

Para compras anteriores al 01/03/2021, se deben utilizar las siguientes condiciones:

<https://assist-med.co/ccgg-antes-del-01-03-2021/>

Índice

- 1. PREAMBULO**
- 2. VERIFICACIONES ANTES DEL VIAJE**
- 3. ACEPTACIÓN DEL BENEFICIARIO**
- 4. BENEFICIARIO / EDAD LÍMITE**
- 5. VIGENCIA - VALIDEZ**
- 6. EXTENSIONES DEL VOUCHER**
- 7. VALIDEZ GEOGRÁFICA**
- 8. PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR ASISTENCIA CENTRALES DE ASISTENCIAS**
- 9. OBLIGACIONES DEL BENEFICIARIO**
- 10. OBLIGACIONES ASUMIDAS POR LA CENTRAL DE EMERGENCIAS**
- 11. REINTEGROS**
- 12. MONEDA DE ALCANCES Y SERVICIOS**
- 13. DEFINICIONES**
- 14. DEFINICIÓN DE LOS BENEFICIOS / SERVICIOS**
- 15. EXCLUSIONES APLICABLES A TODOS LOS SERVICIOS Y BENEFICIOS DE LOS PLANES DE LA CENTRAL DE EMERGENCIAS**
- 16. SUBROGACIÓN**
- 17. CIRCUNSTANCIAS EXCEPCIONALES DE INEJECUCIÓN INIMPUTABLE**
- 18. RECURSO**
- 19. RESPONSABILIDAD**
- 20. JURISDICCIÓN**
- 21. DEDUCIBLE O FRANQUICIA**
- 22. CADUCIDAD - RESOLUCIÓN - MODIFICACIÓN**

Para la obtención de los servicios el Beneficiario debe comunicarse dentro de las 24 horas, la falta de comunicación acarrea la pérdida de los derechos a reclamar o solicitar indemnización alguna. Los datos para contactar a la central de emergencia se encuentran en su voucher contratado. Debe tener a mano:

- Número de Voucher
- Ubicación, lugar donde se encuentra en el momento del llamado.
- Número de Teléfono para poder contactarlo (Teléfono del Hotel y habitación o Teléfono Celular)
- Su dirección de correo electrónico

Términos & Condiciones Generales

Los servicios de asistencia al viajero contratados son proporcionados por La Central de Emergencias, para efectos de estas Condiciones Generales. Estos se activan una vez sean solicitados por teléfono, correo electrónico o contactos reflejados en su voucher en caso de cualquier emergencia. Desde el momento de la primera asistencia o servicio, el Beneficiario deberá ponerse en contacto con la Central de Emergencias tantas veces como sea necesario para obtener la autorización de nuevas prestaciones o servicios, incluso si éstos son causados por el evento inicial. Las Condiciones Generales y las garantías individuales son entregadas al momento de la compra y de igual modo se envían a su correo electrónico informado, de igual manera las mismas están disponibles en nuestra página www.assist-med.net

1. **PREÁMBULO**

Assist-med designa las presentes Condiciones Generales a La Central de Emergencias para la prestación de los servicios. Los Términos y Condiciones Generales definen el método de obtención de beneficios que un beneficiario podrá pretender recibir con un plan de asistencia, en casos de emergencia y urgencia durante el período contractual y en la zona geográfica válida, especialmente durante eventuales emergencias durante el viaje. Las presentes Condiciones Generales junto con la restante documentación son entregadas al momento de la compra del plan y conforman el contrato de asistencia al viajero.

Antes de inicio de vigencia del plan la empresa se reserva el derecho a analizar la solicitud de compra, procesar la validación de información y/o en caso de no ser viable la contratación, revocar el pedido/compra. El análisis puede contemplar:

- Que surjan incongruencias de la información provista por los cliente
- Que la tasa de uso (en aquellos que hayan contratado previamente) resulte proporcionada con el tipo de cobertura solicitado
- Que los medios de pago sean suficientes
- Que los datos consignados sean fidedignos
- Y todos aquellos controles que estime corresponder

La empresa se reserva el derecho a:

- Denegar la cobertura y proceder al reembolso de lo abonado únicamente por la póliza.

2. **VERIFICACIONES ANTES DEL VIAJE**

Verifique que todos los datos consignados en su voucher con un plan de asistencia sean los correctos. Controle específicamente los teléfonos indicados como contacto en caso de emergencia, también nombres y apellidos del beneficiario, las fechas de vigencia y el producto adquirido. Si hay errores en los datos, comuníquese con el agente emisor para rectificarlos.

Verifique que el producto y las coberturas solicitadas estén incluidas dentro de su voucher contratado, de lo contrario no contará con dicha cobertura.

3. ACEPTACIÓN DEL BENEFICIARIO

El Beneficiario declara conocer y aceptar las presentes Condiciones Generales. Dicha aceptación queda ratificada por medio de cualquiera de los siguientes actos:

- El pago de los servicios contratados
- El uso o el intento de uso de cualquiera de los servicios contratados

En ambos casos, el Beneficiario reconoce que ha elegido, leído y que acepta todos los términos y condiciones de los servicios expresados en las presentes Condiciones Generales y que rigen la relación entre las partes en todo momento convirtiéndose en un contrato de adhesión.

Es claramente entendido y aceptado por el Beneficiario que los planes de asistencia, no constituyen bajo ningún motivo un seguro o producto afín, como tampoco es: un programa de seguridad social o de medicina pre pagada, un servicio médico a domicilio, Entidad Prestadora de Salud o servicio médico ilimitado. Por lo tanto, no tienen como objeto principal la sanidad completa, ni el tratamiento definitivo de las dolencias del Beneficiario. Los servicios de asistencia médica a ser brindados por La Central de Emergencias se limitan expresa y únicamente a tratamientos de urgencia de cuadros agudos y están únicamente orientados a la asistencia primaria en viaje de eventos súbitos e imprevisibles donde se haya diagnosticado una enfermedad clara, comprobable y aguda que impida la normal continuación de un viaje, siempre y cuando dicha enfermedad no sea una enfermedad preexistente, según las definiciones de las presentes Condiciones Generales, ni tampoco se encuentre en la lista de las exclusiones. Estos planes están diseñados para garantizar la recuperación primaria y normal e inicial del pasajero y las condiciones físicas que permitan una normal continuación de su viaje. No están diseñados ni se contratan ni se prestan para:

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

NOTA: Es claramente entendido por el Beneficiario que este plan es un producto básicamente de asistencia en viajes y que sea ofrecido a través de una compañía de seguros no lo hace un seguro médico internacional.

Toda asistencia o tratamiento cesará y no será responsabilidad de La Central de Emergencias una vez que el Beneficiario regrese a su lugar de residencia o cuando expire el período de validez del plan elegido. La adquisición por parte de un Beneficiario de uno o más servicios de asistencia médica no produce la acumulación de los servicios de asistencia médica y/o beneficios ni del tiempo en ellas contempladas. En estos casos sólo podrán aplicarse los topes establecidos en los servicios que sean más beneficiosos para el consumidor.

4. BENEFICIARIO / EDAD LÍMITE

El Beneficiario es la persona natural cuyo nombre aparece reflejado en el plan de asistencia y es la sola beneficiaria de todas sus coberturas hasta el día aniversario, inclusive, de su edad

límite según el tipo de Plan adquirido, fecha a partir de la cual el Beneficiario pierde todo derecho a los beneficios y a todas las prestaciones de asistencia definidas en estas Condiciones Generales, así como derecho a cualquier reembolso o reclamo alguno originado en eventos posteriores a tal día.

Las prestaciones o beneficios del Plan respectivo los podrá recibir exclusivamente el Beneficiario y son intransferibles, por lo cual deberá comprobar y demostrar su identidad, presentar el voucher impreso o voucher virtual (o Comprobante de Compra) correspondiente y documentos de viajes para determinar la vigencia y aplicabilidad de las prestaciones o beneficios solicitados.

El Beneficiario podrá hacer uso de los servicios contratados hasta las cero (00:00) horas del día de su aniversario según el plan contratado. A partir de esa fecha el Beneficiario pierde todo derecho a los beneficios en cuanto a las prestaciones de Asistencia definidas en estas Condiciones Generales, así como el derecho a reembolso o reclamo alguno originado en eventos posteriores a tal día. A manera de ejemplo, se considera que una persona tiene 75 años hasta el día anterior a cumplir los 76 años.

5. **VIGENCIA - VALIDEZ**

Es el tiempo en el que pueden ser obtenidos los beneficios indicados en los planes de asistencia, es el que transcurre desde las cero (00:00) horas del día de comienzo de validez de dicho plan, estando el pasajero en territorio extranjero, hasta las 24 (23:59) horas del día del fin de dicha validez, ambas fechas reflejadas en el voucher adquirido por el Beneficiario. Los beneficios y prestaciones descritos en las Condiciones Generales tendrán validez solamente durante la vigencia indicada en el voucher. La finalización de la vigencia implicará el cese automático de todos los beneficios, prestaciones, o servicios en curso o no, incluyendo aquellos casos o tratamientos iniciados al momento o antes del término de la vigencia.

Pasado este período, el Beneficiario perderá todo beneficio de los servicios de asistencia contratados mientras esté en ese viaje. La Central de Emergencias le pedirá al momento de atenderlo la copia de su pasaporte, demostrando la fecha de salida de su país de residencia habitual y la fecha de entrada al país desde donde solicita asistencia. No se brindará asistencia de ningún tipo al Beneficiario en situación migratoria o laboral ilegal. (Incluyendo trabajo no declarado en el país desde donde se requiere la asistencia). No se brindará asistencia de ningún tipo al Beneficiario que no cuente con la documentación migratoria requerida para ingreso o egreso del país correspondiente. Assist-med no será responsable ante dicho incumplimiento, siendo exclusiva responsabilidad del BENEFICIARIO.

Los planes de asistencia operan bajo la modalidad de días continuos, por lo tanto, una vez iniciada la vigencia, no es posible interrumpir el viaje, los períodos de días no utilizados en los voucher no son reembolsables. Una vez interrumpido el viaje, la vigencia caduca y no puede reactivarse posteriormente. Por ningún motivo un Beneficiario podrá tener dos voucher vigentes durante el mismo periodo de tiempo, siendo así, y de darse el caso, el voucher adquirido en fecha posterior se considerará como nulo de manera automática. A modo de ejemplo se considera interrupción de viaje cuando el beneficiario regresa a su país de residencia antes de la finalización de la vigencia del voucher.

Los planes de asistencia Anuales Multiviajes tienen una vigencia de 365 días en total y el Beneficiario podrá realizar un número ilimitado de viajes durante su período de vigencia, sin embargo, no podrá permanecer más de 30, 60 o 90 días en el exterior por cada viaje que realice según lo indicado en el plan de asistencia del producto que haya adquirido, para realizar las verificaciones correspondientes, La Central de Emergencias le pedirá al momento de atenderlo la copia de su pasaporte, demostrando la fecha de salida de su país de residencia habitual y la fecha de entrada al país desde donde solicita asistencia. El servicio multiviajes no puede iniciar vigencia si el pasajero se encuentra en país destino.

En todos los planes de asistencia Anuales Multiviajes los topes asistenciales vuelven al valor máximo establecido en la tabla de prestaciones indicada en su voucher con cada viaje que realice el beneficiario. Es importante mencionar que los tratamientos iniciados en el primer viaje no estarán dentro de cobertura en sus próximos viajes.

Los planes Larga Estadía tienen una vigencia de hasta 365 días corridos en el exterior.

Por otra parte, una vez iniciada la vigencia del voucher, el Beneficiario no podrá hacer cambios ni ampliación del producto de asistencia contratado. Tampoco se procederá a la cancelación del voucher por ninguna razón, ni bajo ninguna circunstancia.

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

- Hasta siete (7) días adicionales contados desde el día de finalización de vigencia del voucher, o
- Hasta que se haya agotado la cobertura contratada, o
- Hasta que el médico firme el alta del Beneficiario en el transcurso de los siete (7) días de ampliación de cobertura. Lo que ocurra primero.

La extensión del servicio será únicamente válida hasta agotar la cobertura médica, o asistencia médica en caso de pre-existencia (según corresponda) y repatriación funeraria, perdiendo el beneficio de otros servicios. Toda asistencia o tratamiento cesará y no será responsabilidad de La Central de Emergencias una vez que el Beneficiario regrese a su lugar de residencia o expire el período de validez del plan elegido, salvo excepciones anteriormente mencionadas. Después de finalizada la vigencia del voucher si el pasajero se encuentra hospitalizado solo se extenderá el beneficio por asistencia médica, hasta 7 días o el alta del pasajero o hasta el tope de cobertura contratado en el voucher.

6. EXTENSIONES DEL VOUCHER

Cuando el Beneficiario prolongue su viaje en forma imprevista, podrá solicitar la emisión de un nuevo voucher. La Central de Emergencias se reserva el derecho de aceptar o negar esta renovación sin dar más explicaciones rigiéndose bajo las siguientes condiciones:

- a. El Beneficiario no tendrá derecho de renovar el voucher si ha usado anteriormente los servicios de asistencia durante la vigencia de su primer voucher.
- b. El Beneficiario deberá solicitar la emisión de un nuevo voucher exclusivamente al agente emisor con el cual contrató la asistencia original, indicando la cantidad de días que desea contratar. El agente emisor está obligado a informar a La Central de Emergencias que se trata de una extensión y solicitará la autorización para el nuevo período de contratación.
- c. La solicitud de emisión de un nuevo voucher deberá efectuarse dentro de los 5 días corridos antes de la finalización de la vigencia del voucher original.
- d. El Beneficiario deberá designar a la persona que efectuará el pago correspondiente en las oficinas del Agente Emisor, y recibirá el nuevo voucher que se emitirá y entregará en el mismo acto.
- e. Los planes Anuales Multiviajes no podrán ser renovados estando el pasajero en país destino, este podrá ser renovado únicamente habiendo finalizado los 365 días de vigencia, una vez el Beneficiario se encuentre nuevamente en su país de origen. Esta limitación está sujeta a consideración del prestador del servicio.
- f. En caso de que el Beneficiario no pueda iniciar su viaje de regreso por motivo de un vuelo demorado o cancelado o que deba retrasar su regreso por igual motivo, el voucher se extenderá hasta por tres (3) días máximo o hasta que el Beneficiario regrese a su país de origen, lo que suceda primero. Este servicio no será brindado en casos enunciados dentro de las exclusiones generales. La extensión automática del voucher solo contempla los servicios de asistencia médica por enfermedad no preexistente y/o asistencia médica por accidente.
- g. El Beneficiario podrá renovar su voucher con un plan que tenga la misma cobertura del primero o mayor, no se extenderá con coberturas menor a la contratada originalmente.

En caso de que la solicitud se haga ya habiendo terminado la vigencia del voucher inicial o el pasajero ya se encuentre por fuera de su país de origen al momento de la contratación, la renovación será expedida con 5 (cinco) días de carencia o hasta un máximo de 10 (diez) días, únicamente tras haber recibido la agencia emisora u operadora turística y demás, autorización expresa de la Central de Asistencias. Los días de carencia deben ser abonados.

El nuevo plan de asistencia y su correspondiente voucher emitido en las condiciones referidas en esta cláusula no podrá ser utilizado bajo ningún concepto, para iniciar o continuar el tratamiento y/o asistencia de problemas que ya hubieran surgido durante la vigencia del primer voucher original y/o anteriores o antes de la vigencia del nuevo plan y/o voucher, independientemente de las gestiones o tratamientos en curso hayan sido autorizados por La Central de Emergencias o por terceros. Toda asistencia médica tratada en el primer voucher pasará automáticamente a ser considerada como preexistencia durante la vigencia del segundo voucher y, por lo tanto, no será asumida por La Central de Emergencias.

7. VALIDEZ GEOGRÁFICA

Según el tipo de Plan, su validez será Mundial incluyendo el país de residencia del beneficiario a partir de los 100 km del lugar de residencia, entendiendo como lugar de residencia habitual la ciudad de origen del viaje documentada a través del boleto de transporte y pasaporte; siempre y cuando exista la infraestructura privada o pública para la prestación del servicio y la legislación regional lo permita, partiendo siempre de la geolocalización del beneficiario y exceptuando aquellos países involucrados en enfrentamientos bélicos internos o internacionales.

8. PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR ASISTENCIA - CENTRALES DE ASISTENCIAS

De necesitar asistencia, e independientemente de su situación geográfica en estricta concordancia con el resto de las cláusulas de este Condicionado General, el Beneficiario contactará a La Central de Emergencias. Para poder comunicarse con dicha central por vía telefónica, el Beneficiario debe solicitar la llamada por cobrar o por el receptor de la llamada (cargo revertido o collect). Si no le permitiesen llamadas en la forma anterior, el Beneficiario deberá llamar directamente a la Central de Asistencias en los números habilitados por los países mencionados en su voucher.

En caso de existir cobro por alguna llamada a La Central de Emergencias, será reembolsado, para ello solicitamos guardar el comprobante de pago de la llamada. En caso de llamadas efectuadas desde hoteles se debe guardar copia de la factura donde está reflejado el cobro de la llamada con el número correspondiente.

Es obligación del Beneficiario siempre llamar y reportar la emergencia. En los casos en que el Beneficiario no pueda hacerlo personalmente deberá y podrá hacerlo cualquier acompañante, amigo o familiar pero siempre la llamada o aviso deberá hacerse a más tardar dentro de las 24 horas de haber sucedido la emergencia. El no cumplimiento de esta norma acarrea la pérdida automática de cualquier derecho de reclamo de parte del Beneficiario.

9. OBLIGACIONES DEL BENEFICIARIO

En todo momento para todos los servicios el Beneficiario se obliga a:

- a. Solicitar y obtener la autorización de la Central de Asistencias antes de tomar cualquier iniciativa o comprometer cualquier gasto en relación a los beneficios otorgados en el voucher de un plan de asistencia. Recomendamos tomar contacto por cualquiera de todos los medios disponibles enunciados en su voucher contratado y anotar los nombres, apellidos y números de autorizaciones que le serán dados por la central. La Central de Emergencias no se tomará a cargo ningún gasto ni efectuará ningún reembolso de gastos devengados en situaciones de emergencia, si no se diera estricto cumplimiento al procedimiento de solicitud establecidos en las presentes Condiciones Generales de servicios de asistencia.
- b. Si el Beneficiario o una tercera persona no pudiera comunicarse en caso de una urgencia comprobable, por una circunstancia o razón involuntaria a la Central de Asistencias, podrá recurrir al servicio médico de emergencia próximo al lugar donde se encuentre, y con la obligación ineludible, deberá notificar la incidencia en forma

inmediata. En los casos que no lo permitan, deberá informar a más tardar dentro de las 24 horas de producido el evento, en cuyo caso deberá proveer las constancias y comprobantes originales que justifiquen la situación a fin de ser sometidos a estudio para su respectiva autorización o negación; al omitir bajo cualquier circunstancia el cumplimiento de este requisito, La Central de Emergencias quedará facultada para negar cualquier pago o reintegro tras el resultado de la evaluación realizada. Queda bajo total responsabilidad del Beneficiario la recaudación de estos documentos para ser entregados de manera oportuna a la Central de Asistencia (incluyendo la anterior al inicio del viaje). No notificar dentro de las 24 horas acarrea la pérdida automática de los derechos del Beneficiario a reclamar o solicitar indemnización alguna. En el caso de planes "Crucero", el pasajero tendrá hasta 24 horas después de haber desembarcado para notificar la incidencia.

- c. En caso de que el Beneficiario se encuentre imposibilitado de entrar en contacto con La Central de Emergencias dentro de las 24 horas siguientes a su internación médica y no tuviera ningún acompañante que pueda hacerlo deberá entrar en contacto con La Central de Emergencias dentro de las 24 horas siguientes al alta médica y presentar los informes médicos donde se constate la dificultad de comunicación y de acuerdo con la cláusula de obligaciones del Beneficiario de las Condiciones Generales de los servicios de La Central de Emergencias.
- d. La Central de Emergencias no se hará responsable económicamente ante los casos donde el Beneficiario haga abandono del centro médico donde esté ingresado, por su propia decisión, sin la debida autorización médica o contra de la opinión médica de quien lo esté atendiendo y del Departamento Medico de La Central de Emergencias, así como tampoco será responsable de ningún tipo de complicaciones o agravamientos del cuadro médico del Beneficiario que eventualmente resulte de su incumplimiento de las indicaciones médicas dadas a él.
- e. El Beneficiario acepta que La Central de Emergencias se reserve el derecho de grabar y auditar las conversaciones telefónicas que estime necesarias para el buen desarrollo de la prestación de sus servicios. El Beneficiario acepta expresamente la modalidad indicada y manifiesta su conformidad por la eventual utilización de los registros como medio de prueba en caso de existencia de controversias respecto de la asistencia prestada.
- f. Aceptar y acatar las soluciones indicadas y recomendadas por la Central de Asistencias y llegado el caso, consentir con la repatriación a su país de origen cuando, según opinión médica, su estado sanitario lo permita y lo requiera.
- g. En todos aquellos casos en que La Central de Emergencias lo requiera, el Beneficiario deberá otorgar las autorizaciones para revelar su historia clínica completando el Medical Release Form (MRF) que le enviará la Central de Asistencia y lo devolverá firmado. Asimismo, el Beneficiario autoriza en forma absoluta e irrevocable a La Central de Emergencias a requerir en su nombre cualquier información médica a los profesionales, tanto del exterior como del país de su residencia, con el objetivo de poder evaluar y eventualmente decidir sobre la aplicabilidad de las restricciones en casos de dolencias crónicas o preexistentes o de la afección que haya dado origen a su asistencia. Recomendamos en forma especial a los Beneficiarios diligenciar siempre el Formulario (MRF) cuando se registren en un centro hospitalario, eso será de gran ayuda en los casos de reembolsos y/o en la toma de decisiones sobre determinados casos que requieran del estudio del historial médico del paciente.

- h. Es obligación del Beneficiario entregar a La Central de Emergencias el/los billetes de pasaje (tickets, boletos) que posea, en aquellos casos en que La Central de Emergencias se haga cargo de la diferencia sobre el o los pasajes originales y los nuevos emitidos, o cuando procedan a la repatriación del Beneficiario sea el que fuer e el motivo.

NOTA: En algunos países y principalmente en los Estados Unidos de Norteamérica, y en Europa, debido a razones de estandarización informática la mayoría de los centros médicos asistenciales tales como hospitales, consultorios, clínicas, laboratorios suelen enviar facturas y / o reclamos de pago a los pacientes atendidos, inclusive aun después de que las cuentas o facturas haya sido pagadas y saldadas. En caso de que ello ocurra, el Beneficiario deberá contactar la oficina de la Central de Asistencias marcando los números proporcionados en el voucher o escribiendo a sac@assist-med.net y notificar esta situación. La Central se encargará de aclarar dicha situación con el centro hospitalario.

10. **OBLIGACIONES ASUMIDAS POR LA CENTRAL DE EMERGENCIAS**

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

11. **REINTEGROS**

Importante: Es requisito indispensable que el pasajero se haya contactado telefónicamente o mediante algún medio proporcionado en su voucher con la central de asistencia dentro de las **24 horas** de sucedido el evento.

Los tiempos establecidos para el procesamiento de un reembolso son:

- El Beneficiario tiene hasta treinta (30) días continuos a partir del día de finalización de la vigencia del voucher para presentar la documentación y respaldos necesarios para iniciar el proceso del reembolso. Después de ese plazo, no se aceptarán documentos para tramitar ningún reembolso. Los mismos deberán enviarse a reintegros@assist-med.net
- Una vez recibidos los documentos, el Departamento correspondiente tiene hasta cinco (5) días hábiles para solicitar cualquier documento faltante que no haya sido entregado por el Beneficiario.
- Con todos los documentos necesarios en mano, el Departamento correspondiente procederá durante los siguientes cinco (5) días hábiles a analizar el caso y emitir la carta de aprobación o negación de dicho reembolso.
- Siendo procedente el reembolso, el Departamento correspondiente procederá a efectuar el pago en 30 días hábiles, posteriores a la fecha de recepción de los datos completos vía escrita para la realización de la transferencia.

Todos los documentos detallados y los que consideren pertinentes el Departamento Médico, Departamento de Reembolsos y la Central de Emergencia, quedarán como responsabilidad única y absoluta del afiliado en recabar y enviarlos a la Central de Emergencia y/o Departamento correspondiente para su estudio y aprobación.

NOTA: Los reembolsos pagados directamente por el Departamento correspondiente pueden hacerse a través de transferencia bancaria, giro postal o cheque.

El Departamento correspondiente asumirá los gastos generados por la agencia de giro postal, el envío del cheque, así como los cobros directos de su entidad bancaria; cargos adicionales realizados por el banco del titular serán cubiertos por el Beneficiario.

Si la moneda de Origen del Gasto es distinta a la indicada en el voucher de asistencia, la conversión se realizará tomando como referencia el tipo de cambio del día en que sucedió el evento que motiva el reintegro.

En referencia al pago del reintegro, si la moneda de Origen del Gasto es distinta a la moneda Local, el pago del reembolso será efectuado en la moneda local correspondiente al país de residencia del beneficiario, al tipo de cambio oficial a la fecha de expedición de la resolución del reembolso aprobado por la central de emergencias.

En los casos en que la moneda de origen del gasto sea la misma que la moneda local, el pago del reembolso sera efectuado en la misma moneda, sin realizar conversión alguna.

Moneda Local: Corresponde a la moneda del país de origen del pasajero.

Cancelación de viajes multicausa, Cancelación de viajes multicausa PLUS y Quiebre Operador

Turístico:

En estos tres servicios, si la moneda de origen del gasto es distinta a la moneda local se utilizará el tipo de cambio oficial de la fecha de pago de los servicios presentados a reintegro.

En los casos en que la moneda de origen del gasto sea la misma que la moneda local, no se realiza conversión alguna.

En caso de fallecimiento del titular del voucher, se deberá presentar los documentos que La Central de Emergencias considere necesarios, incluyendo, pero no limitándose a:

1. Acreditación del vínculo (Libreta de matrimonio, actas de nacimiento, entre otros)
2. Declaratoria de herederos (El plazo para su presentación se extingue a los 6 meses de la fecha de fallecimiento del titular del voucher)
3. Comprobantes de gastos que acrediten el servicio solicitado y haber cumplido con todas las obligaciones indicadas en las condiciones generales.

12. MONEDA DE ALCANCES Y SERVICIOS

Los beneficios ofrecidos por La Central de Emergencias, monedas y límites de cobertura máximos están reflejados en el voucher contratado.

13. DEFINICIONES

A continuación, enumeramos las definiciones de los términos usados en estas Condiciones Generales, para un mayor entendimiento de los Beneficiarios:

Central de Asistencias o Emergencias: Es la oficina que coordina la prestación de los servicios requeridos por el Beneficiario con motivo de su asistencia. Es igualmente el departamento de profesionales que presta los servicios de supervisión, control y coordinación que intervienen y deciden todos aquellos asuntos y/o prestaciones a brindarse o prestarse en virtud de las presentes Condiciones Generales que están relacionados con temas médicos y demás servicios.

Voucher: Es el documento que usted recibe al momento de la compra del plan contratado y que lleva sus datos para ser informados a La Central de Emergencias en caso de solicitar asistencia.

Accidente: Es el evento generativo de un daño corporal que sufre el Beneficiario, causado por agentes extraños, fuera de control y en movimiento, agentes externos, violentos, visibles y súbitos. Siempre que se mencione el término "accidente", se entenderá que la lesión o dolencia resultante fue provocada directamente por tales agentes e independientemente de cualquier otra causa. Si el daño corporal es producido como consecuencia de causas diferentes a las anteriores mencionadas, el Beneficiario tendrá cobertura hasta el monto de Asistencia Médica por Enfermedad del plan adquirido.

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

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

Enfermedad o condición Médica Aguda: Proceso corto y relativamente severo de la alteración del estado del cuerpo o alguno de sus órganos, que pudiere interrumpir o alterar el equilibrio de las funciones vitales, pudiendo provocar dolor o debilidad.

Enfermedad Repentina o Imprevista: Enfermedad pronta, impensada, no prevista, contraída con posterioridad a la fecha de inicio de vigencia del voucher del servicio de asistencia médica para viajes.

Enfermedad Preexistente: Todo proceso físico patológico que reconozca un origen o una etiología anterior a la fecha de inicio de la vigencia del plan o del viaje (o la que sea posterior) y que sea factible de ser objetivado a través de métodos complementarios de diagnóstico de uso habitual, cotidiano, accesible y frecuente en todos los países del mundo (incluyendo pero no limitado a: Doppler, resonancia nuclear, magnética, Cateterismo, radiología, etc.).

Se entiende por preexistencia toda enfermedad, estado del cuerpo, o factores de riesgo diagnosticados al beneficiario antes, durante o al momento del episodio, siendo un proceso conocido o no por el Beneficiario. Que haya necesitado o requerido de un periodo de formación, o de una gestación, o de una incubación dentro del organismo del Beneficiario antes de haber iniciado el viaje. Ejemplos claros y comunes de preexistencias o factores de riesgo solo para citar algunos son: los cálculos renales o biliares, las obstrucciones de arterias o venas por coágulos u otros, enfermedades respiratorias como el asma, problemas pulmonares, enfisemas, el VIH, generalmente problemas relacionados con la tensión arterial, glaucoma, cataratas, nefritis, úlceras o enfermedades gástricas, enfermedades resultantes de deformaciones congénitas, micosis genitales, abscesos hepáticos, cirrosis, azúcar en la sangre, colesterol alto, triglicéridos altos, y otras. Estos requieren de un periodo de formación corto o largo, pero en todos los casos superior a unas horas de viaje, reconociendo que dicho estado o proceso patológico existía dentro del organismo antes de subirse al avión o al medio de transporte en la fecha de la entrada en vigencia del servicio de asistencia, aun cuando la sintomatología se presente por primera vez después de haber iniciado el viaje.

Enfermedad recurrente: Regreso, repetición u aparición de la misma enfermedad luego de haber sido tratada.

Episodio y/o Accidente de Salud: Episodio agudo o evento no predecible, descompensación producto de enfermedades crónicas y/o preexistentes conocidas o previamente asintomáticas. Esta cobertura se proporciona exclusivamente para la primera atención médica en el episodio agudo, o caso no predecible, la emergencia que debe requerir la asistencia durante el viaje y no pueda aplazarse hasta el retorno al país de residencia.

Dolencia y/o Afección: Los términos afección y dolencia se entenderán a cualquier efecto en las presentes condiciones generales como enfermedad.

Topes máximos: Montos máximos de cobertura, indicados en el voucher para cada prestación y según el producto de asistencia contratado.

MGEM: Monto máximo global por eventos múltiples.

Plan o producto de asistencia: Es el conjunto detallado de los servicios de asistencia en viaje ofrecidos, indicando una enumeración taxativa de las mismas y sus límites monetarios, cuantitativos, geográficos y de edad del Beneficiario. El plan de asistencia médica se encuentra detallado en el certificado o voucher y forma parte inseparable de él. Sólo son de aplicación aquellas prestaciones para cada producto explícitamente enunciadas en el plan de asistencia médica detallado en el certificado, con el alcance y límites indicados. Solamente serán válidas y regirán para fines del presente contrato aquellas garantías o beneficios vigentes a la fecha de emisión del plan de asistencia médica que se especifica en el voucher contratado por el Beneficiario.

Plazo o período de carencia: Intervalo de tiempo durante el cual no son efectivas las coberturas incluidas dentro del Plan. Dicho plazo se computa por días contados desde la

fecha de inicio de vigencia del voucher, siempre que el Beneficiario ya se encuentre fuera del lugar de residencia habitual al momento de contratación.

Médico tratante: Profesional médico provisto o autorizado por La Central de Emergencias que asiste al Beneficiario en el lugar donde se encuentra este último.

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

Caso fortuito: Suceso ajeno a la voluntad del obligado, que excusa el cumplimiento de obligaciones. Suceso por lo común dañoso, que acontece por azar, sin poder imputar a nadie su origen.

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

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

Cancelación de viaje: Imposibilidad definitiva de iniciar un viaje programado desde su país de origen. Cancelación no significa la interrupción de un viaje iniciado.

Amateur: Aficionado, quien ejerce deporte sin actuar como profesional ni obtener beneficios materiales.

Epidemia: Es considerada una enfermedad que se propaga durante un cierto periodo de tiempo en una zona geográfica determinada y que afecta simultáneamente a muchas personas.

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

14. DEFINICIÓN DE LOS BENEFICIOS / SERVICIOS

La siguiente es una enunciación taxativa de los servicios que La Central de Emergencias brinda al beneficiario del producto contratado. No todas las prestaciones detalladas en el presente capítulo están incluidas en todos los productos. Por favor, verifique el detalle de prestaciones y su tope en el voucher que le ha sido entregado.

Los límites de gastos de asistencias médicas, ya sea por enfermedad o por accidente indicados en su voucher no son acumulativos, aplicando de manera excluyente sólo uno de ellos de acuerdo a la causal de la asistencia.

Los servicios de asistencia médica ofrecidos por La Central de Emergencias comprenden exclusivamente el tratamiento de urgencia del cuadro agudo y súbito que impida la continuación del viaje, e incluyen:

I. Asistencia médica por accidente o

II. Asistencia médica por enfermedad no preexistente:

**Verifique que su voucher contratado cuente con este servicio*

- **Consulta Médica Telefónica:** La consulta médica telefónica supone un aumento de la eficiencia del servicio. La Central de Emergencias toma este servicio a modo de orientación médica telefónica no siendo este el tratamiento definitivo en casos agudos. El mismo prestará un seguimiento en la evolución de la dolencia. El médico quien brinda el servicio notificará inmediatamente a la Central de Emergencia el tipo de servicio requerido para su pronta derivación. El pasajero podrá o no aceptar este tipo de servicio.

- **Consultas Médicas:** Se prestarán en caso de accidente o enfermedad aguda e imprevista no preexistente, incluyendo la opción de repatriación del Beneficiario a su país de origen si su estado de salud lo permite. La Central de Emergencias se reserva el derecho de decidir el más adecuado de entre los tratamientos propuestos por el cuerpo médico y/o la repatriación al país de residencia. Se planteará la repatriación en casos que requieran tratamiento de larga duración, cirugías programadas o cirugías no urgentes.

- **Medico a domicilio:** En los casos en donde el cuadro clínico no requiera visitar una urgencia, La Central de Emergencias procederá a coordinar un médico a domicilio que atenderá las necesidades médicas del Beneficiario en el lugar de su hospedaje.

NOTA: Servicio sujeto a disponibilidad de: Prestadores en la zona geográfica donde se solicita el servicio

- **Atención por Especialistas:** Se prestará asistencia médica por especialistas y únicamente cuando sea indicada o requerida por el equipo médico de urgencia y autorizada previamente por La Central de Emergencias.

- **Exámenes Médicos Complementarios:** Cualquier tipo de examen médico, al ingreso o durante la asistencia, ya sea por hospitalización o ambulatorio en caso de enfermedad y/o accidente, deberá ser informado a la central de asistencias para su evaluación respectiva y, de esa manera, solicitar la autorización del procedimiento médico correspondiente.

- **Internaciones:** De acuerdo a la naturaleza de la lesión o enfermedad, y siempre que el Departamento Médico de La Central de Emergencias así lo prescriba, se procederá a la internación del Beneficiario en el centro sanitario más próximo al lugar donde éste se encuentre. Aplica únicamente al Beneficiario del plan de asistencia, y bajo ningún motivo se cubrirá cama y/o alimentación en el hospital o clínica para el acompañante.

- **Intervenciones Quirúrgicas:** Cuando sean autorizadas por el Departamento Médico de la Central de Emergencias y en los casos de emergencia que requieran en forma inmediata este tratamiento, y que no puedan ser diferidas o postergadas hasta el retorno del Beneficiario a su país de origen. Si a juicio de los médicos reguladores de la Central de Asistencias fuese posible el regreso al lugar de origen para recibir en él el tratamiento quirúrgico necesario, se procederá a la repatriación del Beneficiario, quien está obligado a aceptar tal solución, perdiendo en caso de rechazo todos los beneficios otorgados por su plan de asistencia. Aquellas intervenciones quirúrgicas que encuadren como procedimiento electivo y no impidan la continuación normal del viaje, pudiendo por tanto realizarla al regreso del Beneficiario a su país de origen, no estarán incluidos en este beneficio.

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

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

- Hasta ocho **(8) días** adicionales contados desde el día de finalización de vigencia del voucher, o
- Hasta que se haya agotado la cobertura contratada, o
- Hasta que el médico firme el alta del Beneficiario en el transcurso de los ocho **(8) días** de ampliación de cobertura. Lo que ocurra primero.

Toda asistencia o tratamiento cesará y no será responsabilidad de La Central de Emergencias una vez que el Beneficiario regrese a su lugar de residencia o expire el período de validez del plan elegido, salvo excepciones anteriormente mencionadas.

III. Asistencia médica Integral COVID-19

**Verifique que su voucher contratado cuente con este servicio*

Definiciones y servicios incluidos.

ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA POR COVID-19*

**Verifique que su voucher contratado cuente con este servicio*

Se brindará orientación al BENEFICIARIO a través de una sesión con un psicólogo o médico general facultados para el alivio o canalización de mejoras de un problema psicológico a causa de un diagnóstico positivo por COVID-19, cuando sus síntomas requieran de orientación profesional, según el producto contratado.

El servicio contempla el asesoramiento a distancia a través del canal telefónico con enlace inmediato al proveedor. La prestación de este servicio, deberá ser agendada o solicitada con al menos 48 horas de antelación para la programación de la cita. Duración máxima de cada sesión de quince (15) minutos

ASISTENCIA POR COVID-19*

**Verifique que su voucher contratado cuente con este servicio*

La Central de Emergencias de ASSIST-MED coordinará la atención necesaria para atender los casos de diagnósticos positivos comprobados de COVID-19 de los BENEFICIARIOS que así lo requieran, a través de los medios o beneficios dispuestos para ello, con el objetivo de otorgar los cuidados que se requieran, en pro de estabilizar la condición médica del BENEFICIARIO.

1) La cobertura por COVID-19 aplicará únicamente siempre que el contagio del BENEFICIARIO sucediese estando en destino y habiendo iniciado validez el plan

contratado. ASSIST-MED Cubrirá únicamente 1 (un) diagnóstico positivo comprobado de COVID19 por voucher contratado.

2) Habiendo contratado un plan internacional y su voucher lo contemple, en aquellas situaciones donde el BENEFICIARIO realice la solicitud estando en su país de origen o residencia, su cobertura se activará a partir de los 100km con un tope de USD 3.000,00 siempre que el BENEFICIARIO tenga un destino internacional y el voucher de asistencia se encuentre en vigencia.

3) La cobertura por COVID-19 aplicará a partir de los 100km del lugar de residencia para planes nacionales, hasta el monto tope establecido en el voucher.

La prestación y cada uno de los beneficios de ASISTENCIA POR COVID-19 quedan sujetos a la legislación y/o jurisdicción de la zona geográfica donde se encuentre el BENEFICIARIO, por lo que ASSIST-MED no se hará responsable en caso del incumplimiento de la prestación de estos beneficios al verse imposibilitado por regulaciones gubernamentales.

Todos los beneficios tildados con dos asteriscos (*), se encuentran incluidos dentro del tope monetario indicado de ASISTENCIA POR COVID-19 en el voucher, según el plan o producto adquirido por el BENEFICIARIO. La prestación y cada uno de los beneficios variará dependiendo del producto contratado.

ATENCIÓN MÉDICA POR SÍNTOMAS DE COVID19 ():**

*Verifique que su voucher contratado cuente con este servicio

Los BENEFICIARIOS que presenten un proceso patológico sospechoso para COVID-19, podrán contar con atención médica coordinada por la Central de Emergencias, con el fin de aliviar los síntomas y lograr una estabilización del cuadro de salud reportado.

Nota: ASSIST-MED reintegrará únicamente una prueba o "test" con resultado positivo para COVID-19 que confirme el contagio del BENEFICIARIO. En ninguno de los casos, ASSISTMED tomará responsabilidad alguna por los costos de "test" o pruebas de diagnóstico de COVID-19 negativos, así tampoco serán cubiertos cuando sean requeridos para viajes por motivos de requisitos migratorios de cada país (tanto sea para salir, ingresar o de regreso), siendo estas, exclusiva responsabilidad del BENEFICIARIO.

GASTOS HOSPITALARIOS POR COVID-19 ():**

*Verifique que su voucher contratado cuente con este servicio

En caso de requerir internación hospitalaria para estabilizar aquellos casos graves donde la condición de salud del BENEFICIARIO así lo amerite, ASSIST-MED asumirá los gastos relacionados con la hospitalización del BENEFICIARIO que resulte con diagnóstico positivo por COVID-19, hasta los montos indicados en el producto.

En los casos en donde el BENEFICIARIO se encuentre hospitalizado por COVID-19 en la fecha de finalización de vigencia de su voucher contratado, cesará la cobertura por ASISTENCIA POR COVID-19 según corresponda, entendiéndose de la siguiente manera:

1. Hasta Siete (7) días adicionales contados desde el día de finalización de vigencia del voucher, o
2. Hasta que se haya agotado la cobertura contratada por COVID-19, o

3. Hasta que el médico firme el alta del BENEFICIARIO en el transcurso de los siete (7) días de ampliación de cobertura. Lo que ocurra primero.

Se aclara que la Central de Asistencias no asumirá ningún gasto de hospitalización cuando esta obedezca a una enfermedad preexistente o haga parte de las exclusiones, salvo los productos que contemplen preexistencias, los cuales estarán incluidos dentro del límite de cobertura por condiciones preexistentes. En estos escenarios La Central de Emergencia realizará el desglose de cobertura correspondiente y asignará la cobertura dependiendo de la etiología de los diagnósticos y/o procedimientos médicos realizados con el objetivo de tratar determinadas patologías.

GASTOS DE RESPIRADOR MECÁNICO ():**

*Verifique que su voucher contratado cuente con este servicio

ASSIST-MED asumirá los costos generados por concepto de respirador mecánico, siempre que este procedimiento sea derivado de un cuadro por COVID-19, y sea estrictamente ordenado por el cuerpo médico tratante y autorizado por el cuerpo médico interno de ASSIST-MED.

La Central de Asistencias de ASSIST-MED no asumirá ningún gasto de hospitalización cuando esta obedezca a una enfermedad preexistente o haga parte de las exclusiones, salvo los productos que contemplen preexistencias, los cuales estarán incluidos dentro del límite de cobertura por condiciones preexistentes.

Nota: Esta cobertura es exclusiva por el servicio de uso de un respirador mecánico. No cubre costos de adquisición de un respirador mecánico. El equipo necesario para este servicio queda expresamente limitado a la disponibilidad sanitaria del País donde se encuentre el pasajero.

PENALIDAD POR CAMBIO DE FECHA POR COVID-19 ():**

*Verifique que su voucher contratado cuente con este servicio

Si como consecuencia de un diagnóstico positivo de COVID-19 el BENEFICIARIO se viera ineludiblemente imposibilitado de volver a su domicilio o país de residencia habitual, ASSIST-MED reintegrará la penalidad (no diferencia tarifaria) del pasaje aéreo original de regreso del BENEFICIARIO, únicamente cuando su pasaje sea de tarifa reducida por fecha fija o limitada de regreso.

El BENEFICIARIO tendrá hasta catorce (14) días continuos a partir de la fecha del resultado positivo por COVID-19, para fijar la nueva fecha del vuelo de retorno a su país de residencia y hacer efectivo el beneficio. La cobertura de PENALIDAD POR CAMBIO DE FECHA POR COVID-19 estará disponible una (1) vez por voucher contratado. Al regresar a su país de origen, presentar la siguiente documentación:

- Itinerario de viaje original.
- Fotocopia o imágenes legibles de todas las páginas del pasaporte.
- Certificado del procedimiento médico realizado que certifique el resultado positivo de COVID-19. • Fotocopia o imágenes legibles del boleto original de retorno.
- Factura de penalidad por cambio de fecha de pasaje aéreo de regreso.
- Certificado del procedimiento médico realizado que certifique el resultado negativo de COVID19.

- Cualquier documento que La Central estipule necesario.

Nota: No serán reembolsables los pasajes sujetos a disponibilidad de espacio, ni de descuento o mediante canje de millas, así como tampoco la penalidad a consecuencia de la reprogramación total o parcial del viaje, ni aquellos pasajes que tengan como condición no reembolsables.

TRASLADO DE UN FAMILIAR POR COVID-19 POSITIVO

*Verifique que su voucher contratado cuente con este servicio

En caso de que la hospitalización de un BENEFICIARIO que se encuentre viajando con menores de 15 años o mayores de 75 años, fuese superior a diez (10) días a causa de un diagnóstico positivo por COVID-19, previa notificación y autorización de La Central de Emergencias de ASSIST-MED, se reembolsará el costo del boleto de ida y regreso que resulte más económico en clase turista, sujeto a disponibilidad de espacio para ser asignado a un (1) familiar que pueda hacerle compañía. Para el disfrute del presente Beneficio, el BENEFICIARIO debe haber cumplido con lo estipulado en el siguiente punto:

8. PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR ASISTENCIA - CENTRALES DE ASISTENCIAS.

NOTA: Este beneficio aplica únicamente para aquellos productos que expresamente así lo indiquen en su listado de beneficios del producto contratado según las presentes Condiciones Generales.

HOTEL POR CUARENTENA MÉDICA ()**

*Verifique que su voucher contratado cuente con este servicio

Si como consecuencia de un diagnóstico positivo por COVID-19, el BENEFICIARIO deba obligatoriamente guardar reposo o aislamiento forzoso por prescripción del médico tratante y en común acuerdo con el departamento médico de la Central de Asistencias y las autoridades sanitarias locales, ASSIST-MED reintegrará los gastos de alojamiento de hotel, solo alojamiento, no cubrirá extras o sistemas de comidas, hasta catorce (14) días continuos contados a partir del día de finalización del voucher, con un monto tope máximo de USD 143 diarios previamente acordado con la central de emergencias. Este beneficio se activará siempre que el periodo a reintegrar por concepto de hotel sea posterior a la fecha original del vencimiento del voucher y esto impida el regreso del BENEFICIARIO a su domicilio (planes nacionales) o país de residencia habitual (planes internacionales). ASSIST-MED Cubrirá únicamente 1 (una) Cuarentena obligatoria por voucher contratado.

En caso de que el BENEFICIARIO se realice una prueba dentro de los 14 días aprobados de gastos de HOTEL POR CUARENTENA COVID-19 y el resultado sea negativo, culminará inmediatamente la cobertura. Para la obtención de este beneficio rigen los siguientes términos y condiciones:

- Que el BENEFICIARIO haya sido asistido médicamente con autorización de la Central de Asistencias de ASSIST-MED.
- El BENEFICIARIO deberá notificar a La Central en un rango no mayor a 24 horas posteriores al conocimiento de su contagio para la activación de la cobertura. El no cumplimiento de esta condición acarreará la pérdida del beneficio.

Al regresar a su país de origen, presentar la siguiente documentación:

- Itinerario de viaje original.
- Fotocopia o imágenes de escáner de todas las páginas del pasaporte.
- Certificado del procedimiento médico realizado que certifique el resultado positivo de COVID-19.
- Certificado del procedimiento médico realizado que certifique el resultado negativo de COVID-19 y que acredite el alta médica de aislamiento.
- Comprobantes originales de pago en el hotel (facturas). En caso de que el pago haya sido realizado con tarjeta (débito o crédito) enviar el extracto bancario que refleje el mismo.
- Cualquier documento que La Central estipule necesario.

GASTOS DE CREMACIÓN ():**

*Verifique que su voucher contratado cuente con este servicio

En caso de fallecimiento del BENEFICIARIO diagnosticado positivo por COVID-19, siempre y cuando autoridades sanitarias locales así lo permitan y en concordancia con los protocolos de seguridad y salud de cada país, ASSIST-MED reintegrará los gastos correspondientes a la cremación del cuerpo hasta el tope de cobertura indicado en el producto o plan de asistencia contratado por esta patología.

REPATRIACIÓN DE RESTOS POR COVID-19 ():**

*Verifique que su voucher contratado cuente con este servicio

En caso de fallecimiento del BENEFICIARIO a causa del COVID-19, si así lo dispusiera la legislación y los procesos sanitarios vigentes del país donde se produjo el deceso, los familiares podrán optar dentro del límite de Asistencia Médica por COVID-19, para que la Central de Asistencias se haga cargo de los gastos de incineración y traslado únicamente de cenizas por el medio que considere más conveniente hasta el aeropuerto de ingreso al país de residencia del fallecido, hasta el tope especificado en el Plan de Asistencia por concepto de ASISTENCIA POR COVID-19.

Este beneficio aplicará únicamente en caso de que el motivo principal del deceso del BENEFICIARIO sea el COVID-19.

La Central de Asistencias no se hará cargo de la repatriación funeraria ni de sus gastos en los casos de muerte producida por:

- Consecuencia de una enfermedad preexistente, crónica, recurrente o epidémica u cualquier otra padecida por el BENEFICIARIO. Salvo los productos que contemplen preexistencias
- Suicidio.
- Narcóticos o estupefacientes.

Se aclara que la Central de Asistencias no asumirá ningún gasto por repatriación de una enfermedad preexistente o que haga parte de las exclusiones, salvo los productos que contemplen preexistencias, los cuales estarán incluidos dentro del límite de cobertura por condiciones preexistentes.

Nota: No se encuentran contemplados en ninguna circunstancia los servicios religiosos y los ataúdes especiales, ni los gastos de regreso de familiares acompañantes del fallecido, por lo que la Central de Asistencias no tomará a cargo ningún gasto de terceros.

EXCLUSIONES PARTICULARES:

1. ASSIST-MED no asumirá en ningún caso vacunas contra el COVID-19, o cualquier tipo de procedimiento médico o sanitario que no derive del episodio agudo y que implique un proceso de medicina preventiva, ni tampoco eventos o jornadas para la implementación de vacunas o antídotos de manera masiva, sean impartidos por entes públicos, gubernamentales, privados o de cualquier naturaleza.
2. ASSIST-MED no se hará responsable de ningún tipo de proceso o asistencia que tenga como finalidad obedecer procedimientos sanitarios, migratorios o turísticos que sean estipulados como requisitos sin importar su naturaleza. Ejemplo: Test de PCR como requisito migratorio, entre otros.
3. ASSIST-MED no tomará responsabilidad de ningún tipo por efectos secundarios de cualquier naturaleza, procesos infecciosos o alergias derivados de la aplicación de vacuna contra la COVID19.
4. ASSIST-MED no tomará responsabilidad de actos de autoridades Sanitarias o Gubernamentales que restringen el regreso del BENEFICIARIO a su país de residencia.

4.1. Para los planes de cobertura nacional, ASSIST-MED no tomará responsabilidad de actos de autoridades sanitarias o gubernamentales que restringe el regreso del BENEFICIARIO a su lugar de residencia

IV. Asistencia médica por enfermedad preexistente

**Verifique que su voucher contratado cuente con este servicio*

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

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

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

Se excluye de esta cobertura todas las enfermedades relacionadas con:

- Transmisión sexual, incluyendo pero no limitando a la sífilis, la gonorrea, el herpes genital, la clamidia, el virus del papiloma humano tricomonas vaginales, tricomoniasis, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), cáncer y todos sus derivados, entre otros.
- Procedimientos de diálisis.
- Trasplantes.
- Oncología.
- Tratamiento psiquiátrico..
- Quedan excluidos de esta cobertura: la reposición, adquisición o reparación de audífonos, anteojos, lentes de contacto, puentes dentales, marcapasos, desfibriladores implantables, respiradores externos, dispositivos implantables, equipo desechable específico, esta enumeración es enunciativa y no taxativa.
- Enfermedades y/o episodios/epicrisis causadas por la ingestión de drogas, estupefacientes, medicamentos mal administrados, alcohol, etc.

Las presentes exclusiones son enunciativas y no taxativas.

Obligaciones Médicas del Beneficiario:

- El Beneficiario deberá seguir todas las instrucciones médicas dadas por el médico tratante asignado por La Central de Emergencias y tomar todos los medicamentos de la forma prescrita y según se requiera.
- El beneficiario que inicie su viaje después de recibir un diagnóstico terminal no contará con cobertura.
- En caso de que se determine que la razón del viaje fue el tratamiento en el extranjero para una condición crónica o pre- existente, la Central de Emergencias negará cobertura.

V. Cobertura en caso de enfermedad por epidemia

** Verifique que su voucher contratado cuente con este servicio*

En caso de contar con este servicio en su voucher, La Central de Emergencias cubrirá hasta el monto indicado en el plan de asistencia contratado por el beneficiario, las enfermedades ocasionadas debido a una epidemia. El beneficiario está obligado a aceptar las soluciones ofrecidas por el departamento médico de La Central de Emergencias, perdiendo en caso de rechazo de la solución, todos los beneficios que ofrece el plan de asistencia. Se excluye de este beneficio el inicio o la continuación de tratamientos, procedimientos, diagnósticos de investigación, o conducta diagnóstica y terapéutica, que no están relacionados con el episodio agudo e impredecible.

VI. Medicamentos

**Verifique que su voucher contratado cuente con este servicio*

En los límites de cobertura, La Central de Emergencias se hará cargo de los gastos de los medicamentos recetados por el Departamento Médico de la Central de Asistencias hasta los montos establecidos en los toques de cobertura del plan contratado. Los desembolsos realizados por el Beneficiario para la compra de medicamentos previamente autorizados por la Central de Emergencias serán reintegrados, dentro de los límites de cobertura, y contra la previa presentación de los comprobantes originales de compra o facturas, de la copia original del dictamen o informe médico en donde describa el nombre o mencione el nombre de la enfermedad sufrida por el Beneficiario, el suministro de la fórmula o receta médica y las facturas. Recomendamos a los Beneficiarios no olvidar solicitar estos documentos al médico tratante, la no presentación de estos documentos puede resultar en el no reembolso de los gastos.

Se deja constancia y se informa que los gastos de medicamentos por concepto de enfermedades preexistentes no serán asumidos por La Central de Emergencias, salvo los beneficiarios que adquieran prestaciones por cobertura de pre existencia. Se encuentran excluidos los medicamentos por tratamiento de enfermedades mentales, psíquicas o emocionales, aun en los casos en que la consulta médica haya sido autorizada por el Departamento Médico de La Central de Emergencias.

Tampoco se cubrirán las pastillas anticonceptivas, inyecciones anticonceptivas, dispositivos intrauterinos o cualquier otro método de planificación familiar.

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

VII. Odontología de emergencia

** Verifique que su voucher contratado cuente con este servicio*

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

VIII. Gastos de hotel por convalecencia

** Verifique que su voucher contratado cuente con este servicio*

Cuando el médico tratante y en común acuerdo con el departamento médico de la Central de Emergencia el Beneficiario hubiese estado internado en un hospital al menos (7) siete días y que a su salida deba obligatoriamente guardar reposo forzoso, La Central de Emergencias cubrirá los gastos de hotel con un máximo de 5 (cinco) días hasta un límite de

USD 120.00 por día, hasta el monto indicado en su voucher contratado, lo que suceda primero.

NOTA: Dicho reposo deberá ser ordenado por los médicos de la central exclusivamente y contemplarán únicamente el costo de la habitación sin ningún tipo de alimentación o gastos de otra índole tales como lavandería, llamadas telefónicas (salvo aquellas efectuadas a la central de La Central de Emergencias), mini bares, etc. Esta es una enumeración taxativa y no enunciativa. Se aclara que La Central de Emergencias no asumirá ningún gasto de internación cuando esta obedezca a una enfermedad preexistente o hagan parte de las exclusiones, salvo productos que contemplen preexistencias estarán incluidos dentro de esa cobertura. No se cubrirán los gastos para el acompañante.

IX. Gastos por vuelo demorado o cancelado (mínimo 6 horas)

* Verifique que su voucher contratado cuente con este servicio

Si el vuelo del beneficiario fuera demorado por más de seis (6) horas consecutivas a la programada originalmente, y siempre y cuando no exista otra alternativa de transporte, La Central de Emergencias reintegrará hasta el tope de cobertura únicamente los gastos de hotel, comidas y comunicaciones incurridos durante la demora. Será necesario presentar los comprobantes originales de gastos, acompañados de un certificado de la compañía aérea reflejando la causa de la demora o cancelación sufrida por el vuelo del beneficiario. Este servicio no se brindará si el beneficiario viajara con un billete sujeto a disponibilidad de espacio, ni de descuento o canje de millas, ni tampoco cuando la aerolínea haya asumido dichos gastos. Esta indemnización aplicará únicamente a aquellos planes o productos que la tengan incluida en sus beneficios y es efectiva a partir de los 100km del lugar de residencia.

NOTA: No se cubrirá ningún servicio perdido / no gozado como consecuencia de la demora o cancelación de vuelo, ejemplo: Traslados, hoteles, excursiones, entre otros. Este servicio no se aplica si la cancelación se debe a la quiebra y/o cesación de servicios de la línea aérea.

X. Late Arrival

* Verifique que su voucher contratado cuente con este servicio

Por consecuencia de cualquier motivo ajeno a la aerolínea que haya ocasionado la pérdida de vuelos directos y/o conexiones con destino internacional, La Central de Emergencias reintegrará el tope de cobertura del plan contratado el pago de penalidades, compra de nuevos tickets aéreos, alimentación, llamadas y hotel. Esta cobertura aplica incluso para vuelos domésticos en el exterior y vuelos dentro del país de residencia, excluyendo los vuelos iniciados en la ciudad de residencia habitual del pasajero o los que se originen a menos de 100 kms de distancia de la misma. El beneficiario deberá notificar de este suceso a La Central de Emergencias el mismo día que sucede el late arrival.

NOTA: No serán reintegrados los pasajes sujetos a disponibilidad de espacio, ni de descuento o mediante canje de millas, así como tampoco será aplicado el servicio en caso de no contar con la documentación requerida para el ingreso del país.

XI. Cancelación de viaje multi causa

* Verifique que su voucher contratado cuente con este servicio.

La Central de Emergencias reembolsará a los Beneficiarios de los planes que así lo establezcan, una garantía de cancelación anticipada de viaje contratado y pagado en su totalidad. En caso de haber realizado pagos parciales, la garantía se reduce en porcentaje igual a lo abonado sobre el total del Paquete hasta el tope de cobertura.

La Central de Emergencias reembolsará hasta el tope de cobertura las penalidades por cancelación completa, anticipada y definitiva de un viaje conocido como tours, hotel, paquetes turísticos, ticket de tren y bus, excursiones, visas turísticas de ingreso para un viaje en un periodo puntual o determinado (no aplica para visas que quedan activas por 2 o más años), boletos aéreos o cruceros que hayan sido organizados o contratados por una agencia de viajes (tour operator), naviera o empresa profesional afín al turismo debidamente acreditada. No contempla reprogramación o postergación de viaje. Este servicio no aplica para Interrupción de viaje.

Esta garantía de cancelación de viaje no reembolsará valores en caso que los gastos hayan sido reintegrados por la agencia de viajes, Tour operador, hotel, naviera o responsable del servicio.

No se reintegrará el valor del voucher ante el uso de este servicio.

Para ser acreedor de este beneficio, el Beneficiario del voucher deberá:

1. Contratar el plan con una diferencia de hasta 72 horas siguientes en que se contrate los servicios turísticos y/o crucero. Los servicios contratados con posterioridad a la emisión del plan, estarán bajo cobertura. Los servicios turísticos contratados con anterioridad a las 72 horas no estarán bajo cobertura, siempre y cuando no haya iniciado el periodo de penalidades publicados por la agencia de viajes o naviera.
2. Dar aviso a la Central de Asistencias en un máximo de 72 horas luego de ocurrido el evento que motiva la cancelación.
3. En caso de planes "Anuales Multiviaje", este beneficio aplicará una sola vez y corresponde al viaje inicial del pasajero, no podrá ser tenido como aplicable para todos los viajes que pueda realizar el beneficiario durante la vigencia total del voucher.
4. Presentar toda la documentación que La Central de Emergencias considere para evaluar la cobertura de este beneficio incluyendo, pero no limitando a:

a) Sus antecedentes médicos.

b) Copia del documento justificativo de la ocurrencia del siniestro (historia clínica, certificado de defunción, informe de bomberos, denuncia a la policía, convocatoria judicial, titularidad del bien, entre otros, según corresponda). Este documento deberá reflejar

necesariamente la fecha de ocurrencia (hospitalización, defunción, siniestro, entre otros). La cual debe coincidir con la fecha del siniestro que motivó la cancelación.

c) Factura y/o recibos del pago del viaje a la agencia, así como, copia del abono de viaje expedido por la agencia, Tour Operador, naviera, entre otros.

d) Factura de gastos de cancelación o nota de abono de la factura expedida por la agencia de viajes, Tour Operador, entre otros.

e) Cuadro o documento que exhiba el periodo de penalidades publicados por la agencia de viajes o naviera, Tour Operador, entre otros.

f) Estados de cuenta que reflejen los montos abonados por los paquetes, boletos, etc.

g) Carta de penalidades que demuestre lo recuperado por el pasajero.

h) Se podrá solicitar mayor documentación.

Adquirido el plan en las condiciones antes indicadas, y de ser aplicable el beneficio, la vigencia del mismo comienza en el momento en que el Beneficiario adquiere su plan de asistencia y finaliza en el momento de inicio de viaje.

NOTA: No serán reembolsables los pasajes sujetos a disponibilidad de espacio, ni de descuento para empleados de líneas aéreas o mediante canje de millas, así como tampoco la penalidad a consecuencia de la reprogramación total o parcial del viaje. Este servicio tiene como finalidad la devolución de penalidades no recuperadas, no contempla las penalidades que aplique la agencia de viajes.

Son causas justificadas para acceder al servicio de cancelación:

1. El fallecimiento, accidente o enfermedad grave no preexistente del Beneficiario, (salvo productos que contemplen pre-existencia), entendiéndose por enfermedad grave una alteración de la salud que, a juicio del Departamento Médico de la Central de Emergencias, imposibilite al Beneficiario para iniciar el viaje en la fecha contratada originalmente.
2. El fallecimiento, accidente o enfermedad grave no preexistente de un familiar del Beneficiario en primer grado de consanguinidad (padres, hijos o hermanos) o cónyuge, y que se encuentre hospitalizado, entendiéndose por enfermedad grave una alteración de la salud que, a juicio del Departamento Médico de la Central de Emergencias, imposibilite al Beneficiario para iniciar el viaje en la fecha contratada originalmente.
3. La convocatoria como parte, testigo o jurado de un tribunal (quedan excluidos los casos en los que el beneficiario sea citado como imputado por procesos iniciados antes de la contratación del viaje y del seguro).
4. Los daños que, por incendio, robo, hurto o por la fuerza de la naturaleza en su residencia habitual o en sus locales profesionales que los hagan inhabitables y justifican ineludiblemente su presencia.
5. Cuarentena médica declarada por autoridad competente, como consecuencia de suceso accidental o enfermedad con posterioridad a la contratación del viaje.
6. Despido laboral comprobado, con fecha posterior a la contratación del plan de asistencia.

7. Convocatoria de emergencia para prestación de servicio militar, médico o público.
8. Epidemia, catástrofes naturales o cenizas volcánicas, declaradas con fecha posterior a la contratación del plan de asistencia. En el caso de los productos Crucero no será contemplada como una de las causas justificadas para acceder a este beneficio, las cancelaciones ocasionadas por emanaciones de cenizas volcánicas.
9. Si la persona que ha de acompañar al Beneficiario en el viaje, entendiéndose como tal(es) a la(s) persona(s) que compartan la misma habitación de hotel o camarote de crucero con el Beneficiario, o sea(n) familiar(es) de primer grado de consanguinidad (padres, hijos o hermanos) o cónyuges, también poseedor(es) de un plan de asistencia en las mismas condiciones que el Beneficiario y dicho(s) acompañante(s) se viese(n) obligado(s) a anular el viaje por alguna de las causas enumeradas anteriormente.

CON DEDUCIBLE 10%

Son causas justificadas a los efectos del presente beneficio y contempladas al 90% del tope marcado en el voucher:

1. Cambio de puesto laboral, en empresa distinta con contrato superior a 3 meses. El cambio laboral deberá producirse necesariamente con posterioridad a la correcta contratación del viaje, por tanto, a la contratación de la asistencia.
2. Entrega de niño en adopción.
3. Que el beneficiario sea contactado para trasplante de un órgano (lista de espera en Sanidad Pública) del asegurado o de cualquiera de sus familiares directos (madre, padre, hermanos, hijos) o cónyuge. La enumeración es taxativa y no enunciativa.
4. Convocatoria como miembro de una mesa electoral en elecciones de Gobierno Nacional o Provincial, que obligue a asistir durante las fechas de viaje (no contempla voluntario).
5. Traslado geográfico del puesto de trabajo siempre que implique un cambio de domicilio del asegurado durante las fechas previstas del viaje y se trate de un trabajador en relación de dependencia. El traslado debe ser notificado al beneficiario con posterioridad a la contratación de la asistencia.
6. Complicaciones de embarazo (siempre y cuando no estén relacionadas con patologías preexistentes) o aborto involuntario, que por su naturaleza impidan la realización del viaje. Dichas complicaciones deben ser posteriores a la contratación de la asistencia correctamente emitida. Se excluyen partos y complicaciones del mismo a partir de la semana 28 de gestación.
7. Citación judicial por trámite de divorcio que se produzca con posterioridad a la contratación de la asistencia y coincida con la fecha de viaje.
8. Secuestro del beneficiario o alguno de los siguientes miembros del grupo familiar: padre, madre, hermano, cónyuge e hijos (la enumeración es taxativa y no enunciativa) cuyo evento se haya producido dentro de los 30 días anteriores al inicio del viaje.
9. Cancelación de vacaciones con carta formal y certificada de la empresa donde trabaja en relación de dependencia del beneficiario.

10. Cancelación de boda del (los) Beneficiario (s) - Es necesario presentar los comprobantes que demuestren la efectiva planificación de boda (certificado civil o iglesia emitido con anterioridad a la fecha de contratación de asistencia). Dicha cancelación debe realizarse con posterioridad a la contratación de la asistencia.
11. Si dentro de los 15 días anteriores al inicio del viaje el Beneficiario pierde su Visa de ingreso al país destino. El beneficiario debe demostrar mediante un certificado consular que contaba con dicha visa.

Adquirido el plan en las condiciones antes indicadas, y de ser aplicable el beneficio, la vigencia del mismo comienza en el momento en que el Beneficiario adquiere su plan de asistencia y finaliza en el momento de inicio de viaje.

XII. Cancelación de viaje multi causa PLUS

* Verifique que su voucher contratado cuente con este servicio.

Este servicio cuenta CON DEDUCIBLE DEL 25%

La Central de Emergencias reembolsará a los Beneficiarios de los planes que así lo establezcan, una garantía de cancelación anticipada de viaje contratado y pagado en su totalidad. En caso de haber realizado pagos parciales, la garantía se reduce en porcentaje igual a lo abonado sobre el total del Paquete hasta el tope de cobertura.

La Central de Emergencias reembolsará hasta el tope de cobertura las penalidades por cancelación completa, anticipada y definitiva de un viaje conocido como tours, hotel, paquetes turísticos, ticket de tren y bus, excursiones, visas turísticas de ingreso para un viaje en un periodo puntual o determinado (no aplica para visas que quedan activas por 2 o más años), boletos aéreos o cruceros que hayan sido organizados por una agencia de viajes (tour operator), naviera o empresa profesional afín al turismo debidamente acreditada. No contempla reprogramación o postergación de viaje. Este servicio no aplica para Interrupción de viaje.

Esta garantía de cancelación de viaje multi causa Plus no reembolsará valores en caso que los gastos hayan sido reintegrados por la agencia de viajes, Tour operador, hotel, naviera o responsable del servicio.

LIMITE DE EDAD para este servicio 85 AÑOS.

No se reintegrará el valor del voucher ante el uso de este servicio.

Para ser acreedor de este beneficio, el Beneficiario del voucher deberá:

1. Contratar el plan con una diferencia de hasta **24 horas** siguientes en que se contrate los servicios turísticos y/o crucero. Los servicios contratados con posterioridad a la emisión del plan, estarán bajo cobertura. Los servicios turísticos contratados con anterioridad a las 24 horas no estarán bajo cobertura, siempre y cuando no haya iniciado el periodo de penalidades publicados por la agencia de viajes o naviera.
2. Dar aviso a la Central de Asistencias en un máximo **de 24 horas** luego de ocurrido el evento que motiva la cancelación.
3. En caso de planes "Anuales Multiviaje", este beneficio aplicará una sola vez y corresponde al viaje inicial del pasajero, no podrá ser tenido como aplicable para

todos los viajes que pueda realizar el Beneficiario durante la vigencia total del voucher.

4. No se podrá utilizar el gasto de cancelación Multicausa Plus **5 días** antes del inicio de viaje.
5. Presentar toda la documentación que La Central de Emergencias considere para evaluar la cobertura de este beneficio incluyendo, pero no limitando a:

a)Factura y/o recibos del pago del viaje a la agencia, así como, copia del abono de viaje expedido por la agencia, Tour Operador, naviera, entre otros.

b)Factura de gastos de cancelación o nota de abono de la factura expedida por la agencia de viajes, Tour Operador, entre otros.

c)Cuadro o documento que exhiba el periodo de penalidades publicados por la agencia de viajes o naviera, Tour Operador, entre otros.

d)Estados de cuenta que reflejen los montos abonados por los paquetes, boletos, etc.

e)Carta de penalidades que demuestre lo recuperado por el pasajero.

f)Carta indicando el motivo de la negación.

g)Se podrá solicitar mayor documentación.

NOTA: No serán reembolsables los pasajes sujetos a disponibilidad de espacio, ni de descuento para empleados de líneas aéreas o mediante canje de millas, así como tampoco la penalidad a consecuencia de la reprogramación total o parcial del viaje. Este servicio tiene como finalidad la devolución de penalidades no recuperadas, no contempla las penalidades que aplique la agencia de viajes.

Son causas justificadas a los efectos del presente beneficio y contempladas al 75% del tope marcado en el voucher:

1. Voluntad Propia del cliente para cancelar por cualquier motivo.

Esta causal no aplica para interrupción de viaje. El Titular, bajo pena de nulidad de la garantía, deberá entregar a ASSIST MED una carta indicando los motivos que dan origen a la cancelación, a la cual deberá adjuntar toda la documentación requerida.

Para esta prestación no rige la cláusula 15) de las presentes Condiciones Generales (Exclusiones Generales) excepto por las situaciones enumeradas a continuación:

EXCLUSIONES que aplican al punto 1.

1. Quiebra de Compañías Prestadoras de Servicios.
2. Cuando la cancelación del viaje se produzca como consecuencia de la participación del Titular en empresa criminal, alcoholismo, drogadicción.
3. Heridas que el Titular se hubiere infligido a sí mismo.
4. Cuando la cancelación se deba a un vuelo chárter cancelado

NOTA: En caso que la cancelación de viaje coincida con alguno de las exclusiones nombradas anteriormente, el servicio no será aplicable.

Deducible:

El monto de la prestación se calculará tomando el importe que se establece en el voucher contratado menos el porcentaje correspondiente al deducible aplicable.

Tiempo para cancelar:

Adquirido el plan en las condiciones antes indicadas, La cancelación puede solicitarse desde el momento en que el Titular contrate el servicio y hasta 5 días antes de inicio del viaje o de entrada en vigencia del voucher (lo que ocurra primero).

La suma asegurada es por Titular. Así mismo, en caso de eventos múltiples que involucre a más de un Titular, hasta un máximo de 10 Titulares, la Responsabilidad máxima por todos los titulares afectados, no será mayor un monto total de USD 10.000 como máximo global por la misma causa.

XIII. Sports

* Verifique que su voucher contratado cuente con este servicio

La Central de Emergencias sólo asumirá gastos por eventos causados por la práctica de deportes cuando la misma sea realizada exclusivamente en carácter de actividad AMATEUR. Brinda cobertura para Práctica de: Hockey, Vóley, Fútbol, Rugby, Polo, Rafting, Cabalgatas, Rapel, Ski, Snowboard, Alpinismo, Buceo (hasta 29 metros), Natación, Ski Acuático, Paracaidismo, Aladeltismo, Parapente, Surf, Windsurf, Kitesurf, Taekwondo todos deportes de práctica Amateur, de nieve y turismo aventura. Se contemplará, todo deporte de actividad olímpica practicado en lugares habilitados o en pistas reglamentarias. La enunciación es taxativa y no enunciativa.

EXCLUSION: Motociclismo, Ciclismo, Automovilismo, Torrentismo, Bobsleigh, Ski y Snowboard fuera de pistas reglamentarias, Luge Olímpica, Caza de animales peligrosos, Montañismo, senderismo, trekking a más de 6000 metros sobre el nivel del mar, Skeleton, Espeleología, andinismo, deportes aéreos, exploración de cavernas, Bungee Jumping, buceo autónomo a más de 30 metros de profundidad o que necesite de descompresión/recompresión, Tiro al arco, Tiro fusil, Escalada, Puenting, Boxeo, Karate Do, Kung fú, Judo y otros deportes de combate.

EXCLUSIÓN PARTICULAR: Se excluyen la práctica de deportes por profesionales en competencias o entrenamientos para dichas competencias profesionales (Son considerados deportistas profesionales las personas que viven de la práctica de su deporte sin ejercer otra actividad profesional o reciban remuneración alguna por la práctica de dicho deporte).

XIV. Gastos por quiebre de operador turístico o Agencia de Viajes

* Verifique que su voucher contratado cuente con este servicio

Definiciones:

Operador Turístico: Se considera operador turístico a la empresa que tiene su legajo conforme la normativa vigente del estado legalmente establecida, que ofrece productos o servicios turísticos, generalmente contratados por él, e integrados por más de uno de los siguientes ítems: transporte, alojamiento, traslados, excursiones, etc.

Agencia de viajes: Una agencia de viajes es una empresa legalmente establecida que tiene su legajo conforme la normativa vigente del estado asociada al turismo, cuyo oficio es la intermediación, organización y realización de proyectos, planes e itinerarios, elaboración y venta de productos turísticos entre sus clientes y determinados proveedores de viajes, como por ejemplo: transportistas (aerolíneas, cruceros), servicio de alojamiento (hoteles), con el objetivo de poner los bienes y servicios turísticos a disposición de quienes deseen y puedan utilizarlos.

Quiebra: Una quiebra o bancarrota es una situación jurídica en la que una persona (persona física), empresa o institución (personas jurídicas) no puede hacer frente a los pagos que debe realizar (pasivo exigible), porque estos son superiores a sus recursos económicos disponibles (activos).

Descripción del beneficio:

En caso de quiebre demostrado ante las entidades competentes del país donde se encuentra legalmente establecido el operador turístico o agencia de viajes y que por dicha razón se modifique o cancele el viaje del pasajero; Assist-Med reembolsará hasta el tope máximo contratado en el plan, los gastos que se acrediten realizados siempre y cuando los mismos no tengan otra vía para su recupero en cabeza del titular del beneficio, tales como: tickets aéreos no volados, reservas de hotel que admitan cancelación, reserva de alquiler de autos, transporte, alojamiento, traslados, excursiones, etc.

Es indispensable para hacer válido este beneficio que, la agencia de viajes u operador turístico (legalmente establecido) y con quien el beneficiario demuestre haber realizado la contratación y estuviera funcionando en el mercado con una antigüedad superior a 5 años que serán contabilizados desde la fecha del otorgamiento de la autorización/licencia para funcionar .

Tope del beneficio:

El tope máximo contratado en el plan se verá afectado en el caso que se produzca un evento múltiple, siempre que del mismo resulten damnificados mas de 30 beneficiarios. En ese caso, se deberá de prorratear el monto máximo global por eventos múltiples entre todos los beneficiarios.

Para ser acreedor de este beneficio, el Beneficiario del voucher deberá:

1. Contratar el plan hasta las **72 horas** siguientes en que se adquiriera el primer servicio turístico.
2. Quedaran excluidos de este beneficios aquellos servicios que hayan sido adquiridos dentro del plazo que no admita devolución y/o cancelaciones
3. Dar aviso a la Central de Asistencias en un máximo de 72 horas luego de dictado el auto de quiebra del operador turístico y/o agencia de viejes en cuestión.
4. Presentar toda la documentación que La Central de Emergencias considere para evaluar la cobertura de este beneficio incluyendo, pero no limitando a:
 - a. Factura contado y/o recibos del pago del viaje a la agencia, así como, copia del abono de viaje expedido por la agencia, Tour Operador, entre otros.
 - b. Documentación Judicial que verifique el proceso y resolución final del quiebre del operador turístico.

NOTA: No serán reembolsables los pasajes sujetos a disponibilidad de espacio, ni de descuento o mediante canje de millas, así como tampoco la penalidad a consecuencia de la re-programación total o parcial del viaje.

Consideraciones:

Esta protección por quiebra de operador turístico o agencia de viajes solo cubre las pérdidas financieras que surgen como resultado directo de la insolvencia de dichas compañías hasta el tope máximo de cobertura contratado en el plan. Assist-Med no está obligado a reembolsar los gastos en los siguientes casos:

- Si el coste del servicio para la protección por quiebra del operador turístico no ha sido pagado en su totalidad.
- Si la agencia de viajes u operador turístico proporciona una garantía o está asegurada de otro modo frente a la insolvencia.
- Si la aerolínea, hotel o tour hiciera cualquier reintegro sobre los gastos que hubiera hecho el titular no será considerada para el reembolso de sumas relacionadas a estos gastos.
- Si la quiebra es causada, surge o se puede atribuir, directa o indirectamente, por lo siguiente:
 1. Guerra real o amenaza de guerra o invasión por potencias hostiles extranjeras, hostilidades u operaciones militares (independientemente de si la guerra ha sido declarada), guerra civil, rebelión, revolución, disturbios, disturbios civiles que surjan de o sean equivalentes a un golpe de estado militar o de otro tipo, estado de emergencia, orden de confiscación, nacionalización o reclamación por daños o destrucción, o daños a la propiedad por o siguiendo órdenes de los gobiernos o autoridades públicas o locales.
 2. Conmoción civil que surja de o que sea equivalente a un levantamiento popular, huelgas, cierres patronales, ley marcial o acto de cualquier autoridad legítimamente constituida.
 3. Cualquier pérdida que no esté directamente relacionada con el Evento.
 4. Cualquier pérdida que haya sufrido en el momento en el cual la protección por quiebra de operador turístico fue efectiva después de la primera amenaza de insolvencia, tal y como se ha definido.
 5. Cualquier fraude, tergiversación, mala descripción o no divulgación de cualquier material concreto hará que esta protección por quiebra de operador turístico o agencia de viajes sea nula y se rechazarán todas las reclamaciones que se pudieran presentar al respecto.
 6. Si el cliente presenta una reclamación conociendo que la misma es falsa o fraudulenta, esta Protección por quiebra de operador turístico o agencia de viajes se convertirá en nula y se rechazarán todas las reclamaciones y derechos de indemnización por daños.

Los documentos necesarios para el estudio de reembolso serán:

- a. Documentos que certifiquen que la agencia de viajes u operador turístico se encuentra legalmente establecida y con su documentación al día al momento de la quiebra.
- b. Declaración judicial de quiebra de la agencia u operador turístico.

- c. Contrato y comprobantes de pago de los servicios no disfrutados que fueron comprados a través de la agencia de viajes u operador turístico.
- d. Comprobantes de pago por los gastos en los que haya tenido que incurrir el beneficiario de una póliza de Assist-med que cuente con este beneficio

Assist-med se reserva el derecho de solicitar cualquier información y/o documentación adicional que considere relevante para el estudio de reembolso

XV. Indemnización por extravío de equipaje

* Verifique que su voucher contratado cuente con este servicio

A los efectos pertinentes, La Central de Emergencias indemnizará al Beneficiario de un plan que contemple este servicio, en forma complementaria a la misma suma que paga o reconoce la aerolínea hasta el tope especificado en su voucher. Se deducirá del monto a indemnizar al Beneficiario por concepto de Indemnización por extravío de Equipaje, la suma que se le hubiera pagado por concepto de Compensación por Demora de Equipaje.

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

- Este servicio solo es válido para traslados aéreos.
- Que la línea aérea y La Central de Emergencias hayan sido notificadas del hecho por el Beneficiario antes de abandonar el aeropuerto donde se registró la pérdida siguiendo las instrucciones descriptas más abajo.
- Que el equipaje se haya extraviado durante su transporte en vuelo regular nacional, siempre que el destino final del viaje del Beneficiario sea dentro de su país de residencia. Este ítem es contemplado únicamente para planes nacionales. Este beneficio no aplica cuando la pérdida se origina en vuelos charters o fletados, aviones particulares o militares, o cualquier vuelo que no tenga un itinerario fijo publicado que opera regularmente.
- Que el equipaje se haya extraviado durante su transporte en vuelo regular internacional, este beneficio no aplica cuando la pérdida se origina en vuelos charters o fletados, aviones particulares o militares, o cualquier vuelo que no tenga un itinerario fijo publicado que opera regularmente.
- Que el mencionado equipaje haya sido debidamente registrado, etiquetado y despachado en la bodega del avión y haya sido debidamente presentado y entregado al personal de la aerolínea en el despacho de la terminal. La Central de Emergencias, no indemnizará a los Beneficiarios de un plan, por la pérdida de equipaje de mano o de cabina o cualquier otro bulto que no haya sido debidamente registrado ante la aerolínea y haya sido transportado en la bodega del avión.
- Que la pérdida del equipaje haya ocurrido entre el momento en que el mismo fue entregado al personal autorizado de la línea aérea para ser embarcado y el momento en que debió ser devuelto al pasajero al finalizar el viaje.
- Que la línea aérea se haya hecho cargo de su responsabilidad por la pérdida del mencionado equipaje, y haya abonado o pagado al Beneficiario la indemnización prevista por ella. No tienen derecho a esta compensación las pérdidas ocurridas en transporte terrestre entre los aeropuertos y los hoteles o domicilios. La Central de Emergencias no podrá indemnizar al Beneficiario cuando este no haya aun recibido la indemnización de la aerolínea.

- La compensación por pérdida total del equipaje se limitará a un solo bulto entero y completo faltante en forma definitiva y a un solo Beneficiario damnificado. En el caso de que el bulto faltante estuviera a nombre de varios Beneficiarios, la compensación será prorrateada entre los mismos, siempre que incluya los correspondientes números de billetes de cada uno. No se indemnizan faltantes parciales de las maletas ni roturas.
- En caso de que la línea aérea ofreciera al Beneficiario como indemnización la posibilidad de optar entre percibir un valor en dinero o uno o más pasajes u otro medio de compensación, La Central de Emergencias procederá a abonar al Beneficiario la compensación económica por extravío de equipaje, una vez que dicha opción sea ejercida.
- Es importante anotar que, en los casos de extravío de equipaje, los directos responsables de las mismas son las aerolíneas o empresas transportadoras, por lo tanto, La Central de Emergencias intervendrá en calidad de intermediario facilitador entre la aerolínea y o la compañía transportadora y el pasajero, y por lo tanto no podrá ser considerada ni tomada como responsable directa de dicha pérdida, ni de la búsqueda del equipaje. Las aerolíneas se reservan el derecho de aceptar o no los reclamos a La Central de Emergencias, y en términos generales pueden exigir que las reclamaciones sean puestas directamente por los pasajeros y no permitir la intermediación de La Central de Emergencias.
- Las indemnizaciones serán siempre por concepto de pérdida de bulto completo, La Central de Emergencias y sus compañías de seguros y reaseguros no indemnizarán los faltantes parciales de equipaje.
- Las indemnizaciones por conceptos de pérdida total de equipaje se abonarán únicamente en el país donde se compró la asistencia. A la compra del presente acuerdo el Beneficiario a ser indemnizado acepta que se le descuenta los valores correspondientes a gastos bancarios y financieros resultantes de dichas transacciones. Se deja nota expresa que las demoras de equipaje no tienen derecho a indemnización alguna.
- No se tomará en consideración el contenido y/o valor real del equipaje.

Al regresar a su país de origen: Presentar la siguiente documentación:

- Formulario P.I.R. (o Reclamo por pérdida de equipaje) Original
- Documento o Pasaporte
- Plan adquirido
- Copia original del recibo de la indemnización de la línea aérea (Cheque, comprobante de pago de la misma), pasajes aéreos.

Importante: La Central de Emergencias sólo podrá proceder al reembolso por concepto de indemnización por pérdida de equipaje, únicamente después de la Aerolínea responsable de la pérdida haya debidamente indemnizado al Beneficiario.

No se podrá indemnizar al Beneficiario sin el comprobante de pago de la aerolínea.

XVI. Compensación por demora de equipaje

** Verifique que su voucher contratado cuente con este servicio*

La Central de Emergencias reintegrará al Beneficiario, cuyo Plan así lo establezca, mediante la presentación de los comprobantes originales de compra, por gastos ocasionados en la

adquisición de artículos de primera necesidad efectuada en el lapso de la demora en la entrega de su equipaje. Esta prestación se brindará únicamente si el equipaje no es localizado dentro de las seis (6) horas contadas a partir del arribo del vuelo, salvo vuelos superiores a cuatro (4) horas de duración en los que se podrán realizar gastos inmediatamente después de dar aviso a la central de asistencia y obtener el número de su reclamo. Si la demora o el extravío del equipaje ocurren en el vuelo de regreso al país emisor del billete y/o de residencia habitual del Beneficiario, no se otorgará compensación alguna.

En el supuesto que fuera definitivamente declarada la pérdida total del equipaje extraviado por la aerolínea responsable de su manejo y procediera ésta a indemnizar al Beneficiario, se deducirá del monto a indemnizar por parte de La Central de Emergencias al Beneficiario por concepto de Indemnización por extravío de Equipaje, la suma que se le hubiera pagado por concepto de Compensación por Demora de Equipaje según se establece en este numeral.

Por artículos de primera necesidad entiéndase:

- Artículos de higiene personal
- Ropa interior
- Ropa diaria (Vestimenta)
- Quedan excluidos los alimentos y artículos de ocio.

Al regresar a su país de origen: Presentar la siguiente documentación:

- Formulario P.I.R. (o Reclamo por demora de equipaje) Original
- Documento o Pasaporte
- Plan adquirido
- Copia original de los comprobantes de gastos en concepto de artículos de primera necesidad.

XVII. Asistencia en caso de extravío de documentos y/o equipaje

* Verifique que su voucher contratado cuente con este servicio

La Central de Emergencias asesorará al Beneficiario para la denuncia del extravío o robo de su equipaje y efectos personales, para lo cual pondrá a su disposición los servicios de La Central de Emergencias. Igualmente La Central de Emergencias asesorará al Beneficiario en caso de pérdida de documentos de viajes, y o tarjetas de crédito dándole las instrucciones para que el Beneficiario interponga las denuncias respectivas, y tramite la recuperación de los mismos.

XVIII. Traslado sanitario y repatriación sanitaria

* Verifique que su voucher contratado cuente con este servicio

En caso de emergencia o de urgencia y si la Central de Emergencia lo juzgare necesario, se organizará el traslado del Beneficiario al centro de salud más cercano, por el medio de transporte que el Departamento Médico de la Central de Emergencia considere más apropiado y según corresponda a la naturaleza de la lesión o enfermedad. Queda igualmente establecido que aun para los casos de tratamientos y cirugías que ocurren en casos catalogados como urgencia o emergencia el traslado sanitario debe ser previamente solicitado y autorizado por La Central de

Emergencias. El no cumplimiento de esta norma exime a La Central de Emergencias de tomar a cargo la cobertura de dicho traslado.

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

Cuando el Departamento Médico de La Central de Emergencias en común acuerdo con el médico tratante estime necesario y recomiende la repatriación sanitaria del Beneficiario, esta se efectuará en primera instancia por el medio de transporte disponible más conveniente para ello, y/o por avión de línea aérea comercial, en clase turista y sujeta a disponibilidad de cupo aéreo, hasta el aeropuerto de ingreso del país de residencia o de compra del voucher. La Central de Emergencias se hará cargo del pago de las diferencias por cambio de fecha del pasaje, los gastos por esta prestación médica serán computados a cuenta del monto límite de gastos por concepto de traslado y repatriación indicado en el recuadro de coberturas, siempre que se encuentre dentro de las fechas de vigencia del voucher. Si finaliza la vigencia y continua internado, la repatriación no se encuentra dentro de cobertura.

Esta asistencia comprende su transporte en ambulancia u otro medio de transporte que sea compatible con su estado de salud y aprobado por el Departamento Médico de La Central de Emergencias desde el lugar de internación hasta su país de residencia con la estructura de apoyo necesaria incluyendo camilla, sillas de rueda, caminador, etc.

No será reconocido ningún gasto por concepto de repatriación cuando la causa que dio origen a ella sea consecuencia de una enfermedad preexistente u obedezca a un evento que figura dentro de las exclusiones generales, salvo en planes que contemplen preexistencias los cuales estarán incluidos dentro de la cobertura de preexistencia. El Beneficiario tendrá derecho a estos servicios siempre dentro de la vigencia de su voucher.

Asimismo, cuando el Beneficiario repatriado sea menor de 15 años o mayor de 75 años (para mayores de 75 años se requiere recomendación médica), La Central de Emergencias organizará y tomará a su cargo el desplazamiento de un (1) acompañante de regreso al país de residencia permanente del Beneficiario, siempre y cuando dicho acompañante sea también Beneficiario de un plan de asistencia y estuviera viajando junto al Beneficiario al momento de producirse la asistencia que motiva la repatriación sanitaria. La elección del (los) medio(s) a utilizarse quedará a exclusivo criterio de La Central de Emergencias.

Importante: En aquellos productos en el que el beneficio: Traslado y Repatriación Sanitaria la cobertura sea "incluido", los gastos serán imputados a cuenta del límite de gastos de asistencia médica o accidente indicado en el voucher elegido y adquirido por el beneficiario según corresponda.

XIX. Repatriación funeraria

** Verifique que su voucher contratado cuente con este servicio*

En caso de fallecimiento del Beneficiario durante la vigencia de su voucher, los familiares podrán optar por una de las dos alternativas siguientes:

La Central de Emergencias organizará y sufragará la repatriación de los restos mortales del Beneficiario por el medio que considere más conveniente hasta el aeropuerto de ingreso al país de residencia del fallecido tomando a su cargo los gastos de féretro obligatorio para transportes aéreos hasta el tope especificado en el Plan de Asistencia contratado, incluyendo trámites administrativos y transporte de los restos mortales.

La Central de Emergencias se hará cargo de los gastos de incineración y traslado de cenizas por el medio que considere más conveniente hasta el aeropuerto de ingreso al país de residencia del fallecido hasta el tope especificado en el Plan de Asistencia contratado.

No se encuentran contemplados bajo ninguna circunstancia, gastos de regreso de familiares acompañantes del fallecido por lo que La Central de Emergencias no tomará a cargo ningún gasto de terceros.

La Central de Emergencias no se hará cargo de la repatriación funeraria ni de sus gastos en los casos de muerte producida por:

- Narcóticos o estupefacientes
- Suicidio
- En caso de que el fallecimiento haya sido consecuencia de una enfermedad preexistente padecida por el Beneficiario, siendo el tratamiento de la misma la causa del viaje.

Para acceder a este beneficio, se deberá presentar los documentos que La Central de Emergencias considere necesarios, incluyendo, pero no limitándose a:

1. Acreditación del vínculo (Libreta de matrimonio, actas de nacimiento, entre otros)
2. Declaratoria de herederos (El plazo para su presentación se extingue a los 6 meses de la fecha de fallecimiento del titular del voucher)
3. Comprobantes de gastos por repatriación de los restos mortales del beneficiario o gastos de incineración y traslado de cenizas.

Importante: En aquellos productos en el que el beneficio: Repatriación Funeraria la cobertura sea "incluido", los gastos serán imputados a cuenta del límite de gastos de asistencia médica o accidente indicado en el voucher elegido y adquirido por el beneficiario según corresponda.

XX. Traslado de un familiar por hospitalización del beneficiario

**Verifique que su voucher contratado cuente con este servicio*

En caso de que la hospitalización de un Beneficiario, viajando solo y no acompañado, fuese superior a diez (10) días, La Central de Emergencias reembolsará un pasaje aéreo en clase turista, sujeto a disponibilidad de espacio para un familiar de primer grado de compañía. Se entiende

por Familiar de Primer grado, Padres, Hijo, Hermano o Cónyuge. En caso de ser contemplado en la tabla de beneficios de los productos el Beneficiario podrá tener derecho a los gastos de hotel de su familiar acompañante por el monto especificado en el voucher durante máximo **(7) siete días** o hasta el alta del paciente, lo que suceda primero, hasta un monto de **USD 80 por día**.

Importante: Tanto para esta cláusula como para cualquier otra que cubra gastos de hotelería, se entiende estos limitados al hospedaje simple, sin gastos de restaurante, lavandería, telefonía u otro cualquier como mini bar, alimentación tomada en la habitación, o entre otros.

XXI. Regreso anticipado por fallecimiento de un familiar

** Verifique que su voucher contratado cuente con este servicio*

Si el beneficiario debiera retornar a su país de residencia habitual por causa del fallecimiento (sea cual fuere el motivo del fallecimiento) de un familiar directo (padre, cónyuge, hijo o hermano) allí residente, La Central de Emergencias se hará cargo de la penalidad del pasaje aéreo de regreso del beneficiario, únicamente cuando su pasaje sea de tarifa reducida por fecha fija o limitada de regreso. Para otorgar este servicio se deberá acreditar mediante certificado de defunción del familiar y documento que acredite el parentesco. El beneficio de viaje de regreso sólo se brindará dentro del período de vigencia del Voucher. Tanto para esta cláusula como para cualquier otra que acarree la no utilización del pasaje de transporte inicialmente previsto por el beneficiario, La Central de Emergencias recuperará siempre dicho pasaje y sufragará sólo la diferencia eventualmente existente entre éste y el que imponga la prestación.

XXII. Regreso anticipado por siniestro grave en domicilio

** Verifique que su voucher contratado cuente con este servicio*

En caso de incendio, explosión, inundación o robo con daños y violencia en el domicilio de un beneficiario, mientras éste se encuentre de viaje, si no hubiese ninguna persona que pueda hacerse cargo de la situación y si su pasaje original de regreso no le permitiera el cambio gratuito de fecha, el proveedor tomará a su cargo la penalidad del pasaje aéreo de regreso del beneficiario, únicamente cuando su pasaje sea de tarifa reducida por fecha fija o limitada de regreso. Esta solicitud de asistencia deberá acreditarse mediante la presentación en la Central de Asistencias del proveedor del original de la denuncia policial correspondiente, dentro de las 48 horas siguientes al suceso. El beneficiario deberá indefectiblemente comunicarse con La Central de Emergencias a fin de ser autorizado. No serán aceptados pedidos de reembolso sin ninguna justificación. No tendrá derecho a esta prestación si el plazo de vigencia del voucher se encuentra vencido.

NOTA: El beneficiario deberá entregar a La Central de Emergencias un documento fehaciente que demuestre la Titularidad del bien (alquilado o propio).

XXIII. Sustitución de ejecutivo

** Verifique que su voucher contratado cuente con este servicio*

En el caso que el Beneficiario se encontrara en viaje de negocios en el extranjero y fuese internado por una emergencia médica grave que le impida proseguir con su cometido profesional

La Central de Emergencias se hará cargo del pasaje en clase turista, sujeto a disponibilidad de plazas, de la persona que su empresa designe como sustituto y de los gastos de hotel hasta un máximo **de US\$ 80** (ochenta dólares norteamericanos) diarios durante **cinco (5) días**.

NOTA: El Beneficiario deberá entregar a La Central de Emergencias los documentos que avalen la incapacidad y documentos que lo acrediten tanto a él como al sustituto como trabajadores de la empresa.

XXIV. Acompañamiento de menores y mayores

** Verifique que su voucher contratado cuente con este servicio*

Si un beneficiario viajara acompañado únicamente de menores de 15 años y/o mayores de 75 años también titulares y beneficiarios de un plan y, por causa de enfermedad o accidente constatado por el Departamento Médico de La Central de Emergencias, se viera imposibilitado para ocuparse de ellos, La Central de Emergencias organizará a su cargo el desplazamiento de dichos menores o mayores hasta el domicilio habitual en su país de origen, por el medio que considere más adecuado (utilizando los pasajes en posesión de los pasajeros o el medio que la central considere más adecuado).

XXV. Transmisión de mensajes urgentes

** Verifique que su voucher contratado cuente con este servicio*

La Central de Emergencias transmitirá los mensajes urgentes y justificados, relativos a cualquiera de los eventos que son objeto de las prestaciones contempladas en estas condiciones generales.

XXVI. Transferencia de fondos y

XXVII. Transferencia de fondos para fianza legal en caso de accidente de tránsito

** Verifique que su voucher contratado cuente con este servicio*

Durante el viaje, en caso de necesidad imperiosa e imprevista y contra su previo depósito en la oficina de La Central de Emergencias, esta gestionará la entrega, al Beneficiario en el país donde se encuentre, de cantidades hasta el límite especificado en estas condiciones generales. Esta cobertura será aplicada una sola vez, cualquiera que sea el lapso de validez del plan de voucher de asistencia. Si el Beneficiario fuese encarcelado como consecuencia de un accidente de tránsito, La Central de Emergencias gestionará el envío de las cantidades especificadas en estas condiciones generales para hacer frente al pago de la fianza penal, debiendo previamente ser depositado el monto referido en la oficina de La Central de Emergencias por parte de la familia del Beneficiario. El costo asumido corresponderá únicamente al valor de la transferencia / costos administrativos o impuestos realizados por La Central de Emergencias al Beneficiario.

El otorgamiento de este servicio queda supeditado a las leyes vigentes en el país de ocurrencia del hecho y estará sujeto a las condiciones que establezca La Central de Emergencias en cada caso y que el Beneficiario deberá aceptar.

XXVIII. Asistencia legal por accidente de tránsito

** Verifique que su voucher contratado cuente con este servicio*

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

XXIX. Seguro por muerte accidental 24 horas

** Verifique que su voucher contratado cuente con este servicio*

Este beneficio no tiene indemnización por muerte natural, enfermedad o derivados de patologías médicas. Este beneficio contempla únicamente muerte instantánea como consecuencia de un accidente mientras el Beneficiario viaja como pasajero en un medio de transporte público, terrestre, marítimo, aéreo o mientras viaja en taxi o limusina, siempre que no sea miembro de la tripulación, piloto o conductor del transporte, La Central de Emergencias obsequia a los Beneficiarios de sus planes, un seguro de Vida por muerte accidental. El monto de dicho seguro está especificado dentro de las coberturas de cada plan. El seguro tendrá validez siempre y cuando el Beneficiario que haya contratado un plan de asistencia esté viajando en transporte público y tendrá validez mundial.

Los Beneficiarios deben estar registrados dentro de las bases de datos de La Central de Emergencias como un Beneficiario con un voucher de asistencia válido y vigente en el momento del accidente, siempre que el Beneficiario tenga 75 o menos años de edad al momento del accidente. Cabe aclarar que están excluidos de cobertura la muerte accidental en transporte público ocurrida en zonas de guerra. Tendrán derecho a este beneficio los familiares en primer grado de consanguinidad (padres, hijos o hermanos) o cónyuge. Esta asistencia deberá acreditarse mediante certificado de defunción del Beneficiario y documento que acredite el parentesco.

Queda entendido expresamente por las partes que no podrá interpretarse esta extensión de cobertura de muerte accidental, como una cobertura por incapacidad durante dicho lapso y más aún interpretarse como el derecho a recibir un monto adicional a la suma indicada en el Plan de Asistencia contratado.

Para reportar este siniestro, los apoderados del Beneficiario fallecido deberán comunicarse con la Central de Asistencias de La Central de Emergencias en un tiempo no mayor a 72 horas de ocurrido el evento.

XXX. Indemnización por asistencia medica

** Verifique que su voucher contratado cuente con este servicio*

Este servicio protege mediante una cobertura indemnizatoria y complementaria al acreedor de un servicio de asistencia en viajes de assist-med. Brinda dinero en efectivo al pasajero por intervenciones quirúrgicas realizadas durante su viaje dentro de los primeros 30 días corridos desde el inicio de la vigencia de su voucher con una cobertura máxima de hasta 2700 dolares, dependiendo de la intervención quirúrgica que haya sufrido el pasajero.

Este servicio contempla hasta 642 intervenciones quirúrgicas y es complementario a la prestación habitual de los planes contratados.

Cada uno de las 642 intervenciones quirúrgicas están cuantificadas por un monto particular. La tabla de intervenciones y montos indemnizatorios se pueden encontrar en nuestra página Web en www.assist-med.net o bien solicitarlas en nuestras oficinas comerciales.

Este servicio ha sido contratado debidamente con una compañía aseguradora legalmente constituida y assist-med lo obsequia en los planes que contemplen esta prestación en sus condiciones particulares.

Verifique las prestaciones particulares de su voucher con el fin de saber si el mismo contempla la prestación Indemnización Por Asistencia Médica.

Activación del servicio:

Para solicitar el servicio de Indemnización Por Asistencia Médica el beneficiario de un voucher de assist-med, que contemple esta prestación, debe enviar un mail a reintegros@assist-med.net activando el servicio.

El departamento de reintegros le solicitará la siguiente información:

- Informe médico que contemple el protocolo quirúrgico;
- O Historia clínica o constancia que acredite la prestación;
- La solicitud del servicio no puede exceder los 30 días corridos luego de finalizada la vigencia de su voucher.

XXXI. Compra Protegida

* Verifique que su voucher contratado cuente con este servicio

La Central de Emergencias reembolsará al beneficiario por el costo de sus compras efectuadas en destino, en concepto tales como aparatos tecnológicos, cámaras de fotografía, filmadoras, teléfonos inteligentes, tabletas y computadores, que haya sido robado durante el viaje descontando la depreciación por desgaste y uso hasta el tope de cobertura del voucher contratado.

Esta prestación incluye hasta **US\$250** por un objeto de valor, un juego o un par.

Para acceder a este beneficio, el beneficiario deberá presentar los documentos que La Central de Emergencias considere necesarios, incluyendo, pero no limitándose a:

- a. Denuncia policial radicada dentro de las 24 horas de ocurrido el hecho, que acredite el robo de las compras efectuadas en destino.
- b. Prueba que acredite la titularidad de los objetos de valor.
- c. Comprobante o recibo de tarjeta de crédito del beneficiario, donde conste la compra realizada por dicho artículo protegido.
- d. Factura original por reposición del objeto robado. La reposición debe ser por un objeto igual o equivalente.

Se consideran exclusiones a esta cobertura:

1. No se cubrirá en el caso de que la pérdida ocurra bajo custodia de una línea aérea u otro medio de transporte y éste indemnice al beneficiario por dicha pérdida.
2. No se cubrirán objetos personales o equipajes que fueran robados de un vehículo estacionado a menos que los mismos se encontraran en el baúl del coche fuera de la vista pública y bajo llave en el caso de caravanas o que haya evidencia de que el robo fue efectuado con violencia o utilizando la fuerza.
3. No se cubrirá equipaje desatendido a menos que éste se encuentre en una habitación de hotel y en un lugar seguro y debe haber evidencia de entrada forzada y violenta.
4. Sillas de ruedas, coches de bebés, triciclos, bicicletas, motocicletas y motos de agua.
5. Lentes de contactos, prótesis dentales y audífonos.
6. Sellos, documentos, mercancías de negocios y muestras.
7. Custodia o detención de los elementos por parte de autoridades de aduana.
8. Casos en los que el beneficiario no tome las precauciones de seguridad necesarias. Dicha garantía no contempla ni acumula los pagos en concepto de objetos personales y Tech Protection.
9. No se cubrirán el robo, hurto o pérdida de dinero en efectivo.
10. No se cubrirán los gastos por envío, ni daños por envío de la Compra Protegida hasta su país de residencia.

Observación importante de los beneficios de: Compra protegida, Objetos personales y Tech Protection.

Estos 3 beneficios no son acumulativos para un mismo objeto o artículo y, por lo tanto, en caso de dar cobertura por concepto de alguno de ellos, automáticamente inválida y no será aplicable ningún otro pago indicado en esta observación.

XXXII. Cobertura equipos deportivos

** Verifique que su voucher contratado cuente con este servicio*

La Central de Emergencias reembolsará el costo de reposición hasta el máximo indicado en el voucher hasta un máximo de 10 unidades (sin superar el monto indicado en su voucher), en caso de que el equipo deportivo haya sido robado desde el momento del arribo al país destino hasta el hotel y desde el hotel hasta el campo deportivo / recreativo o viceversa. Queda excluido de cobertura el robo de equipos deportivos en el lugar de alojamiento y los equipos despachados ante línea aérea regular o privada. Se entiende como equipos deportivos: elementos de Golf, Tenis, Buceo, Ski, Snowboard, Surf, Rugby, Béisbol, Fútbol y Básquet. La enumeración es taxativa y no enunciativa.

Documentos requeridos:

- a. Denuncia policial radicada dentro de las 24 horas de ocurrido el hecho, que acredite el robo de los equipos deportivos.
- b. Prueba que acredite la titularidad de los equipos deportivos.
- c. Declaración en aduana o en la compañía de transporte que acredite la titularidad del equipo deportivo, debe estar a nombre del beneficiario.
- d. Factura por reposición del objeto robado, con fecha posterior a la denuncia policial.

XXXIII. Regreso al país de Origen por Quiebre de Cía. Aérea

* Verifique que su voucher contratado cuente con este servicio

En caso tal que la aerolínea con quien el Beneficiario haya contratado los tiquetes de ida y regreso desde y hacia su país de origen (round trip) se haya declarado en estado de quiebra y que por tales motivos no pueda continuar sus operaciones no pudiendo hacerse cargo del regreso del Beneficiario, La Central de Emergencias se hará cargo de la compra de un nuevo tiquete en clase económica con otra compañía aérea hasta el país de origen del pasajero, siempre y cuando la compañía aérea original no resuelva por otros medios la situación. El estado de quiebra de la compañía aérea deberá estar plenamente certificado por las autoridades competentes del país en que el beneficiario se encuentre.

XXXIV. Línea de consultas

* Verifique que su voucher contratado cuente con este servicio

Los Beneficiarios de un plan, podrán pedir a La Central de Emergencias de su zona geográfica, información relativa a obligaciones consulares, sanitarias, turísticas y otras concernientes al país de destino. Igualmente estará a disposición de los pasajeros el servicio concierge.

XXXV. Futura mamá

* Verifique que su voucher contratado cuente con este servicio

El beneficio aplica básicamente para las emergencias que se presenten durante el viaje, incluyendo controles de emergencia, ecografías de urgencia, asistencias médicas por enfermedades ocasionadas por su situación de embarazo, partos de emergencia por enfermedad o accidente que ponga en riesgo la vida de la madre o del hijo o abortos espontáneos.

Exclusiones particulares a este beneficio:

- Controles, ecografías, consultas médicas en general, estudios médicos, etc., que sean parte de los controles rutinarios del proceso de embarazo y no sean de emergencia.
- Partos y cesáreas de curso normal y en término.
- Gastos médicos relacionados con el recién nacido.
- Cuando se compruebe que el motivo del viaje es para atender su parto en el exterior.
- **Esta prestación sólo se brindará hasta la semana 32 de gestación, inclusive.**

XXXVI. Cobertura en crucero en caso de enfermedad o accidente

* Verifique que su voucher contratado cuente con este servicio

Esta prestación se encuentra agrupada y su monto de cobertura se desprende del ítem I y II Asistencia médica por accidente o Asistencia médica por enfermedad no preexistente. Es posible que dentro de los cruceros deba abonar por los servicios médicos que hayan sido autorizados previamente por la central. Guarde toda documentación para su posterior reintegro. Para activar

este servicio es necesario la comunicación con la central de emergencia. De lo contrario el servicio no tendrá validez.

XXXVII. Objetos personales

** Verifique que su voucher contratado cuente con este servicio*

La Central de Emergencias reembolsará al Beneficiario por el costo de reposición de sus pertenencias personales o equipaje que a continuación se detallará y que haya sido robado, hurtado o perdido durante el viaje descontando la depreciación por desgaste y uso hasta el tope de cobertura del plan contratado. Adicionalmente, se reembolsarán los gastos por compra de artículos de primera necesidad que el beneficiario se viera obligado a adquirir como consecuencia del suceso. Se cubrirá hasta el monto máximo de cobertura del voucher contratado.

Esta prestación incluye hasta:

- Hasta US\$250 por un objeto de valor, un juego o un par.
- Pérdida de medicamento o equipo médico considerado necesario y vital por el departamento médico para mantener la salud del beneficiario.
- Bolso / Maletín **USD 200**
- Celular / Smart **USD 250**
- Elementos de escritura y cosméticos **USD 200**
- Anteojos **USD 150**
- Billetera **USD 180**
- Documentos **USD 80**

Para acceder a este beneficio, el Beneficiario deberá presentar los documentos que La Central de Emergencias considere necesarios, incluyendo, pero no limitándose a:

- a. Denuncia policial radicada dentro de las 24 horas de ocurrido el hecho, que acredite el robo, hurto o pérdida de los objetos personales.
- b. Factura de compra de pertenencias personales o equipaje y/o Factura de compra elementos de primera necesidad, (ver Definición de ELEMENTOS DE PRIMERA NECESIDAD) o declaración de aduana en caso del objeto robado con fecha anterior a la pérdida, robo o hurto.
- c. Prueba que acredite la titularidad de los objetos de valor.
- d. Recibos por compra de artículos en reposición.

Se consideran exclusiones a esta cobertura:

1. No se cubrirá en el caso de que la pérdida ocurra bajo custodia de una línea aérea u otro medio de transporte y éste indemnice al beneficiario por dicha pérdida.
2. No se cubrirán objetos personales o equipajes que fueran robados de un vehículo estacionado a menos que los mismos se encontraran en el baúl del coche fuera de la vista pública y bajo llave en el caso de caravanas o que haya evidencia de que el robo fue efectuado con violencia o utilizando la fuerza.
3. No se cubrirá equipaje desatendido a menos que éste se encuentre en una habitación de hotel y en un lugar seguro y debe haber evidencia de entrada forzada y violenta.
4. Sillas de ruedas, coches de bebés, triciclos, bicicletas, motocicletas y motos de agua.
5. Lentes de contactos, prótesis dentales y audífonos.

6. Sellos, documentos, mercancías de negocios y muestras.
7. Custodia o detención de los elementos por parte de autoridades de aduana.
8. Casos en los que el beneficiario no tome las precauciones de seguridad necesarias.
9. No se cubrirán el robo, hurto o pérdida de dinero en efectivo.
10. No se cubrirán los gastos por envío, ni daños por envío del Objeto Personal hasta su país de residencia.

NOTA: Este beneficio complementa la reposición de hasta una (1) única unidad de cada producto comprendido dentro de los bienes personales.

Observación importante de los beneficios de: Compra protegida, Objetos personales y Tech Protection.

Estos 3 beneficios no son acumulativos para un mismo objeto o artículo y por lo tanto en caso de dar cobertura por concepto de alguno de ellos, automáticamente inválida y no será aplicable ningún otro pago indicado en esta observación.

XXXVIII. Tech Protection

** Verifique que su voucher contratado cuente con este servicio*

La Central de Emergencias reembolsará al Beneficiario el costo de reposición por robo, hurto o pérdida de cámaras de fotografía, filmadoras, teléfonos inteligentes, tabletas y computadores hasta el tope de cobertura del voucher contratado. Para acceder a este beneficio, el Beneficiario deberá presentar los documentos que La Central de Emergencias considere necesarios, incluyendo, pero no limitándose a:

- a. Denuncia policial radicada dentro de las 24 horas de ocurrido el hecho, que acredite el robo de los objetos personales.
- b. Factura de compra o declaración en aduana del objeto perdido, robado o hurtado. Si la pérdida ocurre bajo la custodia de una línea aérea u otro medio de transporte deberá presentar el formulario P.I.R o reporte obtenido en la compañía de transporte.
- c. Factura por reposición del objeto. La reposición debe ser por un objeto igual o equivalente.

Se consideran exclusiones a esta cobertura:

1. No se cubrirá en el caso de que la pérdida ocurra bajo custodia de una línea aérea u otro medio de transporte y éste indemnice al beneficiario por dicha pérdida.
2. No se cubrirán objetos personales o equipajes que fueran robados de un vehículo estacionado a menos que los mismos se encontraran en el baúl del coche fuera de la vista pública y bajo llave en el caso de caravanas o que haya evidencia de que el robo fue efectuado con violencia o utilizando la fuerza.
3. No se cubrirá equipaje desatendido a menos que éste se encuentre en una habitación de hotel y en un lugar seguro y debe haber evidencia de entrada forzada y violenta.
4. Sillas de ruedas, coches de bebés, triciclos, bicicletas, motocicletas y motos de agua.
5. Lentes de contactos, prótesis dentales y audífonos.
6. Sellos, documentos, mercancías de negocios y muestras.
7. Custodia o detención de los elementos por parte de autoridades de aduana.

8. Casos en los que el beneficiario no tome las precauciones de seguridad necesarias.
9. No se cubrirán el robo, hurto o pérdida de dinero en efectivo.
10. No se cubrirán los gastos por envío, ni daños por envío del Objeto tecnológico hasta su país de residencia.

NOTA: Este beneficio complementa la reposición de hasta una (1) única unidad de cada producto comprendido dentro de los bienes personales.

Observación importante de los beneficios de: Compra protegida, Objetos personales y Tech Protection.

Estos 3 beneficios no son acumulativos para un mismo objeto o artículo y por lo tanto en caso de dar cobertura por concepto de alguno de ellos, automáticamente inválida y no será aplicable ningún otro pago indicado en esta observación.

XXXIX. Envío de objetos que olvidaste

** Verifique que su voucher contratado cuente con este servicio*

En caso de contar con este servicio en su voucher, y si el beneficiario hubiera olvidado durante su viaje equipaje u objetos personales, La Central de Emergencias reembolsará el gasto de envío hasta el país de origen del beneficiario. Esta garantía se extiende también a aquellos objetos que le hubieran sido robados durante el viaje y recuperados posteriormente. El límite máximo para esta garantía será hasta el tope de la cobertura del plan de asistencia adquirido.

NOTA: En caso de que el objeto hubiese sido robado, el beneficiario deberá presentar la denuncia policial radicada dentro de las 24 horas de ocurrido el hecho, que acredite el robo de los objetos personales. La Central de emergencias se limita únicamente al reembolso de los gastos y no a la coordinación del envío, ni será responsable de faltantes o pérdidas del (los) objeto (s).

XL. Concierge

** Verifique que su voucher contratado cuente con este servicio*

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

XLI. Pérdida de Pasaporte

** Valido para vouchers emitidos desde 12/2/2020, Verifique que su voucher contratado cuente con este servicio.*

ASSIST MED reembolsará hasta la suma de USD 50 al Beneficiario por el costo del Pasaporte Provisional (salvoconducto) que haya sido perdido o robado durante la vigencia del viaje. Para

acceder a este servicio, el Beneficiario deberá presentar los documentos que la Central de Asistencias considere necesarios, incluyendo, pero no limitándose a:

1. Denuncia policial radicada dentro de las 24 horas de ocurrido el hecho, que acredite el robo o pérdida. Si el robo se hubiese producido en un hotel, se deberá incluir la denuncia radicada por la administración.
2. Comprobante de pago del pasaporte Provisional (salvoconducto)

15. EXCLUSIONES APLICABLES A TODOS LOS SERVICIOS Y BENEFICIOS DE LOS PLANES DE LA CENTRAL DE EMERGENCIAS

Quedan expresamente excluidos del servicio de asistencia los eventos siguientes:

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

Se entiende por enfermedad preexistente toda enfermedad o estado patológico que haya necesitado o requerido de un periodo previo de incubación, de formación, de gestación o de desarrollo, o similares, dentro del organismo antes de haber iniciado el viaje, como ejemplo de casos típicos de preexistencias en lo que a estas Condiciones Generales se refiere, son: Las Litiasis, Cálculo renal o biliar, enfermedades o crisis resultantes de infecciones intestinales a raíz de amebiasis, giardiasis y enfermedades similares, las enfermedades venosas, las enfermedades gástricas tales como úlceras, gastritis, gastralgias, síndrome de colon irritable, enfermedad de Khron, las enfermedades mentales o nerviosas, las crisis de pánico, el stress, las obstrucciones totales o parciales de arterias o venas, la diabetes en todas sus fases, los problemas de la tensión arterial y las enfermedades directamente relacionadas como derrames, aneurismas, trombosis, flebitis, lupus, enfermedades respiratorias como asma, enfisemas pulmonares y otras, el cáncer en todas sus etapas, el VIH, las cistitis, las alergias cualquier sea su origen, las cataratas, el glaucoma, micosis recurrentes o no, entre otras.

- En el caso de cobertura: *Asistencia médica por enfermedad preexistente* se excluyen las enfermedades de Transmisión sexual, incluyendo pero no limitando a la sífilis, la gonorrea, el herpes genital, la clamidia, el virus del papiloma humano tricomonas vaginales, tricomoniasis, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), cáncer y todos sus derivados, entre otros.

- Procedimientos de diálisis.

- Trasplantes.

- Oncología.

- Tratamiento psiquiátrico.

- Quedan excluidos de esta cobertura: la reposición, adquisición o reparación de audífonos, anteojos, lentes de contacto, puentes dentales, marcapasos, desfibriladores implantables, respiradores externos, dispositivos implantables, equipo desechable específico, esta enumeración es enunciativa y no taxativa.

- 2.** Enfermedades y/o episodios/epicrisis causadas por la ingestión de drogas, estupefacientes, medicamentos mal administrados, alcohol, etc.
- 3.** Enfermedades, lesiones, afecciones o complicaciones médicas resultantes de tratamientos efectuados o llevados a cabo por personas o profesionales no autorizados por el Departamento Médico de La Central de Emergencias.
- 4.** Los tratamientos homeopáticos, tratamientos de acupuntura, la quinesioterapia, las curas termales, la podología, manicura, pedicura, etc.
- 5.** Las afecciones, las enfermedades o lesiones derivadas de empresa, intento o acción criminal o penal del Beneficiario, directa o indirectamente como peleas, riñas, flagelaciones, etc.
- 6.** Quemaduras o lesiones consecuentes y resultantes de la exposición prolongada al sol o fuentes de calor, químicas, rayos UV.
- 7.** Tratamiento de enfermedades o estados patológicos producidos por la ingesta o la administración intencional de tóxicos (drogas), narcóticos, alcohol, o por la utilización de medicamentos sin la respectiva orden médica.
- 8.** Gastos incurridos en cualquier tipo de prótesis, incluidas las dentales, lentes, audífonos, sillas de rueda, muletas, anteojos, etc
- 9.** Eventos ocurridos como consecuencia de simple entrenamientos, prácticas sencillas o participación activa o no activa en competencias deportivas (profesionales). Además quedan expresamente excluidas las ocurrencias consecuentes a la práctica de deportes peligrosos o de riesgo o extremos incluyendo pero no limitando a: Motociclismo, Automovilismo, Boxeo, Polo, Ski acuático, Buceo, Ala Deltismo, Kartismo, Cuatrimotos, Alpinismo, Ski , Football, Canotaje, Parapente, Kayak, Bádminton, Básquet ball, Voleibol, Handball, Karate do, Kung fú, Judo, Tiro al arco, Tiro fusil, Tejo, Rappel, Torrentismo, Montañismo, Senderismo, Escalada, Puenting, Atletismo, Ciclismo, Luge Espeleología, Skeleton, la Caza de animales, Bobsleigh, Rugby y otros deportes practicados fuera de pistas reglamentarias y autorizadas por las respectivas federaciones de deportes. Salvo el producto con cobertura Sports, los cuales sólo cuentan con exclusión en los siguientes deportes: Motociclismo, Ciclismo, Automovilismo, Torrentismo, Bobsleigh, Ski y Snowboard fuera de pistas reglamentarias, Luge Olímpica, Caza de animales peligrosos, Montañismo a más de 6000 metros, Skeleton, Espeleología, Andinismo, Deportes aéreos, Exploración de cavernas, Bungee Jumping, buceo autónomo a más de 30 metros de profundidad o que necesite de descompresión/ recompresión, Tiro fusil, Escalada, Puenting, Boxeo, Karate Do, Kung fú, Judo, Tiro al arco y otros deportes de combate. Se excluyen la práctica de deportes por profesionales en competencias o entrenamientos para dichas competencias profesionales (Son considerados deportistas profesionales las personas que viven de la práctica de su deporte sin ejercer otra actividad profesional o reciban remuneración alguna por la práctica de dicho deporte).
- 10.** Los partos y cesáreas de curso normal y a término, estados de embarazo, controles ginecológicos, o sus exámenes relacionados y también todos los métodos anticonceptivos. Abortos provocados, actos por dolo o mala fe. Los gastos médicos y de cualquier otro tipo relacionados con el recién nacido (como, por ejemplo, y sin que esta enumeración sea taxativa: enfermería y neonatología, alimentación, etc.).
- 11.** Todo tipo de enfermedades mentales, nerviosas, o psicológicas, incluyendo las crisis nerviosas, crisis de pánico, de stress o similares, trastornos alimentarios como la bulimia, anorexia, vigorexia, megarexia, entre otros.

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

13. El Síndrome de inmune deficiencia adquirida (SIDA) y virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en todas sus formas, secuelas y consecuencias. Las enfermedades venéreas y/o en general todo tipo de prestación, examen y/o tratamiento que no haya recibido la autorización previa de la Central de Asistencias.

14. Los Eventos y las consecuencias de desencadenamiento de fuerzas naturales, tsunamis, temblores, terremotos, tormentas, tempestades, huracanes, ciclones, inundaciones, eventos de radiación nuclear y de radioactividad, así como cualquier otro fenómeno natural o no, con carácter extraordinario o evento que, debido a sus proporciones o gravedad, sea considerado como desastre nacional regional o local o catástrofe, sismos, huracanes, inundaciones etc.

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

16. Los Eventos como consecuencia de actos de guerra, invasión, actos cometidos por enemigos extranjeros o nacionales, terrorismo, hostilidades u operaciones de guerra, (sea que haya sido declarada o no la guerra), guerra civil, rebelión, insurrección o poder militar, naval o usurpado, la intervención del Beneficiario en motines, manifestaciones o tumultos que tengan o no carácter de guerra civil, o sea que la intervención sea personal o como miembro de una organización civil o militar; terrorismo u otra alteración grave del orden público.

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

18. Los gastos por concepto de segunda consulta médica no previamente solicitada y autorizada por La Central de Emergencias.

19. Los exámenes médicos de rutina, los exámenes de laboratorio para chequeos médicos, los exámenes de diagnóstico y/o de controles, exámenes de laboratorio o radiológicos o de otros medios, cuya finalidad es la de establecer si la enfermedad es una preexistencia, tales como los exámenes de radiología, el doppler, las resonancias magnéticas, tomografías, ultrasonidos, imágenes, scanner de toda índole, etc. Los exámenes médicos practicados para establecer si la dolencia corresponde a una enfermedad preexistente o no. En caso de que el resultado fuese una enfermedad preexistente y el Beneficiario no hubiere contratado un plan con inclusión de asistencia médica preexistente, deberá asumir tales costos.

20. Gastos correspondientes a transportes públicos o privados o desplazamientos pagados por el Beneficiario desde su hotel o lugar donde esté hasta el centro hospitalario, o centro médico, o consultorio del médico. A menos que dichos gastos hayan sido expresamente autorizados en forma escrita o verbal por La Central de Emergencias. Salvo aquellos centros médicos que se encuentren a más de 15 KM, siempre que haya sido derivado por la central.

21. Las enfermedades derivadas o debidas o consecuentes de las deformaciones congénitas conocidas o no por el Beneficiario.

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

23. Afecciones, enfermedades o lesiones derivadas directa o indirectamente de riña o peleas (salvo que se tratase de un caso de legítima defensa comprobada con reporte policial), huelga, actos de vandalismo o tumulto popular en que el Beneficiario hubiese participado como

elemento activo. El intento de o la comisión de un acto ilegal y, en general, cualquier acto doloso o criminal del Beneficiario, incluido el suministro de información falsa o diferente de la realidad.

24. Enfermedades endémicas, pandémicas, o epidémicas que hayan sido declaradas por la OMS o que el país o proveedor haya informado. Las asistencias por estas enfermedades en países con o sin emergencia sanitaria en caso de que el beneficiario no haya seguido las sugerencias y/o indicaciones sobre restricciones de viaje y/o tratamiento profiláctico y/o vacunación emanadas de autoridades sanitarias. Salvo, productos que contemplen cobertura por epidemia.

25. La Central de Emergencias 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. En estos casos los gastos correrán por cuenta del Beneficiario, a menos que hayan sido previamente autorizados por La Central de Emergencias en forma escrita al centro médico asistencial.

26. Cualquier gasto o asistencia médica que no haya sido previamente consultado y autorizado por La Central de Emergencias.

27. Las enfermedades, o indisposiciones resultantes de trastornos del periodo menstrual, como adelantos o retrasos, así como sangrados, flujos y otros.

28. Problemas relacionados con la tiroides.

29. Enfermedades Hepáticas, como Cirrosis, Abscesos y otros.

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

31. Cualquier tipo de hernias y sus consecuencias. Salvo productos que contemplen asistencia médica preexistente.

32. Secuestro o su intento.

33. Riesgos provenientes de situaciones que no se incluyen en el concepto de accidente personal, tal como las lesiones por consecuencia, dependientes predispuestas o facilitadas por esfuerzos repetitivos o micro traumas acumulativos, o que tengan relación de causa y efecto con los mismos, así como las lesiones clasificadas como lesiones por esfuerzos repetitivos, enfermedades osteomusculares relacionadas al trabajo, lesión por trauma continuado o continuo, etc., o similares, tanto como sus consecuencias post tratamiento inclusive quirúrgicos en cualquier tiempo.

34. Riesgos profesionales: si el motivo del viaje del Beneficiario fuese la ejecución de trabajos o tareas que involucren un riesgo profesional.

35. Las situaciones reconocidas o equiparadas por los órganos oficiales de acción social o semejante, a la invalidez por accidente, en el cual el evento causante de la lesión no se encuadre íntegramente en la caracterización de invalidez por accidente personal.

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

37. Enfermedades con compromiso inmunológico, tanto sea éste consecuencia de la misma enfermedad o de las drogas utilizadas para su tratamiento; enfermedades oncológicas, desordenes cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, infecciones renales crónicas

o no, hepatitis; todo tipo de enfermedades endémicas, epidémicas y/o pandémicas, etc., sean estas conocidas o no por el Beneficiario. Salvo producto con cobertura por epidemia.

38. Están excluidos los accidentes y enfermedades presentadas en países en guerra civil o extranjera. Ejemplo: Afganistán, Irak, Sudan, Somalia, Corea del Norte, etc. (la enumeración es enunciativa y no taxativa).

39. No se brindará asistencia de ningún tipo al Beneficiario en situación migratoria o laboral ilegal (incluyendo trabajo no declarado en el país desde donde se requiere la asistencia, o a estudiantes sorprendidos trabajando en país extranjero sin la respectiva autorización de las autoridades locales).

40. Tratamientos dermatológicos, o estéticos, incluyendo, pero no limitado a alopecia, acné, seborrea o la psoriasis, candidiasis, entre otros.

41. La Central de Emergencias no tomará a su cargo costos por fisioterapias referidas para el tratamiento de dolencias relacionadas a accidentes laborales, tareas repetitivas o enfermedades crónicas y/o degenerativas de los huesos o músculos.

42. No se cubrirá el robo, hurto o pérdida de dinero en efectivo.

En caso de constatarse que el motivo del viaje fuera el tratamiento en el extranjero de una enfermedad de base, y que el tratamiento actual tenga alguna vinculación directa o indirecta con la dolencia previa motivo del viaje, La Central de Emergencias quedará eximida de prestar sus servicios. A tal fin La Central de Emergencias se reserva el derecho de investigar la conexión del hecho actual con la dolencia previa.

16. SUBROGACIÓN

Hasta la concurrencia de las sumas desembolsadas en cumplimiento de las obligaciones emanadas de las presentes Condiciones Generales, los planes de asistencia y/o las compañías de seguro que asumen el riesgo como fruto del encargo de La Central de Emergencias quedarán automáticamente subrogadas en los derechos y acciones que puedan corresponder al Beneficiario o a sus herederos contra terceras personas físicas o jurídicas en virtud del evento que motive la asistencia prestada y/o beneficio

pagado. Además, el Beneficiario del Plan se compromete a abonar en el acto a La Central de Emergencias todo importe que haya recibido de parte del causante del accidente y/o de su(s) Compañía(s) de

Seguro(s) en concepto de adelanto(s) a cuenta de la liquidación de la indemnización final a la cual el Beneficiario tiene derecho; ello hasta el monto de los pagos que hubiere recibido de las compañías de seguro en el caso ocurrido. Sin que la enunciación deba entenderse exclusiva, quedan expresamente comprendidos en la subrogación los derechos y acciones susceptibles de ser ejercitados frente a las siguientes personas:

Terceros responsables de un accidente y sus compañías de seguros.

Empresas de transporte, en lo que refiere a la restitución total o parcial del precio del pasaje no utilizado, esto cuando La Central de Emergencias haya tomado a su cargo el traslado del Beneficiario o de sus restos.

Otras compañías que tengan como cobertura el mismo riesgo.

De negarse a prestar colaboración o a subrogar tales derechos a La Central de Emergencias y/o las compañías de seguro que asumen el riesgo como fruto del encargo de La Central de Emergencias, quedará liberada de la obligación de cumplir las prestaciones ofertadas y/o debidas. De igual forma La Central de Emergencias se reserva el derecho de poder ceder en todo o en parte tanto los derechos que le asistieran derivados de la relación contractual con el Beneficiario, así como la ejecución, prestación de servicios y demás obligaciones a su cargo a terceras personas jurídicas profesionales en el ramo de la asistencia a empresas del ramo.

En tal sentido, el Beneficiario está consciente de dicho derecho y por tanto renuncia expresamente a ser notificado o comunicado previamente de dichas cesiones.

17. CIRCUNSTANCIAS EXCEPCIONALES DE INEJECUCIÓN INIMPUTABLE.

Ni La Central de Emergencias, ni su red de prestadores de servicios serán responsables, exigibles o ejecutables por casos fortuitos, que originen retrasos o incumplimientos inimputables debidos a catástrofes naturales, huelgas, guerras, invasiones, actos de sabotaje, hostilidades, rebelión, insurrección, terrorismo o pronunciamientos, manifestaciones populares, radioactividad, o cualquier otra causa de fuerza mayor. Cuando elementos de esta índole interviniesen, La Central de Emergencias se compromete a ejecutar sus compromisos dentro del menor plazo que fuera posible y siempre y cuando una vez sea factible dicha prestación de servicios, se mantenga la contingencia que la justifique.

18. RECURSO

La Central de Emergencias se reserva el derecho de exigir al Beneficiario el reembolso de cualquier gasto efectuado por éste en forma indebida, en caso de habersele prestado servicios no contemplados por este contrato o fuera del período de vigencia del plan de asistencia contratado, así como cualquier pago realizado por cuenta del Beneficiario.

19. RESPONSABILIDAD

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

20. JURISDICCIÓN

Para todas las cuestiones de derecho relativas a la relación contractual entre el Beneficiario y La Central de Emergencias, queda expresamente pactado que la jurisdicción de los tribunales será la del domicilio legal de La Central de Emergencia.

21. DEDUCIBLE O FRANQUICIA

Si el plan de asistencia contempla un deducible o franquicia, el beneficiario deberá abonar el monto del mismo para cualquier tipo de servicio. En caso de utilizar una segunda vez los servicios de asistencia por un hecho sin ninguna relación al primero, el beneficiario deberá abonar una segunda vez este deducible, al momento de ser atendido.

22. CADUCIDAD - RESOLUCIÓN - MODIFICACIÓN

Toda reclamación tendiente a hacer efectivas las obligaciones que La Central de Emergencias asume a través de las presentes Condiciones Generales, deberá formularse en debida forma y por escrito dentro del plazo máximo improrrogable de treinta (30) días continuos calendario, contados a partir de la fecha del suceso que dio o debería dar lugar a la indemnización o a las prestaciones. Transcurrido el plazo indicado, se producirá la automática caducidad de todos los derechos no ejercidos oportunamente. El Beneficiario podrá solicitar la resolución unilateral de un plan de asistencia individual exclusivamente, mediante nota escrita dirigida a La Central de Emergencias, siempre que dicha solicitud se efectúe con por lo menos 48 horas de anticipación a la fecha de inicio del viaje programado reflejado en el voucher correspondiente.

IMPORTANTE

En el supuesto que la legislación de un país determinado en donde se adquiere un plan de asistencia considere nula, inaplicable, regulada o ilegal uno cualquiera de los beneficios que comprenden los diversos planes, las partes convienen que dicho beneficio se tendrá como no escrito, no aplicable o inexistente, manteniendo plena validez el resto. En todo caso, La Central de Emergencias tiene derecho unilateral de rescindir los planes contratados y reembolsar o devolver a los beneficiarios el monto pagado por tal concepto. En los casos en que el beneficiario o el agente emisor de un plan de asistencia proporcione información falsa en cuanto a la identidad, origen o datos que induzcan a La Central de Emergencias a indemnizar indebidamente a una persona natural o jurídica, producirán automáticamente la cancelación del plan en cuestión y la pérdida de sus derechos.

Versión 03/05/2021