

MexPro Assist®

GENERAL CONDITIONS

For the benefits provided by the Legal Personal,
Medical and Travel Assistance

THE BENEFICIARY, will be entitled to the benefits contracted prior to traveling to the Republic of Mexico, which could include Personal Legal Assistance and Travel Assistance or Personal Legal Assistance, Travel Assistance and Medical Assistance.

The conditions under which these benefits are provided are described herein:

1. - OF THE PERSONAL LEGAL ASSISTANCE.

Upon request, **THE COMPANY**, through its network of lawyers, will provide legal assistance, defense or representation to **THE BENEFICIARY** and family members if they are the victims of theft or robbery; authority abuse; kidnapping; loss of personal property and when required before consular or immigration authorities 24 hours a day 365 days a year in all of Mexico.

A. REQUIREMENTS TO PROVIDE PERSONAL LEGAL ASSISTANCE.

This service is provided in favor of **THE BENEFICIARY**, who will receive, having all available documentation at hand, guidance and assistance over the phone provided by lawyers.

In the event of theft, robbery, authority abuse or kidnapping for which the services of a lawyer are required, the following should be done:

- a) Notify **THE COMPANY** as soon as the occurrence is known, except when major circumstances impede such notification and such notification must be made as soon as possible.
- b) In the event an investigation is initiated by the district attorney (Ministerio Publico) **THE BENEFICIARY** will provide all necessary elements to find and locate the responsible party and shall provide full cooperation in the investigation, presenting his/herself before the authorities as needed.
- c) Abstain from making any deals, arrangements or incurring in expenses without express authorization from **THE COMPANY**.
- d) Provide timely notification to the lawyers and competent authorities of any change of address (place of residence) of BENEFICIARY or if any notices are received.
- e) Present him/herself before competent authorities as requested and when requested with or without a subpoena.
- f) Give immediate notice and provide to **THE COMPANY** any notices received by **THE BENEFICIARY**.
- g) **THE COMPANY** will provide these services when offered except when prohibited by law.

B. OF THE ASSISTANCE

THE COMPANY will provide these services in agreement with

I. - DURATION OF SERVICES. - Duration of services shall be indicated on the Declarations Page of The Contract.

II. - ASSISTANCE IN THE EVENT OF THEFT OR ROBBERY.- Assistance in the event of Theft or Robbery will be provided subject to the following terms:

THE COMPANY will guide and legally assist **THE BENEFICIARY** who has been victim of Theft or Robbery, physically or morally violent, while in Mexico 24 hours a day, 365 days per year.

THE COMPANY will be responsible, without limit of the payment of legal costs and fees originating in the services referred to in the previous paragraph.

III. - ASSISTANCE DUE TO THEFT OR LOSS OF PERSONAL PROPERTY. - Assistance for theft of loss of personal belongings consists of:

In the event of theft or loss of luggage or personal property of **THE BENEFICIARY**, **THE COMPANY** will provide assistance to file a report and will assist in the search.

If the personal property is recovered, **THE COMPANY** will transport them to where **THE BENEFICIARY** is at the time or to **BENEFICIARY's** place of permanent **residency**.

IV. - LEGAL ASSISTANCE IN THE EVENT OF AUTHORITY ABUSE. - The assistance in the event of authority abuse consists of:

THE COMPANY will provide legal assistance over the telephone, 24 hrs a day and 365 days of the year to **THE BENEFICIARY** about his/her rights as an individual and visitor in MEXICO and in the event **THE BENEFICIARY** is victim of abuse of authority or corruption, **THE COMPANY** will assign a lawyer to file a complaint with the competent authorities.

V. - LEGAL ASSISTANCE IN CONSULAR AND IMMIGRATION MATTERS. - Assistance regarding Consular and Immigration Matters consists of:

In the event that **THE BENEFICIARY** is in need of guidance or assistance regarding Immigration or Consular matters, **THE COMPANY** will provide a lawyer, who will provide such assistance over the telephone or in person if required,

If necessary, **THE COMPANY** will assign a lawyer that will personally assist **THE BENEFICIARY** before the Consular or Immigration authorities.

Expenses derived from these services will be paid by **THE BENEFICIARY**.

VI. - ASSISTANCE IN THE EVENT OF KIDNAPPING.- The assistance provided as a result of a Kidnapping consists of:

THE COMPANY will provide legal assistance over the telephone, 24 hrs a day and 365 days of the year to the family of **THE BENEFICIARY** regarding the notifications and processes before local and consular authorities. Also, if the matter is resolved favorably, once **THE BENEFICIARY** is no longer deprived of his/her liberty **THE COMPANY** will assign a lawyer to initiate legal action against responsible party.

For this service **THE COMPANY** will not intervene or assume responsibility for negotiations and will not be responsible for payments or expenses derived from negotiations or ransom derived from the Kidnapping.

VII. - LEGAL ASSISTANCE SERVICE EXCLUSIONS

The following will be cause of exclusion of the assistance services:

- a) WHEN **THE BENEFICIARY** DOESN'T PROVIDE TRUE AND ACCURRATE INFORMATION WHICH COULD RESULT IN THE IMPOSSIBILITY OF PROVIDING NECESSARY ASSISTANCE.
- b) **THE BENEFICIARY** WILL NOT HAVE THE RIGHT TO BE REIMBURSED FOR EXPENSES NOT AUTHORIZED BY **THE COMPANY**.
- c) WHEN **THE BENEFICIARY** ISN'T ABLE TO PROPERLY IDENTIFY HIM/HERSELF OR SHOW PROOF OF RIGHT TO SERVICE AS BENEFICIARY.
- d) WHEN **THE BENEFICIARY** DOESN'T COMPLY WITH THE OBLIGATIONS INDICATED IN THIS CONTRACT.
- e) **THE COMPANY** SHALL NOT BE RESPONSIBLE FOR DELAYS OR SITUATIONS DUE TO EXTRAORDINARY CIRCUMSTANCES, ADMINISTRATIVE OR POLITICAL CHARACTERISTICS OF THE PLACE WHERE SERVICES ARE TO BE PROVIDED.
- f) SERVICES WILL BE EXCLUDED WHEN THEY DERIVE DIRECTLY OR INDIRECTLY FROM:
 - 1. Strikes, war, foreign invasion or hostilities (declared war or not), rebellion, civil war, insurrection, terrorism, popular uprising, marches, radioactivity or similar beyond control.
 - 2. Self-inflicted injuries, suicidal attempts, suicide or aiding in suicide or criminal activity by BENEFICIARY and or any passenger of the covered vehicle.
 - 3. Mental, psychiatric or psychological illnesses.
 - 4. Pathological effects on adults or minors caused by the consumption of toxic substances, drugs and/or illegal or legal medication (unless under prescription).

2. - OF THE MEDICAL ASSISTANCE

In the event **THE BENEFICIARY** has contracted this benefit and it is specifically shown as covered in the certificate, **THE COMPANY** will provide the assistance services in the following terms:

I. - DURATION OF SERVICES. - The duration of the assistance services will be for the term indicated in the contract declarations page.

II. - MEDICAL ASSISTANCE.- Medical Assistance will consist of:

- a) **MEDICAL REFERENCES IN ALL OF MEXICO 24 HRS A DAY.** - When **THE BENEFICIARY** requires medical assistance which is not an emergency, the medical team of **THE COMPANY** will provide assistance over the phone. The medical team of **THE COMPANY** will not provide a diagnosis but at the request and expense of **THE BENEFICIARY** will provide the necessary means to obtain a diagnosis either by coordinating a house call by a doctor or scheduling an appointment for **THE BENEFICIARY** with a doctor. **THE COMPANY** will provide this service in all main cities in the Republic of Mexico. Everywhere else, **THE COMPANY** will do everything possible to assist **THE BENEFICIARY** to contact a doctor or hospital in a speedy manner. **THE COMPANY** will not be responsible regarding medical service or the lack thereof provided by the doctor or medical institutions.
- b) **MEDICAL COORDINATION.** - When **THE BENEFICIARY** requires medical assistance, the medical team of **THE COMPANY** will coordinate medical assistance over the phone to:
 - 1. Coordinate an appointment with a doctor or medical specialist at office.
 - 2. Coordinate a house call by a doctor or medical specialist for **THE BENEFICIARY** or
 - 3. Provide admission or consultation at a hospital or clinic.

THE COMPANY will not provide a diagnosis but at the request and expense of **THE BENEFICIARY** will provide the necessary means to obtain medical care.

THE COMPANY will provide this service in all main cities in the Republic of Mexico. Everywhere else, **THE COMPANY** will do everything possible to assist **THE BENEFICIARY** to contact a doctor or hospital in a speedy manner.

THE COMPANY will not be responsible regarding medical service or the lack thereof provided by the doctor or medical institutions.

This Benefit has no limitation of events.

c) **MEDICAL TRANSFERS (LAND AMBULANCE).**- In the event **THE BENEFICIARY** is ill or suffers accident during the term of the assistance services contract, which causes lesion or trauma and in the opinion of the medical team of **THE COMPANY** and the attending physician requires hospitalization, **THE COMPANY** will coordinate and assume the expense of transferring **THE BENEFICIARY** by ambulance to the nearest hospital or clinic appropriate for the necessary treatment. This benefit is limited to a maximum cost of \$115 USD or 2 (two) events per year. If for medical reasons medical supervision is required it should also be coordinated.

d) **MEDICAL TRANSFER (AIR AMBULANCE).** - In the event **THE BENEFICIARY** is gravely ill or suffers an accident during the term of the assistance services contract, which causes lesion or trauma and in the opinion of the medical team of **THE COMPANY** and the attending physician requires immediate hospitalization, **THE COMPANY** will coordinate and assume the expense of transferring **THE BENEFICIARY** by air ambulance to the nearest hospital or clinic adequate for the necessary treatment. This benefit is limited to a maximum of 1 (one) event per contract and/or year.

The air transfer will take place as long as the available local facilities are not able to provide the necessary medical attention and the air lift is required to provide all necessary physical and personal medical resources available elsewhere.

In life threatening situations, **THE BENEFICIARY** or representative should provide maximum cooperation to organize the transfer to the nearest medical facility which may provide immediate medical assistance and as soon as possible (with a maximum of 5 calendar days) contact **THE COMPANY** and provide all relevant information so that **THE COMPANY** may follow up on the assistance and consider any applicable and corresponding refunds applicable to this benefit.

In the event **THE COMPANY** is unable to provide immediate assistance through its network or in life threatening situations, **THE BENEFICIARY** may arrange for covered benefits and request a refund of up to \$3,000 USD with the necessary corresponding documentation.

e) **REPATRIATION AFTER MEDICAL TREATMENT.**- If prescribed by an attending physician and authorized by the medical team of **THE COMPANY**, **THE BENEFICIARY** may request:

1. One way ticket in economy or coach to continue his/her trip if the original means of transportation or ticket is no longer available or valid and when the cost of the trip continuation does not exceed the cost to return to the place of permanent residence.
2. Or one ticket in economy or coach to return to the place of permanent residence as long as the original means of transportation or ticket is no longer available or valid.
3. **THE COMPANY** will organize and assume the expense the costs of repatriation of **THE BENEFICIARY** in the most adequate means of transportation (air ambulance, extra seat, etc.) as prescribed or recommended by treating physician and authorized by the medical team of **THE COMPANY** if **THE BENEFICIARY** is unable to return or travel on a regular coach seat or using the original means of transportation when the trip was initiated.

To provide this benefit it will be necessary that **THE COMPANY** has previously authorized this. Otherwise **THE COMPANY** will not consider a refund for expenses incurred.

- f) **ROUNDTrip AND LODGING EXPENSES FOR A RELATIVE.** - In the event of hospitalization of **THE BENEFICIARY** due to an accident or illness and hospitalization is expected to be longer than 5 days, **THE COMPANY** will coordinate and assume the cost of one round trip coach ticket from the place of residence of **THE BENEFICIARY** to the place of hospitalization for a relative or designated companion. **THE COMPANY** will also coordinate and assume the cost of lodging for the same designated companion up to a maximum of \$60 USD per day up to 5 days. This benefit is provided in the event **THE BENEFICIARY** is traveling with minors or not in **THE COMPANY** of someone who may assist **THE BENEFICIARY** during hospitalization.

If **THE BENEFICIARY** passes away, **THE COMPANY** will provide the same benefit to a family member or representative so that this person may travel to coordinate and Assist in the repatriation of the remains of **THE BENEFICIARY**.

- g) **PAYMENT OF RETURN OR TRIP CONTINUATION FOR COMPANIONS.** - If **THE BENEFICIARY** is hospitalized or passes away as a result of illness or accident during his/her trip during the term of this contract, **THE COMPANY** will coordinate and assume the cost of the transportation of **THE BENEFICIARY**'s travel companions to the place of permanent residence of **THE BENEFICIARY** and if necessary when companions are minors they will be accompanied by an adult.

THE COMPANY will coordinate and assume the cost of transportation of the companions. Transportation to the place of permanent residence of **BENEFICIARY** may be by land or air in coach or economy class as it may be available from the place where **THE BENEFICIARY** was hospitalized. Companions may also request that **THE COMPANY** coordinates the transportation to their original destination as long as the cost does not exceed that of the return to the place of permanent residence of **THE BENEFICIARY** and in both cases when the original means of transportation or tickets are no longer available or valid.

To provide this benefit it will be necessary that **THE COMPANY** has previously authorized this. Otherwise **THE COMPANY** will not be obligated to consider a refund for expenses incurred.

- h) **PAYMENT OF HOTEL DURING CONVALESCENCE.- THE COMPANY** will coordinate and assume the necessary cost to extend the stay of **THE BENEFICIARY** at a hotel elected by him/her immediately following hospitalization and as prescribed by attending physician and authorized by the medical team of **THE COMPANY**. This benefit will be provided subject to the following conditions:

1. That the convalescence initiates immediately (same day) after leaving the hospital or medical facility.
2. The maximum benefit will be of \$60 USD per day per **BENEFICIARY** up to 10 calendar days.

- i) **MORTAL REMAINS REPATRIATION OR LOCAL BURIAL.-** In the event **THE BENEFICIARY** passes away, **THE COMPANY** will coordinate and assume the costs of repatriation of human remains of **THE BENEFICIARY** to his/her last place of permanent residence, subject to law or authority regulations.

At the request of the representative of **THE BENEFICIARY**, **THE COMPANY** will coordinate and assume the cost of burial of **THE BENEFICIARY** in a local cemetery subject to the cost of the services not exceeding that of the repatriation to the last place of permanent residence as specified in the previous paragraph.

To provide this benefit it will be necessary that **THE COMPANY** has previously authorized this. Otherwise **THE COMPANY** will not be obligated to consider a refund for expenses incurred.

- j) **COORDINATION FOR EMERGENCY ODONTOLOGICAL ASSISTANCE.**- In the event that **THE BENEFICIARY** suffer acute pain or has dental problems which require urgent dental treatment, **THE COMPANY** will coordinate over the phone an appointment with a dental specialist. The cost of consultation and treatment will be paid by **THE BENEFICIARY**.
- k) **COORDINATION TO REPLACE GLASSES OR CONTACT LENSES.**- In the event **THE BENEFICIARY** damage or loses his/her prescription eyeglasses or contact lenses, **THE COMPANY** will coordinate over the phone an appointment with an ophthalmic optician. The cost of consultation and replacement shall be paid by **THE BENEFICIARY**.

3. - OF THE TRAVEL ASSISTANCE

In the event **THE BENEFICIARY** has contracted this benefit and it is specifically shown as covered in the certificate, **THE COMPANY** will provide the assistance services in the following terms:

I. - TRAVEL ASSISTANCE. The Travel Assistance will consist of:

- a) **TOURIST INFORMATION.** - Upon request of **THE BENEFICIARY, THE COMPANY** shall provide information related to:
- Museum schedules in Mexico.
 - Vaccinations and visa requirements in Mexico and other countries.
 - Weather in Mexico or Weather Radar.
 - Sports and shows in some cities in Mexico.
- b) **TRIP INFORMATION.**- Upon request of **THE BENEFICIARY, THE COMPANY** shall provide by telephone any tourist information, such as:
- | | |
|--------------------|----------------------------|
| 1. Travel Agencies | 8. Shopping Centers |
| 2. Weather | 9. Events and exhibitions |
| 3. Exchange Rates | 10. Hotels and Restaurants |
| 4. Main Holidays | 11. Museums and Galleries |
| 5. Sports Events | 12. Nightclubs |
| 6. Tickets | |
| 7. Attractions | |
- THE COMPANY** can also assist **THE BENEFICIARY** to create and Schedule trip plans and itineraries in Mexico and the world.
- c) **INFORMATION OF US STATE TRAVEL ADVISORY DEPARTMENT.**- Upon request of **BENEFICIARY, THE COMPANY** shall send by telephone, mail or fax, to **BENEFICIARY**, any information generated during the term of coverage and/or trip to Mexico provided by the US State Department on trip warnings, public announcements and consular information.
- d) **CONTACT WITH EMBASSIES AND CONSULAR OFFICES.**- Upon request of **THE BENEFICIARY, THE COMPANY** shall coordinate by telephone the contact with Embassies and Consular Offices in Mexico.
- e) **URGENT COMMUNICATION SERVICE.**- In the event of a medical emergency, **THE COMPANY**, at **BENEFICIARY'S** request will keep the relatives, doctor(s) or employer(s) informed over the phone about the patient's condition. The cost of such communication will be paid by **THE COMPANY**.

Under no circumstances **THE COMPANY** will be responsible for the content or accuracy or form of the information transmitted.

Expenses incurred by **THE BENEFICIARY** or companions for these services that have not been explicitly and previously authorized or made directly by **THE COMPANY** or company representatives are NOT refundable.

- f) **COORDINATION TO FILE A LOST DOCUMENT CLAIM.-** In the event of loss or theft of documents and legal personal items of BENEFICIARY, **THE COMPANY** shall assist them over the phone to file a claim with authorities. If such belongings are recovered, **THE COMPANY** will assume the cost of shipping to the place where **THE BENEFICIARY** are located or to the place of permanent residence.
- g) **FUNDS TRANSFER.-** In the event of accident or illness of BENEFICIARY, **THE COMPANY**, upon request of **THE BENEFICIARY**, shall transfer funds up to a maximum amount of \$2,000 US Dollars, provided such funds are previously deposited with an authorized representative or at the offices of **THE COMPANY**.

This benefit is not a loan, and the service may only be used to transfer funds once from one location to another.

- h) **EMERGENCY TRAVEL AGENCY.-** Upon request of **THE BENEFICIARY**, **THE COMPANY** will make domestic hotel and airline reservations in Mexico.
- i) **COORDINATION TO FILE A LOST LUGGAGE AND PERSONAL ITEMS CLAIM.-** In the event of loss or theft of luggage and legal personal items of BENEFICIARY, **THE COMPANY** shall assist them over the phone to file a claim with authorities. If such belongings are recovered, **THE COMPANY** will assume the cost of shipping to the place where **THE BENEFICIARY** are located or to the place of permanent residence.

4.- OF THE MINORS IN A TRAVELING FAMILY.-

This paragraph will apply to the Personal Legal Assistance, Medical Assistance and Travel Assistance services of this General Conditions, it's not another different service.

The first two minor dependent children between the ages of 14 days and up to 17 years of age of the families that purchase this contract will receive all the benefits without additional cost if both parents purchase it. Any other minor children or anyone over the age of 17 will need to purchase an additional contract.

For the purposes of this contract, MINOR DEPENDENT CHILDREN are:

- Children under the age of 17
- Biological or adopted children or
- Children for which traveling adult(s) are legal guardians.
- Children under custody by court order.

5. - OF THE OBLIGATIONS OF THE BENEFICIARY.- THE BENEFICIARY will be subject to the following obligations.-

- a) **NOTIFY THE COMPANY.-** It will be the obligation of **THE BENEFICIARY** to request Assistance or Coordination of services to **THE COMPANY** by calling 01 800 837 2036 toll free while in Mexico or 5636-2740 from Mexico City or collect or 1 877 232 07 85 from the USA and prior to leaving Mexico or incurring in any expense.
- b) **REQUEST ASSISTANCE.-** In the event of a situation where assistance is needed and before any other action , **THE BENEFICIARY** should contact **THE COMPANY** by calling 01 800 837 2036 toll free while

in Mexico or 5636-2740 in Mexico City or collect or 1 877 232 07 85 from the USA and prior to leaving Mexico and provide the following information:

1. Place where they are located. Call back telephone number where **THE COMPANY** may reach **THE BENEFICIARY** or representative as well as all the information required by company operator.
 2. Full name, contract number and term of contract.
 3. Detailed description of the problem for which assistance is required.
 4. Abstain from incurring in any expenses or coordinating or requesting any services to providers other than those assigned an authorized by **THE COMPANY**.
- c) **PRECAUTIONS OR SAFETY MEASURES.** - **THE BENEFICIARY** is obliged to perform all necessary actions to prevent or reduce all situations that would risk the need of assistance.
- d) **CLAIMS.** - Any claim in relation to an assistance situation should be filed within 30 calendar days of the occurrence.
- e) **REFUNDS.** - In order for **THE BENEFICIARY** to request and obtain a refund for any expenses incurred as a result of a covered benefit, which has been authorized by **THE COMPANY** he/she must submit all the documentation required by **THE COMPANY**. Refunds will only be considered and processed when **THE COMPANY** has been at fault for not providing services for a covered benefit. Refunds will also be considered and processed when **THE BENEFICIARY** has incurred in expenses before obtaining authorization from **THE COMPANY** for services or covered benefits in life threatening or “force majeure” (extraordinary event or circumstance beyond the control) situations. Furthermore, it will be necessary to present all refund requests within two months of incurring in the expense and all invoices correspond to the current fiscal year.

The requirements for processing refunds are:

ALL INVOICES should be made to:

Vial Assist, S.A. de C.V.

R.F.C.: VAS 060220597

Av. Insurgentes Sur 688 Piso 7

Col. Del Valle

México, D.F. 03100

IMPORTANT: If the service provider already issued a receipt, before requesting a refund to **THE COMPANY**, **THE BENEFICIARY** must contact the issuer and request an INVOICE by providing the information above.

All original documentation for a Refund should be sent to our control office (certified mail or courier is recommended) at:

Vial Assist c/o Integra Asistencia

Ave. 4 # 25 Segundo Piso

Fracc. Industrial Alce Blanco

Naucalpan, Edo. México 53370

Please include the case number which will be provided by **THE COMPANY** operator, all original invoices and copy of your assistance contract. Also include a letter requesting the refund and a brief explanation of the events leading to the need for assistance and refund request. **THE COMPANY** will need a telephone contact number, email, address and banking information to deposit your refund:

Name of Account Holder
Bank Name
Bank Address
Account Number
Routing Number or Swift Code

Under no circumstances will Air Ambulance expenses be refunded by Company, only in life threatening situations.

6. - OF THE ASSISTANCE SERVICES EXCLUSIONS

The following will be cause of exclusion:

- a) EVENTS OCCURRING DURING A TRIP OR VACATION MADE BY **THE BENEFICIARY** AGAINST MEDICAL ADVISE OR RECOMENTATION.
- b) WHEN **THE BENEFICIARY** CAUSES **THE COMPANY** TO COMMIT AN ERROR DUE TO FALSE OR INEXACT INFORMATION WITH THE PURPOSE OF COMMITTING FRAUD, FOR WHICH **THE COMPANY** ALSO RESERVES THE RIGHT TO DENY SERVICE AND REPORT THE INCIDENT TO THE AUTHORITIES.
- c) IF **THE BENEFICIARY** FAILS TO PROVIDE TRUE AND ACCURATE INFORMATION WHICH WOULD RESULT IN THE IMPOSSIBILITY OR DELAY TO PROVIDE THE NECESSARY ASSISTANCE.
- d) **THE BENEFICIARY** SHALL NOT BE ENTITLED TO REIMBURSEMENT OF ANY EXPENSES FOR SERVICES REQUESTED WITHOUT PRIOR AUTHORIZATION FROM **THE COMPANY** AND WHEN THE REIMBURSEMENT REQUEST DOES NOT COMPLY WITH THE REQUIREMENTS AFOREMENTIONED.
- e) IF BENEFICIARY FAILS TO EVIDENCE PERSONALITY OR LEGAL CAPACITY.
- f) IF BENEFICIARY FAILS TO COMPLY WITH THE OBLIGATIONS STATED IN THE CONTRACT.
- g) **THE COMPANY** SHALL NOT BE LIABLE FOR ANY DELAY OR NONCOMPLIANCE DUE TO "FORCE MAJEURE" OR EXTRAORDINARY EVENTS OR CIRCUMSTANCES BEYOND THE CONTROL OF THE PARTIES OR OTHERWISE ALSO KNOWN AS "ACTS OF GOD".
- h) NETWORK ASSISTANCE PROVIDERS MAY BE INDEPENDENT CONTRACTORS, THEREFORE **THE COMPANY** SHALL BE ONLY LIABLE FOR PROVIDING THE SERVICES IN ACCORDANCE WITH THE BENEFITS AND PROVISIONS OF THIS CONTRACT, AND IN NO EVENT **THE COMPANY** SHALL BE LIABLE FOR ANY DEFICIENCY INCURRED BY SUCH PROVIDERS, NOTWITHSTANDING THAT THEY MAY BE SELECTED BY **THE COMPANY**, AND HAVE THE APPROPRIATE SKILLS AND COMPETENCE ACCORDING TO THE SERVICE LEVEL OF THE PLACE, TIME AND CIRCUMSTANCE UNDER WHICH THE SERVICES ARE PROVIDED.
- i) SERVICES WILL ALSO BE EXCLUDED OR DENIED IF NEED FOR SERVICES ARE DIRECTLY OR INDIRECTLY ARISING FROM:
 - 1. Strikes, war, foreign invasion or hostilities (declared war or not), rebellion, civil war, insurrection, terrorism, popular uprising, marches, radioactivity or similar beyond control.
 - 2. Self-inflicted injuries, suicidal attempts or aiding in suicide or criminal activity by BENEFICIARY.
 - 3. Mental, psychiatric or psychological illnesses.
 - 4. Pathological effects on adults or minors caused by the consumption of toxic substances, drugs and/or illegal or legal medication (unless under prescription).
 - 5. Ill intentioned or criminal activities.
 - 6. Traveling pregnant women: Transfer or transportation services will not be provided to women within the last 90 days of pregnancy.
 - 7. Accidents or illnesses resulting from professional or official sporting competitions.
 - 8. IF **THE BENEFICIARY** becomes a fugitive or leaves the scene of an accident.

Mexpro Assist®

**CONDICIONES
GENERALES DEL SERVICIO**

De los beneficios de asistencia legal personal,
médica, y en viajes

(En Español)

EL BENEFICIARIO, tendrá derecho a los beneficios que haya contratado previamente a su viaje por la República Mexicana; los cuales pueden ser Asesoría Legal Personal, Asesoría Legal Personal y Asistencia en Viajes, o bien, Asesoría Legal Personal, Asistencia en Viajes y Asistencia Médica.

A continuación se describen las Condiciones bajo las cuales se otorgarán los mencionados beneficios:

1.- DEL SERVICIO DE ASISTENCIA LEGAL PERSONAL.

Por éste servicio **LA COMPAÑÍA** a través de su red de abogados brindará a **EL BENEFICIARIO**, previa solicitud, los servicios de asesoría, defensa legal y/o primera atención en materia de delitos de robo o asalto, por abuso de autoridad, secuestro, por pérdida de pertenencias personales, así como en caso de trámites ante migración y consulado; durante las 24 hrs. del día los 365 días del año, en toda la República Mexicana, ante las autoridades correspondientes.

A. REQUISITOS PARA PROPORCIONAR LA ASISTENCIA LEGAL PERSONAL.

Este servicio operará a favor de **EL BENEFICIARIO**, quien recibirá asesoría y orientación legal vía telefónica por parte de abogados especialistas, teniendo a la mano su documentación.

En caso de ocurrir un hecho por el que se requieran de los servicios de un Abogado por algún delito de **robo, asalto, abuso de autoridad y secuestro**, se realizará lo siguiente:

- a) Dar aviso a **LA COMPAÑÍA** tan pronto como se tenga conocimiento del hecho, salvo caso de fuerza mayor, en el que se deberá comunicar tan pronto desaparezca el impedimento.
- b) Por su seguridad, no declarar ante la Autoridad hasta en tanto no esté presente el abogado de **LA COMPAÑÍA**.
- c) En caso de iniciarse Averiguación Previa ante el Ministerio Público, **EL BENEFICIARIO** proporcionará los elementos necesarios para la ubicación y localización del responsable, así como cooperar para el seguimiento del asunto, acudiendo ante la autoridad respectiva cuantas veces sea citado.
- d) Abstenerse de realizar arreglos o gastos sin autorización de **LA COMPAÑÍA**.
- e) Dar aviso oportuno al Abogado y a la Autoridad competente de cambios de domicilio de **EL BENEFICIARIO** o cuando reciba o se entere de algún citatorio de la autoridad.
- f) Presentarse ante la autoridad competente cuantas veces sea requerido o citado.
- g) Dar aviso inmediato a **LA COMPAÑÍA** y entregar en sus oficinas cualquier notificación, requerimiento o reclamación que reciba **EL BENEFICIARIO**.
- h) **LA COMPAÑÍA** brindará el servicio siempre y cuando proceda el servicio amparado.

B. DE LA ASISTENCIA LEGAL PERSONAL

LA COMPAÑÍA brindará los servicios de asistencia al tenor de los siguientes términos:

I.- DURACION DE LOS SERVICIOS.- La duración de los servicios de asistencia será por el período indicado en la carátula del Contrato.

II.- ASISTENCIA POR ROBO O ASALTO.- La asistencia por robo o asalto se brindará en los siguientes términos:

LA COMPAÑÍA se compromete a asesorar y asistir jurídicamente dentro del Territorio de la República Mexicana las 24 horas de los 365 días del año, a **EL BENEFICIARIO** que haya sufrido un robo o asalto con violencia física o moral.

LA COMPAÑÍA se responsabilizará, sin límite, del pago de honorarios y gastos legales que se originen por las gestiones a que se refiere el párrafo anterior.

III.-ASISTENCIA POR PÉRDIDA O ROBO DE PERTENENCIAS PERSONALES.- La asistencia por pérdida o robo de pertenencias personales consistirá en:

En caso de robo o extravío del equipaje o efectos personales de **EL BENEFICIARIO**, **LA COMPAÑÍA** le asesorará para la denuncia de los hechos y le ayudará en su búsqueda.

Si los objetos fuesen recuperados, **LA COMPAÑÍA**, se hará cargo de su reexpedición hasta el lugar donde se encuentre el Beneficiario o hasta su lugar de residencia permanente.

IV.- ASISTENCIA LEGAL POR ABUSO DE AUTORIDAD.- La asistencia por abuso de autoridad consiste en:

LA COMPAÑÍA brindará asesoría legal telefónica las 24 hrs. los 365 días. A **EL BENEFICIARIO** sobre sus derechos dentro del Territorio Nacional y en caso de que **EL BENEFICIARIO** sufra de un abuso de autoridad **LA COMPAÑÍA** asignará a un abogado para levantar un acta denuncia ante las autoridades competentes.

Este Beneficio está limitado a 1 (uno) evento al año durante la vigencia del certificado y/o contrato.

V.- ASISTENCIA LEGAL EN TRÁMITES ANTE MIGRACIÓN Y CONSULADO.- La asistencia en trámites ante Migración y Consulado consiste en:

En caso de que **EL BENEFICIARIO** requiera de asesoramiento legal, **LA COMPAÑÍA** se obliga a ponerlo en contacto con un Abogado o gestor, quien le brindará asesoría telefónica y primera atención, sobre los diversos trámites y procedimientos legales ante Migración y/o Consulado,

En caso de ser necesario, **LA COMPAÑÍA** le asignará un abogado o gestor para que realice los trámites legales ante el Consulado y/o Migración.

Los gastos derivados por este servicio correrán a cargo de **EL BENEFICIARIO**.

VI.- ASESORÍA EN CASO DE SECUESTRO.- La asistencia en el delito de Secuestro consiste en:

LA COMPAÑÍA brindará la asesoría telefónica legal y primera atención legal sobre los procedimientos que deben seguir los familiares de **EL BENEFICIARIO** ante las autoridades locales y/o consulares. Asimismo una vez terminado el riesgo de privación ilegal de libertad de **EL BENEFICIARIO**, se pondrá a disposición de éste, un abogado para levantar la denuncia correspondiente.

Para este servicio **LA COMPAÑÍA** no intervendrá ni se hará responsable por los pagos o gastos que se deriven de las negociaciones o del rescate que se derive del secuestro

VII. DE LAS EXCLUSIONES DEL SERVICIO DE ASISTENCIA LEGAL PERSONAL

Serán causas excluyentes de los servicios de asistencia, los siguientes:

- a) CUANDO **EL BENEFICIARIO** NO PROPORCIONE INFORMACIÓN VERAZ Y OPORTUNA, QUE POR SU NATURALEZA NO PERMITA ATENDER DEBIDAMENTE LA SITUACIÓN.
- b) **EL BENEFICIARIO** NO TENDRÁ DERECHO AL REEMBOLSO DE GASTOS POR SERVICIOS SOLICITADOS SIN PREVIA AUTORIZACIÓN DE **LA COMPAÑÍA**.
- c) CUANDO **EL BENEFICIARIO** NO ACREDITE SU PERSONALIDAD COMO DERECHOHABIENTE DEL SERVICIO DE ASISTENCIA.
- d) CUANDO **EL BENEFICIARIO** INCUMPLA CUALESQUIERA DE LAS OBLIGACIONES INDICADAS EN ESTE CONTRATO.
- e) **LA COMPAÑÍA** NO SERÁ RESPONSABLE DE LOS RETRASOS O INCUMPLIMIENTOS DEBIDOS A CAUSAS DE FUERZA MAYOR O A LAS CARACTERÍSTICAS ADMINISTRATIVAS O POLÍTICAS DEL LUGAR EN QUE DEBAN PRESTARSE LOS SERVICIOS.
- f) QUEDAN EXCLUIDOS CUALQUIER TIPO DE PAGO PARA EL PAGO DE RESCATE O NEGOCIACIONES EN CASO DE SECUESTRO.
- g) QUEDAN EXCLUIDOS LOS SERVICIOS CUANDO SEAN DERIVACIÓN DIRECTA O INDIRECTA DE:
 - 1. Huelgas, guerra, invasión, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radioactividad o cualquier otra causa de fuerza mayor.
 - 2. Autolesiones, intentos de suicidio, suicidio o participaciones del usuario y/o del vehículo amparado en actos criminales.
 - 3. Enfermedades psiquiátricas, psicológicas o de enajenación mental.
 - 4. Efectos patológicos, por el consumo de tóxicos, drogas, o fármacos menores o mayores, ya sean legales o ilegales (salvo por prescripción médica).

2.- DE LA ASISTENCIA MÉDICA

En caso de que **EL BENEFICIARIO** haya contratado esta cobertura y se encuentre especificada como amparada en la carátula del Contrato, **LA COMPAÑÍA** brindará los servicios de asistencia al tenor de los siguientes términos:

I.- DURACION DE LOS SERVICIOS.- La duración de los servicios de asistencia será por el período indicado en la carátula del Contrato.

II.- ASISTENCIA MÉDICA.- La asistencia médica consistirá en:

- a) **REFERENCIAS MÉDICAS EN TODA LA REPUBLICA MEXICANA LAS 24 HORAS DEL DIA.-** Cuando **EL BENEFICIARIO** necesite asistencia médica, no considerada de emergencia, el Equipo Médico de **LA COMPAÑÍA**, le aconsejará vía telefónica sobre cuales son las medidas que en cada caso se deban tomar. El Equipo Médico de **LA COMPAÑÍA** no emitirá un diagnóstico, pero a solicitud del **EL BENEFICIARIO** y con cargo del mismo, pondrá los medios necesarios para la obtención de un diagnóstico, ya sea: Por una visita personal de un médico o concertando una cita con un médico en un centro hospitalario que será pagado por **EL BENEFICIARIO**. **LA COMPAÑÍA** proporcionará este servicio en las principales ciudades de la República Mexicana. En los demás lugares, **LA COMPAÑÍA** hará lo posible por ayudar a **EL BENEFICIARIO** a contactar con un médico u hospital, con la mayor celeridad. **LA COMPAÑÍA** no será responsable con respecto a ninguna atención o falta de ella cometida por dicho Médico o Instituciones Médicas.

- b) **COORDINACIÓN MÉDICA.-** Cuando **EL BENEFICIARIO** requiera Asistencia Médica, el Equipo Médico de **LA COMPAÑÍA**, previa solicitud y con cargo a éste, Coordinará vía telefónica la Atención Médica ya sea:

1. Concertando una cita con un médico o especialista, en su consultorio.
2. La visita personal de un médico especialista a **EL BENEFICIARIO**, o
3. La revisión o consulta en un centro hospitalario de especialidades.

LA COMPAÑÍA, no emitirá un diagnóstico pero a solicitud de **EL BENEFICIARIO** y con cargo a éste, pondrá los medios necesarios para su atención.

LA COMPAÑÍA proporcionará este servicio en las principales ciudades de la República Mexicana. En los demás lugares hará lo posible por ayudar a **EL BENEFICIARIO** o a contactar a un médico u hospital, con la mayor celeridad.

LA COMPAÑÍA no será responsable con respecto a ninguna atención o falta de ella cometida por dichos médicos o instituciones médicas.

Este beneficio es sin límite de eventos.

- c) **TRASLADO MÉDICO TERRESTRE.-** En caso de que **EL BENEFICIARIO** sufra una enfermedad o accidente que le provoque lesiones o traumatismos tales que el Equipo Médico de **LA COMPAÑÍA**, en contacto con el médico que lo atienda, recomienden su hospitalización, **LA COMPAÑÍA** gestionará y cubrirá el costo del traslado de **EL BENEFICIARIO** al centro hospitalario más cercano que resulte apropiado para el tratamiento requerido, en ambulancia terrestre hasta un límite máximo hasta un límite máximo de **\$115 USD**, con un máximo de 2 (dos) eventos al año. Si fuera necesario por razones médicas, se realizará dicho traslado bajo supervisión médica.
- d) **TRASLADO MÉDICO AEREO DE EMERGENCIA.-** En caso de accidente o enfermedad grave de **EL BENEFICIARIO** durante la vigencia de este certificado y/o la póliza, **LA COMPAÑÍA** organizará, coordinará y cubrirá el costo del traslado al hospital más cercano y apropiado, de acuerdo con el diagnóstico del médico tratante y el equipo médico de **LA COMPAÑÍA** según la naturaleza de las heridas o la enfermedad, por ambulancia aérea 1 (uno) servicio durante la vigencia este certificado y/o contrato.

El traslado aéreo se llevará a cabo siempre y cuando en la localidad en donde se encuentre el paciente, no se tenga la infraestructura mínima para atención médica y se requiera el desplazamiento a otra localidad que si cuente con todos los recursos físicos y personal médico requeridos según sea el caso.

En situaciones de peligro de muerte, el beneficiario o su representante deberá actuar siempre con la máxima celeridad para organizar el traslado del enfermo o accidentado al hospital mas cercano del lugar donde se haya producido la enfermedad o accidente, con los medios mas inmediatos y apropiados, o tomar las medidas mas oportunas y tan pronto como le sea posible (5 días naturales como máximo) contactará con la cabina de atención telefónica de **LA COMPAÑÍA** para notificar la situación y poder aplicar el reembolso del que corresponda, con base a comprobación que se envíe a **LA COMPAÑÍA** para ello.

En caso de que **LA COMPAÑÍA** no cuente con un proveedor para la asignación de este servicio o en situaciones de peligro de muerte, **EL BENEFICIARIO** podrá solicitar el reembolso que resulte aplicable siempre y cuando se proporcione la comprobación correspondiente por la contratación de este servicio hasta por un límite máximo de **\$3,000 USD**.

e) **REPATRIACION DESPUES DEL TRATAMIENTO.-** Por indicación del médico tratante y bajo previo acuerdo del equipo médico de **LA COMPAÑIA**, ésta pondrá a disposición de **EL BENEFICIARIO**:

1. Un boleto de ida en la clase adquirida para que continúe su viaje siempre y cuando el boleto original de transporte ya no tenga validez y cuando el monto total para la continuación de su viaje no exceda el del regreso a su domicilio.
2. bien un boleto en la clase adquirida para que regrese al domicilio permanente, siempre y cuando el boleto original de transporte ya no tenga validez.
3. **LA COMPAÑIA** organizará y tomará a su cargo los gastos de repatriación de **EL BENEFICIARIO** por el medio de transporte más adecuado (camilla, asiento extra), por indicación del medico tratante y bajo previo acuerdo del medico de **LA COMPAÑIA** siempre y cuando este no pueda regresar a su lugar de residencia habitual como pasajero normal o no pueda utilizar los medios inicialmente previstos.

Para poder otorgar este servicio será necesario que sea autorizado previamente por **LA COMPAÑIA**, en caso contrario la compañía no esta obligada a pagar un reembolso por los servicios antes mencionados.

f) **BOLETO REDONDO Y GASTOS DE HOSPEDAJE PARA UN FAMILIAR.-** En caso de hospitalización de **EL BENEFICIARIO** por causa de accidente o enfermedad y de que su hospitalización se prevea de una duración superior a 5 (cinco) días, **LA COMPAÑIA** gestionará y cubrirá el costo de un boleto de ida y vuelta (clase económica con origen en la ciudad de residencia permanente de **EL BENEFICIARIO**) a una persona designada por **EL BENEFICIARIO**, a fin de acudir al lugar en donde se encuentre hospitalizado **EL BENEFICIARIO** su lado, además **LA COMPAÑIA** organizará y cubrirá los gastos de hospedaje de la persona designada hasta un máximo de \$ 60 USD por día, durante 5 (cinco) días naturales máximo. Lo anterior en caso de que **EL BENEFICIARIO** haya viajado con menores de edad o con alguna persona que sea incapaz de poder hacerse cargo del cuidado de **EL BENEFICIARIO**

Si **EL BENEFICIARIO** falleciera, para efectos de recoger el cuerpo y efectuar los trámites correspondientes, **LA COMPAÑIA** cubrirá la misma prestación, consignada en el párrafo anterior.

g) **PAGO DE REGRESO O CONTINUACIÓN DE VIAJE DE ACOMPAÑANTES.-** Si **EL BENEFICIARIO** por accidente o enfermedad es hospitalizado o en caso de su fallecimiento, **LA COMPAÑIA** proporcionará el traslado de los acompañantes a la ciudad de residencia permanente de **EL BENEFICIARIO**, de ser necesario o en el caso de tratarse de menores de edad, estos serán acompañados de una persona adulta.

LA COMPAÑIA organizará y cubrirá los gastos de transporte de los acompañantes, boleto de regreso en tarifa económica a su lugar de residencia permanente, en el medio de transporte terrestre o aéreo disponible en el lugar del accidente o enfermedad. O bien, organizará y tomará a su cargo los gastos de la continuación del viaje al lugar originalmente previsto, siempre y cuando el monto por este concepto no sea mayor al de regreso a la ciudad de residencia permanente de **EL BENEFICIARIO** y en ambos casos el boleto original de transporte ya no tenga validez.

Para poder otorgar este servicio será necesario que sea autorizado previamente por **LA COMPAÑIA**, en caso contrario la compañía no esta obligada a pagar un reembolso por los servicios antes mencionados.

h) **PAGO DE HOTEL POR CONVALECENCIA.- LA COMPAÑÍA** organizará y cubrirá los gastos necesarios para la prolongación de la estancia en un hotel escogido por **EL BENEFICIARIO** inmediatamente después de haber sido dado de alta del hospital, si esta prolongación es prescrita por el médico tratante y el equipo médico de **LA COMPAÑÍA**. Este beneficio será proporcionado siempre que se cumpla con los siguientes requisitos:

1. Que la convalecencia se inicie inmediatamente (el mismo día) después de haber sido dado de alta del Centro Hospitalario.
2. El monto de la compensación prevista en este servicio será de hasta **\$60 USD** diarios por **BENEFICIARIO** y hasta un máximo de 10 días consecutivos naturales.

i) **TRASLADO POR FALLECIMIENTO O ENTIERRO LOCAL.-** En caso de fallecimiento del **BENEFICIARIO**, **LA COMPAÑÍA** se encargará de llevar a cabo las gestiones necesarias para el traslado del cuerpo y asumirá los gastos del envío de los restos hasta el lugar de inhumación en el sitio de residencia permanente de **EL BENEFICIARIO**, o hasta donde la autoridad lo permita.

A petición del representante de **EL BENEFICIARIO**, **LA COMPAÑÍA** se hará cargo de la inhumación en el lugar donde se haya producido el deceso hasta el límite de la equivalencia del costo por traslado del cuerpo prevista en el párrafo anterior.

Para poder otorgar este servicio será necesario que sea autorizado previamente por **LA COMPAÑÍA**, en caso contrario la compañía no esta obligada a pagar un reembolso por los servicios antes mencionados.

j) **COORDINACIÓN PARA LA ASISTENCIA ODONTOLÓGICA POR EMERGENCIA.-** En el caso de que **EL BENEFICIARIO** sufra problemas agudos que requieran tratamiento odontológico de urgencia, **LA COMPAÑÍA** coordinará telefónicamente, una consulta con un especialista que le ayude con el tratamiento del dolor, infección y extracción de la pieza dental afectada. El costo del tratamiento correrá por cuenta de **EL BENEFICIARIO**.

k) **COORDINACIÓN PARA EL REEMPLAZO DE ANTEOJOS O LENTES DE CONTACTO.-** En caso de extravío o daño de los anteojos o lentes de contacto del **BENEFICIARIO**, **LA COMPAÑÍA** coordinará vía telefónica a **EL BENEFICIARIO** una cita con un optometrista para que le tome su graduación y se proceda al reemplazo de los lentes. El costo de los mismos correrá por cuenta de **EL BENEFICIARIO**.

3.- DE LA ASISTENCIA EN VIAJES

En caso de que **EL BENEFICIARIO** haya contratado esta cobertura y se encuentre especificada como amparada en la carátula del contrato, **LA COMPAÑÍA** brindará los servicios de asistencia al tenor de los siguientes términos:

I.-ASISTENCIA EN VIAJES.- La asistencia en viajes consistirá en:

j) **INFORMACIÓN TURÍSTICA.-** A solicitud de **EL BENEFICIARIO**, **LA COMPAÑÍA** proporcionará información relacionada con:

- Horarios de museos en la República Mexicana.
- Requerimientos de vacunas y visas en otros países.

- Estado del tiempo en la República Mexicana.
- Eventos deportivos y espectáculos en algunas ciudades de México.

k) **INFORMACIÓN DE VIAJES.- LA COMPAÑÍA** proporcionará por teléfono a **los BENEFICIARIOS** informaciones turísticas de todo el mundo, como:

- | | |
|------------------------------|-----------------------------|
| 1.-Agencia de Viajes | 8.- Centros Comerciales |
| 2.-Clima | 9.- Exhibiciones |
| 3.-Tipo de Cambio | 10.- Hoteles y Restaurantes |
| 4.-Principales Días Festivos | 11.- Museos y Galerías |
| 5.-Actividades Deportivas | 12.-Vida Nocturna |
| 6.-Boletos | 13.- Consejos Prácticos |
| 7.- Atracciones | |

LA COMPAÑÍA también podrá asistir a **los BENEFICIARIOS** a crear planes de viajes vacacionales en la República Mexicana y en el extranjero.

l) **INFORMACIÓN DEL US STATE TRAVEL ADVISORY DEPARTMENT.-** A solicitud del **BENEFICIARIO, LA COMPAÑÍA** remitirá a **EL BENEFICIARIO** información proporcionada por el US STATE TRAVEL ADVISORY DEPARTMENT, sobre alertas de viaje, anuncios públicos e información consular, durante su viaje por la República Mexicana.

m) **ENLACE CON EMBAJADAS Y CONSULADOS.-** A solicitud de **EL BENEFICIARIO, LA COMPAÑÍA** coordinará el enlace con las Embajadas y Consulados en México.

n) **SERVICIO DE COMUNICACIÓN URGENTE.-** En caso de una situación de emergencia, **LA COMPAÑÍA** vía telefónica mantendrá informados a los familiares, médico tratante o empresa sobre el estado del paciente. El costo de las comunicaciones correrá por cuenta de **LA COMPAÑÍA**.

En ningún caso **LA COMPAÑÍA** se hará responsable por el contenido, la veracidad y forma de las informaciones transmitidas.

Para este servicio no aplica el reembolso por gastos que se generen por llamadas telefónicas que no haya realizado directamente la compañía.

o) **COORDINACIÓN PARA DENUNCIAR Y RECUPERAR DOCUMENTOS PERDIDOS.-** En caso de pérdida o robo de documentos y artículos personales de **EL BENEFICIARIO, LA COMPAÑÍA** le asesorará vía telefónica para la denuncia de los hechos y le ayudará en su búsqueda. Si los objetos fuesen recuperados, **LA COMPAÑÍA** se hará cargo del reenvío hasta el lugar donde se encuentre **EL BENEFICIARIO** o hasta su residencia permanente.

p) **TRANSFERENCIA DE FONDOS.-**En caso de accidente o enfermedad de **EL BENEFICIARIO, LA COMPAÑÍA** realizará, previa solicitud de éste, una transferencia de fondos por un máximo de \$2,000.00 USD debiendo previamente depositarse la cantidad solicitada en nuestras oficinas o con nuestros representantes autorizados previamente por **LA COMPAÑÍA**.

Este servicio de ninguna manera significa un préstamo de dinero, únicamente el servicio es apoyar al a realizar una transferencia de su dinero de una plaza a otra.

q) **AGENCIA DE VIAJES DE EMERGENCIA.-** A solicitud de **EL BENEFICIARIO** y con cargo del mismo, **LA COMPAÑÍA** coordinará la reservación de vuelos y/o hoteles en la República Mexicana.

- r) **LOCALIZACIÓN DE EQUIPAJE Y EFECTOS PERSONALES.**- En caso de robo o extravío del equipaje o efectos personales del **BENEFICIARIO, LA COMPAÑÍA** le asesorará para la denuncia de los hechos y le ayudará en su búsqueda. Si los objetos fuesen recuperados, **LA COMPAÑÍA** se hará cargo del reenvío hasta el lugar donde se encuentre **EL BENEFICIARIO** o hasta su residencia permanente.

4.- DE LOS HIJOS MENORES DEPENDIENTES.

Este apartado será aplicable a los servicios de Asistencia Legal Personal, Asistencia Médica y Asistencia en Viajes de las presentes condiciones, por lo que no se entenderá como un servicio distinto.

Los dos primeros hijos menores entre los 14 días hasta los 17 años de edad de las Familias que adquieran este producto recibirán las coberturas contratadas sin costo cuando ambos padres la hayan adquirido. Otros hijos después de los de los dos primeros elegidos serán cobrados bajo la cuota de adulto. Así mismo los hijos mayores a 17 años (18 en adelante) deberán ser considerados como adultos.

Se entenderá como Hijos Menores Dependientes lo siguiente:

- Hijos menores de 17 años:
 - Aquellos que son hijos biológicos , adoptados legalmente, hijastros o;
 - Aquellos por los cuales se tiene una responsabilidad legal por un proceso de adopción.
 - Aquellos que están bajo custodia por orden judicial o en sentencia de divorcio (por disolución del vínculo matrimonial).

5. -DE LAS OBLIGACIONES GENERALES DEL BENEFICIARIO PARA LOS SERVICIOS DE Asistencia Legal Personal, Asistencia Médica y Asistencia en Viajes.

EL BENEFICIARIO tendrá las siguientes obligaciones:

- f) **AVISO A LA COMPAÑÍA.**- Será obligación de **EL BENEFICIARIO** solicitar la Asistencia o Coordinación de servicios a los números 01 800 837 2036 dentro de la República Mexicana sin costo, en el D.F. al 5636-2740, desde Estados Unidos al 1 877 232 07 85 o por cobrar a **LA COMPAÑÍA**.
- g) **SOLICITUD DE ASISTENCIA.**- En caso de una situación de asistencia y antes de iniciar cualquier acción, **EL BENEFICIARIO** deberá llamar por las siguientes líneas telefónicas 01 800 837 2036 dentro de la República Mexicana sin costo, en el D.F. al 5636-2740, desde Estados Unidos al 1 877 232 07 85 o por cobrar a la central de atención a **LA COMPAÑÍA** facilitando los datos siguientes:
5. El lugar donde se encuentra, número de teléfono donde **LA COMPAÑÍA** podrá contactar con **EL BENEFICIARIO** o su representante, así como todos los datos que el operador de asistencia le solicite.
 6. Su nombre, número de contrato y vigencia.
 7. Descripción detallada del problema que le aqueje y el tipo de ayuda que requiere.
 8. Abstenerse de realizar arreglos o gastos sin haber consultado a **LA COMPAÑÍA**.
- h) **PRECAUCIONES O MEDIDAS DE SEGURIDAD.**- **EL BENEFICIARIO** está obligado a ejecutar todos los actos que tiendan a evitar o disminuir las situaciones de exposición a riesgo de asistencia.
- i) **RECLAMACIONES.**- Cualquier reclamación relativa a una situación de asistencia deberá ser presentada dentro de los 30 días naturales de la fecha en que se produzca.

- j) **REEMBOLSOS.-** Para que **EL BENEFICIARIO** pueda reclamar y recibir reembolso de los gastos efectuados y autorizados por **LA COMPAÑÍA** deberá presentar toda la documentación requerida por **LA COMPAÑÍA** que acredite dichos gastos. Dichos reembolsos solamente procederán en caso de que no haya dado la asistencia por causa imputable a **LA COMPAÑÍA** o en caso de fuerza mayor como peligro de muerte. Asimismo, será necesario que el servicio no se haya realizado con una anterioridad de dos meses y que la factura del mismo corresponda al año fiscal en curso

Los requisitos para el trámite de dichos reembolsos son los siguientes:

Facturar a nombre de:

Vial Assist, S.A. de C.V.

R.F.C.: VAS 060220597

Av. Insurgentes Sur 688 Piso 7

Col. Del Valle

México, D.F. 03100

La documentación original para el Reembolso se debe de enviar a la atención de Mesa de Control a la siguiente dirección:

Ave. 4 # 25 Segundo Piso

Fracc. Industrial Alce Blanco

Naucalpan, Edo. México 53370

Incluyendo el número del reporte de Asistencia, anexando las facturas originales, copia de la carátula de póliza y/o del certificado de Asistencia (de nosotros). Elaborar carta reembolso incluyendo las razones por las cuales solicitan reembolso, teléfono y/o email de contacto y la información bancaria para el mismo:

Titular de la cuenta

Nombre del banco

Dirección del banco

Número de cuenta bancaria

ABA O Swift Code

Bajo ninguna circunstancia se harán reembolsos por concepto de Ambulancia Aérea a excepción del caso de peligro de muerte.

6.-DE LAS EXCLUSIONES GENERALES DE ASISTENCIA DE LOS SERVICIOS ASISTENCIA LEGAL PERSONAL, ASISTENCIA MÉDICA Y ASISTENCIA EN VIAJES

Serán causas excluyentes de los servicios de asistencia los siguientes:

- j) LAS SITUACIONES DE ASISTENCIA OCURRIDAS DURANTE VIAJES O VACACIONES REALIZADOS POR **EL BENEFICIARIO** EN CONTRA DE LA PRESCRIPCIÓN DE UN MÉDICO NO DAN DERECHO A LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA.
- k) CUANDO **EL BENEFICIARIO** HAGA CAER EN ERROR A **LA COMPAÑÍA** POR FALSA E INEXACTA DECLARACIÓN O CON EL PROPOSITO DE COMETER FRAUDE, POR LO QUE **LA COMPAÑÍA** SE RESERVA EL DERECHO DE BRINDAR CUALQUIER PRESTACIÓN DE SERVICIO O REEMBOLSO, ASÍ MISMO SERÁ DENUNCIADO ANTE LAS AUTORIDADES COMPETENTES.
- l) CUANDO **EL BENEFICIARIO** NO PROPORCIONE INFORMACIÓN VERAZ Y OPORTUNA, QUE POR SU NATURALEZA NO PERMITA ATENDER DEBIDAMENTE LA SITUACIÓN DE ASISTENCIA, O INCURRA EN FALSEDAD DE DECLARACIONES.
- m) **EL BENEFICIARIO** NO TENDRÁ DERECHO AL REEMBOLSO DE GASTOS POR SERVICIOS SOLICITADOS DIRECTAMENTE POR ÉSTE, SIN PREVIA AUTORIZACIÓN DE **LA COMPAÑÍA**.

- n) CUANDO **EL BENEFICIARIO** NO ACREDITE SU PERSONALIDAD COMO DERECHO HABIENTE DEL SERVICIO DE ASISTENCIA.
- o) CUANDO **EL BENEFICIARIO** INCUMPLA CUALESQUIERA DE LAS OBLIGACIONES INDICADAS EN LAS CONDICIONES GENERALES DE ESTE CONTRATO.
- p) **LA COMPAÑIA** NO SERÁ RESPONSABLE DE LOS RETRASOS O INCUMPLIMIENTOS DEBIDOS A CAUSAS DE FUERZA MAYOR O A LAS CARACTERÍSTICAS ADMINISTRATIVAS O POLÍTICAS ESPECIALES DEL LUGAR EN QUE DEBAN PRESTARSE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA.
- q) LOS PROVEEDORES QUE PRESTAN LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA SON, EN SU MAYOR PARTE, CONTRATISTAS INDEPENDIENTES, POR LO QUE, **LA COMPAÑIA** SERÁ RESPONSABLE POR LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ACUERDO CON LO ESTIPULADO EN ESTE CONTRATO, NO SERÁ EN NINGÚN CASO RESPONSABLE POR LAS DEFICIENCIAS EN QUE INCURRAN TALES PROVEEDORES, NO OBSTANTE QUE LOS MISMOS SEAN ELEGIDOS POR **LA COMPAÑIA** CON LA ADECUADA TITULACIÓN Y SEAN COMPETENTES SEGÚN LOS NIVELES DEL SERVICIO DEL LUGAR, MOMENTO Y CIRCUNSTANCIA EN QUE SE PRESTEN LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA.
- r) TAMBIÉN QUEDAN EXCLUIDOS LOS SERVICIOS CUANDO SEAN DERIVACIÓN DIRECTA O INDIRECTA DE:
 - 1. Huelgas, guerra, invasión de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radioactividad o cualquier otra causa de fuerza mayor.
 - 2. Autolesiones, intentos de suicidio, suicidio o participaciones del usuario y/o del Vehículo Amparado en actos criminales.
 - 3. Enfermedades psiquiátricas, psicológicas o de enajenación mental.
 - 4. Efectos patológicos, por el consumo en cualquier forma de tóxicos, drogas, o fármacos menores o mayores, ya sean legales ingeridos en exceso (salvo prescripción médica) o ilegales.
 - 5. Cualquier percance intencionado así como la participación en actos criminales.
 - 6. A mujeres embarazadas, no se cubrirán los servicios de traslado médico terrestre, durante los últimos noventa días antes de la fecha del parto.
 - 7. Todo tipo de accidentes, lesiones o enfermedades resultantes de actividades deportivo-profesionales, o en competencias oficiales.
 - 8. La fuga del usuario del lugar de los hechos.