivo de Covid-19 del Titular, que imposibilite la iniciación y/o prosecución de su viaje, o suspenda su curso:

- (1) Servicios de transporte terrestres o aéreos;
- (2) Gastos de alojamiento;
- (3) Cruceros y
- (4) Excursiones o Espectáculos.

Solo se considerarán a los efectos de esta garantía, los servicios que tenían fecha de ejecución dentro del período de vigencia inicial de la Tarjeta ASSIST CARD.

Será imprescindible para acceder a esta garantía que se cumplan las siguientes condiciones:

- (1) Que el Titular haya adquirido y pagado la Tarjeta ASSIST CARD con este Add On con una antelación mínima de 5 días (cinco días) previos a la fecha de realización del test de COVID-19.
- (2) Que el Titular comunique a ASSIST CARD en forma fehaciente y dentro de las 24 (veinticuatro) horas, el diagnóstico positivo de COVID-19 recibido. ASSIST CARD podrá verificar con su equipo médico el hecho denunciado.

Vigencia de la garantía: Esta garantía rige desde el momento en que el Titular contrate el viaje y hasta la finalización del mismo.

Requisitos para acceder a la garantía:

Además de los estipulados en los puntos anteriores, el Titular deberá dar cumplimiento a lo indicado en la Cláusula B.2 y entregar a ASSIST CARD una carta indicando los motivos que dan origen a la cancelación o interrupción, a la cual deberá adjuntar los siguientes elementos:

- (1) Pasajes de ida y regreso completos, y constancia de anulación total de los mismos;
- (2) Fotocopia del pasaporte; con los requisitos legales de vigencia correspondientes para el viaje contratado;
- (3) Facturas y recibos originales y de curso legal de los pagos efectuados a la agencia de viajes y demás prestadores de quienes se contrataron los servicios;
- (4) Certificado de las compañías prestadoras (compañía aérea, compañía de cruceros, hotel y/o operador mayorista) indicando la penalidad aplicada y el monto del reintegro percibido (si lo hubo) o bien que no percibió ningún reintegro de dicho prestador;
- (5) Certificado médico y Análisis de Laboratorio que especifique Covid-19 Positivo;
- (6) Constancia del vínculo familiar, de corresponder;
- (7) A requerimiento de ASSIST CARD, copia de la visa de entrada al país de destino.

La falta de cumplimiento de cualquiera de los requisitos estipulados no dará lugar a la garantía.

5 DISPOSICIONES GENERALES

5.1 TITULAR DEL SERVICIO

Los servicios brindados por ASSIST CARD se prestarán únicamente al Titular y son intransferibles a terceras personas. Para recibir los servicios asistenciales aquí incluidos el Titular deberá acreditar tal condición y juntamente con ello toda la documentación personal que



podiere ser solicitada por ASSIST CARD a fin de acreditar su identidad, como así también cualquier otro dato relativo a lugares y fechas del viaje objeto del servicio contratado.

5.2 VALIDEZ TERRITORIAL

5.2.1 Internacional

Los servicios asistenciales se brindarán únicamente en los países donde ASSIST CARD presta sus servicios. Salvo que las Condiciones Particulares lo autoricen expresamente, la prestación de dichos servicios en ningún caso será llevada a cabo en el país de residencia habitual del Titular entendiéndose por éste aquel país en el que el Titular haya permanecido más de 120 días, corridos o no, en el último año aniversario tomando como referencia la fecha en la que solicita asistencia.

En caso que el Titular tenga residencia habitual en más de un país, la prestación de los servicios asistenciales de ASSIST CARD no será llevada a cabo en ninguno de ellos. Los gastos incurridos por asistencias en países donde no se presta asistencia, serán reembolsados sólo si corresponden y según los términos de las Instrucciones de Utilización y de las Condiciones Generales de los Servicios ASSIST CARD.

5.3 VALIDEZ TEMPORAL

Los servicios asistenciales a ser brindados por ASSIST CARD tendrán validez única y exclusivamente durante la vigencia indicada en el producto. La vigencia se iniciará a partir de la hora cero de la fecha indicada como inicio del período de validez del servicio, siempre que esta coincida con la fecha de inicio del viaje, y se extenderá por los días indicados y efectivamente abonados a la tarifa establecida por ASSIST CARD para el producto adquirido en la fecha de la emisión del mismo.

La validez temporal de los servicios ASSIST CARD indicada en el párrafo precedente estará limitada en todos los casos en forma complementaria a:

- (1) la cantidad máxima de días consecutivos por cada viaje establecidos en el Voucher ASSIST CARD, y
- (2) al período máximo de estadía turística autorizado por las autoridades migratorias del país de destino del Titular, independientemente de la cantidad de países que visite durante la vigencia de la tarjeta.

5.4 DIAS CONSECUTIVOS DE VIAJE

5.4.1 Viajes fuera del país de residencia habitual del Titular

Para establecer el período de días consecutivos por cada viaje se tomarán como base las fechas de salida y regreso al país de residencia habitual del Titular y/o lugar donde originalmente hubiere sido emitida la tarjeta ASSIST CARD.

5.7 FINALIZACION DE LA VIGENCIA

La finalización de la vigencia del producto ASSIST CARD implicará automáticamente el cese de todos los servicios detallados en estas Condiciones Generales.

Excepto para los productos ASSIST CARD indicados en sus Condiciones Particulares como de modalidad Larga Estadía, los servicios de ASSIST CARD dejarán de tener validez a partir del instante en que el Titular finalice de forma intempestiva su viaje, cualquiera sea la razón, y regrese a su lugar de residencia habitual o al país de emisión de la tarjeta. En ningún caso el Titular tendrá derecho a reclamar reembolso alguno por el período de tiempo no utilizado de su tarjeta ASSIST CARD.

5.7.2 ASISTENCIAS EN CURSO

En el caso de aquellas asistencias médicas autorizadas que se encuentren todavía en curso al momento del fin de la vigencia, y que impidan el retorno del Titular a su país de origen, se considerará extendida la vigencia del producto ASSIST CARD previa autorización del departamento médico de ASSIST CARD quien continuará prestando servicio hasta que el beneficiario se encuentre en condiciones de retornar al lugar de su residencia o hasta que se haya consumido el monto máximo global. Únicamente para los servicios y gastos que guarden relación con la asistencia en curso y no así para las que se generen con posterioridad a la fecha original de finalización de vigencia.

5.8 GRABACION Y MONITOREO DE LAS COMUNICACIONES



ASSIST CARD 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 Titular presta expresa conformidad con la modalidad indicada y la eventual utilización de los registros como medio de prueba en caso de existencia de controversias respecto de la asistencia prestada.

5.9 ENFERMEDADES REPENTINAS Y AGUDAS

Los servicios médicos y responsabilidades económicas expresados en estas Condiciones Generales de los Servicios ASSIST CARD sólo regirán para accidentes y/o enfermedades repentinas y agudas contraídas con posterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la tarjeta ASSIST CARD o a la fecha de inicio del viaje de su Titular, la que sea posterior. ASSIST CARD se reserva el derecho de investigar la veracidad de la declaración del Titular en este sentido.

5.10 REVELACION DE HISTORIA CLINICA

En todos aquellos casos en que ASSIST CARD lo requiera, el Titular deberá otorgar las autorizaciones para revelar su historia clínica.

5.11 AUTORIZACION IRREVOCABLE PARA SOLICITAR INFORMACION MEDICA

El Titular autoriza en forma absoluta e irrevocable a ASSIST CARD a requerir en su nombre cualquier información médica a profesionales tanto del exterior como del país de su residencia, con el objetivo de 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.

5.12 EVENTOS Y GASTOS EXCLUIDOS

Quedan expresamente excluidos del sistema de asistencia de ASSIST CARD los siguientes eventos:

5.12.1 Enfermedades crónicas y/o preexistentes

Quedan expresamente excluidos los estudios y/o los tratamientos relacionados con enfermedades Preexistentes (conforme la definición de Preexistencia provista por la Cláusula C.2).

Cuando se trate de enfermedades excluidas según la presente cláusula, ASSIST CARD sólo tomará a su cargo gastos hasta el tope indicado en su voucher y Condiciones Particulares en concepto de "Primera atención médica por enfermedades preexistentes", cuando no se indique esta cláusula, el tope será de USD 300, siempre y cuando la misma se produzca durante un viaje internacional. ASSIST CARD no tomará a su cargo exámenes o internaciones tendientes a evaluar la condición médica de las enfermedades preexistentes y/o para descartar su relación con la afección que motiva la asistencia.

Se deja expresa constancia que la limitación indicada en el párrafo precedente se refiere única y exclusivamente a la responsabilidad económica de ASSIST CARD y no a la atención médica por emergencia que resulte necesaria.

5.12.2 Enfermedades endémicas o epidémicas

Las asistencias por enfermedades endémicas y/o epidémicas en países con emergencia sanitaria en caso que el Titular no haya seguido las sugerencias y/o indicaciones sobre restricciones de viaje y/o tratamiento profiláctico y/o vacunación emanadas de autoridades sanitarias.

5.12.3 Riña, huelga o tumulto. Actos ilegales, ilícitos o dolosos

Afecciones, enfermedades o lesiones derivadas directa o indirectamente de riña (salvo que se trate de legítima defensa), huelga, actos de vandalismo o tumulto popular en que el Titular hubiese participado como elemento activo. El intento de o la comisión de un acto ilegal, ilícito o criminal de acuerdo a la legislación del país donde ocurra el evento. Consecuencias de cualquier acto provocado dolosamente o con culpa grave por el Titular, incluido el suministro de información falsa o diferente de la realidad. A los efectos de esta cláusula, se entiende por "culpa grave" a la acción groseramente negligente cometida por el Titular cuyo resultado, de obrar de esa manera, hubiera podido ser previsto por cualquier persona razonablemente diligente.

5.12.4 Suicidio

Afecciones, enfermedades o lesiones resultantes del intento de suicidio o causadas intencionalmente por el Titular a sí mismo, sea en posesión de sus facultades mentales o no, así como sus consecuencias.

5.12.5 Drogas, narcóticos y/o afines

Tratamiento de enfermedades o estados patológicos producidos por ingestión intencional o administración de tóxicos (drogas), narcóticos, o por la utilización de medicamentos sin orden médica. Asimismo, afecciones, enfermedades o lesiones derivadas de la ingestión de bebidas alcohólicas de cualquier tipo.

5.12.6 Atención por personas o profesionales ajenos a ASSIST CARD

Enfermedades, lesiones, afecciones, consecuencias o complicaciones resultantes de tratamientos o asistencias recibidas por el Titular de parte de personas o profesionales no pertenecientes a la Organización ASSIST CARD.

5.12.7 Deportes (profesional o amateur)

Quedan expresamente excluidos los siguientes eventos:

- (1) Las asistencias que puedan ocurrir a consecuencia de entrenamiento, práctica o participación activa en toda clase de competencias deportivas, cualquiera sea el deporte que se practique en las mismas.
- (2) Las asistencias que puedan ocurrir a consecuencia de la práctica (tanto en capacitación, entrenamiento o competencia, ya sea en carácter profesional, amateur o simplemente recreativo) de deportes peligrosos o de alto riesgo, incluyendo, pero no limitado a: motociclismo, automovilismo, boxeo, rugby, polo, ski acuático, jet ski, wave runner o motos de agua, moto de nieve, vehículos todo terreno, parasail o parapente, aladeltismo, paracaidismo, planeadores, aviación deportiva, escalamiento de montañas, surf, windsurf, kitesurf, espeleología, rafting, bungee jumping, hockey sobre hielo o sobre patines, equitación en salto o carreras, artes marciales.
- (3) Las asistencias que puedan ocurrir como consecuencia de la práctica de ski, snowboard y/u otros deportes invernales no mencionados en el párrafo anterior fuera de pistas reglamentarias y autorizadas.
- (4) Las asistencias derivadas de cualquier tipo de ejercicio o juego atlético de acrobacia o que tenga por objeto pruebas de carácter excepcional o exhibiciones, o mientras participe en viajes o excursiones a regiones o zonas inexploradas, o cualquier clase de competencia de pericia o velocidad con vehículos mecánicos
- (5) Las asistencias que puedan ocurrir como consecuencia de la práctica de trekking, senderismo y/o ciclismo luego de los 3.000 msnm (metros sobre el nivel del mar) y fuera de las ciclovías y/o senderos autorizados.
- (6) Las asistencias que puedan ocurrir como consecuencia de la práctica de buceo por debajo de los 12 metros de profundidad.

5.12.8 Viajes aéreos

Viajes aéreos en aviones no destinados o autorizados como transporte público.

5.12.9 Partos y estados de embarazo

Partos y estados de embarazo a menos que se trate de una complicación clara e imprevisible, en cuyo caso será de aplicación lo estipulado en la cláusula C.4.22 de las presentes Condiciones Generales. Los estados de embarazo posteriores a la semana 26 de gestación (al momento de solicitar la asistencia) están excluidos cualquiera sea la naturaleza de la causa que motiva el tratamiento.

5.12.10 Enfermedades mentales y/o afines

Enfermedades psicológicas, mentales, psicosis, neurosis y cualquiera de sus consecuencias mediatas o inmediatas.

5.12.11 Tensión arterial

Controles de tensión arterial. Hipertensión arterial y sus consecuencias. No aplica para los productos que incluyan el ADD ON de preexistencia.

5.12.12 Visitas médicas no autorizadas por ASSIST CARD

Las visitas médicas de control, chequeos y tratamientos prolongados, que no sean previa y expresamente autorizadas por el Departamento Médico de ASSIST CARD.

5.12.13 Prótesis y similares

Gastos de prótesis odontológicas, audífonos, anteojos, lentes de contacto y prótesis funcionales de competición; como así también los gastos ocasionados por rotura, desgaste o mantenimiento de prótesis, órtesis, síntesis o ayudas mecánicas que resulten necesarios por el paso del tiempo o por algún motivo no accidental.



5.12.14 Tratamientos

Los tratamientos odontológicos, oftalmológicos u otorrinolaringológicos, salvo la atención de urgencia descrita en estas Condiciones Generales de los Servicios ASSIST CARD.

5.12.15 Chequeos o exámenes de rutina y/o preventivos

Los chequeos o exámenes médicos de rutina, incluso aquellos que no sean relacionados con una enfermedad diagnosticada y comprobada, así como aquellos que no sean consecuencia directa de una enfermedad o accidente objeto del servicio ASSIST CARD. Exámenes médicos escolares o universitarios. Aplicación de vacunas.

5.12.16 Riesgos profesionales

Accidentes o enfermedades derivados del ejercicio de una actividad de alto riesgo que estuviera realizando el Titular incluyendo pero no limitado a: trabajo en obras, andamios, alturas, pozos, utilización de maquinarias, instrumentos de corte, manejo o manipulación de mercancías u objetos pesados o peligrosos, productos tóxicos, corrosivos, explosivos o inflamables, trabajo en fuerzas armadas o seguridad, actividades agrícolas & transportistas. En todos los casos, los servicios descritos en estas Condiciones Generales de los Servicios ASSIST CARD serán complementarios de los que deban prestarse por parte de entidades asistenciales y de seguros según las normas de seguridad industrial y de riesgos laborales aplicables en el país donde se presente la enfermedad o accidente objeto del servicio.

5.12.17 Gastos no autorizados

Gastos de hotel, restaurante, taxis, comunicaciones, etc. que no hayan sido expresamente autorizados por una Central ASSIST CARD.

5.12.18 Acompañantes y gastos extras

En los casos de hospitalización del Titular, se excluyen expresamente todos los gastos extras, así como de acompañantes.

5.12.19 Actos riesgosos, imprudencia, negligencia

Las enfermedades o lesiones derivadas de actos notoriamente peligrosos o riesgosos, de grave imprudencia del Titular, sean en forma directa o indirecta, así como las derivadas de imprudencia, negligencia, impericia y/o acciones temerarias en la conducción de cualquier tipo de vehículos, contraviniendo normas de tránsito y/o seguridad internacional o del país del que se trate, tanto conducidos por el Titular como por un tercero, incluso excursiones contratadas.

IMPORTANTE: En caso de constatarse que el motivo del viaje fuera el tratamiento de una enfermedad de base y que el tratamiento actual tiene alguna vinculación directa o indirecta con la dolencia previa, ASSIST CARD queda eximida de prestar sus servicios, de conformidad con lo previsto en Cláusula B.1, "Obligaciones de ASSIST CARD", y Cláusula C.5.12, "Eventos y gastos excluidos" de las presentes Condiciones Generales de los Servicios ASSIST CARD. A tal fin ASSIST CARD se reserva el derecho de investigar la conexión del hecho actual con la dolencia previa.

5.13 LIMITACIONES Y EXCLUSIONES POR EDAD

Algunos productos ASSIST CARD tienen limitaciones por edad para la venta. La validez del producto está sujeta a que al momento de la compra el Titular se encuentre dentro de los límites de edad previstos para cada Producto.

5.14 COMUNICACIÓN DE LA CONTRATACION

Será condición de validez de la tarjeta ASSIST CARD que el agente emisor haya comunicado fehacientemente a ASSIST CARD su contratación con anterioridad a la entrada en vigencia de la misma. No podrán hacerse cambios de vigencia ni se procederá a la cancelación de la tarjeta ASSIST CARD por ninguna razón, ni bajo ninguna circunstancia, una vez iniciada su vigencia.

6 SUBROGACION Y CESION DE DERECHOS

Hasta la concurrencia de las sumas desembolsadas en cumplimiento de las obligaciones emanadas de las presentes Condiciones Generales de los Servicios ASSIST CARD, ASSIST CARD quedará automáticamente subrogada en los derechos y acciones que puedan corresponder al Titular o a sus herederos contra terceras personas físicas o jurídicas y/u organismo(s) público(s) u oficial(es) en virtud del evento que ocasionó la asistencia prestada.



El Titular se compromete a abonar en el acto a ASSIST CARD todo importe que haya recibido de parte del sujeto causante y/o responsable del accidente y/o de su(s) compañía(s) de seguro(s) en concepto de adelanto(s) a cuenta de la liquidación de la indemnización final a la cual el titular pudiere tener derecho. Ello a concurrencia de los importes a cargo de ASSIST CARD en el caso ocurrido.

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

- (1) Terceros responsables de un accidente (de tránsito o de cualquier otro tipo) y/o sus compañías de seguro.
- (2) Empresas de transporte, en lo atinente a la restitución -total o parcial- del precio de pasajes no utilizados, cuando ASSIST CARD haya tomado a su cargo el traslado del titular o de sus restos.
- (3) Otras compañías que cubran el mismo riesgo.

IMPORTANTE: El titular cede irrevocablemente a favor de ASSIST CARD los derechos y acciones comprendidos en la presente Cláusula, obligándose a llevar a cabo la totalidad de los actos jurídicos que a tal efecto resulten necesarios y a prestar toda la colaboración que le sea requerida con motivo del hecho ocurrido. En tal sentido, se compromete y obliga a formalizar la subrogación o cesión a favor de ASSIST CARD dentro de las 48hs corridas de intimado el Titular/es al efecto. De negarse a suscribir y/o prestar colaboración para ceder tales derechos a ASSIST CARD, esta última quedará automáticamente eximida de abonar los gastos de asistencia originados.

7 CIRCUNSTANCIAS EXCEPCIONALES Y/O DE CASO FORTUITO O FUERZA MAYOR

En este Contrato de asistencia en viaje, ASSIST CARD está expresamente liberada, exenta y excusada de cualquiera de sus obligaciones y responsabilidades en caso de que el Titular sufra algún daño o requiera asistencia a consecuencia y/o derivada de caso fortuito o de fuerza mayor. A continuación se enumeran a título enunciativo, sin que implique limitación, algunos ejemplos: problemas climáticos, catástrofes, sismos, inundaciones, tempestades, guerra internacional o guerra civil declaradas o no, rebeliones, conmoción interior, actos de guerrilla o antiguerrilla, hostilidades, represalias, conflictos, embargos, apremios, huelgas, movimientos populares, lock-out, actos de sabotaje o terrorismo, tráfico aéreo inusual; así como problemas y/o demoras que resulten por la terminación, interrupción o suspensión de los servicios de comunicación.

Asimismo, en caso de existencia de enfermedades epidémicas y/o pandémicas quedarán automáticamente excluidos, y por lo tanto ASSIST CARD no tendrá responsabilidad alguna por su prestación, de los siguientes beneficios:

C.4.6 TRASLADO DE UN FAMILIAR

C.4.7 ESTANCIA DE UN FAMILIAR

C.4.8 DIFERENCIA DE TARIFA POR VIAJE DE REGRESO RETRASO O ANTICIPADO

C.4.9 GASTOS DE HOTEL POR REPOSO FORZOSO POR ENFERMEDAD, ACCIDENTE U HOSPITALIZACION

8 GASTOS NO CONTEMPLADOS EN EL CONTRATO E INTERVENCION DE OTRAS EMPRESAS

ASSIST CARD se reserva el derecho de exigir al Titular el reembolso de cualquier gasto que ésta hubiera efectuado excediendo los términos y/o condiciones de prestación establecidos en el presente, y/o fuera del período de vigencia de la tarjeta.

En ningún caso ASSIST CARD prestará nuevos servicios al Titular, ni efectuará reembolso de gastos de ningún tipo, en tanto y en cuanto el Titular solicite o haya solicitado prestaciones por el mismo problema y/o afección a cualquier otra empresa, antes, durante o después de haberlas solicitado a ASSIST CARD.

9 RESPONSABILIDAD

El servicio brindado por ASSIST CARD de acuerdo a los términos del presente Contrato de asistencia en viaje, se circunscribe exclusivamente a facilitar al Titular el acceso a profesionales para la prestación por parte de éstos últimos, y a su exclusiva responsabilidad, servicios médicos, farmacéuticos, legales y/o de asistencia en general. De esta forma, ASSIST CARD no será responsable en forma alguna, ya sea directa o indirectamente, de cualquier reclamo que pudiere realizar el Titular por la prestación de los servicios llevada a cabo por cualquiera de los profesionales antes mencionados.

Cuando existan terceras personas físicas o jurídicas con responsabilidad por las consecuencias de eventos que generen obligaciones a cargo de ASSIST CARD bajo las presentes Condiciones Generales, ASSIST CARD sólo será responsable en forma subsidiaria a dichas personas.

10 JURISDICCION



Para todas las cuestiones de derecho relativas a la relación contractual entre el Titular y ASSIST CARD queda expresamente pactada la jurisdicción de los tribunales de la capital del país donde se haya emitido originalmente la tarjeta ASSIST CARD, con exclusión de todo otro fuero o jurisdicción.

11 PRESCRIPCIÓN

Toda acción legal derivada de la relación que se constituya entre el titular y ASSIST CARD prescribirá a los 180 (ciento ochenta) días consecutivos a contar de la ocurrencia del hecho que la originara.

D. SEGUROS

IMPORTANTE: Los seguros incluidos en las tarjetas ASSIST CARD se otorgan sin costo adicional a los Titulares de las mismas y se emiten de acuerdo a las disposiciones legales locales. ASSIST CARD adquiere los seguros para sus clientes y por lo tanto se reserva el derecho de introducir modificaciones en las coberturas o suspenderlas sin previo aviso de acuerdo con las disposiciones de las legislaciones de seguros locales. El texto completo de las pólizas se encuentra a disposición del público en las oficinas de las aseguradoras indicadas, así como en las oficinas de ASSIST CARD en el país de emisión de la tarjeta.

PRESCRIPCIÓN: En virtud de lo arriba expuesto serán de plena aplicación las estipulaciones sobre prescripción establecidas en las legislaciones de seguros locales. Esto incluye la obligación de presentar la documentación completa requerida en cada caso dentro de los 365 días corridos a partir de la denuncia del evento a ASSIST CARD

1. SEGURO POR EXTRAVÍO Y DEMORA EN LA ENTREGA DEL EQUIPAJE

1.1 PERSONAS ASEGURADAS

El Titular de una tarjeta ASSIST CARD está asegurado automáticamente y sin costo adicional, cuando el voucher correspondiente al producto ASSIST CARD adquirido indica esta cobertura.

1.2 RIESGOS ASEGURADOS

1.2.1 Extravío de equipaje

Extravío del equipaje (bulto completo) durante transporte internacional en avión de línea aérea regular, y despachado en la bodega del mismo.

1.3 INDEMNIZACIÓN

1.3.1 Indemnización por extravío del equipaje

ASSIST CARD indemnizará al Titular por kilogramo despachado, detallado en el talón de despacho de equipaje (bag tag), y bulto completo perdido, hasta el monto máximo indicado en su voucher. En caso de que el peso del equipaje no pueda ser determinado, éste se calculará tomando la suma indemnizada por la línea aérea sobre el monto indemnizatorio por kilogramo que ésta utilice.

1.3.2 Disposiciones generales para la indemnización

Consulte en su voucher el valor por kilogramo despachado aplicable al producto ASSIST CARD adquirido por Ud.

El Titular tendrá derecho a percibir hasta el monto máximo indicado en su voucher, sin importar la cantidad de eventos (demora o pérdida) que pudieran ocurrir durante la vigencia de su tarjeta ASSIST CARD, incluso si la misma fuera de validez anual. No se tomará en consideración el contenido y/o valor real del equipaje extraviado.

La indemnización al Titular será suplementaria o complementaria a la abonada por la línea aérea conforme a lo indicado en el voucher correspondiente al producto ASSIST CARD adquirido. En caso de indemnización complementaria, el importe de la misma se determinará como la diferencia entre lo abonado por la línea aérea y el monto que se determine conforme a lo estipulado en el punto D.1.3.2 precedente, y siempre hasta el límite máximo indicado por este concepto en el voucher. No será válida compensación alguna si la indemnización de la compañía aérea iguala o supera el límite máximo establecido en el voucher para este concepto.

La indemnización por demora o extravío de equipaje deberá ser tramitada por el Titular en cualquier central ASSIST CARD. Si el Titular se encontrara en un lugar donde ASSIST CARD no cuente con oficinas, deberá comunicarse con ASSIST CARD y seguir las instrucciones para



solicitar formalmente la indemnización correspondiente, que quedará siempre supeditada a la presentación y verificación de la documentación pertinente.

Si la constatación o el extravío del equipaje ocurre en el vuelo de regreso al país emisor y/o de residencia habitual del Titular, no se otorgará indemnización alguna por la demora en la localización y entrega del equipaje.

Monto declarado: En ningún caso la indemnización por pérdida de equipaje, sumada a la indemnización recibida de la línea aérea excederá el monto declarado oportunamente o reclamado en la denuncia presentada a la línea aérea por el Titular, y si así sucediera se limitará consecuentemente la compensación suplementaria o complementaria que corresponda según el tipo de producto ASSIST CARD adquirido.

1.4 DOCUMENTACION NECESARIA

- (1) Formulario P.I.R. (Property Irregularity Report)
- (2) Pasaporte, incluyendo sellos de entrada y salida
- (1) Constancia de entrega del equipaje con fecha y hora emitida por la línea aérea o el tercero que ésta designe para su entrega.
- (2) Documento emitido por la aerolínea que indique pérdida o cese de búsqueda (para la indemnización por pérdida total), el cual determina la indemnización que realizará la aerolínea al pasajero.

1.5 OTRAS CONDICIONES

Los daños al equipaje y/o faltantes parciales o totales de contenido no darán lugar a compensación ni indemnización alguna.

La indemnización por pérdida total de equipaje se abonará al Titular sólo en el país donde fuera emitida la tarjeta ASSIST CARD.

Cuando dos o más personas comparten el mismo bulto extraviado, se procederá a abonar las indemnizaciones indicadas más arriba a prorrata.

Todas las indemnizaciones descritas se abonarán en la moneda local del país en que se emitió la Tarjeta ASSIST CARD. El tipo de cambio a aplicarse será el vigente al día de la fecha de transferencia.

1.6 REQUISITOS PARA OBTENER LAS INDEMNIZACIONES

- (1) Que el equipaje se haya extraviado durante su transporte en vuelo internacional (Fuera del país de residencia) en un avión de línea aérea regular.
- (2) Que el mencionado equipaje haya sido debidamente despachado a nombre del Titular y en la bodega del transporte aéreo indicado.
- (3) Que la pérdida del equipaje haya ocurrido entre el momento en que el mismo fue entregado a personal autorizado de la compañía aérea para ser embarcado y el momento en que debió ser devuelto al Titular al finalizar el viaje.
- (4) Que el equipaje se haya extraviado fuera del territorio del país en que se emitió la tarjeta ASSIST CARD y/o fuera del país de residencia habitual del Titular, salvo pérdidas producidas en vuelos internacionales que arriben al mismo.
- (5) Que la falta del equipaje haya sido informada de inmediato a la compañía aérea antes de abandonar el recinto de entregas obteniendo el Titular prueba por escrito de dicha falta, mediante el formulario P.I.R. (Property Irregularity Report) que debe ser emitido a nombre del Titular.
- (6) Que la falta de localización del equipaje haya sido informada por el Titular a ASSIST CARD dentro de las 24hs desde el momento en que se constató dicha falta.
- (7) Que la línea aérea se haya hecho cargo de su responsabilidad por la pérdida del mencionado equipaje y haya abonado al Titular la indemnización correspondiente prevista por la compañía aérea. El Titular deberá probar la aceptación de responsabilidad de la línea aérea mediante la presentación de comprobantes fehacientes.
- (8) De ser necesario el Titular deberá completar y presentar a ASSIST CARD la solicitud de indemnización, con la documentación completa, según consta en la Cláusula D.1.4 "Documentación necesaria".

El plazo máximo para esta presentación será de 1 (un) año, o sea 365 días contados a partir de la denuncia formulada conforme el inciso (6) de esta cláusula D.1.6, vencido dicho plazo el Titular no podrá reclamar ninguna compensación ni indemnización.

4. GARANTIA DE CANCELACION E INTERRUPCION DE VIAJE POR FUERZA MAYOR

ESTA GARANTIA ES VALIDA EXCLUSIVAMENTE PARA VIAJES INTERNACIONALES

4.1 PERSONAS CUBIERTAS



El Titular de una tarjeta ASSIST CARD está asegurado automáticamente y sin costo adicional, cuando el voucher correspondiente al producto ASSIST CARD adquirido indica esta cobertura siempre que se cumplan los motivos detallados en cláusula D.4.2

4.2 RIESGO COMPROMETIDO – CONDICIONES PARA ACCEDER AL BENEFICIO

La pérdida irrecuperable de depósitos o gastos pagados por anticipado por los servicios que formen parte del viaje de acuerdo a las condiciones generales del contrato suscripto por el Titular con la Agencia de Viajes y/u Operador Turístico (incluyendo las políticas de cancelación aplicables al mismo), siempre que esta cancelación o interrupción se produzca en forma necesaria e inevitable como consecuencia de:

- (1) Muerte, accidente o enfermedad grave del Titular, que tenga carácter de urgencia (no preexistente al momento de la emisión del certificado médico, y aun cuando no fuera conocida por el causante del siniestro) y que motive la internación o inhiba la deambulacion, generando un estado de postración en el Titular y por lo tanto imposibilite la iniciación y/o prosecución del viaje del Titular.
- (2) Muerte o internación hospitalaria por más de 3 (tres) días por accidente o enfermedad declarada en forma repentina y de manera aguda del cónyuge, padre(s), hermano(s) o hijo(s) del Titular. La enumeración es taxativa y no enunciativa.
- (3) Cuando el Titular recibiese notificación fehaciente para comparecer ante la justicia, debiendo haber recibido dicha notificación con posterioridad a la contratación del servicio.

NOTA: La cobertura bajo los supuestos previstos en los puntos (2) y (3) precedentes se extenderá asimismo al cónyuge e hijos del Titular, en caso que los mismos viajaren con el Titular siempre que sean ellos también Titulares, y por fallecimiento, accidente, enfermedad y/o notificación judicial, los arriba mencionados deban también cancelar su viaje.

Los servicios asociados al viaje que hayan sido contratados con anterioridad a la emisión del voucher ASSIST CARD no serán considerados para reembolso.

Será imprescindible para acceder a ese beneficio que se cumplan las siguientes condiciones:

- (1) Que el Titular haya adquirido y pagado la tarjeta ASSIST CARD con este beneficio en la misma fecha en que se realizó el primer depósito o gasto con la Agencia de Viajes y/u Operador Turístico o en la misma fecha en que se realizó la reserva del servicio contratado, lo que ocurra primero.
- (2) Que además de cumplir con el requisito (1) el Titular haya adquirido y pagado la tarjeta ASSIST CARD con este beneficio con una antelación mínima de 15 días (quince días) previos a la fecha del inicio de su viaje o al inicio de la vigencia de su Tarjeta ASSIST CARD, lo que ocurra primero, y que dicha tarjeta tenga una vigencia igual o mayor a la duración total del viaje contratado.
- (3) Que el Titular comunique a ASSIST CARD en forma fehaciente, de inmediato y dentro de las 24 horas, la ocurrencia del evento que motiva la cancelación del viaje. ASSIST CARD podrá verificar con su equipo médico el hecho denunciado.

4.3 VIGENCIA DE LA GARANTIA

Esta garantía rige desde el momento en que el Titular contrate el viaje y hasta la finalización del mismo.

4.4 COMPROMISO DE LA GARANTIA

Hasta el monto máximo indicado en el voucher ASSIST CARD y/o hasta los topes parciales indicados en el voucher para:

- (1) Servicios de transporte terrestres o aéreos;
- (2) Gastos de alojamiento;
- (3) Cruceros y
- (4) Excursiones o Espectáculos.

4.5 MONTO MAXIMO DE CANCELACION O INTERRUPCION POR EVENTO MULTIPLE

La suma asegurada es por Titular. No obstante, en caso de un evento que involucre a más de un Titular y cualquiera sea la cantidad de Titulares involucrados en el mismo, la responsabilidad máxima por todos los titulares afectados no será mayor al monto indicado en su voucher como máximo por el mismo siniestro. En caso de que la suma de las indemnizaciones a abonar supere los montos antedichos, cada indemnización individual será efectuada a prorrata de la responsabilidad máxima definida en el voucher.

4.6 EXCLUSIONES

No corresponderá indemnización bajo esta cobertura cuando la cancelación o interrupción se produzca como consecuencia de:

- (1) Enfermedades crónicas o preexistentes padecidas con anterioridad a la fecha de emisión del voucher por el causante del evento (sea el Titular, o su cónyuge, padre(s), hermano(s) o hijo(s))- así como sus agudizaciones, consecuencias y secuelas.
- (2) Accidentes causados directa o indirectamente por la práctica de deportes peligrosos tales como, pero no limitados a alpinismo, ski fuera de pistas reglamentarias, ski acuático, moto de nieve y/o snow cat, automovilismo, motociclismo, boxeo, paracaidismo, parasail, atletismo y todo otro ejercicio o prueba atlética o de acrobacia o que tenga por objeto pruebas de carácter excepcional o mientras participe en viajes o excursiones a zonas inexploradas.
- (3) Participación en empresa criminal.
- (4) Heridas que el Titular se hubiere infligido a sí mismo.
- (5) Alcoholismo.
- (6) Uso de drogas, drogadicción o utilización de medicamentos sin orden médica.
- (7) Embarazo (salvo que se hubiera comprobado luego de reservado el viaje).
- (8) Cualquier tipo de enfermedad mental.
- (9) Enfermedades pandémicas, endémicas o epidémicas.
- (10) Tampoco corresponderá la indemnización para personas de 85 o más años de edad a la fecha de contratación del viaje.
- (11) Cuando el voucher haya sido adquirido y/o emitido en el país de destino.
- (12) Todo servicio contratado con anterioridad a la emisión del voucher ASSIST CARD.
- (13) Quiebra y/o cesación de servicios de la línea aérea.
- (14) Alguna de las circunstancias descritas en la Cláusula C.7. "Circunstancias excepcionales y/o de fuerza mayor".

4.7 SUBROGACION

El Titular cede al Asegurador todos los derechos y acciones que le pudieren corresponder contra las personas físicas o jurídicas por los daños y perjuicios que se le hayan causado hasta la suma que el Asegurador abone en concepto de reintegro por evento.

4.8 REQUISITOS PARA ACCEDER A LA INDEMNIZACION

Además de la notificación fehaciente a ASSIST CARD estipulada en el punto D.4.2 inciso (3) precedente, el Titular, bajo pena de nulidad de la garantía, deberá entregar a ASSIST CARD una carta indicando los motivos que dan origen a la cancelación, a la cual deberá adjuntar los siguientes elementos:

- (1) Pasajes de ida y regreso completos, y constancia de anulación total de los mismos;
- (2) Fotocopia del pasaporte; con los requisitos legales de vigencia correspondientes para el viaje contratado
- (3) Voucher ASSIST CARD con certificado de Garantía de Cancelación e Interrupción de Viaje incluido;
- (4) Facturas y recibos originales y de curso legal de los pagos efectuados a la Agencia de Viajes donde se contrataron los servicios. Estas facturas y recibos deberán ser coincidentes con las declaraciones efectuadas por la Agencia de Viajes al Asegurador;
- (5) Certificado de las compañías prestadoras (Compañía aérea, Compañía de cruceros, Hotel y/o Operador Mayorista) indicando la penalidad aplicada y el monto del reintegro percibido (si lo hubo) o bien que no percibió ningún reintegro de dicho prestador.
- (6) En caso de accidente o enfermedad, certificado médico e historia clínica completa. Si se trata de accidente, se deberá acompañar la denuncia policial de corresponder;
- (7) En caso de defunción se deberá entregar una copia debidamente legalizada del certificado respectivo;
- (8) Constancia del vínculo familiar;
- (9) Carta de Penalidad expedida por la Agencia de Viajes y/o Operador Turístico acompañada por la política de cancelación incluida por dicha Agencia y/o Operador en el contrato suscripto por el Titular,
- (10) A requerimiento de ASSIST CARD, copia de la visa de entrada al país de destino.

La falta de cumplimiento de cualquiera de los requisitos estipulados no dará lugar a la indemnización bajo esa cobertura.

4.9 REEMBOLSOS

El Asegurador resarcirá al Titular en moneda local; en caso de haber realizado los pagos en cualquier otra moneda, el pago será realizado utilizando el cambio oficial tipo vendedor del día anterior al pago.

Los pasajes aéreos obtenidos mediante canje de millas no serán reembolsables como así tampoco la penalidad a consecuencia de la reprogramación total o parcial del viaje.

ASSIST CARD se reserva la facultad de verificar con los prestadores correspondientes toda la información recibida.