

TRAVEL VIP AFFINITY

CONDICIONES DE COBERTURA
ASEGURADO

Efectivo 2024



**VUMI**[®]
TRAVEL VIP

BIENVENIDO A VUMI®

Gracias por elegir a VUMI® para sus necesidades de cobertura de seguro de viaje internacional. Con cualquiera de nuestros productos, puede estar seguro de que usted y su familia recibirán cobertura y asistencia durante sus viajes, a cualquier hora del día o la noche.

El propósito de este documento es ofrecerle una guía detallada de la póliza. El documento está dividido en ocho secciones que definen la cobertura, duración, beneficios, exclusiones y la elegibilidad de la póliza. Asimismo, también encontrará información general, sus obligaciones como asegurado y definiciones que le ayudarán a entender mejor el funcionamiento y los beneficios de su póliza.

Con VUMI®, tendrá la tranquilidad que le permitirá disfrutar de su viaje y viajar sin preocupaciones. Nuestros productos están respaldados por una compañía con amplia experiencia en proveer asistencia internacional, una red de proveedores extensa y servicio VIP para clientes alrededor del mundo.

Una vez más, bienvenido a VUMI®.





CONTENIDO

Tabla de Beneficios	4
Sección 1 Acuerdo	7
Sección 2 Plazo de Cobertura	7
Sección 3 Elegibilidad	8
Sección 4 Obligaciones del Asegurado	9
Sección 5 Información General de la Póliza	9
Sección 6 Beneficios, Estipulaciones y Exclusiones	11
Sección 7 Administración de la Póliza	25
Sección 8 Definiciones	27

PARA NOTIFICACIONES O PRE-AUTORIZACIONES

emergencytravel@vumigroup.com

Teléfono General: +1.214.276.6376

Llamada Gratuita: +1.800.566.5663

VUMI[®]

VUMI[®] GROUP, I.I.

**ORGANIZADA BAJO EL CAPÍTULO 61
DEL CÓDIGO DE SEGUROS DE PUERTO RICO.
NINGUNA COBERTURA EMITIDA POR ESTA ASEGURADORA
ESTÁ PROTEGIDA POR CUALQUIER GARANTÍA
O FONDO DE INSOLVENCIA EN PUERTO RICO.**

Servicios de administración de reclamos ofrecidos por Epic Health Solutions.

25 Millard Ave West, Newmarket, Ontario L3Y 7R6, Canada
info@vumigroup.com • www.vumigroup.com

TABLA DE BENEFICIOS

De no expresarse lo contrario, los beneficios se ofrecen por Asegurado, por Año Póliza. Todas las cantidades son expresadas en dólares de los Estados Unidos de Norteamérica (USD, por sus siglas en inglés). Los beneficios están limitados a los gastos médicos que tengan cobertura bajo la Póliza y los mismos están sujetos a los costos Usuales, Acostumbrados y Razonables (UCR, por sus siglas en inglés) para el área geográfica donde ocurrieron los mismos.

INFORMACIÓN GENERAL DEL PLAN

BENEFICIO	COBERTURA
Cobertura geográfica	Mundial (excluyendo el País de Residencia del Asegurado y los países que pueden estar excluidos para cumplir con los programas de sanciones internacionales)
Cobertura máxima por persona, hasta los 70 años	US\$5.000.000
Cobertura máxima por persona, a los 70 años y hasta los 80 años	US\$500.000
Edad límite para solicitar cobertura	Hasta 79 años de edad

BENEFICIOS MÉDICOS

BENEFICIO	COVERAGE
Condiciones Preexistentes (6 meses estables sin presentar síntomas y sin cambios en los Medicamentos)	Hasta US\$500.000
Complicaciones de la Maternidad, como se define en la Póliza	Hasta US\$10.000 (hasta la semana 20 de embarazo para embarazos normales y hasta la semana 12 de embarazo para embarazos múltiples o cuando el embarazo es resultado de un tratamiento de fertilidad)
Enfermedades y Lesiones graves o de Emergencia	100% UCR
Tratamiento por médicos, enfermeras(os) y especialistas autorizados	100% UCR
Hospitalización (Habitación Semi-Privada)	100% UCR
Honorarios de cirugía y anestesiólogo	100% UCR
Medicamentos por Prescripción durante una Hospitalización	100% UCR
Tratamiento por Fisioterapeutas	Hasta US\$2.500 por viaje
Equipo Médico Durable Medicamento Necesario	100% UCR
Tratamiento dental de Emergencia para alivio inmediato de dolor	Hasta US\$500 por viaje

BENEFICIOS MÉDICOS DE EVACUACIÓN

BENEFICIO	COBERTURA
Transporte de Emergencia	Ambulancia Terrestre
	Ambulancia Aérea

BENEFICIOS MÉDICOS DE EVACUACIÓN

BENEFICIO	COBERTURA
Transporte de Equipaje después de una evacuación médica del Asegurado	Hasta US\$500
Repatriación de un pariente convocado o compañero de viaje después de una evacuación médica o la muerte del Asegurado	100% UCR, máx. un (1) pariente convocado o compañero de viaje
Repatriación o cremación de restos mortales	100% UCR
Transporte de Equipaje después de la muerte del Asegurado	Hasta US\$500
Alojamiento después de una Enfermedad grave, Lesión o Accidente Serio	Hasta US\$300 por día, máx. US\$6.000 por evento cubierto
Visita compasiva de Emergencia a un Asegurado	100% UCR, máx. un (1) pariente convocado o compañero de viaje
Repatriación compasiva de Emergencia de un Asegurado	100% UCR
Viaje de regreso después de una evacuación médica o repatriación	100% UCR
Evacuación no médica	100% UCR

OTROS BENEFICIOS

BENEFICIO	COBERTURA
Actividades y Deportes No Profesionales	No motorizados Hasta US\$500.000
	Motorizados Hasta US\$100.000

La cobertura médica base de Travel VIP debe ser adquirida antes de agregar cualquiera de los Anexos disponibles.

BENEFICIOS NO MÉDICOS ADICIONALES (ANEXO)

(Los beneficios a continuación solo están disponibles si el Asegurado eligió adquirir el Anexo al comprar la Póliza del Distribuidor)

BENEFICIO	COBERTURA
Accidente personal, discapacidad y muerte	Hasta US\$100.000 por contrato
Pérdida o robo de efectos personales	Hasta US\$2.000
Retraso de Equipaje	Hasta US\$500
Retraso de viaje	Hasta US\$100 por día, máx. US\$500
Pérdida de conexión de vuelo	Hasta US\$1.000
Responsabilidad personal	Daños corporales Hasta US\$100,000 por viaje
	Daños a la propiedad Hasta US\$100,000 por viaje
Asistencia legal y garantías	Hasta US\$10,000 por viaje

CANCELACIÓN DE VIAJE (ANEXO)

(Los beneficios a continuación solo están disponibles si el Asegurado eligió adquirir el Anexo al comprar la Póliza del Distribuidor)

BENEFICIO	COBERTURA
Viaje simple	Hasta US\$2,500

Las palabras escritas en mayúsculas son términos definidos de especial relevancia y significado en este documento. Las definiciones a continuación son importantes para una mejor comprensión de los términos de esta Póliza. Para una lista completa de definiciones, consulte la Sección 8.

Asegurado

Se refiere tanto al Asegurado Titular (empleados y/o miembros) como a los Dependientes y los Acompañantes de Viaje cubiertos, listados en el Certificado de Cobertura.

Aseguradora

VUMI® Group, I.I. (VUMI®)

Distribuidor

Entidad legal la cual adquirió la Póliza de viajes al por mayor de un Agente registrado de VUMI® y está autorizada para vender cobertura de viajes. El Distribuidor no es un Asegurado y por lo tanto no disfruta de los beneficios bajo la Póliza, sin embargo, tiene la facultad de solicitar la cancelación de la Póliza en nombre del Asegurado y recibir la prima no devengada.

SECCIÓN 1. ACUERDO

VUMI® Group, I.L., en lo adelante la “Aseguradora”, se compromete a pagar al Asegurado Titular los beneficios detallados en esta Póliza relacionados con los gastos cubiertos que incurra el Asegurado Titular o sus Dependientes elegibles o Acompañantes de Viaje, como resultado de cualquier tratamiento, servicio o suministro médico en cualquier lugar del mundo y los beneficios no médicos que ofrece esta Póliza, después de la Fecha de Efectividad de la cobertura, mientras la misma esté vigente.

Esta Póliza de Seguro de viaje está diseñada para cubrir los costos y pérdidas asociados con eventos inesperados incurridos solo al viajar al extranjero. El Asegurado no debe comprar esta Póliza si tiene intención de mudarse al extranjero con cualquier otro propósito que no sea viajar por negocios, estudios o placer.

Todos los beneficios están sujetos a los términos y condiciones de esta Póliza, incluyendo los beneficios máximos y los límites detallados en la Tabla de Beneficios y en el Certificado de Cobertura y cualquier Enmienda, si la hubiera, que forman parte integral de la Póliza.

Reducción de beneficios

La cobertura que brinda esta Póliza se reduce a un máximo de quinientos mil dólares (US\$500.000) por Asegurado, por Año de Póliza al cumplir los setenta (70) años y hasta los ochenta (80) años de edad. La reducción del beneficio ocurrirá en el siguiente año registrado (si corresponde), después de cumplir la edad especificada. No se hará una reducción de cobertura si el Asegurado cumple setenta (70) años, ni terminación de cobertura si el Asegurado cumple ochenta (80) años, durante un viaje registrado o extendido.

1.1 Cambios y cancelación de la Póliza

El Asegurado comprará la Póliza de un Distribuidor. Cualquier cancelación, cambio o reembolso deberá ser solicitado al Distribuidor, quien es el responsable de manejar la cobertura del Asegurado en el portal de la Aseguradora. Después de la fecha de cancelación, la Póliza quedará sin efecto y la Aseguradora no se hará responsable por ningún pago de los beneficios ofrecidos bajo esta Póliza.

La Póliza no puede ser cancelada después de la Fecha de Efectividad

de la Póliza. Si la Póliza es cancelada (ya sea por el Asegurado Principal, el Distribuidor o la Aseguradora), expira o de alguna manera caduca, la responsabilidad de la Aseguradora cesará inmediatamente y la Aseguradora no será responsable por ningún tratamiento en curso o sus consecuencias. El derecho del Asegurado a reembolsos por tratamientos médicos también cesará inmediatamente al terminar la Póliza. Cualquier Reclamo por reembolso incurrido cuando el Asegurado todavía estaba cubierto por la Póliza debe ser remitido a la Aseguradora dentro de los ciento ochenta (180) días de la fecha de servicio.

Esta póliza de Seguro no está sujeta ni proporciona ciertos beneficios requeridos por la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud Aseguible de los Estados Unidos (PPACA, por sus siglas en inglés) o cualquier otra cobertura obligatoria en diferentes jurisdicciones.

Viajes a países Schengen

Esta Póliza cumple y supera los requisitos de visado europeo Schengen. Consulte la Tabla de Beneficios.

1.2 Notificación importante acerca de la Póliza

Si un Proveedor o cualquier otro individuo o entidad que le haya proporcionado servicios médicos a alguno de los Asegurados sometiera falsos testimonios en complicidad con alguno de los Asegurados, con el propósito de reclamar pagos contra esta Póliza, sus secciones y/o Enmiendas, la misma será, a discreción de la Aseguradora, rescindida o cancelada, quedaría sin efecto y la Aseguradora no se haría responsable por ningún pago de los beneficios ofrecidos por esta Póliza. El/los Asegurados tendrán que reembolsarle a la Aseguradora por cualquier pago que la misma haya hecho como resultado de una omisión, declaración incorrecta o Negligencia por parte del/los Asegurados, al primer requerimiento.

1.3 Contrato completo

El contrato completo entre el Asegurado Titular y la Aseguradora incluye:

- ▲ La Póliza (el presente documento);
- El Certificado de Cobertura, incluyendo los Anexos y/o Enmiendas (si aplican) y la confirmación de pago; y
- Las tarjetas de membresía electrónicas.

SECCIÓN 2. PLAZO DE COBERTURA

2.1 Término de la Póliza

El término de cobertura de esta Póliza es efectivo durante el período especificado en el Certificado de Cobertura y la tarjeta de membresía del Asegurado.

La Póliza puede ser efectiva por un período de hasta trescientos sesenta y cinco (365) días, incluyendo cualquier extensión de la Póliza. Las extensiones deben ser solicitadas antes de la Fecha de Vencimiento de la Póliza.

La cobertura comienza un (1) minuto después de la medianoche (00:01) Hora Estándar del Este en la Fecha de Efectividad de la Póliza especificada en el Certificado de Cobertura, y termina en el momento que el Asegurado regresa a su País de Residencia. La fecha de salida y de regreso del Asegurado debe ser especificada por el Distribuidor en el portal de registro de viajes, y será especificada en el Certificado de Cobertura del Asegurado. Si el Asegurado solicita una extensión del viaje al Distribuidor, un nuevo Certificado de Cobertura reflejando la nueva fecha de regreso será emitido.

Esta Póliza está destinada a brindar cobertura a los Asegurados que viajen únicamente por motivos de placer, estudios en el extranjero o negocios, no para cubrir ningún costo relacionado con la mudanza a otro país o viajes médicos. Para ser elegible para la cobertura, todos los Asegurados deben haber comprado un boleto de ida y vuelta desde/hacia su País de Residencia, o presentar prueba de que tienen la intención de regresar a su País de Residencia incluyendo, pero no limitado a un pase de abordar físico o electrónico, pagos de peaje fronterizo o boletos de trenes.

Esta Póliza cubrirá los gastos incurridos por el Asegurado durante el período de efectividad, de acuerdo con las prestaciones aplicables.

2.2 Adquirir la Póliza después del inicio del viaje

Si el Asegurado adquiere la Póliza durante el viaje en el extranjero, los días de viaje serán calculados a partir de la fecha en que el Asegurado adquirió la Póliza.

Esta Póliza no se puede adquirir en los Estados Unidos de América, Canadá o cualquiera de sus territorios.

2.3 Extensiones de cobertura

- A El viaje puede ser extendido siempre y cuando la extensión sea procesada antes de la Fecha de Vencimiento de la Póliza.
- B Un viaje puede ser extendido antes o después que el Asegurado haya salido de su País de Residencia.

Cualquier Enfermedad, Lesión o tratamiento en existencia, o que haya presentado síntomas o haya sido diagnosticado o tratado durante la vigencia del seguro expirado en el período anterior; no estarán cubiertos en el período de cobertura extendido.

2.4 Retrasos en el regreso

Si el regreso del Asegurado a su País de Residencia se retrasa por causas ajenas al Asegurado, el período de efectividad de esta Póliza puede prorrogarse por hasta cuarenta y ocho (48) horas sin un cargo adicional de prima.

SECCIÓN 3. ELEGIBILIDAD

3.1 Condiciones generales de la cobertura

Esta Póliza ofrece cobertura fuera del País de Residencia del Asegurado y debe ser adquirida antes de su salida para proveer cobertura a el/los Asegurado(s) nombrado(s) en el Certificado de Cobertura y en la tarjeta de membresía, excepto según está específicamente previsto en la Sección 2.2 de esta Póliza.

Esta Póliza no proporciona cobertura dentro del País de Residencia permanente del Asegurado, aun cuando la Enfermedad/Lesión ha ocurrido en el extranjero y requiere tratamiento médico continuo.

3.2 Requisitos de elegibilidad

Para ser elegible para la cobertura bajo esta Póliza, el Solicitante debe cumplir con los siguientes requisitos:

- A Residir en un país que no sea Estados Unidos de América (EE. UU.) y Canadá o cualquiera de sus territorios;
- B Tener hasta setenta y nueve (79) años de edad;
- C Abonar la prima correspondiente;
- D Los padres o tutores legales pueden adquirir Pólizas para sus hijos que estén viajando sin acompañante a partir de los cinco (5) años de edad, a la tarifa que aplique a su rango de edad

(si aplica). Deberán proporcionar a la Aseguradora el nombre completo y la fecha de nacimiento del hijo/Dependiente, así como proveer su consentimiento para viajar sin acompañante antes de adquirir la Póliza.

3.3 Requisito de cobertura base

La cobertura médica base debe ser adquirida antes de que cualquier otra opción o Anexo adicional disponible pueda ser adquirido.

3.4 Tarifas para solicitantes menores de dieciséis (16) años de edad

Las tarifas de niños aplican a Dependientes hasta los dieciséis (16) años de edad.

3.5 Interrupción de la cobertura

La cobertura cesará en la Fecha de Expiración indicada en el Certificado de Cobertura.

3.6 Fallecimiento de un Asegurado

En caso de fallecimiento de un Asegurado, la Aseguradora abonará cualquier reembolso por beneficios que quedaron sin pagar en vida

del Asegurado a su Pariente más Cercano, o a la(s) persona(s) o entidad(es) heredera(s) del Asegurado fallecido. La Aseguradora

solicitará la documentación necesaria que designe al(los) Beneficiario(s).

SECCIÓN 4. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

4.1 Pago de la prima

El Asegurado es responsable por el pago total de la prima adeudada al Distribuidor antes de la Fecha de Efectividad de la Póliza.

4.2 Notificación de Cambio de País de Residencia

El Asegurado deberá notificar al Distribuidor y/o a la Aseguradora por escrito si cambia de País de Residencia dentro de los primeros treinta (30) días después de que ocurra dicho cambio, ya que esto afectará la elegibilidad del Asegurado bajo esta Póliza. Cuando el Asegurado se muda permanentemente a un nuevo país, ya no recibirá cobertura en el nuevo País de Residencia declarado.

El no notificar a la Aseguradora acerca del cambio de País de Residencia de cualquiera de los Asegurados, de acuerdo a lo mencionado, pudiera resultar en la cancelación de esta Póliza, a discreción de la Aseguradora.

4.3 Prueba de Reclamos

Los Reclamos o facturas relacionadas con gastos cubiertos bajo esta Póliza deben ser remitidos a la Aseguradora dentro de los primeros ciento ochenta (180) días de la fecha de servicio para que los mismos sean elegibles para recibir cobertura. Los Reclamos deben

ser reportados a la Aseguradora inmediatamente después de que las circunstancias que dieron lugar al Reclamo hayan sido conocidas por el Asegurado.

Los reclamos o facturas recibidas después del plazo antes mencionado, no serán procesados o pagados, aun cuando hubiesen sido autorizados o los cargos sean compensables bajo esta Póliza.

La Aseguradora pone a disposición del Asegurado una lista con toda la documentación requerida, que deberá enviar junto con el Reclamo para ser procesado.

4.4 Registros médicos

Los Asegurados, por motivo del proceso de Reclamos, debe proporcionarle a la Aseguradora toda información médica que se requiera. Además, todos los Asegurados, deben autorizar a la Aseguradora a obtener todo registro o informe médico, documentación y/o acceso al paciente en caso que se determine necesario para concluir el proceso de Reclamos. En caso contrario, el Reclamo podría ser negado hasta que la información y autorizaciones necesarias sean recibidas.

SECCIÓN 5. INFORMACIÓN GENERAL

5.1 Coordinación de beneficios

Esta Póliza es un Seguro de viaje, no un Seguro de salud. Los beneficios provistos, tanto por razones médicas como de evacuación, serán en exceso a todos los otros Seguros o indemnizaciones válidas y cobrables y aplicarán sólo cuando se agoten esos otros beneficios. Por lo tanto, cuando el Asegurado tenga otra cobertura de Seguro, debe declararlo a la Aseguradora al someter un Reclamo. La cobertura bajo esta Póliza actuará como secundaria a cualquier otra Póliza o plan de Seguro de salud. La Aseguradora proporcionará beneficios después que los Reclamos hayan sido sometidos al plan de Seguro principal primero y solo cuando se hayan satisfecho los beneficios pagaderos bajo la Póliza principal.

La Aseguradora procesará una coordinación de los beneficios en la cual las cantidades pagadas por la otra compañía de Seguros serán aplicadas de acuerdo con los beneficios y limitaciones de esta Póliza. Cuando se esté presentando un Reclamo con coordinación de beneficios, se debe presentar la prueba de la cobertura del otro

Seguro, conjuntamente con una copia de los registros médicos, las facturas desglosadas, la Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) de la aseguradora primaria, así como prueba de los pagos realizados por la otra compañía de Seguros. La cantidad total de los pagos no deberá ser mayor a la cantidad total de los gastos incurridos; la Aseguradora no pagará ninguna cantidad reembolsada por la otra compañía de Seguros.

Si el Reclamo ha sido cubierto total o parcialmente por cualquier establecimiento privado o gubernamental, donde el Asegurado tenga derecho a recibir cuidados gratuitos, o en el caso de que una tercera persona sea responsable por los gastos médicos del Asegurado, sea por obligaciones contractuales o por responsabilidad civil privada, la Aseguradora no será responsable por la cantidad cubierta.

5.2 Moneda

Todo valor monetario que muestra esta Póliza es expresado en dólares de los Estados Unidos.

5.3 Cancelación de la Póliza

La Aseguradora, a su sola discreción, pudiera modificar, cancelar o rescindir esta Póliza, en los casos en los cuales el Asegurado somete un Reclamo o información que la Aseguradora considere fraudulenta. En caso de que ocurriera dicho fraude, el Asegurado será responsable y tendrá que reintegrar a la Aseguradora, a la primera solicitud, por cualquier pago realizado en relación al Reclamo en cuestión, ya sea que el pago haya sido realizado como reembolso al Asegurado o directamente a un Proveedor.

5.4 Emisión de la Póliza

Esta Póliza se considera emitida y entregada cuando el Asegurado recibe los documentos de Póliza electrónicamente del Distribuidor. El derecho a compensación tomará efecto cuando un Asegurado salga de su País de Residencia y cesará a su regreso.

La Aseguradora no solicita, vende ni acepta solicitudes para que se entregue o emita ninguna póliza de seguro a ninguna persona en ningún estado de los Estados Unidos o Canadá. Si se determina que la Póliza fue solicitada, vendida y/o entregada en los Estados Unidos, Canadá o cualquiera de sus territorios, deberá ser cancelada o rescindida.

No se puede realizar ningún cambio a esta Póliza o su Certificado de Cobertura a menos que sea aprobado por un funcionario de la Aseguradora. Un cambio solo será válido si se realiza mediante una Enmienda al plan emitido por la Aseguradora.

Ningún agente u otra persona puede cambiar esta Póliza o renunciar a cualquiera de sus disposiciones.

Las traducciones de esta Póliza a otros idiomas se ofrecen como cortesía para conveniencia del Asegurado. Sin embargo, la versión en inglés prevalecerá y será el contrato controlador en caso de cualquier duda o disputa en relación a cualquier estipulación de esta Póliza.

5.5 Expiración de la Póliza

Cuando la Póliza expira, una nueva Solicitud debe ser sometida para cobertura.

La responsabilidad de la Aseguradora cesará inmediatamente en la Fecha de Vencimiento del Certificado de Cobertura. Por lo tanto, la Aseguradora no será responsable por ningún tratamiento en curso o sus consecuencias.

Cualquier Reclamo por reembolso incurrido cuando el Asegurado todavía estaba cubierto por la Póliza debe ser remitido a la Aseguradora dentro de los ciento ochenta (180) días de la fecha de

servicio, o será negado. El reclamo deberá estar acompañado de toda la documentación que requiera la Aseguradora para ser procesado.

5.6 Fallecimiento de un Asegurado

Si un Asegurado fallece debido a una Enfermedad, Lesión o Accidente cubierto, su(s) Beneficiario(s) sobreviviente(s) debe proporcionar a la Aseguradora la siguiente información:

- A Una verificación de elegibilidad y estatus legal de Beneficiario;
- B Copia del certificado de defunción del Asegurado; y
- C Prueba de viaje.

La Aseguradora podrá solicitar documentación adicional para determinar si el Reclamo es compensable y los Beneficiarios del Asegurado.

5.7 Herramientas y recursos para el Asegurado

Los Asegurados tienen acceso a MyVUMI™, un portal en línea donde puede:

- A Imprimir documentos de Póliza incluyendo el Certificado de Cobertura y las tarjetas de membresía;
- B Someter Reclamos o notificaciones médicas; y
- C Contactar a VUMI®.



Los Asegurados tienen acceso al Portal del Asegurado MyVUMI™ a través de www.myvumiportal.com

5.8 Indemnización de responsabilidad

La Aseguradora no será responsable por la calidad de los servicios médicos prestados bajo esta Póliza. El Asegurado acuerda defender, indemnizar y eximir de responsabilidad a la Aseguradora por cualquier Reclamo, demanda, objeto y causa de acción, obligación, pérdida, daño y/o Lesión que resulte de Negligencia por parte de un Proveedor u Hospital.

La Aseguradora no será responsable de pagar un reembolso por gastos que se relacionen, deban o incurran como resultado de cualquier inconveniente legal entre el Asegurado y la agencia de viajes, operador turístico o proveedor de viajes, relacionado a contratos; negocio, empleo o trabajo del Asegurado; en materia de derecho de familia y derecho de sucesión; inconvenientes que surjan entre el Asegurado y la Aseguradora; casos que no surjan durante el viaje cubierto; cualquier disputa sobre responsabilidad que surja del uso de vehículos de motor, aeronaves, embarcaciones o cualquier maquinaria; compensaciones de facto, multas o cargos punitivos.

SECCIÓN 6. BENEFICIOS, ESTIPULACIONES Y EXCLUSIONES

6.1 Cobertura geográfica

El Asegurado está cubierto en cualquier lugar del mundo con libre elección de Proveedores, incluyendo Hospitales y Médicos.

El Asegurado no está cubierto:

- A Por cualquier tratamiento para una Lesión o Enfermedad en el País de Residencia del Asegurado, aun cuando la condición se haya originado en el extranjero;
- B En el País de Residencia del Asegurado y cualquier otro país sujeto a sanciones y embargos establecidos por los gobiernos de Estados Unidos de América, el Reino Unido, la Unión Europea, sus agencias gubernamentales y/o instrumentalidades.

6.2 Gastos médicos

El Asegurado está cubierto hasta un máximo de cinco millones de dólares (US\$5.000.000) Vitalicios para tratamientos médicos y otros servicios descritos y proporcionados por Médicos y especialistas certificados en caso de una Enfermedad, Lesión u Hospitalización cuando el Asegurado esté viajando en el extranjero.

Reducción de la cobertura máxima a los 70 años

Para Asegurados que tengan setenta (70) años de edad, y hasta los ochenta (80) años de edad, todos los beneficios médicos incluidos en esta Póliza tendrán un beneficio máximo de quinientos mil dólares (US\$500.000) por Asegurado, Vitalicios.

Terminación de la cobertura a los 80 años

El Asegurado deja de estar cubierto al finalizar el término de su Póliza después de haber cumplido los ochenta (80) años de edad.

El Asegurado no está cubierto para:

- A Cualquier gasto o Reclamo ocasionado por tratamientos, servicios o suministros prestados en países, por o para el beneficio de personas y/o compañías sujetas a sanciones económicas o políticas, restricciones comerciales y/o embargos establecidos por el gobierno de Estados Unidos, el Reino Unido, la Unión Europea o cualquiera de sus entidades o agencias de control de activos.
- B Cualquier porción de un gasto médico que exceda los costos Usuales, Acostumbrados y Razonables (UCR) o los montos negociados por la Aseguradora con Proveedores específicos. El beneficio estará sujeto a estas limitaciones aun cuando esté cubierto al cien por ciento (100%).
- C Cualquier admisión en un Hospital para recibir Servicios médicos Ambulatorios y el uso de una Habitación Hospitalaria Privada Estándar durante una Hospitalización, a menos que haya sido aprobado por la Aseguradora.
- D Gastos cubiertos por terceros:

- Servicios de salud que resulten de Lesiones corporales accidentales que surjan de un Accidente automovilístico, embarcación o avión;
- Cualquier otro tipo de Accidente en transporte público donde el Asegurado esté cubierto por cualquier tipo de Seguro, privado o público, sin importar si el Asegurado demanda a un tercero por responsabilidad; o
- Atención y tratamiento por cualquier Lesión, Enfermedad o condición por la cual el Asegurado recibe beneficios bajo cualquier ley de compensación para trabajadores, póliza de responsabilidad del empleador o cualquier póliza similar.
- E La participación de más de un (1) asistente médico, quirúrgico o instrumentista en una cirugía, a no ser que haya sido aprobado con antelación por la Aseguradora.

6.3 Equipo Médico Durable

El Asegurado está cubierto para Equipo Médico Durable al cien por ciento (100%) UCR:

- A Cuando sea Medicamente Necesario;
- B Siempre que el Asegurado presente la prescripción de un Médico o Proveedor licenciado que justifique que el mismo ofrece un beneficio terapéutico;
- C Esta cobertura debe ser coordinada y aprobada con antelación por la Aseguradora.
- D Este beneficio incluye, pero no está limitado a sillas de ruedas, bastones, muletas, respiradores, colchones de presión y andadores, siempre y cuando dicho equipo sea prescrito por un Médico y es habitualmente útil para un paciente para la Enfermedad o Lesión; y
- E La tarifa de alquiler admisible no debe ser superior al precio de compra.

El Asegurado no está cubierto para:

- A Cualquier gasto relacionado con la duplicación de funciones de dispositivos o Equipos Médicos indicados para un mismo propósito, así como el extravío de Equipo Médico Durable, su reparación o reemplazo;
- B Sillas de ruedas o camas accionadas por motor;
- C Dispositivos robóticos (protésicos o no);
- D Artículos de uso personal, tales como accesorios de teléfono o mesas de cama;
- E Artículos utilizados para modificar la calidad o temperatura del aire, tales como aires acondicionados, humidificadores, deshumidificadores y purificadores (limpiadores de aire);
- F Equipos desechables;
- G Bicicletas estáticas;
- H Lámparas de sol o calor; almohadillas térmicas;
- I Bidés, asientos de inodoro, asientos de bañera, baños de sauna;
- J Elevadores;

- K Baños de hidromasaje;
- L Equipos de ejercicio y/u otros artículos similares;
- M El costo de instrucciones para el uso o el cuidado de cualquier

dispositivo médico; o

- N Adaptaciones de Equipo Médico Durable a cualquier residencia o vehículo.

CONDICIONES PREEXISTENTES

6.4 Condiciones Preexistentes

El Asegurado está cubierto hasta un máximo de quinientos mil dólares (US\$500.000) para una Condición Preexistente que se ha mantenido estable durante los seis (6) meses antes de la salida del Asegurado de su País de Residencia y/o la Fecha de Efectividad de la Póliza. Esto aplica para cualquier beneficio de repatriación o evacuación médica, y repatriación de restos mortales y servicios de cremación. Para ser elegible para este beneficio, el Asegurado debe presentar toda la información requerida que demuestren que la Condición Preexistente ha estado estable por los seis (6) meses previos al viaje, no ha presentado ningún síntoma y no ha habido cambios en los Medicamentos.

El Asegurado no está cubierto si aplica una o más de las siguientes condiciones:

- A Gastos de tratamientos de seguimiento o Medicamentos relacionados con la estabilización de una Condición Preexistente en el País de Residencia del Asegurado o en el exterior;
- B Cualquier tratamiento que haya sido prescrito para ser comenzado o completado antes de la fecha de salida del viaje;
- C Cualquier Condición Preexistente que haya estado inestable o haya tenido algún cambio en el tratamiento durante los seis (6) meses previos a la salida del Asegurado de su País de Residencia y/o la Fecha de Efectividad de la Póliza;
- D Cualquier Enfermedad, Lesión o consecuencia de una Condición Preexistente que haya surgido antes del viaje al extranjero;
- E Gastos para el tratamiento de Condiciones Preexistentes si el Asegurado:
 - Estuvo Hospitalizado en cualquier momento dentro de un período de seis (6) meses antes de su salida de su País de Residencia;
 - Ha sido tratado por un Médico por cualquier cosa que no sea un Chequeo de Rutina en cualquier momento dentro de un período de seis (6) meses antes de su salida de su País de Residencia;
 - Ha tenido un cambio de Medicamentos por Prescripción en cualquier momento dentro de un período de seis (6) meses antes de su salida de su País de Residencia;
 - No ha recibido o ha rechazado tratamiento médico para la Condición Preexistente cuando sabía que el tratamiento era necesario, que la condición había deteriorado o que la condición había llegado a un estado donde cualquier intento adicional de tratamiento sería infructuoso;
 - Está a la espera de recibir tratamiento o ha sido referido a

otro Médico para la continuidad del tratamiento; o

- Ha omitido asistir a los Chequeos de Rutina.

- F Cualquier causa, complicación y tratamiento relacionado con cualquier condición individual excluida en esta Póliza;
- G Tratamientos de rutina para Condiciones Preexistentes, condiciones terminales y cáncer:
 - Cualquier Medicamento por Prescripción o tratamiento médico que sea parte regular, programada o prevista del tratamiento continuo de una Condición Preexistente;
 - Cualquier Enfermedad o Lesión que resulte de Medicamentos o tratamientos de una Condición Preexistente si el Medicamento o tratamiento tiene efectos secundarios que causen o contribuyan a Enfermedades inesperadas incluyendo, pero no limitado a cambios repentinos en la presión arterial, fatiga, síncope (desmayo), vértigo, sangrado interno y derrame;
 - Cualquier tratamiento para una Enfermedad o Lesión relacionada a un cáncer; una condición terminal o sus complicaciones, aun cuando el Asegurado haya recibido permiso para viajar; y
 - Cualquier tratamiento relacionado con oncología, ya sea conocido o desconocido antes de adquirir la Póliza.
- H Exámenes de rutina:
 - Cualquier Examen Rutinario realizado como parte de un estudio preventivo;
 - Chequeos médicos Preventivos incluyendo cualquier tratamiento preventivo;
 - Exámenes Rutinarios del oído y de los ojos, implantes cocleares o cualquier otro implante quirúrgico para la audición, espejuelos, lentes de contacto, procedimientos para corregir desórdenes de la refracción visual incluyendo queratotomía radial;
 - Tratamientos profilácticos incluyendo vacunas; y
 - La emisión de certificados médicos y/o exámenes para el trabajo o para viajar:
- I Cualquier Enfermedad, Lesión o Accidente que existía, mostró síntomas, o fue diagnosticada en el (los) período(s) anterior(es) de la Póliza no estará cubierta en el período de extensión de cobertura.

La responsabilidad de la Aseguradora en relación con la cobertura, incluyendo la responsabilidad de reembolso de gastos médicos por tratamientos en curso, secuelas o daños emergentes relacionados con una Lesión o Enfermedad padecida o tratada durante el período de efectividad de la Póliza cesará automáticamente al vencimiento,

cancelación o terminación de la cobertura.

En consecuencia, al vencimiento, cancelación o terminación de la cobertura, cesará el derecho del Asegurado a reclamar el reembolso.

Las solicitudes de reembolso o Reclamos de gastos médicos incurridos durante el período de efectividad de la Póliza deben presentarse dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes de la fecha de servicio para tener derecho a reembolso.

MATERNIDAD Y SALUD SEXUAL

6.5 Complicaciones de Maternidad

El Asegurado está cubierto para cualquier Enfermedad o complicación inesperada y repentina relacionada a un embarazo hasta un máximo de diez mil dólares (US\$10.000) hasta la semana veinte (20) de embarazo para embarazos normales, y hasta la semana doce (12) para embarazos múltiples o embarazos que resulten de tratamientos de fertilidad. Embarazos hasta la semana treinta y seis (36) serán considerados una Condición Preexistente.

El Asegurado no está cubierto para:

- A Gastos de tratamientos de seguimiento o Medicamentos relacionados con la estabilización de una Condición Preexistente relacionada con la maternidad, o cualquier tratamiento que haya sido prescrito antes de la fecha de salida del viaje;
- B Cualquier terminación voluntaria de un embarazo (legal o ilegal), a menos que haya sido indicado porque la vida de la madre haya estado en peligro inminente;
- C Cualquier gasto médico relacionado con una maternidad en la semana veintiuno (21) del embarazo o después para embarazos normales o, en la semana trece (13) o después para embarazos resultantes de un tratamiento de fertilidad o en el cual la Asegurada espere más de un (1) bebé;
- D Cualquier chequeo de rutina de la maternidad;
- E Esterilización, tratamientos de fertilización y reasignación sexual:
 - Cualquier porción de un gasto médico incurrido en

la esterilización masculina o femenina, reversión de la esterilización;

- Control de la natalidad;
- Tratamientos de infertilidad, inseminación artificial, fertilización in vitro (a menos que esté expresamente cubierta por el plan), condiciones sufridas por la madre o el Recién Nacido como resultado de cualquier tipo de tratamiento de fertilización;
- Pruebas genéticas para determinar la paternidad o el sexo de un niño;
- Desordenes relacionados con el Virus del Papiloma Humano (VPH), Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), herpes genital y cualquier otra Enfermedad de transmisión sexual y sus complicaciones;
- Tratamientos o prótesis para mejorar o restaurar la potencia u otras deficiencias sexuales, aun cuando las mismas sean secundarias a una condición cubierta por esta Póliza; prótesis testicular; prótesis de pene, excepto cuando sea necesaria para el tratamiento de impotencias orgánicas resultantes de una condición médica;
- Servicios de reasignación, reproducción o modificación sexual, incluyendo la terapia hormonal, cirugía intersexual, tratamientos para desviaciones y trastornos sexuales;
- Disfunciones psicosexuales.

MEDICAMENTOS

6.6 Medicamentos por Prescripción

El Asegurado está cubierto al cien por ciento (100%) UCR para el tratamiento de alguna Lesión o Enfermedad cubierta por esta Póliza y que se haya manifestado durante un viaje al extranjero. Se debe enviar, junto con el Reclamo, una copia de la prescripción escrita por el Médico.

Medicamentos altamente especializados

- A Indicados para usos específicos estarán cubiertos dentro de los límites del beneficio correspondiente indicados en la Tabla de Beneficios, siempre y cuando sean coordinados y pre aprobados por la Aseguradora;
- B Incluyen, pero no están limitados a interferón beta-1a, interferón pegilado alfa2a, interferón beta-1b, etanercept, adalimumab, bevacizumab, ciclosporina A, azatioprina y rituximab.

La Aseguradora coordinará con sus Proveedores la entrega de dichos Medicamentos directamente al Asegurado. El Asegurado debe aceptar las condiciones de la Aseguradora para el suministro de dichos Medicamentos especializados, ya sea recibiendo el tratamiento con un Proveedor específico designado por la Aseguradora, o de acuerdo a la forma de entrega disponible. La Aseguradora proveerá el medicamento genérico como primera opción si está disponible.

El Asegurado no está cubierto para:

- A Medicamentos, dentro o fuera de una Hospitalización, que no se reconozcan científica o médicamente para un diagnóstico específico o que se consideren como uso fuera de etiqueta o Experimental;
- B El uso de combinaciones que generalmente no sean aceptadas por la comunidad científica, incluso cuando un Médico en particular lo prescriba;

- C Medicamentos sin receta y/o los no aprobados para el tratamiento de la condición específica del Asegurado por la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés);
- D Medicamentos por Prescripción que estén aprobados por la FDA para la condición específica del Asegurado, pero que son parte de un tratamiento Experimental;
- E Cualquier Medicamento que pueda ser adquirido sin prescripción

médica incluyendo, pero no limitado a suplementos alimenticios a consecuencia de intolerancias digestivas, inhibidores del apetito, vitaminas o Medicamentos o productos de antienviejecimiento o para el crecimiento del cabello, y

- F Tratamientos con hormonas para el crecimiento o estimuladores del crecimiento óseo, o cualquier tratamiento relacionado con la hormona de crecimiento, sin importar la razón por la cual haya sido prescrito.

ATENCIÓN Y TRATAMIENTOS MÉDICOS

6.7 Visitas ambulatorias a Médicos y especialistas

El Asegurado está cubierto al cien por ciento (100%) UCR para gastos médicos incurridos por el Asegurado en caso de Enfermedades o Lesiones agudas imprevistas durante un viaje al extranjero.

El Asegurado no está cubierto para:

- A Servicios para exámenes físicos de rutina, incluyendo servicios diagnósticos relacionados;
- B Cualquier visita a un Proveedor médico que no resulte en un evento cubierto o un código de diagnóstico después de revisión o prueba médica;
- C Cargos por servicios médicos prestados por un familiar inmediato o un miembro del hogar del Asegurado, aun cuando la factura o el reclamo haya sido presentado por otra persona o entidad como una sociedad o corporación profesional. Esta exclusión también impide que un Asegurado que también sea médico se trate a sí mismo(a) y presente reclamos para dicha cobertura:
 - A los efectos de esta exclusión, familiar inmediato significa cualquiera de los siguientes: esposo o esposa; padre, hijos o hermanos biológicos o adoptivos; padrastros, hijastros, hermanastros; suegros, yernos, nueras o cuñados; abuelos o nietos; cónyuges del abuelo o nieto.
 - La Aseguradora se reserva el derecho de autorizar el tratamiento brindado por el familiar o el uso de las instalaciones del Proveedor.
- D Cualquier servicio, tratamiento, Lesión o Enfermedad, o los gastos relacionados con servicios o suministros que:
 - No sean Medicamento Necesarios o sean proporcionados a un Asegurado que no esté bajo el cuidado de un Médico o profesional médico legalmente acreditado en la Región o país en la que practique; o
 - No han sido prescritos por un Médico o profesional médico certificado; o
 - No están directamente relacionados con una condición cubierta por esta Póliza; o
 - Están considerados un cuidado homeopático o alternativo; o
 - No están científicamente reconocidos; o
 - Están todavía en la fase Investigativa o de ensayo clínico, así como aquellos que no hayan sido aprobados por la FDA.

- E Cualquier Lesión, Enfermedad o muerte que resulte por el uso de un arma de fuego, aun cuando la posesión del arma haya sido permitida y su uso justificado, según las autoridades;

- F Tratamiento médico continuo o que no sea de Emergencia:
 - Cualquier tratamiento médico continuo, recurrente, examen y/o complicación de una condición médica o condición relacionada con un tratamiento de Emergencia proporcionado durante un viaje si el equipo médico de la Aseguradora determina que el Asegurado estaba médicamente apto para haber regresado o pudo haber esperado hasta su regreso programado a su País de Residencia para dicho tratamiento, pero decidió no hacerlo;
 - Cualquier tratamiento o cirugía que, a juicio del/los Médico(s) tratante(s) y del equipo médico de la Aseguradora, pueda ser retrasado hasta que el Asegurado regrese a su País de Residencia;
 - Cualquier costo que surja después de la Fecha de Vencimiento del período actual de la Póliza.
- G Cualquier tipo de cirugías cosméticas electivas o tratamientos cuyos propósitos principales sean estéticos, incluyendo:
 - Cualquier tratamiento por deformidades nasales o del tabique;
 - Complicaciones que resulten de servicios no cubiertos, así como el diagnóstico o tratamiento de cualquier condición que surja como una complicación de un servicio no cubierto incluyendo, pero no limitado a los servicios prestados con fines cosméticos incluyendo el trasplante de cabello y tratamiento para la alopecia;
 - Piercing en la oreja o cualquier otra parte del cuerpo, reducciones e implantes mamarios.
- H Equipos de riñón artificial portátiles o de uso doméstico;
- I Cualquier gasto por tratamiento o procedimiento relacionado con trasplantes de órganos humanos, animales o artificiales, incluyendo:
 - Cualquier costo por obtener un órgano y/o un donador;
 - La crio preservación o el almacenaje de médula ósea, tejidos y células madres o sangre del cordón umbilical por más de veinticuatro (24) horas.
- J Lesiones o Enfermedades causadas por radiación:

- El tratamiento de Lesiones o Enfermedades causadas por cualquier pérdida que surja de radiación ionizante o polución o contaminación por radioactividad de cualquier residuo nuclear de la combustión de combustible nuclear y de propiedad radioactiva, explosiva o tóxica u otro componente peligroso;
- Recibir terapia de rayos-X o radioterapia sin prescripción o supervisión médica.
- ✎ Cualquier tratamiento, gasto o servicio para prevenir la obesidad o para el control del peso, ya sea pérdida o aumento de peso, y cualquier alteración del tamaño corporal, incluyendo cualquier tipo de suplemento alimenticio;
- ✎ Cuidados rutinarios de los pies, así como cualquier servicio o suministro relacionado con el cuidado de los pies incluyendo, pero no limitado al tratamiento de juanetes, pies planos, arcos débiles y tensión crónica del pie; eliminación de verrugas, callos o callosidades; zapatos especiales; pedicuras o cortes de uñas; e inserciones ortopédicas de cualquier tipo o forma;
- ✎ Cualquier Enfermedad, Lesión o complicación debido a oponerse o no cumplir con las órdenes médicas indicadas por el equipo médico de la Aseguradora o el Médico tratante, incluyendo instrucciones de evacuación o repatriación médica. En caso de cualquier disputa entre la Aseguradora y el Médico tratante, la recomendación de la Aseguradora prevalecerá.
- ✎ Cualquier tratamiento psicológico, a menos que haya sido prescrito por el Médico tratante en relación a asistencia de Emergencia;
- Servicios para trastornos mentales y nerviosos, trastornos del desarrollo neurológico y Medicamentos por Prescripción relacionados, excepto si se requieren para tratar una complicación de una condición cubierta, según está definido en los términos y condiciones de esta Póliza;
- ✎ Tratamientos en centros de salud mental o instituciones psiquiátricas, hogares de ancianos, centros de vivienda asistida, centros de convalecencia u hospicios, Centros de Cuidados a Largo Plazo o asistencia prolongada, hidro clínicas, spas de salud y membresías de gimnasios;
- ✎ Cualquier gasto relacionado con (incluyendo cualquier Medicamento por Prescripción recetado para el tratamiento asociado con) terapia recreacional o educacional, asesoramiento sobre relaciones matrimoniales, servicios de agencias de adopción, consejería pastoral, consejería familiar, social, ocupacional, religiosa u otra inadaptación social, trastornos crónicos de comportamiento,

codependencia, trastornos de control de impulsos, trastornos orgánicos, dificultades de aprendizaje, síndromes hiperkinéticos;

- ✎ Cuidados de Custodia o de asistencia en rutinas domésticas o de aseo personal, cualquier otro servicio personal ofrecido para la comodidad incluyendo, pero no limitado a servicios de belleza y peluquería, radio y televisión, comidas y alojamiento de huéspedes, cargos telefónicos, suministros para llevar a casa, masajes y gastos de viaje, que no sean servicios de transportación de Emergencia Médicamente Necesarios que se proporcionan específicamente en esta Póliza.

6.8 Tratamientos por fisioterapeutas y quiroprácticos

El Asegurado está cubierto solo para visitas que ocurran cuando esté de viaje fuera de su País de Residencia, hasta un máximo de dos mil quinientos dólares (US\$2.500) por Asegurado, siempre y cuando el tratamiento haya sido prescrito por un fisioterapeuta o quiropráctico certificado y resulte de una condición cubierta por esta Póliza. Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con antelación por la Aseguradora.

6.9 Tratamiento dental de Emergencia

El Asegurado está cubierto hasta un máximo de quinientos dólares (US\$500) por Asegurado para tratamiento dental provisional, alivio del dolor o Medicamento en caso de una Lesión, infección o pérdida de un empaste o diente roto que requiera tratamiento inmediato por un dentista autorizado.

Este beneficio está limitado a la Necesidad Médica para el alivio del dolor de dientes naturales sanos que han sido dañados durante un viaje al extranjero.

El Asegurado no está cubierto para:

- ✎ Cualquier tratamiento que pueda esperar a la llegada del Asegurado a su País de Residencia;
- ✎ Cualquier tratamiento dental o de ortodoncia incluyendo, pero no limitado a dentaduras postizas, anomalías del maxilar superior, desórdenes de la mandíbula o la articulación mandibular incluyendo, pero no limitado a anomalías y malformaciones de la misma, el Síndrome de la Articulación Temporomandibular, los desórdenes cráneo mandibulares o cualquier otra condición de la mandíbula o de las articulaciones que unen a la misma con el cráneo y todo el conjunto muscular y nervioso que la componen, así como otros tejidos que estén vinculados con dichas articulaciones.

GASTOS DE EVACUACIÓN Y REPATRIACIÓN

6.10 Beneficios de evacuación médica

Transportación de Emergencia por Ambulancia Aérea

El Asegurado está cubierto para transporte de Emergencia por Ambulancia Aérea al cien por ciento (100%) UCR, estrictamente para casos de Emergencia.

El Asegurado no está cubierto:

- A Si el transporte por Ambulancia Aérea solo puede ser conveniente o recomendado, pero que no califica como Emergencia, tal como se define en esta Póliza;
- B Cuando no sea ingresado en un Hospital para recibir tratamiento;
- C Cuando los costos de la evacuación no hayan sido preaprobados por la Aseguradora;
- D Para cualquier Enfermedad, Lesión o complicación por oponerse o incumplir las instrucciones de evacuación médica o repatriación.

Los siguientes requisitos serán indispensables para la aprobación de este beneficio:

- A El tratamiento de Emergencia requerido es para una condición o Accidente cubierto por la Póliza;
- B La vida del Asegurado está en peligro de muerte o de pérdida de alguna de sus extremidades;
- C El tratamiento requerido no puede brindársele o no está disponible de alguna manera en el área o lugar donde se encuentre el Asegurado;
- D Dicho transporte sea provisto por una entidad licenciada para esos propósitos, con personal y equipos calificados;
- E El transporte se autorizará hasta el Hospital más cercano donde el Asegurado pueda recibir tratamiento por entidades calificadas; y
- F El transporte por Ambulancia Aérea debe ser preautorizado y coordinado con antelación por la Aseguradora.

Transportación de Emergencia por Ambulancia Terrestre

El Asegurado está cubierto para transporte de Emergencia por Ambulancia Terrestre al cien por ciento (100%) UCR, limitado a un (1) transporte en conexión con un (1) evento cubierto, siempre y cuando sea coordinado y aprobado con antelación por la Aseguradora.

Este beneficio incluye:

- A Gastos razonables para evacuar o repatriar a un Asegurado a su País de Residencia en caso de Enfermedad, Lesión o Accidente Serio;
- B Hasta un máximo de quinientos dólares (US\$500) para el transporte de Equipaje en caso que el Equipaje del Asegurado deba ser enviado por separado;
- C Gastos de viaje para la repatriación de hasta un (1) pariente

convocado o compañero de viaje al cien por ciento (100%), hasta un máximo del costo de un boleto de avión en clase económica básica.

La Aseguradora se reserva el derecho de determinar si el Asegurado debe ser repatriado y está médicamente apto para ser transferido a su País de Residencia. El Asegurado, al aceptar estos servicios, acuerda exonerar a la Aseguradora y a cualquier otra de sus compañías afiliadas por cualquier Negligencia resultante de dichos servicios de transporte, así como por demoras o restricciones causadas por problemas mecánicos o por restricciones gubernamentales, así como por errores, omisiones o Negligencias por parte del piloto, chofer o la tripulación, o debido a condiciones operacionales, atmosféricas, de fuerza mayor o cualquier otra condición adversa.

El Asegurado no está cubierto:

- A Cuando no sea ingresado en un Hospital para recibir tratamiento;
- B Cuando los costos de la evacuación no hayan sido preaprobados por la Aseguradora;
- C Para cualquier tratamiento durante viajes hechos específicamente con el propósito de recibir tratamientos médicos, o cualquier cobertura relacionada con un viaje para la mudanza a un nuevo país; y
- D Por cualquier transporte que no sea preaprobado y coordinado con antelación por la Aseguradora.

6.11 Repatriación de restos mortales y servicios de cremación

En caso de fallecimiento, **el Asegurado está cubierto** al cien por ciento (100%) UCR, incluyendo:

- A Gastos para transportar los restos de un Asegurado fallecido a su País de Residencia;
- B Arreglos legales como embalsamamiento, un ataúd de zinc o el proceso de cremación de los restos, según los requisitos de las autoridades pertinentes;
- C Hasta un máximo de quinientos dólares (US\$500) para el transporte de Equipaje en caso que el Equipaje del Asegurado fallecido deba ser enviado por separado; y
- D Gastos de viaje para la repatriación de un (1) pariente convocado o compañero de viaje al cien por ciento (100%), hasta un máximo del costo de un boleto de avión en clase económica básica.

Este beneficio cubrirá casos de fallecimiento debido a una Condición Preexistente, siempre y cuando la condición se haya mantenido estable durante los seis (6) meses antes de la salida del Asegurado de su País de Residencia, de acuerdo a lo estipulado en la sección 6.4 de esta Póliza.

El Asegurado no está cubierto para el transporte de los restos por Ambulancia Aérea o cualquier transporte privado.

Este beneficio debe ser preautorizado y coordinado por la Aseguradora.

6.12 Alojamiento después de una Enfermedad grave, Lesión o Accidente Serio

El Asegurado está cubierto para alojamiento debido a una Enfermedad, Lesión o Accidente Serio que no le permitan continuar con su itinerario de viaje:

- A Hasta trescientos dólares (US\$300) por día, hasta un máximo de seis mil dólares (US\$6.000) por evento cubierto; y
- B Gastos razonables de alojamiento (pernoctación), comidas y transporte, limitado a alojamiento únicamente después de una Hospitalización cubierta, hasta que el Asegurado pueda viajar de regreso a su País de Residencia, y siempre y cuando el médico tratante haya indicado que el Asegurado no puede viajar inmediatamente después de haber sido dado de alta.

Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con antelación por la Aseguradora.

6.13 Visita compasiva de Emergencia a un Asegurado

El Asegurado está cubierto al cien por ciento (100%) para gastos de viaje razonables para un (1) pariente convocado en el País de Residencia del Asegurado o para un compañero de viaje en caso que el Asegurado sufra una Enfermedad, Lesión, Accidente Serio, evacuación o repatriación médica o fallecimiento:

- A Este beneficio proveerá cobertura durante una Hospitalización del Asegurado, únicamente si el Asegurado debe permanecer en el Hospital por un mínimo de cinco (5) noches, o si la Aseguradora determina que la condición es potencialmente mortal;
- B Este beneficio está limitado a un (1) evento cubierto;
- C El boleto de la aerolínea debe ser en clase económica básica;
- D Gastos de alojamiento, de ser necesario, serán cubiertos a discreción de la Aseguradora;
- E Este beneficio debe ser coordinado y aprobado con antelación por la Aseguradora.

6.14 Repatriación compasiva de Emergencia de un Asegurado

El Asegurado está cubierto al cien por ciento (100%):

- A Para gastos de viaje razonables equivalentes al costo de un boleto de avión de regreso en clase económica básica, hasta un máximo de dos mil dólares (US\$2.000), si el Asegurado tiene que interrumpir su viaje al extranjero debido a que un Pariente Cercano es Hospitalizado como resultado de una Enfermedad, Lesión o Accidente Serio, o fallece después de la fecha de salida del Asegurado de su País de Residencia.
- B Cobertura para gastos de viaje de hasta un (1) compañero de

viaje que acompañe al Asegurado;

- C Esta cobertura está limitada a un (1) evento cubierto, siempre y cuando el Pariente Cercano no sea un compañero de viaje que ya haya sido repatriado, y que la hora de llegada del Asegurado sea por lo menos doce (12) horas antes del regreso en su itinerario original;
- D En caso de fallecimiento, un certificado de defunción debe ser enviado a la Aseguradora;
- E Si el País de Residencia del Asegurado no es el mismo país que el del Pariente Cercano, este beneficio cubrirá gastos de viaje adicionales razonables para el regreso del Asegurado a su País de Residencia.

6.15 Viaje de regreso

El Asegurado está cubierto al cien por ciento (100%) para gastos de viaje razonables en clase económica básica para el regreso del Asegurado a su destino en el extranjero si ha sido médicamente evacuado o repatriado debido a una Enfermedad, Lesión o Accidente Serio, o después de una repatriación compasiva de Emergencia:

- A El destino del viaje de regreso debe ser el lugar donde el Asegurado hubiera estado de acuerdo con su itinerario de viaje original;
- B El viaje de regreso debe ser programado para más tardar cuatro (4) semanas después del evento cubierto;
- C Esta Póliza debe estar activa en el momento del viaje de regreso.

6.16 Evacuación no médica

El Asegurado está cubierto al cien por ciento (100%) para la evacuación del Asegurado en caso de:

- A Un desastre climático o natural - siempre y cuando sea validada por la Oficina Nacional de Administración Oceánica y Atmosférica (NOAA, por sus siglas en inglés);
- B Epidemia o Pandemia declarada - siempre y cuando sea validada por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) o la Organización Mundial de la Salud (OMS);
- C Guerra, conmoción civil, acto terrorista, ley marcial, revolución u otras circunstancias similares.

Si el Asegurado es detenido por las autoridades locales debido a guerra o guerra inminente, este beneficio cubrirá gastos adicionales razonables para alojamiento, comidas y transporte local necesarios por hasta un máximo de tres (3) meses. El Asegurado acuerda exonerar a la Aseguradora y a cualquiera de sus compañías afiliadas por la manera en que dicho transporte pueda ser llevado a cabo.

Este beneficio estará cubierto siempre y cuando:

- A Las autoridades locales recomienden la evacuación; y
- B La situación haya surgido después que el Asegurado haya salido de su País de Residencia a la Región afectada, y la situación que

provocó la evacuación no pudo haber sido prevista antes de la salida del País de Residencia del Asegurado. La situación debe haber sido anunciada o declarada por el Departamento de Estado de los Estados Unidos o el Ministerio de Relaciones Exteriores del Reino Unido y validada por el organismo correspondiente.

En todos los casos, la Aseguradora se reserva el derecho de evaluar la validez del Reclamo y sus decisiones serán inapelables.

El Asegurado no está cubierto para:

- A Gastos, servicios, tratamientos, causas y complicaciones relacionados con el tratamiento de Lesiones que resulten cuando el Asegurado:
 - Es miembro activo del cuerpo de policía, servicios de búsqueda y rescate, o del ejército o fuerza militar de cualquier país;
 - Está directa o indirectamente participando en una guerra o conflicto militar; insurrección, golpe de estado civil o militar; hostilidad, guerra civil, disturbio, rebelión, ley marcial, acto de

terrorismo o cualquier actividad ilegal, incluyendo el posible arresto y encarcelamiento que resulte de la misma, excepto para los casos en que el Asegurado es un simple espectador o civil inocente de cualquiera de estas acciones.

- B Cualquier tratamiento médico sujeto a la gestión de las autoridades públicas, incluyendo tratamientos y servicios relacionados con Enfermedades infecciosas declaradas como Epidemia o Emergencia pública por la Organización Mundial de la Salud (OMS), los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), o cualquier otro gobierno, agencia gubernamental u organismo rector del país donde se produjo la Epidemia;
- C Si el Departamento de Estado u oficina similar, la(s) Embajada(s) del país(es) afectado(s), la aerolínea u otra agencia gubernamental ha emitido una advertencia oficial contra viajes a la zona o región antes de viajar al país afectado, excepto cuando la exposición ocurra accidentalmente o sin saberlo mientras viaja hacia o desde áreas no declaradas en riesgo.

ACTIVIDADES Y DEPORTES NO PROFESIONALES

6.17 Lesiones al practicar actividades o deportes no profesionales

El Asegurado está cubierto para:

- A Gastos médicos que resulten de Accidentes causados por la práctica de actividades o deportes amateurs, no profesionales, incluyendo deportes de invierno, hasta un máximo de quinientos mil dólares (US\$500.000) por Asegurado;
- B Tratamiento de Lesiones que resulten de Accidentes causados por la práctica de deportes de motor no profesionales, incluyendo motocicletas, ciclomotores, monopatines, vehículos todo terreno (ATVs, por sus siglas en inglés), cualquier vehículo de motor de dos o tres ruedas, motos acuáticas u otros deportes acuáticos, hasta un máximo de cien mil dólares (US\$100.000) por Asegurado.

El Asegurado no está cubierto para:

- A Cualquier tratamiento de Lesiones o Enfermedades sufridas por el Asegurado cuando esté participando en cualquier actividad deportiva profesional cuando el Asegurado reciba cualquier tipo de compensación o patrocinio;

- B Cualquier tratamiento de Lesiones o Enfermedades relacionadas a la participación del Asegurado en:
 - Cualquier espectáculo deportivo, carrera o competencia deportiva profesional, incluyendo cualquier entrenamiento; saltos base, parapente, volar en cualquier aeronave como piloto;
 - Submarinismo por debajo de los veinte (20) metros;
 - Alpinismo o senderismo que requiera de equipo especializado o que ocurra por encima de once mil quinientos (11.500) pies o tres mil quinientos (3.500) metros;
 - Navegar u operar embarcaciones fuera de aguas territoriales;
 - Cualquier expedición al Monte Everest, K2, Kilimanjaro, el Ártico, Antártica, el Polo Norte y Groenlandia; o
 - Cualquier actividad adicional que la Aseguradora pueda considerar un deporte peligroso.
- C Si el Asegurado no sigue las instrucciones y pautas específicas del operador turístico o del lugar donde esté participando en la actividad y no usa el equipo de seguridad recomendado, requerido y apropiado durante todo el tiempo que practique la actividad.

ANEXO DE BENEFICIOS NO MÉDICOS

(Los beneficios a continuación solo están disponibles si el Asegurado eligió adquirir el Anexo al comprar la Póliza del Distribuidor)

ACCIDENTE PERSONAL

Muerte accidental, desmembramiento y discapacidad total permanente

Sujeto a los límites establecidos en la Tabla de Beneficios y a las condiciones y restricciones contenidas en esta Póliza, la Aseguradora pagará lo siguiente según el beneficio de Muerte Accidental y Desmembramiento del Anexo opcional de Beneficios No Médicos, si el Asegurado lo elige, y está sujeto al pago de la prima y las restricciones que se describen a continuación.

El Asegurado está cubierto hasta un máximo de cien mil dólares (US\$100.000) por Póliza:

- A** Siempre y cuando la discapacidad del Asegurado ocurra dentro de treinta (30) días después del evento;
- B** Solo cuando la muerte, el desmembramiento o la discapacidad permanente están directamente relacionados con un incidente que ocurrió mientras viajaba en un transporte público; y
- C** Limitada a un (1) evento cubierto.

En caso de muerte Accidental, la compensación será pagada de la siguiente manera:

- A** Cien por ciento (100%) de la cantidad cubierta cuando la muerte del Asegurado ocurra dentro de un (1) año después del Accidente.
- B** Si el Asegurado es menor de dieciocho (18) años de edad, la compensación será limitada a un máximo de tres mil dólares (US\$3.000).
- C** Si el Asegurado es mayor de setenta (70) años de edad, la compensación en caso de muerte o discapacidad será pagada al cincuenta por ciento (50%) de la cantidad cubierta.
- D** En caso de fallecimiento como consecuencia un Accidente por el cual se haya pagado cualquier beneficio de discapacidad, el beneficio está limitado a la cantidad que exceda cualquier pago ya realizado por la Aseguradora.

A menos que el Asegurado haya designado a un Beneficiario, la Aseguradora pagará cualquier beneficio de fallecimiento de acuerdo a lo dispuesto por la ley sobre sucesiones en el País de Residencia del Asegurado.

El Beneficiario debe completar un Formulario de Reclamos con los siguientes documentos:

- A** Verificación de elegibilidad y estatus legal de Beneficiario;
- B** Copia del certificado de defunción del Asegurado; y
- C** Prueba de viaje y cualquier otra documentación que la Aseguradora requiera.

La Aseguradora se reserva el derecho de solicitar información adicional para poder procesar el Reclamo.

En caso de pérdida de un miembro, extremidad, vista o discapacidad total permanente, la compensación será pagada siempre y cuando el Accidente que causó dicha discapacidad ocurrió dentro de treinta (30) días del Accidente. El beneficio se pagará de la siguiente manera:

EVENTO	PORCENTAJE
Pérdida de un miembro	50% de la cantidad cubierta
Se definirá como la pérdida por separación o la pérdida irrecuperable del uso de una mano en o por encima de la muñeca o pie en o por encima del tobillo.	
Pérdida de una extremidad	10% de la cantidad cubierta
Se definirá como la separación física permanente o la pérdida irrecuperable del uso o parte de un dedo, oreja, nariz u órgano genital o parte del mismo.	
Pérdida de la vista en un (1) ojo	25% de la cantidad cubierta
Pérdida de la vista en ambos ojos	50% de la cantidad cubierta
La pérdida de la vista se definirá como la pérdida de la visión en uno o ambos ojos la cual debe ser determinada como total e irrecuperable por un oftalmólogo licenciado y después de haber sido certificada por la Aseguradora.	
Discapacidad total permanente	100% de la cantidad cubierta

Será definida como la incapacidad que continuamente impida al Asegurado realizar cada aspecto de su ocupación habitual por un período de doce (12) meses calendario consecutivos, y sea diagnosticada por dos (2) Médicos licenciados aprobados por la Aseguradora sin tener esperanza de mejoría. Si el Asegurado no tiene una ocupación profesional, la discapacidad debe limitar y evitar que el Asegurado desempeñe sus tareas normales.

El Asegurado no está cubierto para:

- A** Cualquier Accidente causado por una Enfermedad o una Condición Preexistente;
- B** Cualquier consecuencia de un tratamiento que no era Médicamente Necesario después de un Accidente;
- C** Cualquier Enfermedad o Condición Preexistente, aun cuando la condición persista o sea agravada como resultado de un Accidente;
- D** Cualquier consecuencia agravada por un Accidente debido a

una Condición Preexistente o cualquier Enfermedad imprevista contraída después del Accidente;

- E** Abuso de sustancias, Enfermedad o Lesión autoinfligida o actos criminales:
 - Enfermedades o Lesiones auto infligidas, ya sea que la persona esté cuerda o demente; suicidio; suicidio fallido; condiciones adictivas de cualquier tipo; cualquier Enfermedad o Lesión relacionada con el alcoholismo o el abuso de alcohol (cuando se considere que el nivel de alcohol en la sangre del Asegurado supere el límite legal del lugar donde ocurrió el incidente), tratamiento de cualquier Lesión causada, contribuida o resultante del uso o abuso de drogas; uso de Sustancias Ilícitas o uso ilícito de sustancias controladas o cualquier droga o Medicamento que no se tome en la dosis o para el propósito prescrito por el médico del Asegurado;
 - Encuentros con animales salvajes en cualquier circunstancia;
 - Participar en peleas, incluyendo en las que participen miembros de la familia del Asegurado, a no ser que estén actuando legítimamente en defensa propia, según lo determine un tribunal de justicia; Lesiones y/o Enfermedades que resulten o surjan de, o que ocurran durante el intento o la comisión de un delito o cuando el Asegurado viole la ley; así como cualquier incidente o Accidente que resulte o esté relacionado con cualquiera de los criterios anteriormente mencionados. Los servicios, el tratamiento y la atención

estarán excluidos independientemente de que el Asegurado sea o no acusado o condenado por algún delito.

En caso de Accidente, el Asegurado debe aceptar recibir el tratamiento médico apropiado y cumplir con las instrucciones del Médico. La Aseguradora se reserva el derecho de solicitar una segunda opinión médica, someter al Asegurado al tratamiento elegido por un Médico de su elección y, en caso de fallecimiento, requerir una autopsia. La responsabilidad de la Aseguradora nunca excederá la cantidad del beneficio para todos los Asegurados que hayan comprado el viaje conjuntamente o que estén viajando juntos, aun cuando el mismo Reclamo le aplique a una (1) o más Pólizas con la Aseguradora.

Desaparición: si el Asegurado no ha sido encontrado dentro de un (1) año de su desaparición, abandono, hundimiento o ruina de cualquier medio de transporte en el que el Asegurado era pasajero en el momento del Accidente, entonces se asumirá bajo esta Póliza, sujeto a todo los otros términos y condiciones de la Póliza y la ley del lugar donde ocurrió el Accidente, que el Asegurado ha sufrido pérdida de vida.

Exposición: si, como resultado de un Accidente cubierto, el Asegurado está inevitablemente expuesto a condiciones climáticas extremas, y como resultado de la exposición hay una pérdida, dicha pérdida estará cubierta por la Póliza.

ASISTENCIA DE VIAJE

Pérdida o robo de efectos personales

El Asegurado está cubierto hasta un máximo de dos mil dólares (US\$2.000) por viaje, la cual combina la cobertura total para Equipaje, equipo electrónico, efectivo, pasajes, Boletos de Admisión y pasaportes:

- A** El robo, asalto e incendio, así como la pérdida o daño de Equipaje registrado será cubierto al cien por ciento (100%) de la cantidad cubierta.
- B** El robo de pasaporte y/o efectivo será cubierto hasta un máximo de doscientos dólares (US\$200).
- C** Esta cobertura está limitada a Equipaje, equipo electrónico, efectivo, pasajes, tarjetas de crédito, licencia de conducir, Boletos de Admisión y pasaportes.

Los siguientes límites aplican:

INCIDENTE	EQUIPAJE Y EQUIPO ELECTRÓNICO	OTROS ARTÍCULOS*
Incendio, robo o Asalto en una habitación de hotel, casa en el extranjero o caja fuerte cerrada con llave	Hasta la cantidad cubierta	Hasta US\$200

INCIDENTE	EQUIPAJE Y EQUIPO ELECTRÓNICO	OTROS ARTÍCULOS*
Robo, cuando se observa que es cometido, de artículos cubiertos llevados en o por el Asegurado	Hasta la cantidad cubierta	Hasta US\$200
Robo de un compartimiento cerrado con llave separado al compartimiento de pasajeros en un barco o vehículo de motor	Hasta la cantidad cubierta	Hasta US\$200
Pérdida o robo documentado de Equipaje registrado (prueba requerida)	Hasta la cantidad cubierta (excluye equipo electrónico y fotográfico)	Sin cobertura
Daño documentado de Equipaje registrado (prueba requerida)	Hasta la cantidad cubierta (excluye equipo electrónico y fotográfico)	Sin cobertura

***Otros artículos incluyen efectivo, pasajes, Boletos de Admisión y pasaportes.**

El Asegurado no está cubierto para:

- A** Pérdida o robo de cualquier Equipaje y equipos electrónicos destinados a uso comercial incluyendo, pero no limitado a muestras y colecciones de distribuidores o comerciantes, así como otros artículos personales como equipos o accesorios deportivos.
- B** Pérdida o daño de propiedad debido a cualquiera de las siguientes razones:
 - Daño a la propiedad causado por comida, botellas o vidrio empacado en la propiedad del Asegurado;
 - Objetos olvidados, perdidos o fuera de lugar;
 - Pérdida indirecta;
 - Pérdida debido al abuso de tarjetas de crédito o cheques de viajeros;
 - Daño mínimo como rasguños, manchas y abolladuras al exterior del Equipaje;
 - Pérdida o daño a efectos personales transportados por separado del Asegurado;
 - Robo;
 - Robo en un vehículo de motor, bote, casa rodante, habitación de hotel, residencia en el exterior o caja fuerte que no muestre señas visibles de forcejeo;
 - Robo del compartimiento del pasajero de un vehículo de motor o bote cerrado; o
 - Robo de Equipaje que no fue supervisado adecuadamente.
- C** Si el proveedor de viajes o la compañía de transportes otorgó al Asegurado cualquier tipo de compensación, remuneración o crédito. Estos créditos serán considerados como una compensación y no serán reembolsados.

Los siguientes requisitos aplican:

- A** Este beneficio solo será pagado después de que haya pasado al menos un (1) mes después que la pérdida haya sido reportada a las autoridades locales;
- B** Cualquier robo o asalto debe ser reportado a las autoridades locales. Si el Asegurado no puede notificar a las autoridades debido a la partida inminente del Asegurado de regreso a su País de Residencia, la Aseguradora debe ser notificada inmediatamente después del regreso del Asegurado;
- C** La pérdida o el daño al Equipaje registrado debe ser notificado a la compañía de transporte;
- D** Una copia del reporte de la policía o la compañía de transporte debe ser sometido a la Aseguradora junto con el formulario de Reclamos; y
- E** Los recibos de compra y cualquier otro requisito adicional exigido por la Aseguradora.

La compensación por el reemplazo de artículos de valor del Asegurado perdidos o dañados será determinada de acuerdo a lo siguiente:

- A** El costo de artículos nuevos comparables cuando los artículos

cubiertos tengan menos de dos (2) años de antigüedad. La ropa será considerada con antigüedad de menos de un (1) año;

- B** Los artículos documentados con más de dos (2) años de antigüedad, comprados usados o ya dañados, serán compensados al costo de artículos nuevos comparables menos una deducción justa por la antigüedad, desgaste y deterioro. Esto también aplicará a artículos sin valor documentado; y
- C** La compensación por grabaciones cinematográficas y de video será limitada al costo de la materia prima.

La Aseguradora puede optar por reparar artículos dañados o proporcionar compensación por la cantidad correspondiente al costo de la reparación. El reemplazo de pasajes, tarjetas de crédito, Boletos de Admisión, licencias de conducir y pasaportes incluye compensación por los costos necesarios de gastos de transporte, honorarios o fotos, pero no por el tiempo que implique reemplazar dichos artículos.

Retraso de Equipaje

El Asegurado está cubierto hasta un máximo de quinientos dólares (US\$500) por viaje para la compra de artículos esenciales de primera necesidad de higiene personal, ropa y medicamentos cuando el Equipaje registrado haya sido retrasado por más de cinco (5) horas después de la hora de llegada del Asegurado al destino en el extranjero. Se deben cumplir las siguientes condiciones:

- A** El Asegurado debe proveer un Reporte de Irregularidad de Propiedad (Property Irregularity Report) de la compañía de transporte, indicando que el Equipaje registrado no llegó el día y a la hora programada y que incluya el día y la hora de la llegada del Equipaje;
- B** Todas las compras para reemplazar artículos esenciales de primera necesidad de higiene personal, deben haber sido realizadas antes que el Equipaje fuera devuelto; y
- C** El Asegurado debe proporcionar, junto con el formulario de Reclamos, los recibos de pago de los gastos que muestren la fecha de la compra.

El Asegurado no está cubierto para el alquiler o compra de equipo deportivo, pérdidas indirectas y retrasos de Equipaje cuando el Asegurado esté regresando a su País de Residencia.

Retraso de viaje

El Asegurado está cubierto hasta cien dólares (US\$100) por día, hasta un máximo de quinientos dólares (US\$500) por Asegurado, para gastos razonables de alojamiento (pernoctación) y comidas como resultado de un retraso de un viaje, siempre y cuando esta Póliza haya sido adquirida antes de que la compañía de transporte haya anunciado cualquier retraso y antes que el Asegurado supiera de dicho retraso o cancelación. Se deben cumplir cualquiera de las siguientes condiciones:

- A** Existe un retraso reportado de un vuelo u otro método de transporte pre reservado de más de cinco (5) horas;

- B El vuelo pre reservado o transporte ha sido cancelado; o
- C El vuelo pre reservado o transporte ha sido sobrevendido.

El Asegurado no está cubierto para:

- A Cualquier cargo o tarifa por no presentarse, por cualquier razón, en relación a la cancelación de cualquier hotel o alojamiento pre reservado, tours o eventos especiales;
- B Cualquier retraso que ocurra como resultado de que el Asegurado haya rechazado servicios alternativos por la compañía de transporte, que hubiesen prevenido el retraso si el Asegurado hubiese aceptado el servicio;
- C Cualquier gasto incurrido por no obtener los documentos de viaje adecuados, como pasaportes, visas, cartas de invitación o cualquier otro documento requerido para ingresar a un país o puerto en el extranjero;
- D Cualquier costo causado directa o indirectamente por la quiebra o liquidación de cualquier operador turístico, agencia de viajes, compañía de transporte o proveedor de alojamiento.

Este beneficio queda excluido si la empresa de transporte ofrece voluntariamente o por exigencias de las leyes la debida compensación al Asegurado por el retraso reportado.

Pérdida de conexión de vuelo

El Asegurado está cubierto hasta un máximo de mil dólares (US\$1.000) por viaje para gastos razonables por el reemplazo de pasajes o cambios de tarifas si el vuelo de un Asegurado se retrasa inesperadamente y, sin culpa propia, pierde un vuelo de conexión y tiene que alcanzar su itinerario programado, siempre y cuando:

- A El boleto del Asegurado haya sido reservado y pagado por lo menos veinticuatro (24) horas antes de su salida; y
- B Esta Póliza haya sido adquirida antes que el Asegurado supiera del retraso que causó la pérdida del vuelo de conexión.

El Asegurado no está cubierto cuando:

- A Puede reclamar un boleto aéreo de reemplazo o las tarifas de cambio en cualquier otro lugar;
- B No puede proveer prueba de compra y/o una confirmación escrita del retraso por la compañía de transporte;
- C Su llegada tardía se debe a que el vuelo de conexión no tuvo el tiempo mínimo requerido de tránsito oficial de tres (3) horas; o
- D Declina un servicio alternativo ofrecido por la compañía de transporte.

RESPONSABILIDAD PERSONAL

Responsabilidad personal

El Asegurado está cubierto hasta un máximo de cien mil dólares (US\$100.000) por la responsabilidad legal de cualquier Lesión corporal, y hasta cien mil dólares (US\$100.000) por daños a la propiedad incurridos por el Asegurado bajo las leyes locales donde haya ocurrido el incidente, incluyendo los costos para establecer la compensación a pagar en acuerdo con la Aseguradora.

Este beneficio solo cubrirá la responsabilidad hasta la cantidad máxima por cualquier evento individual, incluso si el incidente resulta en varias pérdidas, daños o personas responsables, o si la cobertura también es proporcionada bajo otras Pólizas con la Aseguradora.

El Asegurado no está cubierto para:

- A Responsabilidad contractual incluyendo, pero no limitado a daños a una casa alquilada u hotel;
- B Cualquier incidente a una persona bajo empleo o servicio del Asegurado si el incidente ocurrió como resultado del empleo o servicio de la persona para el Asegurado o está conectado de otra manera con cualquier comercio, negocio o profesión;
- C Consecuencias que el Asegurado haya incurrido, contractualmente o de cualquier otra manera, en una responsabilidad que se extienda más allá a la incurrida bajo las provisiones legales generales o responsabilidad no contractual;
- D Pérdida o daño a los bienes personales del Asegurado, o bienes

que el Asegurado haya prestado para su uso o almacenamiento, o estén bajo su cuidado para transportación, procesamiento, tratamiento o cualquier otro propósito;

- E Pérdida o daño a un familiar, compañero de trabajo o compañero de viaje;
- F Pérdida o daño causado por los animales domésticos del Asegurado, estén o no bajo su cuidado, custodia o control;
- G Cualquier Reclamo que surja como consecuencia de que el Asegurado haya transmitido una Enfermedad infecciosa u otro tipo de Enfermedad a otra persona;
- H Cualquier pérdida o daño que resulte de la propiedad, posesión o uso de cualquier vehículo de motor, aeronave, bote, fuegos artificiales, explosivos, armas letales, dispositivos de carreras y herramientas peligrosas similares por el Asegurado o en su nombre;
- I Cualquier responsabilidad legal por Lesiones corporales o daños materiales causados con intención o Negligencia Grave por parte del Asegurado;
- J Cualquier Reclamo que surja como consecuencia de que el Asegurado haya participado en cualquier tipo de actividad ilegal;
- K Cualquier multa o cargo punitivo;
- L Cualquier Reclamo que resulte de actos que fueron cometidos intencionalmente o que surgieron cuando el Asegurado estaba bajo la influencia de alcohol o Medicamentos sin prescripción;
- M Cualquier gasto relacionado con actividades de apuestas;

- Cualquier pérdida o daño como resultado de la participación del Asegurado en cualquier actividad de caza; y
- Cualquier gasto que surja de cualquiera de las exclusiones generales listadas en este documento.

El Asegurado no debe, con efecto vinculante a la Aseguradora, admitir responsabilidad por cualquier pérdida, daño o Lesión que haya causado.

Asistencia legal y garantías

El Asegurado está cubierto hasta un máximo de diez mil dólares (US\$10.000) por Asegurado. Este beneficio incluye:

- Gastos que podrían liberar de forma permanente o temporal al Asegurado o a su propiedad de una detención por las autoridades locales;
- Gastos para la obtención de cualquier compensación y/o daños de terceros después de la muerte o Lesión del Asegurado;
- Costos de asistencia legal si el Asegurado es acusado o procesado por un delito criminal mientras viaja en el extranjero, incluyendo honorarios razonables de un abogado, hasta la cantidad cubierta, hasta que el caso haya sido decidido en un tribunal de primera instancia de la jurisdicción principal; y
- Gastos de viaje si el Asegurado es convocado para comparecer como testigo o ser interrogado por un tribunal fuera de su País de Residencia.

Este beneficio, incluyendo la asignación de un abogado en el extranjero para representar al Asegurado, debe ser coordinado y aprobado con antelación por la Aseguradora.

El Asegurado no está cubierto para incidentes, causas y consecuencias

relacionadas con:

- Asuntos legales que surjan entre el Asegurado y una agencia de viajes, operador turístico o proveedor de viajes;
- Asuntos legales relacionados con contratos y el empleo del Asegurado;
- Asuntos legales relacionados con el derecho de familia y el derecho de sucesión;
- Asuntos legales que surjan entre el Asegurado y la Aseguradora;
- Casos que surjan fuera de las fechas del viaje cubierto;
- Litigación relacionada a responsabilidad que surja del uso de vehículos de motor; aviones o embarcaciones;
- Compensación de facto, multas o cargos punitivos;
- Asuntos legales donde se presente un Reclamo en más de un (1) país;
- La(s) apelación(es) de cualquier condena;
- Asuntos legales que surjan más de noventa (90) días después del incidente que resultó en el Reclamo;
- Asuntos legales que probablemente cuesten irrazonablemente más que el valor esperado de la compensación;
- Asuntos legales los cuales la Aseguradora considere que tengan una expectativa de éxito muy limitada; y
- Asuntos legales relacionados directa o indirectamente en reclamar una recompensa;
- Asistencia para gastos de garantías y/o legales en cualquiera de las siguientes circunstancias:
 - El Asegurado es responsable por la multa o compensación;
 - El Asegurado no se presenta en la corte;
 - El Asegurado es responsable por su detención o la incautación de la propiedad; o
 - El Asegurado es condenado por la ofensa criminal.

ANEXO DE CANCELACIÓN DE VIAJES

(Los beneficios a continuación solo están disponibles si el Asegurado eligió adquirir el Anexo al comprar la Póliza del Distribuidor)

Cancelación de viajes

El Asegurado está cubierto para la cantidad que haya pagado por su viaje y para la cual no exista posibilidad de un reembolso después de la cancelación y/o cambio de un itinerario según las condiciones de la agencia de viajes o compañía de transporte, hasta un máximo de dos mil quinientos dólares (US\$2.500) por Asegurado, siempre y cuando el Asegurado pueda proveer pruebas de los costos del viaje y el viaje haya sido cancelado debido a que:

- A** El Asegurado o un Pariente Cercano se enferme o lesione gravemente y requiere de una Hospitalización, o fallece;
- B** El Asegurado es declarado médicamente no apto para viajar;
- C** La Asegurada no puede ser vacunada debido a embarazo; o
- D** Las autoridades correspondientes aconsejan no viajar al destino del viaje, siempre y cuando la situación haya surgido después que el Asegurado haya adquirido esta Póliza.

Esta cobertura está sujeta a que la condición por la cual se haya solicitado la cancelación ocurra después que el Asegurado haya reservado y/o pagado por su viaje y después que esta Póliza haya sido adquirida. El derecho a compensación cesará cuando el Asegurado salga de su País de Residencia para iniciar el viaje, que también se define como cuando pase por inmigración o control fronterizo, o embarque en un avión, barco o tren.

El Asegurado no está cubierto para:

- A** Cualquier cargo o tarifa por no presentarse relacionado con la cancelación de cualquier hotel o alojamiento, tours o eventos

especiales previamente reservados;

- B** Cualquier Enfermedad, Lesión o fallecimiento que resulte en la cancelación del viaje si el Asegurado ha manifestado síntomas o la condición ya estaba presente cuando el viaje fue reservado y/o pagado y la necesidad de tratamiento era prevista antes del inicio del viaje;
- C** El Asegurado no recibió, rechazó o abandonó un tratamiento médico, aun cuando sabía que la condición debía ser tratada o se había deteriorado;
- D** El viaje cancelado es solo una parte del itinerario de viaje completo del Asegurado;
- E** Cualquier cancelación debido a cambios en los planes de viaje, cambio de opinión, cambio de condiciones en el destino, desastres naturales, actos de terrorismo o situaciones similares; y
- F** Cualquier Reclamo que ocurra directa o indirectamente en relación con acciones intencionales, Negligencia u omisiones del Asegurado, a menos que se demuestre lo contrario.

El Asegurado debe notificar a la agencia de viajes o compañía de transporte tan pronto como sepa sobre la cancelación. Esta Póliza no proveerá cobertura si el aviso de cancelación se lleva a cabo después de la hora programada de la salida. La Póliza tampoco proveerá cobertura si el proveedor de viajes otorgó al Asegurado cualquier crédito de viaje para uso futuro. Estos créditos de viaje serán considerados como una compensación y no serán reembolsados, excepto por cualquier tarifa de cambio de reserva que pueda originarse debido a la cancelación original.

SECCIÓN 7. ADMINISTRACIÓN DE LA PÓLIZA

7.1 Notificaciones y/o pre autorizaciones

Es recomendable que el Asegurado notifique a la Aseguradora siempre que vaya a recibir tratamiento médico, sea este intrahospitalario o ambulatorio. Esto le dará a la Aseguradora la oportunidad verificar los términos y condiciones bajo los cuales el tratamiento sería cubierto, además de mejorar y maximizar el nivel de la cobertura que dispone el Asegurado, sugerir los mejores lugares para su atención, brindarle apoyo logístico y hacer arreglos para establecer pagos directos al Hospital o Médico de elección, siempre que sea posible, reduciendo así la posibilidad de que el Asegurado tenga que incurrir en un gasto personal inesperado o excesivo.

Para garantizar el pago directo, así como la coordinación de beneficios, se recomienda la notificación. Por lo tanto, los Asegurados deben notificar a la Aseguradora, tan pronto como sea posible, y obtener las autorizaciones necesarias para cualquiera de los siguientes beneficios:

- A Toda admisión en Hospitales;
- B Transportación de Emergencia, repatriación y/o evacuación médica;
- C Repatriación o cremación de restos mortales; o
- D Cualquier procedimiento de diagnóstico mayor tal como resonancias magnéticas, tomografías, gastroscopias, colonoscopias, biopsias, etc.

Para notificar a la Aseguradora, el Asegurado puede llamar al número de teléfono que aparece al reverso de la tarjeta de membresía, enviar un correo electrónico a **emergencytravel@vumigroup.com** o completar el formulario de notificación médica en el Portal del Asegurado MyVUMI™ a través de **www.myvumiportal.com** o de la aplicación móvil, o a través de nuestro sitio web **www.vumigroup.com**.

7.2 Aviso de privacidad de información médica

La Aseguradora maneja la privacidad y confidencialidad de la información personal de sus Asegurados con estricto apego a las regulaciones y leyes vigentes sobre la materia. Toda información confidencial será resguardada en las oficinas y por los medios electrónicos disponibles, los cuales cuentan con todas las garantías de seguridad.

Se entiende que el Asegurado ha dado su consentimiento para la transferencia de dicha información en casos necesarios para dar cumplimiento a cualquier contrato o acuerdo de prestación de servicios, incluyendo a su agente de Seguros registrado (si aplica), o en caso que lo exija la ley o la procuración o administración de justicia.

7.3 Responsabilidad limitada

La Aseguradora no será responsable por cualquier pérdida, daño, o Enfermedad que pueda sufrir el Asegurado en virtud de la prestación de servicios para gastos cubiertos por parte del Proveedor de servicios médicos o cualquier persona que preste dichos servicios. En dicho caso, el Asegurado tendrá que presentar su reclamo directamente ante el Proveedor de servicios médicos o la persona que haya ofrecido el servicio.

7.4 Reclamos

Para asistencia médica crónica, la Aseguradora debe ser notificada inmediatamente para que los gastos asociados sean cubiertos. La Aseguradora efectuará los pagos directamente a los Médicos y Hospitales mundialmente para los gastos cubiertos, de acuerdo a los términos y condiciones de la Póliza. Cuando esto no sea posible, la Aseguradora le reembolsará los costos al Asegurado de acuerdo a los honorarios correspondientes que sean Usuales, Acostumbrados y Razonables (UCR) o las tarifas contratadas entre la Aseguradora y el Proveedor.

En ningún caso, el importe de la compensación excederá el monto de la factura. Si el Asegurado recibe por error compensación que exceda la factura, el Asegurado estará obligado a devolver de inmediato la suma excedente a la Aseguradora, o la misma deducirá el balance pendiente de cualquier otra cuenta por saldar con el Asegurado.

La Aseguradora debe recibir toda información médica y no médica que se requiera. Para que el proceso de Reclamación comience, la Aseguradora debe recibir la siguiente información:

- A Un Formulario de Reclamo por incidente, debidamente completado y firmado por el Asegurado;
- B Toda factura del Proveedor detallando los servicios prestados, así como prueba del pago de la misma;
- C Historia clínica reciente o cualquier otra información médica que la Aseguradora considere pertinente;
- D Para gastos de farmacia, copia de la receta médica o prescripción;
- E Para gastos no médicos, una copia de los boletos de avión, documentos de viaje y/u otra documentación relevante al Reclamo;
- F Para beneficios de retraso de Equipaje, el Reporte de Irregularidad de Propiedad (Property Irregularity Report) original de la compañía de transporte correspondiente; y
- G En caso de Accidente, el Asegurado debe someter toda la información relacionada con el mismo y las circunstancias que lo rodearon según lo que requiera la Aseguradora incluyendo, pero no limitado a informes de Accidentes, reportes policiales u otros, cuando las autoridades pertinentes o terceras personas envueltas en el asunto lo hayan emitido.

Al presentar simultáneamente varios Reclamos para reembolso de diferentes Asegurados, los gastos para cada Asegurado, Accidente, Enfermedad y/o Proveedor deben ser enviados individualmente por Asegurado y por evento. Una vez que el proceso de Reclamo haya sido iniciado, el Asegurado debe enviar toda la información solicitada por la Aseguradora para completar el proceso en un período de no más de noventa (90) días a partir de la primera solicitud de la Aseguradora. Una vez transcurrido este período sin recibir la información solicitada, el Reclamo no procederá y la Aseguradora será liberada de cualquier obligación.

Si se considerara que la información presentada es inadecuada o está incompleta, esto puede ocasionar una demora en el proceso del pago o reembolso, u ocasionar que se cierre el Reclamo temporalmente hasta que la información necesaria sea recibida dentro del plazo estipulado. La Aseguradora se reserva el derecho de solicitar los recibos originales, registros médicos y/o cualquier otra documentación relevante para procesar el Reclamo. La Aseguradora no devolverá la documentación original recibida para procesar un Reclamo, sin embargo, puede ofrecer una copia de dicha documentación cuando sea solicitada.

En caso de que un Reclamo que debió haber sido negado porque la cobertura estaba excluida por la Póliza haya sido pagado por error, la Aseguradora no estaría obligada a continuar pagando por los gastos de los tratamientos o servicios relacionados con dicho Reclamo a partir de la fecha de identificación del error y podrá reclamar el reembolso de las sumas pagadas indebidamente.

La Aseguradora no será responsable por ningún cargo cobrado por el banco receptor del pago, como comisiones por cambio de monedas o por recibir transferencias bancarias. Dichos cargos serán responsabilidad del receptor del pago.

7.5 Apelación de Reclamos

En caso de algún desacuerdo entre el Asegurado y la Aseguradora respecto a un Reclamo o decisión administrativa, antes de tomar ninguna otra acción, el Asegurado deberá iniciar una apelación sobre dicho Reclamo o decisión ante el Departamento de Apelaciones de la Aseguradora para su revisión y análisis.

El Asegurado deberá enviar una carta apelando el Reclamo a: **travelappeals@yumigroup.com**. Dicha carta deberá incluir toda la información relevante, así como estar acompañada por copias de todo documento que se considere necesario para evaluar nuevamente la decisión tomada.

El Departamento de Apelaciones de la Aseguradora revisará

en detalle los argumentos e información aportada y notificará su decisión por escrito al Asegurado dentro de los treinta (30) días subsecuentes al recibo de la carta de apelación junto a toda la información y/o documentación pertinente. Durante el proceso, el Departamento de Reclamos de la Aseguradora tendrá el derecho de solicitar información o documentación adicional al Asegurado o los Proveedores, terceras personas o entidades si lo considerara necesario para evaluar correctamente los argumentos de la apelación.

Segunda instancia de apelación

Una vez que el Departamento de Reclamos haya notificado al Asegurado su decisión, el Asegurado tendrá la oportunidad de expresar su oposición a esa determinación en los próximos diez (10) días a partir de la fecha de la notificación. En caso de que el Asegurado tenga nueva documentación, podrá solicitar una segunda y última revisión del caso. La Aseguradora debe responder a esta segunda solicitud dentro de los próximos quince (15) días hábiles. La decisión en esta última instancia será definitiva e inapelable.

7.6 Subrogación de terceros e indemnización

La Aseguradora tiene el derecho a la subrogación o reintegro de pagos hechos por la misma si el Asegurado ha recuperado todos o parte de dichos pagos de terceros.

La Aseguradora subrogará hasta la cantidad pagada, bajo todos sus derechos y acciones, contra terceros que por causa del daño sufrido correspondan al Asegurado. El Asegurado tendrá la obligación de cooperar con la Aseguradora para recuperarse del daño causado por terceros u obtener el reembolso de los gastos cubiertos a causa del mismo.

El incumplimiento de esta obligación, le da derecho a la Aseguradora a considerar la cancelación de esta Póliza. La cooperación requerida incluye, pero no está limitada a proporcionar toda la documentación relevante o evidencia testimonial y a someterse a exámenes médicos si fueran necesarios. La Aseguradora podrá realizar cualquier reclamación en su nombre, antes o después de haber hecho pagos por los gastos cubiertos bajo esta Póliza.

El Asegurado deberá abstenerse de tomar cualquier acción, conciliar o aceptar acuerdos que puedan afectar de manera adversa los derechos de subrogación de la Aseguradora de acuerdo con lo previsto en esta sección. Cualquier acción de reclamación iniciada por el Asegurado en relación a daños que fueron cubiertos por esta Póliza debe ser notificada inmediatamente a la Aseguradora para que la misma pueda hacer valer sus derechos de subrogación sobre cualquier pago relacionado con los gastos cubiertos por el incidente que origine las reclamaciones.

SECCIÓN 8. DEFINICIONES

Accidente

Evento violento, repentino, imprevisto y no intencionado, producido exclusivamente por causas externas que resulten, independientemente de otras causas, en Lesiones corporales del Asegurado.

Accidente Serio

Evento violento, repentino, imprevisto y no intencionado, producido exclusivamente por causas externas que resultan en Lesiones corporales en el Asegurado, las cuales requieren atención médica de urgencia con una Hospitalización de veinticuatro (24) horas o más.

Acompañante de Viaje

Persona asegurada bajo la misma Póliza que el Asegurado Titular; también listado(a) en el Certificado de Cobertura y en la tarjeta de membresía.

Actividades y Deportes de Alto Riesgo

Actividades que aumentan el riesgo de Accidentes o incluso la muerte de la persona que las practica. Ejemplos de Actividades y Deportes de Alto Riesgo incluyen, pero no están limitados a buceo, escalada, montañismo, paracaidismo, salto de caída libre, parapente, para vela, deportes de motor y ciclismo de montaña.

Agencia o Agente

Individuo o sociedad autorizada por la Aseguradora para la distribución de sus productos y proporcionar servicios administrativos a los Asegurados. El Agente deberá tener acceso a la información médica y de salud del Asegurado, la cual puede ser enviada a la Aseguradora o cualquiera de sus afiliadas. Ningún Agente tiene la autoridad de modificar la Póliza o remover ninguno de sus términos y condiciones.

Ambulancia Aérea

Nave aérea que cuenta con el personal médico licenciado y está equipada con las necesidades y suministros necesarios para brindar cuidados médicos durante el transporte aéreo. Este servicio lo presta una entidad licenciada y autorizada para dicho propósito.

Ambulancia Terrestre

Transporte terrestre que cuenta con el equipo médico y el personal médicamente entrenado para transportar a individuos lesionados o enfermos.

Anexo o Endoso

Documento emitido por la Aseguradora que se adjunta a la Póliza cuando es adquirido y pagado por el Solicitante o Asegurado Titular y el cual provee cobertura adicional.

Asegurado

Se refiere tanto al Asegurado Titular como a los Dependientes y los Acompañantes de Viaje listados en el Certificado de Cobertura.

Aseguradora

VUMI® Group, I.I.

Asegurado Titular

Persona que solicita cobertura para sí mismo, sus Dependientes y/o Compañeros de Viaje, y que es el Asegurado principal bajo la Póliza, tiene autoridad para solicitar cambios en la misma y quien recibe los reembolsos de pagos de servicios médicos cubiertos por esta Póliza.

Asegurados Dependientes

Cónyuge o Compañero(a) Doméstico(a) del Asegurado Titular; sus hijos biológicos, hijos adoptados legalmente, hijastros o menores de dieciocho (18) años de edad para quienes el Asegurado Titular haya sido designado como tutor legal por una corte de jurisdicción competente.

Beneficiario

Persona designada por el Asegurado para recibir el pago de los reembolsos de Reclamos pendientes en caso de fallecimiento.

Boletos de Admisión

Vales de concesión que otorgan admisión a establecimientos o espectáculos públicos incluyendo, pero no limitado a museos, eventos deportivos o espectáculos.

Certificado de Cobertura

Documento de la Póliza que especifica el período de efectividad de la cobertura, las condiciones y limitaciones de la misma, lista a todos los individuos cubiertos y es, a la vez, parte de la Póliza.

Compañero(a) Doméstico(a)

Persona del sexo opuesto o del mismo sexo con quien el Asegurado Titular ha establecido una relación de vida doméstica.

Complicaciones de la Maternidad

Patología o tratamiento resultante del curso anormal de un embarazo y/o parto.

Comportamiento Imprudente

Indiferencia consciente de un riesgo sustancial e injustificable.

Condición Preexistente

Condición que fue diagnosticada por un Médico antes de la Fecha de Efectividad de la cobertura, o por la cual un Médico ha recomendado

o prestado tratamiento, o se presentaron síntomas y signos que, de haber consultado con un Médico acerca de los mismos, hubiese recibido un diagnóstico de Enfermedad, condición médica o algún tratamiento específico.

Cónyuge

Persona con quien el Asegurado Titular se ha casado legítimamente de acuerdo a los reglamentos de la jurisdicción donde tuvo lugar la ceremonia matrimonial.

Deportes Profesionales

Entrenamiento y práctica de deportes por los cuales una persona recibe compensación.

Desmembramiento Accidental

Suceso repentino, involuntario e inesperado causado únicamente por medios externos y visibles y que resulta en la separación completa del cuerpo de una o más extremidades u ojos, y al que no contribuye ninguna Enfermedad o dolencia. Para efectos del beneficio por Muerte Accidental y Desmembramiento proporcionado por esta Póliza, el término "extremidad" significa el brazo cuando la separación está a la altura o por encima (hacia el codo) de la muñeca, o la pierna cuando la separación está a la altura o por encima (hacia la rodilla) del tobillo. Pérdida de ojo(s) se entenderá como la pérdida completa, permanente e irrevocable de la vista.

Desórdenes Congénitos

Cualquier condición, trastorno orgánico, malformación, embriopatía, persistencia del tejido o estructura embrionaria o fetal, que ha sido adquirido durante el desarrollo del feto en el útero o durante el nacimiento, independientemente de si es evidente antes del nacimiento, en el momento del nacimiento o se manifiesta más tarde.

Distribuidor

Entidad legal la cual adquirió la Póliza de viajes al por mayor de un Agente registrado de VUMI® y está autorizada para vender cobertura de viajes. El Distribuidor no es un Asegurado y por lo tanto no disfruta de los beneficios bajo la Póliza, sin embargo, tiene la facultad de solicitar la cancelación de la Póliza en nombre del Asegurado y recibir la prima no devengada.

Emergencia

Condición médica repentina, seria y aguda la cual requiere asistencia médica inmediata por el peligro que representa para la vida o la integridad física del Asegurado si no se proporciona atención médica dentro de las próximas veinticuatro (24) horas.

Enfermedad

Condición o desorden por causa interna o externa la cual afecta al cuerpo humano y requiere atención médica.

Enfermedad Aguda

Condición grave y de inicio repentino.

Enfermedad de Origen Infeccioso

Condición médica causada por agentes patógenos tales como bacterias, virus, hongos y parásitos.

Enmienda

Declaración adicionada a la Póliza por un oficial de la Aseguradora para explicar, modificar y/o restringir la cobertura de esta Póliza para un Asegurado en particular o para la Póliza en general.

Epidemia

Incidencia de más casos de lo esperado de cierta Enfermedad o condición de salud en un área determinada o dentro de un grupo de personas durante un período en particular y que ha sido declarada como tal por la Organización Mundial de la Salud (OMS), los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC, por sus siglas en inglés) o una organización equivalente en un gobierno local.

Error administrativo

Error físico involuntario, como un error de ortografía o numérico, errores en los cálculos matemáticos que son fácilmente verificables, o fallas al revisar la información disponible para tomar una decisión sobre la aprobación de cobertura o el pago de Reclamos. La Aseguradora puede corregir el error físico o administrativo en cualquier momento.

Equipaje

Maletas, ropa, artículos de tocador, libros, equipo fotográfico, teléfonos móviles y computadoras portátiles.

Estados Unidos, EE. UU. (U.S., USA)

Los Estados Unidos de Norteamérica.

Exámenes Rutinarios o Preventivos

Exámenes médicos preventivos proporcionados por un Médico certificado y/o una entidad proveedora de servicios médicos.

Experimental o Investigativo

Cualquier tratamiento, procedimiento, equipo, Medicamento, combinación de Medicamentos, dispositivo, suministro u Hospitalización que al momento en que el servicio o suministro se provee, no cumple con las normas aprobadas para la indicación o aplicación específica a la condición dictadas por la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) u otra agencia federal o agencia gubernamental de los Estados Unidos y cuya aprobación es requerida independientemente del lugar en donde se incurran los gastos médicos.

Fecha de Efectividad

Fecha de inicio de la vigencia de la Póliza.

Fecha de Vencimiento

Fecha en que termina la vigencia de la Póliza.

Habitación Hospitalaria Privada Estándar

Habitación equipada médicamente para acomodar a un (1) solo paciente.

Honorarios del Anestesiólogo

Honorarios que cobra un anestesiólogo por la administración de anestesia y/o el control del dolor.

Honorarios del Asistente del Cirujano o del Médico

Honorarios que cobra el asistente del cirujano o de un Médico cuando realizan labores de asistencia durante un procedimiento médico.

Hospital, Clínica o Instalación Médica

Institución legalmente licenciada para proporcionar servicios clínicos y quirúrgicos bajo la supervisión de profesionales médicos.

Hospitalización

Ingreso a un centro médico hospitalario por un período de veinticuatro (24) horas o más para recibir atención médica o quirúrgica. La gravedad de la condición médica justifica la necesidad del ingreso hospitalario. Aquellas atenciones médicas limitadas a la sala de urgencias o Emergencias no se considera una Hospitalización para los fines de esta Póliza.

Hurto

Toma ilícita de bienes móviles sin uso de fuerza o violencia contra las personas u objetos; p. e.j. carteristas.

Lesión

Daño infligido al organismo por alguna causa.

Mal Comportamiento Intencional

Acto u omisión deliberado que es lo contrario o va más allá de la conducta que se espera de una persona, cuando dicha persona sabe o es imprudente al hecho de que dicho acto u omisión es contrario o va más allá de la conducta que se espera de ellos.

Medicamentos Recetados o por Prescripción

Medicamentos prescritos o recetados por un Médico que no estarían disponibles sin dicha receta o prescripción. Ciertos tratamientos y Medicamentos como vitaminas, hierbas, aspirinas, remedios y Medicamentos para el resfriado, Medicamentos o suministros Experimentales o de Investigación, incluso cuando lo recomiende un Médico, no califican como Medicamentos Recetados.

Médico

Profesional legalmente licenciado para practicar medicina en el lugar donde se prestan los servicios.

Muerte Accidental

Suceso repentino, involuntario e inesperado causado únicamente por medios externos y visibles que resulta en la Lesión del Asegurado y su posterior muerte. La muerte debe ocurrir dentro de los treinta (30) días posteriores al suceso repentino, involuntario e inesperado, y no debe ser contribuida por Enfermedad o dolencia

Necesidad Médica o Medicamento Necesario

Tratamiento, servicio médico o suministro médico prescrito por un Médico tratante y aprobado por la Aseguradora, por considerarlo necesario para diagnosticar y/o tratar Enfermedades o Lesiones.

No se considera Medicamento Necesario si el servicio:

- A Es proporcionado para la conveniencia del Asegurado, de su familia o del Hospital/Médico;
- B No es apropiado para el diagnóstico o el tratamiento de la condición médica específica;
- C Excede el nivel de cuidado requerido para el diagnóstico o el tratamiento de una condición específica;
- D Está fuera del ámbito de las prácticas normales establecidas para Médicos u otros profesionales de la salud y Hospitales; o
- E Es una sustitución de Habitación Estándar o Privada por una Suite, si la Póliza no ofrece el beneficio.

Negligencia

No comportarse con el nivel de cuidado que habría ejercido una persona de ordinaria prudencia en las mismas circunstancias. El comportamiento suele consistir en acciones, pero también puede consistir en omisiones cuando existe algún deber de actuar, o hay reglas o cuidados a seguir.

Negligencia Grave

Falta de atención que demuestra un desprecio imprudente por la seguridad o la vida de los demás, la cual es tan grande que pareciera ser una violación consciente del derecho a la seguridad de otras personas.

País de Residencia

País en el cual el Asegurado reside por un período de más de ciento ochenta y tres (183) días dentro de un año y a donde el Asegurado tiene la intención de regresar después de su viaje.

Pandemia

Suceso en el que una Enfermedad se propaga rápidamente y afecta a un gran número de personas en un área amplia, o en todo el mundo, que ha sido declarado como tal por la Organización Mundial de la Salud (OMS), los Centros para el Control y la Prevención de

Enfermedades (CDC) o una organización equivalente.

Pariente Cercano

Cónyuge o Compañero(a) Doméstico(a) que vive en la misma dirección del Asegurado, hijos, yerno o nuera, nietos, padres, suegros, o hermanos, en ese orden.

Pariente más Cercano

Se refiere a las siguientes personas en el siguiente orden:

- A Cónyuge; luego
- B Pareja de convivencia (si se cumplen las siguientes condiciones); luego
- C Hijos/herederos; luego
- D Beneficiarios bajo un testamento o designados en un formulario o comunicación dirigida a la Aseguradora.

Para que una pareja de convivencia sea considerada como Pariente más Cercano, debe haber vivido con el Asegurado compartiendo la misma dirección y:

- A Estar esperando, tener o haber tenido un hijo juntos; o
- B Haber estado viviendo con el Asegurado en una relación conyugal en la misma dirección compartida por los dos (2) años previos al fallecimiento del Asegurado.

Póliza

Documento donde se reflejan las condiciones generales y particulares convenidas entre la Aseguradora y los Asegurados y que rigen el contrato de Seguro.

Proveedor

Hospitales, Clínicas, Médicos, centros de diagnóstico, farmacias y otras entidades o individuos legalmente autorizados para proporcionar servicios médicos.

Reclamo

Responsabilidad financiera cubierta total o parcialmente por la Aseguradora.

Región

Grupo de países y/o área geográfica dentro de un mismo país.

Residencia Temporal

Cuando el Asegurado es un extranjero en un país y se le ha otorgado legalmente el derecho a permanecer en el país por un tiempo determinado, sin tener ciudadanía. Esto puede ser por motivos de estudio, negocios u otros.

Seguro

Contrato completo entre el Asegurado y la Aseguradora que incluye

las Condiciones de Cobertura de la Póliza, las tarjetas de membresía y las Enmiendas, si aplican, que modifiquen los términos y condiciones de la Póliza.

Servicios Ambulatorios

Servicios o tratamientos que no requieren admisión o estadía en el Hospital por más de veintitrés (23) horas.

Servicios de Hospital

Tratamientos, servicios y suministros generales o médicos proporcionados por un Hospital para el uso de sus instalaciones.

Solicitante

Persona natural o jurídica que solicita una Póliza de seguro de viajes para sí mismo/a, sus Dependientes y/o Compañeros de Viaje y paga la prima correspondiente. El Solicitante suele ser el Asegurado Titular de la Póliza prevista después de que se emite la Póliza.

Suite

Habitación de un Hospital o Clínica clasificada por el mismo como Suite, usualmente de tamaño mayor que el de una Habitación Privada y que puede tener un área de recepción. Esto incluye las habitaciones Suites llamadas "Junior" o "Presidencial".

Sustancias Ilícitas

Fármacos, sustancias psicoactivas o químicos similares definidos por el gobierno federal de los Estados Unidos de Norteamérica como ilegales, tales como cocaína y heroína.

US\$, US Dólares

Moneda de los Estados Unidos de Norteamérica.

Usual, Acostumbrado y Razonable (UCR)

El menor de:

- A El reembolso habitual del Proveedor por proporcionar el tratamiento, servicio o suministro; o
- B El monto determinado por la Aseguradora como la tarifa general aceptada por los Proveedores de la misma categoría que ofrecen dichos tratamientos, servicios o suministros a personas que: (1) residan en la misma área geográfica, y (2) cuya Lesión o Enfermedad es comparable en su naturaleza y severidad.

El monto Usual, Acostumbrado y Razonable para un servicio, tratamiento o suministro será determinado por la Aseguradora basado en tarifas especiales establecidas o previamente contratadas por la Aseguradora para el área geográfica, país o Proveedor específico en el cual el Asegurado reciba dichos servicios. En algunos casos, el monto UCR será determinado por contratos directos entre los Proveedores y la Aseguradora.

Los beneficios cubiertos al cien por ciento (100%) están sujetos a los costos Usuales, Acostumbrados y Razonables. No debe entenderse que estarán cubiertos por el total de la factura sometida.

Vitalicio

Cantidad máxima que la Aseguradora pagará por un beneficio específico durante la vigencia de la Póliza.



VUMI® GROUP, I.I.

**ORGANIZADA BAJO EL CAPÍTULO 61 DEL CÓDIGO DE SEGUROS DE PUERTO RICO.
NINGUNA COBERTURA EMITIDA POR ESTA ASEGURADORA
ESTÁ PROTEGIDA POR CUALQUIER GARANTÍA O FONDO DE INSOLVENCIA EN PUERTO RICO.**

Servicios de administración de reclamos ofrecidos por Epic Health Solutions.

25 Millard Ave West, Newmarket, Ontario L3Y 7R6, Canada
Teléfono General: +1.416.744.3870 • Llamada Gratuita: +1.888.809.3493
info@vumigroup.com • www.vumigroup.com