

ADDENDUM – B – COBERTURA DE SERVICIO: PLAN DE ASISTENCIA VIAJERA

En consideración del pago, o de la garantía de pago, de la prima adicional estipulada dentro del periodo convenido en las Condiciones Particulares, se hace constar que el Asegurado y la Compañía han convenido en adicionar a esta póliza la(s) siguiente(s) Cobertura(s) Adicional(es) siempre que sea(n) debidamente detallada(s) en las Condiciones Particulares.

DEFINICIONES

Adicional a las definiciones indicadas en las Condiciones Generales, los términos que adelante se indican, tendrán las siguientes definiciones:

1. **Catástrofe:** Suceso que altera gravemente el orden regular de las cosas, donde se ven implicadas numerosas personas.
2. **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.
3. **Central de Asistencias u Operativa:** Es la oficina que coordina la prestación de los servicios requeridos por el Asegurado con motivo de su asistencia. Es igualmente el departamento de profesionales que presta los servicios de supervisión, control y coordinación que intervienen y deciden todos aquellos asuntos y/o prestaciones a brindarse o prestarse en virtud de las presentes condiciones generales que están relacionados con temas médicos.
4. **Enfermedad aguda:** Proceso corto y relativamente severo de la alteración del estado del cuerpo o alguno de sus órganos, que pudiere interrumpir o alterar el equilibrio de las funciones vitales, pudiendo provocar dolor, debilidad u otra manifestación extraña al comportamiento normal del mismo.
5. **Enfermedad congénita:** Patología presente o existente desde antes del momento de nacer.
6. **Enfermedad crónica:** Todo proceso patológico continuo, repitente y persistente en el tiempo, mayor a treinta (30) días naturales de duración.
7. **Enfermedad repentina o Imprevista:** Enfermedad pronta, impensada, no prevista, contraída con posterioridad a la fecha de inicio de vigencia de este Addendum del plan de asistencia para viajes.
8. **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, o estado del cuerpo, o proceso conocido o no por el Asegurado, que haya necesitado o requerido de un periodo de formación, o de una gestación, o de una incubación dentro del organismo del Asegurado antes de haber iniciado el viaje. Ejemplos claros y comunes de preexistencias solo por citar algunos son: los cálculos renales o biliares, las obstrucciones de arterias o venas por coágulos u otros, enfermedades respiratorias como el asma, problemas pulmonares, enfisemas, el VIH, generalmente problemas relacionados con la tensión arterial, glaucoma, cataratas, nefritis, úlceras o enfermedades gástricas, enfermedades resultantes de deformaciones congénitas, micosis genitales, abscesos hepáticos, cirrosis, azúcar en la sangre, colesterol alto, triglicéridos altos, y otras. Los mismos requieren de un periodo de formación corto o largo, pero en todos los casos superior a unas horas de vuelo, reconociendo que dicho estado o proceso patológico existía dentro del organismo antes de subirse al avión o al medio de transporte en la fecha de la entrada en vigencia del servicio de asistencia, aun cuando la sintomatología se presente por primera vez después de haber iniciado el viaje.
9. **Enfermedad recurrente:** Regreso, repetición u aparición de la misma enfermedad luego de haber sido tratada.
10. **Fuerza mayor:** Evento que, por no poderse prever o resistir, exime del cumplimiento de alguna obligación y/o que procede de la voluntad de un tercero.
11. **Departamento Médico:** Grupo de profesionales médicos que intervienen y toman decisión en todos los asuntos y/o prestaciones brindadas o que vayan a brindarse de conformidad con el presente Addendum.
12. **Dolencia y / o Afección:** Los términos afección y dolencia se entenderán a cualquier efecto en el presente Addendum como enfermedad.
13. **Plan de asistencia médica o Plan:** Es el conjunto detallado de los servicios de asistencia en viaje ofrecidos, indicando una enumeración taxativa de las mismas y sus Límites de Responsabilidad, cuantitativos, geográficos y de edad del Asegurado. El plan de asistencia médica se encuentra detallado en el Certificado de Seguro. Solo son de aplicación aquellas prestaciones para cada producto explícitamente enunciadas en el plan de asistencia detallado en el Certificado de Seguro, 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 que se especifica en el Certificado de Seguro.
14. **Periodo de Carencia:** Intervalo de tiempo durante el cual no son efectivos los beneficios incluidos dentro del Plan. Dicho plazo se computa por días contados desde la fecha de inicio de vigencia de la póliza, siempre que el Asegurado ya se encuentre fuera del país de residencia habitual al momento de la contratación.

15. **Médico:** Profesional médico provisto o autorizado por la Central de Asistencias de que asiste al Asegurado en el lugar donde se encuentra este último.

1. COBERTURAS: DESCRIPCIÓN DE LOS BENEFICIOS

Se deja expresa constancia que los beneficios seguidamente indicados son prestados por la Compañía a través de la Central de Asistencias y su personal. En ese sentido, salvo en los casos específicos que así se consigne expresamente, esta cobertura no opera por reembolso.

3.1. Asistencia Médica por Accidente o Asistencia Médica por Enfermedad No Preexistente

Bajo esta cobertura, el Asegurado tendrá a disposición los beneficios que se describen a continuación, de acuerdo a los Límites de Responsabilidad indicados en el Plan:

- 3.1.1. **Consultas Médicas:** Se prestarán en caso de accidente o enfermedad aguda e imprevista no preexistente, incluyendo la opción de repatriación del Asegurado a su país de origen si su estado de salud lo permite. La Central de Asistencias 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 del Asegurado en casos que requieran tratamiento de larga duración, cirugías programadas o cirugías no urgentes.
- 3.1.2. **Atención por Especialistas:** Se prestará únicamente cuando sea indicada y autorizada por el equipo médico de la Central de Asistencias de la Compañía del área donde se encuentre el Asegurado, o por el Médico tratante de la central.
- 3.1.3. **Exámenes Médicos Complementarios:** Se autorizarán únicamente cuando sean indicados y previamente autorizados por el equipo médico de la Central de Asistencias.
- 3.1.4. **Internaciones:** De acuerdo a la naturaleza de la lesión o enfermedad, y siempre que el Departamento Médico de la Central de Asistencias de la Compañía así lo prescriba, se procederá a la internación del Asegurado en el centro médico más próximo al lugar donde éste se encuentre.
- 3.1.5. **Intervenciones Quirúrgicas:** Se podrán proceder con las mismas cuando sean autorizadas por el Departamento Médico de la Central de Asistencias médica en viajes 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 Asegurado 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 Asegurado, quien está obligado a aceptar tal solución, **perdiendo en caso de rechazo todos los beneficios otorgados por el Plan.**

- 3.1.6. **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 Asistencias se autorizará este servicio.

3.2. Asistencia Médica por Enfermedad Preexistente

Este beneficio brinda asistencia médica en enfermedades agudas, crónicas y/o preexistentes, de acuerdo a los Límites de Responsabilidad contratados en cada caso.

Este beneficio de enfermedades crónicas y/o preexistentes contempla las siguientes eventualidades: Episodio agudo, o evento no predecible, descompensaciones de enfermedades crónicas y/o preexistentes sean conocidas, ocultas o asintomáticas previamente y consiste en brindar exclusivamente asistencia médica en el episodio agudo, o evento no predecible, con el límite máximo indicado por el Plan, cuya urgencia requiera la atención durante el viaje.

Todo y cualquier tipo de tratamiento deberá ser pre-autorizado, manejado, supervisado y coordinado por la Compañía.

Obligaciones del Asegurado para el uso de este beneficio:

1. El Asegurado debe seguir todas las indicaciones médicas dadas por parte del Médico asignado por la Compañía y tomar toda la medicación según la manera prescrita y requerida.
2. En caso que el Asegurado, padezca alguna(s) de las siguientes condiciones: cáncer de cualquier tipología, enfermedades cardiacas, enfermedades pulmonares crónicas y/o enfermedades hepáticas crónicas, el Asegurado deberá consultar a su médico personal en su país de origen antes de dar inicio al viaje y obtener confirmación

escrita que se encuentra apto para viajar por la totalidad de los días planeados, al destino deseado y que puede realizar sin ningún inconveniente todas las actividades programadas.

3. **El Asegurado no podrá emprender viaje después de recibir un diagnóstico terminal. En casos de constatare que el motivo del viaje fuera el tratamiento en el extranjero de una enfermedad crónica o preexistente, la Compañía no autorizará el uso de este beneficio.**

Además de las exclusiones de las Condiciones Generales y de este Addendum se excluye lo siguiente de esta cobertura:

- **Tratamientos, procedimientos diagnósticos, de investigación, conductas diagnósticas y/o terapéuticas, que no estén relacionadas con el episodio agudo no predecible.**
- **Todas las enfermedades de transmisión sexual, incluyendo, pero no limitando a, sífilis, gonorrea, herpes genital, clamidia, virus del papiloma humano (VPH), tricomonas vaginales, tricomoniasis, virus de inmunodeficiencia humana (VIH), síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), entre otros.**
- **Procedimientos dialíticos, trasplantes, tratamientos oncológicos y psiquiátricos; audífonos, anteojos, lentes de contacto, puentes dentales, marcapasos, desfibriladores implantables, respiradores ambulatorios, dispositivos implantables, material descartable específico, etc.; enfermedades producidas por ingestión de drogas, narcóticos, medicinas tomadas sin prescripción médica fehaciente, alcoholismo, etc.**

3.3. Medicamentos Recetados

De acuerdo a los límites indicados en esta cobertura, la Compañía 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 protección del Plan.

Los desembolsos realizados por el Asegurado para la compra de medicamentos previamente autorizados por la Central de Asistencias serán reintegrados, dentro de los Límites de Responsabilidad y una vez retornado al país de origen, 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 la enfermedad sufrida por el Asegurado, el suministro de la fórmula o receta médica y las facturas. Los documentos anteriores deberán de ser solicitados al médico tratante, y **la no presentación de estos documentos puede resultar en el no reembolso de los gastos.**

Los gastos de medicamentos por concepto de enfermedades preexistentes no serán asumidos por la Compañía. Se encuentran excluidos los medicamentos por tratamiento de enfermedades mentales o psíquicas o emocionales, aun en los casos en que la consulta médica haya sido autorizada por el Departamento Médico de la Compañía.

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

3.4. Emergencia Dental

De acuerdo a los Límites de Responsabilidad del Plan, la Compañía 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.

3.5. Traslado Sanitario y/o Repatriación Sanitaria

De acuerdo a los Límites de Responsabilidad y el Plan, y únicamente en caso de emergencia o de urgencia, siempre que la Central de Asistencias lo juzgare necesario, se organizará el traslado del Asegurado al centro de salud más cercano, por el medio de transporte que el Departamento Médico de la Central de Asistencias 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 Asistencias. **El no cumplimiento de esta norma exime a la Compañía de tomar a cargo de dicho traslado.**

Cuando el Departamento Médico de la Central de Asistencias estime necesario efectuar la repatriación sanitaria del Asegurado, esta se efectuará en avión de línea regular, con acompañamiento médico o de enfermera si correspondiere, sujeto a espacio de asientos, hasta el país de residencia habitual del Asegurado.

Se entiende por repatriación sanitaria el traslado del Asegurado enfermo o accidentado desde el lugar en donde se encuentra hasta el aeropuerto de ingreso del país de residencia habitual. Solamente el Departamento Médico de la Central de Asistencias podrá autorizar a tomar todas las providencias mencionadas en esta cobertura, quedando al Asegurado o a un familiar prohibido de realizarlo por cuenta propia sin la previa autorización de la Compañía.

Adicionalmente, la repatriación deberá ser autorizada y justificada médica y científicamente por el médico tratante de la Compañía. **En caso en que el Asegurado y o sus familiares o acompañantes decidieran efectuar la repatriación dejando de lado o sin solicitar la opinión del Departamento Médico de la Compañía, ninguna responsabilidad recaerá sobre la Compañía siendo por lo tanto la repatriación, así como todos los demás gastos y consecuencias por cuenta del Asegurado enfermo o accidentado o de sus familiares o acompañantes, sin derecho a repetición ni reclamo contra la Compañía.**

Cuando el Departamento Médico de la Compañía en común acuerdo con el médico tratante estime necesario y recomiende la repatriación sanitaria, esta se efectuará en primera instancia por el medio de transporte disponible más conveniente para ello, y/o por avión de línea aérea comercial, en clase turista y sujeta a disponibilidad de cupo aéreo, hasta el aeropuerto de ingreso del país de residencia o de compra de la tarjeta.

La Compañía 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, desde el momento en que el Asegurado se encuentre internado hasta el día de viaje de regreso.

Esta asistencia también 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 Compañía desde el lugar de internación hasta su lugar 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 es a consecuencia de una enfermedad preexistente u obedezca a un evento que figura dentro de las Exclusiones salvo en planes que contemplen preexistencias. El Asegurado tendrá derecho a estos servicios siempre dentro de la vigencia de su Certificado de Seguro.

3.6. Repatriación funeraria

En caso de fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de la póliza a causa de un evento no excluido en las Condiciones Generales, la Compañía organizará y sufragará la repatriación funeraria tomando a su cargo los gastos de: i) féretro simple obligatorio para el transporte internacional; ii) los trámites administrativos y el transporte del cuerpo por el medio que consideren más conveniente hasta el lugar de ingreso al país de residencia habitual del fallecido. Lo anterior, hasta el tope especificado en la Tabla de Beneficios.

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

La Compañía quedará eximida de prestar los servicios y asumir los costos relativos al presente beneficio en caso que el fallecimiento del Asegurado se origine por causa de un suicidio. Este beneficio no contempla ni incluye bajo ninguna circunstancia gastos de regreso de familiares acompañantes del fallecido por lo que la Compañía no tomará a su cargo ningún gasto de terceros.

3.7. Traslado de un familiar por hospitalización

En caso de hospitalización de un Asegurado, viajando solo y no acompañado, fuese superior a cinco (5) días, la Compañía se hará cargo de un pasaje aéreo en clase turista, sujeto a disponibilidad de espacio para un familiar del Asegurado.

En caso de que se encuentre incluido en la Tabla de Beneficios, el Asegurado podrá tener derecho a los gastos de hotel de su familiar acompañante, con un máximo de ochenta dólares (US\$ 80) moneda de curso legal de los Estados Unidos de América diarios durante un máximo de siete (7) días, o hasta el alta del paciente, lo que suceda primero.

En relación a este beneficio como a cualquier otro 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, u otro tipo de gasto cualquiera.

3.8. Gastos de hotel por convalecencia

Cuando de acuerdo con el médico tratante y en común acuerdo con el Departamento Médico de la Central de Asistencias el Asegurado hubiese estado internado en un hospital al menos siete (7) días y que a su salida deba obligatoriamente guardar reposo forzoso, la Compañía cubrirá los gastos de hotel hasta el monto indicado en su Plan de asistencia, con un máximo de cinco (5) días.

Dicho reposo deberá ser ordenado por los médicos de la Central exclusivamente y contemplarán únicamente el cubrimiento del costo de la habitación sin ningún tipo de alimentación o gastos de otra índole tales como lavandería, llamadas telefónicas (salvo aquellas efectuadas a la central de la Compañía), mini bares etc. Esta es una enumeración taxativa y no enunciativa. Se aclara que la Compañía no asumirá ningún gasto de internación cuando esta obedezca a una enfermedad preexistente salvo que se contemplen preexistencias o hace parte de las exclusiones.

3.9. Orientación en caso de extravío de equipaje/documentos

La Compañía, por medio de la Central, asesorará al Asegurado para la interposición de 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 Asistencias más próxima.

Igualmente, la Compañía asesorará al Asegurado en caso de pérdida de documentos de viajes, y o tarjetas de crédito dándole las instrucciones para que el Asegurado interponga los denuncios respectivos, y tramite la recuperación de los mismos.

3.10. Viaje de regreso por fallecimiento de familiar en 1° grado de consanguinidad

Si el Asegurado debiera retornar a su país de residencia habitual por causa del fallecimiento de un familiar directo (padre, madre, cónyuge, hijo (a) o hermano (a)) allí residente, la Compañía se hará cargo de la diferencia del costo del pasaje aéreo de regreso del Asegurado a su país de origen, únicamente cuando su pasaje sea de tarifa reducida por fecha fija o limitada de regreso.

Esta asistencia deberá acreditarse mediante certificado de defunción del familiar y documento que acredite el parentesco.

Para esta cobertura como para cualquier otra que implique la no utilización del pasaje de transporte inicialmente previsto por el Asegurado, la Compañía recuperará siempre dicho pasaje y sufragará solo la diferencia eventualmente existente entre éste y el que imponga la prestación.

3.11. Acompañamiento de Menores

Si un Asegurado viajara como única compañía de menores de quince (15) años y mayores de setenta y cinco (75) años y por causa de enfermedad o accidente constatado por el Departamento Médico de la Central de Asistencia, se viera imposibilitado para ocuparse de ellos, la Compañía organizará a su cargo el desplazamiento de dichos menores o mayores de edad hasta el domicilio habitual en su país de origen, por el medio que considere más adecuado.

3.12. Línea de consultas 24 horas

Hasta las veinticuatro (24) horas anteriores al día de su partida, el Asegurado, podrá pedir a la Central de Asistencias de su zona geográfica, informaciones relativas a obligaciones consulares, sanitarias, turísticas y otras concernientes al país de destino. Igualmente estará a disposición de los pasajeros el servicio concierge el cual se incluye en este Addendum.

3.13. Transmisión de mensajes urgentes

La Compañía, por medio de la Central de Asistencias, transmitirá los mensajes urgentes y justificados, relativos a cualquiera de los eventos que son objeto de las prestaciones contempladas en esta Póliza.

3.14. Transferencia de fondos y transferencia de fondos para fianza legal en caso de accidente de tránsito

Durante el viaje, en caso de necesidad imperiosa e imprevista y contra su previo depósito en la oficina de la Compañía, esta gestionará la entrega al Asegurado en el país donde se encuentre la cantidad hasta el límite especificado en la Tabla de Beneficios.

Esta cobertura será aplicada una sola vez, cualquiera que sea el lapso de validez del Certificado de Seguro. Si el Asegurado fuese encarcelado como consecuencia de un accidente de tránsito, la Compañía gestionará el envío de fondos, hasta por la suma máxima especificadas en el Plan indicado para hacer frente al pago de la fianza penal, debiendo previamente ser depositado el monto referido en la oficina de la Compañía por parte de la familia del Asegurado.

En cualquiera de los casos, se deja expresa constancia que esta cobertura conlleva el servicio de transferencia de dinero, por lo que el costo asumido por la Compañía corresponderá únicamente al valor de la transferencia realizada al Asegurado. Toda suma a transferir deberá ser previamente depositada en la oficina de la Compañía por el Asegurado o sus familiares.

3.15. Asistencia legal por accidente de tránsito

La Compañía tomará a cargo hasta el Límite de Responsabilidad indicado en el Plan, los gastos de honorarios que ocasione la defensa civil, criminal o penal del Asegurado, con motivo de imputársele responsabilidad por un accidente de tránsito.

3.16. Compensación por pérdida de equipaje

En caso de pérdida del equipaje del Asegurado por parte de una aerolínea, la Compañía indemnizará hasta el Límite de Responsabilidad del Plan, de acuerdo a los siguientes términos y condiciones:

- a. Que la línea aérea y la Central de la Compañía hayan sido notificadas del hecho por el Asegurado. En el caso de la línea aérea, la notificación debe darse antes de abandonar el aeropuerto donde se registró la pérdida. En el caso de la Compañía, dentro de las veinticuatro horas siguientes del momento de notificación a la aerolínea.
- b. Que el equipaje se haya extraviado durante su transporte en vuelo regular internacional. **Este beneficio no aplica cuando la pérdida se origina en un trayecto de vuelo nacional, ni de vuelos charters o fletados, aviones particulares o militares, o cualquier vuelo que no tenga un itinerario fijo publicado que opera regularmente. Tampoco aplicará cuando la pérdida se origina en vuelos domésticos en el exterior.**
- c. Que el equipaje haya sido debidamente registrado, etiquetado y despachado en la bodega del avión y haya sido debidamente presentado y entregado al personal de la aerolínea en el despacho del terminal. **La Compañía no indemnizará al Asegurado por la pérdida de equipaje de mano o de cabina o cualquier otro bulto que no haya sido debidamente registrado ante la aerolínea y haya sido transportado en la bodega del avión.**
- d. Que la pérdida del equipaje haya ocurrido entre el momento en que el mismo fue entregado a personal autorizado de la línea aérea para ser embarcado y el momento en que debió ser devuelto al pasajero al finalizar el viaje.
- e. Que la línea aérea se haya hecho cargo de su responsabilidad por la pérdida del mencionado equipaje, y haya abonado o pagado al Asegurado la indemnización prevista por ella. **No tendrán derecho a esta compensación las pérdidas ocurridas en transporte terrestre entre los aeropuertos y los hoteles o domicilios. La Compañía no podrá indemnizar al Asegurado cuando este no haya aun recibido la indemnización de la aerolínea.**
- f. La compensación por pérdida total del equipaje se limitará a un solo bulto entero y completo faltante en forma definitiva. **No se indemnizan faltantes parciales de las maletas.**
- g. En caso de que la línea aérea ofreciera al Asegurado como indemnización la posibilidad de optar entre percibir un valor en dinero o uno o más pasajes u otro medio de compensación, la Compañía procederá a abonar al Asegurado la compensación económica por extravío de equipaje, una vez que dicha opción sea ejercida.
- h. En los casos de extravío de equipaje, el responsable directo de las mismas son las aerolíneas o empresas transportadoras, por lo tanto, la Compañía 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 Compañía, y en términos generales pueden exigir que las reclamaciones sean puestas directamente por los pasajeros y no permitir la intermediación de la Compañía.
- i. Las indemnizaciones serán siempre por concepto de pérdida de bulto completo, **la Compañía no indemnizará los faltantes parciales de equipaje.**
- j. Las indemnizaciones por conceptos de pérdida total de equipaje se abonarán únicamente en el país donde se adquirió la Póliza. El Asegurado al ser indemnizado acepta que se le descuenta los valores correspondientes a gastos bancarios y financieros resultantes de dichas transacciones.

Una vez que el Asegurado regrese a su país de origen deberá de presentar la siguiente documentación:

- a. Formulario de reclamo por pérdida de equipaje original,
- b. Cédula de identidad o pasaporte.
- c. Copia original del recibo de la indemnización de la línea aérea (Cheque, comprobante de pago de la misma, pasajes aéreos)

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

3.17. Pérdida de vuelo o tren por cualquier motivo (Late arrival) (Retraso de viaje)

A consecuencia de cualquier motivo ajeno a la aerolínea que haya ocasionado la pérdida de conexión y/o vuelo, o bien la conexión a viajes en tren en trayectos internacionales, la Compañía cubrirá hasta el Límite de Responsabilidad del Plan el pago de penalidades, compra de nuevos tickets aéreos, alimentación, llamadas y hotel.

Se deberá notificar de este suceso a la Compañía por medio de la Central de Asistencia el mismo día que sucede el “late arrival”.

3.18. Asistencia Psicológica

La Compañía ofrecerá un teléfono de apoyo psicológico las veinticuatro (24) horas para Asegurados que, a causa de repatriación sanitaria, fallecimiento de un familiar o catástrofe natural hayan sido afectados durante su viaje.

Este servicio se presta como apoyo psicológico en momentos que pueden generar fuerte tensión emocional, pero en ningún caso podrá sustituir la atención directa del Psicólogo o Psiquiatra del Asegurado, por lo que no debe utilizarse en ningún caso por parte de los mismos para establecer un diagnóstico o auto-medicarse, debiendo consultar con los referidos profesionales en cada caso particular.

3.19. Pérdida de Pasaporte (Pasaporte Seguro)

La Compañía asumirá ante el Asegurado, hasta el Límite de Responsabilidad indicado en la Tabla de Beneficios, por los costos que hubiera podido ocasionar la reposición de su pasaporte por hurto o pérdida en el extranjero.

Para hacer efectivo este beneficio, el evento debe haber sido informado a la Central de Asistencias de la Compañía dentro de las veinticuatro (24) horas de ocurrido y el Asegurado deberá presentar a la Compañía el comprobante de denuncia otorgado por las autoridades pertinentes tanto en país de origen como en país de destino.

3.20. ConciERGE/Info de Eventos y Espectáculos Culturales Principales Ciudades.

El servicio de ConciERGE de la Compañía se encuentra disponible las veinticuatro (24) horas del día, los trescientos sesenta y cinco (365) días del año para asistir al Asegurado en la consecución de información sobre entradas para espectáculos, arreglos de viaje, renta de vehículos, reservaciones para obras de teatro y cualquier otra información que el Asegurado pueda necesitar en las principales ciudades del mundo.

El Asegurado será responsable por todos los costos y gastos relacionados con la solicitud de los servicios de asistencia ConciERGE; este servicio es netamente informativo.

3.21. Compensación por Pérdida de Equipaje en Crucero.

La Compañía indemnizará al Asegurado, de acuerdo al Límite de Responsabilidad indicado en el Plan, en forma complementaria a la misma suma que paga o reconoce la naviera hasta el tope especificado en la Tabla de Beneficios.

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

- Que la línea aérea y la Central de la Compañía hayan sido notificadas del hecho por el Asegurado antes de abandonar el puerto donde se registró la pérdida siguiendo las instrucciones descritas más abajo.
- Que el equipaje se haya extraviado durante su transporte a bordo de un crucero; **este beneficio no aplica cuando la pérdida se origina en un crucero que no tenga un itinerario fijo publicado que opera regularmente.**
- Que el mencionado equipaje haya sido debidamente registrado, etiquetado y despachado en la bodega de la embarcación y haya sido debidamente presentado y entregado al personal de la naviera en el despacho del terminal. **La Compañía, no indemnizará al Asegurado 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 naviera y haya sido transportado en la bodega de la embarcación.**
- Que la pérdida del equipaje haya ocurrido entre el momento en que el mismo fue entregado a personal autorizado de la naviera para ser embarcado y el momento en que debió ser devuelto al pasajero al finalizar el viaje.
- Que la naviera se haya hecho cargo de su responsabilidad por la pérdida del mencionado equipaje, y haya abonado o pagado al Asegurado la indemnización prevista por ella. **No tienen derecho a esta compensación**

las pérdidas ocurridas en transporte terrestre en los puertos. La Compañía no podrá indemnizar al Asegurado cuando este no haya aun recibido la indemnización de la naviera.

- La compensación por pérdida total del equipaje se limitará a un solo bulto entero y completo faltante en forma definitiva.
- Es importante anotar que, en los casos de extravío de equipaje, los directos responsables de las mismas son las navieras o empresas transportadoras, por lo tanto, la Compañía intervendrá en calidad de intermediario facilitador entre la naviera 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 navieras se reservan el derecho de aceptar o no los reclamos a la Compañía, y en términos generales pueden exigir que las reclamaciones sean puestas directamente por los pasajeros y no permitir la intermediación de la Compañía.
- Las indemnizaciones serán siempre por concepto de pérdida de bulto completo, **la Compañía no indemnizará los faltantes parciales de equipaje.**
- Las indemnizaciones por conceptos de pérdida total de equipaje se abonarán únicamente en el país donde se compró la Póliza. A la firma de la aceptación del presente acuerdo el Asegurado acepta que se le descuenta los valores correspondientes a gastos bancarios y financieros resultantes de dichas transacciones. **Las demoras de equipaje no tienen derecho a indemnización alguna.**

Una vez que el Asegurado regrese a su país de origen deberá de presentar la siguiente documentación:

- Formulario de reclamo por pérdida de equipaje original,
- Cédula de identidad o pasaporte.
- Copia original del recibo de la indemnización de la línea aérea (Cheque, comprobante de pago de la misma, pasajes aéreos)

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

2. LÍMITES MÁXIMOS DE RESPONSABILIDAD DE LAS COBERTURAS

Los Límites de Responsabilidad de cada Cobertura serán los que se describen en la tabla seguidamente detallada:

COBERTURAS	Plan y Límites de Responsabilidad
	Plan Único
1. Asistencia Médica por Accidente o Asistencia Médica por Enfermedad No Preexistente.	US\$ 15.000,00
2. Asistencia Médica por Enfermedad Preexistente.	US\$ 100,00
3. Medicamentos Recetados. <ul style="list-style-type: none"> • Por Accidente o Enfermedad No Preexistente. • Enfermedad Preexistente 	Incluido US\$ 15.000,00 US\$ 100,00
4. Emergencia Dental.	US\$ 100,00
5. Traslado Sanitario y/o Repatriación Sanitaria.	US\$ 2.500,00
6. Repatriación funeraria.	US\$ 5.000,00
7. Traslado de un familiar por hospitalización	Tiquete aéreo + Hotel
8. Gastos de hotel por convalecencia.	US\$ 200,00
9. Orientación en caso de extravío de equipaje/documentos.	Incluido
10. Viaje de regreso por fallecimiento de familiar en 1° grado de consanguinidad.	Tiquete aéreo
11. Acompañamiento de Menores.	Tiquete aéreo
12. Línea de consultas 24 horas.	Incluido
13. Transmisión de mensajes urgentes.	Incluido
14. Transferencia de fondos y transferencia de fondos para fianza legal en caso de accidente de tránsito.	US\$ 5.000,00
15. Asistencia legal por accidente de tránsito.	US\$ 1.000,00
16. Compensación por pérdida de equipaje.	US\$ 150,00
17. Pérdida de vuelo o tren por cualquier motivo (Late arrival) (Retraso de viaje).	US\$ 50,00
18. Asistencia Psicológica.	Incluido
19. Pérdida de Pasaporte (Pasaporte Seguro).	US\$ 50,00
20. ConciERGE/Info.de eventos y espectáculos culturales principales ciudades.	Incluido
21. Compensación por pérdida de equipaje en crucero.	US\$ 150,00

En todo caso, los anteriores Límites de Responsabilidad o Suma Asegurada para los riesgos cubiertos también serán detallados en las Condiciones Particulares de la póliza y en el Certificado de Seguro de cada asegurado. Lo anterior será aplicable todos los tipos de coberturas que ampara el presente Addendum.

3. EXCLUSIONES

Además de las exclusiones detalladas en las Condiciones Generales, para los beneficios indicados en este Addendum, aplican las siguientes exclusiones:

1. Enfermedades crónicas o preexistentes, definidas, o recurrentes, padecidas con anterioridad al inicio de la vigencia del Plan y/o del viaje, sean estas del conocimiento o no por el Asegurado, así como sus agudizaciones, secuelas y consecuencias directas o indirectas (incluso cuando las mismas aparezcan por primera vez durante el viaje). 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 esta Póliza se refiere, son por ejemplo: 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 estrés, las angustias, 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, problemas como gastritis, gastralgia, úlceras, micosis recurrentes o no, entre otras; a excepción de la cobertura de “Asistencia Médica Por Enfermedad Preexistente” y la cobertura “Repatriación Funeraria”.
2. Enfermedades, lesiones, afecciones o complicaciones médicas resultantes de tratamientos efectuados o llevados a cabo por personas o profesionales no autorizados por el Departamento Médico de la Central de Asistencias de la Compañía, o exceptuándose lo determinado en el punto precedente.
3. Los tratamientos homeopáticos, tratamientos de acupuntura, la quinesioterapia, las curas termales, la podología, manicura, pedicura, etc.
4. Las afecciones, las enfermedades o lesiones derivadas de empresa, intento o acción criminal o penal del Asegurado, directa o indirectamente como peleas, riñas, flagelaciones, etc.
5. Afecciones, quemaduras o lesiones consecuentes y resultantes de la exposición prolongada al sol o fuentes de calor, químicas, rayos UV.
6. 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.
7. Gastos incurridos en cualquier tipo de prótesis, incluidas las dentales, lentes, audífonos, sillas de rueda, muletas, anteojos, etc.
8. Eventos ocurridos como consecuencia de simple entrenamientos, prácticas sencillas o participación activa o no activa en competencias deportivas (profesionales o amateurs). Además quedan expresamente excluidas las ocurrencias consecuentes a la práctica de deportes peligrosos o de riesgos o extremos incluyendo pero no limitando a: Motociclismo, Automovilismo, Boxeo, Polo, Ski acuático, Buceo, Ala Deltismo, Kartismo, Cuatrimotos, Alpinismo, Ski, Football, Boxeo, Canotaje, Parapente, Kayak, Bádminton, Básquet ball, Voleibol, Handball, karate do, Kung fú, Judo, Tiro al arco, Tiro fusil, Tejo, Rappel, Buceo, Torrentismo, Montañismo, Escalada, Puenting, Atletismo, Ciclismo, Luge Espeleología, Skeleton, la Caza de animales, Bobsleigh, etc., y otros deportes practicados fuera de pistas reglamentarias y autorizadas por las respectivas federaciones de deportes.
9. Los Partos. Estados de embarazo, controles ginecológicos, exámenes relacionados con los mismos y también todos los métodos anticonceptivos.
10. Los abortos, o las pérdidas cualquiera sea su etiología u origen.
11. Todo tipo de enfermedades mentales, nerviosas, o psicológicas, incluyendo las crisis nerviosas, crisis de pánico, de estrés 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 Asegurado y/o su familia, así como cualquier acto de manifiesta irresponsabilidad o imprudencia grave por parte del Asegurado del Plan de 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 Asegurado en motines, manifestaciones o tumultos que tengan o no carácter de guerra civil, o sea que la intervención sea personal o como miembro de una organización civil o militar; terrorismo u otra alteración grave del orden público.**
17. **Los actos mal intencionados y/o de mala fe de parte del Asegurado o de sus apoderados.**
18. **Los gastos por concepto de segunda consulta médica no previamente solicitada y autorizada por la Central de Asistencias de la Compañía.**
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 Asegurado no hubiere contratado un Plan con inclusión de "Asistencia Médica Preexistente", deberá asumir los costos de los mismos.**
20. **Gastos correspondientes a transportes públicos o privados o desplazamientos pagados por el Asegurado desde su hotel o lugar donde esté hasta el centro hospitalario, o centro médico, o consultorio del médico. A menos que dichos gastos hayan sido expresamente autorizados en forma escrita o verbal por la Central de Asistencias.**
21. **Las enfermedades derivadas o debidas o consecuentes de las deformaciones congénitas conocidas o no por el Asegurado.**
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 Asegurado hubiese participado como elemento activo. El intento de o la comisión de un acto ilegal y, en general, cualquier acto doloso o criminal del Asegurado, incluido el suministro de información falsa o diferente de la realidad.**
24. **Enfermedades endémicas, pandémicas o epidémicas. Las asistencias por estas enfermedades en países con o sin emergencia sanitaria en caso de que el Asegurado no haya seguido las sugerencias y/o indicaciones sobre restricciones de viaje y/o tratamiento profiláctico y/o vacunación emanadas de autoridades sanitarias.**
25. **La Compañía 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 Asegurado a menos que hayan sido previamente**

autorizados por la Central de Asistencia de la Compañía en forma escrita, al centro médico internacional que estuviere participando en la asistencia al Asegurado.

26. Cualquier gasto o asistencia médica que no haya sido previamente consultado y autorizado por la Central de Asistencias de la Compañía.
27. Las enfermedades, o indisposiciones resultantes de trastornos del periodo menstrual en las mujeres, como adelantos o retrasos, así como sangrados, flujos y otros.
28. Problemas relacionados con la tiroides.
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.
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 Asegurado 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, desórdenes cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, infecciones renales crónicas o no, hepatitis; todo tipo de enfermedades endémicas, epidémicas y/o pandémicas, etc., sean éstas conocidas o no por el Asegurado (La enumeración es taxativa y no enunciativa).
38. Están excluidos los accidentes y enfermedades presentadas en países en guerra civil o extranjera. Ejemplo: Afganistán, Irak, Sudán, Somalia, Corea del Norte, etc. (la enumeración es taxativa y no enunciativa).
39. No se brindará asistencia de ningún tipo al Asegurado en situación migratoria o laboral ilegal (incluyendo trabajo no declarado en el país desde donde se requiere la asistencia, o a estudiantes sorprendidos trabajando en país extranjero sin la respectiva autorización de las autoridades locales).
40. La Compañía no tomará a su cargo costos por fisioterapias referidas para el tratamiento de dolencias relacionadas a accidentes laborales, tareas repetitivas o enfermedades crónicas y/o degenerativas de los huesos o músculos. Las fisioterapias se cubrirán únicamente en caso tal que la dolencia haya sido ocasionada por un accidente no laboral bajo autorización previa del Departamento Médico de la Central de Asistencias en caso tal que se determine que con las mismas el pasajero podrá mejorar su condición actual y bajo ningún motivo, podrá exceder las diez (10) sesiones.

4. ASEGURADO TITULAR Y DURACIÓN DE LOS VIAJES DE ACUERDO A EDADES

El Asegurado es la persona natural cuyo nombre aparece reflejado en el Certificado de Seguro y es la beneficiaria de todas sus coberturas hasta el día aniversario, inclusive, de su edad límite, fecha a partir de la cual el Asegurado pierde todo

derecho a los beneficios y a todas las prestaciones de asistencia definidas en este Addendum, así como derecho a cualquier reembolso o reclamo alguno originado en eventos posteriores a tal día.

Las prestaciones o beneficios del Plan respectivo los podrá recibir exclusivamente el Asegurado Tarjetahabiente titular y son intransferibles, por lo cual el mismo deberá comprobar y demostrar su identidad, el cual debe estar debidamente reportado en una base de datos como Asegurado.

El Asegurado podrá hacer uso de los servicios contratados hasta las cero (00:00) horas del día de su aniversario según el Plan. A partir de esa fecha el Asegurado pierde todo derecho a los beneficios en cuanto a las prestaciones de asistencia definidas en este Addendum, así como el derecho a reembolso o reclamo alguno originado en eventos posteriores a tal día.

Para personas con ochenta y cuatro (84) años y más la duración permitida del viaje será hasta noventa (90) días de viaje.

5. LÍMITES GEOGRÁFICOS

La cobertura geográfica de este Addendum será de carácter Mundial, según sea el Plan adquirido.

Independientemente de donde se encuentre el Asegurado, se le dará cobertura en caso de requerir asistencia de acuerdo a lo indicado en el respectivo Plan adquirido. **Se excluye en todo caso el país de residencia habitual del Asegurado o país donde se emitió el Plan de Asistencia.**

6. DEDUCIBLES

Para las coberturas indicadas en este Addendum no aplicará ningún deducible.

7. OBLIGACIONES DE LA COMPAÑÍA

1. Cumplir las prestaciones y beneficios descritos en las Condiciones Generales y este Addendum de eventos cubiertos en el Plan durante la vigencia de la Póliza.
2. Analizar cada solicitud de reembolso para determinar si es procedente y en consecuencia reintegrar los montos que correspondieren de acuerdo al presente Addendum y montos de cobertura del Plan.
3. Los tiempos establecidos para el procesamiento de un reembolso son:
 - a. El Asegurado deberá de entregar a la Compañía la documentación y respaldos necesarios para iniciar el proceso del reembolso.
 - b. Una vez recibidos los documentos, la Compañía, en los siguientes cinco (5) días hábiles solicitará cualquier documento faltante que no haya sido entregado por el Asegurado.
 - c. Con todos los documentos necesarios a mano, la Compañía procederá durante los siguientes cinco (5) días hábiles a analizar el caso y emitir la carta de aprobación o negación de dicho reembolso.
 - d. Siendo procedente el reembolso, la Compañía procederá a efectuar el pago en los treinta (30) días hábiles, posteriores a la fecha de recepción de los datos completos vía escrita para la realización de la transferencia.

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

8. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

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

1. 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 por el Plan de asistencia. El Asegurado deberá tomar anotar de los nombres, apellidos y números de autorizaciones que le serán dados por la Central de Asistencias.

En los casos donde no se haya solicitado la autorización a la central ni se haya obtenido la autorización, no procederán reembolsos algunos, ni darán derechos a reclamos. Únicamente, en los casos donde el Asegurado

se haya hecho atender por una urgencia real y comprobable y por su cuenta sin avisar a la Central de Asistencias, y que luego la haya reportado a la misma Central, dichos casos serán sometidos a estudio para su respectiva autorización o rechazo.

2. Queda entendido que la notificación a la Central de Asistencia resulta imprescindible aun cuando el problema suscitado se encuentre totalmente resuelto, ya que la Compañía no podrá tomar a su cargo el costo de ninguna asistencia sin el previo conocimiento y autorización de la Central de Asistencias.

El Asegurado acepta que la Compañía (o la empresa que provea el servicio) se reserva el derecho de grabar y auditar las conversaciones telefónicas que estime necesarias para el buen desarrollo de la prestación de sus servicios. El Asegurado acepta expresamente la modalidad indicada y manifiesta su conformidad por la eventual utilización de los registros como medio de prueba en caso de existencia de controversias respecto de la asistencia prestada.

3. Si el Asegurado o una tercera persona no pudiera comunicarse por una circunstancia o razón involuntaria con la Central de Asistencias, el Asegurado, 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 setenta y dos (72) horas de producido el evento.

La falta de notificación dentro de las setenta y dos (72) horas acarrea la pérdida automática de los derechos del Asegurado a reclamar o solicitar indemnización alguna.

4. 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.
5. Proveer la documentación que permita confirmar la procedencia del caso, así como todos los comprobantes originales de gastos a ser evaluados para su eventual reembolso por la Compañía y toda la información médica (incluyendo la anterior al inicio del viaje), que permita a la central la evaluación del caso.
6. En todos aquellos casos en que la Compañía lo requiera, el Asegurado deberá otorgar las autorizaciones para revelar su historia clínica completando el documento necesario que la Compañía le provea y lo devolverá por fax a la misma.

Asimismo, el Asegurado autoriza en forma absoluta e irrevocable a la Compañía 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.

El Asegurado deberá diligenciar siempre el formulario que le provea la Compañía cuando se registren en un centro hospitalario, lo cual será útil en los casos de reembolsos y/o en la toma de decisiones sobre determinados casos que requieran del estudio del historial médico del paciente.

7. Será obligación del Asegurado entregar a la Compañía el/los billetes de pasaje (tickets, boletos) que posea, en aquellos casos en que la Compañía se haga cargo de la diferencia sobre el o los pasajes originales y los nuevos emitidos, o cuando procedan a la repatriación del Asegurado sea el que fuere el motivo.

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 Asegurado deberá contactar la oficina de la Central de Asistencias marcando los números o escribiendo al email que se detallan en el Certificado de Seguro y notificar esta situación. La Central se encargará de aclarar dicha situación con el centro hospitalario.

9. 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 Addendum, el Asegurado contactará a la Central de Asistencias. Para poder comunicarse con dicha central por vía telefónica, el Asegurado 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 Asegurado deberá llamar directamente a la Central de Asistencias y la Compañía le reembolsará el costo de la llamada, por lo que deberá de guardar el comprobante de pago de dicha llamada.

En caso de llamadas efectuadas desde hoteles se debe guardar copia de la factura donde está reflejado el cobro de dicha llamada con el número correspondiente.

Es obligación del Asegurado siempre llamar y reportar la emergencia.

En los casos en que el Asegurado no pueda hacerlo personalmente deberá y podrá hacerlo cualquier acompañante, amigo o familiar pero siempre la llamada o aviso deberá hacerse a más tardar dentro de las veinticuatro (24) horas de haber sucedido la emergencia. **El no cumplimiento de esta norma acarrea la pérdida automática de cualquier derecho de reclamo de parte del Asegurado.** Los números de la Central de Asistencias, de acuerdo al país, serán los indicados en el Certificado de Seguro.

Se debe de tomar en cuenta que los teléfonos "toll free" que se indican en el Certificado de Seguro se deberán marcar tal cual como aparecen.

En caso que el país donde se encuentre no tenga un teléfono "toll free", se deberá llamar a través de la operadora internacional del país donde se encuentre el Asegurado solicitando cobro revertido al teléfono en Estados Unidos.

El Asegurado deberá indicar su nombre, número póliza, y período de validez del mismo, el lugar en que se encuentra, teléfono de contacto y el motivo de la solicitud de asistencia.

La red de proveedores autorizados podrá ser consultada por el Asegurado en cualquier momento con la Central de Asistencia, mediante los teléfonos "toll free" y medios que se indican en el Certificado de Seguro.

10. VIGENCIA

Es el lapso de tiempo en el que pueden ser obtenidos los beneficios indicados por el Plan del servicio de asistencia, incluyendo éste, es el que transcurre desde las cero (00:00) horas del día de comienzo de validez de dicho Plan, estando el Asegurado en territorio extranjero, hasta las veintitrés horas con cincuenta y nueve minutos (23:59) del día del fin de dicha validez, ambas fechas reflejadas en el Certificado de Seguro adquirido por el Asegurado.

Los beneficios y prestaciones descritos en las Condiciones Generales, tendrán validez solamente durante la vigencia indicada en el Certificado de Seguro.

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. El Plan de asistencia internacional, opera bajo la modalidad de días corridos, por lo tanto, una vez iniciada la vigencia de un Plan, no es posible interrumpir la misma.

En el caso de solicitar asistencia por parte de estudiantes que tengan este tipo de Plan de asistencia, tendrán que enviar por fax a la Central de Asistencias la credencial de la Universidad o de la escuela respectiva en la que estudian en el extranjero. En cuanto a los empresarios, éstos deberán pedir a su empresa en su país de origen el envío de una carta certificando la validez de la misión, en papelería membretada de la misma, o por el e-mail de dicha empresa.

No se brindará asistencia de ningún tipo al Asegurado en situación migratoria o laboral ilegal. (Incluyendo trabajo no declarado en el país desde donde se requiere la asistencia).

El Plan de asistencia en viajes 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 de una primera póliza original y/o anteriores o antes de la vigencia del nuevo Plan y/o póliza, independientemente de que las gestiones o tratamientos en curso hayan sido autorizados. **Toda asistencia médica tratada en una póliza anterior pasará automáticamente a ser considerada como preexistencia durante la vigencia de la nueva póliza y por lo tanto no será asumida por la Compañía, a excepción de lo indicado en la cobertura de "Asistencia Médica por Enfermedad Preexistente".**

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

1. Hasta siete (7) días adicionales contados desde el día de finalización de vigencia del Certificado de Seguro;
2. Hasta que se haya agotado el monto del beneficio respectivo contratado; o
3. Hasta que el Médico firme el alta del Asegurado en el transcurso de los ocho (8) días de ampliación de protección.

Toda asistencia o tratamiento cesará y no será responsabilidad de la Compañía una vez que el Asegurado regrese a su país de residencia o expire el período de validez del Plan, salvo las excepciones anteriormente mencionadas.

Si el motivo del viaje del Asegurado fuese la ejecución de trabajos o tareas que involucren un riesgo profesional, por realizar tareas de alta especialización en donde se exponga la vida; o se esté expuesto a sustancias peligrosas; o al manejo de maquinarias pesadas; o que funcionen con gases, presión de aire o fluidos hidroneumáticos; o que requieran habilidades físicas especiales, o donde se vea expuesto a peligro y como consecuencia de ello sufra el Asegurado un accidente o una enfermedad consecencial; o bien realice labores que de acuerdo con las normas generales de seguridad industrial del país en donde se ejecuten dichos trabajos, las cuales exijan el cumplimiento formal de las mismas previa la ejecución de los mismos, estableciendo responsabilidad patronal para aquella persona natural o jurídica para la cual se ejecuten los mismos, **entonces la Compañía quedará eximida de toda responsabilidad de prestar sus servicios o asumir costos que se deriven de tales circunstancias.**

Esta disposición aplica igualmente a aquellas personas que no estén ligadas laboralmente con una empresa y que actúan por su cuenta, como los trabajadores independientes.

CONDICIONES VARIAS (CLAUSULADO GENERAL)

En todo lo no incluido en este Addendum aplicará lo indicado en las Condiciones Generales del mismo.

En fe de lo cual se emite este Addendum y se extiende la Cobertura De Servicio: Plan De Asistencia Viajera (Dólares) en la fecha que se indica en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Para ser adherido y formar parte de la Póliza No.
Emitida a nombre de:



Giancarlo Caamaño Lizano

Representante Autorizado
ASSA Compañía de Seguros, S. A.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el registro número G07-46-A05-885 de fecha 27 de septiembre del 2024