

CONTENIDO

I.	INTRODUCCIÓN	2
	Aceptación del Beneficiario	2
	Definiciones	4
II.	BENEFICIARIO/EDAD LÍMITE	6
III.	VIGENCIA - VALIDEZ	7
IV.	VALIDEZ GEOGRÁFICA	8
V.	PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR ASISTENCIA - CENTRALES DE ASISTENCIAS	8
VI.	OBLIGACIONES DEL BENEFICIARIO	9
VII.	OBLIGACIONES ASUMIDAS POR INTERSEGURO	11
VIII.	MONEDA DE ALCANCES Y SERVICIOS	12
IX.	DEFINICIÓN DE LOS BENEFICIOS	12
X.	BENEFICIOS ADICIONALES DE COMPRA OPCIONAL POR EL BENEFICIARIO	27
XI.	EXCLUSIÓN APLICABLES A TODOS LOS SERVICIOS Y BENEFICIOS	37
XII.	SUBROGACIÓN Y CESIÓN DE DERECHOS	40
XIII.	CIRCUNSTANCIAS EXCEPCIONALES DE INEJECUCIÓN INIMPUTABLE	41
XIV.	RECURSO	42
XV.	RESPONSABILIDAD	42
XVI.	CADUCIDAD - RESOLUCIÓN – MODIFICACIÓN	42

RECOMENDACIÓN IMPORTANTE

Invitamos a los Beneficiarios de un voucher o plan de asistencia **INTERSEGURO** a leer estas Condiciones Generales de las Asistencias antes de emprender su viaje. En las siguientes páginas, encontrará:

- Condiciones Generales de las Asistencias
- Condiciones Particulares de las Asistencias y
- Exclusiones
- Instrucciones que le permitirán un mejor uso de los beneficios y servicios contratados.

I. INTRODUCCIÓN

Todos los servicios proporcionados por este plan de asistencia, son cubiertos a través de **INTERSEGURO**, compañía cuyo objeto principal es proporcionar, entre otros, servicios de asistencia médica, jurídica y personal, únicamente en casos de EMERGENCIAS y durante el transcurso de un viaje en el periodo de vigencia del plan contratado.

Aceptación del Beneficiario.

Las presentes Condiciones Generales de las Asistencias, junto con la restante documentación se pone a disposición del Beneficiario al momento de la compra del plan y conforman el contrato de asistencia al viajero que brinda **INTERSEGURO**. El Beneficiario declara conocer y aceptar las presentes Condiciones Generales de las Asistencias y dicha aceptación queda ratificada por medio de cualquiera de los siguientes actos:

1. El pago de los servicios contratados
2. El uso o el intento de uso de cualquiera de los servicios contratados

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

Es claramente entendido y aceptado por el Beneficiario que las asistencias detalladas en el presente documento no constituyen un seguro como tampoco es un programa de seguridad social o de medicina pre-pagada o servicio médico ilimitado. Por lo tanto, no tienen como objeto principal la sanidad completa, ni el tratamiento definitivo de las dolencias del Beneficiario. Los servicios de asistencia médica a ser brindados por **INTERSEGURO** se limitan expresa y únicamente a tratamientos de urgencia de cuadros agudos y están únicamente orientados a la asistencia primaria en viaje de eventos súbitos e imprevisibles donde se haya diagnosticado una enfermedad o condición médica clara, comprobable y aguda que impida la normal continuación de un viaje, siempre y cuando dicha enfermedad o condición médica no se encuentre en la lista de las exclusiones. Estos planes están diseñados para garantizar la recuperación primaria e inicial del Beneficiario y las condiciones físicas que permitan una normal continuación de su viaje. No están diseñados ni se contratan ni se prestan para:

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

Toda asistencia o tratamiento cesará y no será responsabilidad de **INTERSEGURO** una vez que el Beneficiario regrese a su lugar de residencia o cuando expire el período de validez del plan elegido o cuando se haya agotado el monto de cobertura contratado, lo que ocurra primero dentro de las vigencias del plan. La adquisición por parte de un Beneficiario de uno o más voucher, no produce la acumulación de los beneficios ni del tiempo en ellas contempladas, en estos casos solo podrán aplicarse los topes establecidos en el voucher que se haya emitido primero.

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

Por otra parte, una vez iniciada la vigencia del voucher, el Beneficiario no podrá hacer cambios ni ampliación del producto contratado, tampoco se procederá a la cancelación del voucher por ninguna razón, ni bajo ninguna circunstancia esto de acuerdo con las condiciones contractuales que amparan el plan adquirido. Sin perjuicio de lo anterior, cuando el Beneficiario prolongue su viaje de forma imprevista, podrá solicitar la emisión de un nuevo voucher.

INTERSEGURO se reserva el derecho de aceptar o negar esta renovación sin dar más explicaciones y rigiéndose bajo las siguientes condiciones:

- a. El Beneficiario no podrá solicitar la renovación de su voucher si ha hecho uso de cualquiera de los servicios de **INTERSEGURO** durante la vigencia del primer voucher.
- b. El Beneficiario podrá renovar su voucher con un plan que tenga la misma cobertura del primero o mayor, no se emitirá con coberturas menor a la contratada originalmente.
- c. El Beneficiario deberá solicitar autorización para la emisión de un nuevo voucher exclusivamente al agente emisor con el cual contrató la asistencia original o de haber sido comprado en página web, a través del formulario de "Contacto" en la misma, indicando la cantidad de días que desea contratar. El agente emisor está obligado a informar a **INTERSEGURO** que se trata de una emisión y solicitará la autorización para el nuevo período de contratación.
- d. La solicitud de emisión de un nuevo voucher deberá efectuarse antes de la finalización de la vigencia del voucher original.
- e. El Beneficiario deberá realizar el pago del nuevo voucher al momento de la emisión.

El nuevo plan de su servicio de asistencia en viajes y su correspondiente voucher emitido en las condiciones referidas en esta cláusula, no podrá ser utilizado bajo ningún concepto, para iniciar o continuar el tratamiento y/o asistencia de problemas que ya hubieran surgido durante la vigencia del voucher anterior, tampoco antes de la vigencia del nuevo plan y/o voucher, independiente de las gestiones o tratamientos en curso hayan sido autorizados por **INTERSEGURO** o por terceros. Esto quiere decir que toda asistencia médica tratada durante la vigencia del primer voucher, no será asumida por **INTERSEGURO**

Definiciones.

A continuación, enumeramos las definiciones de los términos usados en estas condiciones generales de las asistencias, para un mayor entendimiento de los Beneficiarios de un plan **INTERSEGURO**:

A

- **Accidente:** es el evento generativo de un daño corporal que sufre el Beneficiario, causado por agentes extraños, fuera de control y en movimiento, agentes externos, violentos, visibles y súbitos. Siempre que se mencione el término "accidente", se entenderá que la lesión o dolencia resultante fue provocada directamente por tales agentes e independiente de cualquier otra causa. Los accidentes cuyo origen es debido a descuido, provocación o la falta de medidas de prevención por parte del Beneficiario, se encuentran excluidos de toda asistencia. Si el daño corporal es producido como consecuencia de causas diferentes a las anteriores mencionadas, el Beneficiario tendrá cobertura hasta el monto de Asistencia Médica por Enfermedad del plan adquirido.
- **Accidente Grave:** Aquel que trae como consecuencia amputación de cualquier segmento corporal; fractura de huesos largos (fémur, tibia, peroné, húmero, radio y cúbito); trauma craneoencefálico; quemaduras de segundo y tercer grado; lesiones severas de mano, tales como, aplastamiento o quemaduras; lesiones severas de columna vertebral con compromiso de médula espinal; lesiones oculares que comprometan la agudeza o el campo visual o lesiones que comprometan la capacidad auditiva. En general todo accidente en el cual esteen riesgo la vida del paciente.

C

- **Catástrofe:** Suceso infausto que altera gravemente el orden regular de las cosas, donde se ven implicadas numerosas personas.
- **Central de Servicios de Asistencia:** Es la oficina que coordina la prestación de los servicios requeridos por el Beneficiario con motivo de su asistencia. Es igualmente el departamento de profesionales que presta los servicios de supervisión, control y coordinación que intervienen y deciden todos aquellos asuntos y/o servicios a brindarse o facilitarse en virtud de las presentes condiciones generales de las asistencias y que están relacionados con temas médicos.

D

- **Departamento Médico:** Grupo de profesionales médicos de **INTERSEGURO** que intervienen y toman decisiones en todos los asuntos y/o prestaciones brindadas o que vayan a brindarse de conformidad con las presentes Condiciones Generales de las Asistencias.
- **Deportes Amateur:** Es el practicado por aficionados, por ocio y/o actividades recreativas.
- **Deportes Profesionales:** Es el practicado con o sin ánimo de lucro, realizado en cualquier tipo de competencia como intercolegiados, torneos, campeonatos, deportes que supongan un alto riesgo, entre otros.

E

- **Enfermedad o Condición Médica Aguda:** Proceso corto y relativamente severo de la

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

- **Enfermedad Congénita:** Patología presente o existente desde antes del momento de nacer.
- **Enfermedad Crónica:** Todo proceso patológico continuo, repitente y persistente en el tiempo, mayor a 30 días de duración.
- **Enfermedad o Condición Médica Preexistente:** todo proceso físico patológico que reconozca un origen o una etiología anterior a la fecha de inicio de la vigencia del plan o del viaje (o la que sea posterior) y que sea factible de ser objetivado a través de métodos complementarios de diagnóstico de uso habitual, cotidiano, accesible y frecuente en todos los países del mundo (incluyendo, pero no limitado a: Doppler, resonancia nuclear, magnética, Cateterismo, radiología, etc.). Se entiende por preexistencia toda enfermedad, o estado del cuerpo, o proceso conocido o no por el Beneficiario, que haya necesitado o requerido de un periodo de formación, o de una gestación, o de una incubación dentro del organismo del Beneficiario antes de haber iniciado el viaje. Ejemplos claros y comunes de preexistencias solo para citar algunos son: los cálculos renales o biliares, las obstrucciones de arterias o venas por coágulos u otros También se consideran preexistentes las enfermedades respiratorias como el asma, problemas pulmonares, enfisemas, el VIH, generalmente problemas relacionados con la tensión arterial, glaucoma, cataratas, nefritis, úlceras o enfermedades gástricas, enfermedades resultantes de deformaciones congénitas, micosis genitales, abscesos hepáticos, cirrosis, azúcar en la sangre, colesterol alto, triglicéridos altos, y otras. Los mismos requieren de un periodo de formación corto o largo, pero en todos los casos superior a unas horas de vuelo, reconociendo que dicho estado o proceso patológico existía dentro del organismo antes de subirse al avión o al medio de transporte en la fecha de la entrada en vigencia del servicio de asistencia, aun cuando la sintomatología se presente por primera vez después de haber iniciado el viaje.
- **Enfermedad o Condición Médica Recurrente:** regreso, repetición u aparición de la misma enfermedad o condición luego de haber sido tratada.
- **Enfermedad o Condición Médica Repentina o Imprevista:** Enfermedad pronta, impensada, no prevista, contraída con posterioridad a la fecha de inicio de vigencia del Beneficiario del servicio de asistencia médico para viajes **INTERSEGURO**.
- **Enfermedad Grave:** Es una alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, manifestadas por síntomas y unos signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible es decir cualquier dolencia o lesión con secuelas permanentes o no permanentes que limiten parcialmente o impidan totalmente la ocupación o actividad habitual de la persona afectada, o la incapaciten para cualquier actividad y requiera o no la asistencia de otras personas para las actividades más esenciales de la vida.

F

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

G

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

M

- **Médico Tratante:** Profesional médico provisto o autorizado por la Central de Servicios de Asistencia de **INTERSEGURO** que asiste al Beneficiario en el lugar donde se encuentra este último.

P

- **Paciente Estable:** que no presenta variación de su estado de salud y suele hacer referencia a que los síntomas y signos no han cambiado recientemente.
- **Plan o Producto de Asistencia:** Es el conjunto detallado de los servicios de asistencia en viaje ofrecidos, indicando una enumeración taxativa de las mismas y sus límites monetarios, cuantitativos, geográficos y de edad del Beneficiario.
- **Plazo o Período de Carencia:** Intervalo de tiempo durante el cual no son efectivas las coberturas incluidas dentro del Plan. Dicho plazo se computa por días contados desde la fecha de inicio de vigencia del voucher, siempre que el Beneficiario ya se encuentre fuera del lugar de residencia habitual al momento de contratación.

T

- **Topes Máximos:** Montos máximos de cobertura por parte de **INTERSEGURO**, indicados en el voucher para cada prestación y según el producto de asistencia contratado.

V

- **Voucher:** Es el documento que usted recibe al momento de la compra de su producto **INTERSEGURO** y que lleva sus datos para ser informados a la central en caso de solicitar asistencia.

II. BENEFICIARIO/EDAD LÍMITE

El Beneficiario es la persona natural cuyo nombre aparece reflejado en el plan de asistencia y es la sola beneficiaria de todas sus coberturas hasta el día aniversario, inclusive, de su edad límite según el tipo de plan adquirido, fecha a partir de la cual el Beneficiario pierde todo derecho a los beneficios y a todas las prestaciones de asistencia definidas en estas condiciones generales, así como derecho a cualquier reembolso o reclamo alguno originado en eventos posteriores a tal día.

Las prestaciones o beneficios del plan respectivo, los podrá recibir exclusivamente el Beneficiario y son intransferibles.

El Beneficiario podrá hacer uso de los servicios contratados hasta las cero 00:00 horas del día de su aniversario según el plan contratado. A partir de esa fecha el Beneficiario pierde todo derecho a los beneficios en cuanto a las prestaciones de Asistencia definidas en estas Condiciones Generales, así como el derecho a reembolso o reclamo alguno originado en eventos posteriores a tal día. A manera de ejemplo, se considera que una persona tiene 84 años hasta el día anterior a cumplir los 85 años.

I. VIGENCIA - VALIDEZ

Es el lapso de tiempo en el que pueden ser obtenidos los beneficios indicados en los planes de un servicio de asistencia médica **INTERSEGURO**. Transcurre desde las cero horas del día de comienzo de validez de dicho plan, estando el pasajero en territorio extranjero, hasta las 24 (23.59) horas del día del fin de dicha validez, ambas fechas reflejadas en el voucher adquirido por el Beneficiario. La finalización de la vigencia, implicará el cese automático de todos los beneficios, prestaciones, o servicios en curso o no, incluyendo aquellos casos o tratamientos iniciados al momento o antes del término de la vigencia.

Los planes en la categoría “Viajes Cortos”, tendrán una vigencia máxima de 90 días consecutivos de viaje, mientras que los planes “Larga Estadía”, tendrán una vigencia total de 365 días consecutivos de cobertura.

Los planes de asistencia “Anuales Multiviajes” tienen una vigencia de 365 días en total, sin embargo, el Beneficiario no podrá permanecer en cada viaje, según lo indicado en el plan de asistencia del producto que haya adquirido, por más de 30, 45, 60 o 90 días en el exterior por cada viaje que realice dentro de su vigencia. La Central de Servicios de Asistencias de **INTERSEGURO** le pedirá al momento de atenderlo, la copia de su pasaporte por fax o e-mail, demostrando la fecha de salida de su país de residencia habitual o la fecha de entrada al país desde donde solicita asistencia.

Los planes **INTERSEGURO**, operan bajo la modalidad de días corridos, por lo tanto, una vez iniciada la vigencia de un plan, no es posible interrumpir la misma, los periodos de días no utilizados en los voucher no son reembolsables. Una vez interrumpida la vigencia de un plan, éste caduca y no puede reactivarse posteriormente.

El propósito del viaje tendrá que ser turístico y en ningún momento podrá garantizar a personas que ejerzan una actividad profesional en el exterior. Si el motivo del viaje del Beneficiario fuese la ejecución de trabajos o tareas que involucren un riesgo profesional, por realizar tareas de alta especialización en donde se exponga la vida, se esté expuesto a sustancias peligrosas, al manejo

por lo cual el mismo deberá comprobar y de maquinarias pesadas o que funcionen con gases, presión de aire o fluidos hidroneumáticos, que requieran habilidades físicas especiales, o donde se vea expuesto a peligro y como consecuencia de ello sufra un accidente o una enfermedad consecencial, **INTERSEGURO** quedará eximido de toda responsabilidad de prestar sus servicios o asumir costos que se deriven de tales circunstancias, y en estos casos será obligación patronal de asumirlos a través de su plan de responsabilidad de riesgos profesionales. Esta normatividad aplica igualmente a aquellas personas que no estén ligadas laboralmente con una empresa y que actúan por su cuenta como trabajadores independientes o en situación migratoria o laboral ilegal.

En casos en que el beneficiario se encuentre hospitalizado por una enfermedad y/o accidente cubierto por **INTERSEGURO** en la fecha de terminación del período de cobertura, se cubrirán únicamente los gastos por hospitalización dentro de la cobertura de gastos médicos por enfermedad y/o accidente según corresponda entendiéndose de la siguiente manera y aplicándose la situación que ocurra primero:

1. Hasta máximo ocho (8) días adicionales contados desde el día de finalización de vigencia del voucher.
2. Que dentro del periodo de los ocho (8) días de ampliación de cobertura se haya agotado el monto contratado para el beneficio. La cobertura cesará automáticamente transcurridos los ocho (08) días indicados en el numeral anterior, incluso si el monto contratado no se hubiese agotado.
3. Hasta que el médico firme el alta del Beneficiario en el transcurso de los ocho (8) días de ampliación de cobertura.

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

Nota1: en los casos que el Beneficiario ya se encuentre en el país destino y solicite la autorización para emitir un plan de asistencia en viajes, siempre y cuando la misma sea autorizada por la Central de Emergencia, dicho plan tendrá 3 días de carencia.

Nota 2: Los pasajeros que se encuentren por más de dos años en destino, no podrán adquirir un nuevo plan de viaje ya que se consideran como residentes de ese país

II.

VALIDEZ GEOGRÁFICA

La cobertura geográfica será de carácter mundial o exclusivamente para Europa, dependiendo del voucher comprado. Independientemente de donde se encuentre el Beneficiario, se le dará cobertura en caso de requerir asistencia y de acuerdo al respectivo plan adquirido. Se excluye en todo caso el país de residencia habitual del Beneficiario o país donde se emitió el Plan de Asistencia.

III. PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR ASISTENCIA - CENTRALES DE ASISTENCIAS

De necesitar asistencia, e independientemente de su situación geográfica en estricta concordancia con el resto de las cláusulas de este condicionado general, el Beneficiario contactará a la Central de Servicios de Asistencia **INTERSEGURO**. Para poder comunicarse con dicha central por vía telefónica, el Beneficiario debe solicitar la llamada por cobrar o llamar directamente a la Central de Servicios de Asistencia en los números habilitados por los países indicados.

En caso tal de existir cobro por llamar a la Central de Servicios de Asistencia, **INTERSEGURO** le reembolsará al Beneficiario el costo de la llamada; para ello es preciso guardar y presentar el comprobante o factura por el pago de dicha llamada, donde esté reflejado el cobro a alguno de los números indicados abajo.

Es obligación del Beneficiario siempre llamar y reportar la emergencia. En los casos en que el Beneficiario no pueda hacerlo personalmente, podrá hacerlo cualquier acompañante, amigo o familiar, pero siempre la llamada o aviso deberá efectuarse a más tardar dentro de las 24 horas de haber sucedido la emergencia. Para los casos en que el beneficiario se encuentre en altamar, y por ende esté impedido para comunicarse con la Central de Asistencias, deberá informar el hecho médico hasta 24 horas después de desembarcado en el primer puerto al que arribe. El no cumplimiento de esta norma acarrea la pérdida automática de cualquier derecho de reclamo de parte del Beneficiario.

País	Número telefónico	País	Número telefónico
Alemania	8001806752	Portugal	0800180143
Argentina	8006662363	Reino Unido	8081890432
Brasil	8007610135	Estados Unidos	17862757092
España	900838022		1 888 816 1811
España	800880864	Estados Unidos/Cobro Revertido	18004662321
Francia	805220679	Skype	asistencia.internacional
Italia	800794540	E-mail	assistance@ilsols.com
WhatsApp	1 863-204-2770		

Nota: Los teléfonos toll free (0800) se deberán marcar tal cual como aparecen desde teléfonos fijos. En caso que el país donde se encuentre no tenga un teléfono toll free, se deberá llamar a través de la operadora internacional del país donde se encuentre el Beneficiario solicitando cobro revertido al teléfono de Estados Unidos indicado en la tabla superior, asimismo, a través de medios electrónicos como E-mail, WhatsApp y Skype.

I. OBLIGACIONES DEL BENEFICIARIO

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

1. Solicitar y obtener la autorización de la Central de Servicios de Asistencia antes de tomar cualquier iniciativa o comprometer cualquier gasto en relación a los beneficios otorgados.

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

2. Queda claramente entendido que la notificación a la central resulta imprescindible, aun cuando el problema suscitado se encuentre totalmente resuelto, ya que **INTERSEGURO** no podrá tomar a su cargo el costo de ninguna asistencia sin el previo conocimiento y autorización de la Central de Servicios de Asistencia.
3. El Beneficiario acepta que **INTERSEGURO** se reserve el derecho de grabar y auditar las conversaciones telefónicas que estime necesarias para el buen desarrollo de la prestación de sus servicios. El Beneficiario acepta expresamente la modalidad indicada y manifiesta su conformidad por la eventual utilización de los registros como medio de prueba en caso de existencia de controversias respecto de la asistencia prestada.
4. Si el Beneficiario o una tercera persona no pudiera comunicarse por una circunstancia o razón involuntaria con la Central de Servicios de Asistencia antes de ser asistido, el Beneficiario o una tercera persona, con la obligación ineludible, deberá informar a más tardar dentro de las 24 horas de producido el evento. No notificar dentro de las 24 horas acarrea la pérdida automática de los derechos del Beneficiario a reclamar o solicitar indemnización alguna.
5. Aceptar y acatar las soluciones indicadas y recomendadas por la Central de Servicios de Asistencia y llegado el caso, consentir con la repatriación a su país de origen cuando, según opinión médica, su estado sanitario lo permita y lo requiera.
6. Proveer la documentación que permita confirmar la procedencia del caso, así como todos los comprobantes originales de gastos a ser evaluados para su eventual reembolso por **INTERSEGURO** y toda la información médica (incluyendo la anterior al inicio del viaje), que permita a la central la evaluación del caso.
7. En todos aquellos casos en que **INTERSEGURO** lo requiera, el Beneficiario deberá otorgar las autorizaciones para revelar su historia clínica completando el Record Release Form que el centro médico solicitará firmar y devolverá por fax a la Central de Servicios de Asistencia. Asimismo, el Beneficiario autoriza en forma absoluta e irrevocable a **INTERSEGURO** a requerir en su nombre cualquier información médica a los profesionales tanto del exterior como del país de su residencia, con el objetivo de poder evaluar y eventualmente decidir sobre la aplicabilidad de las restricciones en casos de enfermedades o condiciones preexistentes o de la afección que haya dado origen a su asistencia. Recomendamos en forma especial a los Beneficiarios diligenciar siempre el Formulario cuando se registren en un centro hospitalario, eso será de gran ayuda en los casos de reembolsos y/o en la toma de decisiones sobre determinados casos que requieran del estudio del historial médico del paciente.

Nota: En algunos países y principalmente en los Estados Unidos de Norteamérica y Europa, debido a razones de estandarización informática la mayoría de los centros médicos asistenciales tales como hospitales, consultorios, clínicas, laboratorios suelen enviar facturas y/o reclamos de pago a los pacientes atendidos, inclusive aún después de que las cuentas o facturas hayan sido pagadas y saldadas. En caso de que ello ocurra, el Beneficiario deberá contactar la oficina

Central de Servicios de Asistencias marcando los números proporcionados anteriormente o escribiendo a claims@ilsols.com y notificar esta situación. La Central se encargará de aclarar dicha situación con el proveedor.

II. OBLIGACIONES ASUMIDAS POR INTERSEGURO

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

Los tiempos establecidos para el procesamiento de un reembolso son:

- a. El Beneficiario tiene hasta treinta (30) días continuos a partir del día finalización de la vigencia del voucher para presentar la documentación y respaldos necesarios para iniciar el proceso del reembolso. Después de ese plazo, no se aceptarán documentos para tramitar ningún reembolso.
- b. Una vez recibidos los documentos, **INTERSEGURO** tiene hasta cinco (5) días continuos para solicitar cualquier documento faltante que no haya sido entregado por el Beneficiario.
- c. Con todos los documentos necesarios en mano, **INTERSEGURO** procederá durante los siguientes quince (15) días hábiles a analizar el caso y emitir la carta de aprobación o negación de dicho reembolso.
- d. Siendo procedente el reembolso, **INTERSEGURO** procederá a efectuar el pago en 15 días hábiles, posteriores a la fecha de recepción de los datos completos vía escrita para la realización de la transferencia.

Nota: Los reembolsos pagados directamente por INTERSEGURO pueden hacerse a través de transferencia bancaria, giro postal o cheque. INTERSEGURO asumirá los gastos generados por la agencia de giro postal, el envío del cheque, así como los cobros directos de su entidad bancaria; cargos

adicionales realizados por el banco del Beneficiario serán cubiertos por el mismo.

III. MONEDA DE ALCANCES Y SERVICIOS

Los beneficios ofrecidos por **INTERSEGURO** se detallan en el punto IX. y sus límites de cobertura máximos están reflejados en el voucher contratado expresados en dólares americanos (USD) o euros (EUR), dependiendo del plan elegido y de su cobertura geográfica.

IV. DEFINICIÓN DE LOS BENEFICIOS

Algunos beneficios se encuentran incluidos solo en algunos productos de **INTERSEGURO**. Verifique en su voucher los beneficios y topes contratados. Si en su voucher no figura algún ítem, es porque el producto por usted elegido no dispone de este servicio.

Asistencia médica por accidente/enfermedad o condición médica no preexistente

- **Consultas Médicas:** Se prestarán en caso de accidente y enfermedad o condición médica aguda e imprevista no preexistente.
- **Atención por Especialistas:** Se prestará únicamente cuando sea indicada y autorizada por el Departamento Médico de la Central de Servicios de Asistencia de **INTERSEGURO** o por el médico tratante de la central.
- **Exámenes Médicos Complementarios:** Únicamente cuando sean indicados y previamente autorizados por el Departamento Médico de la Central de Servicios de Asistencia.
- **Internaciones:** De acuerdo a la naturaleza de la lesión o enfermedad, y siempre que el Departamento Médico de la Central de Servicios de Asistencia de **INTERSEGURO** así lo prescriba, se procederá a la internación del Beneficiario en el centro sanitario más próximo al lugar donde éste se encuentre. Este ítem aplicará únicamente al Beneficiario del plan de asistencia, y bajo ningún motivo se cubrirá cama y/o alimentación en el hospital o clínica para una persona acompañante.
- **Intervenciones Quirúrgicas:** Cuando sean autorizadas por el Departamento Médico de la Central de Servicios de Asistencia, en los casos de emergencia que requieran en forma inmediata tratamiento, y que no puedan ser diferidas o postergadas hasta el retorno del Beneficiario a su país de origen.
- **Terapia Intensiva y Unidad Coronaria:** cuando la naturaleza de la enfermedad o lesión así lo requiera, y siempre con la previa autorización del Departamento Médico de la Central de Servicios de Asistencia.

Nota 1: La Central de Servicios de Asistencia se reserva el derecho de decidir el más adecuado de entre los tratamientos propuestos por el cuerpo médico y/o la repatriación al país de residencia si su condición física lo permitiere. Si a juicio de los médicos tratantes de la Central de Servicios de Asistencia fuese posible el regreso al lugar de origen para recibir en él tratamiento de larga duración, cirugía programable o cirugías no urgentes, se procederá a la repatriación del Beneficiario, quien está obligado a aceptar tal solución, perdiendo en caso de rechazo todos los beneficios otorgados por su plan INTERSEGURO.

Asistencia médica por COVID-19

El Beneficiario deberá siempre y sin excepción entrar en contacto con la Central de Emergencias, quienes a su vez coordinarán una cita virtual por Telemedicina y, de acuerdo al dictamen brindado por el Departamento Médico, si el Beneficiario presenta sintomatología relacionada al COVID-19, la Central de Asistencias coordinará la consulta médica pertinente, de acuerdo a los protocolos de seguridad y salud de cada país, cubriendo los gastos incurridos hasta el tope de cobertura indicado en el voucher hasta el fin de la vigencia del mismo. Para mayor información, revisar el numeral I. Vigencia - Validez, del presente documento. Los siguientes gastos estarán cubiertos bajo el mismo tope:

- **Gastos Hospitalarios por COVID-19:** En caso de requerir internación hospitalaria para estabilizar la condición del Beneficiario.
- **Gastos de respirador mecánico:** Si el Departamento Médico, en conjunto con el médico tratante, considera necesario el uso de un respirador mecánico, la Central autorizará y cubrirá dicho gasto.

ESTE BENEFICIO NO OPERARÁ A MANERA DE REEMBOLSO.

Aclaración protocolo emisiones COVID-19.

Es importante indicar, que según la fecha de emisión del voucher, el protocolo de emisiones COVID-19 operaría de las siguientes formas.

A partir octubre 2022

Nota1: La cobertura para gastos médicos por COVID - 19, aplicará en todos los planes desde 0 hasta 99 años, y cubrirá hasta el tope máximo contratado por enfermedad no preexistente.

Asistencia médica por enfermedad preexistente.

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

Episodio agudo o evento no predecible, descompensación de enfermedades crónicas y/o preexistentes conocidas o previamente asintomáticas (no conocidas). Esta cobertura se proporciona exclusivamente para la atención médica primaria en el episodio agudo, o caso no predecible, la emergencia debe requerir la asistencia durante el viaje y no puede aplazarse hasta el retorno al país de residencia, la Central de Asistencias se reserva el derecho de decidir el tratamiento más adecuado de entre los propuestos por el personal médico y/o la repatriación a su país de residencia. La repatriación será una solución en los casos en los que los tratamientos requiere evolución a largo término, cirugías programadas o cirugías no urgentes, el beneficiario está obligado a aceptar esta solución, perdiendo en caso de rechazo de la solución de todos los

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

Se excluye de esta cobertura todas las enfermedades relacionadas con la transmisión sexual, incluyendo, pero no limitando a la sífilis, la gonorrea, el herpes genital, la clamidia, el virus del papiloma humano tricomonas vaginalis, tricomoniasis, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), entre otros.

No se trata en cualquiera de nuestros planes, procedimientos de diálisis, trasplantes, tratamiento de oncología ni tratamiento psiquiátrico, audífonos, anteojos, lentes de contacto, puentes dentales, marcapasos, desfibriladores implantables, respiradores externos, dispositivos implantables, equipo desechable específico, etc. enfermedades causadas por la ingestión de drogas, estupefacientes, medicamentos que se toman de forma no fiable sin receta, alcoholismo, etc.

Las lesiones sufridas durante un acto ilícito, no están bajo nuestra cobertura.

Obligaciones del beneficiario:

1. El Beneficiario deberá seguir todas las instrucciones médicas dadas por el médico tratante asignado por **INTERSEGURO** y tomar todos los medicamentos de la forma prescrita y según se requiera.
2. Si el Beneficiario interesado en la contratación de un plan que incluya cobertura de asistencia de emergencia para condiciones pre-existentes, sufre alguna(s) de las siguientes condiciones: cualquier tipo de cáncer, enfermedades del corazón, enfermedad pulmonar crónica y/o enfermedad hepática crónica, el beneficiario debe consultar a su médico personal en su país de origen antes de iniciar el viaje y obtener confirmación por escrito que está en condiciones de viajar hacia el destino deseado y por todos los días previstos, y puede hacer sin inconvenientes todas las actividades programadas.
3. El beneficiario no podrá iniciar el viaje después de recibir un diagnóstico terminal.
4. Para poder acceder a esta cobertura el beneficiario deberá haber estado estable por más de 12 meses.

En caso de que se determine que la razón del viaje fue el tratamiento en el extranjero para una condición crónica o preexistente, la Central de Asistencias negará la cobertura.

Medicamentos recetados

En los límites de cobertura, **INTERSEGURO** se hará cargo de los gastos de los medicamentos recetados por el Médico Tratante de la Central de Servicios de Asistencia hasta los montos establecidos en los topes de cobertura del plan contratado. Los desembolsos realizados por el

Beneficiario para la compra de medicamentos previamente autorizados por la Central de Servicios de Asistencia, serán reintegrados, dentro de los límites de cobertura y una vez retornado al país de origen, y contra la previa presentación de los comprobantes originales de compra, de la copia original del dictamen o informe médico en donde indique claramente el diagnóstico recibido, así la fórmula o receta médica. Recomendamos a los Beneficiarios no olvidar solicitar estos documentos al médico tratante, la no presentación de estos documentos puede resultar en el no reembolso de los gastos.

Se deja constancia y se informa que los gastos de medicamentos por concepto de enfermedades preexistentes no serán asumidos por **INTERSEGURO**, así hayan sido diagnosticados por el Médico Tratante de la Central de la Central de Servicios de Asistencia. Se encuentran también excluidos los medicamentos por tratamiento de enfermedades mentales o psíquicas o emocionales, aun en los casos en que la consulta médica haya sido autorizada por el Departamento Médico de **INTERSEGURO**.

Tampoco se cubrirán bajo ningún motivo las pastillas anticonceptivas, inyecciones anticonceptivas, dispositivos intrauterinos o cualquier otro método de planificación familiar, así hayan sido diagnosticados por el Médico Tratante de la Central de la Central de Servicios de Asistencia.

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

Emergencia dental

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

Traslado sanitario y/o repatriación sanitaria

En caso de emergencia o de urgencia y si la Central de Servicios de Asistencia lo juzgare necesario, se organizará el traslado del Beneficiario al centro de salud más cercano, por el medio de transporte que el Departamento Médico de la Central de Servicios de Asistencia considere más apropiado y según corresponda a la naturaleza de la lesión o enfermedad. Queda igualmente establecido que aun para los casos de tratamientos y cirugías que ocurren en casos catalogados como urgencia o emergencia el traslado sanitario debe ser previamente solicitado y autorizado por la central de **INTERSEGURO**. El no cumplimiento de esta norma exime a **INTERSEGURO** de tomar a cargo la cobertura de dicho traslado.

Se entiende por repatriación sanitaria el traslado del Beneficiario enfermo o accidentado desde el

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

Cuando el Departamento Médico de **INTERSEGURO** en común acuerdo con el Médico Tratante estime necesario y recomiende la repatriación sanitaria, esta se efectuará en primera instancia por el medio de transporte disponible más conveniente para ello, y/o por avión de línea aérea comercial, en clase turista y sujeta a disponibilidad de cupo aéreo, hasta el aeropuerto de ingreso del país de residencia o de compra de la tarjeta. **INTERSEGURO** se hará cargo del pago de las diferencias por cambio de fecha del pasaje o la compra de uno nuevo si el original se tratase de un tiquete sin posibilidad de cambio. Esta asistencia comprende su transporte en ambulancia u otro medio de transporte que sea compatible con su estado de salud y aprobado por el Departamento Médico de **INTERSEGURO** desde el lugar de internación hasta su lugar de residencia, con la estructura de apoyo necesaria incluyendo camilla, sillas de rueda, caminador, acompañamiento médico, etc.

No será reconocido ningún gasto por concepto de repatriación cuando la causa que dio origen a ella es a consecuencia de una enfermedad preexistente u obedezca a un evento que figura dentro de las exclusiones generales, salvo en planes que contemplen preexistencias. Este beneficio aplicará única y exclusivamente dentro de las fechas de vigencia de su voucher.

Repatriación funeraria

En caso de fallecimiento del Beneficiario durante la vigencia de la tarjeta **INTERSEGURO** a causa de un evento no excluido en las condiciones generales de las asistencias. **INTERSEGURO** organizará y sufragará la repatriación funeraria tomando a su cargo los gastos de: féretro simple obligatorio para el transporte internacional, así como los trámites administrativos y el transporte del cuerpo por el medio que consideren más conveniente hasta el lugar de ingreso al país de residencia habitual del fallecido, hasta el tope especificado en la tabla de beneficios.

Si el derechohabiente lo desea, dentro de esta misma cobertura, puede optar por la cremación del cuerpo y también estarán incluidos todos los trámites administrativos a los que haya lugar y traslado de cenizas hasta el país de residencia habitual del fallecido.

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

INTERSEGURO quedará eximido de prestar los servicios y asumir los costos relativos al presente beneficio en caso que el fallecimiento del Beneficiario se origine por causa de un suicidio o fallecimiento por consecuencia de ingesta de alcohol o cualquier tipo de drogas, o por una enfermedad o condición médica preexistente, crónica, o recurrente. Este beneficio no contempla ni incluye bajo ninguna circunstancia gastos de regreso de familiares acompañantes del fallecido, por lo que **INTERSEGURO** no tomará a su cargo ningún gasto de terceros.

Traslado de un familiar por hospitalización en 1º. Grado de consanguinidad

En caso de que la hospitalización de un Beneficiario, viajando solo y no acompañado, fuese superior a diez (10) días, **INTERSEGURO** se hará cargo de un pasaje aéreo en clase turista, sujeto a disponibilidad de espacio para un familiar de compañía. En caso de ser contemplado en la tabla de beneficios de los productos, el Beneficiario podrá tener derecho a los gastos de hotel por USD 80.00 (ochenta dólares americanos) diarios para su familiar acompañante durante máximo siete días o hasta el alta del paciente, lo que suceda primero.

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

Gastos de hotel por convalecencia

Cuando de acuerdo con el médico tratante y en común acuerdo con el Departamento Médico de la Central de Servicios de Asistencia, el Beneficiario hubiese estado internado en un hospital al menos cinco (5) días y que a su salida deba obligatoriamente guardar reposo forzoso, **INTERSEGURO** cubrirá los gastos de hotel hasta el monto indicado en su plan de asistencia, con un máximo de 10 (diez) días. Este ítem aplicará únicamente al Beneficiario del plan de asistencia, y bajo ningún motivo se cubrirán los gastos para una persona acompañante.

Se aclara que **INTERSEGURO** no asumirá ningún gasto de hotel por convalecencia cuando la internación haya sido suscitada por una enfermedad o condición médica preexistente.

Atención: Dicho reposo deberá ser ordenado por los médicos de la central exclusivamente y contemplarán únicamente el cubrimiento del costo de la habitación sin ningún tipo de alimentación o gastos de otra índole tales como lavandería, llamadas telefónicas (salvo aquellas efectuadas a la central de INTERSEGURO.), mini bares, etc.

Localización y rastreo de equipaje

La Central de Servicios de Asistencia dará asesoría al beneficiario para la denuncia de extravío, de sus equipajes y objetos personales. La Central no será responsable por la entrega del equipaje, es solo un servicio de intercambio de informaciones junto con la compañía aérea. Es importante anotar que, los directos responsables de las mismas son las aerolíneas o empresas transportadoras, por lo tanto, la Central únicamente intervendrá en calidad de intermediario facilitador entre la aerolínea y o la compañía transportadora y el pasajero.

Viaje de regreso por fallecimiento de familiar en 1° grado

Si el Beneficiario debiera retornar a su país de residencia habitual por causa del fallecimiento de un familiar directo (padre, cónyuge, hijo o hermano) allí residente, **INTERSEGURO** se hará cargo de la diferencia del costo del pasaje aéreo de regreso del Beneficiario a su país de origen, únicamente cuando su pasaje sea de tarifa reducida por fecha fija o limitada de regreso. Esta asistencia deberá acreditarse mediante certificado de defunción del familiar y documento que acredite el parentesco.

Regreso anticipado por siniestro grave en domicilio

En caso de incendio, explosión, inundación o robo con daños y violencia en el domicilio de un Beneficiario, mientras éste se encuentre de viaje, si no hubiese ninguna persona que pueda hacerse cargo de la situación y si su pasaje original de regreso no le permitiera el cambio gratuito de fecha, **INTERSEGURO** tomará a su cargo la diferencia que correspondiese o el costo de un nuevo pasaje en clase turista desde el lugar en que el Beneficiario se encuentre hasta el aeropuerto más cercano al hogar del Beneficiario en el país de residencia. Esta solicitud de asistencia deberá acreditarse mediante la presentación en la Central de Servicios de Asistencias el original de la denuncia policial correspondiente, dentro de las veinticuatro horas siguientes al suceso. El Beneficiario deberá indefectiblemente comunicarse con la Central de Servicios de Asistencias a fin de ser autorizado. No serán aceptados pedidos de reembolso sin ninguna justificación.

Cancelación de viaje contratado

INTERSEGURO cubrirá hasta el tope de cobertura y según el plan contratado, las penalidades que se presenten por cancelar anticipadamente un viaje conocido como tours, paquetes turísticos, excursiones, boletos aéreos y cruceros.

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

1. Contratar el plan con una diferencia de hasta 72 horas siguientes en que se contrate el paquete turístico y/o crucero y siempre y cuando no haya iniciado el periodo de penalidades publicados por la agencia de viajes o naviera.
2. Dar aviso a la Central de Servicios de Asistencias en un máximo de 24 horas luego de ocurrido el evento que motiva la cancelación.
3. Presentar toda la documentación que **INTERSEGURO** considere para evaluar la cobertura de este beneficio, incluyendo, pero no limitando a: documento donde se demuestre de forma clara y fehaciente el motivo de cancelación de viaje (informe médico, partida de defunción, entre otros), cartas de los respectivos prestadores del servicio, facturas, recibos de pago. (Ver abajo requisitos específicos en los casos de cruceros).
4. El Beneficiario tiene hasta treinta (30) días continuos a partir de la fecha de sucedido el evento, para presentar la documentación completa y respaldos necesarios para iniciar el proceso del reembolso. Después de ese plazo, no se aceptarán documentos para tramitar ningún reembolso.

Nota 1: Para los planes Anuales Multiviajes la cancelación se renovará cada vez que el Beneficiario viaje según indique el plan de asistencia del producto que haya adquirido, y aplica siempre y cuando se cumplan los requisitos establecidos para ser acreedor de este beneficio en cada viaje. Este beneficio no aplica para Beneficiarios mayores de 74 años.

Nota 2: Queda excluido de cobertura cualquier evento ocurrido con anterioridad a la emisión del Plan de Asistencia. En caso de un mismo evento que involucre a más de una reserva y cualquiera sea la cantidad de Titulares involucrados en el mismo, la responsabilidad máxima de indemnización de **INTERSEGURO** por todos los titulares afectados, no será mayor a CUARENTA MIL DÓLARES AMERICANOS (USD 40,000.00) como monto 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 el Voucher.

Cancelación de un viaje de Crucero antes de su inicio:

El Beneficiario deberá en este caso:

- Notificar de inmediato su decisión a la naviera por escrito y obtener de ésta, un comprobante que indique en forma inequívoca, la fecha de dicha notificación donde formaliza la imposibilidad de iniciar el viaje de crucero en el barco y tiempo originalmente contratados.
- Deberá además obtener de la naviera las Condiciones Generales de contratación de cruceros, en donde se indique claramente el procedimiento de aplicación de las penalidades o cláusulas penales por cancelación anticipada de un crucero contratado y totalmente pagado.

- Deberá obtener de la naviera un comprobante que demuestre el monto de la penalidad aplicable a su contrato de crucero en particular y el monto del reembolso si fuere el caso.

Una vez obtenida la documentación anterior, deberá demostrar por escrito a **INTERSEGURO** en forma clara y fehaciente, la causal o causales que ocasionaron la cancelación de viaje y enviar a la Central de Servicios de Asistencia dicha documentación para su eventual comprobación por parte de **INTERSEGURO** y eventual reembolso de ser procedente.

Son causas justificadas a los efectos del presente beneficio:

- 1. El fallecimiento, accidente o enfermedad grave no preexistente del Beneficiario o familiar en primer grado de consanguinidad (padres, hijos o hermanos) o cónyuge, entendiéndose por enfermedad grave una alteración de la salud que, a juicio del Departamento Médico de la Central de Servicios de Asistencias, imposibilite al Beneficiario para iniciar el viaje en la fecha contratada originalmente.**
2. La convocatoria como parte, testigo o jurado de un tribunal.
- 3. Los daños que, por incendio, robo, hurto o por la fuerza de la naturaleza en su residencia habitual o en sus locales profesionales que los hagan inhabitables y justifican ineludiblemente su presencia.**
4. Cuarentena médica que obligue al Beneficiario permanecer dentro de su país de origen.
- 5. Despido laboral comprobado del Beneficiario, con fecha posterior a la contratación del plan de asistencia.**
6. Convocatoria de emergencia para prestación de servicio militar, médico o público.
7. Epidemia, catástrofes naturales o cenizas volcánicas.
8. Si la persona que ha de acompañar al Beneficiario en el viaje, entendiéndose como tal(es) a la(s) persona(s) que compartan la misma habitación de hotel o camarote de crucero con el Beneficiario, o sea(n) familiar(es) de primer grado de consanguinidad (padres, hijos o hermanos) o cónyuges, también poseedor(es) de un plan de asistencia en las mismas condiciones que el Beneficiario y dicho(s) acompañante(s) se viese(n) obligado(s) a anular el viaje por alguna de las causas enumeradas anteriormente.

Adquirido el plan en las condiciones antes indicadas, y de ser aplicable el beneficio, la vigencia del mismo comienza en el momento en que el Beneficiario adquiere su plan de asistencia y finaliza en el momento de inicio de la vigencia del voucher. Este beneficio no aplica para Beneficiarios mayores de 74 años.

Nota1: Queda excluido de cobertura cualquier evento ocurrido con anterioridad a la emisión del Plan de Asistencia. En caso de un mismo evento que involucre a más de una reserva y cualquiera sea la cantidad de Titulares involucrados en el mismo, la responsabilidad máxima de indemnización de **INTERSEGURO** por todos los titulares afectados, no será mayor a CUARENTA MIL DÓLARES AMERICANOS (USD 40,000.00) como monto 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 el Voucher.

Cancelación de viaje por COVID-19

En caso de ser contemplado dentro del voucher, el Beneficiario podrá cancelar anticipadamente su viaje por los siguientes motivos:

1. En caso de diagnóstico positivo de COVID-19 del Beneficiario, acompañante de viaje o familiar en primer grado de consanguinidad.

En todo caso, el Voucher deberá ser emitido con una antelación mínima de 14 días a la fecha de partida, o inicio de vigencia, lo que suceda primero.

Nota1: No aplica para Beneficiarios mayores de 70 años. No tendrán cobertura solicitudes de Cancelación de viaje, si la misma se llegase a dar por un cierre de fronteras por parte del Gobierno de origen o destino. Adicionalmente, si el proveedor hotelero, aerolínea o cualquier otro operador turístico le ofrece al Beneficiario la opción de dejar abiertas las fechas, reprogramar, crédito a favor, y entre otras soluciones, aun si el Beneficiario rechaza dicha opción, no habrá lugar a reembolso por gastos incurridos.

Nota2: Queda excluido de cobertura cualquier evento ocurrido con anterioridad a la emisión del Plan de Asistencia. En caso de un mismo evento que involucre a más de una reserva y cualquiera sea la cantidad de Titulares involucrados en el mismo, la responsabilidad máxima de indemnización de **INTERSEGURO** por todos los titulares afectados, no será mayor a CUARENTA MIL DÓLARES AMERICANOS (USD 40,000.00) como monto 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 el Voucher.

Sustitución de ejecutivo

En el caso que el Beneficiario se encontrara en viaje de negocios en el extranjero y fuese internado por una emergencia médica grave que le impida proseguir con su cometido profesional, **INTERSEGURO** se hará cargo del pasaje en clase turista, sujeto a disponibilidad de plazas, de la persona que su empresa designe como sustituto y de los gastos de hotel hasta un máximo de USD 80 (ochenta dólares americanos) diarios durante cinco (5) días.

Asistencia concierge

El servicio de conserje **INTERSEGURO** se encuentra disponible las 24 horas del día, los 365 días del

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

Transmisión de mensajes urgentes

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

Transferencia de fondos en caso de emergencia

Durante el viaje, si el Beneficiario fuese encarcelado como consecuencia de un accidente de tránsito, **INTERSEGURO** gestionará el envío de la cantidad especificada en estas condiciones generales de las asistencias para hacer frente al pago de la fianza penal, debiendo previamente ser depositado el monto referido en la oficina de **INTERSEGURO** por parte de la familia del Beneficiario. El costo asumido por **INTERSEGURO** corresponderá únicamente al valor de la transferencia realizada al Beneficiario. Estas coberturas serán aplicadas una sola vez, cualquiera que sea el lapso de validez del plan de voucher de asistencia.

Asistencia legal por accidente de tránsito

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

Compensación por pérdida de equipaje en línea aérea comercial

INTERSEGURO compensará al Beneficiario de forma complementaria, hasta el tope especificado en la tabla de beneficios.

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

- Que la línea aérea y la Central de **INTERSEGURO** hayan sido notificadas del hecho por el Beneficiario antes de abandonar el aeropuerto donde se registró la pérdida siguiendo las instrucciones descritas más abajo.
- Que el equipaje se haya extraviado durante su transporte en vuelo regular internacional, este beneficio no aplica cuando la pérdida se origina en un trayecto de vuelo nacional, ni de vuelos charters o fletados, aviones particulares o militares, o cualquier vuelo que no tenga un itinerario fijo publicado que opera regularmente, ni tampoco cuando la pérdida se origina

en vuelos domésticos en el exterior.

- Que el mencionado equipaje haya sido debidamente registrado, etiquetado y despachado en la bodega del avión y haya sido debidamente presentado y entregado al personal de la aerolínea en el despacho del terminal. **INTERSEGURO**, no indemnizará a los Beneficiarios de un plan, por la pérdida de equipaje de mano o de cabina o cualquier otro bulto que no haya sido debidamente registrado ante la aerolínea y haya sido transportado en la bodega del avión.
- Que la pérdida del equipaje haya ocurrido entre el momento en que el mismo fue entregado a personal autorizado de la línea aérea para ser embarcado y el momento en que debió ser devuelto al pasajero al finalizar el viaje.
- Que la línea aérea se haya hecho cargo de su responsabilidad por la pérdida del mencionado equipaje, y haya abonado o pagado al Beneficiario la indemnización prevista por ella. **INTERSEGURO** no podrá indemnizar al Beneficiario cuando este no haya aún recibido la indemnización de la aerolínea.
- No tienen derecho a esta compensación las pérdidas ocurridas en cualquier tipo de transporte terrestre en el extranjero.
- La compensación por pérdida total del equipaje se limitará a un solo bulto entero y completo faltante en forma definitiva y a un solo Beneficiario damnificado. En el caso de que el bulto faltante estuviera a nombre de varios Beneficiarios, la compensación será prorrateada entre los mismos, siempre que incluya los correspondientes números de billetes de cada uno, así como el número de voucher. No se indemnizan faltantes parciales de las maletas.
- En caso que la línea aérea ofreciera al Beneficiario como indemnización la posibilidad de optar entre percibir un valor en dinero o uno o más pasajes u otro medio de compensación, **INTERSEGURO** procederá a abonar al Beneficiario la compensación económica por extravío de equipaje, una vez que dicha opción sea ejercida.

Es importante anotar que, en los casos de extravío de equipaje, los directos responsables de las mismas son las aerolíneas o empresas transportadoras, por lo tanto, **INTERSEGURO** intervendrá en calidad de intermediario facilitador entre la aerolínea y o la compañía transportadora y el pasajero, y por lo tanto no podrá ser considerada ni tomada como responsable directa de dicha pérdida, ni de la búsqueda del equipaje. Las aerolíneas se reservan el derecho de aceptar o no los reclamos a **INTERSEGURO**, y en términos generales pueden exigir que las reclamaciones sean puestas directamente por los pasajeros y no permitir la intermediación de **INTERSEGURO**.

Las indemnizaciones por conceptos de pérdida total de equipaje se abonarán únicamente en el país donde se compró la asistencia **INTERSEGURO**.

Al regresar a su país de origen, el Beneficiario deberá presentar por el medio indicado por la central de Asistencias, ya sea link, canales oficiales u oficinas de **INTERSEGURO** la siguiente documentación:

- Formulario P.I.R. (Reclamo por Pérdida de Equipaje) Original
- Documento o Pasaporte
- Voucher de asistencia
- Copia original del recibo de la indemnización de la línea aérea (Cheque, comprobante de pago de la misma), pasajes aéreos.

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

NOTA: La indemnización al Beneficiario será complementaria a la abonada por la línea aérea conforme a lo indicado en el voucher correspondiente al plan INTERSEGURO 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 plan adquirido, y siempre hasta el límite máximo indicado por este concepto en el voucher. No será válida compensación alguna si la indemnización de la compañía aérea iguala o supera el límite máximo establecido en el voucher para este concepto. Por otra parte, la compensación por pérdida de equipaje aplica por bulto o carga y no por persona.

Compensación por demora en devolución de equipaje

INTERSEGURO reintegrará al Beneficiario cuyo plan de asistencia así lo establezca, mediante la presentación de los comprobantes originales de compras de elementos de primera necesidad, realizadas durante el lapso de demora en la entrega de su equipaje. Las compras deberán ser hechas después de haber sido realizado el reclamo pertinente con la aerolínea, así como de haber dado aviso a la Central de Servicios de Asistencia y proporcionado el número PIR correspondiente otorgado por la aerolínea. Esta prestación se brindará únicamente si el equipaje no es localizado dentro de las seis (6) horas contadas a partir del arribo del vuelo. El plazo de 6 horas se refiere exclusivamente al tiempo transcurrido hasta la localización del equipaje. El lapso posterior hasta la entrega física del mismo por parte de la aerolínea está fuera de la responsabilidad de **INTERSEGURO** y por tanto no será tenido en cuenta en el cómputo de las 6 horas.

Si la demora o el extravío del equipaje ocurren en vuelos de conexión, en un vuelo de regreso al país de origen y/o de residencia habitual del Beneficiario, no se otorgará compensación alguna.

En caso tal que el equipaje sea declarado como perdido totalmente por parte de la compañía aérea, se deducirá del monto a reembolsar por concepto de “Compensación por pérdida de equipaje”, el total reembolsado por los gastos del presente beneficio.

Este servicio opera por reembolso previa autorización de la Central de Servicios de Asistencia y regido por los tiempos establecidos en los trámites de reembolso.

En caso de demora de equipaje, siga estas instrucciones:

1. Inmediatamente constatada la falta de equipaje diríjase a la compañía aérea o persona responsable dentro del mismo recinto al que llegan los equipajes. Solicite y complete el formulario P.I.R Property Irregularity Report.
2. Antes de abandonar el aeropuerto comuníquese telefónicamente con la Central de Asistencia a efectos de notificar el extravío de su equipaje.

Al regresar a su país de origen el Beneficiario deberá presentar por el medio indicado por la central de Asistencias, ya sea link, canales oficiales u oficinas de **INTERSEGURO** la siguiente documentación:

1. Formulario P.I.R
2. Comprobantes de pago en razón de gastos de artículos de primera necesidad (elementos de higiene y ropa de primera necesidad).
3. Itinerario original de vuelo.

Nota: la compensación por demora en devolución de equipaje aplica por bulto o carga y no por persona.

Compensación por daño de equipaje

Si las maletas del Beneficiario sufrieran algún tipo de daño que deje expuestos los elementos que se encuentran en su interior, así como la violación de sus cerraduras con los mismos efectos, **INTERSEGURO** otorgará al beneficiario la suma indicada según los topes del producto contratado.

Para hacer efectivo este beneficio debe verificarse que la rotura haya ocurrido entre el momento en que el equipaje fue embarcado y el momento en que deba ser entregado al Beneficiario al desembarcar, debe haber sido informado a la Central de Servicios de Asistencias de **INTERSEGURO** dentro de las 24 horas de ocurrido el siniestro y el Beneficiario deberá presentar a **INTERSEGURO** el comprobante de denuncia otorgado por la línea aérea o naviera y los comprobantes originales por el arreglo de las roturas o reposición del equipaje.

Nota: la compensación por daño de equipaje aplica por bulto o carga y no por persona.

Compensación por vuelo demorado o cancelado

Si el vuelo del Beneficiario fuera demorado por más de seis (6) horas consecutivas a la programada originalmente, y siempre y cuando no exista otra alternativa de transporte durante ellas, **INTERSEGURO** reintegrará hasta el tope de cobertura convenido en razón de gastos de hotel, comidas y comunicaciones realizadas durante la demora y contra la presentación de sus comprobantes originales, acompañados de un certificado de la compañía aérea reflejando la demora o cancelación sufrida por el vuelo del Beneficiario.

Este beneficio no se brindará si el vuelo fuese en un aeropuerto ubicado en las proximidades de la ciudad de residencia habitual. Tampoco si el beneficiario viajara con un pasaje sujeto a

disponibilidad de espacio. Este servicio no se aplica si la cancelación se debe a la quiebra y/o cesación de servicios de la línea aérea.

Nota: este beneficio solo aplica una vez se está fuera del país de residencia habitual

Deportes amateur

Proporciona cobertura de los deportes ecuestres, deportes de nieve, deportes de equipo, deportes de fuerza, deportes de invierno, las artes marciales, campeonatos de tiro el deporte practicado en rangos reguladas; deportes acuáticos, esquí, surf, kitesurf recreativa, buceo recreativo (hasta 15 metros), natación, patinaje, snowboard, cuando se practica como actividades de aficionados.

Nota: Queda excluida de cobertura cualquier lesión causada por prácticas profesionales y/o de torneos, competencias, etc.

Servicio AirHelp

Los Beneficiarios de **INTERSEGURO** cuentan con la opción de realizar sus solicitudes para el estudio de su caso ante la compañía AirHelp por vuelos demorados o cancelados.

Nota: Todas las solicitudes están sujetas a los términos y condiciones de la compañía AirHelp – en el siguiente link: <https://www.airhelp.com/es/terminos/>

Demora de vuelo = Sala VIP (por retraso mayor de 60 minutos).

Los beneficiarios de **INTERSEGURO** que presenten alguna demora de más de 60 minutos en el vuelo programado, podrán acceder a las salas VIP dispuestas en los aeropuertos.

Para acceder y obtener el beneficio deben cumplirse los siguientes requisitos:

- Haber contratado el plan de asistencia igual o mayor a USD 30.000 en las categorías viajes cortos, larga estadía, multiviajes y corporativos
- Registrar los vuelos programados para el viaje con un tiempo no menor a 7 horas antes del vuelo a través del siguiente link: <https://travelregistration.online>

Nota: El acceso al beneficio está sujeto a los términos y condiciones de la compañía Collinson Service Solutions Limited que se pueden consultar en [CondicionesSalasesp.pdf \(travelregistration.online\)](#)

V. BENEFICIOS ADICIONALES DE COMPRA OPCIONAL POR EL BENEFICIARIO

Los Beneficiarios tendrán la opción de adquirir adicionalmente, pero no por separado, beneficios adicionales a los establecidos para cada plan de asistencia en particular de **INTERSEGURO**, mediante el pago de un complemento al precio del plan original, todo ello de acuerdo con lo establecido y precios de la oferta pública en la plataforma web de **INTERSEGURO**.

Los beneficios adicionales o upgrades sólo podrán ser emitidos para la categoría viajes por días.

Upgrade futura mamá

Toda persona embarazada que desee comprar un plan de asistencia de **INTERSEGURO**, lo podrá hacer mediante el pago de un monto adicional. Éste beneficio se puede vender para personas embarazadas que tengan hasta máximo 32 semanas de gestación. El beneficio aplica básicamente para las emergencias que se presenten durante el viaje, incluyendo controles de emergencia, ecografías de urgencia, asistencias médicas por enfermedades ocasionadas por su situación de embarazo, partos de emergencia por enfermedad o accidente que ponga en riesgo la vida de la madre o del hijo, abortos o cualquier tipo y cualquier asistencia médica derivada de la situación de embarazo. Esta prestación solo tendrá una vigencia máxima de 30 días, contados a partir del inicio del viaje al exterior.

Exclusiones particulares a este beneficio:

- a. Controles, ecografías, consultas médicas en general, estudios médicos, etc., que sean parte de los controles rutinarios del proceso de embarazo y no sean de emergencia. Asimismo, todas las complicaciones resultantes durante y después del embarazo.
- b. Partos y cesáreas de curso normal y en término.
- c. Gastos médicos relacionados con el recién nacido.
- d. Cuando se compruebe que el motivo del viaje es para atender su parto en el exterior.
- e. Cuando se compruebe que la venta del voucher se realizó posterior a la semana 32 de embarazo

NOTA: el límite de edad para acceder al beneficio de futura mamá es mínimo de 19 años de edad hasta máximo 45 años de edad.

Upgrade objetos personales

INTERSEGURO indemnizará al beneficiario de un plan de asistencia que así lo establezca, por el costo de tus pertenencias personales o equipaje que haya sido robado durante el viaje el tope de cobertura del plan contratado. Adicionalmente se reembolsarán los gastos por compra de artículos de primera necesidad que te vieras obligado a adquirir como consecuencia del suceso

1. Hasta USD \$250 por un objeto de valor, un juego o un par.
2. Pérdida de medicamento o equipo médico considerado necesario y vital por el departamento médico para mantener la salud del beneficiario.

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

- a. Denuncia policial radicada dentro de las 24 horas de ocurrido el hecho, que acredite el robo de los objetos personales.
- b. Si el robo se hubiese producido en un hotel, se deberá presentar la denuncia radicada por la administración del mismo.
- c. Factura de compra o declaración en aduana del objeto perdido o robado con fecha anterior a la pérdida, robo o hurto.
- d. Si la pérdida ocurre bajo la custodia de una línea aérea u otro medio de transporte deberá presentar el formulario P.I.R o reporte obtenido en la compañía de transporte.
- e. Factura de compra de elementos de primera necesidad, entendiéndose por los mismos: única y exclusivamente: ropaje (ropa exterior, ropa interior), zapatos, elementos de aseo personal (shampoo, acondicionador, jabón -líquido, en barra, en polvo-, cepillo de dientes, pasta de dientes, desodorante, crema de afeitar, máquina de afeitar, productos de higiene femenina) y maquillaje.

Cualquier otro elemento no considerado dentro del listado anteriormente indicado, se entenderá como excluido de cualquier tipo de cobertura. La fecha de la compra de estos elementos debe ser posterior a la de la erradicación de la denuncia policial.

Se consideran exclusiones a esta cobertura:

- i. No se cubrirán objetos personales o equipajes que fueran robados de un vehículo estacionado a menos que los mismos se encontrasen en el baúl del coche fuera de la vista pública y bajo llave en el caso de caravanas o que haya evidencia de que el robo fue efectuado con violencia o utilizando la fuerza.
- ii. No se cubrirá el equipaje desatendido a menos que éste se encuentre en una habitación de hotel y en un lugar seguro y debe haber evidencia de entrada forzada y violenta.
- iii. Sillas de ruedas, coches de bebés, triciclos, bicicletas, motocicletas y motos de agua.
- iv. Lentes de contactos, prótesis dentales y audífonos.
- v. Sellos, documentos, mercancías de negocios y muestras.
- vi. Custodia o detención de los elementos por parte de autoridades de aduana.
- vii. Casos en los que el beneficiario no tome las precauciones de seguridad necesarias.

Nota: este beneficio nos es acumulable con otros.

Upgrade protección tecnología

INTERSEGURO indemnizará al beneficiario de un plan de asistencia que así lo establezca, por la pérdida, robo o hurto de los siguientes elementos: cámaras de fotografía, filmadoras, teléfonos inteligentes, tabletas y computadores hasta el tope de cobertura del plan contratado.

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

1. Denuncia policial radicada dentro de las 24 horas de ocurrido el hecho, que acredite el robo de los objetos personales.
2. Si el robo se hubiese producido en un hotel, se deberá presentar la denuncia radicada por la administración del mismo.
3. Factura de compra o declaración en aduana del objeto perdido o robado con fecha anterior a la pérdida, robo o hurto.
4. Si la pérdida ocurre bajo la custodia de una línea aérea u otro medio de transporte deberá presentar el formulario P.I.R o reporte obtenido en la compañía de transporte.
5. Factura por reposición del objeto robado, por uno de la misma marca y referencia, con fecha posterior a la de la radicación de la denuncia policial.

Nota: este beneficio no es acumulable con otros.

Upgrade Deportes

INTERSEGURO se hará cargo de los costos de atención resultantes de accidentes ocurridos de la práctica recreativa de alto riesgo, en competencias prácticas profesionales (hasta el tope de su cobertura médica contratada, sin exceder USD 100.000 - Cien mil dólares americanos) de los siguientes deportes:

1. **Categoría 2:** Esquí acuático, fútbol, ciclismo de velocidad en pista, patinaje artístico sobre hielo, canojate británico, maratón, gimnasia artística, pony trekking, parascending, roller hockey, cabalgata libre, patinaje en hielo, hockey sobre césped, pesca con anzuelo en aguas costeras profundas.

NOTA: el límite de edad para los deportes extremos en cualquier categoría es de mínimo 15 años y máximo 65 años de edad.

Upgrade de asistencia médica por enfermedad preexistente

El upgrade por enfermedad preexistente sólo cubrirá el 30% de la cobertura médica, sin exceder USD 30,000.

Si el beneficiario padeciera de una enfermedad preexistente o crónica al inicio de su viaje al exterior,

aun cuando no fuera de su conocimiento, como se ha establecido en estas Condiciones Generales de las Asistencias, **INTERSEGURO** queda automáticamente exenta de prestar servicios o asistencias a su cargo y con base al plan de asistencia adquirido. No obstante, y en forma excepcional y solo en aquellos casos que así lo establezcan expresamente, **INTERSEGURO** asumirá los cargos por asistencia médica por enfermedad preexistente o crónica a favor del beneficiario hasta un máximo del monto determinado en el respectivo plan adquirido. En estos casos **INTERSEGURO** reconocerá la primera consulta clínica en la que se determine la preexistencia de la enfermedad hasta por las cantidades que se determinan en la Tabla de Resumen de Beneficios respectiva.

Episodio agudo o evento no predecible, descompensación de enfermedades crónicas y / o preexistentes conocidas, oculto o previamente asintomática. Esta cobertura se proporciona exclusivamente para la atención médica primaria en el episodio agudo, o en caso de no predecible, con la cobertura superior especificado por el plan contratado, la emergencia debe requerir la asistencia durante el viaje y no puede aplazarse hasta el retorno al país de residencia, el Centro de Gestión de Emergencias se reserva el derecho de decidir el tratamiento más adecuado entre los propuestos por el personal médico y/o la repatriación a su país de residencia. La repatriación será una solución en los casos en los que los tratamientos requiere evolución a largo tiempo, cirugías programadas o cirugías no urgentes, el beneficiario está obligado a aceptar esta solución, perdiendo en caso de rechazo de la solución de todos los beneficios que ofrece el plan de asistencia.

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

Se excluye de esta cobertura toda enfermedad relacionada con la transmisión sexual, incluyendo, pero no limitando a la sífilis, gonorrea, herpes genital, clamidia, el virus del papiloma humano tricomonas vaginalis, tricomoniasis, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), entre otros.

No se trata en cualquiera de nuestros planes, procedimientos de diálisis, trasplantes, oncología y tratamiento psiquiátrico, audífonos, anteojos, lentes de contacto, puentes dentales, marcapasos, desfibriladores implantables, respiradores para pacientes externos, dispositivos implantables, equipo desechable específico, etc. enfermedades causadas por la ingestión de drogas, narcóticos, medicamentos que se toman de forma fiable sin receta, alcoholismo, etc.

Nota: Este beneficio no cubrirá por ningún motivo el seguimiento o continuación de tratamientos iniciados durante la vigencia del primer voucher de un pasajero que haya decidido renovar su plan de asistencia; además la cobertura no se podrá exceder USD 30,000.

Obligaciones del Beneficiario:

1. El Beneficiario deberá seguir todas las instrucciones médicas dadas por el médico tratante asignado por **INTERSEGURO** y tomar todos los medicamentos como forma prescrita y necesaria.
2. Si el Beneficiario está interesado en la contratación de un plan que incluye la cobertura de emergencia para preexistente condición médica **INTERSEGURO**, y sufre alguna(s) de las siguientes condiciones: cualquier tipo de cáncer, enfermedades del corazón, enfermedad

pulmonar crónica y / o enfermedad hepática crónica , el Beneficiario debe consultar a su médico personal en su país de origen antes de iniciar el viaje y obtener una confirmación por escrito de que está en condiciones de viajar por todos los días previstos, hacia el destino deseado y que la condición no es un inconveniente para todas las actividades programadas.

3. El Beneficiario no podrá iniciar el viaje después de recibir un diagnóstico terminal.
4. Para poder acceder a esta cobertura el beneficiario deberá haber estado estable por más de 12 meses.

En caso de que se determine que el motivo del viaje fue el tratamiento en el extranjero por una afección crónica o preexistente, el Centro de Manejo de Emergencias denegará la cobertura.

Nota: el límite de edad para acceder al beneficio de asistencia médica por enfermedad preexistente es máximo 74 años de edad.

VI. EXCLUSIÓN APLICABLES A TODOS LOS SERVICIOS Y BENEFICIOS

Quedan expresamente excluidos del sistema de asistencia **INTERSEGURO** los eventos siguientes:

1. Enfermedades crónicas o preexistentes, definidas, o recurrentes, padecidas con anterioridad al inicio de la vigencia del plan y/o del viaje, sean éstas del conocimiento o no por el Beneficiario, así como sus agudizaciones, secuelas y consecuencias directas o indirectas (incluso cuando las mismas aparezcan por primera vez durante el viaje).
2. Enfermedades, lesiones, afecciones o complicaciones médicas resultantes de tratamientos efectuados o llevados a cabo por personas o profesionales no autorizados por el Departamento Médico de la Central de Servicios de Asistencia **INTERSEGURO**, o exceptuándose lo determinado en el punto precedente.
3. Los tratamientos homeopáticos, tratamientos de acupuntura, la quinesioterapia, las curas termales, la podología, manicura, pedicura, etc.
4. Las afecciones, las enfermedades o lesiones derivadas de empresa, intento o acción criminal o penal del Beneficiario, directa o indirectamente como peleas, riñas, flagelaciones, etc.
5. Tratamiento de enfermedades o estados patológicos producidos por la ingesta o la administración intencional de tóxicos (drogas), narcóticos, alcohol, o por la utilización de medicamentos sin la respectiva orden médica
6. Gastos incurridos en cualquier tipo de órtesis, prótesis, incluidas las dentales, lentes, audífonos, sillas de rueda, muletas, anteojos, etc.
7. Eventos ocurridos como consecuencia de simple entrenamientos, prácticas sencillas o participación activa o no activa en competencias deportivas (profesionales o amateurs). Además quedan expresamente excluidas las ocurrencias consecuentes a la práctica de deportes peligrosos o de riesgos o extremos incluyendo pero no limitando a: Motociclismo, Automovilismo, Boxeo, Polo, Ski acuático, Buceo (hasta 30 metros máximo), Ala Deltismo,

Kartismo, Cuatrimotos, Alpinismo, Ski , Football, Boxeo, Canotaje, Parapente , Kayak, Bádminton, Básquet ball, Voleibol, Handball, karate do, Kung fú, Judo, Tiro al arco, Tiro con fusil, Tejo, Rappel, Buceo, Torrentismo, Montañismo, Escalada, Puenting, Atletismo, Ciclismo, Luge Espeleología, Skeleton, la Caza de animales, Bobsleigh, etc., y otros deportes practicados fuera de pistas reglamentarias y autorizadas por las respectivas federaciones de deportes.

8. Los partos, estados de embarazo, controles ginecológicos, exámenes relacionados con los mismos. Los abortos, o las pérdidas cualquiera sea su etiología u origen. Asimismo, todas las complicaciones resultantes durante y después del embarazo.
9. Todo tipo de enfermedades mentales, incluyendo pero no limitando a neurosis, psicosis o cualquier otra enfermedad mental o condición psicológica, como sus consecuencias.
10. Afecciones, enfermedades o lesiones derivadas del consumo de bebidas alcohólicas de cualquier tipo.
11. El Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en todas sus formas, secuelas y consecuencias. Las enfermedades y/o infecciones de transmisión sexual y/o en general todo tipo de prestación, examen y/o tratamiento que no haya recibido la autorización previa de la Central de Servicios de Asistencia.
12. Los Eventos y las consecuencias de desencadenamiento de fuerzas naturales, tsunamis, temblores, terremotos, tormentas, tempestades, huracanes, ciclones, inundaciones, eventos de radiación nuclear y de radioactividad, así como cualquier otro fenómeno natural o no, con carácter extraordinario o evento que, debido a sus proporciones o gravedad, sea considerado como desastre nacional regional o local o catástrofe, sismos, huracanes, inundaciones etc.
13. El suicidio, o el intento de suicidio o las lesiones infringidas a sí mismo por parte del Beneficiario y/o su familia, así como cualquier acto de manifiesta irresponsabilidad o imprudencia grave por parte del Beneficiario de la asistencia en viajes.
14. Los Eventos como consecuencia de actos de guerra, invasión, actos cometidos por enemigos extranjeros o nacionales, terrorismo, hostilidades u operaciones de guerra (sea que haya sido declarada o no la guerra) guerra civil, rebelión, insurrección o poder militar, naval o usurpado, la intervención del Beneficiario en motines, manifestaciones o tumultos que tengan o no carácter de guerra civil, o sea que la intervención sea personal o como miembro de una organización civil o militar; terrorismo u otra alteración grave del orden público.
15. Los actos mal intencionados y/o de mala fe de parte del Beneficiario o de sus apoderados.
16. Los exámenes médicos de rutina, los exámenes de laboratorio para chequeos médicos, los exámenes de diagnóstico y o de controles, exámenes de laboratorio o radiológicos o de otros medios, cuya finalidad es la de establecer si la enfermedad es una preexistencia, tales como los exámenes de radiología, el doppler, las resonancias magnéticas, tomografías, ultrasonidos, imágenes, scanner de toda índole, etc. Los exámenes médicos practicados para establecer si la dolencia corresponde a una enfermedad preexistente o no.
17. Gastos correspondientes a transportes públicos o privados o desplazamientos pagados por

el Beneficiario desde su hotel o lugar donde esté hasta el centro hospitalario, o centro médico, o consultorio del médico. A menos que dichos gastos hayan sido expresamente autorizados en forma escrita o verbal por la Central de Servicios de Asistencia.

18. Las enfermedades derivadas o debidas o consecuentes de las deformaciones congénitas conocidas o no por el Beneficiario.
19. Lesiones o accidentes derivados de accidentes aéreos en aviones no destinados ni autorizados como transporte público, incluyendo los vuelos fletados particulares.
20. Afecciones, enfermedades o lesiones derivadas directa o indirectamente de riña o peleas (salvo que se tratase de un caso de legítima defensa comprobada con reporte policial), huelga, actos de vandalismo o tumulto popular en que el Beneficiario hubiese participado como elemento activo. El intento de o la comisión de un acto ilegal y, en general, cualquier acto doloso o criminal del Beneficiario, incluido el suministro de información falsa o diferente de la realidad.
21. Enfermedades endémicas, pandémicas, o epidémicas, las asistencias por estas enfermedades en países con o sin emergencia sanitaria en caso de que el Beneficiario no haya seguido las sugerencias y/o indicaciones sobre restricciones de viaje y/o tratamiento profiláctico y/o vacunación, emanadas de autoridades sanitarias.
22. Cualquier gasto o asistencia médica que no haya sido previamente consultado y autorizado por la Central de Servicios de Asistencia **INTERSEGURO**.
23. Las enfermedades, o indisposiciones resultantes de trastornos del periodo menstrual en las mujeres, como adelantos o retrasos, así como sangrados, flujos y otros.
24. Enfermedades hepáticas, como cirrosis, abscesos y otros.
25. Exámenes y/u hospitalizaciones para pruebas de esfuerzo y todo tipo de chequeos preventivos.
26. Cualquier tipo de hernias y sus consecuencias.
27. Secuestro o su intento.
28. Riesgos profesionales: si el motivo del viaje del Beneficiario fuese la ejecución de trabajos o tareas que involucren un riesgo profesional, así como las lesiones clasificadas como lesiones por esfuerzos repetitivos, enfermedades osteomusculares relacionadas al trabajo, lesión por trauma continuado o continuo, etc., o similares, tanto como sus consecuencias post tratamiento inclusive quirúrgicos en cualquier tiempo.
29. Lesiones de conductor o pasajero por el uso de cualquier tipo de vehículos, incluidos bicicletas, motocicletas y velomotores sin licencia de conducir, o sin casco, o sin seguros contratados.
30. Están excluidos los accidentes y enfermedades presentadas en países en guerra civil o extranjera. Ejemplo: Afganistán, Irak, Sudan, Somalia, Corea del Norte, etc.
31. No se brindará asistencia de ningún tipo al Beneficiario en situación migratoria o laboral ilegal (incluyendo trabajo no declarado en el país desde donde se requiere la asistencia, o a

estudiantes sorprendidos trabajando en país extranjero sin la respectiva autorización de las autoridades locales).

32. **INTERSEGURO** no tomará a su cargo costos por fisioterapias referidas para el tratamiento de dolencias relacionadas a accidentes laborales, tareas repetitivas o enfermedades crónicas y/o degenerativas de los huesos o músculos. Las fisioterapias se cubrirán únicamente en caso tal que la dolencia haya sido ocasionada por un accidente no laboral bajo autorización previa del Departamento Médico de la Central de Servicios de Asistencia en caso tal que se determine que con las mismas el pasajero podrá mejorar su condición actual y bajo ningún motivo, podrá exceder las diez (10) sesiones.

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

Convenio de Competencia: Queda expresamente convenido entre las partes, en lo relativo a la relación contractual entre el Beneficiario del voucher y el proveedor, que cualquier problema de interpretación sobre los alcances de la misma y/o reclamación judicial, que no puedan ser resueltos en forma amistosa entre las partes, deberán ser sometidos a la jurisdicción de los tribunales de Doral, Florida, con exclusión de cualquier otro foro y jurisdicción que pudiera corresponder.

Servicios no acumulativos y/o Intervención de otras empresas: En ningún caso **INTERSEGURO** prestará los servicios de asistencia al Beneficiario establecidos en el PLAN DE ASISTENCIA MÉDICA del CERTIFICADO DE VIAJE, ni efectuará reembolso de gastos de ningún tipo, en tanto y en cuanto el Beneficiario solicite o haya solicitado prestaciones por el mismo problema y/o afección a cualquier otra empresa, antes, durante o después de haberlas solicitado al proveedor.

VII. SUBROGACIÓN Y CESIÓN DE DERECHOS

Hasta la concurrencia de las sumas desembolsadas en cumplimiento de las obligaciones emanadas de las presentes Condiciones Generales de las Asistencias de **INTERSEGURO** 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 reembolsar en el acto a **INTERSEGURO** 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 pudiese tener derecho. Ello a concurrencia de los importes a cargo de **INTERSEGURO** en el caso ocurrido.

Sin que la siguiente 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 **INTERSEGURO** 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 **INTERSEGURO** 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 **INTERSEGURO** dentro de los tres (3) días calendario siguientes de intimado el Titular/es al efecto. De negarse a suscribir y/o prestar colaboración para ceder tales derechos a **INTERSEGURO**, esta última quedará automáticamente eximida de pagar los gastos de asistencia originados.

Además, **INTERSEGURO** estará subrogada, entendiéndose que cualquier seguro, asistencia en viaje y/o seguro médico tendrá la obligación en primera instancia del pago ya sea de la totalidad o parte de los gastos que puedan desencadenarse a causa del evento sufrido por el Beneficiario.

INTERSEGURO quedará subrogado en los derechos y acciones que correspondan al Beneficiario, por hechos que hayan motivado la intervención de aquel y hasta el total del costo de los servicios prestados.

De igual forma **INTERSEGURO** se reserva el derecho de poder ceder en todo o en parte tanto los derechos que le asistieran derivados de la relación contractual con el Beneficiario, así como la ejecución, prestación de servicios y demás obligaciones a su cargo a terceras personas jurídicas profesionales en el ramo de la asistencia a empresas del ramo.

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

VIII. CIRCUNSTANCIAS EXCEPCIONALES DE INEJECUCIÓN INIMPUTABLE

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

IX. RECURSO

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

X. RESPONSABILIDAD

El servicio brindado por **INTERSEGURO** de conformidad a los términos de las presentes condiciones generales de las asistencias y al contrato de asistencia en viaje, se circunscribe única y exclusivamente a facilitar al Beneficiario el acceso a profesionales para la prestación por parte de éstos últimos, bajo su única y exclusiva responsabilidad, servicios médicos, odontológicos, farmacéuticos, legales y/o de asistencia en general. De esta forma, **INTERSEGURO** no será responsable en forma alguna, ya sea directa o indirectamente, de cualquier reclamo que pudiere realizar el Beneficiario por la prestación de los servicios llevada a cabo por cualquiera de los profesionales antes mencionados.

INTERSEGURO, no será responsable y no indemnizará al Beneficiario por ningún tipo de daño, perjuicio, lesión o enfermedad causada por haberle brindado al Beneficiario a su solicitud, personas o profesionales para que lo asistan médica, odontológica, farmacéutica o legalmente. En estos casos, la persona o personas designadas por **INTERSEGURO** serán tenidas como agentes del Beneficiario, sin posible recurso de naturaleza o circunstancia alguna contra **INTERSEGURO**, en razón de tal designación. **INTERSEGURO** se esfuerza para poner a disposición de los pasajeros los mejores profesionales de la salud y los mejores medios, sin embargo, **INTERSEGURO**, no podrá nunca ser tenida ni total ni parcialmente como responsable por la disponibilidad, la calidad, los resultados, falta de atención, servicios médicos y/o mala praxis de dichos profesionales o entidades, pues son condiciones que se encuentran totalmente fuera del control de **INTERSEGURO**.

XI. CADUCIDAD - RESOLUCIÓN – MODIFICACIÓN

Toda reclamación tendiente a hacer efectivas las obligaciones que **INTERSEGURO**, asume a través de las presentes condiciones generales de las asistencias, deberá formularse en debida forma y por escrito dentro del plazo máximo improrrogable de treinta (30) días continuos calendario, contados a partir de la fecha de finalización de la vigencia del voucher. Transcurrido el plazo indicado, se producirá la automática caducidad de todos los derechos no ejercidos oportunamente.