PROPUESTA/CERTIFICADO DE COBERTURA
N° [10030]
SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES CON ASISTENCIA EN VIAJE
VIAJERO FRECUENTE PLAN USD 60.000
PLAN TITULAR + 1 ADICIONAL
PÓLIZA COLECTIVA N° [9960]

[10060] / [10070] FECHA SOLICITUD: [9510]

1. ASEGURADOR
Nombre: Bice Vida Compañía de Seguros S.A
Dirección: Providencia 1806, Santiago.
Rut: 96.656.410-5

2. INTERMEDIARIO
Nombre: CAT Corredores de Seguros y Servicios S.A.
Dirección: Agustinas 785, piso 4, Santiago.
RUT: 77.218.570-7

3. CONTRATANTE:
Nombre: CAT Administradora de Tarjetas S.A.
Dirección: Agustinas 785, piso 3, Santiago.
RUT: 99.500.840-8

4. IDENTIFICACION DEL SOLICITANTE Y ASEGURADO TITULAR (TITULAR [10700])
Nombre Asegurado [9013] [9011] [9012]
RUT Asegurado: [9000]
Fecha Nacimiento: [9140]
Teléfono: [9060]
Dirección: [9020]-[9040]-[9050]
Correo Electrónico: [9110]

5. IDENTIFICACION DE LOS ASEGURADOS ADICIONALES

[10007]

"LA CONTRATACIÓN DE ESTOS SEGUROS ES VOLUNTARIA Y NO ES CONDICIÓN PARA LA OBTENCIÓN DE OTRO PRODUCTO O SERVICIO DE LA TIENDA"

6. REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD:

Edad mínima de ingreso	: 18 Años
Edad mínima de ingreso	: 8 Días (solo aplica para los asegurados adicionales)
Edad Máxima de ingreso	: 68 años 364 días
Edad máxima de cobertura	: 69 años 364 días

7. PLAN CONTRATADO

Plan Contratado	: [9700]
Forma de Pago	: [9890]
Prima Única	: UF [9715]

TIPO PLAN	PRIMA NETA UNICA (UF)	IVA	PRIMA BRUTA UNICA (UF)
PLAN TITULAR + 1 ADICIONAL	4,916	0,934	5,850

8. VIGENCIA:

Rige Desde: [9530]

La vigencia de la cobertura individual de esta póliza comienza desde el día de la suscripción de la propuesta de seguros y terminará una vez cumplido el periodo de un año.

IMPORTANTE:

- La cobertura del seguro y su asistencia comienza con el inicio de viaje del asegurado.
- No existirá cobertura del seguro y su asistencia por la compra efectuada por un tercero o titular del seguro, después de iniciado el viaje del asegurado.

Solo cubre viajes que comiencen desde el territorio nacional.

9. COBERTURAS ASEGURADO TITULAR Y ASEGURADO ADICIONAL:
PLAN TITULAR + 1 ADICIONAL:

Cobertura	MONTO ASUGURADO (UF)	Condicionado (C.M.F.)
Incapacidad Total y Permanente 2/3 por Accidente	UF 400	POL 3 2013 1084 Alternativa C.

IMPORTANTE

Al contratar o incorporarse a este seguro "incapacidad total y permanente dos tercios por accidente", usted debe tener presente:

1) este seguro es voluntario.

2) mediante esta "propuesta y certificado de cobertura" y a través de la póliza n°134, bice vida compañía de seguros s.a. establece que ha procedido a otorgar cobertura al asegurado que ha sido detallado al inicio de esta "propuesta y certificado de cobertura" en la cobertura y montos indicados.

3) antes de contratar este seguro es importante que usted se informe y tenga claridad sobre los siguientes aspectos:

a) duración de este seguro,
b) cómo y bajo qué condiciones se renueva este seguro,
c) de qué manera se va a reajustar el costo de este seguro,
d) en qué casos no se pagará este seguro,
e) los requisitos para cobrar el seguro.

4) las condiciones generales de este seguro se encuentran depositadas con el código POL 3 2013 1670 seguro colectivo de accidentes personales (alternativa "c"), en la Comisión para el Mercado Financiero. usted puede revisar este texto en la página web: www.cmfchile.cl

10. DEDUCIBLE
Esta propuesta de seguro no posee asignación de deducible

11. DESCRIPCION DE LAS COBERTURAS.
a) INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DOS TERCIOS POR ACCIDENTE, ALTERNATIVA "C".
En virtud de esta alternativa de cobertura y cuando como resultado de lesiones producto de un accidente ocurrido dentro del período de vigencia del asegurado en este contrato de seguro y mientras esta alternativa de cobertura se encuentre contratada por el asegurado y vigente al momento de la ocurrencia del accidente, el asegurado se encontrare dentro de los noventa (90) días contados desde la fecha del accidente, en estado de incapacidad total y permanente dos tercios, la Compañía pagará el monto asegurado indicado según el plan de cobertura seleccionado por el asegurado en esta propuesta y certificado de cobertura.
El pago del monto asegurado se realizará mediante un pago único y total.
Para los efectos de esta alternativa de cobertura, se entiende por "incapacidad total y permanente dos tercios", al menoscabo permanente, definitivo e irreversible de al menos dos tercios (2/3) de su capacidad de trabajo que sufra un asegurado a consecuencia de un accidente. Para efectos de esta alternativa de cobertura en este contrato de seguro, el menoscabo deberá ser evaluado conforme a las "normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones", regulado por el D.L. N° 3.500, DE 1980. (Las "normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al nuevo sistema de pensiones", son aquellas normas que de conformidad al artículo 11 bis del decreto ley N° 3.500, del ministerio de trabajo y previsión social, del año 1980, han sido aprobadas por la correspondiente comisión técnica y publicadas en el diario oficial]. Según lo señalado en el párrafo anterior, y conforme a los antecedentes médicos presentados, la Compañía de seguros determinará si se ha producido la incapacidad total y permanente 2/3 de un asegurado.
La declaración de incapacidad, en cualquier grado o porcentaje, emitida por alguna comisión u organismo previsional o legal, para fines previsionales o de seguridad social, será considerado por la Compañía como un antecedente meramente informativo y en ningún caso vinculante para ésta.

b) **EXCLUSIONES**
No se efectuará el pago de las indemnizaciones por la cobertura de este contrato de seguro cuando el fallecimiento provenga o se origine por:
a) guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, o hechos que las leyes califican como delitos contra la ley de seguridad interior del estado.
b) peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente por sentencia ejecutoriada que se ha tratado de legítima defensa.
c) comisión de actos calificados como delito, así como la participación activa en rebelión, revolución, sublevación, asonada, motín, conmoción civil, subversión incluidos los actos terroristas entendiéndose por acto terrorista toda conducta calificada como tal por la ley, así como el uso de fuerza o violencia o la amenaza de ésta motivado por causas políticas, religiosas, ideológicas o similares, con la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno o de atemorizar a la población, o a cualquier segmento de la misma.
d) lesiones auto-inferidas, atentados contra su propia vida, automutilación o autolesión, o por lesiones inferidas al asegurado por terceros con su consentimiento e intoxicaciones por la ingestión voluntaria de somníferos, barbitúricos, drogas y demás sustancias de efectos análogos o similares y de cualquier lesión y/o enfermedad derivada de dicha ingestión, cualquiera sea la época en que ocurra ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente.
e) negligencia, imprudencia o culpa grave por parte del asegurado, incluyéndose la muerte del asegurado como consecuencia de la conducción de vehículos motorizados en estado de ebriedad, de acuerdo a la graduación establecida en la legislación vigente a la fecha de fallecimiento del asegurado, constatado mediante la documentación emanada de la autoridad u organismo competente.

f) la conducción de cualquier vehículo o medio de transporte, la operación de cualquier tipo de maquinaria o el desempeño de las funciones de guardafrenos, cambiadores o controladores de tránsito, ejecutados en estado de ebriedad de acuerdo a la graduación establecida en legislación vigente a la fecha de fallecimiento del asegurado, constatado mediante la documentación emanada de la autoridad u organismo competente, y/o bajo la influencia de sustancias estupefacientes o sicotrópicas.
g) la práctica o el desempeño de cualquier deporte que objetivamente constituya una flagrante agravación del riesgo, salvo que sea previamente aceptada por el asegurador, tales como: pasajero en aviación privada, paracaidismo, alas delta, parapente, bumpee jumping, alpinismo, escalada, motociclismo, boxeo, rodeo, rugby, equitación, polo, y aquellas otras que se excluyan expresamente en las condiciones particulares de la póliza.
h) la práctica o el desempeño de alguna actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, que no hayan sido declarados por el asegurado al momento de contratar el seguro o durante su vigencia, tales como lo son las siguientes:
i. la manipulación de explosivos o sustancias químicas corrosivas.
ii. la manipulación de sierras mecánicas, de vaivén, banda o circulares utilizadas en industrias o fábricas.
iii. la manipulación de máquinas de soldar utilizadas en industrias o fábricas.
iv. trabajar en la carga o descarga de vehículos, buques o aviones.
v. matar ganado.

i) motociclismo, sea en calidad de conductor o pasajero y además el uso de motonetas, moto furgones y otro tipo de vehículos motorizados de similares características, a menos que expresa y específicamente se prevea y acepte su cobertura por el asegurador.
j) tratamientos por adicción a drogas o alcoholismo.
k) prestación de servicios del asegurado en las fuerzas armadas y/o funciones policiales de cualquier tipo en carabineros de chile, policía de investigaciones de chile, gendarmería de chile, empresas de transporte de valores o guardias privados y empresas de seguridad ciudadana.
l) riesgos de radiación, reacción nuclear o atómica, o contaminación radioactiva.
m) participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del asegurado.
n) siniestro causado dolosamente por un beneficiario o quien pudiere reclamar el monto asegurado o la indemnización, respecto de dicho beneficiario.
o) desempeñarse el asegurado como piloto o tripulante de aviones civiles o comerciales, a menos que expresa y específicamente se prevea y acepte su cobertura por el asegurador.
p) infecciones debidas a gérmenes, excepto las infecciones piogénicas que sean consecuencia de una herida, cortadura o amputación accidental.
q) tratamientos médicos o quirúrgicos distintos de los necesarios a consecuencia de siniestros cubiertos por esta póliza, tales como: hospitalización a consecuencia de embarazo o maternidad, alumbramiento o la pérdida que resulte del mismo; enfermedad mental o nerviosa, curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento; exámenes médicos de rutina.
r) hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan.
s) aparatos auditivos, lentes o anteojos ópticos, prótesis, órtesis, miembros artificiales y suministro de aparatos o equipos ortopédicos.
t) la atención otorgada por una clínica privada en el domicilio del asegurado y las hospitalizaciones domiciliarias de cualquier tipo.
u) la atención particular de enfermería fuera del recinto hospitalario.
v) gastos por acompañantes, mientras el asegurado se encuentre hospitalizado, incluyendo alojamiento, comida y similares.
w) los traslados por vía aérea del asegurado o aquellos traslados por una distancia mayor a 50 kilómetros desde el lugar del accidente hasta algún hospital o clínica, cualquiera sea el medio de traslado.

x) atenciones médicas siquiátricas y/o psicológicas.
y) anomalías congénitas, y los trastornos que sobrevengan por tales anomalías o se relacionen con ellas.
z) los tratamientos estéticos plásticos, dentales, de ortodoncia, ortopédicos y otros tratamientos que sean para fines de embellecimiento o para corregir malformaciones producidas por accidentes ocurridos anteriores a la fecha de vigencia del asegurado en el contrato de seguro.
AA) todo tipo de tratamientos por obesidad, salvo en aquellos casos calificados como "obesidad mórbida", de acuerdo a los parámetros establecidos por la organización mundial de la salud (OMS).
BB) epidemias oficialmente declaradas.

Para este seguro no se aplicará la exclusión descrita en la letra "g)".

INCORPORACIÓN Y VIGENCIA DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

La incorporación de los asegurados al contrato de seguro colectivo se hará mediante la contratación presencial en módulos de seguros en tiendas de "Cencosud" o contratando a través de la página web www.seguroscencosud.cl.
Todas las personas que quisieran ingresar al contrato de seguro deberán cumplir los requisitos de edad y de asegurabilidad establecidos en las "condiciones particulares" y en esta "propuesta y certificado de cobertura".
La compañía aseguradora cubrirá el riesgo sobre la "incapacidad total y permanente dos tercios por accidente" del (los) asegurado(s) desde la fecha de inicio de vigencia indicada al comienzo de esta propuesta y certificado de cobertura, fecha en la cual aceptó el asegurado titular la contratación de este seguro trazando su firma al final de este documento.
La vigencia individual: la cobertura individual de cada asegurado entrará en vigencia según se ha mencionado precedentemente y durará 365 días continuos.
TÉRMINO DE LAS COBERTURAS INDIVIDUALES La cobertura del presente contrato de seguro terminará respecto de un asegurado en los siguientes casos:

a. por término del contrato de seguro;
b. cuando el contratante informe que el asegurado ya no es parte del grupo asegurado;
c. por fallecimiento del asegurado;
d. por el pago del monto asegurado de alguna de las alternativas de cobertura de incapacidad total y permanente,
   descritas en las condiciones generales;
e. por el pago del 100% del monto asegurado de la alternativa de cobertura b: desmembramiento, descrita en las condiciones generales;
f. pago de la indemnización contemplada en alguna cláusula adicional contratada por el asegurado, que conforme a la misma provoque el término anticipado de la cobertura principal;
g. a las 24 horas del día en que el asegurado cumpla la edad máxima de permanencia en el contrato de seguro colectivo, u otro día posterior, todo lo cual se indica en las condiciones particulares de la póliza y en esta propuesta y certificado de cobertura;
h. por no pago de la prima y haya transcurrido el plazo de aviso según lo establecido en el artículo 11 de las condiciones generales;
i. cuando el asegurado hubiere incurrido en errores, reticencias o inexactitudes en su declaración formulada según el artículo 7 de las condiciones generales, conforme a lo señalado en el artículo 8 de las condiciones generales;
j. cuando el asegurado no hubiere informado a la compañía de los hechos o circunstancias que agraven sustancialmente el riesgo declarado según el artículo 7 de las condiciones generales, conforme a lo señalado en el artículo 9 de las condiciones generales; y
k. cuando el asegurado incurra en el delito establecido en el artículo 470, número 10 del código penal.

Terminada la vigencia del contrato de seguro, cesará toda responsabilidad de la compañía aseguradora sobre los riesgos asumidos y no tendrá obligación alguna respecto de los siniestros que ocurran con posterioridad a esa fecha. nota: no aplica lo descrito en las letras "d)", "e)" y "f)".

DENUNCIA DE SINIESTROS

La "incapacidad total y permanente dos tercios por accidente" del asegurado deberá ser notificada a la compañía aseguradora, tan pronto sea posible una vez decretada la invalidez, a través de las siguientes opciones: a) página web www.bicevida.cl, servicio online, denuncio de siniestros; b) telefónicamente llamando a la línea de servicio al cliente de bice vida al 800 20 20 22; c) presencialmente con una ejecutiva de atención al cliente en cualquiera de las sucursales de bice vida a lo largo del país.
No obstante lo anterior, la compañía aseguradora aceptará que el siniestro pueda ser notificado a la compañía, hasta 30 días después desde que fue posible su notificación una vez tomado conocimiento del dictamen de invalidez.

Asimismo, se deberá presentar a la compañía aseguradora los siguientes antecedentes relativos al siniestro:
a) fotocopia cédula de identidad del asegurado o certificado de nacimiento original;
b) informe médico;
C) parte policial y alcoholemia (si correspondiese);
D) otros antecedentes tales como, ficha clínica, informes, declaraciones, certificados, dictamen de invalidez u otros documentos, en especial los relativos a la invalidez del asegurado o su hospitalización.

En caso de requerirse mayores antecedentes, la compañía aseguradora dispondrá la liquidación del siniestro conforme al procedimiento de liquidación establecido en el d.s. n° 1055, de 2012, sobre reglamento de los auxiliares del comercio de seguros, u otro que lo reemplace o modifique.

Nota: se incluye "anexo relativo a procedimiento de liquidación de siniestros" de acuerdo a circular n° 2106 de Comisión para el Mercado Financiero.

PRIMAS Y EFECTOS DEL NO PAGO DE LA PRIMA

El presente seguro colectivo tiene la modalidad de pago de la prima no contributoria, esto es, prima financiada sólo por el asegurado.

El monto de la prima del seguro se deberá pagar en una cuota anual con cargo a sus tarjetas Scotiabank Cencosud Mastercard o Visa o Tarjetas Cencosud Mastercard o visa emitidas por Cat Administradora de Tarjetas S.A., filial de Scotiabank chile o cualquier otra tarjeta de débito o crédito bancaria.
PAGO DE LA PRIMA:
La prima se entenderá pagada cuando haya sido efectivamente percibida por la compañía aseguradora. el pago de la prima deberá efectuarse de tal manera que la compañía aseguradora pueda identificar a aquellos asegurados que efectivamente están pagando la prima correspondiente a su cobertura contratada.

IMPUESTOS
Los impuestos que se establezcan durante la vigencia del contrato de seguro y que afecten al presente contrato, serán de cargo del asegurado, salvo que por ley fuesen del cargo de la compañía aseguradora.

MONEDA O UNIDAD DEL CONTRATO
El capital asegurado y el monto de la prima se expresarán en unidades de fomento.

VIGENCIA-DURACIÓN Y TÉRMINO DEL CONTRATO COLECTIVO DE SEGURO

La presente póliza colectiva tendrá vigencia entre el 01 de febrero de 2018 y el 30 de junio de 2018 y se renovará automáticamente por períodos iguales y sucesivos de un año cada uno.

El contratante o la compañía aseguradora podrán poner término anticipado a la póliza colectiva, previa notificación escrita a la otra parte con al menos sesenta (60) días corridos de anticipación.

El plazo de vigencia de contrato de seguro colectivo lo es sin perjuicio de la vigencia de las coberturas de cada asegurado. La terminación de la presente póliza tendrá el efecto de que no podrán seguir incorporándose nuevos asegurados a ella, desde la fecha de su terminación.

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

Conforme al artículo 524 del código de comercio, las obligaciones del asegurado son las siguientes:

1. declarar sinceramente todas las circunstancias que solicite el asegurador para identificar la cosa asegurada y apreciar la extensión de los riesgos;
2. pagar la prima en la forma y época pactadas;
3. no agravar el riesgo y dar noticia al asegurador sobre las circunstancias que lleguen a su conocimiento y que reúnan las características señaladas en el artículo 526 del código de comercio;
4. notificar al asegurador, tan pronto sea posible una vez tomado conocimiento, de la ocurrencia de cualquier hecho que pueda constituir o constituya un siniestro, y
5. acreditar la ocurrencia del siniestro denunciado, y declarar fielmente y sin reticencia, sus circunstancias y consecuencias.

Si el contratante del seguro y el asegurado son personas distintas, corresponde al contratante el cumplimiento de las obligaciones del contrato, salvo aquellas que por su naturaleza deben ser cumplidas por el asegurado.

Las obligaciones del contratante podrán ser cumplidas por el asegurado.

DESIGNACIÓN Y DE BENEFICIARIOS

Para efectos de este seguro colectivo, el beneficiario, es decir, quien tiene derecho a la indemnización en caso de invalidez es el asegurado. Ahora bien, si el asegurado fallece antes del pago de monto asegurado, éste será pagado a los herederos legales del asegurado titular en partes iguales.

COMUNICACION ENTRE LAS PARTES

Cualquier comunicación, declaración o notificación que deba efectuar la compañía aseguradora al contratante o al asegurado con motivo de esta póliza, deberá efectuarse a la dirección de correo electrónico indicada en las condiciones particulares de la póliza y en "propuesta y certificado de cobertura", salvo que éste no dispusiese de correo electrónico o se opusiere a esa forma de notificación. La forma de notificación, como la posibilidad de oponerse a la comunicación vía correo electrónico, deberá ser comunicada por cualquier medio que garantice su debido y efectivo conocimiento por el asegurado, o estipulada en las condiciones particulares de la póliza y/o en esta "propuesta y certificado de cobertura".

En caso de oposición, de desconocerse su correo electrónico o de recibir una constancia de que dicho correo no fue enviado o recibido exitosamente, las comunicaciones deberán efectuarse mediante el envío de carta certificada dirigida al domicilio señalado en las condiciones particulares de la póliza y/o en esta "propuesta y certificado de cobertura".

Las notificaciones efectuadas vía correo electrónico se entenderán realizadas al día hábil siguiente de haberse enviado éstas, en tanto que las notificaciones hechas por carta certificada, se entenderán realizadas al tercer día hábil siguiente al ingreso de la carta a la empresa de correos, según el timbre que conste en el sobre respectivo.

La aseguradora para facilitar las comunicaciones informa los siguientes medios de comunicación:

-Vía telefónica de lunes a jueves de 8:30 a 18:30 horas y los viernes de 8:30 a 16:00 horas llamando al 800 20 20 22

-Ingresando al sitio web de bice vida (www.bicevida.cl), hacer clic en "contáctenos"; y completar el formulario indicando el motivo del contacto ("consulta" o "reclamo").

12. AGRAVACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO

Para todos los efectos de esta póliza las partes han acordado no aplicar la agravación del riesgo asegurado regulada en el art 526 del código de Comercio, por lo cual dejan sin efecto el Artículo 7° de la POL 3 2013 1670, Alternativa "C".

13. CENTRO DE ATENCIÓN DEL ASEGURADO

CAT Corredora de Seguros y Servicios S.A. ha dispuesto para sus clientes un Servicio de Atención al Cliente, cuyo objetivo principal es responder las consultas y reclamos de los mismos. Los clientes podrán acceder a este Servicio de Atención al Cliente de diversas maneras, a saber:

- De manera presencial: para lo cual deberá acercarse a cualquiera de los módulos de seguros y servicios que se encuentran en las Tiendas Paris y Supermercados Jumbo habilitados.
- Por vía telefónica: en este caso deberá llamar al teléfono 6005005000, que ha sido especialmente dispuesto al efecto, donde un ejecutivo debidamente capacitado lo atenderá.

El Call Center estará disponible las 24 horas del día los 7 días de la semana.

14. ARBITRAJE

Cualquier dificultad que se suscite entre el asegurado, el contratante o el beneficiario, según corresponda, y el asegurador, sea en relación con la validez o ineficacia del contrato de seguro, o con motivo de la interpretación o aplicación de sus condiciones generales o particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre la procedencia o el monto de una indemnización reclamada al amparo del mismo, será resuelta en los términos establecidos en el Artículo 543 del Código de Comercio. Todo lo anterior se entiende sin perjuicio del derecho que tiene el Asegurado de recurrir siempre ante el tribunal competente en ejercicio de sus derechos de consumidor conforme a la Ley 19.496. No obstante lo estipulado precedentemente, el asegurado, el contratante o beneficiario, según corresponda, podrá, por sí solo y en cualquier momento, someter al arbitraje de la Comisión para el Mercado Financiero las dificultades que se susciten con la Compañía cuando el monto de los daños reclamados no sea superior a 120 Unidades de Fomento, de conformidad a lo dispuesto en la letra i) del artículo 3° del Decreto con Fuerza de Ley N° 251, de Hacienda, de 1931.

15. CODIGO DE AUTOREGULACIÓN Y COMPENDIO DE BUENAS PRACTICAS

Bice Vida Compañía de Seguros S.A. se encuentra adherida voluntariamente al Código de Autorregulación y al Compendio de Buenas Prácticas de las Compañías de Seguros, cuyo propósito es propender al desarrollo del mercado de los seguros, en consonancia con los principios de libre competencia y buena fe que debe existir entre las empresas, y entre éstas y sus clientes.

Una copia del Compendio de Buenas Prácticas Corporativas de las Compañías de Seguros se encuentra a disposición de los interesados en cualquiera de las oficinas de Bice Vida Compañía de Seguros S.A. y en www.aach.cl.

Asimismo, Bice Vida Compañía de Seguros S.A. ha aceptado la intervención del Defensor del Asegurado cuando los clientes le presenten reclamos en relación a los contratos celebrados con ella. Los clientes pueden presentar sus reclamos ante el Defensor del Asegurado utilizando los formularios disponibles en las oficinas de Bice Vida Compañía de Seguros S.A. o a través de la página web www.ddachile.cl.

16. DERECHO DE RETRACTO

Este seguro cuenta con una Garantía de Satisfacción en virtud de la cual se devuelve el total de las primas pagadas en caso de que usted se retracte de su contratación. El plazo para hacer efectiva esta garantía es de 35 días contados desde la fecha en que el asegurado tomó conocimiento de la póliza respectiva o desde la recepción de la póliza en el domicilio designado para tal efecto, lo que primero ocurra. Este derecho deberá manifestarse por escrito en cualquiera de los Módulos de Seguros ubicados en las Tiendas Paris o Supermercados Jumbo a lo largo del País, o llamar al teléfono 6005005000, para que se les indiquen los pasos a seguir.

17. COMISIONES:

COMISIÓN DEL CORREDOR: Bice Vida Compañía de Seguros S.A. pagará un 10% + I.V.A mensual de comisión a CAT Corredores de Seguros y Servicios S.A., RUT N° 77.218.570-7, por la intermediación de esta póliza, calculado sobre la prima Neta de impuestos percibida. No se pagará comisión por las primas que se hayan devuelto al asegurado.

COMISIÓN DE RECAUDACIÓN: Bice Vida Compañía de Seguros S.A. pagará a CAT administradora de tarjetas S.A. RUT N° 99.500.840-8 CT, por concepto de comisión de recaudación, el 20% exento de IVA, sobre la prima total neta de impuestos percibida. No se pagará comisión por las primas que se hayan devuelto al asegurado.

18. VOLUNTARIEDAD

La contratación de este seguro es absolutamente voluntaria, la cual manifiesto libremente mediante la suscripción de esta propuesta de seguro, por el valor de prima en ella indicada. Esta propuesta podrá ser aceptada vía correo electrónico, firma manuscrita o uso de huella dactilar.

19. ACUERDO COMITÉ RETAIL FINANCIERO

CAT Corredores de Seguros y Servicios S.A., se encuentra adherida voluntariamente al Grupo Retail Seguros y sujeta a su Acuerdo de Autorregulación publicado en www.retailseguros.org, cuyo propósito es mejorar el estándar de calidad en la promoción, venta y atención de seguros en el Retail.

DECLARACIONES DEL PROPONENTE (LEER DETALLADAMENTE ANTES DE FIRMAR)
Declaro estar en completo conocimiento del contenido de la presente propuesta y certificado de cobertura declaraciones: por este acto declaro libre e informadamente lo siguiente:

1) que libremente firmo y presento esta propuesta y tengo conocimiento que mi seguro solo podra mantener su vigencia mientras pague la prima del seguro.
2) que he sido debidamente informado que una vez presentada esta propuesta y certificado de cobertura, estaré asegurado bajo los términos establecidos en este documento; y que una copia de este documento queda en mi poder para todos los efectos pertinentes.
3) que he tomado conocimiento de la cobertura comprendida en este seguro y de los casos o circunstancias que se excluyen de la cobertura; y que he tomado pleno conocimiento de las causas de terminación de este seguro que están señaladas en el párrafo sobre "término de la cobertura individual" del condicionado general que rige este seguro.

4) que he tomado conocimiento que para obtener los beneficios de este seguro, será de mi responsabilidad o de mi familia dar el aviso oportuno de un siniestro dentro de los plazos máximos de aviso que se indican en el párrafo sobre "denuncia de siniestros" del condicionado general que rige este seguro, y que acepto que será de mi responsabilidad o de mi familia cuando corresponda presentar en forma íntegra u oportuna los documentos solicitados por la compañía de seguro, eximiendo de toda responsabilidad al contratante e intermediario de esta póliza.
5) que tengo pleno conocimiento que CAT Administradora de tarjetas s.a., no tendrá ninguna responsabilidad en caso que la compañía de seguros rechace un reclamo de siniestro y resuelva no pagar.
6) que tengo conocimiento que yo puedo libremente y en cualquier momento, renunciar a este seguro, dando el aviso correspondiente.
7)comunicaciones a correo electrónico: declaro conocer y autorizar que cualquier comunicación, declaración o notificación que deba efectuar la compañía aseguradora al asegurado con motivo de esta propuesta y certificado de cobertura, se hará a la dirección de correo electrónico, la cual se indica en el encabezado de este documento.
8) actualización de correo electrónico: para efectos de recibir toda comunicación o notificación que remita la compañía aseguradora, declaro conocer que debo mantener actualizada mi dirección de correo electrónico.

Solo opcional: si usted no desea recibir sus comunicaciones y notificaciones a través de su correo electrónico marcar con una "x" aquí [___]

20. AUTORIZACION

Autorizo a CAT Corredores de Seguros y Servicios S.A, a cargar o debitar de mi Tarjeta de Crédito Paris / Mas Paris, Jumbo Mas / Mas Jumbo, Cencosud o cualquier tarjeta de crédito emitida por una institución debidamente acreditaba por la SBIF (TBK), el monto correspondientes al pago de la prima del seguro con asistencia en viaje que por este acto contrato (Prima única). Mi voluntad se expresara mediante aceptación de correo electrónico, o bien estampando mi firma o huella digital, en los documentos que la requieran. Autorizo, conforme lo exige el artículo 4 de la ley N° 19.628, a I-Med S.A. a efectuar tratamiento de mis datos personales, declarando haber sido informado del propósito del almacenamiento de tales datos y su posible uso por terceros con fines de verificación de identidad. El uso de la Tarjeta para estos efectos se regulará en todo por el Contrato y Reglamento de Afiliación de Tarjeta de Crédito otorgada por CAT Administradora de Tarjetas S.A. Por este acto solicito mi incorporación a la cobertura del seguro colectivo contratado por CAT Administradora de Tarjetas S.A. y declaro conocer los términos del seguro propuesto, que constan en la póliza que el contratante mantiene a su disposición. El proponente es cliente de CAT Administradora de Tarjetas S.A a quien faculta en su carácter de contratante del seguro colectivo, para renovar la póliza a su vencimiento en otra entidad aseguradora, con continuidad de coberturas, en similares condiciones, a través de CAT Corredores de Seguros y Servicios S.A. El proponente, con el objeto de facilitar la manifestación de su voluntad de aceptar la renovación del seguro bajo las nuevas condiciones que se propongan, otorga mandato a CAT Corredores de Seguros y Servicios S.A facultándolo expresamente para suscribir el respectivo endoso y/o renovación de su cobertura, de acuerdo al artículo 10 del Decreto Supremo N° 1055, de Hacienda, de 2012, salvo que comunique por escrito su decisión de poner término al contrato a la fecha de su renovación.

EL PROPONENTE HA TOMADO CONOCIMIENTO DEL DERECHO A DECIDIR SOBRE LA CONTRATACIÓN DE LOS SEGUROS Y A LA LIBRE ELECCIÓN DEL INTERMEDIARIO Y COMPAÑÍA ASEGURADORA.

“La contratación de estos seguros es de carácter voluntario. Usted puede retractarse si la contratación la efectuó por un medio a distancia. Además, usted puede terminar los seguros voluntarios anticipadamente en cualquier momento, independiente del medio utilizado para su contratación.”

[10560]	[10730]
Nombre Proponente: [9233] [9231] [9232] RUT Proponente: [9220]	CAT Corredora de Seguros y Servicios S.A

Autorizo el cargo de la prima y recibo copia de esta propuesta

La contratación de este seguro es absolutamente voluntaria, la cual manifiesto libremente mediante la suscripción de esta propuesta de seguro, por el valor de la prima en ella indicada.

Información importante: el contratante de la póliza asume las responsabilidades que emanen de su actuación como contratante del seguro colectivo. La compañía asumirá los riesgos en términos y condiciones propuestas por el asegurable. Estos seguros son intermediados por CAT Corredora de Seguros y Servicios S.A. quienes solo asumen la responsabilidad de los seguros que intermedian. La compañía que cubre los riesgos es Bice Vida Compañía de Seguros .S.A., a través de la póliza colectiva n° 134 y el condicionado general que la ampara es: pol320131670 seguro colectivo de accidentes personales.

Aceptación inmediata: a contar de la fecha de la presente propuesta y certificado de cobertura de seguro "incapacidad total y permanente dos tercios por accidente", el titular quedara asegurado y el asegurador cubrirá los riesgos que ampara este seguro, bajo los términos de este contrato de seguro. Declaro estar en conocimiento de mi derecho a decidir sobre la contratación del seguro, la elección del intermediario y compañía aseguradora y que la contratación de este seguro es absolutamente voluntaria.

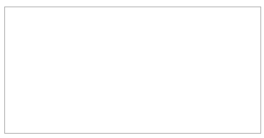
La aceptación del asegurado, estampada en este documento valdrá como certificado de cobertura para todos los efectos legales.

21. DIVERSIFICACIÓN DE CARTERA
[10810]

[10560]	[10730]
Nombre Proponente: [9233] [9231] [9232] RUT Proponente: [9220]	CAT Corredora de Seguros y Servicios S.A



Aldo Figari
Bice Vida Compañía de Seguros S.A.



Este contrato no cuenta con sello SERNAC, conforme al artículo 55 de la Ley N° 19.496.

ANEXO 1
SERVICIOS ASISTENCIA EN VIAJE

1) LIMITES Y TOPES

Cobertura	MONTO ASUGURADO (UF)
ASISTENCIA MÉDICA EN CASO DE ACCIDENTE	EUROPA EUR 60.000/ RESTO DEL MUNDO USD 60.000
ASISTENCIA MÉDICA EN CASO DE ENFERMEDAD NO PREEXISTENTE:	EUROPA EUR 60.000/ RESTO DEL MUNDO USD 60.000
INDEMNIZACIÓN POR EXTRAVÍO DEL EQUIPAJE:	USD 1.200 - USD 40 POR KG
MONTO MÁXIMO GLOBAL (INCLUYE TODOS LOS SERVICIOS DE ESTE PRODUCTO CON SUS TOPES):	EUROPA EUR 60.000/ RESTO DEL MUNDO USD 60.000
PRIMERA ATENCION MÉDICA POR DOLENCIAS PREEXISTENTES Y DOLENCIAS CRONICAS	EUROPE EUR 300/ RESTO DEL MUNDO USD 300
MÉDICAMENTOS EN ASISTENCIAS AMBULATORIAS:	EUROPE EUR 1.000/ RESTO DEL MUNDO USD 1.000
MÉDICAMENTOS EN ASISTENCIAS CON HOSPITALIZACIÓN:	INCLUIDO/TOPE MAXIMO GLOBAL DEL PLAN
ODONTOLOGÍA DE URGENCIA:	EUROPA EUR 500 (EUR 300 POR PIEZA)/ RESTO DEL MUNDO USD 500 (USD 300 POR PIEZA)
PRÓTESIS Y ORTESIS:	EUROPA EUR 2.500/ RESTO DEL MUNDO USD 2.500
REEMBOLSO DE GASTOS POR VUELO DEMORADO O CANCELADO:	EUROPA EUR 300/ RESTO DEL MUNDO USD 300
PRÁCTICA DE DEPORTES:	EUROPA EUR 10.000/ RESTO DEL MUNDO USD 10.000
ESTADO DE EMBARAZO:	EUROPA EUR 10.000/ RESTO DEL MUNDO USD 10.000 (INCLUIDO HASTA LA SEMANA 26)
TRASLADOS SANITARIOS:	INCLUIDO/TOPE MAXIMO GLOBAL DEL PLAN
REPATRIACIÓN SANITARIA:	INCLUIDO/TOPE MAXIMO GLOBAL DEL PLAN
ACOMPAÑAMIENTO DE MENORES Y MAYORES:	EQUIVALENTE A CLASE TURISTA
TRASLADO DE UN FAMILIAR:	EQUIVALENTE A CLASE TURISTA
ESTANCIA DE UN FAMILIAR/LÍMITE DIARIO:	EUROPA EUR 100 /RESTO DEL MUNDO USD 100
ESTANCIA DE UN FAMILIAR/LÍMITE TOTAL:	EUROPA EUR 400 /RESTO DEL MUNDO USD 400

Cobertura	MONTO ASUGURADO (UF)
DIFERENCIA DE TARIFA POR VIAJE DE REGRESO RETRASADO O ANTICIPADO:	INCLUIDO/TOPE MAXIMO GLOBAL DEL PLAN
GASTOS DE HOTEL POR CONVALECENCIA/LÍMITE DIARIO:	EUROPA EUR 180 /RESTO DEL MUNDO USD 180
GASTOS DE HOTEL POR CONVALECENCIA/MÁXIMO TOTAL:	EUROPA EUR 900 /RESTO DEL MUNDO USD 900
TRANSMISIÓN DE MENSAJES URGENTES:	INCLUIDO /SIN TOPE
ASISTENCIA EN CASO DE ROBO O EXTRAVÍO DE DOCUMENTOS,ETC:	INCLUIDO /SIN TOPE
REGRESO ANTICIPADO POR SINIESTRO GRAVE EN EL DOMICILIO:	EQUIVALENTE A CLASE TURISTA
REPATRIACIÓN O TRASLADOS FUNERARIOS:	INCLUIDO/TOPE MAXIMO GLOBAL DEL PLAN
LOCALIZACIÓN DE EQUIPAJES:	INCLUIDO/SIN TOPE
ASISTENCIA LEGAL/ADELANTO EN CONCEPTO DE PRÉSTAMO:	EUROPA EUR 8.000/ RESTO DEL MUNDO USD 8000
ANTICIPO DE FONDOS PARA FIANZAS POR RESPONSABILIDAD EN UN ACCIDENTE:	EUROPA EUR 8.000/ RESTO DEL MUNDO USD 8000
ASISTENCIA LEGAL PARA REALIZAR RECLAMOS A RAZÓN DE ACCIDENTES:	INCLUIDO/SIN TOPE
VALIDEZ TERRITORIAL:	INTERNACIONAL
DÍAS CONSECUTIVOS POR VIAJE:	VIAJES ILIMITADOS DURANTE 1 AÑO CON TOPE DE 60 DÍAS POR VIAJE
COMPENSACIÓN POR DEMORA EN LA ENTREGA DEL EQUIPAJE (MAS DE 8 HORAS):	USD 50 (MÁXIMO USD 200)
COMPENSACIÓN POR DEMORA EN LA ENTREGA DEL EQUIPAJE (MAS DE 10 DÍAS):	USD 1.000

2) ¿COMO SOLICITAR ASISTENCIA EN VIAJE?
Ante cualquier inconveniente en viaje debe comunicarse de forma inmediata a las plataformas de asistencia llamando gratis al +56 2 2756 1010 o escribir un e-mail a assitances@assistcard.com o bajar la aplicación móvil e indicar:

- Nombre completo
- Documento de identidad
- Motivo de solicitud

También puede llamar a alguna de las centrales regionales del mundo:
América latina +54 (11) 555 1500 0 +54 (11) 3723 1500
Asia +82 (2) 2144 1979
Europa 34 (91) 788 3333
América +1 (786) 804 5600 o +1 (305) 424 1250

Indicaciones para descargar la Aplicación Móvil:
Descargue ASSIST CARD en su teléfono móvil, (Google Play o App Store) Ingrese sus datos personales, podrá acceder al servicio preferente de ASSIST CARD con el que dispondrá de Telemed (*), servicio de video llamada 24 horas con un médico. Además, contará con servicio de traductor, conversor de monedas, talles, geolocalización y referencias, descuentos internacionales y otras funcionalidades que contribuirán a que tenga una excelente experiencia de viaje.
(*) TELEMED Medico Online es un servicio de asistencia médica remota, que a través de una plataforma digital te permite tener una videollamada con médico clínico/pediatra desde cualquier lugar en cualquier momento. El profesional atenderá su llamado como una consulta médica tradicional, brindando un diagnóstico para darte la mejor solución.

IMPORTANTE:
Tener en cuenta que antes de visitar una clínica/hospital es esencial comunicarse con la Compañía a través de los medios indicados anteriormente. El contacto previo permite coordinar la asistencia que requiere y acompañarlo en el proceso.

CONDICIONES DEL SERVICIO DE ASISTENCIA:

1. OBLIGACIONES DEL TITULAR
En todos los casos y para todos los servicios, el Titular se obliga a:

1.1 AUTORIZACION PREVIA
Comunicarse con una Central de la Compañía y recibir la autorización de la misma antes de tomar cualquier iniciativa o comprometer cualquier gasto.
La Compañía no asumirá ninguna responsabilidad económica en los casos en que el Titular haga abandono del centro médico donde esté ingresado, por su propia decisión, sin la debida autorización médica o contra de la opinión de los médicos que lo estén atendiendo. La Compañía tampoco asumirá responsabilidad de ningún tipo por complicaciones y/o agravamientos del cuadro médico del Titular que eventualmente resulten de su incumplimiento de las indicaciones médicas por él recibidas.
En caso de que el Titular omita comunicare con la Compañía para requerir asistencia, la responsabilidad de la Compañía por los costos de las asistencias quedará limitada al costo en que hubiera incurrido la Compañía de haberse solicitado oportunamente la asistencia, a juicio razonable de su Departamento Médico fundado en lo posible en la experiencia de la Compañía en casos similares.

1.2 OBLIGATORIEDAD DE INFORMAR DENTRO DE LAS 24 HORAS
La Compañía no es un servicio de urgencias médicas, por lo que ante una Emergencia Médica urgente el Titular deberá recurrir al servicio médico de emergencia más próximo al lugar donde se encuentre. En todos estos casos el Titular deberá comunicar a la Compañía la emergencia sufrida y la asistencia recibida desde el lugar de ocurrencia, lo antes posible y siempre dentro de las 24hs. de producido el evento o dentro de las 24hs. siguientes a su alta médica, en cuyo caso deberá proveer las constancias y comprobantes originales que justifiquen tal situación.
Previa evaluación del caso y una vez descartadas posibles exclusiones, la Compañía decidirá si toma a cargo los gastos generados por la asistencia y con las siguientes limitaciones:

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

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

1.3 PROVISION DE DOCUMENTACION

Cualquier comunicación, declaración o notificación que deba efectuar la Compañía Aseguradora al contratante o el Asegurado con motivo de esta póliza, especialmente aquella que se refiere el artículo 517 del Código de Comercio, deberá efectuarse a su dirección de correo electrónico indicada en las condiciones particulares, salvo que éste no dispusiere de correo electrónico o se opusiere a esta forma de notificación. La forma de notificación, como la posibilidad de oponerse a la comunicación vía correo electrónico, deberá ser comunicada por cualquier medio que garantice su debido y efectivo conocimiento por el asegurado, o estipulada en las condiciones particulares de esta póliza. En caso de oposición, de desconocerse su correo electrónico o de recibir una constancia de que dicho correo no fue enviado o recibido exitosamente, las comunicaciones deberán efectuarse mediante el envío de carta dirigida a su domicilio señalado en las Condiciones Particulares de la póliza o en la solicitud de seguro respectiva. Las notificaciones efectuadas vía correo electrónico se entenderán realizadas al día hábil siguiente de haberse enviado éstas, en tanto que las notificaciones hechas por carta, se entenderán realizadas al tercer día hábil siguiente al ingreso a correo de la carta, según el timbre que conste en el sobre respectivo.

18. INFORMACIÓN SOBRE ATENCIÓN DE CLIENTES Y PRESENTACIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS

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

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

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

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

1.4 DOCUMENTACION MÉDICA / ODONTOLOGICA

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

1.5 ENTREGA DE BILLETES DE PASAJE

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

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

CONDICIONES GENERALES DE LOS SERVICIOS DE LA COMPAÑIA-
CONTRATO DE ASISTENCIA EN VIAJE

1. CONSIDERACIONES PREVIAS

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

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

Las presentes Condiciones Generales de los servicios de la Compañía rigen la prestación por parte de la Compañía de los servicios asistenciales detallados a continuación, durante los viajes que realice el Titular de un plan de la Compañía.

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

Los servicios de la Compañía se prestarán únicamente al Titular del plan contratado y son intransferibles a terceras personas. Para recibir los servicios asistenciales aquí incluidos el Titular deberá exhibir la documentación personal que acredite su identidad y las fechas de viaje.

La adquisición por parte de un titular de uno o más planes no producirá la automática acumulación de los servicios y/o beneficios en ellas contempladas, sino que se aplicarán en tal caso los topes establecidos en la que sea más beneficiosa para el consumidor.

El plan contratado y los servicios derivados de la misma no tendrán validez alguna en el país de residencia real y/o habitual del Titular y/o en el país donde el producto fue emitido y/o en el país en el que el Titular se encontrare al momento de ser emitida la tarjeta. Esta condición no es aplicable a los planes con expresa validez dentro del mismo país en que fueron emitidas.

En ningún caso se aceptarán cancelaciones o modificaciones realizadas dentro de las 48 horas anteriores al inicio de la validez, como tampoco cancelaciones o modificaciones una vez iniciada la validez del plan contratado en cuestión, de acuerdo a los términos expresados en esta póliza.

DEFINICIONES

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

Accidente: El evento generativo de un daño corporal que sufre el Titular, causado por agentes extraños, fuera de control y en movimiento, externos, violentos y visibles. Siempre que se mencione el término "accidente" se entenderá que la lesión o dolencia resultante fue provocada directamente por tales agentes e independientemente de cualquier otra causa.

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

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

Congénito: Presente o existente desde antes del momento de nacer.

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

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

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

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

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

Enfermedad Aguda: Proceso corto y relativamente severo de alteración del estado del cuerpo o alguno de sus órganos, que pudiere interrumpir o alterar el equilibrio de las funciones vitales, pudiendo provocar dolor, debilidad u otra manifestación extraña al comportamiento normal del mismo.

Enfermedad Repentina o Imprevista: Enfermedad pronta, impensada, no prevista, contraída con posterioridad a la fecha de inicio de vigencia del plan contratado o a la fecha de inicio del viaje, la que sea posterior.

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

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

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

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

Recurrente: Regreso de la misma enfermedad luego de haber sido tratada. Usualmente, 3 o más veces durante un año calendario.
Residencia habitual: residencia o lugar determinado donde el Titular permanece de manera continuada y usual, caracterizada por una presencia física que ofrezca diferencias relevantes, por su duración y frecuencia, con la permanencia en otras viviendas y por una vinculación con sus actividades o intereses personales, familiares, profesionales y/o económicos.
Titular: La persona que figura en esta póliza" como beneficiaria de los servicios descriptos en el Contrato de asistencia en viaje formalizado.

3. NÓMINA DE PAÍSES CON SERVICIOS DE LA COMPAÑIA
Alemania-Andorra-Arabia Saudita-Argelia-Argentina-Armenia-Aruba-Australia-Austria-Azerbaiyan-Bélgica-Bielorrusia-Bolivia-Bonaire-Bosnia-Herzegovina-Brasil-Brunei-Bulgaria-Camboya -Canadá-Chile-China-Chipre-Colombia-Corea del Sur-Costa Rica-Croacia-Cuba-Curaçao-Dinamarca-Ecuador-Egipto-El Salvador-Emiratos Árabes Unidos-Escocia-España-Eslovaquia-Eslovenia-Est. De la Ciudad del Vaticano- Estados Unidos-Estonia-Filipinas-Finlandia-Francia-Gibraltar-Grecia-Guatemala-Guinea Ecuatorial-Holanda-Honduras-Hong Kong-Hungría-India-Indonesia-Inglaterra-Irlanda-Islandia-Islas Maldivas-Islas Mauricio-Israel-Italia-Jamaica-Japón-Jordania-Kazajistan-Kenia-Kirgustan-Kuwait-Lesotho-Letonia-Líbano-Liechtenstein-Lituania-Luxemburgo-Malasia-Marruecos-México-Moldavia-Mónaco-Mongolia-Montenegro-Nicaragua-Noruega-Nueva Zelanda-Omán-Panamá-Paraguay-Perú-Polonia-Portugal-Qatar-República Checa-República Dominicana-Rumania-Rusia-Saint Maarten-San Marino-Serbia-Singapur-Siria-Sri Lanka-Sudáfrica-Suecia-Suiza-Tahití-Tailandia-Taiwán-Tayikistan-Tibet-Túnez-Turkmenistan-Turquía-Ucrania-Uruguay-Uzbekistan-Venezuela-Vietnam-Yemen.
En los países no incluidos en esta Nómina, la Compañía se limita únicamente al reembolso de gastos médicos en las circunstancias y condiciones establecidas en las Condiciones Generales de los servicios.

4. SERVICIOS DE LA Compañía
La siguiente es una enunciación taxativa de los servicios que la Compañía brinda al Titular beneficiario del producto de la Compañía adquirido.
MONTO MAXIMO GLOBAL: Es la suma tope de gastos que la Compañía abonará y/o reembolsará al Titular por todo concepto y por todos los servicios brindados en virtud de las presentes Condiciones Generales. El monto total de gastos por todos los servicios detallados en la Cláusula C.4 no podrá exceder el "Monto Máximo Global" que se indica en su póliza.
Para una mejor interpretación de esta cláusula, se aclara que en los productos donde el Monto Máximo Global esté expresado en más de una moneda y difieran uno del otro, los referidos Montos no serán complementarios entre sí, por lo que las sumas computadas como gastos en asistencias brindadas para cualquiera de dichos Montos serán deducibles entre sí.

4.1 ASISTENCIA MÉDICA

La Compañía pone a disposición del Titular su red mundial de Centrales de Alarma. El Titular deberá comunicarse telefónicamente con una central de la Compañía para todo caso de enfermedad, accidente o emergencia para el cual necesite asistencia. La Compañía brindará al Titular las condiciones para su oportuna atención, sea remitiendo al profesional en cada caso o autorizando la atención en uno cualquiera de los Centros Asistenciales u hospitales disponibles en el área de ocurrencia del evento cuya asistencia se solicita. El Titular se obliga a dar aviso a la Compañía tantas veces como asistencias requiera. A partir de la primera asistencia o servicio prestado, el Titular deberá siempre comunicarse con la Compañía para obtener la autorización de nuevas asistencias o servicios originados en la misma causa que el primer evento.

Si requerida la asistencia a la Central de la Compañía no se encontrare inmediatamente disponible en el lugar de ocurrencia del evento un prestador de la red asistencial de la Compañía, el Titular podrá, previa autorización de la Compañía, utilizar los servicios médicos que resulten necesarios. En estas circunstancias la Compañía se hará cargo del costo de los servicios prestados al Titular por otros profesionales y/o establecimientos sanitarios, siempre y cuando los mismos no estén excluidos en las presentes Condiciones Generales, abonando directamente a los prestadores (cuando ello resulte posible) o reintegrando al Titular los gastos efectuados en situaciones de emergencia únicamente, y conforme a lo estipulado en la Cláusula C.4.1.12 de las presentes Condiciones Generales de los Servicios de la Compañía.

IMPORTANTE: Los servicios de asistencia médica a ser brindados por la Compañía se limitan a tratamientos de cuadros agudos y están orientados a la asistencia en viaje de eventos súbitos e imprevisibles donde se haya diagnosticado una enfermedad clara, comprobable y aguda que impida la normal continuación de un viaje y por la misma razón no están diseñ ados ni se contratan ni se prestan para procedimientos electivos o para adelantar tratamientos o procedimientos de larga duración sino para garantizar la recuperación inicial y las condiciones físicas que permitan la normal continuación del viaje.

Los servicios de asistencia médica antes mencionados incluyen:

4.1.1 Consultas médicas

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

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

Los servicios de asistencia médica a ser brindados por la Compañía se limitan al tratamiento de los síntomas agudos que impidan la continuación del viaje. A menos que esté explícitamente aclarado dentro d e las características del producto de la Compañía adquirido, todas las afecciones crónicas o preexistentes o congénitas o recurrentes, conocidas o no por el Titular, están expresamente excluidas, como así también sus consecuencias y/o complicaciones, aun cuando estas consecuencias y/o complicaciones aparezcan por primera vez durante el viaje.

4.1.2 Atención por especialistas
Se prestará asistencia médica por especialistas cuando ésta sea indicada o requerida por el equipo médico de urgencia y autorizada previamente por la Central de la Compañía correspondiente. Cuando el Titular sea menor de 12 años y haya requerido asistencia médica, la Compañía pondrá a disposición, a solicitud de los padres o adultos que acompañen al menor en su viaje, la posibilidad de una ínter consulta telefónica con el pediatra de cabecera del menor en su país de origen. Se deja expresa constancia que dicha interconsulta tendrá mero carácter informativo pero no será vinculante respecto al tratamiento médico a brindar, el cual será decisión del prestador médico interviniente.

4.1.3 Exámenes médicos complementarios
Se procederá a efectuar exámenes complementarios cuando sean indicados por el equipo médico de urgencia y autorizados por la Central de la Compañía correspondiente.

4.1.4 Terapia de recuperación física en caso de traumatismo.
Si el Departamento Médico de la Compañía lo autorizara y habiendo sido prescripto por el médico tratante, la Compañía tomará a su cargo hasta 10 (diez) sesiones de fisioterapia, quinesioterapia, etc.

4.1.5 Médicamentos
La Compañía se hará cargo de los gastos de médicamentos recetados por su equipo médico para la afección que diera lugar a la asistencia al Titular, durante la vigencia de la Tarjeta y hasta los límites indicados en su póliza según se trate de:

1. Asistencias ambulatorias
2. Asistencias durante la hospitalización del Titular
3. Asistencias en el país de emisión de la Tarjeta: Cuando la médicación a ser provista por la Compañía no esté prontamente disponible y el Titular deba hacer uso de la misma en situaciones de emergencia, los desembolsos realizados por estos conceptos le serán reembolsados cuando corresponda, contra la presentación a la Compañía de los comprobantes fehacientes y hasta el límite indicado en su póliza.

4.1.6 Odontología de urgencia
La Compañía se hará cargo de los gastos por atención odontológica de urgencia en casos de infección o trauma. La atención odontológica estará limitada únicamente al tratamiento del dolor y/o extracción de la pieza dentaria y no podrán exceder los U$S 300.00 por pieza dentaria, aun cuando el limite indicado en su póliza sea superior.

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

4.1.8 Intervenciones quirúrgicas, Terapia intensiva y unidad coronaria
Se procederá a realizar las intervenciones quirúrgicas al Titular en los casos de emergencia que requieran urgentemente ese tratamiento y exclusivamente cuando el Departamento Médico y la correspondiente central de la Compañía lo autoricen (salvo en el supuesto previsto en la Cláusula B.2.2).
Aquellas intervenciones quirúrgicas que encuadren como procedimiento "electivo" (ver definición en Cláusula C.2) y no impidan la normal continuación del viaje, pudiendo por tanto ser realizadas al regreso del Titular a su país de origen, no estarán incluidas en este beneficio.
Cuando la naturaleza de la enfermedad o lesiones del Titular así lo requieran, se procederá a tratamientos de terapia intensiva y unidad coronaria. En todos los casos deberá existir autorización del Departamento Médico de la Compañía como requisito indispensable para que la Compañía asuma la responsabilidad económica por dichos tratamientos (salvo en el supuesto previsto en la Cláusula B.2.2)

4.1.9 Prótesis y órtesis
Si el Departamento Médico de la Compañía lo autorizara y habiendo sido prescripto por el médico tratante, la Compañía tomará a su cargo los gastos correspondientes a prótesis, órtesis, síntesis o ayudas mecánicas, que resulten necesarias en virtud de una asistencia médica comprendida en las presentes Condiciones Generales y en el producto adquirido por el Titular hasta el monto indicado en las Condiciones Particulares.
El equipo médico de la Compañía se reserva el derecho de determinar la prótesis, órtesis, síntesis o ayuda mecánica a ser suministrada al Titular.
Quedan expresamente excluidos los gastos por prótesis, órtesis, síntesis o ayudas mecánicas, indicados en la cláusula C.5.12.14.

4.1.10 Límite de gastos de asistencia médica
Solo para los productos que lo incluyan expresamente en las Condiciones Particulares.
En su póliza encontrará el valor de cada Monto Máximo Específico aplicable a:

1. Asistencia médica por accidente.
2. Asistencia médica por "enfermedades no preexistentes"
3. Asistencia médica por "enfermedades preexistentes": Las condiciones aplicables por este concepto se indican en la cláusula C.4.2 de las presentes Condiciones Generales.
4. (Asistencia médica en el país de emisión de la póliza (Este monto se aplicará para asistencias derivadas de enfermedades y/o accidentes y sólo en los casos en que el producto adquirido incluya este beneficio).
5. Monto Máximo Global en caso de evento múltiple. (Este monto no excederá en conjunto y para todos los Titulares que se vean involucrados la suma por evento indicada a tal efecto en la póliza, importe que se distribuirá entre todos los Titulares a prorrata, manteniéndose el límite máximo por Titular que corresponda según el tipo de producto contratado para cada Titular).

Los límites de gastos de asistencia médica por enfermedad o accidente indicados en los puntos inmediatos anteriores no son acumulativos, aplicando en forma excluyente sólo uno de los mismos de acuerdo a la causa de la Asistencia.

4.1.11 Franquicia aplicable a gastos médicos
El Monto fijo deducible será aplicable a los gastos médicos del Titular y a aquellos productos de la Compañía que tengan incluido este concepto en su póliza.
En caso de adquirir una segunda tarjeta Long Stay anual consecutiva durante la vigencia de la primera tarjeta anual, la correspondiente al segundo año tendrá un deducible de USD 100 aplicable a cada evento diferente.

4.1.12 Reembolso de gastos médicos

La Compañía efectuará reembolso de gastos médicos realizados en una situación de emergencia, siempre y cuando hayan sido previamente autorizados por el Departamento Médico de la Compañía y no excedan los aranceles y precios en uso, regulares y vigentes en el país y/o lugar en que fueron efectuados. Las tarifas y aranceles permanentemente actualizados, se encuentran a disposición del interesado en las oficinas de la Compañía de cada uno de los países en los que ésta presta servicios. Para el caso específico de eventos ocurridos en USA los valores de referencia a utilizar serán los que en dicho país se conocen como "Usual and Customary amount". Estos gastos le serán reembolsados por la Compañía contra la presentación de comprobantes fehacientes y hasta el límite indicado en su polizar y correspondiente al producto de la Compañía adquirido. Estos comprobantes deberán incluir: facturas originales de los profesionales y/o centros médicos intervinientes en la asistencia con clara indicación de diagnóstico, historia clínica, formulario de ingreso en caso de internación emitido por el establecimiento asistencial, detalle de prestaciones y facturas de farmacias con descripción de médicamentos adquiridos, que deberán ser coincidentes en calidad y cantidad con los prescriptos por el profesional actuante en la ocasión.

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

4.1.13 Reclamo de pagos-Payment Claims

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

4.2 DOLENCIAS PREEXISTENTES Y DOLENCIAS CRONICAS

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

4.2.2 En caso que no se incluya específicamente, solo se asumirán los gastos de la primera atención médica hasta el tope indicado en las Condiciones Particulares.

4.2.3 Se excluyen de este servicio los gastos correspondientes al inicio o continuación de tratamientos, procedimientos diagnósticos, de investigación, conductas diagnósticas y/o terapéuticas, que no estén relacionadas con el episodio agudo no predecible. Se excluyen asimismo 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. También se encuentran excluidos los procedimientos dialíticos, trasplantes, tratamientos oncológicos y psiquiátricos; audífonos, anteojos, lentes de contacto, puentes dentales, marcapasos, desfibriladores implantables, respiradores ambulatorios, dispositivos implantables, material descartable especifico, etc.; enfermedades producidas por ingestión de drogas, narcóticos, medicinas tomadas sin prescripción médica fehaciente, alcoholismo, etc. y las lesiones sufridas durante un acto ilícito. La Compañía se reserva el derecho de denegar la cobertura en caso de constatarse que el motivo del viaje fuera el tratamiento en el extranjero de una enfermedad crónica o preexistente.

4.3 TRASLADOS SANITARIOS

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

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

4.4 REPATRIACION SANITARIA

Solo para los productos que lo incluyan expresamente en las Condiciones Particulares. Incluye el traslado del Beneficiario en avión de línea aérea regular o avión sanitario, si fuera necesario por razones de índole médica evaluadas a criterio exclusivo de la Compañía, a costo de la Compañía dentro de los límites del Producto, con acompañamiento médico o de enfermero en caso de resultar necesario y sujeto a la disponibilidad de plazas hasta el país de Residencia del Beneficiario. La Compañía también organizará a su costo el traslado de un acompañante de regreso al país de Residencia del Beneficiario, siempre y cuando dicho acompañante también sea Beneficiario de un Producto que incluya este Servicio, y esté viajando junto con el Beneficiario accidentado al momento de producirse el evento que motiva este Servicio. Este Servicio únicamente tendrá lugar cuando razones de índole médica, evaluadas a criterio exclusivo de la Compañía, justifiquen su procedencia. Si el Beneficiario o sus familiares o acompañantes desean realizar un traslado en contra de la indicación de la Compañía o sin su previa autorización, dicho traslado y su costo estará excluido de este Servicio.

4.5 ACOMPAÑAMIENTO DE MENORES Y/O MAYORES

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

4.6 TRASLADO DE UN FAMILIAR

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

4.7 ESTANCIA DE UN FAMILIAR

Solo para los productos que lo incluyan expresamente en las Condiciones Particulares.

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

Los gastos asumidos por la Compañía los encontrará en su póliza con los siguientes límites:

1. Límite diario; y
2. Límite total.

4.8 DIFERENCIA DE TARIFA POR VIAJE DE REGRESO RETRASADO O ANTICIPADO

4.8.1 Regreso por enfermedad o accidente

La Compañía se hará cargo de la diferencia del costo del pasaje aéreo de regreso del Titular en clase turista o económica, cuando su pasaje original sea de ida y vuelta, de tarifa reducida, con fecha fija o fecha limitada de regreso, y no se pueda respetar dicha fecha a raíz de enfermedad o accidente del Titular. Este beneficio sólo será aplicable cuando el Titular hubiere sido asistido médicamente con autorización de la Central de la Compañía correspondiente. Los denominados Eventos Excluidos en las Cláusulas C.4.2, C.5.12 y C.5.13 no contarán con el presente beneficio.

4.8.2 Regreso por fallecimiento de familiar

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

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

4.9 GASTOS DE HOTEL POR REPOSO FORZOSO LUEGO DE UNA HOSPITALIZACION

Solo para los productos que lo incluyan expresamente en las Condiciones Particulares.

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

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

4.10 REEMBOLSO DE GASTOS POR VUELO DEMORADO O CANCELADO

Solo para los productos que lo incluyan expresamente en las Condiciones Particulares.

Si el vuelo internacional del Titular fuera demorado por más de 6 (seis) horas consecutivas desde la hora de partida programada originalmente, y siempre y cuando no tenga ninguna otra alternativa de transporte durante esas 6 (seis) horas, la Compañía reembolsará los gastos en concepto de alojamiento, alimentación, taxi, realizados por el Titular durante el lapso de la demora y hasta el límite indicado en su póliza. La Compañía sólo reembolsará estos gastos contra presentación de comprobantes que acrediten en forma fehaciente los gastos en los que el titular hubiere incurrido, y contra constancia de la Compañía aérea certificando la demora o cancelación sufrida e indicando los motivos de dicha demora o cancelación. Para percibir este reembolso el Titular deberá haber contactado a la central la Compañía más cercana antes de abandonar el aeropuerto donde ocurrió el hecho.

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

4.11 TRANSMISION DE MENSAJES URGENTES
La Compañía se encargará de transmitir los mensajes urgentes y justificados, relativos a cualquiera de los eventos objeto de las prestaciones contempladas en las presentes Condiciones Generales de los Servicios de la Compañía.

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

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

4.14 REPATRIACION O TRASLADOS FUNERARIOS
En caso de fallecimiento del Titular, la Compañía organizará la repatriación o traslado funerario y tomará a su cargo:

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

NOTA: Los gastos de féretro definitivo, los trámites funerarios, la inhumación del Titular fallecido y los traslados dentro del país de residencia (en caso de repatriación funeraria) no estarán en ningún caso a cargo de la Compañía. Ambos servicios se brindarán únicamente si la intervención de la Compañía es solicitada en forma inmediata al fallecimiento. La Compañía quedará eximida y no será responsable por el traslado de los restos, ni efectuará reembolso alguno por este concepto en caso de que empresas funerarias u otros terceros tomen intervención antes que la Compañía o sin su autorización expresa.
La Compañía no se hará cargo de la repatriación funeraria ni de sus gastos en los casos de muerte producida por:

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

4.15 LOCALIZACION DE EQUIPAJES
La Compañía asistirá al Titular en el exterior con todos los medios a su alcance para intentar localizar equipajes extraviados que hubieren sido despachados en la bodega del mismo vuelo internacional en el que viajaba el Titular de la tarjeta. En el porta documentos la Compañía se provee al Titular de marbetes codificados para la identificación de su equipaje. A los efectos de facilitar la identificación del equipaje en caso de extravío.

NOTA: La Compañía no asume responsabilidad alguna por equipajes extraviados y no localizados. Algunos productos de la Compañía incluyen sin costo adicional seguro(s) de indemnización por equipajes demorados y/o extraviados de acuerdo a lo expresado en la Cláusula D.1 Seguro por Extravío y Demora en la Localización del Equipaje. Solo para los productos que lo incluyan expresamente en las Condiciones Particulares.

4.16 ASISTENCIA POR RESPONSABILIDAD EN UN ACCIDENTE
Solo para los productos que lo incluyan expresamente en las Condiciones Particulares.
En caso de imputársele al Titular responsabilidad en un accidente en un país donde la Compañía brinda asistencia, ésta pondrá a disposición del Titular que lo solicite un abogado para que se haga cargo de su defensa civil o criminal.

C.4.16.1 La Compañía adelantará, en concepto de préstamo y a ser devueltos por el Titular, los importes en concepto de honorarios y gastos causídicos o
C.4.16.2 Se hará cargo de los mismos hasta el límite establecido en el producto de la Compañía adquirido.
C.4.16.3 En caso que la asistencia prevista en esta sección sea requerida por el Titular en el país de su residencia, y que la póliza de la Compañía haya sido emitida en dicho país, la Compañía adelantará, en concepto de préstamo y a ser devueltos por el Titular, hasta el importe indicado en su póliza en concepto de honorarios y gastos causídicos.

4.17 ANTICIPO DE FONDOS PARA FIANZAS
Solo para los productos que lo incluyan expresamente en las Condiciones Particulares.
Si el Titular fuera detenido por imputársele responsabilidad criminal en un accidente, podrá recurrir a la Compañía para obtener un préstamo a fin de afrontar la fianza que le fuera exigida para su libertad condicional. El otorgamiento del préstamo al Titular en estas circunstancias, estará sujeto a las condiciones que establezca la Compañía en cada caso y que el Titular deberá aceptar.

4.18 ASISTENCIA LEGAL PARA REALIZAR RECLAMOS A RAIZ DE ACCIDENTES
Si el Titular requiriese asistencia legal para realizar reclamos o efectuar demandas a terceros por daños u otra compensación a raíz de accidentes en los países en que la Compañía brinda sus servicios (ver Nómina de Países, Cláusula C.3 de estas Condiciones Generales de los Servicios de la Compañía), ésta pondrá un abogado a disposición del Titular para tal efecto. Serán a exclusivo cargo del Titular la contratación de los servicios profesionales, así como el pago de todos los honorarios y gastos que el caso genere.
NOTA: La obligación de la Compañía se limita a la puesta a disposición de un profesional. En todos los casos, los abogados designados o recomendados por la Compañía serán considerados como agentes del Titular sin derecho a reclamo o indemnización alguna en contra de la Compañía por haber propuesto a determinados profesionales.

4.19 PRACTICA DE DEPORTES

Solo para los productos que lo incluyan expresamente en las Condiciones Particulares.

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

4.20 ESTADO DE EMBARAZO

Solo para los productos que lo incluyan expresamente en las Condiciones Particulares.

La Compañía sólo asumirá gastos de asistencia médica (incluyendo chequeos médicos de emergencia y ecografías) por complicaciones claras e imprevisibles que pudieran surgir vinculadas al embarazo -incluyendo partos prematuros y abortos espontáneos- hasta la semana 26 de gestación inclusive, únicamente hasta el tope indicado en su póliza por este concepto y siempre y cuando la póliza de la Compañía de la Titular se encuentre vigente como mínimo durante ese período. Para asumir los gastos deberá mediar siempre la solicitud del equipo médico interviniente y la autorización del Departamento Médico y de la Central Operativa de la Compañía.

Exclusiones Particulares: se encuentran expresamente excluidos de los servicios estipulados.

Los tratamientos de los eventos que se detallan a continuación:

1. Controles ambulatorios vinculados al embarazo de curso normal, tanto consultas médicas como estudios relacionados; partos y cesáreas de curso normal y a término.
2. Abortos provocados.
3. Los gastos médicos y de cualquier otro tipo relacionados con el recién nacido (como por ejemplo y sin que esta enumeración sea taxativa nursery, neonatología, alimentación, etc).

5. DISPOSICIONES GENERALES

5.1 TITULAR DEL SERVICIO

Los servicios brindados por la Compañía se prestarán únicamente al Titular de la póliza y son intransferibles a terceras personas. Para recibir los servicios asistenciales aquí incluidos el Titular deberá exhibir la póliza de la Compañía y juntamente con ello toda la documentación personal que pudiere ser solicitada por la Compañía a fin de acreditar su identidad, como así también cualquier otro dato relativo a lugares y fechas del viaje objeto del servicio contratado.

5.2 VALIDEZ TERRITORIAL
La validez territorial se indica en las Condiciones Particulares.

5.2.1 Internacional
Los servicios asistenciales se brindarán únicamente en los países donde la Compañía presta sus servicios (ver Nómina de Países, Cláusula C.3 de estas Condiciones Generales de los Servicios de la Compañía). Salvo que las Condiciones Particulares lo autoricen expresamente, la prestación de dichos servicios en ningún caso será llevada a cabo en el país de residencia habitual del Titular. En caso que el Titular tenga residencia habitual en más de un país, la prestación de los servicios asistenciales de la Compañía no será llevada a cabo en ninguno de ellos. Los gastos incurridos por asistencias en países que no figuran en la Nómina de Países en la Cláusula C.3 a excepción del país de residencia del Titular, serán reembolsados sólo si corresponden y según los términos de las Instrucciones de Utilización y de las Condiciones Generales de los Servicios de la Compañía.

5.3 Días consecutivos de viaje
La validez consecutiva por viaje se indica en las Condiciones Particulares

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

5.5 DETERMINACION DEL TIPO DE SERVICIO / PRODUCTO
Únicamente el importe abonado por el Titular determinará el tipo de producto adquirido y por lo tanto las características y limitaciones del mismo. En caso de que existieren diferencias entre los datos consignados en la póliza referidos a la vigencia y/o tarifa aplicable al producto de la Compañía contratado, respecto de la efectivamente abonada por el Titular, se tendrán por válidos los datos correspondientes a ésta última.

5.6 LIMITES APLICABLES
Los límites monetarios indicados en la póliza serán aplicables por el periodo total de vigencia del plan contratado. Dicho período total de vigencia será considerado como único y absoluto, sin perjuicio que dentro del plazo comprendido durante mismo, el Titular realizara más de un viaje.

5.7 FINALIZACION DE LA VIGENCIA
La finalización de la vigencia de póliza implicará automáticamente el cese de todos los servicios detallados en estas Condiciones Generales, incluyendo aquellas asistencias iniciadas y en curso al momento del fin de la vigencia, salvo el supuesto de internación hospitalaria detallado en la Cláusula C.4.1.7 Los servicios de la Compañía dejarán de tener validez a partir del instante que el Titular interrumpa en forma imprevista su viaje, cualquiera sea la razón, y regrese a su lugar de residencia habitual o al país de emisión de la tarjeta. En tal caso el Titular no tendrá derecho a reclamar reembolso alguno por el período de tiempo no utilizado de su póliza.

5.8 GRABACION Y MONITOREO DE LAS COMUNICACIONES
La Compañía se reserva el derecho de grabar y auditar las conversaciones telefónicas que estime necesarias para el buen desarrollo de la prestación de sus servicios. El Titular presta expresa conformidad con la modalidad indicada y la eventual utilización de los registros como medio de prueba en caso de existencia de controversias respecto de la asistencia prestada.

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

5.10 REVELACION DE HISTORIA CLINICA
En todos aquellos casos en que la Compañía lo requiera, el Titular deberá otorgar las autorizaciones para revelar su historia clínica completando el RECORD RELEASE FORM inserto al final de este cuadernillo y enviándolo por fax a la Central de la Compañía interviniente en su caso.

5.11 AUTORIZACION IRREVOCABLE PARA SOLICITAR INFORMACION MÉDICA
El Titular autoriza en forma absoluta e irrevocable a la Compañía a requerir en su nombre cualquier información médica a profesionales tanto del exterior como del país de su residencia, con el objetivo de evaluar y eventualmente decidir sobre la aplicabilidad de las restricciones en casos de dolencias crónicas o preexistentes o de la afección que haya dado origen a su asistencia.

5.12 EVENTOS Y GASTOS EXCLUIDOS
Quedan expresamente excluidos del sistema de asistencia gratuito por parte de la Compañía los siguientes eventos:

5.12.1 Enfermedades crónicas y/o preexistentes
Quedan expresamente excluidos los estudios y/o los tratamientos relacionados con enfermedades Preexistentes (Conforme la definición de Preexistencia provista por la Cláusula C.2).
Cuando se trate de enfermedades excluidas según la presente cláusula, la Compañía sólo tomará a su cargo gastos hasta el tope indicado en su póliza y Condiciones Particulares en concepto de "Primera atención médica por enfermedades preexistentes", cuando no se indique esta cláusula, el tope será de USD 300, siempre y cuando la misma se produzca durante un viaje internacional. 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.
Se deja expresa constancia que la limitación indicada en el párrafo precedente se refiere única y exclusivamente a la responsabilidad económica de la Compañía y no a la atención médica por emergencia que resulte necesaria.

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

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

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

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

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

5.12.7 Deportes (profesional o amateur)
Quedan expresamente excluidos los siguientes eventos:
(1) Las asistencias que puedan ocurrir a consecuencia de entrenamiento, práctica o participación activa en toda clase de competencias deportivas, cualquiera sea el deporte que se practique en las mismas.
(2) Las asistencias que puedan ocurrir a consecuencia de la práctica (tanto en capacitación, entrenamiento o competencia, ya sea en carácter profesional, amateur o simplemente recreativo) d e deportes peligrosos o de alto riesgo, incluyendo, pero no limitado a: motociclismo, automovilismo, boxeo, rugby, polo, ski acuático, jet ski, wave runner o motos de agua, moto de nieve, vehículos todo terreno, parasail o parapente, aladeltismo, paracaidismo, planeadores, aviación deportiva, escalamiento de montañas, surf, windsurf, kitesurf, espeleología, rafting, bungee jumping, hockey sobre hielo o sobre patines, equitación en salto o carreras, artes marciales.

(3) Las asistencias que puedan ocurrir como consecuencia de la práctica de ski, snowboard y/u otros deportes invernales no mencionados en el párrafo anterior fuera de pistas reglamentarias y autorizadas.
(4) Las asistencias derivadas de cualquier tipo de ejercicio o juego atlético de acrobacia o que tenga por objeto pruebas de carácter excepcional o exhibiciones, o mientras participe en viajes o excursiones a regiones o zonas inexploradas, o cualquier clase de competencia de pericia o velocidad con vehículos mecánicos.
(5) Las asistencias que puedan ocurrir como consecuencia de la práctica de trekking, senderismo y/o ciclismo luego de los 3.000 msnm (metros sobre el nivel del mar) y fuera de las ciclo vías y/o senderos autorizados.
(6) Las asistencias que puedan ocurrir como consecuencia de la práctica de buceo por debajo de los 12 metros de profundidad.

5.12.8 Viajes aéreos

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

. **5.12.10 Enfermedades mentales y/o afines**
Enfermedades psicológicas, mentales, psicosis, neurosis y cualquiera de sus consecuencias mediatas o inmediatas.

5.12.11 Tensión arterial
Controles de tensión arterial. Hipertensión arterial y sus consecuencias.

5.12.12 HIV
Síndrome de inmunodeficiencia humana, SIDA y HIV en todas sus formas, así como sus agudizaciones, secuelas y consecuencias. Enfermedades venéreas o de transmisión sexual.

5.12.13 Visitas médicas no autorizadas por la Compañía
Las visitas médicas de control, chequeos y tratamientos prolongados, que no sean previa y expresamente autorizadas por el Departamento Médico de la Compañía.

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

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

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

5.12.17 Riesgos profesionales
Si el motivo del viaje del Titular fuese la ejecución de trabajos o tareas que involucren un riesgo profesional. En todos los casos, los servicios descriptos en estas Condiciones Generales de los Servicios de la Compañía serán complementarios de los que deban prestarse por parte de entidades asistenciales y de seguros según las normas de seguridad industrial y de riesgos laborales aplicables en el país donde se presente la enfermedad o accidente objeto del servicio (ver segundo párrafo de la Cláusula B.1).

5.12.18 Gastos no autorizados
Gastos de hotel, restaurante, taxis, comunicaciones, etc. que no hayan sido expresamente autorizados por una Central de la Compañía.

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

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

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

5.15 COMUNICACIÓN DE LA CONTRATACION
Será condición de validez de la póliza de la Compañía que el agente emisor haya comunicado fehacientemente a la Compañía su contratación con anterioridad a la entrada en vigencia de la misma. No podrán hacerse cambios de vigencia ni se procederá a la cancelación de la póliza por ninguna razón, ni bajo ninguna circunstancia, una vez iniciada su vigencia.

6. SUBROGACION Y CESION DE DERECHOS
Hasta la concurrencia de las sumas desembolsadas en cumplimiento de las obligaciones emanadas de las presentes Condiciones Generales de los Servicios de la Compañía, la Compañía quedará automáticamente subrogada en los derechos y acciones que puedan corresponder al Titular o a sus herederos contra terceras personas físicas o jurídicas y/u organismo(s) público(s) u oficial(es) en virtud del evento que ocasionó la asistencia prestada.
El Titular se compromete a abonar en el acto a la Compañía todo importe que haya recibido de parte del sujeto causante y/o responsable del accidente y/o de su(s) Compañía(s) de seguro(s) en concepto de adelanto(s) a cuenta de la liquidación de la indemnización final a la cual el titular pudiere tener derecho. Ello a concurrencia de los importes a cargo de la Compañía en el caso ocurrido.
Sin que la enunciación deba entenderse limitativa, quedan expresamente comprendidos en la subrogación los derechos y acciones susceptibles de ser ejercitados frente a las siguientes personas:
(1) Terceros responsables de un accidente (de tránsito o de cualquier otro tipo) y/o sus Compañías de seguro. (2) Empresas de transporte, en lo atinente a la restitución -total o parcial- del precio de pasajes no utilizados, cuando la Compañía haya tomado a su cargo el traslado del titular o de sus restos. (3) Otras Compañías que cubran el mismo riesgo.

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

1.2 RIESGOS ASEGURADOS
1.2.1 Demora en la entrega de equipaje
Demora en la entrega del equipaje durante su transporte internacional en avión de línea aérea regular siempre y cuando sea despachado en la bodega del mismo.

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

1.3 COMPENSACION / INDEMNIZACION

1.3.1 Compensación por demora en la entrega del equipaje.
La Compañía de seguros reintegrará al Titular por los gastos derivados de la compra de artículos de primera necesidad producidos como consecuencia de la demora del equipaje.
(1) Si el equipaje no es entregado dentro de las primeras 8 (ocho) horas, contadas a partir del momento en que se realiza la denuncia a la línea aérea, el titular recibirá una compensación de acuerdo al monto indicado en la póliza. Dicha indemnización se habilitará nuevamente por cada lapso adicional de 8 (ocho) horas, hasta completar el monto máximo indicado en su póliza para este concepto.
(2) Si el equipaje no fuera entregado dentro de los 10 (diez) días, el Titular percibirá de la Compañía de seguros una suma adicional hasta completar el monto indicado en su póliza por este concepto.
Si dos o más Titulares comparten el mismo bulto extraviado, se prorrateará entre los mismos la compensación.

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

1.3.3 Disposiciones generales para la compensación/indemnización
Consulte en su póliza el valor por kilogramo despachado aplicable al producto de la Compañía adquirido por Ud.
El Titular tendrá derecho a percibir hasta el monto máximo indicado en su póliza en conjunto por compensación y/o indemnización, sin importar la cantidad de eventos (demora o pérdida) que pudieran ocurrir durante la vigencia del plan contratado, incluso si la misma fuera de validez anual.
No se tomará en consideración el contenido y/o valor real del equipaje extraviado.
La indemnización al Titular será suplementaria o complementaria a la abonada por la línea aérea conforme a lo indicado en la póliza correspondiente al producto de la Compañía adquirido.
En caso de indemnización complementaria, el importe de la misma se determinará como la diferencia entre lo abonado por la línea aérea y el monto que se determine conforme a lo estipulado en el punto D.1.3.2 precedente, y siempre hasta el límite máximo indicado por este concepto en la póliza. No será válida compensación alguna si la indemnización de la Compañía aérea iguala o supera el límite máximo establecido en la póliza para este concepto.
El reintegro de los gastos derivados de la demora o extravío de su equipaje deberá ser tramitado por el Titular en cualquier central de la Compañía. Si el Titular se encontrara en un lugar donde la Compañía no contara con oficinas, deberá comunicarse indefectiblemente con la central de la Compañía más cercana, y seguir las instrucciones para obtener la(s) compensación(es), que quedará(n) siempre supeditada(s) a la presentación y verificación de la documentación en alguna oficina de la Compañía.
Para obtener el reintegro de gastos derivados de la demora o extravío de su equipaje, el Titular deberá permanecer en el exterior durante los plazos mínimos estipulados que indique el plan contratado y que se encuentre vigente durante todo el lapso del viaje.
Si la constatación o el extravío del equipaje ocurre en el vuelo de regreso al país emisor y/o de residencia habitual del Titular, no se otorgará compensación por la demora en la localización del equipaje.
Monto declarado: En ningún caso la compensación por pérdida de equipaje, sumada a la indemnización recibida de la línea aérea excederá el monto declarado oportunamente o reclamado en la denuncia presentada a la línea aérea por el Titular, y si así sucediera se limitará consecuentemente la compensación suplementaria o complementaria que corresponda según el tipo de producto de la Compañía adquirido.

1.4 DOCUMENTACION NECESARIA

1. Formulario P.I.R. (Property Irregularity Report);
2. Pasaporte, incluyendo sellos de entrada y salida
3. Comprobantes originales de los gastos efectuados (para la compensación de gastos por demora en la entrega del equipaje); y
4. Original del recibo de indemnización de la línea aérea (para la indemnización por pérdida total) y/o copia del comprobante bancario de cobro de dicha indemnización.

1.5 OTRAS CONDICIONES

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

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

Las compensaciones y/o indemnizaciones descriptas son por persona y no por bulto extraviado. Cuando dos o más personas comparten el mismo bulto extraviado, se procederá a abonar las compensaciones y/o indemnizaciones indicadas más arriba a prorrata.

Todas las compensaciones y/o indemnizaciones descriptas se abonarán en la moneda local del país en que se emitió la póliza de la Compañía. El tipo de cambio a aplicarse será el vigente al día de la fecha de transferencia.

1.6 REQUISITOS PARA OBTENER LAS COMPENSACIONES Y/O INDEMNIZACIONES

1. Haber adherido el marbete de identificación de la Compañía en la parte exterior del equipaje extraviado.
2. Que el equipaje se haya extraviado durante su transporte en vuelo internacional (entre dos países) en un avión de línea aérea regular.
3. Que el mencionado equipaje haya sido debidamente despachado a nombre del Titular y en la bodega del transporte aéreo indicado.
4. Que la pérdida del equipaje haya ocurrido entre el momento en que el mismo fue entregado a personal autorizado de la Compañía aérea para ser embarcado y el momento en que debió ser devuelto al Titular al finalizar el viaje.
5. Que el equipaje se haya extraviado fuera del territorio del país en que se emitió la póliza y/o fuera del país de residencia habitual del Titular, salvo pérdidas producidas en vuelos internacionales que arriben al mismo.
6. Que la falta del equipaje haya sido informada de inmediato a la Compañía aérea antes de abandonar el recinto de entregas obteniendo el Titular prueba por escrito de dicha falta, mediante el formulario P.I.R. (Property Irregularity Report) que debe ser emitido a nombre del Titular. Cuando se trate de dos o más viajeros integrantes de un grupo (familiar, de trabajo o de otro tipo) siendo todos los integrantes del mismo Titulares de una póliza y cada uno de ellos no haya recibido su equipaje, deberán completar un formulario PIR individual a nombre de cada uno de los integrantes que no haya recibido su respectivo equipaje.

- 7. Que la falta de localización del equipaje haya sido informada por el Titular a la Compañía dentro de las 24hs desde el momento en que se constató dicha falta.
- 8. Que la línea aérea se haya hecho cargo de su responsabilidad por la pérdida del mencionado equipaje y haya abonado al Titular la indemnización correspondiente prevista por la Compañía aérea. El Titular deberá probar la aceptación de responsabilidad de la línea aérea mediante la presentación de comprobantes fehacientes.
- 9. El Titular deberá presentarse en cualquier oficina de la Compañía, y completar la solicitud de indemnización, con la documentación completa, según consta en la Cláusula D.1.4 "Documentación necesaria". El plazo máximo para esta presentación será de 1 (un) año, o sea 365 días contados a partir de la denuncia formulada conforme el inciso (6) de esta cláusula D.1.6, vencido dicho plazo el Titular no podrá reclamar ninguna compensación ni indemnización.

4.5 MONTO MAXIMO DE CANCELACION O INTERRUPCION POR EVENTO MULTIPLE

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

4.6 EXCLUSIONES

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

1. Enfermedades crónicas o preexistentes padecidas con anterioridad a la fecha de emisión de la póliza - conocidas o no por el causante del evento (sea el Titular, o su cónyuge, padre(s), hermano(s) o hijo(s))- así como sus agudizaciones, consecuencias y secuelas.
2. Accidentes causados directa o indirectamente por la práctica de deportes peligrosos tales como, pero no limitados a alpinismo, ski fuera de pistas reglamentarias, ski acuático, moto de nieve y/o snow cat, automovilismo, motociclismo, boxeo, paracaidismo, parasail, aladeltismo y todo otro ejercicio o prueba atlética o de acrobacia o que tenga por objeto pruebas de carácter excepcional o mientras participe en viajes o excursiones a zonas inexploradas.
3. Participación en empresa criminal.
4. Heridas que el Titular se hubiere infligido a sí mismo.
5. Alcoholismo.
6. Uso de drogas, drogadicción o utilización de médicamentos sin orden médica.
7. Embarazo (salvo que se hubiera comprobado luego de reservado el viaje).
8. Cualquier tipo de enfermedad mental.
9. Tampoco corresponderá la indemnización para personas de 69 o más años de edad a la fecha de contratación del viaje.
10. Cuando la póliza haya sido adquirido y/o emitido en el país de destino

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

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

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

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

4.9 REEMBOLSOS
El Asegurador resarcirá al Titular en la misma moneda en que éste hubiera pagado el viaje, en un todo de acuerdo con la información obrante en los recibos otorgados por la Agencia. De existir impedimentos legales para efectuar los pagos en moneda extranjera, éstos se efectuarán en moneda local tomando como cambio el oficial tipo vendedor del día anterior al pago. Los pasajes aéreos obtenidos mediante canje de millas no serán reembolsables como así tampoco la penalidad a consecuencia de la reprogramación total o parcial del viaje. La Compañía se reserva la facultad de verificar con los prestadores correspondientes toda la información recibida.

5 . GARANTIA DE CANCELACIÓN "ANY REASON" E INTERRUPCION DE VIAJE POR FUERZA MAYOR
ESTA GARANTIA ES VALIDA EXCLUSIVAMENTE PARA VIAJES INTERNACIONALES

5.1 PERSONAS CUBIERTAS
El Titular de una póliza de la Compañía está asegurado automáticamente y sin costo adicional, cuando la póliza correspondiente al producto la Compañía adquirida indica esta cobertura siempre que se cumplan los motivos detallados en la cláusula D.5.2

5.2 RIESGO COMPROMETIDO-CONDICIONES PARA ACCEDER AL BENEFICIO

5.2.1 Interrupción de viaje por fuerza mayor
La pérdida irrecuperable de depósitos o gastos pagados por anticipado por el viaje que no hayan podido ser gozados a causa de la interrupción, de acuerdo a las condiciones generales del contrato suscripto por el Titular con la Agencia de Viajes y/o Operador Turístico, cuando la misma provoque el retorno anticipado del Titular al país de residencia y siempre que esta interrupción se produzca en forma necesaria e inevitable como consecuencia de:

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

NOTA: La cobertura bajo los supuestos previstos en los puntos (2), (3), y (4) precedentes se extenderá asimismo al cónyuge e hijos del Titular, en caso que los mismos viajaren con el Titular siempre que sean ellos también Titulares, y por fallecimiento, accidente, enfermedad, notificación judicial y o declaración en cuarentena, los arriba mencionados deban también cancelar su viaje.

5.3 VIGENCIA DE LA GARANTÍA Esta garantía rige desde el momento en que el Titular contrate el viaje y hasta la finalización del mismo.

5.4 COMPROMISO DE LA GARANTÍA Hasta el monto máximo indicado en su póliza. Cuando la cancelación del viaje se produzca por alguno de los motivos que se indican a continuación, la indemnización a abonar será la indicada en el párrafo precedente.

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

Nota: La cobertura bajo los supuestos previstos en los puntos (2), (3), y (4) precedentes se extenderá asimismo al cónyuge e hijos del Titular, en caso que los mismos viajaren con el Titular siempre que sean ellos también Titulares, y por fallecimiento, accidente, enfermedad, notificación judicial y o declaración en cuarentena, los arriba mencionados deban también cancelar su viaje.

IMPORTANTE: Cuando la cancelación del viaje se produzca por un motivo distinto a los enumerados en los ítems (1), (2), (3) y (4) precedentes, a la suma a abonar se le deducirá una franquicia del 25% (veinticinco por ciento) a cargo del Titular. La franquicia será aplicada sobre la pérdida irrecuperable de depósitos o gastos pagados por anticipado por el viaje de acuerdo a las condiciones generales del contrato suscripto por el Titular con la Agencia de Viajes y/o Operador Turístico. En caso en que las pérdidas irrecuperables superen el límite de cobertura, el deducible se aplicará sobre este último.

5.5 MONTO MAXIMO DE CANCELACION ANY REASON O INTERRUPCION POR EVENTO MULTIPLE La suma asegurada es por Titular. No obstante, en caso de un evento que involucre a más de un Titular y cualquiera sea la cantidad de Titulares involucrados en el mismo, la responsabilidad máxima por todas los titulares afectados, no será mayor al monto indicado en su póliza como máximo global por el mismo siniestro. En caso de que la suma de las indemnizaciones a abonar supere los montos antedichos, cada indemnización individual será efectuada a prorrata de la responsabilidad máxima definida en la póliza.

5.7 EXCLUSIONES

5.7.1 Interrupción de viaje
No corresponderá indemnización bajo esta cobertura cuando la interrupción se produzca como consecuencia de:

1. Enfermedades crónicas o preexistentes padecidas con anterioridad a la fecha de emisión del certificado - conocidas o no por el causante del evento (sea el Titular, o su cónyuge, padre(s), hermano(s) o hijo(s))- así como sus agudizaciones, consecuencias y secuelas.
2. Accidentes causados directa o indirectamente por la práctica de deportes peligrosos tales como, pero no limitados a alpinismo, ski fuera de pistas reglamentarias, ski acuático, moto de nieve y/o snow cat, automovilismo, motociclismo, boxeo, paracaidismo, parasail, aladeltismo y todo otro ejercicio o prueba atlética o de acrobacia o que tenga por objeto pruebas de carácter excepcional o mientras participe en viajes o excursiones a zonas inexploradas.
3. Participación en empresa criminal.
4. Heridas que el Titular se hubiere infligido a sí mismo.
5. Alcoholismo.
6. Uso de drogas, drogadicción o utilización de médicamentos sin orden médica.
7. Embarazo (salvo que se hubiera comprobado luego de reservado el viaje).
8. Cualquier tipo de enfermedad mental.
9. Tampoco corresponderá la indemnización para personas de 69 o más años de edad a la fecha de contratación del viaje.

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

5.9 REQUISITOS PARA ACCEDER A LA INDEMNIZACION

Además de la notificación fehaciente a la Compañía estipulada en el punto D.5.2.1 inciso (2) precedente, el Titular, bajo pena de nulidad de la garantía, deberá entregar a la Compañía una carta indicando los motivos que dan origen a la cancelación, a la cual deberá adjuntar los siguientes elementos:

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

5.10 REEMBOLSOS

El Asegurador resarcirá al Titular en la misma moneda en que éste hubiera pagado el viaje, en un todo de acuerdo con la información obrante en los recibos otorgados por la Agencia. De existir impedimentos legales para efectuar los pagos en moneda extranjera, éstos se efectuarán en moneda local tomando como cambio el oficial tipo vendedor del día anterior al pago. La Compañía se reserva la facultad de verificar con los prestadores correspondientes toda la información recibida.

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

ANEXO II
INFORMACIÓN SOBRE PRESENTACIÓN DE CONSULTAS O RECLAMOS

En virtud de la Circular N° 2131 de 28 de Noviembre de 2013, las compañías de seguros, corredores de seguros y liquidadores de siniestros, deberán recibir, registrar y responder todas las presentaciones, consultas o reclamos que se les presenten directamente por el contratante, asegurado, beneficiarios o legítimos interesados o sus mandatarios.
Las presentaciones pueden ser efectuadas en todas las oficinas de las entidades en que se atienda público, presencialmente, por correo postal, medios electrónicos, o telefónicamente, sin formalidades, en el horario normal de atención.
Recibida una presentación, consulta o reclamo, ésta deberá ser respondida en el plazo más breve posible, el que no podrá exceder de 20 días hábiles contados desde su recepción.
El interesado, en caso de disconformidad respecto de lo informado, o bien cuando exista demora injustificada de la respuesta, podrá recurrir a la Comisión para el Mercado Financiero (CMF), Área de Protección al Inversionista y Asegurado, cuyas oficinas se encuentran ubicadas en Av. Libertador Bernardo O'Higgins 1449, piso 1°, Santiago, o a través del sitio web www.cmfchile.cl.

ANEXO III
(Circular N°2106 Comisión para el Mercado Financiero)
PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS

1) OBJETO DE LA LIQUIDACIÓN:
La liquidación tiene por fin establecer la ocurrencia de un siniestro, determinar si el siniestro está cubierto en la póliza contratada en una Compañía de seguros determinada, y cuantificar el monto de la pérdida y de la indemnización a pagar.
El procedimiento de liquidación está sometido a los principios de celeridad y economía procedimental, de objetividad y carácter técnico y de transparencia y acceso.

2) FORMA DE EFECTUAR LA LIQUIDACIÓN:
La liquidación puede efectuarla directamente la Compañía o encomendarla a un Liquidador de Seguros. La decisión debe comunicarse al Asegurado dentro del plazo de tres días hábiles contados desde la fecha de la denuncia del siniestro

3) DERECHO DE OPOSICION A LA LIQUIDACIÓN DIRECTA:
En caso de liquidación directa por parte de la Compañía, el asegurado o beneficiario puede oponerse a ella, solicitándole por escrito por escrito que designe un Liquidador de Seguros, dentro del plazo de cinco días hábiles contados desde la notificación de la comunicación de la Compañía. La Compañía deberá designar el liquidador dentro del plazo de dos días hábiles contados desde dicha oposición.

4) INFORMACIÓN AL ASEGURADO DE GESTIONES A REALIZAR Y PETICIÓN DE ANTECEDENTES:
El Liquidador o la Compañía deberá informar al Asegurado, por escrito, en forma suficiente y oportuna, el correo electrónico (informado en la denuncia de siniestro) o por carta certificada (al domicilio señalado en la denuncia del siniestro), de las gestiones que le corresponde realizar, solicitando de una sola vez, cuando las circunstancias lo permitan, todos los antecedentes que requiere para liquidar el siniestro.

5) PRE-INFORME DE LIQUIDACIÓN:
En aquellos siniestros en que surgieren problemas y diferencias de criterios sobre sus causas, evaluación del riesgo o extensión de la cobertura, podrá el Liquidador, actuando de oficio o a petición del Asegurado, emitir un pre- informe de liquidación sobre la cobertura del siniestro y el monto de los daños producidos, el que deberá ponerse en conocimiento de los interesados. El asegurado o la Compañía podrán hacer observaciones por escrito al pre-informe dentro del plazo de cinco días hábiles desde su conocimiento.

6) PLAZO DE LIQUIDACIÓN:
Dentro del mas breve plazo, no pudiendo exceder de 45 días corridos desde fecha denuncio, a excepción de:

a. Siniestros que correspondan a seguros individuales sobre riesgo del Primer Grupo cuya prima anal sea superior a 100UF: 90 días corridos desde fecha denuncio;
b. Siniestros marítimos que afecten a los casos o en caso de Avería Gruesas: 180 días corridos desde fecha denuncio.

7) PRÓRROGA DEL PLAZO DE LIQUIDACIÓN:
Los plazos antes señalados podrán, excepcionalmente siempre que las circunstancias lo ameriten, prorrogarse, sucesivamente por iguales períodos, informando los motivos que la fundamente e indicando las gestiones concretas y específicas que se realizaran, lo que deberá comunicarse al asegurado y a la Superintendencia, pudiendo esta última dejar sin efecto la ampliación en los casos calificados, y fijar un plazo para entrega del informa de liquidación. No podrá ser motivo de prórroga la solicitud de nuevos antecedentes cuyo requerimiento pudo preverse con anterioridad salvo que se indiquen las razones que justifiquen la falta de requerimiento, no podrán prorrogarse los siniestros en que no haya existido gestión alguna del liquidador, registrado o directo.

8) INFORME FINAL DE LIQUIDACIÓN:
El informe final de liquidación deberá remitirse al asegurado y simultáneamente al Asegurador, cuando corresponda, y deberá contener necesariamente la transcripción íntegra de los artículo 26 al 27 del Reglamento de Auxiliares del Comercio de Seguros (D.S. de Hacienda N° 1055, de 2012, Diario Oficial de 29 de diciembre de 2012).

9) IMPUGNACION INFORME DE LIQUIDACIÓN:
Recibido el informe de Liquidación, la Compañía y el Asegurado dispondrán de un plazo de diez días hábiles para impugnarla. En caso de liquidación directa por la Compañía, este derecho sólo lo tendrá el Asegurado.
Impugnado el informe, el Liquidador o la Compañía dispondrá de un plazo de 6 días hábiles para responder la impugnación.