Términos y Condiciones

viajero

Todo está cubierto

IMAS SERVICIOS

TERMINOS Y CONDICIONES

MAS SERVICIOS agradece su preferencia, en el presente documento encontrara las Condiciones Generales del producto que ha contratado, teniendo el detalle de las definiciones de Servicios y las Exclusiones, lo que le permitirá tener un mejor uso del mismo.

INTRODUCCIÓN

Todos los servicios proporcionados por este plan de asistencia, son cubiertos a través de **MAS SERVICIOS**, compañía cuyo objeto principal es el de proporcionar, entre otros, servicios de asistencia médica, jurídica y personal únicamente en casos de emergencias en el transcurso de su viaje nacional e internacional durante el periodo de vigencia del plan contratado.

ACEPTACIÓN DEL BENEFICIARIO.

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

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

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

Es claramente entendido y aceptado por el **Beneficiario** que los planes de **MAS SERVICIOS**, no constituyen bajo ningún motivo un seguro o producto afín, como tampoco es: un programa de seguridad social o de medicina pre-pagada, un servicio médico a domicilio o servicio médico ilimitado. Por lo tanto, no tienen como objeto principal la sanidad completa, ni el tratamiento definitivo de las dolencias del **Beneficiario.**

Los servicios de asistencia médica a ser brindados por **MAS SERVICIOS** se limitan expresa y únicamente a tratamientos de urgencia de cuadros agudos y están únicamente orientados a la asistencia primaria en viaje de eventos súbitos e imprevisibles donde se haya diagnosticado una enfermedad o condición médica clara, comprobable y aguda que impida la normal continuación de un viaje, siempre y cuando dicha enfermedad o condición médica no se encuentre en la lista de las exclusiones. Estos planes están diseñados para garantizar la recuperación primaria y normal e inicial del **Beneficiario** y las condiciones físicas que permitan una normal continuación de su viaje. No están diseñados ni se contratan ni se prestan para:

• Procedimientos médicos electivos

• Efectuarse chequeos médicos de rutina, ni chequeos que no hayan sido previamente autorizados por la Central de Servicios de Asistencia

• Adelantar tratamientos o procedimientos benignos o de larga duración

Toda asistencia o tratamiento cesará y no será responsabilidad de **MAS SERVICIOS** una vez que el **Beneficiario** regrese a su lugar de residencia o cuando expire el período de validez del plan elegido. La adquisición por parte de un **Beneficiario** de uno o más certificados no produce la acumulación de los beneficios ni del tiempo en ellas contempladas, en estos casos solo podrán aplicarse los topes establecidos en el certificado que primero haya sido emitido.

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

Por otra parte, una vez iniciada la vigencia del certificado, el **Beneficiario** no podrá hacer cambios ni ampliación del producto contratado, tampoco se procederá a la cancelación del certificado por ninguna razón, ni bajo ninguna circunstancia. Sin perjuicio de lo anterior, cuando el **Beneficiario** prolongue su viaje en forma imprevista, podrá solicitar la emisión de un nuevo certificado, **MAS SERVICIOS** se reserva el derecho de aceptar o negar esta renovación sin dar más explicaciones rigiéndose bajo las siguientes condiciones:

a. El **Beneficiario** no podrá solicitar la renovación de su certificado si ha hecho uso de cualquiera de los servicios de **MAS SERVICIOS** durante la vigencia del primer certificado.

b. El **Beneficiario** podrá renovar su certificado con un plan que tenga la misma cobertura del primero o mayor, no se extenderá con coberturas menor a la contratada originalmente.

c. El **Beneficiario** deberá solicitar autorización para la emisión de un nuevo certificado exclusivamente al agente emisor con el cual contrató la asistencia original o de haber sido comprado en página web, a través del formulario de “Contacto” en la misma, indicando la cantidad de días que desea contratar, el agente emisor está obligado a informar a **MAS SERVICIOS** que se trata de una extensión y solicitará la autorización para el nuevo período de contratación.

d. La solicitud de emisión de un nuevo certificado deberá efectuarse antes de la finalización de la vigencia del certificado original.

e. El **Beneficiario** deberá realizar el pago del nuevo certificado al momento de la emisión.

El nuevo plan de su servicio de asistencia en viajes y su correspondiente certificado emitido en las condiciones referidas en esta cláusula no podrá ser utilizado bajo ningún concepto, para iniciar o continuar el tratamiento y/o asistencia de problemas que ya hubieran surgido durante la vigencia del primer certificado original y/o anteriores o antes de la vigencia del nuevo plan y/o certificado, independientemente de las gestiones o tratamientos en curso hayan sido autorizados por **MAS SERVICIOS** o por terceros.

Toda asistencia médica tratada durante la vigencia del primer certificado pasará automáticamente a ser considerada como preexistencia durante la vigencia del segundo certificado y por lo tanto no será asumida por **MAS SERVICIOS**.

En caso que la solicitud se haga ya habiendo terminado la vigencia del certificado inicial o el pasajero ya se encuentre por fuera de su ciudad/país de origen al momento de la contratación, la renovación será expedida con 5 (cinco) días de carencia, únicamente tras haber recibido la agencia emisora/operadora turística y demás, autorización expresa de la Central de Servicios de Asistencia.

DEFINICIONES

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

Accidente: es el evento generativo de un daño corporal que sufre el **Beneficiario**, causado por agentes extraños, fuera de control y en movimiento, agentes externos, violentos y visibles y súbitos. Siempre que se mencione el término "accidente", se entenderá que la lesión o dolencia resultante fue provocada directamente por tales agentes e independientemente de cualquier otra causa. Los accidentes cuyo origen es debido a descuido, provocación o la falta de medidas de prevención por parte del **Beneficiario** se encuentran excluidos de toda asistencia. Si el daño corporal es producido como consecuencia de causas diferentes a las anteriores mencionadas, el **Beneficiario** tendrá cobertura hasta el monto de Asistencia Médica por Enfermedad del plan adquirido.

Catástrofe: Suceso infausto que altera gravemente el orden regular de las cosas, donde se ven implicadas numerosas personas.

Central de Servicios de Asistencia: Es la oficina que coordina la prestación de los servicios requeridos por el **Beneficiario** con motivo de su asistencia. Es igualmente el departamento de profesionales que presta los servicios de supervisión, control y coordinación que intervienen y deciden todos aquellos asuntos y/o prestaciones a brindarse o prestarse en virtud de las presentes condiciones generales que están relacionados con temas médicos.

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

Departamento Médico: Grupo de profesionales médicos de **MAS SERVICIOS** que intervienen y toman decisión en todos los asuntos y/o prestaciones brindadas o que vayan a brindarse de conformidad con las presentes Condiciones Generales.

Deportes Amateur: Es el practicado por aficionados, por ocio y/o actividades recreativas.

Deportes Profesionales: Es el practicado con o sin ánimo de lucro, realizado en cualquier tipo de competencia como intercolegiados, torneos, campeonatos, deportes que supongan un alto riesgo, entre otros.

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

Enfermedad Congénita: Patología presente o existente desde antes del momento de nacer.

Enfermedad Crónica: Todo proceso patológico continuo, repitente y persistente en el tiempo, mayor a 30 días de duración.

Enfermedad o Condición Médica Preexistente: todo proceso físico patológico que reconozca un origen o una etiología anterior a la fecha de inicio de la vigencia del plan o del viaje (o la que sea posterior) y que sea factible de ser objetivado a través de métodos complementarios de diagnóstico de uso habitual, cotidiano, accesible y frecuente en todos los países del mundo (incluyendo, pero no limitado a: Doppler, resonancia nuclear, magnética, Cateterismo, radiología, etc.). Se entiende por preexistencia toda enfermedad, o estado del cuerpo, o proceso conocido o no por el **Beneficiario**, que haya necesitado o requerido de un periodo de formación, o de una gestación, o de una incubación dentro del organismo del **Beneficiario** antes de haber iniciado el viaje. Ejemplos claros y comunes de preexistencias solo para citar algunos son: los cálculos renales o biliares, las obstrucciones de arterias o venas por coágulos u otros, enfermedades respiratorias como el asma, problemas pulmonares, enfisemas, el VIH, generalmente problemas relacionados con la tensión arterial, glaucoma, cataratas, nefritis, úlceras o enfermedades gástricas, enfermedades resultantes de deformaciones congénitas, micosis genitales, abscesos hepáticos, cirrosis, azúcar en la sangre, colesterol alto, triglicéridos altos, y otras. Los mismos requieren de un periodo de formación corto o largo, pero en todos los casos superior a unas horas de vuelo, reconociendo que dicho estado o proceso patológico existía dentro del organismo antes de subirse al avión o al medio de transporte en la fecha de la entrada en vigencia del servicio de asistencia, aun cuando la sintomatología se presente por primera vez después de haber iniciado el viaje.

Enfermedad o Condición Médica Recurrente: regreso, repetición u aparición de la misma enfermedad o condición luego de haber sido tratada.

Enfermedad o Condición Médica Repentina o Imprevista: Enfermedad pronta, impensada, no prevista, contraída con posterioridad a la fecha de inicio de vigencia del **Beneficiario** del servicio de asistencia médico para viajes **MAS SERVICIOS.**

Enfermedad Grave: Es una alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, manifestadas por síntomas y unos signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible es decir cualquier dolencia o lesión con secuelas permanentes o no permanentes que limiten parcialmente o impidan totalmente la ocupación o actividad habitual de la persona afectada, o la incapaciten para cualquier actividad y requiera o no la asistencia de otras personas para las actividades más esenciales de la vida.

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

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

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

Monto Máximo Global: La suma tope de gastos que **MAS** abonará y/o reembolsará al **Beneficiario** por todos los servicios brindados en virtud de las presentes Condiciones Generales, y según el producto de asistencia contratado.

Monto Máximo Global en caso de evento múltiple: La suma de gastos que **MAS** abonará y/o reembolsará a todos los **Beneficiarios** afectados en caso de que un mismo evento provoque lesiones o el fallecimiento de más de un **Beneficiario**, conforme a lo detallado en cada beneficio y las exclusiones generales de las presentes condiciones generales.

Paciente Estable: que no presenta variación de su estado de salud y suele hacer referencia a que los síntomas y signos no han cambiado recientemente.

Plan o Producto de Asistencia: Es el conjunto detallado de los servicios de asistencia en viaje ofrecidos, indicando una enumeración taxativa de las mismas y sus límites monetarios, cuantitativos, geográficos y de edad del **Beneficiario.**

Plazo o Período de Carencia: Intervalo de tiempo durante el cual no son efectivas las coberturas incluidas dentro del Plan. Dicho plazo se computa por días contados desde la fecha de inicio de vigencia del certificado, siempre que el **Beneficiario** ya se encuentre fuera del lugar de residencia habitual al momento de contratación.

Topes Máximos: Montos máximos de cobertura por parte de **MAS SERVICIOS**, indicados en el certificado para cada prestación y según el producto de asistencia contratado.

BENEFICIARIO / EDAD LÍMITE

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

Las prestaciones o beneficios del Plan respectivo los podrá recibir exclusivamente el **Beneficiario** y son intransferibles, por lo cual el mismo deberá comprobar y demostrar su identidad, presentar el certificado o carta correspondiente y documentos de viajes para determinar la vigencia y aplicabilidad de las prestaciones o beneficios solicitados.

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

VIGENCIA / VALIDEZ

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

Los planes en la categoría “Viajes Cortos”, tendrán una vigencia máxima de 90 días consecutivos de viaje, mientras que los planes “Larga Estadía”, tendrán una vigencia total de 365 días consecutivos de cobertura. Pasados estos períodos, el **Beneficiario** perderá todo beneficio de los servicios de asistencia contratados mientras esté en ese viaje.

Nota: los planes “Estudiantiles” sólo podrán ser adquiridos por personas que actualmente estén estudiando o que vayan a cursar algún estudio, por ello se solicitará un certificado o carnet de escolaridad, estudiantil o de aceptación a una institución educativa a la hora de solicitar asistencia.

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

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

El propósito del viaje nacional o internacional podrá ser turístico, por motivos de estudio o laboral, de acuerdo al plan contratado; en ningún momento podrá garantizar a personas que ejerzan una actividad profesional de alto riesgo. Si el motivo del viaje del **Beneficiario** fuese la ejecución de trabajos o tareas que involucren un riesgo profesional, por realizar tareas de alta especialización en donde se exponga la vida, se esté expuesto a sustancias peligrosas, al manejo de maquinarias pesadas o que funcionen con gases, presión de aire o fluidos hidroneumáticos, que requieran habilidades físicas especiales, o donde

se vea expuesto a peligro y como consecuencia de ello sufra un accidente o una enfermedad consecuencial, **MAS SERVICIOS** quedará eximido de toda responsabilidad de prestar sus servicios o asumir costos que se deriven de tales circunstancias, y en estos casos será obligación patronal de asumirlos a través de su plan de responsabilidad de riesgos profesionales. Esta normatividad aplica igualmente a aquellas personas que no estén ligadas laboralmente con una empresa y que actúan por su cuenta como trabajadores independientes o en situación migratoria o laboral ilegal.

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

1. Hasta ocho (8) días adicionales contados desde el día de finalización de vigencia del certificado, o
2. Hasta que se haya agotado la cobertura contratada, o
3. Hasta que el médico firme el alta del **Beneficiario** en el transcurso de los ocho (8) días de ampliación de cobertura

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

Nota: en los casos que el **Beneficiario** ya se encuentre en el/la ciudad/país destino y solicite la autorización para emitir un plan de asistencia en viajes, siempre y cuando la misma sea autorizada por la Central de Emergencia, dicho plan tendrá 5 días de carencia.

VALIDEZ GEOGRÁFICA

La cobertura geográfica será de carácter Nacional o Internacional dependiendo del certificado adquirido. Independientemente de donde se encuentre el **Beneficiario**, se le dará cobertura en caso de requerir asistencia de acuerdo al respectivo plan adquirido, de la siguiente manera:

La cobertura se dará a partir de los 80 kms. de distancia de la ciudad de residencia habitual. Se excluye en todo caso la ciudad de residencia habitual del **Beneficiario**.

PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR ASISTENCIA - CENTRALES DE ASISTENCIAS

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

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

República Mexicana: +52 800 953 1674
Resto del Mundo: +1 954 516 6976
USA (toll free): +1 800 391 0540
Whatsapp: +57 316 763 6033
Correo Electrónico: asistenciaviajero@masservicios.com.mx

Es obligación del **Beneficiario** siempre llamar y reportar la emergencia. En los casos en que el **Beneficiario** por fuerza mayor, si el problema de salud es grave, la necesidad de asistencia es urgente y/o usted no está en condiciones de llamar personalmente deberá y podrá hacerlo cualquier acompañante, amigo o familiar pero siempre la llamada o aviso deberá hacerse a más tardar dentro de las 24 horas de haber sucedido la emergencia. El no cumplimiento de esta norma acarrea la pérdida automática de cualquier derecho de reclamo de parte del **Beneficiario**.

Nota: el **Beneficiario** deberá comunicarse a los números indicados en su certificado de asistencia.

OBLIGACIONES DEL BENEFICIARIO

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

1. Solicitar y obtener la autorización de la Central de Servicios de Asistencia antes de tomar cualquier iniciativa o comprometer cualquier gasto en relación a los beneficios otorgados por el plan del certificado de asistencia. En los casos donde no se haya solicitado la autorización a la central ni se haya obtenido la autorización, no procederán reembolsos algunos, ni darán derechos a reclamos.

2. Queda claramente entendido que la notificación a la central resulta imprescindible, aun cuando el problema suscitado se encuentre totalmente resuelto, ya que **MAS SERVICIOS** no podrá tomar a su cargo el costo de ninguna asistencia sin el previo conocimiento y autorización de la Central de Servicios de Asistencia.

3. El **Beneficiario** acepta que **MAS SERVICIOS** se reserva el derecho de grabar y auditar las conversaciones telefónicas que estime necesarias para el buen desarrollo de la prestación de sus servicios. El **Beneficiario** acepta expresamente la modalidad indicada y manifiesta su conformidad por la eventual utilización de los registros como medio de prueba en caso de existencia de controversias respecto de la asistencia prestada.

4. Si el **Beneficiario** o una tercera persona no pudiera comunicarse por una circunstancia o razón involuntaria de fuerza mayor con la Central de Servicios de Asistencia antes de ser asistido, el **Beneficiario** o una tercera persona, con la obligación ineludible, deberá informar a más tardar dentro de las 24 horas de producido el evento. No notificar dentro de las 24 horas acarrea la pérdida automática de los derechos del **Beneficiario** a reclamar o solicitar indemnización alguna.

5. Aceptar y acatar las soluciones indicadas y recomendadas por la Central de Servicios de Asistencia y llegado el caso, consentir con la repatriación a su ciudad/país de origen cuando, según opinión médica, su estado sanitario lo permita y lo requiera.

6. Proveer la documentación que permita confirmar la procedencia del caso, así como todos los comprobantes originales de gastos a ser evaluados para su eventual reembolso por **MAS SERVICIOS** y toda la información médica (incluyendo la anterior al inicio del viaje), que permita a la central la evaluación del caso.

7. En todos aquellos casos en que **MAS SERVICIOS** lo requiera, el **Beneficiario** deberá otorgar las autorizaciones para revelar su historia clínica completando el Record Release Form que el centro médico solicitará firmar y devolverá por fax a la Central de Servicios de Asistencia. Asimismo, el **Beneficiario** autoriza en forma absoluta e irrevocable a **MAS SERVICIOS** a requerir en su nombre cualquier información médica a los profesionales tanto del exterior como del país de su residencia, con el objetivo de poder evaluar y eventualmente decidir sobre la aplicabilidad de las restricciones en casos de enfermedades o condiciones preexistentes o de la afección que haya dado origen a su asistencia. Recomendamos en forma especial a los **Beneficiarios** diligenciar siempre el Formulario cuando se registren en un centro hospitalario, eso será de gran ayuda en los casos de reembolsos y/o en la toma de decisiones sobre determinados casos que requieran del estudio del historial médico del paciente.

   Nota: En algunos países y principalmente en los Estados Unidos de Norteamérica y Europa, debido a razones de estandarización informática la mayoría de los centros médicos asistenciales tales como hospitales, consultorios, clínicas, laboratorios suelen enviar facturas y/o reclamos de pago a los pacientes atendidos, inclusive aun después de que las cuentas o facturas haya sido pagadas y saldadas. En caso de que ello ocurra, el **Beneficiario** deberá contactar la oficina de la Central de Servicios de Asistencias marcando los números proporcionados anteriormente o escribiendo a claims@wt-assist.com y notificar esta situación. La Central se encargará de aclarar dicha situación con el proveedor.

OBLIGACIONES ASUMIDAS POR MAS SERVICIOS

1. Cumplir las prestaciones y beneficios descritos en las Condiciones Generales de eventos cubiertos en el plan contratado durante la vigencia del certificado.

2. **MAS SERVICIOS** queda expresamente liberada, exenta y excusada de cualquiera de sus obligaciones y responsabilidades en caso de que el **Beneficiario** sufra algún daño o solicite asistencia a consecuencia y/o derivada de caso fortuito o de fuerza mayor, la cuales se citan a título de ejemplo y no taxativamente: catástrofes, sismos, inundaciones, tempestades, guerra internacional o guerra civil declaradas o no, rebeliones, conmoción interior, insurrección civil, actos de guerrilla o anti guerrilla, hostilidades, represalias, conflictos, embargos, apremios, huelgas, movimientos populares, lockout, actos de sabotaje o terrorismo, disturbios laborales, actos de autoridades gubernamentales, etc.; así como problemas y/o demoras que resulten por la terminación, interrupción o suspensión de los servicios de comunicación. Cuando elementos de esta índole interviniesen y una vez superados los mismos, **MAS SERVICIOS** se compromete a ejecutar sus compromisos y obligaciones dentro del menor plazo posible.

MAS SERVICIOS se obliga a analizar cada solicitud de reembolso para determinar si es procedente y en consecuencia reintegrar los montos que correspondieren de acuerdo a las presentes condiciones generales y montos de cobertura del Plan contratado. Todas las compensaciones y/o reintegros y/o demás gastos que vayan a asumirse por **MAS SERVICIOS**, en el marco del presente contrato, podrán ser abonados en moneda local.

Los tiempos establecidos para el procesamiento de un reembolso son:

a. El **Beneficiario** tiene hasta treinta (30) días continuos a partir del día finalización de la vigencia del certificado para presentar la documentación y respaldos necesarios para iniciar el proceso del reembolso. Después de ese plazo, no se aceptarán documentos para tramitar ningún reembolso.

b. Una vez recibidos los documentos, **MAS SERVICIOS** tiene hasta cinco (5) días continuos para solicitar cualquier documento faltante que no haya sido entregado por el **Beneficiario.**

c. Con todos los documentos necesarios en mano, **MAS SERVICIOS** procederá durante los siguientes quince (15) días hábiles a analizar el caso y emitir la carta de aprobación o negación de dicho reembolso.

d. Siendo procedente el reembolso, **MAS SERVICIOS** procederá a efectuar el pago en 15 días, posteriores a la fecha de recepción de los datos completos vía escrita para la realización de la transferencia.

Nota: Los reembolsos pagados directamente por **MAS SERVICIOS** pueden hacerse a través de transferencia bancaria, giro postal o cheque. **MAS SERVICIOS** asumirá los gastos generados por la agencia de giro postal, el envío del cheque, así como los cobros directos de su entidad bancaria; cargos adicionales realizados por el banco del **Beneficiario** serán cubiertos por el mismo.

MONEDA DE ALCANCES Y SERVICIOS

MAS SERVICIOS pone a su disposición los beneficios y sus límites de cobertura máximos en cada certificado contratado expresados en Dólares Americanos (USD) dependiendo del plan elegido y de su cobertura geográfica.

PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Algunos beneficios se encuentran incluidos solo en algunos productos **MAS SERVICIOS**. Verifique en su certificado los beneficios y topes contratados. Si en su certificado no figura algún ítem, es porque el producto por usted elegido no dispone de este servicio. Adicionalmente, de acuerdo al plan, la cobertura podrá ser compartida para 4 **Titulares** (pasajeros).

- **1.A ASISTENCIA MÉDICA POR ACCIDENTE / 1.B ASISTENCIA MÉDICA POR ENFERMEDAD**
- **Consultas Médicas:** Se prestarán en caso de accidente y enfermedad o condición médica aguda e imprevista no preexistente.

- **Atención por Especialistas:** Se prestará únicamente cuando sea indicada y autorizada por el Departamento Médico de la Central de Servicios de Asistencia de **MAS SERVICIOS** o por el médico tratante de la central.

- **Exámenes Médicos Complementarios:** Únicamente cuando sean indicados y previamente autorizados por el Departamento Médico de la Central de Servicios de Asistencia.

- **Internaciones:** De acuerdo a la naturaleza de la lesión o enfermedad, y siempre que el Departamento Médico de la Central de Servicios de Asistencia de **MAS SERVICIOS** así lo prescriba, se procederá a la internación del **Beneficiario** en el centro sanitario más próximo al lugar donde éste se encuentre. Este ítem aplicará únicamente al **Beneficiario** del plan de asistencia, y bajo ningún motivo se cubrirá cama y/o alimentación en el hospital o clínica para una persona acompañante.

- **Intervenciones Quirúrgicas:** Cuando sean autorizadas por el Departamento Médico de la Central de Servicios de Asistencia, en los casos de emergencia que requieran en forma inmediata tratamiento, y que no puedan ser diferidas o postergadas hasta el retorno del **Beneficiario** a su país de origen.

- **Terapia Intensiva y Unidad Coronaria:** cuando la naturaleza de la enfermedad o lesión así lo requiera, y siempre con la previa autorización del Departamento Médico de la Central de Servicios de Asistencia se autorizará este servicio.

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

1.B.1 ASISTENCIA MÉDICA POR COVID-19

Para el caso de **Beneficiarios** que presenten sintomatología relacionada al COVID-19, la Central de Asistencias coordinará la consulta médica pertinente, de acuerdo a los protocolos de seguridad y salud de cada país, cubriendo los gastos incurridos hasta el tope de cobertura indicado en el certificado. Los siguientes gastos estarán cubiertos bajo el mismo tope:

1.B.2 GASTOS DE RESPIRADOR MECÁNICO

Si el Departamento Médico, en conjunto con el médico tratante, considera necesario el uso de un respirador mecánico, la Central autorizará y cubrirá dicho gasto.

1.B.3 MEDICAMENTOS POR HOSPITALIZACIÓN POR COVID-19

Gastos Hospitalarios por COVID-19: En caso de requerir internación hospitalaria para estabilizar la condición del **Beneficiario**.

1.B.4/1.B.5/1.B.6 TRASLADO O REPATRIACIÓN SANITARIA/FUNERARIA Y REGRESO ANTICIPADO DEL TITULAR POR COVID.

Gastos de cambio de tiquete y/o traslado sanitario o funerario: Si el **Beneficiario** debe cambiar las fechas de su tiquete por ser diagnosticado con COVID-19, o por recomendación médica debe ser trasladado de regreso a su país de origen, o fallece y requiere ser repatriado; **MAS SERVICIOS** cubrirá los gastos de las penalidades, o diferencia tarifaría, dentro del mismo tope de cobertura de los gastos médicos.

Nota: El límite de edad es hasta los 70 años. El tope de cobertura por COVID-19 será hasta un máximo de USD 30.000 en planes internacionales y de USD 6.000 en viajes nacionales, sin exceder el tope de Asistencia Médica por Enfermedad no preexistente. Para gastos médicos no se contempla un periodo de espera mínimo para poder hacer uso de los beneficios.
Nota2: Para asistencias Nacionales el **Beneficiario** deberá estar afiliado a un plan de seguridad social en territorio Mexicano.

1.C PRIMERA ATENCIÓN MÉDICA POR DOLENCIAS PREEXISTENTES

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

Episodio agudo o evento no predecible, descompensación de enfermedades crónicas y/o preexistentes conocidas o previamente asintomáticas. Esta cobertura se proporciona exclusivamente para la atención médica primaria en el episodio agudo, o caso no predecible, la emergencia debe requerir la asistencia durante el viaje y no puede aplazarse hasta el retorno al país de residencia, la Central de Asistencias se reserva el derecho de decidir el tratamiento más adecuado de entre los propuestos por el personal médico y/o la repatriación a su país de residencia. La repatriación será una solución en los casos en los que los tratamientos requiere evolución a largo término, cirugías programadas o cirugías no urgentes, el **Beneficiario** está obligado a aceptar esta solución, perdiendo en caso de rechazo de la solución de todos los beneficios que ofrece el plan de asistencia.
Se excluye de este beneficio el inicio o la continuación de tratamientos, procedimientos diagnósticos, de investigación, o conducta diagnóstica y terapéutica, que no están relacionados con el episodio agudo e impredecible.

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

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

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

Obligaciones del **Beneficiario:**

1. El **Beneficiario** deberá seguir todas las instrucciones médicas dadas por el médico tratante asignado por **EL PROVEEDOR** y tomar todos los medicamentos de la forma prescrita y según se requiera.

2. Si el **Beneficiario** interesado en la contratación de un plan que incluya cobertura de asistencia de emergencia para condiciones preexistentes, sufren alguna(s) de las siguientes condiciones: cualquier tipo de cáncer, enfermedades del corazón, enfermedad pulmonar crónica y/o enfermedad hepática crónica, el **Beneficiario** debe consultar a su médico personal en su país de origen antes de iniciar el viaje y obtener confirmación por escrito que está en condiciones de viajar por todos los días previstos, el destino deseado y puede hacer sin inconvenientes todas las actividades programadas.

3. El **Beneficiario** no podrá iniciar el viaje después de recibir un diagnóstico terminal.

4. Para poder acceder a esta cobertura el **Beneficiario** deberá haber estado estable por más de 12 meses.

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

1.D MEDICAMENTOS AMBULATORIOS

En los límites de cobertura, **EL PROVEEDOR** se hará cargo de los gastos de los medicamentos recetados por el Médico Tratante de la Central de Servicios de Asistencia hasta los montos establecidos en los topes de cobertura del plan contratado. Los desembolsos realizados por el **Beneficiario** para la compra de medicamentos previamente autorizados por la Central de Servicios de Asistencia serán reintegrados, dentro de los límites de cobertura y una vez retornado al país de origen, y contra la previa presentación de los comprobantes originales de compra, de la copia original del dictamen o informe médico en donde indique claramente el diagnóstico recibido, así la fórmula o receta médica. Recomendamos a los **Beneficiarios** no olvidar solicitar estos documentos al médico tratante, la no presentación de estos documentos puede resultar en el no reembolso de los gastos.

Se deja constancia y se informa que los gastos de medicamentos por concepto de enfermedades preexistentes no serán asumidos por **EL PROVEEDOR**, así hayan sido diagnosticados por el Médico

Tratante de la Central de la Central de Servicios de Asistencia. Se encuentran también excluidos los medicamentos por tratamiento de enfermedades mentales o psíquicas o emocionales, aun en los casos en que la consulta médica haya sido autorizada por el Departamento Médico de **EL PROVEEDOR**.

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

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

1.E MEDICAMENTOS POR HOSPITALIZACIÓN

En caso de que el **Beneficiario** fuera hospitalizado a consecuencia de algún accidente o enfermedad no preexistente **MAS SERVICIOS** cubrirá los medicamentos que tengan relación directa con el motivo de la hospitalización referente a la atención médica brindada y vayan acorde con el diagnóstico otorgado por el Departamento Médico de la Central de Asistencia, hasta los límites indicados en su certificado.

Este servicio no tendrá validez si el diagnóstico es resultado de una enfermedad preexistente.

1.F MÉDICO A DOMICILIO

De acuerdo a las recomendaciones del Departamento Médico, y de la disponibilidad de proveedores, se coordinará el envío de un médico al domicilio del **Beneficiario**.

1.G ASISTENCIA MÉDICA TELEFÓNICA 24HRS

Los **Beneficiarios** de **MAS SERVICIOS** podrán recibir recomendaciones a través de conferencia telefónica y/o videoconferencia (sujeto a disponibilidad) con un profesional de la salud que brindará orientación sobre qué hacer para aliviar sus síntomas permaneciendo en su hogar, o se recomendará ser asistido en centros de urgencias o salas de emergencias, de acuerdo a la severidad de los síntomas que describen los mismos.

1.H ASISTENCIA PSICOLÓGICA

Teléfono de apoyo psicológico 24 horas para **Beneficiarios** que, a causa de repatriación sanitaria, fallecimiento de un familiar o catástrofe natural hayan sido afectados durante su viaje. Este servicio se presta como apoyo psicológico en momentos que pueden generar fuerte tensión emocional, en ningún caso podrá sustituir la atención directa del Psicólogo o Psiquiatra de los **Beneficiarios**, por lo que no debe utilizarse en ningún caso por parte de los mismos para establecer un diagnóstico o auto-medicarse, debiendo consultar con los referidos profesionales en cada caso particular.

1.I ASISTENCIA MÉDICA POR EMBARAZO

En caso de emergencia se cubrirá sólo la consulta desde la semana 13 hasta la semana 26. El beneficio aplica básicamente para las emergencias que se presenten durante el viaje, no se cubren exámenes ni controles rutinarios ni todas las complicaciones resultantes durante y después del embarazo.

Nota: el límite de edad para acceder al beneficio es mínimo de 19 años y hasta máximo 42 años de edad.

1.J PRÓTESIS Y ÓRTESIS

Solo se autorizará si debido a una emergencia o urgencia que ponga en riesgo la vida del **Beneficiario**, y por lo tanto el mismo deba ser hospitalizado y/o sometido a un procedimiento quirúrgico en donde el Departamento Médico de la Central, en conjunto acuerdo con el Equipo Médico que esté asistiendo al **Beneficiario**, indique que es necesario el uso de una prótesis u ortesis para salvaguardar la vida del paciente.

El equipo médico de **MAS SERVICIOS** se reserva el derecho de determinar la prótesis, órtesis, síntesis o ayuda mecánica a ser suministrada al **Beneficiario**. Quedan expresamente excluidos los gastos por prótesis odontológicas, audífonos, anteojos, lentes de contacto y prótesis funcionales de competición; como así también los gastos ocasionados por rotura, desgaste o mantenimiento de prótesis, órtesis, síntesis o ayudas mecánicas que resulten necesarios por el paso del tiempo o por algún motivo no accidental.

1.K ATENCIÓN POR ESPECIALISTA (INCLUYE PEDIATRA)

Se prestará asistencia médica por especialistas cuando ésta sea indicada o requerida por el equipo médico de urgencia y autorizada previamente por la Central de **MAS SERVICIOS** correspondiente.

Cuando el **Beneficiario** sea menor de 12 años y haya requerido asistencia médica, **MAS SERVICIOS** pondrá a disposición, a solicitud de los padres o adultos que acompañen al menor en su viaje, la posibilidad de una interconsulta telefónica con el pediatra de cabecera del menor en su país de origen. Se deja expresa constancia que dicha interconsulta será de carácter informativo, pero no será vinculante respecto al tratamiento médico a brindar, el cual será decisión del prestador médico interviniente.

1.L ASISTENCIA MÉDICA POR RIESGO DE TRABAJO

Esta cobertura se otorgará exclusivamente para **Beneficiarios** que cumplan con los requisitos migratorios para poder laborar en el país destino. Adicionalmente, la cobertura máxima será la indicada en el certificado.

A continuación, se relacionan, de manera enunciativa y no limitativa ni taxativa, las labores que se encuentran excluidas de cobertura:

- **Trabajos de Alto Riesgo:** Pilotos de carreras automovilísticas, trabajos de electricidad de alto voltaje, guardias de seguridad o actividades de defensa y/o repartidores motorizados.
- **Trabajos en Espacios Confinados:** Mineros, exploradores, perforaciones y/o producción petrolífera, trabajos en fosos, pozos, reactores, tanques, gasómetros, túneles y/o alcantarillas.
- **Trabajos en Alturas:** Trabajos a más de 4 metros de altura, trabajos para limpiar vidrios de edificios, pilotos o vuelos de exhibición, de propaganda o anuncios comerciales y/o acrobacias.
- **Trabajos en Caliente:** Trabajos de Oxicorte, esmerilado y pulido, metalurgia, pulvimetalurgia, forjado, descongelamiento de cañerías y/o aislación de techos por soplete.
- **Trabajos con Energías Peligrosas:** manipulación de electricidad de alto voltaje y riesgo, reparación instalación o mantenimiento en sistemas que transporten fluidos, gases o que operan con presión y arreglo de mecanismos atascados.
- **Trabajos con Gases, Vapores, Sustancias Químicas, Fumigaciones, Residuos biológicos y/o Cancerígenas**
- **Trabajos con Exposición a Radiaciones Ionizantes**
- **Trabajos de Carga Pesada:** Carga de elementos superior a 100 lb sin maquinaria y remolques aéreos.
- **Trabajos Subacuáticos**
- **Trabajos con Manipulación de Explosivos**

Bajo ningún motivo se cubrirán accidentes producidos por actividades laborales de alto riesgo, únicamente actividades que no estén relacionadas a los trabajos previamente indicados. Adicionalmente, es importante que los trabajadores hagan uso de los elementos de protección requeridos, de acuerdo a su actividad laboral.

1.M CHECK UP Ó EXAMEN DE LA VISTA HASTA 1 EVENTO (REEMBOLSO)

Este beneficio de Check Up O Examen de la vista se otorgará siempre y cuando el certificado esté vigente en el momento de su realización. Este beneficio de Check Up o Examen de la vista considera única y exclusivamente los siguientes estudios y exámenes, de entre los cuales el **Beneficiario** podrá elegir:

Exámenes de Laboratorio:
• Examen general de orina
• Química sanguínea
• Biometría hemática
• Electrolitos séricos
• Coproparasitoscópico
• Papanicolaou
• Antígeno prostático

• Perfil de lípidos
• Perfil hepático
• Colposcopia

Estudios de Imagenología:
• Telerradiografía de tórax
• Ultrasonido abdominal y pélvico

• Mastografía
• Densitometría Ósea

Otros Estudios de Gabinete:
• Prueba de esfuerzo
• Electrocardiograma
• Audiometría
• Pruebas de agudeza visual

• Examen de la vista

La responsabilidad de **MAS SERVICIOS** en ningún caso será mayor al importe del límite correspondiente a esta cobertura. Asimismo solo puede aplicar un examen de check up ó examen de la vista.

Proceso para solicitar el reembolso:

1. Haber llamado a la Central de Asistencia a solicitar la autorización para la realización de Check Up ó Examen de la vista.
2. Carta reclamación (donde el Beneficiario realice formalmente la solicitud del pago de la cobertura, indicando nombre, número de certificado, dirección, teléfono, ocupación, monto reclamado).
3. Factura original correspondiente al Check Up o Examen de la vista que se reclama, con desglose de la misma que indique precio por cada estudio realizado. En caso de ser digital, debe contener cadena original y podrá ser enviada por correo electrónico.
4. Copia de la identificación oficial vigente del Beneficiario que contengan foto y firma (INE, Pasaporte o Cédula Profesional).
5. Copia de resultado de los estudios realizados.

1.N ASISTENCIA MÉDICA POR ACCIDENTE EN LA PRÁCTICA DE DEPORTES

MAS SERVICIOS se hará cargo de los costos de atención resultantes de accidentes ocurridos de la práctica recreativa de alto riesgo, en competencias prácticas profesionales (hasta el tope de cobertura indicado en su voucher) de los siguientes deportes:
Esquí acuático, fútbol, ciclismo de velocidad en pista, curling, patinaje artístico sobre hielo, canojate en

canales ingleses, buceo autónomo (hasta 30 metros máximo), maratón, gimnasia artística, pony trekking, parascending, roller hockey, cabalgata libre, patinaje en hielo, hockey sobre césped, canotaje niveles 3 y 4, pesca con anzuelo en aguas costeras profundas, Artes marciales, esquí, fútbol galés, fútbol americano, hockey sobre hielo, patinaje de velocidad sobre hielo, patinaje de velocidad sobre pista corta, tobogganing, ciclomontañismo, montañismo, bobsleigh, alpinismo, roller derby, heli-skiing, salto ecuestre, carrera de caballos, competencia de equitación, gimnasia en trampolín, rafting niveles 4 y 5, Paracaidismo, parapente, esquí acrobático, esquí alpino, esquí de fondo, luge, esquí fuera de pistas, rafting por encima de nivel 5, canotaje nivel 5, alpinismo en montaña de hielo, motociclismo, automovilismo, rugby, BMX.

Nota: el límite de edad para los deportes extremos en cualquier categoría es de mínimo 15 años y máximo 75 años de edad.

SPORT/PRÁCTICA DE DEPORTES AMATEUR.

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

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

2.A ASISTENCIA ODONTOLÓGICA

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

3.A TRASLADO MÉDICO DE EMERGENCIA

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

cumplimiento de esta norma exime a **MAS SERVICIOS** de tomar a cargo la cobertura de dicho traslado.

3.B TRASLADO O REPATRIACIÓN SANITARIA

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

Cuando el Departamento Médico de **MAS SERVICIOS** en común acuerdo con el Médico Tratante estime necesario y recomiende la repatriación sanitaria, esta se efectuará en primera instancia por el medio de transporte disponible más conveniente para ello, y/o por avión de línea aérea comercial, en clase turista y sujeta a disponibilidad de cupo aéreo, hasta el aeropuerto de ingreso de la ciudad/país de residencia o de compra del certificado. **MAS SERVICIOS** se hará cargo del pago de las diferencias por cambio de fecha del pasaje o la compra de uno nuevo si el original se tratase de un tiquete sin posibilidad de cambio.

Esta asistencia comprende su transporte en ambulancia u otro medio de transporte que sea compatible con su estado de salud y aprobado por el Departamento Médico de **MAS SERVICIOS** desde el lugar de internación hasta su lugar de residencia, con la estructura de apoyo necesaria incluyendo camilla, sillas de rueda, caminador, acompañamiento médico, etc.

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

3.C TRASLADO O REPATRIACIÓN FUNERARIA

En caso de fallecimiento del **Beneficiario** durante la vigencia del certificado **MAS SERVICIOS** a causa de un evento no excluido en las condiciones generales. **MAS SERVICIOS** organizará y sufragará la repatriación funeraria tomando a su cargo los gastos de: féretro simple obligatorio para el transporte nacional o internacional, los trámites administrativos y el transporte del cuerpo por el medio que

consideren más conveniente hasta el lugar de ingreso a la ciudad/país de residencia habitual del fallecido, hasta el tope especificado en la tabla de beneficios.

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

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

MAS SERVICIOS quedará eximido de prestar los servicios y asumir los costos relativos al presente beneficio en caso que el fallecimiento del **Beneficiario** se origine por causa de un suicidio o fallecimiento por consecuencia de ingesta de alcohol o cualquier tipo de drogas, o por una enfermedad o condición médica preexistente, crónica, o recurrente.

4.A GASTOS DE HOTEL POR CONVALECENCIA

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

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

4.A.1 GASTOS DE HOTEL POR CONVALECENCIA POR COVID-19

Si la convalecencia se debe a que el **Beneficiario** tiene COVID-19, **MAS SERVICIOS** cubrirá los gastos de hotel, por el mismo monto máximo del plan dividido entre 15 días. Los gastos de hotel por cuarentena serán cubiertos siempre y cuando la reserva ya pagada por el **Beneficiario** haya finalizado.

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

4.B REGRESO ANTICIPADO POR FALLECIMIENTO DE UN FAMILIAR

Si el **Beneficiario** debiera retornar a su ciudad/país de residencia habitual por causa del fallecimiento de un familiar directo (padre, cónyuge, hijo o hermano) allí residente, **MAS SERVICIOS** se hará cargo de la

diferencia del costo del pasaje aéreo de regreso del **Beneficiario** a su ciudad/país de origen, únicamente cuando su pasaje sea de tarifa reducida por fecha fija o limitada de regreso. Esta asistencia deberá acreditarse mediante certificado de defunción del familiar y documento que acredite el parentesco.

4.C REGRESO ANTICIPADO POR SINIESTRO EN DOMICILIO

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

4.D ACOMPAÑAMIENTO DE MENORES DE 15 AÑOS

Si un **Beneficiario** viajara como única compañía de menores de quince (15) años también **Beneficiario** de un plan de asistencia **MAS SERVICIOS** y por causa de enfermedad o accidente constatado por el Departamento Médico de la Central de Servicios de Asistencia, se viera imposibilitado para ocuparse de ellos, **MAS SERVICIOS** organizará a su cargo el desplazamiento de dichos menores hasta el domicilio habitual en su ciudad/país de origen, por el medio que considere más adecuado.

4.E ACOMPAÑAMIENTO A MAYORES DE 75 AÑOS

Si un **Beneficiario** viajara como única compañía de mayores de setenta y cinco (75) años también **Beneficiario** de un plan de asistencia de **MAS SERVICIOS** y por causa de enfermedad o accidente constatado por el Departamento Médico de la Central de Asistencia, se viera imposibilitado para ocuparse de ellos, **EL PROVEEDOR** organizará a su cargo el desplazamiento de dichos mayores hasta el domicilio habitual en su país de origen, por el medio que considere más adecuado.

4.F TRASLADO DE UN FAMILIAR POR EMERGENCIA

En caso de que la hospitalización de un **Beneficiario**, viajando solo y no acompañado, fuese superior a diez (10) días, **MAS SERVICIOS** se hará cargo de un pasaje aéreo en clase turista, sujeto a disponibilidad de espacio para un familiar de compañía.

4.G/H ESTANCIA DE UN FAMILIAR LIMITE DIARIO/TOTAL

En caso de ser contemplado en la tabla de beneficios de los productos, y caso de que la hospitalización de un **Beneficiario**, viajando solo y no acompañado, fuese superior a diez (10) días, **MAS SERVICIOS** cubrirá los gastos de hotel para el acompañante desplazado durante el máximo de días indicado en el certificado de asistencia o hasta el alta del paciente, lo que suceda primero.

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

4.I ORIENTACIÓN EN EXTRAVIO DE DOCUMENTOS

MAS SERVICIOS orientará al **Beneficiario** para la denuncia del extravío, robo o pérdida de pasaporte, visa y/o boletos de avión, para lo cual pondrá a su disposición los servicios de la Central de Servicios de Asistencia más próxima. Igualmente, **MAS SERVICIOS** asesorará al **Beneficiario** dándole las instrucciones para que interponga los denuncios respectivos, y tramite la recuperación de los mismos.

4.J LOCALIZACIÓN DE EQUIPAJE REGISTRADO.

MAS SERVICIOS asesorará al **Beneficiario** para la denuncia del extravío de su equipaje y efectos personales en vuelo regular de aerolínea comercial, para lo cual pondrá a su disposición los servicios de la Central de Servicios de Asistencia, dándole las instrucciones para que el **Beneficiario** interponga los denuncios respectivos, y tramite la recuperación de los mismos. Adicionalmente, la Central de Asistencia realizará el seguimiento de la búsqueda que este efectuando la aerolínea a cargo del reclamo. **MAS SERVICIOS** no asume responsabilidad alguna por equipajes extraviados ni la localización del mismo.

4.K EJECUTIVO SUPLENTE

En el caso que el **Beneficiario** se encontrara en viaje de negocios en el extranjero o nacional y fuese internado por una emergencia médica grave que le impida proseguir con su cometido profesional, **EL PROVEEDOR** se hará cargo del pasaje en clase turista, sujeto a disponibilidad de plazas, de la persona que su empresa designe como sustituto.

4.L ASISTENCIA CONCIERGE

El servicio de concierge **MAS SERVICIOS** se encuentra disponible las 24 horas del día, los 365 días del año para asistir a los **Beneficiarios** en la consecución de información sobre entradas para espectáculos, arreglos de viaje, renta de vehículos, reservaciones para obras de teatro y cualquier otra información que el **Beneficiario** pueda necesitar, como:

a. Un trámite migratorio,
b. Que carretera tomar para llegar a algún destino determinado,
c. Número telefónico, domicilio y horario de la Embajada o Consulado Estadounidense o canadiense en determinada ciudad mexicana,
d. Hoteles de una ciudad de la República Mexicana.

El **Beneficiario** será responsable por todos los costos y gastos relacionados con la solicitud de los servicios de asistencia concierge; este servicio es netamente informativo.

4.M TRANSMISIÓN DE MENSAJES URGENTES

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

5.A ASISTENCIA LEGAL LAS 24 HRS.

En caso de surgir un problema jurídico inesperado, **MAS SERVICIOS** coordinará a modo de conexión los servicios de un abogado; queda establecido que el **Beneficiario** es responsable de la contratación de los servicios profesionales del abogado, así como el pago de todos los honorarios y gastos que el caso genere.

5.B/C TRANSFERENCIA DE FONDOS PARA FIANZA LEGAL/ TRANSFERENCIA DE FONDOS

Durante el viaje, en caso de necesidad imperiosa e imprevista y contra su previo depósito en la oficina de **EL PROVEEDOR**, esta gestionará la entrega al **Beneficiario** en el país donde se encuentre de cantidades hasta el límite especificado en estas condiciones generales. Si el **Beneficiario** fuese encarcelado como consecuencia de un accidente de tránsito, **EL PROVEEDOR** gestionará el envío de las cantidades especificadas en estas condiciones generales para hacer frente al pago de la fianza penal, debiendo previamente ser depositado el monto referido en la oficina de **EL PROVEEDOR** por parte de la familia del **Beneficiario**. El costo asumido por **EL PROVEEDOR** corresponderá únicamente al valor de la transferencia realizada al **Beneficiario**. Estas coberturas serán aplicadas una sola vez, cualquiera que sea el lapso de validez del plan del certificado de asistencia

5.D ASISTENCIA LEGAL POR ACCIDENTE DE TRÁNSITO

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

6.A RESPONSABILIDAD CIVIL

Las coberturas de responsabilidad Civil son provistas por una compañía de seguros GMX (Grupo Mexicano de Seguros, S.A. de C.V.) con domicilio ubicado en Tecoyotitla 412, Edif. GMX. Col. Ex Hacienda de Guadalupe Chimalistac, Álvaro Obregón, México, CDMX. C.P. 01050, Tel.01.800.7188.946 página de internet: www.gmx.com.mx.

TIPO DE SEGURO:
Responsabilidad Civil

VIGENCIA:
Por confirmar

MONEDA:
Dólares.

JURISDICCIÓN:
Mundial

Contratante
Welcome Assist

Asegurado:
Todas aquellas personas que adquieran paquete de asistencia a través de Welcome Assist y contraten la presente cobertura con dicha operadora.

Riesgo asegurado:
GMX Seguros se obliga a pagar la indemnización que el Asegurado deba a un tercero, a consecuencia de uno o más hechos que realizados sin dolo, ya sea por culpa o por el uso de cosas peligrosas, causen un daño previsto en esta póliza a terceras personas, durante sus viajes con fines académicos, recreativos y/o de placer en territorio mexicano y el extranjero.

Los daños amparados bajo la cobertura de responsabilidad civil comprenden: lesiones corporales, enfermedades, muerte, así como el deterioro o destrucción de bienes. Los perjuicios que resulten y el daño moral, sólo se cubren cuando sean consecuencia directa e inmediata de los citados daños y no como una agravante calificada por un juzgador, con las cuales haya actuado para la realización del daño, incluso cuando dichas agravantes sean consideradas como parte de una indemnización identificada bajo el rubro o el concepto de daño moral.

Función de análisis y defensa jurídica:
Queda a cargo de GMX Seguros y dentro del límite de responsabilidad asegurado en esta póliza, el pago de los gastos de defensa legal del Asegurado.
Dichos gastos incluyen la tramitación judicial, la extrajudicial, así como el análisis de las reclamaciones de terceros, aun cuando ellas sean infundadas, las primas de fianzas requeridas procesalmente y las

cauciones.

La responsabilidad civil materia del seguro se determina conforme a la legislación vigente en los Estados Unidos Mexicanos

Adicionalmente, GMX Seguros podrá determinar la responsabilidad civil conforme al Derecho o legislación aplicable vigente del país de residencia de la víctima de los daños.

Se entenderá que la función de análisis y defensa jurídica corresponde única y exclusivamente a GMX Seguros y operará bajo los lineamentos que establezca en su dirección y control del siniestro.

Base de indemnización:

GMX Seguros indemnizará cuando los hechos que causen daño hayan ocurrido durante la vigencia de la póliza, según las cláusulas del presente contrato de seguro, sólo si la reclamación por esos hechos se formula al Asegurado o a GMX Seguros, por primera vez y por escrito, en el curso de la vigencia de esta póliza o dentro del año siguiente a su terminación. Claims made.

Coberturas:

- Actividades e Inmuebles
- RC Privada

Límite máximo de Responsabilidad:
$ 5,000,000.00 USCy en el agregado anual. Incluye gastos de análisis y defensa jurídica.

Sublímite por viaje por persona:
Opción 1
$15,000.00 USCy por evento y en el agregado anual. Incluye gastos de análisis y defensa jurídica.

Opción 2
$20,000.00 USCy por evento y en el agregado anual. Incluye gastos de análisis y defensa jurídica.

Prima neta para apertura de póliza:
$2,000.00 USCy más gastos de expedición e IVA.

Prima neta por viaje por persona:
Opción 1
$2.50 USCy más IVA

Opción 2
$3.80 USCy más IVA

Condiciones Especiales:

- Todos los términos y condiciones conforme al texto de Seguro GMX de RC Familiar

W_RCFamiliar_20.07.2016.2

- Gastos de defensa incluidos en la suma asegurada, no se consideran adicionales.
- En caso de que la siniestralidad reportada superé el 60% de la prima captada, GMX y el Contratante renegociarán los términos de la presente póliza.
- Se hace constar que las presentes condiciones tendrán prelación sobre las condiciones generales aplicables a este producto.

- La presente cotización se ha determinado considerando un universo de contratación de 5,000 usuarios; en caso de variación en el número de contrataciones se efectuará el ajuste de prima, previo acuerdo entre las partes.

- La cobertura inicia 12 horas antes del inicio del viaje y termina 12 horas después da la terminación de este, siempre que los daños se causen con motivo de actividades relacionadas con dicho viaje.

- El contratante se obliga a realizar informes mensuales sobre el número de servicios realizados durante el mes inmediato anterior. Dicho informe deberá ser enviado dentro de los primeros 10 días hábiles.

- Para la contratación de certificados para uso en viajes bajo la modalidad “tiempo compartido”, será indispensable la acreditación del vínculo entre el titular y la persona que ocasionó el daño.

Exclusiones:

Adicionalmente a las exclusiones mencionadas en el condicionado general de esta póliza, aplican las siguientes:

- RC Patronal.
- RC Profesional, entendiéndose por esta exclusión toda aquella responsabilidad imputable al Asegurado resultante de una acción, error u omisión involuntaria, negligente o imperita en el ejercicio de sus servicios, que, en la mayoría de las veces, refiere a errores cometidos por personas que ejercen las actividades propias de la titulación que poseen, de conformidad con la cédula, licencia o permiso de las autoridades mexicanas. Por lo que no se consideran cubiertos la (s) pérdida (s) o menoscabo(s) sufrido(s) en el patrimonio de los clientes del Asegurado.
- No serán materia de cobertura las reclamaciones derivadas del incumplimiento de obligaciones contraídas por contrato, en el cual se tenga por objeto la ejecución de trabajos en tiempo y calidad convenidos".
- Culpa grave o inexcusable de la víctima.
- Daños a aeronaves, torres de comunicación y hangares.
- Abuso de confianza.
- Caso fortuito y causas de fuerza mayor.
- GMX Seguros no serán responsable de pagar daños y/o costos originados en, basados en, atribuibles a reclamaciones generadas por o resultantes de, directa o indirectamente, total o parcialmente actividad(es) que tengan que ver con países, entidades y/o personas Sancionados por el Departamento de Estado de los Estados Unidos de Norteamérica.

- Daños punitivos y/o ejemplares: No serán materia de cobertura las indemnizaciones adicionales a las que sea condenado el Asegurado por las agravantes con las cuales haya actuado para la realización del daño, incluso cuando dichas agravantes sean consideradas como parte de una indemnización identificada bajo el rubro o el concepto de daño moral.
- Robo
- Estancias en Estados Unidos, Canadá, Reino Unido y/o países con el mismo sistema jurídico mayores a 6 meses.
- Esta póliza no cubre responsabilidad con respecto a lesiones personales, daños a la propiedad, responsabilidad por publicidad (advertising liability), errores y omisiones o responsabilidad profesional que surja, esté causada por o en relación con:
  a) Enfermedad por coronavirus (COVID-19);
  b) Síndrome respiratorio agudo severo Coronavirus 2 (SARS-CoV-2);
  c) Cualquier mutación o variante de SARS-CoV-2 o COVID-19;
  d) Cualquier temor, amenaza, peligro o riesgo de lo anterior.

Deducible:
Daños a terceros en su persona: Sin deducible
Daños a terceros en sus bienes: Por toda y cada reclamación $100.00 USCy
Demandas y/o reclamaciones provenientes del extranjero: Por toda y cada reclamación $500.00 USCy

Información adicional:
Medios de transporte reconocidos:
- Automóvil
- Autobús
- Ferrocarril
- Ferri
- Barcos
- Avión

Rango de edades:
43 días a 99 años

Agregados militares
Estancias en Estados Unidos, Canadá, Reino Unido y/o países con el mismo sistema jurídico máximo 6 meses.
Resto del mundo, sin restricción.

Condiciones de aceptación:
Confirmar volumen estimado de contratación.
Confirmar siniestralidad en los últimos 5 años.
Suscriptor:
Lic. Andrea Rosales
28.07.2020

Aclaración: Nuestra cotización está basada en la información original presentada a GMX Seguros y estará vigente por los siguientes 15 días naturales, contados a partir de la fecha de este documento. Esta propuesta no representa la aceptación de la cobertura, hasta haber recibido su orden de emisión por escrito y siempre que concuerde con los términos aquí establecidos; nos reservamos el derecho de re cotizar su solicitud en el caso de que su orden implique alguna modificación, en cuyo caso, volveremos a requerir su acuerdo.

En caso de vernos favorecidos con su orden de aseguramiento, nos permitimos informarle que en cumplimiento del artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y bajo la disposición de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, a través de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, publicada el 14 de junio del 2004, establece que para la emisión de la póliza correspondiente, será necesario que el Asegurado nos facilite la información se mencionan en el formato de “Cédula de Identificación Fiscal” anexo y que proporcione la siguiente documentación.

DATOS:

PERSONA FISICA	PERSONA MORAL
1.-Nombre	1.- Denominación o Razón social
2.- Fecha de nacimiento	2.- Fecha de Constitución
3.- País de nacimiento	3.- Nacionalidad
4.- Nacionalidad	4.- RFC con homoclave
5.- Ocupación, profesión actividad o giro del negocio del cliente	5.- Giro mercantil, actividad u objeto social
6.- Domicilio particular en el lugar de residencia	6.- Domicilio
7.- Teléfono	7.- Teléfono de ese domicilio
8.- Correo electrónico (en su caso)	8.- Correo electrónico (en su caso)
9.- CURP con homoclave	9.- Folio Mercantil
10.-Número de serie de Certificado Digital de la FEA (si cuenta con ella)	10 Número de serie de Certificado Digital de la FEA (si cuenta con ella)
	11.- Nombre completo del apoderado administrador director general o el representante legal

DOCUMENTOS:

PERSONA FISICA	PERSONA MORAL
1.- Identificación personal	1.- Testimonio o copia certificada del Acta Constitutiva (con Registro en el registro Público y de Comercio)
2.- CURP y/o RFC (cuando cuente con ellas)	2.- RFC o Comprobante de Inscripción para la Firma Electrónica Avanzada (cuando cuente con ella)
3.- Comprobante de domicilio	3.- Comprobante de domicilio
4.- Declaración Firmada	
5.- En caso de Extranjero documento que acredite su calidad migratoria	

6.B SEGURO DE MUERTE ACCIDENTAL. / 6.C PÉRDIDAS ORGÁNICAS ESCALA B

Las coberturas de Muerte Accidental y Pérdida Orgánicas Escala B son provistas por una compañía de seguros **HIR Compañía de Seguros S.A. de C.V.** con domicilio ubicado en Hermes 28, Colonia Crédito Constructor, Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03940, Ciudad de México; Tel. 55 5262 1780, página de internet www.hirseguros.mx

Seguro Colectivo de Accidentes Personales Temporal Cobertura Total Tradicional Noviembre 2012

"Producto registrado en el Registro de Contratos de Adhesión de Seguros (RECAS), bajo el número de registro CONDUSEF-001872-01, otorgado por la comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF)".

I. Definiciones

Con objeto de conocer la aplicación de las condiciones generales, particulares y/o especiales de esta póliza, a continuación, se definen los siguientes conceptos para los efectos, alcances y limitaciones de esta póliza.

1.Accidente: Se considera Accidente, aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta que produzca lesiones corporales o la muerte del Asegurado, mientras se encuentre vigente la cobertura del seguro. No se consideran Accidentes las lesiones o muerte provocadas intencionalmente por el Asegurado.
2.AseguradoTitular: Cada uno de los miembros de la Colectividad Asegurada, que goza de los beneficios por los riesgos amparados que se indican en la Carátula de la Póliza.
3. Beneficiario: Persona física designada en la Póliza por el Asegurado como titular de los derechos indemnizatorios.
4.Carátula de la Póliza: Documento que contiene los datos generales de identificación y esquemas de los derechos y obligaciones de las partes.
5.Colectividad Asegurable: Conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato y cumplan los requisitos para ser Asegurados.
6.Colectividad Asegurada: La constituyen todas las personas que, perteneciendo a la colectividad asegurable, firmaren su consentimiento y quedaren inscritas en el registro de Asegurados anexo a esta Póliza.
7.Compañía: HIR, Compañía de Seguros, S. A. de C. V.
8.Contratante: Persona física o moral con la que se celebra el Contrato de Seguro que ampara a las personas que cumplen con la definición de la Colectividad Asegurada y es responsable ante la Compañía de pagar la prima del Seguro en su totalidad.
9.Detalle de Coberturas: Relación de riesgos amparados en la que se indican los límites máximos de responsabilidad de la Compañía y del Contratante y/o Asegurado.

10.Deducible: Para la cobertura de Reembolso de Gastos Médicos, es el porcentaje o cantidad establecida en la carátula de la póliza, que en caso de siniestro queda a cargo del Asegurado y que se descontará de la indemnización que corresponda. La compañía no efectuará reembolsos de gastos médicos con costo inferior al deducible.
11.Endoso: Documento que modifica y/o adiciona las Condiciones Generales del Contrato y forma parte de éste.
12.Extraprima: Cantidad adicional que la parte Contratante del Seguro se obliga a pagar a la Compañía para cubrir un riesgo agravado.
13.Inicio de Cobertura: Es la fecha a partir de la cual el Asegurado tiene derecho a los beneficios de este Contrato las coberturas que integran el Seguro.
14.Periodo de Gracia: Plazo que la Compañía concede al Contratante para el pago de la Prima o de sus fracciones, en caso de que proceda el pago en parcialidades.
15.Póliza: Documento emitido por la Compañía en el que constan los derechos y obligaciones de las partes.
16.Prima: Contraprestación prevista en el Contrato de Seguro a cargo del Contratante y/o Asegurados.
17.Prima Neta: Importe de la Prima antes de considerar el Derecho de Póliza, Recargos e Impuesto al Valor Agregado (IVA).
18.Siniestro: Realización de la eventualidad cubierta prevista en el Contrato que da origen al pago de una indemnización.
19.Suma Asegurada: Límite máximo de responsabilidad de la Compañía respecto de cada cobertura y para cada Asegurado, como consecuencia de un accidente cubierto que ocurra dentro del periodo de cobertura de la póliza, de acuerdo con las condiciones contenidas en la carátula, endosos, condiciones generales, particulares y especiales de la póliza.
20.Vigencia: Periodo en que se encuentra en vigor el Contrato de Seguro.

II. Cláusulas Generales

Contrato

Forman parte del contrato de seguro, las declaraciones del Contratante y/o Asegurados proporcionadas por escrito a la Compañía en la solicitud de seguro, mismas que han servido de base para clasificar los riesgos, esta póliza, el registro de Asegurados y los endosos, todos ellos documentos que constituyen prueba del contrato de seguro celebrado entre el Contratante y la Compañía.

Si el contenido de la póliza o sus no concordaren con la oferta, el Asegurado puede pedir la correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones. Este derecho se hace extensivo al Contratante.

Temporalidad: Las partes convienen en que el periodo de seguro es de un año.

Vigencia: Este contrato tiene vigencia durante el período de seguro que se indica en la carátula de esta póliza. Inicia a las doce horas del primer día del período y termina a las doce horas del último día del

período.

Comunicaciones: La Compañía enviará al Contratante toda comunicación que deba efectuar en cumplimiento de este Contrato o de la ley, al último domicilio que él mismo le hubiera dado a conocer por escrito, con lo que bastará para que se tengan por hechos válidamente.

Cualquier comunicación que el Contratante o el Asegurado quiera hacer a la Compañía relacionada con el presente Contrato, deberá efectuarla por escrito y entregarla precisamente en el lugar señalado como domicilio de dicha Compañía en la Carátula de esta Póliza, o en el que la misma le avise posteriormente por escrito.

Modificaciones: Las Condiciones Generales de la Póliza y sus Endosos, sólo pueden modificarse previo acuerdo entre el Contratante y la Compañía y se hace constar mediante Endosos registrados por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Los endosos que la Compañía emita para esta póliza, prevalecerán sobre lo consignado en estas Condiciones Generales.

Los agentes o cualquier otro empleado de la Compañía no autorizado, no tienen facultad alguna para acordar concesiones, ni recibir comunicaciones a nombre de la Compañía.

Moneda: Todos los pagos relativos a este contrato, sean por parte del Contratante, Asegurado o la Compañía, se realizan en moneda nacional, conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha en que se efectúen los mismos.

Primas: La suma de las primas correspondientes a cada Asegurado, de acuerdo con su ocupación, actividad, coberturas contratadas y tarifa en vigor de cada cobertura en la fecha de inicio de vigencia del seguro, constituye la prima de la Colectividad Asegurada y la prima de la póliza. La prima de la póliza vence en el momento de la celebración del contrato y el periodo de seguro es el que se indica en la carátula de la póliza.

El Contratante es el único responsable ante la Compañía del pago de la totalidad de la prima. Si los miembros de la Colectividad contribuyen a dicho pago, el Contratante recibe de ellos la parte correspondiente.

Si el Contratante opta por el pago fraccionado de la prima (pago diferente al anual), las exhibiciones deben ser por períodos de igual duración, no inferiores a un mes y vencen al inicio de cada período pactado, aplicando para tal efecto la tasa de financiamiento por pago fraccionado que se pacte entre las partes al

momento de la celebración del Contrato y que se dará a conocer como parte integrante del mismo y en cada renovación.

Las primas convenidas en este Contrato deben ser pagadas a su vencimiento, según la tarifa de primas

que se encuentre registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

El pago de la Prima podrá ser efectuado de acuerdo a lo siguiente:

a) Depósito o transferencia bancaria, en la cuenta que por escrito la Compañía le proporcione al Contratante.

Hasta en tanto La Compañía no entregue el recibo de pago de las Primas, el estado de cuenta, recibo, folio o número de confirmación de dicha transacción, en donde aparezca el pago de las mismas, será prueba plena del pago de las Primas.

b) Pago directo, en el domicilio de La Compañía, contra recibo que ésta última expida.

Los efectos del Contrato cesan automáticamente 30 días después de la fecha de vencimiento de la primera fracción de prima no pagada o de la fecha de vencimiento de los recibos subsecuentes al primero. En caso de ocurrir algún siniestro dentro de los 30 días de espera la Compañía deduce de la indemnización a que tenga derecho el Asegurado, la parte faltante de la prima total anual vencida de la colectividad correspondiente a dicho periodo que no hubiere sido pagada. Una vez transcurrido el periodo de espera, sin que se hayan pagado las primas correspondientes, cesan automáticamente todos los efectos del Contrato.

A cada Asegurado que no ingrese al Seguro en la fecha de aniversario del Contrato, se le cobra la prima por devengar que corresponda a un plazo igual al tiempo por transcurrir hasta el vencimiento del Contrato.

Cuando los Asegurados se separen de la Colectividad Asegurada, se devuelve la Prima No Devengada previa solicitud escrita del Contratante, calculada esta prima desde la fecha de la separación hasta el siguiente vencimiento de la prima de acuerdo con su periodicidad de pago.

Obligaciones del Contratante

El Contratante, durante la vigencia de este Contrato, tiene las siguientes obligaciones:

a. Comunicar a la Compañía los nuevos ingresos a la Colectividad Asegurada dentro de los 30 días naturales siguientes, remitiendo los Consentimientos respectivos que deben contener el nombre del Asegurado, ocupación, fecha de nacimiento, Suma Asegurada o regla para calcularla y la designación de Beneficiarios como datos mínimos de información.

b. Comunicar a la Compañía de las separaciones definitivas de la Colectividad Asegurada dentro de los 30 días naturales siguientes a cada separación.
c. Dar aviso de cualquier cambio que se produzca en la situación de los Asegurados y que dé lugar a algún cambio de las Sumas Aseguradas o alguna extraprima por ocupación. El aviso debe hacerse en un

plazo máximo de 30 días naturales después del cambio y, las nuevas Sumas Aseguradas o extraprimas entran en vigor desde la fecha del cambio de condiciones.
d. En caso de modificación, enviar a la Compañía los nuevos Consentimientos de los Asegurados, si es que lo amerite.
e. Tener a disposición de la Compañía, los registros de cada uno de los Asegurados amparados por esta Póliza.

Número mínimo de Asegurados en la Colectividad

La colectividad asegurable deberá estar constituida, por lo menos, del 75% de los miembros que lo formen, siempre que ese 75 % no sea inferior a 10 personas.

Asegurados y Movimientos

a. **Registro de Asegurados**. La Compañía formará un registro de Asegurados, el cual deberá contar con la siguiente información:

•Nombre, edad o fecha de nacimiento y sexo, de cada uno de los Integrantes de la Colectividad;
•Suma asegurada o regla para determinarla;
•Fecha de entrada en vigor del seguro de cada uno de los Integrantes y fecha de terminación del mismo;
•Operación y plan de seguros de que se trate;
•Número de certificado individual, y
•Coberturas amparadas.

A solicitud del Contratante, la Compañía deberá entregarle copia de este registro.

b. **Reporte de Movimientos.** El Contratante debe reportar por escrito los movimientos de alta o baja de Asegurados y, aumento o disminución de coberturas, dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que ocurran. Los movimientos quedan inscritos en el registro de Asegurados y la Compañía expide los certificados correspondientes.
c. **Altas.** Si el reporte es oportuno, la protección inicia desde el momento en que la persona sea elegible para formar parte de la Colectividad Asegurada en los términos pactados y, siempre que la persona se encuentre dentro de los límites de admisión establecidos. En caso contrario, el inicio de la protección queda condicionado a la aceptación por parte de la Compañía, conforme a las pruebas de asegurabilidad que en tal caso queda facultada para pedir.

d. **Bajas.** La baja de un Asegurado es efectiva al momento en que ocurra el fallecimiento del Asegurado o su separación de la Colectividad Asegurada. Las personas dadas de baja dejan de disfrutar los beneficios del seguro a partir del momento en que causen baja de la Colectividad Asegurada. La Compañía devolverá al Contratante la parte de la prima pagada correspondiente al tiempo que falte para la terminación de la vigencia de la Póliza o del periodo que cubre la prima

pagada, lo que resulte menor.

e. **Primas.** En caso de alta o de baja de Asegurados, de aumento o disminución de beneficios, la Compañía cobra o devuelve al Contratante, según sea el caso, una prima calculada proporcionalmente desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento del período de seguro.
f. **Pagos Improcedentes.** Cualquier pago que la Compañía haya realizado indebidamente a causa de omisión o negligencia en el reporte de movimientos por parte del Contratante, obliga a éste a reintegrar dicho pago a la Compañía.

Cambio de Sumas Aseguradas

Los requisitos para modificar las Sumas Aseguradas son los siguientes:

a. El Contratante debe dar aviso a la Compañía dentro del término de 30 días de cualquier cambio que se opere en la situación de los Asegurados y que sean necesarios para la aplicación de las reglas establecidas para determinar las Sumas Aseguradas. Las nuevas Sumas Aseguradas surten efecto desde la fecha del cambio de condiciones.
b. El Contratante debe devolver a la Compañía para su cancelación, los certificados individuales que resulten afectados. La Compañía remite al Contratante los nuevos Certificados con las Sumas Aseguradas actualizadas.

Duración de las Coberturas

Las coberturas de esta póliza terminan automáticamente respecto a cada uno de los Asegurados, en cualquiera de los siguientes casos**:**

a. Al momento de la renovación, el Asegurado haya alcanzado la edad de cancelación de las coberturas.
b. La suma de las indemnizaciones realizadas por uno o más accidentes sufridos por el Asegurado durante la vigencia de la póliza, agoten las sumas aseguradas correspondientes.
c. La póliza se cancele.

Terminación del Contrato

La terminación de este contrato celebrado entre la Compañía y el Contratante, puede darse por las siguientes causas:

a. Al cumplirse el plazo que se indica en la Carátula de la Póliza
b. Si los miembros de la Colectividad Asegurada pierden su calidad de colectividad asegurable, la Compañía dará por cancelado el Contrato mediante aviso con 60 días de anticipación, siendo efectiva la cancelación una vez transcurrido el plazo del aviso respectivo, devolviendo la Prima No Devengada al

momento de la cancelación
c. Por falta de pago de la prima convenida, en términos del artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.
d. El Contratante puede cancelar este Contrato indicándolo por escrito a la Compañía, mencionando la

fecha de cancelación y las causas que la originan; esta fecha no puede ser anterior a la fecha en que la Compañía reciba el documento.

Rehabilitación

En caso de que este contrato hubiera cesado en sus efectos por falta de pago de primas, el Contratante podrá solicitar rehabilitarlo dentro de los 30 días siguientes al vencimiento del pago en cuestión, siempre que cumpla con lo siguiente:

a. El Contratante lo solicite por escrito a la Compañía.
b. Los Asegurados cumplan con los requisitos de asegurabilidad que la Compañía requiera, respecto a su estado de salud, edad y ocupación.
c. Pagar el importe del ajuste correspondiente al período descubierto, que comprende desde la fecha de cancelación hasta la fecha de rehabilitación.
d. El Contrato se considerará rehabilitado a partir del día en que la Compañía comunique por escrito al Asegurado haber aceptado la propuesta de rehabilitación correspondiente.

Renovación

La Compañía renovará este Contrato, a solicitud del Contratante, en las mismas condiciones en que fue contratado, siempre que se reúnan los requisitos de contratación establecidos para tal efecto. En cada renovación se aplica la tarifa de primas y condiciones en vigor a la fecha de la misma, registrada por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Se considera fuera de la cobertura a partir de cualquier renovación, a aquel Asegurado cuya edad a la fecha de la renovación esté fuera de los límites establecidos para esta póliza.

La Compañía puede modificar en cada renovación la tarifa aplicable y las condiciones de esta póliza, siempre que el procedimiento utilizado se apegue al registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Edad

Para efectos de este seguro, se considera como edad de los miembros de la colectividad, los años cumplidos que tenga a la fecha de inicio de vigencia de la póliza o de cualquiera de sus renovaciones.

La edad declarada por el Asegurado debe comprobarse fehacientemente cuando así lo considere conveniente la Compañía.

Una vez efectuada la comprobación, la Compañía hace la anotación correspondiente y no tiene derecho a exigir posteriormente nuevas pruebas de la edad.

Las edades de admisión para cada una de las coberturas son las siguientes:

Coberturas	Edad de Aceptación	Edad de cancelación
Muerte por Accidente	12 años cumplidos	100 años cumplidos
Gastos Funerarios	30 días de nacido	11 años cumplidos
Pérdidas Orgánicas por Accidente	30 días de nacido	100 años cumplidos
Muerte por Accidente Colectivo	30 días de nacido	100 años cumplidos
Pérdidas Orgánicas por Accidente Colectivo	30 días de nacido	100 años cumplidos
Indemnización Diaria por Invalidez por Accidente	15 años	80 años cumplidos
Reembolso de Gastos Médicos por Accidente	30 días de nacido	80 años cumplidos

En las coberturas de muerte, para los menores de 12 años se consideran gastos funerarios con suma asegurada limitada, establecida en la carátula de la póliza.

Ajuste de Suma Asegurada
Si con posterioridad a un siniestro se descubre que la Suma Asegurada que aparece en el certificado no concuerda con la regla para determinarla, la Compañía paga la Suma Asegurada que corresponda, aplicando la regla que aparece en la Carátula de la Póliza. Si la diferencia se descubre antes del siniestro, la Compañía por su propio derecho o a solicitud del Contratante, hace la modificación correspondiente, sustituyendo el certificado. En uno y en otro caso debe ajustarse la prima a la nueva Suma Asegurada desde la fecha en que se operó el cambio.

Participación de Utilidades
El presente contrato no genera participación de utilidades en beneficio del Contratante o los Asegurados.

Cambio de Riesgo
Si el Asegurado cambia de ocupación o de actividad en su empleo o en las actividades deportivas que desempeña, debe dar aviso por escrito a la Compañía. La Compañía se reserva el derecho de extender la protección para cubrir el riesgo derivado del cambio. Si la Compañía acepta el riesgo, cobra la extraprima correspondiente a la nueva ocupación, o bien excluye los siniestros derivados del nuevo riesgo.

Si el Asegurado no avisa por escrito a la Compañía, está no tiene obligación de cubrir ningún gasto por reclamación que se derive de la nueva ocupación. La Compañía devuelve la prima no devengada correspondiente a ese Asegurado pagada durante el último año de vigencia de la póliza.
Cambio de Contratante C.

Cuando el contrato se celebre para otorgar una prestación laboral a favor de la colectividad asegurable, en caso de que exista cambio de Contratante la Aseguradora podrá rescindir el contrato o rechazar la

inclusión de nuevos Integrantes a la Colectividad, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se tenga conocimiento del cambio.

Sus obligaciones terminarán a las doce horas de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante. En cualquier caso, la Aseguradora reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada y en su caso los dividendos pactados.

El Asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente a sus beneficiarios en cualquier tiempo notificándolo por escrito a la Compañía para cada una de las coberturas contratadas, siempre que no exista restricción legal para hacerlo. Para que la designación surta efecto deberá hacerse por escrito ante la Compañía, de lo contrario, ésta pagará sin responsabilidad alguna, a los últimos beneficiarios de la cobertura respectiva de los cuales haya tenido conocimiento.

Beneficio Irrevocable
El Asegurado podrá renunciar al derecho de revocar la designación de haciendo una designación irrevocable, siempre que la notificación de esa renuncia se haga por escrito al beneficiario, a la Compañía y conste en la presente Póliza.

Falta de Designación
El importe del seguro se pagará a la sucesión legal del Asegurado si éste no hubiera designado beneficiarios o si todos los designados hubieran fallecido antes o al mismo tiempo que el Asegurado y no existiera nueva designación. A la muerte de alguno de los beneficiarios previa o simultánea con la del Asegurado, su porción aumentará por partes iguales la de los demás.

Interés Moratorio
Si la Compañía no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo establecido en los artículos 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro y 276, de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, que a la letra dicen:.

“Artículo 71.- El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido

reconocido por la empresa o comprobado en juicio.”

“Artículo 276.- Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo

con lo siguiente:

I.- Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

II.- Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

III.- En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas
entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;
V.- En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;
VI.- Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.
Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este

artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;
VII.- Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;
VIII.- La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por Código Fiscal de la Federación.

El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:
a) Los intereses moratorios;
b) L actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y
c) La obligación principal.

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

IX.- Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.

En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.

Competencia
En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la propia Compañía o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) dentro del término de dos

años contados a partir de que se presente el hecho que les dio origen, o en su caso, a partir de la negativa de la Institución Financiera a satisfacer las pretensiones del Usuario. De no someterse las partes al arbitraje de la CONDUSEF, o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante el juez del domicilio de dichas delegaciones. En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el citado juez.

Identificación del cliente

Conforme a las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, el Contratante deberá proporcionar a la Compañía todos los datos y documentos a que dichas disposiciones se refieren, en los momentos en ella establecidos; así mismo el Contratante del Seguro, asume en este acto la obligación de integrar, conservar, actualizar y custodiar cada uno de los expedientes de identificación de los Clientes y/o Asegurados que formen parte de la colectividad de que se trate, a disposición de la Compañía y de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, cuando se les requiera.

Derecho del Contratante a conocer la comisión que corresponda al Intermediario o Persona Moral

Durante la vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la Compañía le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este Contrato. La Compañía proporcionará dicha información por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

Prescripción

Todas las acciones que deriven de este contrato de seguro prescribirán en cinco años para la cobertura de fallecimiento y dos años en los demás casos. Los plazos se contarán en los términos del Artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma Ley.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de perito con motivo de la realización de un siniestro o por la iniciación del procedimiento señalado en el Título Quinto de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros; así como, por lo señalado en el penúltimo párrafo del Artículo 50 Bis de la misma Ley, que señala que “la presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada suspenderá la prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar.

Omisiones o Declaraciones Inexactas

El Contratante y los Asegurados están obligados a declarar por escrito a la Compañía, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal y como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato. La omisión o declaración inexacta de tales hechos, faculta a la Compañía para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

El cuestionario relacionado con la selección de riesgo solamente aplicará para aquellos supuestos en que los asegurados se den de alta después de los 30 días de haber adquirido el derecho de formar parte del Grupo.

Disputabilidad

Este Contrato dentro del primer año de vigencia continua, es disputable por omisión o inexacta declaración de los hechos necesarios que proporcione el Contratante y/o los Asegurados para la apreciación del riesgo; entendiendo por esto que La Compañía renuncia a todos los derechos que conforme a la Ley Sobre el Contrato de Seguro tendría derivado de las omisas, falsas e inexactas declaraciones del proponente del seguro sobre los hechos importantes para la apreciación del riesgo.

Pago de Reclamaciones

Cualquier accidente que pueda ser motivo de indemnización debe ser notificado a la Compañía dentro de los 5 días siguientes a su realización o manifestación, salvo caso fortuito o fuerza mayor, debiendo dar el aviso tan pronto como cese uno u otro.

En caso de falta de este aviso, la Compañía está facultada a limitar el monto de los gastos al nivel que les hubiera correspondido de haber recibido oportunamente la notificación.

Además de las formas de declaración que la Compañía proporcione al reclamante, éste presenta a su costa todas las pruebas de las pérdidas sufridas o de los gastos incurridos de los cuales derive alguna obligación para ella: comprobantes, notas, facturas, recetas, etc.

La Compañía se reserva el derecho de realizar las acciones que considere necesarias para la comprobación de los hechos y gastos de los que se derive la reclamación. La obstaculización por parte del Contratante, del Asegurado o de los beneficiarios, para que se lleve a cabo esa comprobación, libera a la Compañía de cualquier obligación.

Cualquier prima vencida y no pagada es deducida de la indemnización que proceda.

La Compañía paga al Asegurado, o a sus beneficiarios, la indemnización que proceda dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que reciba las pruebas que fundamenten la reclamación.

Liquidación

La Compañía liquidará cualquier monto pagadero bajo los términos establecidos al momento de la contratación y especificados en la carátula de la póliza, en una sola exhibición mediante cheque nominativo para abono en cuenta del beneficiario o mediante transferencia electrónica a la cuenta bancaria que el asegurado y/o beneficiario le proporcione por escrito.

Entrega de documentación contractual

La Compañía, previo acuerdo con el Contratante, podrá dar cumplimiento a la obligación de entregar los

certificados individuales de la siguiente forma:

a. Proporcionando al Contratante los certificados para su entrega a los Asegurados, o
b. Estableciendo la obligación del Contratante de hacer del conocimiento de los Asegurados la información prevista en la fracción I del Artículo 16 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

En todos los casos, el asegurado podrá solicitar a la Compañía el certificado correspondiente.
La forma en que la Aseguradora entregará la póliza, o cualquier otro documento que contenga derechos y obligaciones de las partes contratantes, será mediante alguna de las siguientes formas: correo tradicional, mensajería, impresión directa de la página de la Compañía www.hirseguros.com.mx o directamente en las instalaciones de la Compañía ubicada en Hermes 28, Col. Crédito Constructor, Alc. Benito Juárez, C.P. 03940, Ciudad de México.

En caso de siniestro deberá dirigirse al siguiente contacto:
Departamento de pago a beneficiarios
Teléfonos 800 SEGUHIR (73 48 447) del interior de la República 52 62 17 80 Ext.5356, 5357, 5358 de CDMX y área metropolitana. O al correo: siniestrospersonas@hirseguros.com.mx

Preceptos Legales
De conformidad con lo dispuesto por el artículo octavo de las disposiciones de carácter general en materia de sanas prácticas, transparencia y publicidad aplicables a las instituciones de seguros, publicadas por la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), se hace del conocimiento de los contratantes, asegurados y que podrán consultar todos los preceptos y referencias legales mencionadas en el presente contrato, en nuestra página de internet www.hirseguros.mx, sección, Anexo denominado Preceptos Legales.

III. Cobertura Básica

Muerte por Accidente
La Compañía paga al beneficiario o beneficiarios designados, la suma asegurada contratada para esta cobertura, si el Asegurado fallece a consecuencia directa de un accidente cubierto ocurrido durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando la muerte ocurra dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente y el individual correspondiente se encuentre en vigor al momento de ocurrir el siniestro. La edad mínima de aceptación para esta cobertura es 12 años.

Gastos Funerarios
La Compañía paga al asegurado titular, la suma asegurada contratada para esta cobertura, si el asegurado menor de 12 años fallece a consecuencia directa de un accidente cubierto ocurrido durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando la muerte ocurra dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente y el certificado individual correspondiente se encuentre en vigor al momento de ocurrir el siniestro. La edad de aceptación para esta cobertura es de 30 días de nacidos a 11 años de edad

cumplidos.

IV. Coberturas Opcionales

1.Pérdidas Orgánicas Escala A por Accidente (Sólo si se contrata y se indica en la carátula de la póliza y/o el certificado individual)
La Compañía paga al Asegurado el porcentaje que corresponda de la suma asegurada contratada para esta cobertura, si sufre cualesquiera de las pérdidas orgánicas indicadas, a consecuencia directa de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando las pérdidas orgánicas ocurran dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente y el certificado individual correspondiente se encuentre en vigor al momento de ocurrir el siniestro.

La indemnización que se otorga por las pérdidas orgánicas, es la que resulta de aplicar el porcentaje indicado como indemnización a la suma asegurada contratada, de acuerdo con la siguiente tabla:

E S C A L A A

Pérdida	Indemnización
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano y la vista de un ojo	100%
Un pie y la vista de un ojo	100%
Una mano y un pie	50%
La vista de un ojo	30%
El pulgar de cualquier mano	15%
El índice de cualquier mano	10%
Cualquiera de los dedos medios, anular o meñique	5%

Para los efectos de esta cobertura, se entiende por pérdida:
i. De un pie, su anquilosis o separación a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella.
ii. De una mano, su anquilosis o separación a nivel de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.
iii.De un ojo, la pérdida completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

En ningún caso, la suma asegurada pagada por varias pérdidas orgánicas puede ser mayor al 100 % de la suma asegurada contratada.

2.Pérdidas Orgánicas Escala B por Accidente (Sólo si se contrata y se indica en la carátula de la póliza y/o el certificado individual)

La Compañía paga al Asegurado el porcentaje que corresponda de la suma asegurada contratada para esta cobertura, si sufre cualesquiera de las pérdidas orgánicas indicadas, a consecuencia directa de un

accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando las pérdidas orgánicas ocurran dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente y el certificado individual correspondiente se encuentre en vigor al momento de ocurrir el siniestro.

La indemnización que se otorga por las pérdidas orgánicas, es la que resulta de aplicar el porcentaje indicado como indemnización a la suma asegurada contratada, de acuerdo con la siguiente tabla:

E S C A L A B

Pérdida	Indemnización
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano y la vista de un ojo	100%
Un pie y la vista de un ojo	100%
Una mano y un pie	50%
La vista de un ojo	30%
3 dedos comprendidos el pulgar y el índice de una mano	30%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30%
3 dedos que no sean el pulgar o el índice de una mano	25%
El pulgar y otro dedo que no sea el índice de una mano	25%
Sordera completa e irreversible de ambos oídos	25%
El índice y otro dedo que no sea el pulgar de una mano	20%
El pulgar de cualquier mano	15%
Acortamiento de un miembro inferior en por lo menos 5 cm.	15%
El índice de cualquier mano	10%
Cualquiera de los dedos medio, anular y meñique	5%

Para los efectos de esta cobertura, se entiende por pérdida:

i.De un pie, su anquilosis o separación a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella.
ii.De una mano, su anquilosis o separación a nivel de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.
iii.De un ojo, la pérdida completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

En ningún caso, la suma asegurada pagada por varias pérdidas orgánicas puede ser mayor al 100 % de la suma asegurada contratada.

3. Muerte por Accidente Colectivo (Sólo si se contrata y se indica en la carátula de la póliza y/o el certificado individual)

Ampara el riesgo de fallecimiento como consecuencia directa de un accidente colectivo durante la vigencia de la cobertura, siempre que la edad del Asegurado se encuentre incluida en las edades de aceptación establecidas para esta cobertura, en la fecha de emisión de la póliza o certificado individual, la que sea posterior.

Para los efectos de esta cobertura, se considera accidente colectivo aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, que produce la muerte del Asegurado y que cumple una de las siguientes condiciones:

i. El accidente se produzca mientras el Asegurado estuviere viajando como pasajero en un vehículo público terrestre, y dicho vehículo sea impulsado mecánicamente y operado regularmente por una empresa autorizada de transporte público, sobre una ruta establecida normal para servicio de pasajeros y sujeta a un itinerario regular; o
ii. El accidente se produzca mientras el Asegurado estuviere viajando como pasajero en un ascensor de servicio público, con exclusión de los ascensores de minas, pozos petroleros, plataforma marina, construcción, grutas o similares; o
iii. El accidente producido por un incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio abierto al público, en el cual el Asegurado se encontrare adentro en el momento de iniciar dicho incendio.

No se considera accidente colectivo, la muerte provocada intencionalmente por el propio Asegurado.

La Compañía paga a los beneficiarios designados, la suma asegurada de esta cobertura que resulta de aplicar la regla para determinarla, de acuerdo con las condiciones generales y/o particulares de la póliza, siempre que la muerte del Asegurado ocurra en el momento del accidente colectivo o dentro de los 90 días siguientes a la fecha de haber ocurrido.

4. Pérdidas Orgánicas Escala A por Accidente Colectivo (Sólo si se contrata y se indica en la carátula de la póliza y/o el certificado individual)

La Compañía paga al Asegurado el porcentaje que corresponda de la suma asegurada contratada para esta cobertura, si sufre cualesquiera de las pérdidas orgánicas indicadas, a consecuencia directa de un accidente colectivo ocurrido durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando las pérdidas orgánicas ocurran dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente y el certificado individual correspondiente se encuentre en vigor al momento de ocurrir el siniestro.

Para los efectos de esta cobertura, se considera accidente colectivo aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, que produce pérdidas orgánicas al Asegurado y que cumple

una de las siguientes condiciones:

i. El accidente se produzca mientras el Asegurado estuviere viajando como pasajero en un vehículo público terrestre, y dicho vehículo sea impulsado mecánicamente y operado regularmente por una empresa autorizada de transporte público, sobre una ruta establecida normal para servicio de pasajeros y sujeta a un itinerario regular; o
ii. El accidente se produzca mientras el Asegurado estuviere viajando como pasajero en un ascensor de servicio público, con exclusión de los ascensores de minas, pozos petroleros, plataforma marina, construcción, grutas o similares; o
iii. El accidente producido por un incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio abierto al público, en el cual el Asegurado se encontrare adentro en el momento de iniciar dicho incendio.

La indemnización que se otorga por las pérdidas orgánicas, es la que resulta de aplicar el porcentaje indicado como indemnización a la suma asegurada contratada, de acuerdo con la siguiente tabla:

Para los efectos de esta cobertura, se entiende por pérdida:

i. De un pie, su anquilosis o separación a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella.
ii. De una mano, su anquilosis o separación a nivel de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.
iii. De un ojo, la pérdida completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

En ningún caso, la suma asegurada pagada por varias pérdidas orgánicas puede ser mayor al 100 % de la suma asegurada contratada.

5. Pérdidas Orgánicas Escala B por Accidente Colectivo (Sólo si se contrata y se indica en la carátula de la póliza y/o el certificado individual)

La Compañía paga al Asegurado el porcentaje que corresponda de la suma asegurada contratada para esta cobertura, si sufre cualesquiera de las pérdidas orgánicas indicadas, a consecuencia directa de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando las pérdidas orgánicas ocurran dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente y el certificado individual correspondiente se encuentre en vigor, al momento de ocurrir el siniestro.

Para los efectos de esta cobertura, se considera accidente colectivo aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, que produce pérdidas orgánicas al Asegurado y que cumple una de las siguientes condiciones:

i. El accidente se produzca mientras el Asegurado estuviere viajando como pasajero en un vehículo público terrestre, y dicho vehículo sea impulsado mecánicamente y operado regularmente por una empresa autorizada de transporte público, sobre una ruta establecida normal para servicio de pasajeros y sujeta a un itinerario regular; o

ii. El accidente se produzca mientras el Asegurado estuviere viajando como pasajero en un ascensor de servicio público, con exclusión de los ascensores de minas, pozos petroleros, plataforma marina, construcción, grutas o similares; o
iii. El accidente producido por un incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio abierto al público, en el cual el Asegurado se encontrare adentro en el momento de iniciar dicho incendio.

La indemnización que se otorga por las pérdidas orgánicas, es la que resulta de aplicar el porcentaje indicado como indemnización a la suma asegurada contratada, de acuerdo con la siguiente tabla:

Para los efectos de esta cobertura, se entiende por pérdida:

i. De un pie, su anquilosis o separación a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella.
ii. De una mano, su anquilosis o separación a nivel de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.
iii. De un ojo, la pérdida completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

En ningún caso, la suma asegurada pagada por varias pérdidas orgánicas puede ser mayor al 100 % de la suma asegurada contratada.

6.Indemnización Diaria por Incapacidad Total Temporal y/o Parcial Temporal por Accidente (Sólo si se contrata y se indica en la carátula de la póliza y/o el certificado individual)

a) Incapacidad Total Temporal
Ampara el riesgo de sufrir una incapacidad para el desempeño de todas las labores diarias propias de su ocupación, de manera continua y se encontrare recluido por indicación médica en un sanatorio, hospital o su domicilio, como consecuencia directa de un accidente durante la vigencia de la cobertura, siempre que la edad del Asegurado se encuentre incluida en las edades de aceptación establecidas para esta cobertura, en la fecha de emisión de la póliza o certificado individual, la que sea posterior.

La Compañía paga la suma asegurada de esta cobertura que resulta de aplicar la regla para determinarla, de acuerdo con las condiciones generales y/o particulares de la póliza y por un periodo no mayor de 730 días, siempre que la incapacidad total temporal del Asegurado ocurra dentro de los 10 días siguientes a la fecha de haber ocurrido el accidente y que subsistan la incapacidad y la reclusión.

Para los efectos de esta cobertura, se entiende por accidente aquel acontecimiento proveniente de una

causa externa, súbita, fortuita y violenta, que produce la incapacidad total temporal y/o parcial temporal del Asegurado. No se considera accidente la incapacidad total temporal que sea provocada intencionalmente por el propio Asegurado.

Si el Asegurado se encuentra disfrutando de la indemnización diaria por incapacidad total temporal y las lesiones causadas por el accidente originaren la muerte o una pérdida orgánica, la Compañía paga las

cantidades establecidas para la muerte o la pérdida orgánica, siempre que las coberturas correspondientes hayan sido contratadas.

b) Incapacidad Parcial Temporal

Ampara el riesgo de sufrir una incapacidad para el desempeño de uno o más deberes diarios propios de su ocupación, como consecuencia directa de un accidente durante la vigencia de la cobertura, siempre que la edad del Asegurado se encuentre incluida en las edades de aceptación establecidas para esta cobertura, en la fecha de emisión de la póliza o certificado individual, la que sea posterior.

La Compañía paga la suma asegurada de esta cobertura que resulta de aplicar el 40 % a la suma asegurada de indemnización diaria por incapacidad total temporal, de acuerdo con las condiciones generales y/o particulares de la póliza y por un periodo no mayor de 180 días, siempre que la incapacidad parcial temporal del Asegurado ocurra dentro de los 10 días siguientes a la fecha de haber ocurrido el accidente o inmediatamente después de un período de incapacidad total temporal, como se indica en la cobertura anterior.

Para los efectos de esta cobertura, se entiende por accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, que produce la incapacidad parcial temporal del Asegurado. No se considera accidente la incapacidad parcial temporal que sea provocada intencionalmente por el propio Asegurado.

Si el Asegurado se encuentra disfrutando de la indemnización diaria por incapacidad parcial temporal y las lesiones causadas por el accidente originaren la muerte o una pérdida orgánica, la Compañía paga las cantidades establecidas para la muerte o la pérdida orgánica, siempre que las coberturas correspondientes hayan sido contratadas.

7.Reembolso de Gastos Médicos (Sólo si se contrata y se indica en la carátula de la póliza y/o el certificado individual)

Ampara el riesgo de someterse a tratamiento médico o intervención quirúrgica, ser hospitalizado o hacer uso de servicios de enfermera, ambulancia o medicinas, como consecuencia directa de un accidente durante la vigencia de la cobertura, siempre que la edad del Asegurado se encuentre incluida en las edades de aceptación establecidas para esta cobertura, en la fecha de emisión de la póliza o certificado individual, la que sea posterior.

Para los efectos de esta cobertura, se entiende por accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, que produce someterse a tratamiento médico o intervención quirúrgica, ser hospitalizado o hacer uso de servicios de enfermera, ambulancia o medicinas. No se considera accidente el tratamiento médico o intervención quirúrgica, la hospitalización o el uso de servicios de enfermera, ambulancia o medicinas, provocados intencionalmente por el propio Asegurado.

La Compañía reembolsa, previa comprobación y una vez superado el deducible establecido en su caso, el costo de las mencionadas asistencias hasta por la suma asegurada de esta cobertura, siempre que dichas asistencias inicien dentro de los 10 días siguientes a la fecha de haber ocurrido el accidente y durante un periodo máximo de 365 días contados a partir de la fecha en que se erogue el primer gasto, sin que en ningún caso se exceda la suma asegurada de esta cobertura o hasta agotar la suma asegurada, lo que ocurra primero. Si el Asegurado no requiere de tratamiento médico o intervención quirúrgica, ser hospitalizado o hacer uso de servicios de enfermera, ambulancia o medicinas, como consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de esta cobertura, ésta concluye sin obligación alguna para la Compañía.

Los gastos por aparatos de prótesis dental o de cualquier otra clase, así como tratamientos de ortodoncia, necesarios a causa del accidente, son reembolsados por la Compañía hasta el 20 % de la suma máxima y los gastos de ambulancia o de traslado del Asegurado hasta el 10 %.

Exclusiones

Las indemnizaciones correspondientes no se conceden cuando la muerte o pérdida orgánica se deba a:

a) Lesiones sufridas en servicio militar o naval, actos de guerra, rebelión, insurrección o revolución.
b) Lesiones a consecuencia de que el Asegurado participe directa e intencionalmente en actos delictivos, motines, tumultos o manifestaciones populares, o riña siempre y cuando el Asegurado sea el provocador.
c) Cualquier forma de navegación submarina.
d) Enfermedades o deficiencias mentales, trastornos de la personalidad, aun las que resulten, mediata o inmediatamente de las lesiones amparadas.
e) Enfermedades, padecimientos, intervenciones quirúrgicas o cualquier complicación derivada que pueda surgir del tratamiento médico o quirúrgico de las lesiones expresamente excluidas en este contrato, o por accidentes ocurridos fuera de la vigencia de la póliza.
f) Lesiones por infección, envenenamientos de cualquier naturaleza e inhalaciones de gas de cualquier clase, excepto cuando se demuestre que fueron a consecuencia de un accidente cubierto.
g) Aborto o partos prematuros, cualquiera que sea la causa.
h) Suicidio o intentos de suicidio o lesiones autoinfligidas, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen
i) Accidentes que sufra el Asegurado por culpa grave al encontrarse bajo los efectos del alcohol, drogas excepto si fueron prescritas por un médico, o enervantes que le causen perturbación mental o pérdida del conocimiento.
j) Lesiones producidas por explosiones nucleares o radioactivas, o por contaminación radioactiva.
k)Gastos realizados por acompañantes del Asegurado o sus dependientes durante el internamiento de éste en sanatorio u hospital.
l) Que el asegurado sea piloto, tripulante o mecánico en vuelo de una línea aérea, o a bordo de

cualquier avión fuera de las líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros.
m) Que el Asegurado participe como sujeto activo o de manera directa en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
n) Conducción de motocicletas o vehículos de motor similares, ya sea como piloto o acompañante.
o) Práctica profesional de cualquier deporte.
p) Paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia, vuelo en delta, box, lucha libre, lucha grecorromana o cualquier forma de arte marcial, rafting, rappel, jet ski.

Función de indemnizar a otros
GMX Seguros se obliga a pagar la indemnización que el Asegurado deba a un tercero a consecuencia de uno o más hechos que realizados sin dolo, ya sea por culpa o por el uso de cosas peligrosas, causen un daño previsto en esta póliza a terceras personas con motivo de las actividades descritas en la cédula de la póliza.

Para la cobertura de responsabilidad civil los daños comprenden: lesiones corporales, enfermedades, muerte, así como el deterioro o destrucción de bienes. Los perjuicios que resulten y el daño moral sólo se cubren cuando sean consecuencia directa e inmediata de los citados daños.

6.D DEMORA O CANCELACIÓN DE VUELO

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

Este beneficio no se brindará si el vuelo fuese en un aeropuerto ubicado en las proximidades de la ciudad de residencia habitual así la distancia sea superior a 100 kms o dentro de la ciudad de residencia habitual del **Beneficiario**; tampoco si el **Beneficiario** viajara con un pasaje sujeto a disponibilidad de espacio. Este servicio no se aplica si la cancelación se debe a la quiebra y/o cesación de servicios de la línea aérea.

6.E CANCELACIÓN DE VIAJE

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

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

1. Contratar el plan con una diferencia de hasta 72 horas siguientes en que se contrate el paquete turístico y/o crucero. Siempre y cuando no haya iniciado el periodo de penalidades publicados por la agencia de viajes o naviera.

2. Dar aviso a la Central de Servicios de Asistencias en un máximo de 24 horas luego de ocurrido el evento que motiva la cancelación. Al mismo tiempo, el **Beneficiario** deberá cancelar con el organismo de turismo Crucero, Agencia de viaje, Tour Operador, etc. su viaje, para no incrementar la penalidad que ese mismo organismo le vaya a aplicar.

3. Presentar toda la documentación que **MAS SERVICIOS** considere para evaluar la cobertura de este beneficio, incluyendo, pero no limitando a: documento donde se demuestre de forma clara y fehaciente el motivo de cancelación de viaje (informe médico, partida de defunción, entre otros), cartas de los respectivos prestadores del servicio, facturas, recibos de pago. (Ver requisitos específicos en los casos de cruceros abajo señalados).

4. El **Beneficiario** tiene hasta treinta (30) días continuos a partir de la fecha de sucedido el evento para presentar la documentación completa y respaldos necesarios para iniciar el proceso del reembolso. Después de ese plazo, no se aceptarán documentos para tramitar ningún reembolso.

***Nota*:** Para los planes Anuales Multiviajes la cancelación se renovará cada vez que el **Beneficiario** viaje según indique el plan de asistencia del producto que haya adquirido y aplica siempre y cuando se cumplan los requisitos establecidos para ser acreedor de este beneficio en cada viaje. Para Beneficiarios mayores de 75 años el valor del certificado tendrá un incremento del 100%**.**

Cancelación de un viaje de Crucero antes de su inicio:

El **Beneficiario** deberá en este caso:

- Notificar de inmediato su decisión a la naviera por escrito y obtener de ésta un comprobante que indique en forma inequívoca la fecha de dicha notificación formal de la imposibilidad de iniciar el viaje de crucero en el barco y fecha originalmente contratados.

- Deberá además obtener de la naviera las Condiciones Generales de contratación de cruceros, en donde se indique claramente el procedimiento de aplicaciones de las penalidades o cláusulas penales por cancelación anticipada de un crucero contratado y totalmente pagado.

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

Una vez obtenida la documentación anterior, deberá demostrar por escrito a **EL PROVEEDOR** en forma

clara y fehaciente la causal o causales que ocasionaron la cancelación de viaje y enviar a la Central de Servicios de Asistencia toda dicha documentación para su eventual comprobación por parte de **EL PROVEEDOR** y eventual reembolso de ser procedente.

Son causas justificadas a los efectos del presente beneficio:

1. El fallecimiento, accidente o enfermedad grave no preexistente del **Beneficiario** o familiar en primer grado de consanguinidad (padres, hijos o hermanos) o cónyuge, entendiéndose por enfermedad grave una alteración de la salud que, a juicio del Departamento Médico de la Central de Servicios de Asistencias, imposibilite al **Beneficiario** para iniciar el viaje en la fecha contratada originalmente.

2. La convocatoria como parte, testigo o jurado de un tribunal.

3. Los daños que, por incendio, robo, hurto o por la fuerza de la naturaleza en su residencia habitual o en sus locales profesionales que los hagan inhabitables y justifican ineludiblemente su presencia.

4. Cuarentena médica por accidente o enfermedad que obligue al **Beneficiario** a mantener dentro de su país de origen.

5. Despido laboral comprobado del **Beneficiario**, con fecha posterior a la contratación del plan de asistencia.

6. Convocatoria de emergencia para prestación de servicio militar, médico o público.

7. Epidemia, catástrofes naturales o cenizas volcánicas.

8. Si la persona que ha de acompañar al **Beneficiario** en el viaje, entendiéndose como tal(es) a la(s) persona(s) que compartan la misma habitación de hotel o camarote de crucero con el **Beneficiario**, o sea(n) familiar(es) de primer grado de consanguinidad (padres, hijos o hermanos) o cónyuges, también poseedor(es) de un plan de asistencia en las mismas condiciones que el **Beneficiario** y dicho(s) acompañante(s) se viese(n) obligado(s) a anular el viaje por alguna de las causas enumeradas anteriormente.

Adquirido el plan en las condiciones antes indicadas, y de ser aplicable el beneficio, la vigencia del mismo comienza en el momento en que el **Beneficiario** adquiere su plan de asistencia y finaliza en el momento de inicio de la vigencia del certificado. Este beneficio no aplica para **Beneficiarios** mayores de 75 años.

Nota: Queda excluido de cobertura cualquier evento ocurrido con anterioridad a la emisión del Plan de Asistencia. En caso de un mismo evento que involucre a más de una reserva y cualquiera sea la cantidad de **Beneficiarios** involucrados en el mismo, la responsabilidad máxima de indemnización de **MAS**

SERVICIOS por todos los Beneficiarios afectados, no será mayor a CUARENTA MIL DÓLARES NORTEAMERICANOS US$40,000.00 como monto máximo global por el mismo siniestro. En caso de que la suma de las indemnizaciones a abonar supere los montos antedichos, cada indemnización individual será efectuada a prorrata de la responsabilidad máxima definida en el certificado.

6.E.1 CANCELACIÓN DE VIAJE POR COVID-19

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

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

2. Si la aerolínea no le permite abordar el avión por sospecha de COVID-19, únicamente en caso de que la aerolínea no le ofrezca alternativas de crédito, reprogramación, entre otras. Dicha restricción deberá estar soportada por una carta oficial de la aerolínea informando la imposibilidad de iniciar el viaje.

En todo caso, el certificado deberá ser emitido con una antelación mínima de 14 días a la fecha de partida, o inicio de vigencia, lo que suceda primero. Si se emite posterior a dicha fecha, no tendrá cobertura. Adicionalmente, es requerimiento realizarse la prueba de COVID-19 máximo 14 días antes de la fecha de inicio de vigencia.

Nota: El límite de edad de Cancelación por COVID-19 es hasta los 70 años. No tendrán cobertura solicitudes de Cancelación de viaje, si la misma se llegase a dar por un cierre de fronteras por parte del Gobierno de origen o destino. Adicionalmente, si el proveedor hotelero, aerolínea o cualquier otro operador turístico le ofrece al **Beneficiario** la opción de dejar abiertas las fechas, reprogramar, crédito a favor, y entre otras soluciones, aun si el **Beneficiario** rechaza dicha opción, no habrá lugar a reembolso por gastos incurridos.

Nota: Queda excluido de cobertura cualquier evento ocurrido con anterioridad a la emisión del Plan de Asistencia. En caso de un mismo evento que involucre a más de una reserva y cualquiera sea la cantidad de **Beneficiarios** involucrados en el mismo, la responsabilidad máxima de indemnización de **MAS SERVICIOS** por todos los Beneficiarios afectados, no será mayor a CUARENTA MIL DÓLARES NORTEAMERICANOS US$40,000.00 como monto máximo global por el mismo siniestro. En caso de que la suma de las indemnizaciones a abonar supere los montos antedichos, cada indemnización individual será efectuada a prorrata de la responsabilidad máxima definida en el certificado.

6.F DEMORA DE EQUIPAJE REGISTRADO

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

Si la demora o el extravío del equipaje en un vuelo directo o de conexión de regreso al país de origen y/o de residencia habitual del **Beneficiario**, no se otorgará compensación alguna. En caso tal que el equipaje sea declarado como perdido totalmente por parte de la compañía aérea, se deducirá del monto a reembolsar por concepto de “Indemnización por pérdida de equipaje”, el total reembolsado por los gastos del presente beneficio.

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

En caso de demora de equipaje, siga estas instrucciones:

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

Al regresar a su país de origen debe presentar en las oficinas la siguiente documentación:

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

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

6.G INDEMNIZACIÓN POR PÉRDIDA DE EQUIPAJE REGISTRADO

EL PROVEEDOR compensará al **Beneficiario** de forma complementaria hasta el tope especificado en el certificado. Para la obtención de este beneficio rigen los siguientes términos y condiciones:

- Que la línea aérea y la Central de **EL PROVEEDOR** hayan sido notificadas del hecho por el **Beneficiario** antes de abandonar el aeropuerto donde se registró la pérdida siguiendo las instrucciones descritas más abajo.

- Que el equipaje se haya extraviado durante su transporte en vuelo regular internacional o nacional, ni de vuelos charters o fletados, aviones particulares o militares, o cualquier vuelo que no tenga un itinerario fijo publicado que opera regularmente, ni tampoco cuando la pérdida se origina en vuelos domésticos en el exterior.

- Que el mencionado equipaje haya sido debidamente registrado, etiquetado y despachado en la bodega del avión y haya sido debidamente presentado y entregado al personal de la aerolínea en el despacho del terminal. **EL PROVEEDOR**, no indemnizará a los **Beneficiarios** de un plan, por la pérdida de equipaje de mano o de cabina o cualquier otro bulto que no haya sido debidamente registrado ante la aerolínea y haya sido transportado en la bodega del avión.

- Que la pérdida del equipaje haya ocurrido entre el momento en que el mismo fue entregado a personal autorizado de la línea aérea para ser embarcado y el momento en que debió ser devuelto al pasajero al finalizar el viaje.

- Que la línea aérea se haya hecho cargo de su responsabilidad por la pérdida del mencionado equipaje, y haya abonado o pagado al **Beneficiario** la indemnización prevista por ella. **EL PROVEEDOR** no podrá indemnizar al **Beneficiario** cuando este no haya aun recibido la indemnización de la aerolínea.

- No tienen derecho a esta compensación las pérdidas ocurridas en cualquier tipo de transporte terrestre en el extranjero.

- La compensación por pérdida total del equipaje se limitará a un solo bulto entero y completo faltante en forma definitiva y a un solo **Beneficiario** damnificado. En el caso de que el bulto faltante estuviera a nombre de varios **Beneficiarios**, la compensación será prorrateada entre los mismos, siempre que incluya los correspondientes números de billetes de cada uno, así como el número de certificado. No se indemnizan faltantes parciales de las maletas.

- En caso que la línea aérea ofreciera al **Beneficiario** como indemnización la posibilidad de optar entre percibir un valor en dinero o uno o más pasajes u otro medio de compensación, **EL**

PROVEEDOR procederá a abonar al **Beneficiario** la compensación económica por extravío de equipaje, una vez que dicha opción sea ejercida.

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

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

Al regresar a su país de origen, el **Beneficiario** deberá presentar en las oficinas de **EL PROVEEDOR** la siguiente documentación:

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

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

***NOTA*:** La indemnización al **Beneficiario** será complementaria a la abonada por la línea aérea conforme a lo indicado en el certificado correspondiente al plan **EL PROVEEDOR** adquirido. En caso de indemnización complementaria, el importe de la misma se determinará como la diferencia entre lo abonado por la línea aérea y el monto que se determine conforme a lo estipulado en el plan adquirido, y siempre hasta el límite máximo indicado por este concepto en el certificado. No será válida compensación alguna si la indemnización de la compañía aérea iguala o supera el límite máximo establecido en el certificado para este concepto. Por otra parte, la compensación por pérdida de equipaje aplica por bulto o carga y no por persona**.**

6.H ROBO DE OBJETOS PERSONALES

EL PROVEEDOR indemnizará al **Beneficiario** de un plan de asistencia que así lo establezca, por el costo de sus pertenencias personales o equipaje que haya sido robado durante el viaje el tope de cobertura del

plan contratado. Adicionalmente se reembolsarán los gastos por compra de artículos de primera necesidad que se viera obligado a adquirir como consecuencia del suceso.

1. Hasta US$250 por un objeto de valor, un juego o un par.

2. Pérdida de medicamento o equipo médico considerado necesario y vital por el departamento médico para mantener la salud del **Beneficiario**.

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

a. Denuncia policial radicada dentro de las 24 horas de ocurrido el hecho, que acredite el robo de los objetos personales.

b. Si el robo se hubiese producido en un hotel, se deberá presentar la denuncia radicada por la administración del mismo.

c. Factura de compra o declaración en aduana del objeto perdido o robado con fecha anterior a la pérdida, robo o hurto.

d. Si la pérdida ocurre bajo la custodia de una línea aérea u otro medio de trasporte deberá presentar el formulario P.I.R o reporte obtenido en la compañía de transporte.

e. Factura de compra de elementos de primera necesidad, entendiéndose por los mismos: única y exclusivamente: ropaje (ropa exterior, ropa interior), zapatos, elementos de aseo personal (shampoo, acondicionador, jabón -líquido, en barra, en polvo-, cepillo de dientes, pasta de dientes, desodorante, crema de afeitar, máquina de afeitar, productos de higiene femenina) y maquillaje.

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

Se consideran exclusiones a esta cobertura:

I. No se cubrirán objetos personales o equipajes que fueran robados de un vehículo estacionado a menos que los mismos se encontrasen en el baúl del coche fuera de la vista pública y bajo llave en el caso de caravanas o que haya evidencia de que el robo fue efectuado con violencia o utilizando la fuerza.

II. No se cubrirá equipaje desatendido a menos que éste se encuentre en una habitación de hotel y en un lugar seguro y debe haber evidencia de entrada forzada y violenta.

III. Sillas de ruedas, coches de bebés, triciclos, bicicletas, motocicletas y motos de agua.

IV. Lentes de contactos, prótesis dentales y audífonos.

V. Sellos, documentos, mercancías de negocios y muestras.

VI. Custodia o detención de los elementos por parte de autoridades de aduana.

VII. Casos en los que el **Beneficiario** no tome las precauciones de seguridad necesarias.

***Nota*:** Este beneficio no es acumulable con otros.

6.I ROBO DE DISPOSITIVOS MÓVILES

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

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

1. Denuncia policial radicada dentro de las 24 horas de ocurrido el hecho, que acredite el robo de los objetos personales.

2. Si el robo se hubiese producido en un hotel, se deberá presentar la denuncia radicada por la administración del mismo.

3. Factura de compra o declaración en aduana del objeto perdido o robado con fecha anterior a la pérdida, robo o hurto.

4. Si la pérdida ocurre bajo la custodia de una línea aérea u otro medio de trasporte deberá presentar el formulario P.I.R o reporte obtenido en la compañía de transporte.

5. Factura por reposición del objeto robado, por uno de la misma marca y referencia, con fecha posterior a la de la radicación de la denuncia policial.

Nota: este beneficio no es acumulable con otros.

6.J PÉRDIDA DE VUELO DE CONEXIÓN POR EMERGENCIA

Por consecuencia de cualquier emergencia, respaldada con la documentación correspondiente, como lo es un Informe Médico o registro fotográfico del incidente, diferente a cancelación o demora por parte de la aerolínea, que haya ocasionado la perdida de conexión con destino internacional, nacional y/o vuelos directos, **EL PROVEEDOR** asumirá, hasta los límites de responsabilidad máxima contratada, el pago de penalidades, compra de nuevos tiquetes, alimentación, llamadas y hotel.

Esta cobertura aplica incluso para vuelos dentro del país de residencia, excluyendo los vuelos iniciados en la ciudad de residencia habitual del pasajero o los que se originen a menos de 100 kms de distancia de la misma. El cliente deberá notificar de este suceso a **EL PROVEEDOR** el mismo día que sucede la pérdida de vuelo.

Para aplicar a este beneficio el **Beneficiario** deberá comunicarse desde el aeropuerto donde se motiva la aplicación de esta cobertura.

6.K COMPENSACIÓN POR PÉRDIDA DE DOCUMENTOS

MAS SERVICIOS indemnizará al **Beneficiario** del plan que así lo establezca, hasta la suma máxima indicada en el certificado respectivo por los costos que hubiera podido ocasionar la reposición de su pasaporte o visa por hurto o pérdida durante un viaje al extranjero.

Para hacer efectivo este beneficio, el evento debe haber sido informado al Departamento de Asistencia de **MAS SERVICIOS** dentro de las 24 horas de ocurrido y el **Beneficiario** deberá presentar a **MAS SERVICIOS** el comprobante de denuncia otorgado por las autoridades oficiales pertinentes, tanto en país de origen como en país donde ocurrió o detectó el hecho.

6.L PÉRDIDA DE CRUCERO POR EMERGENCIA

EL PROVEEDOR se hará cargo del costo de un boleto en clase económica, de un solo sentido, desde el puerto de embarque hasta el siguiente puerto de escala del crucero contratado, si el **Beneficiario** inicialmente se perdió la salida programada del crucero debido a un vuelo de conexión retardada por más de (6) horas de la hora programada. Este beneficio se paga como reembolso, previa presentación de los recibos apropiados y el informe de la compañía aérea (PIR).

6.M COMPRA PROTEGIDA

MAS SERVICIOS ha contratado una póliza con una empresa aseguradora, por la cual se indemnizará al **Beneficiario** por el costo de sus compras efectuadas en el país de destino de los siguientes aparatos electrónicos: cámaras de fotografía, filmadoras, teléfonos inteligentes, tabletas y computadores, que hayan sido comprados y robados durante el viaje (descontando la depreciación por desgaste y uso) hasta

el tope de cobertura del plan contratado.

1. Hasta US$250 por un objeto de valor, un juego o un par.

2. Pérdida de medicamento o equipo médico considerado necesario y vital por el departamento médico para mantener la salud del **Beneficiario**.

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

a. Denuncia policial radicada dentro de las 24 horas de ocurrido el hecho, que acredite el robo de los aparatos electrónicos comprados en país de destino.

b. Si el robo se hubiese producido en un hotel, se deberá presentar la denuncia radicada por la administración del mismo.

c. Factura de compra donde se indique la marca, referencia, precio de venta al público con los debidos impuestos, así como el nombre y el documento del **Beneficiario**, con fecha posterior a la fecha de inicio del viaje y fecha posterior a la pérdida, robo o hurto.

Se consideran exclusiones a esta cobertura:

i. No se cubrirá en el caso de que la pérdida ocurra bajo custodia de una línea aérea u otro medio de transporte.

ii. No se cubrirán objetos personales o equipajes que fueran robados de un vehículo estacionado a menos que los mismos se encontrasen en el baúl del coche fuera de la vista pública y bajo llave en el caso de caravanas o que haya evidencia de que el robo fue efectuado con violencia o utilizando la fuerza.

iii. No se cubrirá equipaje desatendido a menos que éste se encuentre en una habitación de hotel y en un lugar seguro y debe haber evidencia de entrada forzada y violenta.

iv. Sillas de ruedas, coches de bebés, triciclos, bicicletas, motocicletas y motos de agua.

v. Lentes de contactos, prótesis dentales y audífonos.

vi. Sellos, documentos, mercancías de negocios y muestras.

vii. Custodia o detención de los elementos por parte de autoridades de aduana.

viii. Casos en los que el **Beneficiario** no tome las precauciones de seguridad necesarias.

.

6.N COMPENSACION DE CUOTA DE MANTENIMIENTO POR CANCELACIÓN DE VIAJE

Si el Beneficiario debe cancelar su viaje anticipadamente, y por lo tanto pierde el monto abonado como cuota de mantenimiento, **MAS SERVICIOS** realizará el reembolso correspondiente. Es importante tener en cuenta que la cancelación se debe dar por cualquier de las siguientes causales, de lo contrario no será procedente su solicitud.

1. El fallecimiento, accidente o enfermedad grave no preexistente del **Beneficiario** o familiar en primer grado de consanguinidad (padres, hijos o hermanos) o cónyuge, entendiéndose por enfermedad grave una alteración de la salud que, a juicio del Departamento Médico de la Central de Servicios de Asistencias, imposibilite al **Beneficiario** para iniciar el viaje en la fecha contratada originalmente.

2. La convocatoria como parte, testigo o jurado de un tribunal.

3. Los daños que, por incendio, robo, hurto o por la fuerza de la naturaleza en su residencia habitual o en sus locales profesionales que los hagan inhabitables y justifican ineludiblemente su presencia.

4. Cuarentena médica por accidente o enfermedad que obligue al **Beneficiario** a mantener dentro de su país de origen.

5. Despido laboral comprobado del **Beneficiario**, con fecha posterior a la contratación del plan de asistencia.

6. Convocatoria de emergencia para prestación de servicio militar, médico o público.

7. Epidemia, catástrofes naturales o cenizas volcánicas.

8. Si la persona que ha de acompañar al **Beneficiario** en el viaje, entendiéndose como tal(es) a la(s) persona(s) que compartan la misma habitación de hotel o camarote de crucero con el **Beneficiario**, o sea(n) familiar(es) de primer grado de consanguinidad (padres, hijos o hermanos) o cónyuges, también poseedor(es) de un plan de asistencia en las mismas condiciones que el **Beneficiario** y dicho(s) acompañante(s) se viese(n) obligado(s) a anular el viaje por alguna de las causas enumeradas anteriormente.

6.N COMPENSACION DE CUOTA DE MANTENIMIENTO POR CANCELACIÓN DE VIAJE POR COVID-19

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

1. En caso de enfermedad y diagnóstico positivo de COVID-19 del **Beneficiario,** acompañante de viaje o familiar en primer grado de consanguinidad.
2. Si la aerolínea no le permite abordar el avión por sospecha de COVID-19, únicamente en caso de que la aerolínea no le ofrezca alternativas de crédito, reprogramación, entre otras. Dicha restricción deberá estar soportada por una carta oficial de la aerolínea informando la imposibilidad de iniciar el viaje.

Nota: El límite de edad de Cancelación por COVID-19 es hasta los 70 años. No tendrán cobertura solicitudes de Cancelación de viaje, si la misma se llegase a dar por un cierre de fronteras por parte del Gobierno de origen o destino. Adicionalmente, si el proveedor hotelero, aerolínea o cualquier otro operador turístico le ofrece al **Beneficiario** la opción de dejar abiertas las fechas, reprogramar, crédito a favor, y entre otras soluciones, aun si el **Beneficiario** rechaza dicha opción, no habrá lugar a reembolso por gastos incurridos.

Nota: El Beneficiario deberá cumplir con las demás obligaciones establecidas en este documento. El aviso debe ser previo a la fecha de la reserva o inicio de vigencia del certificado, lo que ocurra primero, y en ningún momento se recibirán reclamaciones de eventos reportados posteriores a dicha fecha.

6.O BOLETOS AÉREOS POR CANCELACIÓN DE VIAJE

Si el **Beneficiario** cancela su viaje por cualquiera de las siguientes causales, **MAS SERVICIOS** procederá con el respectivo reembolso del costo de los tiquetes aéreos adquiridos. Para ser acreedor de esta cobertura el **Beneficiario** deberá adquirir el certificado de asistencia en viajes el mismo día que adquiera el boleto aéreo, y tendrá un plazo máximo de 24 horas posteriores a la fecha de compra.

1. El fallecimiento, accidente o enfermedad grave no preexistente del **Beneficiario** o familiar en primer grado de consanguinidad (padres, hijos o hermanos o cónyuge), entendiéndose por enfermedad grave una alteración de la salud que, a juicio del Departamento Médico de la Central de Servicios de Asistencias, imposibilite al **Beneficiario** para iniciar el viaje en la fecha contratada originalmente.

2. La convocatoria como parte, testigo o jurado de un tribunal.

3. Los daños que, por incendio, robo, hurto o por la fuerza de la naturaleza en su residencia habitual o en sus locales profesionales que los hagan inhabitables y justifican ineludiblemente su presencia.

4. Cuarentena médica por accidente o enfermedad que obligue al **Beneficiario** a mantener dentro de su país de origen.

5. Despido laboral comprobado del **Beneficiario**, con fecha posterior a la contratación del plan de asistencia.

6. Convocatoria de emergencia para prestación de servicio militar, médico o público.

7. Epidemia, catástrofes naturales o cenizas volcánicas.

8. Si la persona que ha de acompañar al **Beneficiario** en el viaje, entendiéndose como tal(es) a la(s) persona(s) que compartan la misma habitación de hotel o camarote de crucero con el **Beneficiario**, o sea(n) familiar(es) de primer grado de consanguinidad (padres, hijos o hermanos) o cónyuges, también poseedor(es) de un plan de asistencia en las mismas condiciones que el **Beneficiario** y dicho(s) acompañante(s) se viese(n) obligado(s) a anular el viaje por alguna de las causas enumeradas anteriormente.

6.O BOLETOS AÉREOS POR CANCELACIÓN DE VIAJE POR COVID-19

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

1. En caso de enfermedad y diagnóstico positivo de COVID-19 del **Beneficiario,** acompañante de viaje o familiar en primer grado de consanguinidad.
2. Si la aerolínea no le permite abordar el avión por sospecha de COVID-19, únicamente en caso de que la aerolínea no le ofrezca alternativas de crédito, reprogramación, entre otras. Dicha restricción deberá estar soportada por una carta oficial de la aerolínea informando la imposibilidad de iniciar el viaje.

Nota: El límite de edad de Cancelación por COVID-19 es hasta los 70 años. No tendrán cobertura solicitudes de Cancelación de viaje, si la misma se llegase a dar por un cierre de fronteras por parte del Gobierno de origen o destino. Adicionalmente, si el proveedor hotelero, aerolínea o cualquier otro operador turístico le ofrece al **Beneficiario** la opción de dejar abiertas las fechas, reprogramar, crédito a favor, y entre otras soluciones, aun si el **Beneficiario** rechaza dicha opción, no habrá lugar a reembolso por gastos incurridos.

Nota: El **Beneficiario** deberá cumplir con las demás obligaciones establecidas en este documento. El aviso debe ser previo a la hora de salida indicada en el tiquete, y en ningún momento se recibirán reclamaciones de eventos reportados posteriores a la hora de abordaje.

EXCLUSIÓN APLICABLES A TODOS LOS SERVICIOS Y BENEFICIOS

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

1. Cualquier beneficio o servicio que cubra gasto de hotelería a un **Beneficiario** incluyendo el reposo del mismo, aun y cuando haya sido ordenado por un médico tratante, se realizará amparando un

hospedaje simple, quedando totalmente excluido cualquier gasto de alimentos, restaurante, lavandería, telefonía o cualquier otro gasto generado por concepto de bebidas o alimentos tomados en la misma habitación o del mini bar de la misma.

2. Enfermedades crónicas o preexistentes, definidas, o recurrentes, padecidas con anterioridad al inicio de la vigencia del plan y/o del viaje, sean estas del conocimiento o no por el **Beneficiario,** así como sus agudizaciones, secuelas y consecuencias directas o indirectas (incluso cuando las mismas aparezcan por primera vez durante el viaje).

3. Enfermedades, lesiones, afecciones o complicaciones médicas resultantes de tratamientos efectuados o llevados a cabo por personas o profesionales no autorizados por el Departamento Médico de la Central de Servicios de Asistencia **MAS SERVICIOS**, o exceptuándose lo determinado en el punto precedente.

4. Los tratamientos homeopáticos, tratamientos de acupuntura, la quinesioterapia, las curas termales, la podología, manicura, pedicura, etc.

5. Las afecciones, las enfermedades o lesiones derivadas de intento o acción criminal o penal del **Beneficiario**, directa o indirectamente como peleas, riñas, flagelaciones, etc.

6. Tratamiento de enfermedades o estados patológicos producidos por la ingesta o la administración intencional de tóxicos (drogas), narcóticos, alcohol, o por la utilización de medicamentos sin la respectiva orden médica

7. Gastos incurridos en prótesis dentales, lentes, audífonos, sillas de rueda, muletas, anteojos, etc.

8. Eventos ocurridos como consecuencia de simple entrenamientos, prácticas sencillas o participación activa o no activa en competencias deportivas (profesionales o amateurs). Además quedan expresamente excluidas las ocurrencias consecuentes a la práctica de deportes peligrosos o de riesgos o extremos incluyendo pero no limitando a: Motociclismo, Automovilismo, Boxeo, Polo, Ski acuático, Buceo (hasta 30 metros máximo), Ala Deltismo, Kartismo, Cuatrimotos, Alpinismo, Ski , Football, Boxeo, Canotaje, Parapente , Kayak, Bádminton, Básquet ball, Voleibol, Handball, karate do, Kung fú, Judo, Tiro al arco, Tiro fusil, Tejo, Rappel, Buceo, Torrentismo, Montañismo, Escalada, Puenting, Atletismo, Ciclismo, Luge Espeleología, Skeleton, la Caza de animales, Bobsleigh, etc., y otros deportes practicados fuera de pistas reglamentarias y autorizadas por las respectivas federaciones de deportes.

9. Los partos, estados de embarazo, controles ginecológicos, exámenes relacionados con los mismos. Los abortos, o las pérdidas cualquiera sea su etiología u origen. Asimismo, todas las complicaciones resultantes durante y después del embarazo.

10. Todo tipo de enfermedades mentales.

11. Afecciones, enfermedades o lesiones derivadas del consumo de bebidas alcohólicas de cualquier tipo.

12. El Síndrome de inmune deficiencia adquirida (SIDA) y virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en todas sus formas, secuelas y consecuencias. Las enfermedades y/o infecciones de transmisión sexual y/o en general todo tipo de prestación, examen y/o tratamiento que no haya recibido la autorización previa de la Central de Servicios de Asistencia.

13. Los Eventos y las consecuencias de desencadenamiento de fuerzas naturales, tsunamis, temblores, terremotos, tormentas, tempestades, huracanes, ciclones, inundaciones, eventos de radiación nuclear y de radioactividad, así como cualquier otro fenómeno natural o no, con carácter extraordinario o evento que, debido a sus proporciones o gravedad, sea considerado como desastre nacional regional o local o catástrofe, sismos, huracanes, inundaciones etc.

14. El suicidio, o el intento de suicidio o las lesiones infringidas a sí mismo por parte del **Beneficiario** y/o su familia, así como cualquier acto de manifiesta irresponsabilidad o imprudencia grave por parte del **Beneficiario** de la asistencia en viajes.

15. Los Eventos como consecuencia de actos de guerra, invasión, actos cometidos por enemigos extranjeros o nacionales, terrorismo, hostilidades u operaciones de guerra (sea que haya sido declarada o no la guerra) guerra civil, rebelión, insurrección o poder militar, naval o usurpado, la intervención del **Beneficiario** en motines, manifestaciones o tumultos que tengan o no carácter de guerra civil, o sea que la intervención sea personal o como miembro de una organización civil o militar; terrorismo u otra alteración grave del orden público.

16. Los actos mal intencionados y/o de mala fe de parte del **Beneficiario** o de sus apoderados.

17. Los exámenes médicos de rutina, los exámenes de laboratorio para chequeos médicos, los exámenes de diagnóstico y o de controles, exámenes de laboratorio o radiológicos o de otros medios, cuya finalidad es la de establecer si la enfermedad es una preexistencia, tales como los exámenes de radiología, el doppler, las resonancias magnéticas, tomografías, ultrasonidos, imágenes, scanner de toda índole, etc. Los exámenes médicos practicados para establecer si la dolencia corresponde a una enfermedad preexistente o no.

18. Gastos correspondientes a transportes públicos o privados o desplazamientos pagados por el **Beneficiario** desde su hotel o lugar donde esté hasta el centro hospitalario, o centro médico, o consultorio del médico. A menos que dichos gastos hayan sido expresamente autorizados en forma escrita o verbal por la Central de Servicios de Asistencia.

19. Las enfermedades derivadas o debidas o consecuentes de las deformaciones congénitas conocidas o no por el **Beneficiario**.

20. Lesiones o accidentes derivados de accidentes aéreos en aviones no destinados ni autorizados como transporte público, incluyendo los vuelos fletados particulares

21. Afecciones, enfermedades o lesiones derivadas directa o indirectamente de riña o peleas (salvo que se tratase de un caso de legítima defensa comprobada con reporte policial), huelga, actos de vandalismo o tumulto popular en que el **Beneficiario** hubiese participado como elemento activo. El intento de o la comisión de un acto ilegal y, en general, cualquier acto doloso o criminal del **Beneficiario**, incluido el suministro de información falsa o diferente de la realidad.

22. Enfermedades endémicas, pandémicas, o epidémicas, Las asistencias por estas enfermedades en ciudades/países con o sin emergencia sanitaria en caso de que el **Beneficiario** no haya seguido las sugerencias y/o indicaciones sobre restricciones de viaje y/o tratamiento profiláctico y/o vacunación emanadas de autoridades sanitarias.

23. Cualquier gasto o asistencia médica que no haya sido previamente consultado y autorizado por la Central de Servicios de Asistencia **MAS SERVICIOS**.

24. Las enfermedades, o indisposiciones resultantes de trastornos del periodo menstrual en las mujeres, como adelantos o retrasos, así como sangrados, flujos y otros.

25. Enfermedades Hepáticas, como Cirrosis, Abscesos y otros.

26. Exámenes y/u hospitalizaciones para pruebas de esfuerzo y todo tipo de chequeos preventivos.

27. Cualquier tipo de hernias y sus consecuencias.

28. Secuestro o su intento.

29. Labores de alto riesgo: si el motivo del viaje del **Beneficiario** fuese la ejecución de trabajos o tareas que involucren un alto riesgo profesional, así como las lesiones clasificadas como lesiones por esfuerzos repetitivos, enfermedades osteomusculares relacionadas al trabajo, lesión por trauma continuado o continuo, etc., o similares, tanto como sus consecuencias post tratamiento inclusive quirúrgicos en cualquier tiempo.

30. Lesiones de conductor o pasajero por el uso de cualquier tipo de vehículos, incluidos bicicletas, motocicletas y velomotores sin licencia de conducir, o sin casco, o sin seguros contratados.

31. Están excluidos los accidentes y enfermedades presentadas en ciudades/países en guerra civil o extranjera. Ejemplo: Afganistán, Irak, Sudan, Somalia, Corea del Norte, etc.

32. No se brindará asistencia de ningún tipo al **Beneficiario** en situación migratoria o laboral ilegal (incluyendo trabajo no declarado en el/la ciudad/país desde donde se requiere la asistencia, o a

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

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

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

35. **MAS SERVICIOS** queda expresamente liberada, exenta y excusada de cualquiera de sus obligaciones y responsabilidades en caso de que el **Beneficiario** sufra algún daño o solicite asistencia a consecuencia y/o derivada de caso fortuito o de fuerza mayor, la cuales se citan a título de ejemplo y no taxativamente: catástrofes, sismos, inundaciones, tempestades, guerra internacional o guerra civil declaradas o no, rebeliones, conmoción interior, insurrección civil, actos de guerrilla o anti guerrilla, hostilidades, represalias, conflictos, embargos, apremios, huelgas, movimientos populares, lockout, actos de sabotaje o terrorismo, disturbios laborales, actos de autoridades gubernamentales, etc.; así como problemas y/o demoras que resulten por la terminación, interrupción o suspensión de los servicios de comunicación. Cuando elementos de esta índole interviniesen y una vez superados los mismos, **MAS SERVICIOS** se compromete a ejecutar sus compromisos y obligaciones dentro del menor plazo posible.

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

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

Servicios no acumulativos y/o Intervención de otras empresas: En ningún caso **MAS SERVICIOS** prestará

los servicios de asistencia al **Beneficiario** establecidos en el **PLAN DE ASISTENCIA MÉDICA del CERTIFICADO DE VIAJE**, ni efectuará reembolso de gastos de ningún tipo, en tanto y en cuanto el **Beneficiario** solicite o haya solicitado prestaciones por el mismo problema y/o afección a cualquier otra empresa, antes, durante o después de haberlas solicitado al proveedor.

SUBROGACIÓN

Hasta la concurrencia de las sumas desembolsadas en cumplimiento de las obligaciones emanadas de las presentes condiciones generales, **MAS SERVICIOS** y/o las compañías de seguro que asumen el riesgo como fruto del encargo de **MAS SERVICIOS** quedarán automáticamente subrogadas en los derechos y acciones que puedan corresponder al **Beneficiario** o a sus herederos contra terceras personas físicas o jurídicas en virtud del evento que motive la asistencia prestada y/o beneficio pagado.

El **Beneficiario** se compromete a reembolsar en el acto a **MAS SERVICIOS** todo importe que haya recibido de parte del sujeto causante y/o responsable del accidente y/o de su(s) compañía(s) de seguro(s) en concepto de adelanto(s) a cuenta de la liquidación de la indemnización final a la cual el **Beneficiario** pudiere tener derecho. Ello a concurrencia de los importes a cargo de **MAS SERVICIOS** en el caso ocurrido.

Sin que la siguiente enunciación deba entenderse limitativa, quedan expresamente comprendidos en la subrogación los derechos y acciones susceptibles de ser ejercitados frente a las siguientes personas:

1) Terceros responsables de un accidente (de tránsito o de cualquier otro tipo) y/o sus compañías de seguro.
2) Empresas de transporte, en lo atinente a la restitución -total o parcial- del precio de pasajes no utilizados, cuando **MAS SERVICIOS** haya tomado a su cargo el traslado del **Beneficiario** o de sus restos.
3) Otras compañías que cubran el mismo riesgo.
4)

***Importante*:** El **Beneficiario** cede irrevocablemente a favor de **MAS SERVICIOS** los derechos y acciones comprendidos en la presente Cláusula, obligándose a llevar a cabo la totalidad de los actos jurídicos que a tal efecto resulten necesarios y a prestar toda la colaboración que le sea requerida con motivo del hecho ocurrido. En tal sentido, se compromete y obliga a formalizar la subrogación o cesión a favor de **MAS SERVICIOS** dentro de los tres (3) días calendario siguientes de intimado el **Beneficiario**/es al efecto. De negarse a suscribir y/o prestar colaboración para ceder tales derechos a **MAS SERVICIOS,** esta última quedara automáticamente eximida de pagar los gastos de asistencia originados.

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

MAS SERVICIOS quedará subrogado en los derechos y acciones que correspondan al **Beneficiario**, por hechos que hayan motivado la intervención de aquel y hasta el total del costo de los servicios prestados. De igual forma **MAS SERVICIOS** se reserva el derecho de poder ceder en todo o en parte tanto los derechos que le asistieran derivados de la relación contractual con el **Beneficiario**, así como la ejecución, prestación de servicios y demás obligaciones a su cargo a terceras personas jurídicas profesionales en el ramo de la asistencia a empresas del ramo.

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

CIRCUNSTANCIAS EXCEPCIONALES DE INEJECUCIÓN INIMPUTABLE

Ni **MAS SERVICIOS**, ni su red de prestadores de servicios, serán responsables, exigibles o ejecutables por casos fortuitos, que originen retrasos o incumplimientos inimputables debidos a catástrofes naturales, huelgas, guerras, invasiones, actos de sabotaje, hostilidades, rebelión, insurrección, terrorismo o pronunciamientos, manifestaciones populares, radioactividad, o cualquier otra causa de fuerza mayor.

Cuando elementos de esta índole interviniesen, **MAS SERVICIOS** se compromete a ejecutar sus compromisos dentro del menor plazo que fuera posible y siempre y cuando una vez sea factible dicha prestación de servicios, se mantenga la contingencia que la justifique.

RECURSO MAS SERVICIOS

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

RESPONSABILIDAD

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

MAS SERVICIOS, no será responsable y no indemnizará al **Beneficiario** por ningún tipo de daño, perjuicio, lesión o enfermedad causada por haberle brindado al **Beneficiario** a su solicitud, personas o profesionales para que lo asistan médica, odontológica, farmacéutica o legalmente. En estos casos, la

persona o personas designadas por **MAS SERVICIOS** serán tenidas como agentes del **Beneficiario**, sin posible recurso de naturaleza o circunstancia alguna contra **MAS SERVICIOS**, en razón de tal designación. **MAS SERVICIOS** se esfuerza para poner a disposición de los pasajeros los mejores profesionales de la salud y los mejores medios, sin embargo, **MAS SERVICIOS**, no podrá nunca ser tenida ni total ni parcialmente como responsable por la disponibilidad, la calidad, los resultados, falta de atención, servicios médicos y/o mala praxis de dichos profesionales o entidades, pues son condiciones que se encuentran totalmente fuera del control de **MAS SERVICIOS**.

CADUCIDAD - RESOLUCIÓN – MODIFICACIÓN

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

MAS SERVICIOS
Agradece su Preferencia y le desea un Feliz Viaje

viajero

Todo está cubierto

MAS SERVICIOS