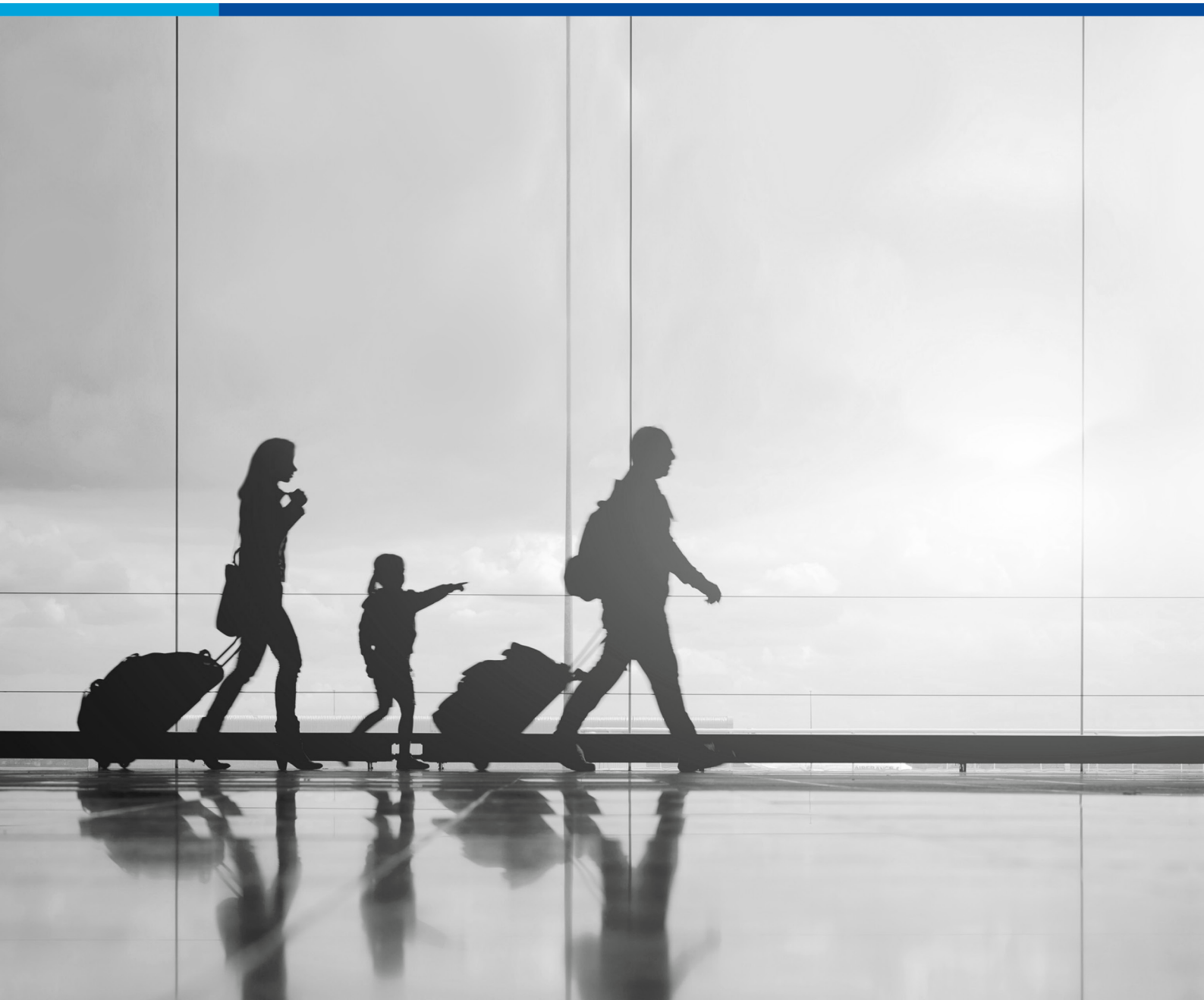
CG | UNITED

www.cg.insure

Travel Pro

Condiciones de la Póliza



Gracias por elegir a CG United.

El seguro de viaje Travel Pro ofrece asistencia avanzada y máxima protección para viajes al extranjero.

Si necesita más detalles o tiene alguna pregunta, su corredor de seguros o la sucursal local de CG United estarán encantados de ayudarle. También puede obtener ayuda y orientación visitando nuestro sitio web, www.cg.insure.

Importante
La cobertura de seguro proporcionada por esta Póliza puede ser modificada por cláusulas adjuntas a la misma.

Consulte la sección Nuestro Acuerdo en la página 4 de las Condiciones de la Póliza y lea todos los documentos de la Póliza para asegurarse de contar con la cobertura de seguro necesaria.

Índice

Sección		Páginas
	Nuestro Acuerdo	4
1	Definiciones	5-8
2	Descripción de Beneficios	9
	Gastos Médicos	9-10
	Traslados / Reunión Familiar	11-12
	Accidente Personal	13-14
	Equipaje	15-16
	Cancelaciones	17-18
	Demoras	19
	Responsabilidad Civil Personal	20-21
3	Exclusiones Generales	22-23
4	Procedimiento de Reclamos	24-25
5	Condiciones Generales	26-27
6	Protección de Datos	28
7	Anexo de Deportes	29
8	Anexo de EE. UU.	30

Nuestro Acuerdo

Esta **póliza** de seguro está asegurada por la **aseguradora** indicada en la **Carátula de la Póliza**, en adelante denominada la **Compañía**.

Las condiciones de la **póliza**, la **Carátula de la Póliza** y la **Lista de Beneficios** deberán leerse conjuntamente y constituyen un acuerdo exigible entre **usted** y la **Compañía**. Esta **póliza** de seguro cubre a las personas aseguradas indicadas en la **Carátula de la Póliza** frente a **eventos** inesperados durante **viajes** fuera del país de residencia. No existe **cobertura** bajo esta **póliza** de seguro cuando el propósito de salir del país de residencia sea obtener tratamiento médico o someterse a pruebas médicas en el **extranjero**.

Definiciones
Toda palabra o expresión a la que se haya atribuido un significado específico en las **Definiciones**, o en cualquier otra parte de las condiciones de la **póliza**, tendrá dicho significado cada vez que aparezca y esté resaltada en **negrita**.

Duración de la Cobertura
La **cobertura** de este seguro comienza en el momento en que el **asegurado** aborda un **transportista común**, siempre que ello ocurra durante el período de vigencia de la **póliza** indicado en la **Carátula de la Póliza.** La **cobertura** termina en la **fecha de finalización** o en el momento en que el **asegurado** desembarca de un **transportista común** al regresar a su país de residencia, lo que ocurra primero. Sin embargo, la **cobertura** opcional de cancelación previa al **viaje** comienza después de que el **viaje** reservado haya sido pagado y se haya emitido la **Carátula de la Póliza**. La **cobertura** opcional de cancelación previa al **viaje** finaliza en la fecha en que se produzca la causa de cancelación o en la **fecha de inicio** a las 00:00 AST, lo que ocurra primero.

Cancelación Previa al Viaje
El beneficio opcional de cancelación previa al **viaje** se cancela automáticamente si la **póliza** de seguro no se compra al menos **14 días antes** de la **fecha de inicio** del **viaje**.

Período de Espera
Se aplica un período de espera de 24 horas cuando el seguro se compra en la **fecha de inicio**. No existe **cobertura** bajo la **póliza** de **seguro** durante las primeras 24 horas. La **cobertura** entra en vigor una vez finalizado el período de espera.

Período Máximo del Beneficio de Gastos Médicos
Pagaremos los gastos médicos elegibles por un máximo de 60 días consecutivos, comenzando el primer día de tratamiento de una **lesión** cubierta o de una **enfermedad aguda** que haya ocurrido o comenzado mientras viajaba al **extranjero**. El período de 60 días no se amplía si el período del seguro se extiende o si se renueva una **póliza** multiviaje anual. La **cobertura** de la **lesión** o **enfermedad** cesa automáticamente cuando se hayan agotado los límites máximos asegurados para Gastos Médicos o cuando el **asegurado** regrese a su país de residencia, lo que ocurra primero.

Condiciones Preexistentes
Esta **póliza** de seguro excluye las **condiciones preexistentes** según se definen en la **póliza**.

Límites Geográficos
Esta **póliza** de seguro cubre prácticamente todos los destinos del mundo. Los países excluidos se indican en la **Carátula de la Póliza**.

Reclamos
Esta **póliza** de seguro incluye un Procedimiento de Reclamos que indica los pasos que debe seguir al presentar un reclamo y explica las obligaciones de la **Compañía** frente a **usted**. Tendrá 90 días después de la **fecha de regreso** para presentar un reclamo. Todo derecho a reclamar bajo esta **póliza** caducará automáticamente si no presenta su reclamo dentro de los 90 días posteriores a su **fecha de regreso**.

Período Máximo
El período máximo permitido de **cobertura** bajo el seguro por **viaje** único es de 90 días consecutivos. Para las **pólizas** multiviajes anuales, el número máximo de días de **cobertura** por **viaje** se especifica en la **Carátula de la Póliza**.

1. Definiciones

Accidente	Un suceso repentino, involuntario e inesperado causado por medios externos y visibles, que produce una **lesión** física o el fallecimiento del **asegurado**. La causa de dicho **accidente** debe ser directa, externa al cuerpo de la víctima y ocurrir fuera del control de la víctima. Los **accidentes** no incluyen enfermedades, dolencias, enfermedades ocupacionales, escapes de gas ni emanaciones.
Anexo	Una cláusula adicional a la **póliza** de seguro que modifica los términos de la **póliza** original, por lo general a cambio de una prima adicional.
Asegurado / Usted / Su(s)	Toda persona o empleado cubierto por esta **póliza** e indicado en una **Carátula de la Póliza** válida.
Atención Médica	Gastos de tratamiento **Médicamente Necesario** como resultado inmediato de un **accidente** o una **enfermedad aguda** que ocurre durante el **viaje** al **extranjero**.
Beneficio	El **beneficio**, compensación o reembolso indicado en la **Lista de Beneficios** al que el **Asegurado** o, en determinados casos, sus beneficiarios tendrán acceso cuando ocurra un **evento** cubierto. Un beneficio queda excluido si su **sublímite** es 0 o aparece vacío con un guion (-) en la **Lista de Beneficios**.
Carátula de la Póliza	Documento emitido por la **Compañía** bajo el título **"Póliza"**, en el que se indican el producto de seguro contratado, las condiciones de la póliza aplicables y los datos de los **asegurados**. La **Carátula de la Póliza** deberá leerse siempre conjuntamente con las condiciones de la póliza especificadas en ella.
Carta de Garantía	Una **Carta de Garantía** garantiza el pago directamente a un proveedor de servicios. Si la **Compañía** aprueba una solicitud, la **Compañía** pagará directamente al proveedor todos los gastos elegibles.
Centro de Asistencia	El centro global de atención al cliente indicado en los documentos de la **póliza**, que atiende necesidades médicas, de **viaje** y de seguridad de **emergencia** las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
Cobertura	El plan de seguro seleccionado por el **asegurado** y que figura como cubierto en la **Carátula de la Póliza.**
Compañía / Aseguradora / Nosotros / Nuestro(s)	La aseguradora indicada en la **Carátula de la Póliza.**
Complicaciones del Embarazo	Enfermedades cuyo diagnóstico es distinto del Embarazo, pero que son afectadas negativamente por el Embarazo o causadas por este y que no están asociadas con un Embarazo normal. Incluye: aborto espontáneo, eclampsia y afecciones de gravedad comparable. Las **Complicaciones del Embarazo no incluyen**: falso trabajo de parto, embarazo ectópico (a menos que ponga en riesgo la vida), preeclampsia, edema, trabajo de parto prolongado, aborto voluntario, reposo prescrito durante el Embarazo, pruebas de embarazo, análisis de sangre de ADN, pruebas de líquido amniótico, náuseas matutinas y afecciones de gravedad comparable asociadas con el manejo de un Embarazo difícil y que no constituyan una afección médicamente distinta o que ponga en riesgo la vida.
Condición Crónica	Una condición médica de larga duración que puede empeorar gradualmente con el tiempo. Las condiciones crónicas incluyen, entre otras, ELA, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Alzheimer, artritis, cáncer, EPOC, diabetes, VIH o SIDA, enfermedad cardíaca, osteoporosis, SDR, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, epilepsia, glaucoma, lupus, hipertensión, hemofilia, hiperlipidemia, hipotiroidismo, enfermedad o trastorno mental, enfermedad renal, enfermedad pulmonar, etc.
Condición Preexistente	Una **lesión**, discapacidad, enfermedad, dolencia o cualquier otra afección, trastorno o padecimiento físico, médico, dental, mental o nervioso (conocido o desconocido) que existía en la **fecha de solicitud**

	del seguro o con anterioridad a ella. También incluye cualquier afección médica o dental existente, en curso, crónica, congénita o recurrente respecto de la cual un **asegurado** haya recibido o se le haya recomendado recibir atención, **medicamentos recetados**, tratamiento o asesoramiento de un **médico**; la existencia de historiales médicos u hospitalarios previos, síntomas, signos o alteraciones perceptibles de la salud, o resultados diagnósticos positivos, en cualquier momento del pasado, en la **fecha de solicitud** o antes de ella; o cualquier afección que hubiera requerido hospitalización o cirugía del **asegurado** en cualquier momento anterior a la **fecha de solicitud**. La **aseguradora** podrá verificar la **condición preexistente** por todos los medios disponibles, incluidos historiales clínicos y/o notas médicas u hospitalarias en consultorios, laboratorios u hospitales, o mediante examen por un **médico** u otro profesional; y el **asegurado** acepta facilitar a la **aseguradora** el acceso a dicha documentación.
Deducible	El **deducible** es el monto indicado en la **Carátula de la Póliza** o en **la Lista de Beneficios** que debe ser asumido por el **asegurado** por cada **Evento** cubierto. Cuando corresponda, la **Compañía** podrá deducir el **deducible** del monto de la indemnización.
Dependientes	Bajo una **póliza** multiviaje anual, un dependiente es el cónyuge, hijo o cualquier otro familiar que resida con el **Titular de la Póliza**.
Desastre Natural	Terremoto, erupción volcánica, tsunami, huracán, tornado o inundación que cause destrucción y daños generalizados. Se excluyen todos los demás eventos naturales no enumerados.
Efectos Personales	Artículos personales y documentos de **viaje** que el **asegurado** lleva consigo o adquiere durante el **viaje** al **extranjero**.
Emergencia	Una afección médica que se manifiesta mediante signos o síntomas agudos que razonablemente podrían provocar la pérdida de una extremidad o poner en peligro la vida del **asegurado** si no recibe **atención médica** dentro de las 24 horas.
Enfermedad Aguda	Una enfermedad de aparición súbita o abrupta y de corta duración, no causada por un **accidente**, que se manifiesta por primera vez durante el **viaje** al **extranjero** y que no está relacionada con ninguna **condición crónica** o **preexistente**.
Enfermedad Aguda Grave	Una **enfermedad aguda** importante que conlleva un alto riesgo de mortalidad y que afecta negativamente el funcionamiento diario o la calidad de vida de una persona.
Enfermedad Congénita	Una afección o anomalía médica existente al nacer y, con frecuencia, antes del nacimiento, o que se desarrolla poco después de nacer, independientemente de su causa. Las anomalías congénitas incluyen afecciones del sistema gastrointestinal, corazón, extremidades, sistema nervioso, riñones y vías urinarias.
Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)	Sífilis, gonorrea, linfogranuloma venéreo, chancroide, granuloma inguinal, clamidiosis, tricomoniasis, candidiasis genital, herpes genital, enfermedad inflamatoria pélvica (EIP), virus del papiloma humano (VPH), Mycoplasma genitalium y hepatitis viral.
Equipaje (Facturado)	**Efectos personales** empacados en maletas o bolsos y facturados con un **Transportista Común**.
Especialista	Un **médico** autorizado especializado en una determinada rama de la medicina mediante la formación recibida.
Evento	Un suceso o incidente imprevisto que obliga a la **Compañía** a pagar al **asegurado**, siempre que dicho suceso no esté excluido por la **póliza**.
Extranjero	Un país al que viaja el **asegurado** fuera de su país de residencia.
Fallecimiento Accidental	Fallecimiento de un **asegurado** causado por un **accidente**. El fallecimiento debe ocurrir dentro de los 90 días siguientes al suceso repentino, involuntario e inesperado y no puede ser causado por una enfermedad, dolencia, enfermedad ocupacional, infección no relacionada con un accidente, ni por tratamiento médico o quirúrgico.
Familiar Cercano	Un cónyuge o pareja (que resida y esté registrado en el mismo

	domicilio), un hijo o hija, yerno o nuera, nieto o nieta, padre o madre, abuelo o abuela, suegro o suegra, hermano o hermana, cuñado o cuñada, hermanastro o hermanastra, sobrino o sobrina, siempre que todas las personas anteriormente mencionadas residan en el mismo país que el **asegurado**.
Fecha de Finalización	La **cobertura** termina en la primera de las siguientes situaciones: 1. a las 23:59 AST de la **fecha de finalización** indicada en la **Carátula de la Póliza**; 2. En la fecha y hora en que el **asegurado** desembarca de un **transportista común** al regresar a su país de residencia.
Fecha de Inicio	La fecha en que el **asegurado** sale de su país y comienza el **viaje** al **extranjero**. La **cobertura** comienza en el momento en que el **asegurado** aborda un **transportista común**, siempre que ello ocurra durante el período de vigencia de la **póliza**.
Fecha de Regreso	La fecha en que el **asegurado** regresa de un **viaje** al **extranjero**.
Fecha de Solicitud	La fecha en que se completó y finalizó el formulario de solicitud del seguro.
Gastos Misceláneos	Los costos médicos que, además de los costos de enfermería y del tratamiento por **especialistas**, estén directamente relacionados con una hospitalización y se hayan incurrido durante esta, tales como radiografías, análisis de laboratorio, transfusiones de sangre, medicamentos, radioterapia, anestesia, material de curación y uso del quirófano.
Hospital	Una institución destinada al cuidado y tratamiento de personas enfermas que haya sido reconocida como **hospital** por las autoridades gubernamentales competentes, excluyendo residencias de descanso, centros de convalecencia y hogares de enfermería.
Lesión	Una **lesión** física causada exclusivamente por un **accidente** que ocurre durante el **viaje** al **extranjero**.
Lesión Grave	Una **lesión** que causa deterioro a largo plazo o pérdida de una función corporal y que impide al **asegurado** viajar.
Límite Agregado Anual	El monto máximo pagadero durante un año de **póliza** por todos los **viajes,** reclamos y **asegurados** en conjunto. El Límite Agregado Anual no aumenta los **sublímites de los beneficios** ni el **Monto Máximo Total Pagadero** por **viaje**. Solo aplica a **pólizas** multiviajes anuales.
Límite Máximo del Grupo	El monto máximo pagadero por **viaje** para todos los **asegurados** en conjunto. Solo aplica a **pólizas** de grupo compuestas por 7 o más **asegurados**. El **Límite Máximo del Grupo** no aumenta los **Límites Máximos** ni los **sublímites de beneficios** de los **asegurados**. Los **sublímites** se reducen proporcionalmente si se alcanza el **Límite Máximo del Grupo**.
Lista de Beneficios	Documento adjunto a la **Carátula de la Póliza** que resume la **Cobertura**, los **Beneficios**, el **Máximo** y los **sublímites** por **asegurado**. Un **beneficio** queda excluido si su **sublímite** es 0 o aparece vacío con un guion (-) en la **Lista de Beneficios.**
Médicamente Necesario	Un servicio necesario y adecuado para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o **lesión**, según determine un **médico** autorizado. La cirugía estética que no sea **médicamente necesaria** no está cubierta.
Medicamentos Recetados	**Medicamentos médicamente necesarios** vendidos por una farmacia autorizada y recetados por el **médico** tratante o **especialista**, por un suministro máximo de 60 días por receta. Los medicamentos de venta libre quedan siempre excluidos, incluso si fueron recetados. Estos incluyen, entre otros, productos fortificantes, alimentos, productos para bajar de peso, tónicos, medicamentos o vinos medicinales, productos para lágrimas y preparados vitamínicos (excepto en caso de avitaminosis claramente demostrada), laxantes, anticonceptivos, medicamentos homeopáticos o hierbas, cosméticos, estimulantes de la libido o sexuales y medicamentos para el acné.

Médico	Un **médico** general o de atención primaria autorizado en el país de destino.
Monto Máximo Total Pagadero	El **monto máximo total pagadero** por todos los gastos y beneficios cubiertos en conjunto, por **asegurado** y por **viaje**. Una vez agotado el límite máximo total, la **Compañía** ya no será responsable de ningún gasto reclamado. Este límite no aumenta los **sublímites de los beneficios**.
Paciente Hospitalizado	Un **asegurado** que permanece durante la noche como paciente de un **hospital**, utilizando y pagando habitación y alimentación, siempre que, por razones médicas, la atención de enfermería, evaluación y tratamiento solo puedan brindarse en un **hospital**.
Póliza	El contrato entre la **Compañía** y el **Titular de la Póliza**, compuesto por la **Carátula de la Póliza**, la **Tarjeta de Seguro**, las condiciones de la **póliza** y la **Lista de Beneficios**. La palabra **"Póliza"** que figura como título en la **Carátula de la Póliza** constituye únicamente la denominación de dicho documento y no limita el significado de **póliza** establecido en esta definición.
Sublímite	El monto máximo pagadero por cada **beneficio** cubierto, por **asegurado** y por **evento**, según se establece en la **Lista de Beneficios.** Un **sublímite** forma parte del **Monto Máximo Total Pagadero** y no se añade a este. El límite máximo total no aumenta el **sublímite** de un **beneficio**. Si se alcanza el límite máximo total, todos los **beneficios** y **sublímites** no utilizados quedarán sin efecto. Un **beneficio** queda excluido si su **sublímite** es 0 o aparece vacío con un guion (-) en la **Lista de Beneficios.**
Tarjeta de Seguro	Comprobante de seguro emitido a cada persona asegurada. La tarjeta ofrece un resumen de la **cobertura** del **asegurado**, números de emergencia y datos del **asegurado**. La **Tarjeta de Seguro** solo puede utilizarse para validar la **cobertura** y no sustituye la **Carátula de la Póliza** ni sus términos y condiciones.
Transportista Común	Un avión, tren o crucero que opera con fines comerciales y transporta pasajeros que pagan tarifa en rutas regulares publicadas. No incluye taxis o similares, vehículos de alquiler, servicios de traslado desde estacionamientos ni ningún otro medio de transporte privado de pasajeros.
Usual, Acostumbrado y Razonable	El cargo más común por servicios, medicamentos o suministros similares dentro del área donde se incurre en el cargo, siempre que dichos cargos sean **Razonables**. La **Compañía** determinará qué se considera un cargo **Usual**, **Acostumbrado** y **Razonable**. Para determinarlo, **nosotros** podremos considerar uno o más de los siguientes factores: el nivel de destreza, formación y experiencia necesarios para realizar el procedimiento o servicio; el tiempo necesario para realizarlo en comparación con servicios similares; la gravedad o naturaleza de la Enfermedad o **lesión** tratada; el monto cobrado por servicios, medicamentos o suministros iguales o comparables en la localidad; el monto cobrado por servicios, medicamentos o suministros iguales o comparables en otras partes del país; el costo para el proveedor de brindar el servicio, medicamento o suministro; y cualquier otro factor que la **Compañía**, en el ejercicio razonable de su criterio, considere apropiado.
Valor Real Actual	El **Valor Real Actual** es el valor del artículo perdido o dañado en el momento de la pérdida. Se calcula restando la depreciación al valor del artículo nuevo.
Viaje	El desplazamiento del asegurado para visitar un país extranjero, cubierto por la póliza desde la fecha de inicio hasta la fecha de regreso.

2. Descripción de Beneficios

Los distintos tipos de **beneficios** descritos a continuación se considerarán cubiertos únicamente si dichos **beneficios** están expresamente incluidos en la **cobertura** seleccionada que aparece en la **Carátula de la Póliza**, y están sujetos al **Monto Máximo Total Pagadero**, al **Límite Máximo del Grupo** y a los **Sublímites** indicados en la **Lista de Beneficios** adjunta a la **Carátula de la Póliza**.

Gastos Médicos

Servicios **Médicamente Necesarios** como resultado inmediato de un **accidente** o una **enfermedad aguda** que ocurra durante el **viaje** al **extranjero**, sujetos a la **cobertura** seleccionada, los **sublímites** y las restricciones de edad indicados en la **Lista de Beneficios.**

1. **Atención Médica** para el tratamiento de una **enfermedad aguda** o **lesión** no excluida de otro modo bajo esta **póliza**

   Cargos Usuales, Acostumbrados y **Razonables** por los siguientes servicios médicos:

   a. Servicios prestados por un **médico**. Solo se cubrirá una consulta por día.
   b. Servicios prestados por un **especialista**, siempre que el **asegurado** haya sido remitido por un **médico**. Solo se cubrirá una consulta por día.
   c. **Medicamentos recetados** prescritos por un **médico** o **especialista**, por un suministro máximo de 60 días.
   d. Exámenes **médicos**, pruebas o tratamientos radiológicos y análisis de laboratorio, siempre que hayan sido recomendados por un **médico** o **especialista**.
   e. Ingreso al **hospital** como **paciente hospitalizado**, incluidos los **gastos misceláneos** y los costos de enfermería elegibles.
   f. Costos quirúrgicos de operaciones **médicamente necesarias**.
   g. Cargos de sala de **emergencias** por **lesiones**, traumatismos o enfermedades agudas que requieran tratamiento inmediato.
   h. **Complicaciones del embarazo** repentinas e inesperadas, según se definen en esta **póliza**, hasta el **sublímite** especificado y durante las primeras 26 semanas de embarazo.

2. **Atención Dental de Emergencia**
   Tratamiento dental de **emergencia** necesario para resolver la aparición aguda de dolor, hasta el **sublímite** especificado, siempre que el tratamiento se obtenga dentro de las 48 horas posteriores al inicio del dolor agudo.

   Quedan excluidos de la sección de Gastos Médicos:

   a. **Condiciones Preexistentes.**
   b. Servicios, suministros, medicamentos preventivos, medicación o tratamientos, incluido cualquier período de hospitalización, que no hayan sido recomendados, aprobados y certificados como **médicamente necesarios**.
   c. Cualquier tratamiento rutinario, examen físico, prueba radiológica o prueba de laboratorio preventiva u obligatoria que no sea **médicamente necesaria**.
   d. Tratamientos de rejuvenecimiento, trasplantes de cabello, tratamientos estéticos, cirugía reconstructiva, cosmética o plástica, excepto cuando dicha cirugía sea absolutamente esencial o necesaria como consecuencia de una **lesión** del **asegurado** ocurrida durante el **viaje al extranjero** y causada por un riesgo cubierto por esta **póliza**.
   e. Habitación privada en un **hospital**, salvo que haya sido médicamente prescrita y aprobada por **nosotros**.
   f. Anomalías congénitas y enfermedades o condiciones derivadas de estas.
   g. Calzado ortopédico, dispositivos ortopédicos prescritos para ser colocados o utilizados en el calzado, tratamiento de pies débiles, lesionados, planos, inestables o desequilibrados, metatarsalgia o juanetes, así como el tratamiento de callos, callosidades o uñas de los pies.

h. Diagnóstico, extirpación o tratamiento de acné, lunares, acrocordones, enfermedades de las glándulas sebáceas, seborrea, quistes sebáceos, tumores, enfermedades no especificadas de las glándulas sebáceas, afecciones hipertróficas y atróficas de la piel y nevus.
i. Desviación del tabique nasal, incluida la resección submucosa y/o cualquier corrección quirúrgica de esta.
j. Trasplante de órganos o tejidos.
k. Diagnóstico, pruebas o tratamiento de cáncer, enfermedad renal, **Enfermedades de Transmisión Sexual**, VIH y SIDA.
l. Atención prenatal, parto, pruebas de embarazo y embarazo, excepto por **complicaciones del embarazo**, según se definen en la presente **póliza**, durante las primeras 26 semanas de embarazo.
m. Interrupción del embarazo, excepto cuando esté relacionada con **complicaciones del embarazo** durante las primeras 26 semanas de embarazo o con condiciones que pongan en peligro la vida.
n. Impotencia y cualquier medicamento, prueba, tratamiento o procedimiento que promueva o impida la concepción, incluidos, entre otros: inseminación artificial, tratamiento de infertilidad, esterilización o reversión de la esterilización.
o. Diagnóstico, pruebas o tratamiento de afecciones derivadas del consumo de drogas ilícitas o del abuso de alcohol, medicamentos de uso legal, sustancias químicas o similares.
p. Inmunizaciones y vacunas.
q. Servicios médicos, medicamentos y suministros en el país de residencia del **asegurado** o fuera del período de **viaje**.
r. Anteojos, lentes de contacto, exámenes de la vista, audífonos y exámenes para la prescripción o ajuste de estos, salvo que la **enfermedad aguda** o el **accidente** haya causado un deterioro de la visión o de la audición.
s. Tratamiento y medicamentos proporcionados por un **hospital** administrado por el Estado o por un proveedor de servicios que no generen gastos para el **asegurado**.
t. Cualquier monto que pueda ser reclamado o recuperado de otro seguro o de un plan financiado por el gobierno.
u. Trastornos mentales, nerviosos o emocionales.
v. **Lesión** o enfermedad autoinfligida y/o suicidio o intento de suicidio, ya sea que la persona se encuentre o no en pleno uso de sus facultades mentales.
w. Terapia del habla, vocacional, ocupacional, de biorretroalimentación, acupuntura, quiropráctica, terapia recreativa, del sueño o musical, atención holística de cualquier naturaleza, homeopatía, masajes y kinesiterapia.
x. Consultas telefónicas o inasistencia a una cita programada.
y. Cargos que excedan lo **Usual, Acostumbrado y Razonable**.
z. **Lesión** o enfermedad resultante de la participación en cualquiera de las actividades excluidas especificadas en las **Exclusiones Generales**.



Traslados / Reunión Familiar

Traslados médicos, repatriación de restos mortales, gastos adicionales de alojamiento, reunificación familiar y regreso de menores como resultado de un **accidente** o una **enfermedad aguda** que ocurra durante el **viaje** al **extranjero**, sujetos a la **cobertura** seleccionada, los **sublímites** y las restricciones de edad indicados en la **Lista de Beneficios**.

1. Traslado Médico de Emergencia

Pagaremos los siguientes gastos derivados de un Traslado Médico de **Emergencia**:

a. Localización y rescate del **asegurado** lesionado; y/o
b. Transporte aéreo de **emergencia** hasta el **hospital** donde el **asegurado** recibirá tratamiento médico o hasta un lugar cercano a este; y
c. Transporte terrestre de **emergencia** antes y después del transporte aéreo de **emergencia**, cuando corresponda;
d. Transporte de **emergencia** en ambulancia.

Condiciones y Restricciones:

a. Proporcionaremos los beneficios de Traslado Médico de **Emergencia** únicamente cuando la **enfermedad aguda** o **lesión** que dé lugar al Traslado Médico de **Emergencia** esté cubierta por este seguro; y
b. Proporcionaremos los beneficios de Traslado Médico de **Emergencia** únicamente cuando se cumplan todas las siguientes condiciones:

    1. El **asegurado** tenga 75 años de edad o menos.
    2. El tratamiento, los servicios y los suministros **médicamente necesarios** no puedan ser proporcionados localmente; y
    3. El transporte por cualquier otro medio pudiera resultar en la pérdida de la vida o de una extremidad del **asegurado**; y
    4. Sea recomendado por el **médico** tratante, quien certifique lo anterior; y
    5. Sea aceptado por el **asegurado** o por un familiar del **asegurado**; y
    6. El transporte aéreo sea aprobado previamente y coordinado por el **Centro de Asistencia**; y
    7. La condición que dé lugar a la Evacuación Médica de **Emergencia** haya ocurrido de manera espontánea y sin previo aviso, ya sea mediante una recomendación médica o síntomas que hubieran llevado a una persona prudente a buscar atención médica antes de que se produjera la **Emergencia**.

c. **Proporcionaremos** la Evacuación Médica de **Emergencia** únicamente al **hospital** más cercano que esté capacitado para proporcionar el tratamiento, los servicios y los suministros **médicamente necesarios** para evitar la pérdida de la vida o de una extremidad del **asegurado**.
d. Haremos todo lo razonablemente posible para organizar cualquier Evacuación Médica de **Emergencia** en el menor tiempo posible. El **asegurado** entiende que la rapidez con la que pueda llevarse a cabo una Evacuación Médica de **Emergencia** puede verse afectada por circunstancias fuera del control de la **Compañía**, tales como la disponibilidad de equipos y personal de transporte, retrasos o restricciones de vuelos causados por problemas mecánicos, capacidad o disponibilidad hospitalaria, autoridades gubernamentales, problemas de telecomunicaciones, condiciones meteorológicas y otros casos fortuitos o de fuerza mayor. El **asegurado** acepta eximir de responsabilidad a la **Compañía** y al **Centro de Asistencia**, quienes no serán responsables de retrasos que no estén bajo su control directo e inmediato.
e. Podremos decidir que el **asegurado** sea trasladado a su país de residencia permanente para continuar recibiendo tratamiento médico, si **nuestro** asesor médico y el **médico** tratante acuerdan que el **asegurado** se encuentra médicamente apto para ser trasladado a su país de residencia.

2. Repatriación de Restos Mortales

Pagaremos los siguientes gastos de Repatriación de Restos Mortales derivados del fallecimiento de un **asegurado**:

a. Transporte aéreo o terrestre de los restos mortales hasta el aeropuerto o terminal de transporte terrestre más cercano a la Residencia Principal del **asegurado** fallecido;
b. Costos razonables de preparación de los restos necesarios para su transporte;

c. Si la repatriación de los restos no es posible, gastos de entierro o cremación de los restos en el lugar donde falleció el **asegurado**.

Condiciones y Restricciones:

a. El **asegurado** debe cumplir todas las condiciones y disposiciones de este Seguro; y
b. La Repatriación de Restos Mortales debe ser aprobada previamente y coordinada por el **Centro de Asistencia**; y
c. Los **beneficios** de Repatriación de Restos Mortales se proporcionarán únicamente cuando el fallecimiento del **asegurado** sea consecuencia de una **lesión** o enfermedad cubierta por este seguro; y
d. Los **beneficios** de Repatriación de Restos Mortales se proporcionarán únicamente cuando el fallecimiento del **asegurado** ocurra mientras este seguro esté vigente; y
e. Haremos todo lo razonablemente posible para organizar la Repatriación de Restos Mortales en el menor tiempo posible. El **asegurado** entiende que la rapidez de la repatriación puede verse afectada por circunstancias fuera del control de la **Compañía**, como disponibilidad de equipos y personal de transporte, demoras o restricciones de vuelos por problemas mecánicos, actuaciones de funcionarios públicos, problemas de telecomunicaciones, condiciones meteorológicas y otros casos de fuerza mayor. El **asegurado** y sus herederos aceptan mantener indemne a la **Compañía**, que no será responsable por demoras fuera de su control directo e inmediato. Asimismo, la **Compañía** y el **Centro de Asistencia** no serán responsables por la pérdida, daño u otro deterioro de los restos mortales ocurrido durante el proceso de repatriación o de otro modo.

3. **Gastos de Alojamiento para Recuperación**
Pagaremos los gastos de alojamiento incurridos por el **asegurado** cuando el **médico** o **especialista** del **hospital** donde fue ingresado, junto con el **médico** designado por la **Compañía**, determinen que es necesario prolongar la estadía del **asegurado** para convalecencia después de haber sido dado de alta del **hospital**.

4. **Viaje de Emergencia para un Familiar**
Pagaremos el costo de un boleto aéreo de ida y vuelta en clase económica para un acompañante cuando el **asegurado** fallezca durante el **viaje**, o viaje solo y el **médico** designado por la **Compañía** considere necesario que el **asegurado** sea ingresado como **paciente hospitalizado** por un mínimo de 5 noches, siempre que esto haya sido solicitado y aprobado previamente por el **Centro de Asistencia**. Si el **asegurado** no puede identificar a un acompañante, se designará como tal al cónyuge del **asegurado** o a un familiar consanguíneo de primer grado que sea mayor de edad.

5. **Gastos de Alojamiento para un Acompañante Familiar**
Pagaremos los gastos de alojamiento incurridos por el acompañante del **asegurado** cuando ocurran las circunstancias descritas en **Viaje** de **Emergencia** para un familiar, siempre que esto haya sido solicitado y aprobado previamente por el **Centro de Asistencia**.

6. **Regreso de Menores**
Pagaremos el costo de un boleto aéreo de ida y vuelta en clase económica para que un adulto designado acompañe al/los menor(es) que hayan quedado sin acompañamiento a regresar a su hogar. Todo deberá ser aprobado previamente por el **Centro de Asistencia** y solicitado por el **asegurado** o por un familiar adulto autorizado de los menores afectados. Cuando corresponda, también pagaremos los cargos por cambio de itinerario o un boleto aéreo de ida en clase económica para cada menor cubierto hasta su país de residencia permanente, lo que resulte menor.

Condiciones y Restricciones:

a. Esta **cobertura** se aplica únicamente cuando el **asegurado** fallece o es hospitalizado para recibir tratamiento por un **accidente** o **enfermedad aguda** cubiertos y el/los acompañante(s) menor(es), de 16 años o menos, quedan sin la compañía de un adulto.
b. Si el menor tiene más de 16 años y las leyes vigentes del país donde se encuentra en el momento del **evento** le prohíben regresar a su país de residencia sin un adulto, este Beneficio también se extenderá a dicho menor.



Accidente Personal

Fallecimiento o discapacidad permanente causados directamente por un **accidente** que ocurra durante el **viaje** al **extranjero**, sujetos a la **cobertura** seleccionada y a los **sublímites** indicados en la **Lista de Beneficios**.

1. **Fallecimiento Accidental y Discapacidad Permanente**
   Fallecimiento Accidental, Desmembramiento o Discapacidad Permanente derivados de un **accidente**, incluidos **accidentes** con un **Transportista Común** y robos a mano armada. El fallecimiento debe ocurrir dentro de los 90 días siguientes al suceso repentino, involuntario e inesperado y no debe ser atribuible a ninguna causa, enfermedad o dolencia excluida.

   En caso de **fallecimiento accidental**, pagaremos el 100% de la suma asegurada de Accidente Personal.

   En caso de discapacidad permanente, pagaremos los siguientes porcentajes de la suma asegurada de Accidente Personal:

Descripción	%
Pérdida de ambas manos, brazos, pies o piernas	100
Pérdida de una mano, brazo, pie o pierna	50
Pérdida total de la visión de ambos ojos	100
Pérdida total de la visión de un ojo	30
Pérdida de audición de ambos oídos	15
Pérdida de audición de un oído	10
Pérdida de un dedo gordo del pie	15
Pérdida de cualquier otro dedo del pie	10
Pérdida de un pulgar	25
Pérdida de un dedo índice	15
Pérdida de un dedo medio	10
Pérdida de un dedo anular	10
Pérdida de un dedo meñique	10

   La responsabilidad máxima de la **Compañía**, en caso de que 3 o más **asegurados** resulten lesionados o fallezcan a consecuencia del mismo **accidente**, será cinco veces (5x) la suma asegurada indicada en la **Lista de Beneficios**. Si el monto total reclamado por todos los **asegurados** afectados en conjunto excede la responsabilidad máxima de la **Compañía**, reduciremos proporcionalmente el monto pagadero a cada **asegurado** afectado.

   Obligaciones después de un Accidente

   1. En caso de fallecimiento, el heredero o representante deberá notificar a la **Compañía** a más tardar 48 horas antes del funeral o cremación y deberá, sin demora, autorizar una autopsia incondicional si fuese necesaria, incluso después de la exhumación del cuerpo.
   2. En caso de una posible discapacidad permanente o desmembramiento, el **Titular de la Póliza** o, según corresponda, el **asegurado**, deberá notificar a la **Compañía** sin demora y dentro de los 30 días siguientes al **accidente**.
   3. El **asegurado** deberá buscar tratamiento médico de un **médico** sin demora y, además, hacer todo lo posible para favorecer su recuperación.
   4. El **asegurado** está obligado a cumplir las instrucciones de los profesionales médicos responsables del tratamiento.

5. El **asegurado** y/o heredero estará obligado a proporcionar toda la información solicitada por la **Compañía** o en su nombre sobre el **accidente** y sus consecuencias, y a colaborar con cualquier investigación sobre el **accidente** o sus consecuencias (incluida la causa de fallecimiento en caso de muerte) iniciada por la **Compañía** o en su nombre.

Condiciones y Restricciones:

a. Solo estarán cubiertas las discapacidades permanentes que se manifiesten dentro de los 360 días posteriores al **accidente** y que sean consecuencia inmediata de las **lesiones** causadas por este.
b. Cuando un mismo **accidente** provoque discapacidad de más de una extremidad u órgano, la indemnización se calculará sumando los porcentajes correspondientes. No obstante, el **beneficio** total pagado en ningún caso excederá el 100% del monto **asegurado**.

Lo siguiente queda excluido de la sección de Accidentes Personales:

Accidentes causados o agravados por cualquiera de las siguientes circunstancias:
a. Terrorismo, guerra o acto de guerra, declarada o no.
b. Participación del **asegurado** en disturbios, insurrección o desorden violento.
c. Servicio del **asegurado** en las fuerzas armadas de cualquier país.
d. Suicidio o intento de suicidio o **lesión** autoinfligida, independientemente de que la persona se encuentre o no en pleno uso de sus facultades mentales.
e. Cuando el **accidente** haya sido causado intencionalmente, con consentimiento o por negligencia grave del **asegurado**.
f. Uso voluntario de cualquier compuesto químico, veneno o droga.
g. Comisión o intento de comisión de un delito grave o participación en cualquier tipo de actividad ilegal o criminal.
h. Enfermedad, trastorno de salud mental o embarazo.
i. **Enfermedades de Transmisión Sexual**, VIH y SIDA.
j. Consecuencia del consumo o de encontrarse bajo la influencia de alcohol o drogas.
k. Infarto de miocardio o **accidente** cerebrovascular (ACV / derrame cerebral).
l. Infección, excepto la infección a través de una herida causada exclusivamente por un **accidente**.
m. Enfermedad, independientemente de la causa, salvo las enfermedades causadas exclusivamente por un **accidente**.
n. **Lesión** al viajar, abordar o descender de una aeronave si el **asegurado** operaba la aeronave, estaba aprendiendo a operarla, formaba parte de su tripulación o si la aeronave se utilizaba para un propósito distinto al transporte de pasajeros.
o. Tratamiento médico o quirúrgico.
p. Cualquier actividad excluida indicada en las **Exclusiones Generales**.



Equipaje

Pérdida o daño de **efectos personales** o del **equipaje facturado** que ocurra durante el **viaje** al **extranjero**, sujetos a la **cobertura** seleccionada y a los **sublímites** indicados en la **Lista de Beneficios**.

1. **Efectos Personales** (no facturados con un **transportista común**)
   Pagaremos por **efectos personales** que:

   a. se pierdan o dañen por incendio o **desastre natural,** siempre que se encuentren bajo llave en el alojamiento del **asegurado** en el **extranjero**;
   b. sean robados del alojamiento cerrado con llave del **asegurado** en el **extranjero** o de una caja de seguridad cerrada con llave, cuando existan signos visibles de entrada forzada.

   Quedan excluidas todas las demás causas. El monto máximo que pagaremos por un solo artículo, por reclamo, es de **$500**. Los reclamos por **efectos personales** se pagarán con base en su **valor real actual** en el momento de la pérdida, pero nunca por encima de su valor de compra original ni del límite por artículo.

2. **Equipaje Facturado Perdido** (facturado con un **Transportista Común**)
   Pagaremos por pérdida, daño o robo de **equipaje** que haya sido facturado con un **transportista común**. El monto máximo que pagaremos por un solo artículo en caso de pérdida parcial es de **$500**. La valoración de los **efectos personales** dañados o perdidos dentro del **equipaje facturado** se basará en su **valor real actual** en el momento de la pérdida, pero nunca por encima de su valor de compra ni del límite por artículo.

   Condiciones y Restricciones:

   a. El robo de **efectos personales** debe denunciarse a la policía dentro de las 24 horas posteriores a su descubrimiento y el **asegurado** deberá proporcionarnos copia del informe policial escrito.
   b. El **equipaje facturado** debe haber sido facturado conforme a los procedimientos habituales de facturación de **equipaje** para ser transportado junto con el **asegurado** a bordo de un **transportista común** de servicio regular.
   c. El **asegurado** debe primero presentar una reclamación formal por el **equipaje facturado** perdido ante el **transportista común**, seguir todas sus instrucciones y adoptar todas las medidas indicadas por este para localizar y recuperar el **equipaje** perdido.
   d. El **asegurado** deberá proporcionarnos copias de toda la documentación del reclamo presentado ante el **transportista común** y una declaración escrita del proveedor de transporte que confirme que el **equipaje** fue facturado y que, después de una búsqueda cuidadosa, continúa desaparecido.

   Quedan excluidos de la sección de Equipaje:

   a. El **deducible** indicado en la **Lista de Beneficios** u otros documentos de la **póliza**.
   b. Cualquier monto que pueda recuperarse de un **transportista común**, seguro de **viaje** u otra fuente.
   c. Pérdida o robo de **equipaje facturado** que no haya sido facturado con un **transportista común**.
   d. Pérdida o robo de **efectos personales** que el **asegurado** no haya intentado recuperar.
   e. Cualquier pérdida, daño o robo de **equipaje facturado** que no haya sido reclamado ante el **transportista común**.
   f. Desaparición misteriosa de **efectos personales** o **equipaje**.
   g. Pérdida o robo de **efectos personales** que no estuvieran guardados dentro del alojamiento cerrado con llave del **asegurado** en el **extranjero**.
   h. Pérdida o robo de **efectos personales** del alojamiento del **asegurado** en el **extranjero** sin signos visibles de entrada forzada.
   i. Cualquier mercancía o **equipaje** retrasado, retenido, destruido o confiscado por aduanas u otras autoridades.
   j. Artículos utilizados en relación con el trabajo del **asegurado** y que no sean propiedad del **asegurado**, salvo que la **póliza** haya sido contratada por el empleador del **asegurado** y el propósito del seguro de **viaje** sea realizar negocios en nombre del **Titular de la Póliza**.
   k. Daños deliberados o maliciosos a **efectos personales** o **equipaje facturado** causados por el **asegurado**.

l. Pérdida, daño o robo de lentes de contacto, anteojos, dientes o extremidades artificiales, pestañas postizas, audífonos, dinero, valores y boletos.
m. Pérdida, daño o robo de animales, alimentos, bebidas, plantas, flores, medios de transporte autopropulsados, embarcaciones, motores, aeronaves, bicicletas, equipos de deportes de invierno, equipos de golf, equipos de deportes acuáticos, enseres domésticos y mobiliario, vidrio, porcelana o artículos frágiles similares.
n. Desgaste, incluido el desgaste de la propia maleta, pérdida de valor y pérdida o daño causados por cambios de temperatura, congelación, calor, humedad, polillas o alimañas, o por cualquier proceso de limpieza, reparación o restauración.

Cancelaciones

Costos de cancelación previa al **viaje** o Interrupción del **viaje** incurridos por el **asegurado** como resultado de un **evento** cubierto, sujetos a la **cobertura** seleccionada y a los **sublímites** indicados en la **Lista de Beneficios**.

1. Cancelación Previa al Viaje

Pagaremos los gastos de **viaje** y alojamiento prepagados y no reembolsables si cancela o pospone **su viaje** antes de salir al **extranjero**, únicamente por las siguientes razones:

a. **Usted**, **su** compañero de **viaje** o un **familiar cercano** es hospitalizado inesperadamente o fallece como consecuencia de una **enfermedad aguda grave** o **lesión grave**.
b. Un **médico** o **especialista** declara que **usted** o **su** compañero de **viaje** no está en condiciones médicas de viajar.
c. Más del 30% de **su** vivienda resulta gravemente dañada por incendio o **desastre natural**.
d. Ocurre un **desastre natural** en el destino que causa daños generalizados.

Condiciones y Restricciones:

a. El beneficio de cancelación previa al **viaje** se cancela automáticamente si la **póliza** no se compra al menos 14 días antes de la **fecha de inicio** del **viaje**.
b. Es condición de **cobertura** que el fallecimiento, la **enfermedad aguda grave** (incluidos sus síntomas) o la **lesión grave** fueran inesperados y ocurrieran después de haber comprado el **viaje** al **extranjero** y la **póliza**.
c. No pagaremos costos de cancelación previa al **viaje** si la **enfermedad aguda grave**, la **lesión grave** o la causa de fallecimiento ya presentaban síntomas o estaban presentes cuando pagó el **viaje** y/o compró la **póliza**.
d. No pagaremos costos de cancelación previa al **viaje** si se había emitido una vigilancia o advertencia por **desastre natural** para el destino antes o en el momento de reservar el **viaje** y/o comprar el seguro.
e. No pagaremos costos de cancelación previa al **viaje** derivados de una vigilancia o advertencia por **desastre natural** en el destino, salvo que el **desastre natural** cause daños generalizados en el destino.
f. El monto reembolsado estará sujeto a que el **asegurado** presente evidencia satisfactoria de los costos reales incurridos y de que los gastos son no reembolsables.
g. Debe informar al proveedor de viajes correspondiente dentro de un máximo de 24 horas desde que ocurra el incidente. Transcurrido ese plazo, no seremos responsables de multas o penalidades adicionales.
h. Si recibe un servicio alternativo o boleto abierto en lugar de un reembolso por parte del alojamiento en el **extranjero** o del **transportista común**, no pagaremos los costos de la reserva no utilizada hasta que el servicio alternativo o boleto abierto haya vencido sin ser utilizado. Sin embargo, las tarifas de cambio o cancelación aplicables seguirán estando cubiertas, siempre que informe al proveedor de viajes correspondiente dentro de las 24 horas posteriores al incidente.
i. El derecho a compensación por el beneficio de cancelación previa al **viaje** termina en la **fecha de inicio** o en la fecha en que se produzca la causa de cancelación, lo que ocurra primero.
j. A solicitud nuestra, deberá obtener un diagnóstico médico por escrito del **médico** tratante. También deberá dar a **nuestro** consultor médico acceso, por su cuenta, a todos los registros o informes médicos pertinentes, incluida información sobre antecedentes de enfermedad. En caso de fallecimiento, el certificado de defunción y el informe médico deberán incluirse con **su** reclamo.

2. Interrupción del Viaje

Pagaremos los gastos de **viaje** prepagados no reembolsables y los gastos de alojamiento prepagados de **usted**, o los gastos por cambio de itinerario, o el costo de un boleto aéreo de ida en clase económica para regresar al país de residencia, si **su viaje** se interrumpe o si **usted** debe finalizar prematuramente su estadía en el **extranjero**, únicamente por las siguientes razones:

a. **Usted**, **su** compañero de **viaje** o un **familiar cercano** es hospitalizado inesperadamente o fallece como consecuencia de una **enfermedad aguda grave** o una **lesión grave**.
b. Un **médico** o **especialista** autorizado determina que es **médicamente necesario** que **usted** o **su** compañero de **viaje** regresen a **su** país de residencia.
c. Más del 30% de **su** vivienda resulta gravemente dañada por un incendio o un **desastre natural.**
d. Ocurre un **desastre natural** en el destino que causa daños generalizados.

Condiciones y Restricciones:

a. Es condición de la **cobertura** que el fallecimiento, la **enfermedad aguda grave** (incluidos sus síntomas) o la **lesión grave** hayan sido inesperados y ocurran después de la **fecha de inicio**.
b. No pagaremos los gastos por interrupción del **viaje** si la **enfermedad aguda grave**, la **lesión grave** o la causa del fallecimiento presentaban síntomas o existían cuando **usted** pagó su **viaje** y/o adquirió la **póliza** de seguro.
c. No pagaremos los gastos por interrupción del **viaje** si se había emitido una vigilancia o advertencia por **desastre natural** en **su** país de residencia o destino antes o cuando **usted** reservó su **viaje** y/o adquirió el seguro.
d. El monto reembolsado estará sujeto a que **usted** proporcione evidencia satisfactoria de los gastos reales incurridos y de que dichos gastos no son reembolsables.
e. Debe informar al proveedor de **viajes** correspondiente dentro de un plazo máximo de 24 horas desde que ocurra el incidente. Una vez transcurrido este plazo, no seremos responsables de multas o penalizaciones adicionales.
f. Si recibe un servicio alternativo o un boleto abierto en lugar de un reembolso por parte del alojamiento en el **extranjero** o del **transportista común**, no pagaremos los gastos de la reserva no utilizada hasta que el servicio alternativo o el boleto abierto haya vencido y no haya sido utilizado por **usted**. Sin embargo, los gastos aplicables por cambio o cancelación seguirán estando cubiertos, siempre que **usted** informe al proveedor de servicios de **viaje** correspondiente dentro de las 24 horas siguientes a la ocurrencia del incidente.
g. El seguro cubre únicamente los gastos reales correspondientes a la parte del **viaje** que se pierda como consecuencia de la interrupción del **viaje**.
h. El derecho a indemnización finaliza en la fecha en que ocurra la causa de la cancelación.
i. Debe obtener un diagnóstico médico por escrito del **médico** tratante. Cuando se le solicite, también deberá permitir que nuestro asesor médico tenga acceso a todos los expedientes o informes médicos pertinentes, incluida la información sobre antecedentes de enfermedades. En caso de fallecimiento, el certificado de defunción y el informe médico deberán incluirse con **su** reclamo.

Quedan excluidos de la sección de Cancelaciones:

a. No pagaremos costos de cancelación previa al **viaje** ni de interrupción del **viaje** si el motivo es una **condición preexistente**.
b. No pagaremos costos de cancelación previa al **viaje** ni de interrupción del **viaje** si **usted**, **su** compañero de **viaje** o **su familiar cercano** dan positivo por COVID-19, salvo que un **médico** o **especialista** declare que no están aptos para viajar.
c. No pagaremos costos de cancelación previa al **viaje** ni de interrupción del **viaje** si **usted**, **su** compañero de **viaje** o **su familiar cercano** no han recibido tratamiento médico, lo han rechazado o abandonado, aun cuando deberían saber que la enfermedad o trastorno requiere tratamiento o se ha deteriorado.
d. Cancela únicamente una parte del **viaje** asegurado completo antes de la **fecha de inicio**.
e. La cancelación previa al **viaje** o la Interrupción del **Viaje** se debe a un cambio de opinión, falta de deseo de viajar, cambios en las condiciones meteorológicas normales del destino, actos de terrorismo, guerra, revueltas, desastre nuclear o situaciones similares.
f. La pérdida ha ocurrido directa o indirectamente por **sus** acciones intencionales, negligencia grave u omisiones.
g. Cambia el itinerario e incurre en gastos adicionales sin **nuestro** consentimiento.
h. Rechaza un servicio alternativo o boleto abierto ofrecido por el alojamiento en el **extranjero** o el **transportista común**.
i. Sus gastos no se consideran razonables o exceden el límite asegurado indicado en la **Lista de Beneficios**.
j. No pagaremos costos de cancelación previa al **viaje** ni de Interrupción del **Viaje** si el motivo es fraude, omisiones o errores de emisión o programación por parte de una agencia de viajes o proveedor de viajes.

Demoras

Costos por demora del **viaje** o demora del **equipaje** incurridos por el **asegurado** como resultado de un **evento** cubierto, sujetos a la **cobertura** seleccionada y a los **sublímites** indicados en la **Lista de Beneficios**.

1. Demora del Viaje

Pagaremos gastos adicionales documentados, necesarios y razonables de transporte local, comidas y alojamiento en hotel (pernoctación) causados por los siguientes motivos:

a. Su transporte reservado previamente es retrasado por el **transportista común** por más de 6 horas después de la hora programada de salida.
b. Su transporte reservado previamente es cancelado o tiene sobreventa.
c. Pierde su transporte reservado previamente porque su pasaporte fue robado o se perdió.

Condiciones y Restricciones:

a. La demora del **viaje** debe ser imprevista y no atribuible a **usted**.
b. Debe obtener confirmación escrita de la aerolínea de que el vuelo fue retrasado. Dicha confirmación debe indicar la duración real de la demora.
c. Debe presentar recibos fechados u otra documentación de los gastos.
d. Debe solicitar un reembolso o compensación al **transportista común** antes de presentar el reclamo ante **nosotros**.
e. Debe aceptar cualquier compensación o vale ofrecido por el **transportista común.**
f. Si **su** pasaporte se perdió o fue robado, debe proporcionarnos copia de la documentación de reemplazo del pasaporte.

2. Demora del Equipaje

Pagaremos los gastos razonables incurridos durante las primeras 36 horas desde la hora de llegada del vuelo, siempre que **su equipaje facturado** permanezca retrasado por más de 24 horas después de **su** llegada a un destino fuera de **su** país de residencia.

Condiciones y Restricciones:

a. Debe presentar un Informe de Irregularidad de Equipaje (PIR) original o una declaración oficial similar del transportista que indique que el **equipaje** no llegó en la fecha y hora programadas. El informe debe indicar la fecha y hora reales de llegada.
b. Debe haber reemplazado los artículos esenciales antes de que le sea devuelto el **equipaje**.
c. Debe presentar recibos fechados u otra documentación de los gastos.
d. Debe solicitar un reembolso o compensación al **transportista común** antes de presentar el reclamo ante **nosotros**.

Quedan excluidos de la sección de Demoras:

a. No pagaremos costos por demora del **viaje** si, al momento de reservar o comprar los boletos, se conocían circunstancias que probablemente causarían una demora.
b. No pagaremos costos por demora del **viaje** si rechaza un servicio o vale del **transportista común**.
c. No pagaremos compensaciones o reembolsos ya pagados por el **transportista común**.
d. No pagaremos costos por demora del **viaje** si no puede presentar **sus** recibos.
e. No pagaremos costos por demora del **viaje** si no puede presentar prueba o confirmación escrita de la demora por parte del **transportista común**.
f. No pagaremos costos por demora del **viaje** si **sus** gastos no se consideran razonables o exceden el límite asegurado indicado en la **Lista de Beneficios**.
g. No pagaremos gastos de alojamiento no utilizado ni cargos por ausencia relacionados con una demora del **viaje**.
h. No pagaremos costos por demora del **equipaje** si su **equipaje facturado** se retrasa al regresar a **su** país de residencia.
i. No pagaremos por demora del **equipaje** si la pérdida temporal no se informa al **transportista común** dentro de las 24 horas.

Responsabilidad Civil Personal

Responsabilidad civil personal legal, incluidos los costos legales, como resultado de **lesiones** corporales o daños materiales causados a un tercero por negligencia del **asegurado**, sujetos a la **cobertura** seleccionada y a los **sublímites** indicados en la **Lista de Beneficios**.

1. Cubriremos lo siguiente si **usted** llega a ser legalmente responsable de pagar daños por:

a. **Lesión** corporal accidental, incluido el fallecimiento, de un tercero, conforme a las leyes vigentes del país donde ocurra la **lesión** o daño; y/o
b. Pérdida o daño accidental de bienes materiales de un tercero.
c. Daño accidental a un alojamiento temporal.

Condiciones y Restricciones:

a. Es condición de **cobertura** que **usted** o **sus** representantes legales nos notifiquen inmediatamente por escrito si recibe una notificación de responsabilidad, proceso penal o investigación relacionada con cualquier circunstancia que pudiera dar lugar a responsabilidad.
b. No se realizará ninguna admisión, oferta, promesa, pago o indemnización por **usted** o en **su** nombre sin nuestro consentimiento previo por escrito.
c. Toda notificación de reclamo, carta, escrito judicial, proceso u otro documento que le sea notificado deberá ser remitido a **nosotros** inmediatamente después de recibirlo.
d. Tendremos derecho a asumir y conducir en **su** nombre la defensa o resolución de cualquier reclamo, o a iniciar en **su** nombre y para **nuestro** beneficio cualquier acción de indemnización o daños contra otras partes o personas.
e. Podremos en cualquier momento pagarle, en relación con cualquier reclamo o serie de reclamos, la suma asegurada (después de deducir cualquier monto ya pagado como compensación) o cualquier monto menor por el cual pueda resolverse el/los reclamo(s). Una vez efectuado este pago, renunciaremos a la dirección y control del asunto y no tendremos responsabilidad adicional respecto de dicho(s) reclamo(s), salvo por el pago de costos y gastos recuperables o incurridos antes de la fecha del pago.

Quedan excluidos de la sección de Responsabilidad Civil Personal:

No pagaremos gastos de responsabilidad que surjan como consecuencia de:
a. Actos cometidos intencionalmente, negligencia grave o circunstancias derivadas de la influencia de alcohol o drogas no prescritas médicamente por un **médico** autorizado.
b. **Lesión** corporal de cualquier persona bajo un contrato de empleo, servicio o aprendizaje con **usted**, cuando la **lesión** ocurra como consecuencia y durante el desempeño de ese empleo.
c. Reclamos derivados de o incidentales a **su** negocio, empleo o trabajo.
d. Pérdida o daño a bienes de su propiedad, prestados, alquilados, mantenidos en fideicomiso, bajo **su** custodia o control, salvo el alojamiento temporal ocupado por **usted** durante el **viaje**.
e. **Lesión** corporal o daño material causado directa o indirectamente en relación con la propiedad, posesión o uso por **usted** o en **su** nombre de aeronaves, aerodeslizadores, embarcaciones, vehículos motorizados, casas rodantes o remolques, paracaídas, parasailing, planeadores, armas de fuego, fuegos artificiales, explosivos, armas mortales o cualquier actividad de carreras.
f. **Lesión** corporal causada directa o indirectamente en relación con la propiedad, posesión u ocupación de terrenos, edificios u otros bienes inmuebles.
g. Cualquier daño, pérdida o reclamo causado total o parcialmente por **usted** durante una cacería o como resultado de la caza.
h. Daños resultantes de fuerza mayor, incendio, inundación, viento, granizo, fuga de agua, fuga de gas, explosión u otra catástrofe.
i. Actos fraudulentos, deshonestos, ilegales o criminales de **usted** o de cualquier persona autorizada por **usted**.
j. Consecuencias de cualquier incumplimiento, violación o falta de ejecución de compromisos u obligaciones contractuales, verbales o escritos.
k. Daños punitivos o ejemplares, multas, sanciones, liquidaciones o reclamos de autoridades gubernamentales u organismos reguladores.
l. Juegos de azar, apuestas o actividades similares de cualquier tipo.

m. Robo o hurto de cualquier tipo.
n. Animales o mascotas que le pertenezcan o estén bajo **su** cuidado, custodia o control.
o. **Lesión** corporal de cualquier **familiar cercano**, compañero de trabajo o compañero de **viaje**.
p. Reclamos derivados de que **usted** haya transmitido una enfermedad a otra persona por infección u otro medio.
q. **Lesión** corporal o daño material derivado de **su** participación en una actividad o evento deportivo.
r. Reclamos derivados de abuso real o amenazado, acoso sexual, abuso físico, abuso sexual o violación de cualquier persona.
s. Reclamos que no incluyan **lesión** corporal o daño material a un tercero.

Tercero significa cualquier persona natural o jurídica distinta de **usted**, un **familiar cercano**, empleado, empleador, compañero de trabajo o **su** compañero de **viaje**.

3. Exclusiones Generales

Las siguientes exclusiones se aplican a todas las secciones. Quedan excluidos de esta **póliza**:

1. Gastos Médicos por **lesión** o Enfermedad, así como **fallecimiento accidental** o Discapacidad Permanente, causados por cualquiera de las siguientes actividades:

    a. Trabajo físico o manual que incluya el uso de herramientas eléctricas y/o maquinaria;
    b. Trabajo a alturas superiores a 2 metros;
    c. Trabajo que incluya animales;
    d. Trabajo de buceo submarino, comercial o industrial;
    e. Trabajo como instructor de esquí, snowboard o buceo, o de cualquier otra actividad excluida;
    f. Deportes de contacto, Deportes Organizados o practicados con carácter profesional, incluidos los entrenamientos;
    g. Alpinismo a alturas de 4.500 metros o más;
    h. Aviación (excepto cuando se **viaje** únicamente como pasajero en una aeronave comercial);
    i. Base jumping, bungee jumping, paracaidismo, parasailing, ala delta, salto en paracaídas (caída libre), parapente, kitesurf;
    j. Vehículos motorizados todoterreno, incluidos vehículos todo terreno, motos de nieve, motocicletas de cross motorizadas y tractores;
    k. Heliesquí, esquí sobre nieve o snowboard, excepto esquí recreativo de descenso y/o de fondo o snowboard cubierto por el **Anexo** de Deportes (no hay cobertura cuando se esquía fuera de zonas preparadas y señalizadas o en contra del consejo de la escuela de esquí local o de la autoridad competente);
    l. Rafting en aguas bravas;
    m. Carreras con cualquier animal o vehículo motorizado;
    n. Saltos desde acantilados, espeleología o buceo en cuevas;
    o. Submarinismo o actividades subacuáticas que impliquen el uso de equipo de respiración bajo el agua, salvo que el **asegurado** cuente con certificación PADI/NAUI o esté acompañado por un instructor certificado a profundidades inferiores a 10 metros, siempre que la actividad esté cubierta por el **Anexo** de Deportes;
    p. Entrenamiento para avalanchas;
    q. Caza mayor, corridas de toros o encierros;
    r. Bobsleigh, skeleton o luge;
    s. Cualquier tipo de boxeo, lucha, pelea o artes marciales;
    t. Vuelo en globo aerostático;
    u. Justas;
    v. Powerlifting;
    w. Conducción de quads y eventos de resistencia al aire libre;
    x. Pruebas de velocidad y speedway.

2. Afecciones, padecimientos o **lesiones** de origen psiquiátrico o psicológico, enfermedad mental o depresión.

3. Reclamos derivados de guerras, guerras civiles, disturbios, movimientos populares, represalias, restricción de la libre circulación, huelgas, explosiones, liberación de calor o radiación resultante de energía atómica y radioactividad.

4. Actos realizados por el **asegurado** o **sus** compañeros de **viaje** al prestar servicios militares en las fuerzas armadas o la policía de cualquier país o autoridad nacional o internacional.

5. Secuestro o intento de secuestro.

6. Reclamos causados directa o indirectamente por, o resultantes de, cualquier acto de terrorismo.

7. El uso, liberación o escape de materiales nucleares que directa o indirectamente den lugar a una reacción nuclear, radiación o contaminación radioactiva. También se excluyen las consecuencias de la dispersión, uso o liberación de materiales biológicos o químicos patógenos o venenosos.

8. Operación de una aeronave o aprendizaje para operarla.

9. Pérdidas, incidentes de responsabilidad o **accidentes** ocurridos mientras el **asegurado** se encuentre a bordo de un **transportista común** como piloto, capitán, mecánico o miembro de la tripulación.

10. Participación del **asegurado** o de **sus** compañeros de **viaje** en actos criminales intencionales.

11. Fraude, omisiones o errores de emisión o programación por parte de una agencia de viajes o proveedor de viajes.

12. Cuarentenas obligatorias impuestas por el gobierno, pruebas de laboratorio y costos de aislamiento.

13. Cualquier enfermedad o **lesión** contraída como consecuencia de epidemias, endemias, pandemias, **emergencias** de salud pública u otras condiciones de brotes de enfermedades que puedan afectar la salud de una persona, cuando dentro de los 6 meses anteriores a **su** fecha de salida las autoridades de salud pública de **su** país y/o del destino hayan emitido una advertencia de **viaje** para el destino y/o una advertencia de **viaje** global. Si la advertencia se emite después de la **fecha de inicio**, tendrá 10 días para abandonar el lugar; después de ese plazo se aplicará esta exclusión.

Esta exclusión no se aplica a cargos derivados de una infección por COVID-19, salvo las pruebas preventivas u obligatorias de COVID-19 y los costos de cuarentena y aislamiento, que continúan excluidos.

4. Procedimiento de Reclamos

EN CASO DE UNA **EMERGENCIA** MÉDICA DEBE CONTACTAR AL **CENTRO DE ASISTENCIA**.
Los datos de contacto y las instrucciones se indican en la **Tarjeta de Seguro** y/o la **Carátula de la Póliza.** El equipo de asistencia médica de **emergencia** es multilingüe y puede ayudarle las 24 horas del día, los 7 días de la semana, durante **su viaje**. Cuando corresponda, podrá presentar los cargos telefónicos junto con **su** reclamo.

1. **Notificación de Reclamos**
   Debemos ser notificados inmediatamente en caso de los siguientes gastos médicos. La notificación deberá incluir información médica sobre la enfermedad o **lesión:**

   a. Atención como **Paciente Hospitalizado** / Hospitalización
   b. Cirugía o procedimiento quirúrgico
   c. **Complicaciones del Embarazo**
   d. Evacuación Médica de **Emergencia**
   e. Repatriación de Restos Mortales
   f. Tomografía axial computarizada (TAC / CT) o similar
   g. Resonancia magnética (MRI)

   Para cumplir con los requisitos de notificación, el **asegurado** o proveedor médico deberá:

   a. Contactar al **Centro de Asistencia,** al número de teléfono indicado en la **Carátula de la Póliza** o **Tarjeta de Seguro**, tan pronto como sea posible antes de incurrir en el gasto.
   b. Cumplir las instrucciones y presentar cualquier información o documento solicitado; y notificar a todos los **médicos**, **hospitales** y demás proveedores para que cooperen plenamente con la **Compañía**.

   Si el **asegurado** cumple los requisitos de notificación, la **Compañía** intentará pagar los Gastos Médicos elegibles directamente al proveedor médico, sujeto a todos los términos, condiciones, disposiciones y exclusiones de esta **póliza**.

   Hospitalización de **Emergencia**

   En caso de ingreso hospitalario de **emergencia**, la notificación deberá hacerse tan pronto como sea razonablemente posible y, en todo caso, dentro de las 48 horas posteriores al ingreso.

   Revisión Concurrente

   Para estancias hospitalarias cubiertas como **paciente hospitalizado,** la **Compañía** precertificará un número limitado de días de hospitalización. Días adicionales de hospitalización podrán ser precertificados posteriormente si el **asegurado** obtiene aprobación previa.

   Todos los demás reclamos deberán notificarse a **nosotros** inmediatamente después de que regrese a casa o dentro de los **90 días** posteriores a la **fecha de regreso**.

2. **Formulario de Reclamo**
   La **Compañía** se reserva el derecho de solicitar al **asegurado** un Formulario de Reclamo debidamente completado. Los pagos de reclamos se procesarán después de **nuestra** revisión de la prueba de pérdida y de los gastos reclamados. Si ya ha pagado los gastos, deberá incluir recibos de pago y facturas detalladas y/o cualquier otra documentación pertinente, como información médica, boletos de avión, copias de pasaportes y otros documentos de **viaje** indicados en el formulario de reclamo.

3. **Facturas y Recibos**
   Puede presentar copias escaneadas de facturas y recibos. Sin embargo, **nos** reservamos el derecho de solicitarle en cualquier momento los originales de dichas facturas y recibos. Si **nos** envía originales, debería conservar una copia de los documentos entregados.

4. Compensación

En ningún caso el monto de la compensación excederá el monto indicado en la factura. Si recibe de **nosotros** una compensación superior al monto al que tiene derecho, tendrá la obligación de reembolsarnos inmediatamente el exceso. Cualquier compensación posterior pagada por **nosotros** se reducirá primero por cualquier monto pendiente de reembolso.

Los pagos de compensación estarán limitados a los cargos **usuales, acostumbrados** y **razonables** del área o país donde se preste el tratamiento.

5. Quejas

Puede presentar una queja por escrito respecto de **nuestra** decisión sobre un **reclamo** a más tardar 30 días después de haber sido notificado del monto de la compensación o de la denegación de **su reclamo**.

6. Exámenes Médicos

La **Compañía** tendrá el derecho y la oportunidad, a través de su representante médico, de examinar al **asegurado** cuando sea razonablemente necesario después de un reclamo presentado bajo las secciones de Gastos Médicos o Accidente Personal.

7. Beneficiarios

La designación de beneficiarios se realizará durante el proceso de solicitud. Los Beneficios por pérdida de la vida como consecuencia de un **fallecimiento accidental** se pagarán al beneficiario designado por el **asegurado**. Si se designa a más de un beneficiario y el **asegurado** no especifica la participación de cada uno, los beneficiarios compartirán el pago proporcionalmente. Si alguno de dichos beneficiarios fallece antes que el **asegurado**, su participación se distribuirá en partes iguales entre los beneficiarios sobrevivientes o al único sobreviviente.

Si el **asegurado** no designa beneficiario, o si ningún beneficiario designado sobrevive al **asegurado**, el pago se efectuará al albacea o administrador debidamente autorizado de la sucesión del **asegurado** o, a opción de la **Compañía**, en el siguiente orden:

a. al cónyuge del **asegurado**, si lo hubiera y sobreviviera; en caso contrario,
b. al hijo o hijos del **asegurado**, biológicos o legalmente adoptados, en partes iguales; si no sobreviven cónyuge ni hijos,
c. a los padres sobrevivientes del **asegurado**, en partes iguales. Todo pago efectuado conforme a lo anterior liberará total y definitivamente a la **Compañía** de cualquier responsabilidad adicional respecto del monto pagado.

5. Condiciones Generales

1. **Límites Máximos de Responsabilidad**
   La responsabilidad de la **Compañía**, según se define en los documentos de la **póliza** y la **Lista de Beneficios**, se limita al daño real sufrido por el **asegurado** y no excederá los **sublímites**, límites y/o el **monto máximo total pagadero** de cada **cobertura**.

2. **Beneficios y Servicios Excluidos**
   El **asegurado** será responsable del costo de todos los servicios coordinados por la **Compañía** que no estén cubiertos por esta **póliza**. Si la **Compañía** paga servicios no cubiertos por la **póliza**, se reserva el derecho de recuperar dichos montos del **asegurado**.

3. **Otros Seguros**
   El **asegurado** tiene la obligación de notificar por escrito a la **Compañía** todos los demás seguros que puedan cubrir los mismos **Beneficios**, indicando también el nombre de las compañías de seguros, las condiciones de las pólizas, los períodos de **cobertura** y las sumas aseguradas.

   Este seguro no se aplicará hasta que se hayan agotado los límites de los seguros subyacentes. No pagaremos ningún reclamo por atención, tratamiento, servicios o suministros proporcionados por cualquier programa o entidad financiada por un gobierno.

4. **Subrogación**
   Si adquiere cualquier derecho de acción contra una persona, empresa u organización por una pérdida cubierta por esta **póliza**, deberá ceder y transferir dicho reclamo o derecho de acción a la **Compañía** y permitir que se interponga una demanda en **su** nombre, bajo la dirección y a costo de la **Compañía**. Este derecho de subrogación se suma a todos los demás derechos de subrogación existentes conforme al derecho común, la equidad o la ley. No deberá realizar ninguna acción después de una pérdida que perjudique el derecho de subrogación de la **Compañía**. Si presenta un reclamo contra un tercero por un **evento** que haya dado lugar a cualquier pago bajo esta **póliza**, incluirá el monto de dicho pago en el reclamo contra el tercero y, cuando ese monto o una parte de este se recupere, deberá mantenerse en fideicomiso para el beneficio exclusivo de la **Compañía** y remitirse inmediatamente a la **Compañía**. Tampoco podrá liberar de responsabilidad a ningún tercero responsable de daños causados a **usted** sin la aprobación de la **Compañía**.

5. **Disputas**
   Toda disputa no resuelta entre el **asegurado** y la **Compañía** que surja de esta **póliza** de seguro se resolverá ante los tribunales ordinarios con jurisdicción competente en el país donde se emitió la **póliza**.

6. **Ocultamiento y Declaración Falsa**
   Si al contratar el **seguro**, o posteriormente, ha declarado fraudulentamente información incorrecta u ocultado hechos que puedan considerarse importantes para **nosotros**, el contrato de seguro será nulo y no será vinculante para **nosotros**.

   Cualquier declaración incorrecta, declaración falsa u ocultamiento al presentar un reclamo bajo esta **póliza** hará que este seguro sea nulo y sin efecto y que se pierdan todos los reclamos bajo este, sin perjuicio de cualquier otro recurso disponible para la **Compañía**. La **Compañía** también se reserva el derecho de notificar el reclamo fraudulento a las autoridades competentes.

7. **Cambios de Cobertura**
   Puede solicitar cambios antes de la **fecha de inicio** de un **viaje**. No puede solicitar un cambio de **cobertura** después de la **fecha de inicio**. En el caso de una **póliza** multiviaje anual, no puede realizar cambios de **cobertura** mientras alguno de los **asegurados** se encuentre viajando al **extranjero**.

8. **Reembolso de Prima y Terminación por su parte (Seguro por Viaje Único)**
   a. Los reembolsos de prima deben solicitarse por escrito y nunca estarán disponibles si se ha presentado un reclamo o si se va a presentar un reclamo ante **nosotros.**

b. Cuando no haya ocurrido ningún **Viaje** y la solicitud de reembolso se reciba ANTES de la **fecha de inicio**, estará disponible un reembolso total, siempre que no se haya presentado ni se vaya a presentar un reclamo por cancelación previa al **viaje**.
c. Cuando no haya ocurrido ningún **viaje** y la solicitud de reembolso se reciba DESPUÉS de la **fecha de inicio**, estará disponible un reembolso total si la solicitud se recibe a más tardar 10 días después de la **fecha de inicio**. No habrá reembolso total una vez transcurridos esos 10 días.
d. En caso de regreso anticipado a **su** país de residencia de un seguro por **viaje** único, puede estar disponible un reembolso parcial, siempre que:
    1. se nos envíe prueba satisfactoria de **su** regreso al país de residencia;
    2. la solicitud sea recibida por **nosotros** a más tardar 10 días después de **su fecha de regreso** real;
    3. la **póliza** no sea una **póliza** multiviaje anual;
    4. no se haya presentado ni se vaya a presentar ningún reclamo ante **nosotros**

9. Reembolso de Prima y Terminación por su parte (Seguro Multiviaje Anual)

a. Los reembolsos de prima deben solicitarse por escrito y nunca estarán disponibles si se ha presentado un reclamo o si se va a presentar un reclamo ante **nosotros**
b. Cuando no haya ocurrido ningún **viaje** y la solicitud de reembolso se reciba ANTES de la **fecha de inicio** de la **póliza**, estará disponible un reembolso total.
c. Cuando no haya ocurrido ningún **viaje** y la solicitud de reembolso se reciba DESPUÉS de la **fecha de inicio**, estará disponible un reembolso prorrateado por el período restante.
d. Cuando haya ocurrido un **viaje**, no estará disponible ningún reembolso de prima.

10. Terminación después de un Reclamo

Cuando **usted** haya presentado un reclamo, **nos** reservamos el derecho de terminar el seguro.

11. Reembolso de Prima y Terminación por Nosotros

a. Si terminamos la **póliza** después de un reclamo cubierto, no tendrá derecho a reembolso de prima.
b. Si terminamos la **póliza** después de un reclamo denegado, tendrá derecho a un reembolso prorrateado por el período restante.
c. Si terminamos la **póliza** debido a un reclamo fraudulento o una declaración falsa, no tendrá derecho a reembolso de prima.

12. Cesión

Este seguro no es transferible y un reclamo solo puede ser presentado por un **asegurado** indicado en la **Carátula de la Póliza**.

13. Extensión de Cobertura

Puede solicitar la extensión del período de un seguro por **viaje** único antes de la **fecha de finalización**. Se cobrará una prima adicional por los días adicionales solicitados. Las **pólizas** multiviajes anuales se renuevan tácitamente cada año, salvo que **nosotros** o el **Titular de la Póliza** las cancelemos.

14. Pago de la Prima

Para cada período de **póliza**, el **Titular de la Póliza** pagará la prima por adelantado. En las renovaciones de **pólizas** multiviajes anuales, la prima deberá pagarse a más tardar el día 30 después de la fecha de vencimiento. Durante este período de gracia la **póliza** quedará automáticamente suspendida y sin **cobertura**.

Si el **Titular de la Póliza** paga la prima después de la fecha de vencimiento, la **póliza** podrá restablecerse con efecto desde la fecha de renovación. Sin embargo, la **Compañía** se reserva el derecho de restablecerla a partir del día siguiente a aquel en que el monto haya sido recibido y aceptado por la **Compañía**.

15. Cambios en Primas y Condiciones

Respecto de las **pólizas** multiviajes anuales, la **Compañía** se reserva el derecho de modificar la prima y/o las condiciones a partir de la siguiente fecha de renovación o extensión del período. La **Compañía** tendrá hasta 30 días después de la fecha de renovación para negociar los nuevos términos con el **Titular de la Póliza**.

Si el **Titular de la Póliza** no acepta los nuevos términos y lo comunica por escrito a la **Compañía**, el seguro terminará en la fecha del cambio. Si la **Compañía** no recibe objeciones u observaciones del **Titular de la Póliza**, el seguro continuará conforme a los nuevos términos y condiciones.

6. Protección de Datos

La **Compañía** se compromete a tratar todos los datos personales individuales (del **Titular de la Póliza** y/o **asegurado** y/o beneficiario y/o representantes) que hayan sido recopilados o que se recopilen en el futuro como consecuencia de la ejecución de este contrato de seguro, con el fin de prestar adecuadamente los servicios y desarrollar las operaciones, lo cual incluye, en términos generales, fines de identificación, operación, administración y comercialización.

El **Titular de la Póliza** y/o **asegurado**, mediante la celebración del contrato de seguro, autoriza a la **Compañía** a administrar sus datos personales y transferirlos a terceros exclusivamente para los fines mencionados anteriormente, entendiéndose que los datos sensibles requieren consentimiento por escrito.

El titular de los datos podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición y revocación mediante solicitud escrita. Si los datos personales han sido proporcionados por una persona distinta de su titular, el **Titular de la Póliza** estará obligado a informar al titular sobre las finalidades del tratamiento indicadas anteriormente y sobre la posibilidad de ejercer ante la **Compañía** los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición y revocación.

7. Anexo de Deportes

El **Anexo** de Deportes descrito a continuación solo estará cubierto si aparece expresamente en la **Lista de Beneficios** con un **sublímite** máximo por **beneficio**.

1. **Atención Médica**
   Como parte integrante de la **Póliza** y a cambio de una prima adicional, se modifica la exclusión **f**. de la **Sección 3 - Exclusiones Generales** para incluir, bajo la **Sección 2 - Gastos Médicos**, **cobertura** por **lesiones** derivadas de **deportes organizados**, incluidos, entre otros, fútbol, béisbol, baloncesto, sóftbol, voleibol, golf, ciclismo, tenis, Carrera a pie, natación competitiva, deportes recreativos de invierno y buceo (con certificación PADI/NAUI o acompañado por un instructor certificado a profundidades inferiores a 10 metros).

2. **Equipaje Deportivo Facturado**
   Como parte integrante de la **Póliza** y a cambio de una prima adicional, se modifica la exclusión **m**. de la **Sección 2 - Equipaje** para incluir, bajo la **Sección 2 - Equipaje**, **cobertura** por robo o daño de bicicletas, equipos de deportes de invierno, equipos de golf, equipos de buceo y otros equipos de **deportes organizados** mientras se encuentren facturados con un **transportista común**.

   Condiciones y Restricciones:

   a. Solo las **lesiones** o **enfermedades agudas** que surjan directamente de la práctica de **deportes organizados** estarán cubiertas bajo el **Anexo** de Deportes. Todas las demás **lesiones** y **enfermedades agudas** continúan cubiertas bajo el **beneficio** estándar de **Gastos Médicos**.
   b. Las **lesiones** o **enfermedades agudas** derivadas de la práctica de **deportes organizados** continúan excluidas bajo los límites estándar del beneficio de **Gastos Médicos**.
   c. El equipaje utilizado para **deportes organizados** continúa excluido bajo los límites estándar del **beneficio** de equipaje.
   d. Solo se cubre el **equipaje facturado**. Los **efectos personales** quedan excluidos bajo el **Anexo** de Deportes.
   e. Los **deportes organizados** no incluyen **deportes extremos de invierno**.
   f. Los **deportes profesionales** y **deportes de contacto** continúan excluidos conforme a la Sección 3 - Exclusiones Generales, inciso **f**.
   g. Todas las demás actividades enumeradas como excluidas en la Sección 3 - Exclusiones Generales continúan excluidas.

   Definiciones:

   Las siguientes palabras o expresiones mencionadas en este **anexo** tendrán el significado que se indica a continuación cada vez que aparezcan resaltadas en **negrita**.

   Deportes Organizados
   Deportes amateur de clubes, deportes juveniles y deportes recreativos organizados con fines de diversión, competencia y ejercicio. Un trofeo otorgado por un logro específico no puede tener valor monetario ni incluir recompensas.

   Deportes Profesionales
   Cualquier actividad deportiva realizada con carácter profesional a cambio de salario, recompensa o beneficio económico.

   Deportes de Contacto
   Deporte o actividad atlética que implica contacto físico con un oponente. Incluye, entre otros, fútbol americano, hockey sobre hielo, boxeo, rugby, lucha y artes marciales.

   Deportes Extremos de Invierno
   Un deporte de invierno distinto del esquí o snowboard recreativo dentro de zonas señalizadas por la escuela de esquí local o la autoridad competente. Incluye, entre otros, heliesquí, escalada en hielo, esquí alpino, bobsleigh, esquí de estilo libre, esquí nórdico, triatlón de invierno y otros deportes de invierno no convencionales.

8. Anexo de EE. UU.

El **Anexo** de EE. UU. solo estará cubierto si aparece expresamente en la **Lista de Beneficios** con un **sublímite** máximo por **Beneficio**.

Atención Médica
Como parte integrante de la **Póliza** y a cambio de una prima adicional, el **sublímite** asegurado de **Atención Médica** indicado en la **Lista de Beneficios** y cubierto bajo la **Sección 2 - Gastos Médicos** se incrementa en el **sublímite** especificado en la **Lista de Beneficios** bajo el **Anexo** de EE. UU.

El monto total pagadero por Gastos Médicos incurridos en los Estados Unidos será la suma del **sublímite** estándar de **Atención Médica** y el **sublímite** del **Anexo** de EE. UU.

Condiciones y Restricciones:

a. Solo las **lesiones** o **enfermedades agudas** cubiertas bajo la **Sección 2 - Gastos Médicos** que ocurran y sean tratadas dentro del territorio de los Estados Unidos son elegibles para esta extensión de **cobertura**.
b. Las **lesiones** o **enfermedades agudas** que ocurran y/o sean tratadas fuera del territorio de los Estados Unidos no son elegibles bajo este **Anexo**.
c. Todas las demás exclusiones y restricciones de **cobertura** permanecen sin cambios.
d. Si el **Anexo** de Deportes está asegurado, el **Anexo** de EE. UU. no aumenta los límites del **Anexo** de Deportes.