

SEGURO DE VIAJES MANUAL DE USO DE ASISTENCIAS

I. INFORMACIÓN IMPORTANTE

Invitamos a los Beneficiarios del Seguro de Viajes de **CRECER SEGUROS** a leer este manual de uso de asistencias, antes de emprender su viaje. En las siguientes páginas, encontrará las instrucciones que le permitirán hacer un mejor uso de los beneficios y servicios contratados, así como conocer sus términos, condiciones y limitaciones.

II. INTRODUCCIÓN

Todos los servicios proporcionados por el seguro de viajes son cubiertos por **CRECER SEGUROS** a través de su proveedor de servicios **CARE24**.

Los servicios de asistencia médica brindados 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 vida en caso de accidente, 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.
- Efectuar 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.

Todo beneficio o tratamiento cesará y no será responsabilidad de **CRECER SEGUROS** ni de su proveedor de servicios **CARE24** una vez que el Beneficiario regrese a su lugar de residencia o cuando culmine la vigencia del seguro contratado. La adquisición por parte de un Beneficiario, de uno o más seguros, no produce la acumulación de los beneficios ni del tiempo en ellas contempladas, en estos casos solo podrán aplicarse los límites máximos por cada beneficio establecido en el seguro que haya sido emitido primero.

NOTA: Es claramente entendido por el Beneficiario que el producto contratado es un seguro de Muerte Accidental con asistencias de Viajes, por lo que no se trata de un seguro médico internacional.

Asimismo, una vez iniciada la vigencia del seguro, el Beneficiario no podrá hacer

cambios ni ampliación del producto contratado. Sin perjuicio de lo anterior, cuando el Beneficiario prolongue su viaje en forma imprevista, podrá realizar la emisión de un nuevo seguro de viajes mediante la página web de Crecer Seguros.

La Central de Asistencia de **CARE24** se reserva el derecho de aceptar o negar la nueva emisión.

La solicitud de emisión de un nuevo seguro según el plan elegido, deberá efectuarse antes de la finalización de la vigencia del seguro inicial.

El nuevo seguro adquirido en las condiciones previamente referidas, 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 seguro y/o anteriores o antes de la vigencia del nuevo seguro, independientemente de las gestiones o tratamientos en curso hayan sido autorizados por **CARE24** o su Central de Asistencia.

Toda asistencia médica tratada durante la vigencia del primer seguro pasará automáticamente a ser considerada como preexistencia durante la vigencia del segundo seguro y por lo tanto no será asumida por **CARE24**.

Cuando la vigencia del seguro anterior haya finalizado al momento de la compra o el beneficiario compre en destino, el seguro será expedido con 03 (tres) días para gastos contemplados dentro de la tabla de beneficios y/o Asistencia. Lo anterior, únicamente tras haber recibido autorización expresa de la Central de Servicios de Asistencia.

III. DEFINICIONES

A continuación, enumeramos las definiciones de los términos usados en este manual de uso de Asistencias:

- **Asistencia o Beneficio:** Servicios brindados por el proveedor de asistencias (**CARE24**) no son coberturas, son beneficios o servicios adicionales
- **Accidente:** Todo suceso externo, imprevisto, violento, súbito, involuntario y/o fortuito que afecte el organismo del Beneficiario y le ocasione lesiones corporales externas y/o internas. **No se considera accidente, los hechos derivados de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, trastornos mentales, desvanecimientos o sonambulismo.** Los accidentes cuyo origen es debido a descuido, provocación o la falta de medidas de prevención por parte del Beneficiario se encuentran excluidos.
- **Beneficiario:** Es el contratante de seguro identificado en las condiciones particular y/o las personas naturales cuyo nombre aparece registrado en el plan de asistencia o voucher de asistencia como pasajero(s) y de ser el caso, en la póliza.
- **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 al 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 los beneficios que están relacionados con temas médicos.

- **Departamento Médico:** Grupo de profesionales médicos de **CARE24** que intervienen y toman decisión en todos los servicios y/o beneficios brindados o que vayan a brindarse de conformidad con el presente manual de uso Asistencias.
- **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:** Condición de salud o condición física diagnosticada por un médico colegiado, antes de la contratación del seguro. Asimismo, se considera preexistencia a toda condición de salud o complicación derivada de un accidente ocurrido con anterioridad a la contratación del seguro, incluso si el Beneficiario fallece como consecuencia del mismo durante la vigencia del seguro. 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.
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.).
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 seguro contratado, 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 viaje y/o del seguro contratado.

- **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: vestimenta (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 beneficio.
- **Médico Tratante:** Profesional médico provisto o autorizado por la Central de Servicios de Asistencia que asiste al Beneficiario en el lugar donde se encuentra este último.
- **Monto máximo global:** que corresponde al tope máximo que se le otorgará al Beneficiario por la totalidad de asistencias o beneficios prestados durante la vigencia del seguro. Asimismo, cada asistencia o servicio tiene un sublímite que se indica en la póliza de seguro y en el voucher de asistencias.
- **Voucher:** Es el primer documento que usted recibe al momento de la compra del seguro y que lleva sus datos para ser informados a la central de Asistencia, en caso de solicitar la activación de los beneficios.
- **Plazo o Periodo de Carencia:** Intervalo de tiempo durante el cual no se encuentran activos los beneficios y/o asistencias del programa. Dicho plazo se empieza desde la fecha de inicio de vigencia del seguro adquirido, siempre que el Beneficiario ya se encuentre fuera del lugar de residencia habitual al momento de contratación.

IV. VIGENCIA - VALIDEZ

La vigencia del seguro se encuentra detallada en el voucher de la asistencia, de igual forma, le informamos que esta es el lapso de tiempo en el que pueden ser obtenidas las asistencias o beneficios indicados en el seguro de viajes. Inicia desde las cero horas de la fecha de inicio de vigencia indicada en el voucher de Asistencias del seguro de viajes, estando el Beneficiario en territorio extranjero, y culmina a las 23:59 horas de la fecha de fin de vigencia. 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 diarios, tendrán una vigencia máxima de 90 días consecutivos de viaje. En el caso del plan Anual Multiviajes, se tendrá una vigencia máxima de 30 días por viaje. Pasados estos períodos, el Beneficiario perderá todo beneficio del seguro de viaje contratado.

Los planes 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 no son reembolsables. Una vez interrumpida la vigencia de un plan, éste caduca y no puede reactivarse posteriormente.

En casos en que el Beneficiario se encuentre hospitalizado por una enfermedad y/o accidente cubierto por su seguro de viajes en la fecha de fin de vigencia, se cubrirán únicamente los gastos por hospitalización dentro del beneficio de asistencia médica por enfermedad y/o accidente:

1. Hasta ocho (8) días adicionales contados desde el día de finalización de vigencia del del seguro, o
2. Hasta que se haya agotado el límite máximo de la asistencia que se encuentra en la póliza contratada, o
3. Hasta que el médico firme el alta del Beneficiario en el transcurso de los ocho (8) días de ampliación de la asistencia.

Toda asistencia o tratamiento cesará y no será responsabilidad de **CRECER SEGUROS** una vez que el Beneficiario regrese a su lugar de residencia o culmine la vigencia del seguro, salvo las excepciones anteriormente mencionadas.

Nota: en los casos que el Beneficiario ya se encuentre en el país destino y solicite la autorización para emitir un nuevo seguro de viajes, siempre y cuando la misma sea autorizada por la Central de Servicios de Asistencia, dicho plan tendrá de 03 días de carencia para los beneficios y/o Asistencias.

Limitación a los servicios prestados en las Asistencias: El propósito del viaje tendrá que ser turístico y en ningún momento podrá garantizar a personas que ejerzan una actividad profesional en el exterior. Si el motivo del viaje del Beneficiario fuese la ejecución de trabajos o tareas que involucren un riesgo profesional, por realizar tareas de alta especialización en donde se exponga la vida, se esté expuesto a sustancias peligrosas, al manejo de maquinarias pesadas o que funcionen con gases, presión de aire o fluidos hidroneumáticos, que requieran habilidades físicas especiales, o donde se vea expuesto a peligro y como consecuencia de ello sufra un accidente o una enfermedad consecencial. El proveedor **CARE24** quedará eximido de toda responsabilidad de prestar sus servicios o asumir costos que se deriven de tales circunstancias, y en estos casos, el Beneficiario deberá revisar si se encuentra dentro de la obligación de su empleador asumirlos a través de su plan de responsabilidad de riesgos profesionales. De igual forma, esta limitación 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.

V. VALIDEZ GEOGRÁFICA

La cobertura geográfica de las asistencias será de carácter Mundial o exclusivamente para Europa, dependiendo del plan de seguro de viajes contratado. Se excluye, en todos los casos, el país de residencia del Beneficiario o país donde se emitió el seguro de viajes.

VI. PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR ASISTENCIA - CENTRALES DE ASISTENCIAS

Para realizar el uso de los beneficios brindados dentro del seguro contratado, el Beneficiario contactará a la Central de Servicios de Asistencia **CARE24**, con una llamada directa o por cobrar a los números habilitados en los países indicados. En caso de existir cobro por llamar a la Central de Servicios de Asistencia, se 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 asignados.

Es obligación del Beneficiario siempre llamar y reportar la emergencia. En los casos en que el Beneficiario no pueda hacerlo personalmente, podrá realizarlo cualquier acompañante, amigo o familiar dentro de las 24 horas de haber sucedido la emergencia. En caso sea posterior, se pierde el derecho a reclamo de parte del Beneficiario.

País	Teléfono	País	Teléfono
Alemania	0-800-180-6752	Portugal	0-800-180-143
Argentina	0-800-666-2363	Reino Unido	8081-890-432
Brasil	0-800-761-0135	Estados Unidos	1-786-275-7092 1 888-816-1811
España	900-838-022 0800-880-864	Estados Unidos / Cobro revertido	1-800-466-2321
Francia	805-220-679	E-mail	assistance@ilsols.com
Italia	0-800-794-540	Skype	asistencia.internacional
		Whatsapp (solo mensajería)	1-863-204-2770

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

VII. CONSIDERACIONES PARA SOLICITAR LA ACTIVACION DE LOS BENEFICIOS ASISTENCIAS

1. Solicitar y obtener la autorización de la Central de Servicios de Asistencia antes de tomar cualquier iniciativa o comprometer cualquier gasto en relación con los beneficios otorgados por el seguro. En los casos donde no se haya solicitado la autorización a la central ni se haya obtenido la autorización, no procederán reembolsos, ni se 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 el seguro no podrá tomar a su cargo el costo de ningún beneficio sin el previo conocimiento y autorización de la Central de Servicios de Asistencia.

3. El Beneficiario acepta que la Central de Asistencias 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 con la Central de Servicios de Asistencia antes de ser asistido, el Beneficiario o una tercera persona, con la obligación ineludible, deberá informar a más tardar dentro de las 24 horas de producido el evento. No notificar dentro de las 24 horas acarrea la pérdida automática de los derechos del Beneficiario a reclamar o solicitar indemnización alguna.
5. Aceptar y acatar las soluciones indicadas y recomendadas por la Central de Servicios de Asistencia y llegado el caso, consentir con la repatriación a su país de origen cuando, según opinión médica, su estado sanitario lo permita y lo requiera.
6. Proveer la documentación que permita confirmar la procedencia del caso, así como todos los comprobantes originales de gastos a ser evaluados para su eventual reembolso 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 se requiera, el Beneficiario deberá otorgar las autorizaciones para revelar su historia clínica, completando el Record Release Form que el centro médico solicitará firmar y entregará a la Central de Servicios de Asistencia. Asimismo, el Beneficiario autoriza en forma absoluta e irrevocable a **CARE24** 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.

VIII. GESTIONES ASUMIDAS POR EL PROVEEDOR DE ASISTENCIAS

1. Cumplir las prestaciones y beneficios descritos en el Manual de uso de Asistencias, de eventos cubiertos en el plan contratado durante la vigencia del seguro.
2. **CRECER SEGUROS** 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, **CRECER SEGUROS** se compromete a ejecutar sus compromisos y obligaciones dentro del menor plazo posible.

IX. GESTIONES EN CASO DE REEMBOLSO

1. Se podrá analizar cada solicitud de reembolso para determinar si es procedente y en consecuencia reintegrar los montos que correspondan de acuerdo al presente manual de uso de Asistencias y límites máximos de los beneficios incluidos en el plan de seguro contratado. Todas las compensaciones y/o reintegros y/o demás gastos que vayan a asumirse 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 Seguro para presentar la documentación y respaldos necesarios para iniciar el proceso del reembolso de la asistencia que corresponda. Después de ese plazo, no se aceptarán documentos para tramitar ningún reembolso. Las solicitudes de reembolso de asistencias se deberán realizar directamente al proveedor **CARE24**, a través del correo electrónico assistance@ilsols.com.
- b. Una vez recibidos los documentos, **CARE24** tiene hasta cinco (5) días hábiles para solicitar cualquier documento faltante que no haya sido entregado por el Beneficiario.
- c. Con todos los documentos necesarios, **CARE24** 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, **CARE24** procederá a efectuar el pago en 15 días posteriores a la fecha de recepción por escrito, de los datos completos para la realización de la transferencia.

Nota: Los reembolsos pagados directamente por CARE24 pueden hacerse a través de transferencia bancaria, giro postal o cheque. CARE24 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.

X. DEFINICIÓN DE LOS BENEFICIOS

Asistencia médica por accidente o enfermedad

En caso el Beneficiario requiera alguna atención médica por alguna enfermedad o accidente (incluido covid19) generado en el transcurso del viaje realizado, la Central de Servicios de Asistencia coordinará con un centro médico más cercano, la atención médica pertinente del Beneficiario, según los protocolos de seguridad y salud de cada país.

Se detallan las atenciones que puede tener mediante este beneficio:

- **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 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.
- **Hospitalización:** De acuerdo con la naturaleza de la lesión o enfermedad, y siempre que el Departamento Médico de la Central de Servicios de Asistencia así lo prescriba, se procederá a la hospitalización del Beneficiario en el centro sanitario más próximo al lugar donde éste se encuentre. Este ítem aplicará únicamente al Beneficiario del seguro adquirido, 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.

Nota1: 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 en el seguro adquirido.

Nota2: es importante precisar que este beneficio cubre las atenciones médicas por detención de Covid19 como cualquier otra enfermedad.

Asistencia médica por Enfermedad preexistente

Se cubrirá hasta el límite máximo de este beneficio indicado en la tabla de asistencia, considerando sus limitaciones detalladas. 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 Servicios 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 seguro.

Para activar el beneficio, El Beneficiario deberá seguir todas las instrucciones médicas dadas por el médico tratante asignado por la Central de Asistencias. Si el Beneficiario sufre alguna(s) de las siguientes condiciones: cualquier tipo de cáncer, enfermedades del corazón, enfermedad pulmonar crónica y/o enfermedad hepática crónica, 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. El Beneficiario no podrá iniciar el viaje después de recibir un diagnóstico terminal. De recibir un diagnóstico, el Beneficiario deberá haber estado estable por más de 12 meses.

Limitaciones de la asistencia: No se brindará la asistencia, cuando:

- Se trate del 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.
- Sean 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.

- Se solicite procedimientos de diálisis, trasplantes, oncología y 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.
- Cuando resulte de lesiones sufridas durante un acto ilícito, no están bajo nuestra cobertura.
- 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 el beneficio.

Repatriación funeraria

En caso de fallecimiento del Beneficiario durante la vigencia del seguro a causa de un evento cubierto, se organizará y sufragará la repatriación funeraria tomando a su cargo los gastos de: féretro simple obligatorio para el transporte internacional, los trámites administrativos y el transporte del cuerpo por el medio que consideren más conveniente hasta el lugar de ingreso al país de residencia habitual del fallecido, hasta el límite máximo de este beneficio.

Si el derechohabiente lo desea, dentro de este mismo beneficio, se puede optar por la cremación del cuerpo y también estarán incluidos todos los trámites administrativos a los que haya lugar y traslado de cenizas hasta el país de residencia habitual del fallecido hasta el límite máximo de este beneficio.

Limitaciones de la asistencia: No se brindará la asistencia para:

- Los gastos de féretro definitivo, trámites funerarios, traslados terrestres o aéreos en el país de residencia e inhumación no se encontrarán dentro del beneficio.
- El fallecimiento 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.
- los gastos de regreso de familiares acompañantes del fallecido y/o gastos de terceros.

Médico virtual

Los Beneficiarios 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 con la severidad de los síntomas que describen los mismos.

Asistencia por deporte amateur

Gastos por accidentes en caso de realizar los siguientes tipos de deporte amateurs: 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 recreativo, buceo recreativo (hasta 15 metros), natación, patinaje, snowboard, cuando se practica como actividades de aficionados.

Limitaciones de la asistencia:

- No se brindará la asistencia por cualquier lesión causada por prácticas profesionales y/o de torneos, competencias, etc.
- Se limita los eventos ocurridos como consecuencia de simple entrenamientos, prácticas sencillas o participación activa o no activa en competencias deportivas (profesionales o amateurs).

Además quedan expresamente limitadas 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.

Medicamentos recetados

Este beneficio cubrirá los gastos de los medicamentos recetados por el Médico Tratante de la Central de Servicios de Asistencia hasta el límite máximo de este beneficio. 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 este beneficio, 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 como 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.

Limitaciones de la asistencia: No se brindará la asistencia, cuando:

- Cuando los gastos de medicamentos por concepto de enfermedades

- preexistentes no se encuentren activos dentro de este beneficio, así hayan sido diagnosticados por el Médico Tratante de la Central de la Central de Servicios de Asistencia.
- 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 la Central de Asistencias.
 - Las pastillas anticonceptivas, inyecciones anticonceptivas, dispositivos intrauterinos o cualquier otro método de planificación familiar así hayan sido diagnosticados por el Médico Tratante de la Central de la Central de Servicios de Asistencia.

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

Emergencia Dental

Este beneficio cubre 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.

Limitaciones de la asistencia: No se brindará la asistencia por:

- los tratamientos odontológicos de conductos, cambios de calzas, coronas, prótesis, sellamientos, limpiezas dentales, diseños de sonrisa o cualquier otro tratamiento.

Traslado y/o repatriación médica

Se entiende por repatriación médica el traslado del Beneficiario enfermo o accidentado desde el lugar en donde se encuentra hasta el aeropuerto de ingreso del país de residencia habitual y en el que se emitió el seguro.

En caso de emergencia o de urgencia y si la Central de Servicios de Asistencia indique la activación de este beneficio, 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 Asistencia. El no cumplimiento de esta norma exime a la Central de Asistencia de tomar a cargo de la solicitud de dicho traslado.

Solamente el Departamento Médico de la Central de Asistencias podrá autorizar a tomar todas las providencias mencionadas en este beneficio,

quedando el Beneficiario o un familiar prohibido de realizarlo por cuenta propia sin la previa autorización escrita de **CARE24**. Adicionalmente la repatriación deberá ser autorizada y justificada médica y científicamente por el Médico Tratante de la Central de Asistencias. 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 la Central de Asistencias, ninguna responsabilidad recaerá sobre **CRECER SEGUROS** 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.

Cuando el Departamento Médico de la Central de Asistencias, en común acuerdo con el Médico Tratante, estime necesario y recomiende la repatriación sanitaria, esta se efectuará en primera instancia por el medio de transporte disponible más conveniente para ello, y/o por avión de línea aérea comercial, en clase turista y sujeta a disponibilidad de cupo aéreo, hasta el aeropuerto de ingreso del país de residencia o de compra de la tarjeta. Este beneficio pagará las diferencias por cambio de fecha del pasaje o la compra de uno nuevo si el original se tratase de un ticket sin posibilidad de cambio. Este beneficio comprende el transporte en ambulancia u otro medio de transporte que sea compatible con su estado de salud y aprobado por el Departamento Médico de la Central de Asistencias 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 restricciones o limitaciones de las asistencias, salvo en planes que contemplen preexistencias. Este beneficio aplicará única y exclusivamente dentro de las fechas de vigencia de su seguro.

Cancelación de viaje contratado

Se cubrirá las penalidades por cancelar anticipadamente un viaje conocido como tours, paquetes turísticos, excursiones, boletos aéreos y cruceros hasta el límite máximo del beneficio.

Para ser acreedor de este beneficio:

1. El seguro de viajes debe ser adquirido con una diferencia de hasta 72 horas siguientes a la fecha de compra del paquete turístico y/o crucero.
2. Siempre y cuando no haya iniciado el periodo de penalidades publicados por la agencia de viajes o naviera.
3. Se deberá avisar a la Central de Servicios de Asistencias en un máximo de 24 horas luego de ocurrido el evento que motiva la cancelación.
4. Presentar toda la documentación que la Central de Servicios de Asistencias requiriera para evaluar la activación 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).

Nota: En el plan Anual, este beneficio se activa por cada viaje que realice el Beneficiario. Puede realizar 12 viajes al año, de 30 días como máximo por cada viaje. Aplica siempre y cuando se cumplan los requisitos establecidos para ser acreedor de este beneficio en cada viaje.

Procedimiento en caso de viaje en crucero:

- El Beneficiario deberá 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 la Central de Asistencias en forma clara y fehaciente la causal o causales que ocasionaron la cancelación de viaje y enviar toda la documentación para su eventual comprobación y reembolso, de ser procedente.

Son causas justificadas a los efectos del presente beneficio:

1. El fallecimiento, accidente o enfermedad grave no preexistente del Beneficiario o familiar en primer grado de consanguinidad (padres, hijos o hermanos) o cónyuge, entendiéndose por enfermedad grave una alteración de la salud que, a juicio del Departamento Médico de la Central de Servicios de Asistencias, imposibilite al Beneficiario para iniciar el viaje en la fecha contratada originalmente.
2. La convocatoria como parte, testigo o jurado de un tribunal.
3. Los daños que, por incendio, robo, hurto o por la fuerza de la naturaleza en su residencia habitual o en sus locales profesionales que los hagan inhabitables y justifican ineludiblemente su presencia.
4. Cuarentena médica que obligue al Beneficiario a mantenerse dentro de su país de origen.
5. Despido laboral comprobado del Beneficiario, con fecha posterior a la contratación del seguro.

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 seguro con asistencias 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.

Sustitución de ejecutivo

En el caso que el Beneficiario se encuentre en viaje de negocios en el extranjero y fuese internado por una emergencia médica grave que le impida seguir con su cometido profesional, se gestionará el pasaje en clase turista (sujeto a disponibilidad de plazas) de la persona que su empresa designe como sustituto y de los gastos de hotel hasta un máximo de USD 80 (ochenta dólares) diarios durante cinco (05) días.

Compensación por pérdida de equipaje en línea aérea comercial

Se compensará al Beneficiario de forma complementaria, la misma suma que paga o reconoce la aerolínea hasta el límite máximo de este beneficio. Considerar los siguientes pasos para solicitar la activación:

- Que la línea aérea y la Central de Asistencias 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 original, incluyendo las conexiones hasta el lugar final de destino. Este beneficio no aplica cuando la pérdida se origina en un trayecto de vuelo nacional, ni de vuelos charters o fletados, aviones particulares o militares, o cualquier vuelo que no tenga un itinerario fijo publicado que opera regularmente, ni tampoco cuando la pérdida se origina en vuelos domésticos en el exterior.
- Que el mencionado equipaje haya sido debidamente registrado, etiquetado y despachado en la bodega del avión y haya sido debidamente presentado y entregado al personal de la aerolínea en el despacho del terminal. No se indemnizará a los Beneficiarios 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 Beneficiario 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. No se indemnizará al Beneficiario cuando este no haya aun recibido la indemnización de la aerolínea.
- La compensación por pérdida total del equipaje se limitará a un solo bulto o maleta por cada beneficiario o pasajero incluido en el voucher de asistencias, faltante en forma definitiva y solo para el 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 tickets de cada uno, así como el número de voucher y pólizas de seguro de viajes. No se indemnizan faltantes parciales de las maletas.
- En caso de 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, se procederá a abonar al Beneficiario la compensación económica por extravío de equipaje, una vez que dicha opción sea ejercida.

Es importante resaltar que, en los casos de extravío de equipaje, los directos responsables son las aerolíneas o empresas transportadoras, por lo tanto, la Central de Asistencias intervendrá en calidad de intermediario facilitador entre la aerolínea y o la compañía transportadora y el Beneficiario, 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 de la Central de Asistencias, y en términos generales pueden exigir que las reclamaciones sean puestas directamente por los Beneficiarios y no permitir la intermediación de la Central de Asistencias.

Las indemnizaciones por conceptos de pérdida total de equipaje se abonarán únicamente en el país donde se compró la asistencia. Al regresar a su país de origen, el Beneficiario deberá presentar a la Central de Servicios de Asistencias, en la dirección o correo electrónico que se le indique, la siguiente documentación:

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

Sólo se 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: Se compensará al Beneficiario de forma complementaria a lo abonado por la línea aérea hasta el límite máximo del beneficio. No se podrá generar la

compensación si la indemnización de la compañía aérea iguala o supera el límite máximo del beneficio.

Indemnización por vuelo demorado o cancelado

Si el vuelo del Beneficiario fuera demorado por más de seis (06) horas consecutivas a la programada originalmente, y siempre y cuando no exista otra alternativa de transporte durante ellas, se reintegrará hasta el límite máximo de este beneficio 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.

Limitaciones de la asistencia: No se brindará la asistencia 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.
- Si el Beneficiario viajara con un pasaje sujeto a disponibilidad de espacio
- Si la cancelación se debe a la quiebra y/o cesación de servicios de la línea aérea.

Compensación por rotura de equipaje

Si las maletas del Beneficiario sufrieran algún tipo de daño que deje expuestos los elementos que se encuentran en su interior, así como la violación de sus cerraduras con los mismos efectos, se otorgará al Beneficiario una compensación hasta el límite máximo del beneficio.

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

Nota: La compensación por daño de equipaje se limitará a un solo bulto o maleta por cada beneficiario o pasajero incluido en el voucher de asistencias, faltante en forma definitiva y solo para el Beneficiario damnificado.

Gastos de hotel por convalecencia

En caso de que el médico tratante y en común acuerdo con el Departamento Médico de la Central de Servicios de Asistencia requieran que el Beneficiario necesite encontrarse internado en un hospital al menos cinco (05) días y que a su salida deba obligatoriamente guardar reposo forzoso, se cubrirá los gastos de hotel hasta el límite máximo del beneficio en el seguro contratado, con un máximo de diez (10) días. Este ítem aplicará únicamente al Beneficiario, y bajo

ningún motivo se cubrirán los gastos para una persona acompañante. La Central de Servicios de Asistencia coordinará con el hotel para el reposo del Beneficiario. En caso de que ya cuente con un hotel (en donde ya se había hospedado), debe indicar a la Central de Servicios de Asistencia, para gestionar los cargos correspondientes y el reembolso hasta el límite máximo del beneficio.

Limitaciones de la Asistencia: No se asumirá ningún gasto de hotel por convalecencia cuando la hospitalización haya sido suscitada por una enfermedad o condición médica preexistente.

Nota: Dicho reposo deberá ser ordenado por los médicos de la central exclusivamente y contemplarán únicamente el costo de la habitación en un hotel, sin ningún tipo de alimentación o gastos de otra índole tales como lavandería, minibar o llamadas telefónicas (salvo aquellas efectuadas a la central de Servicios de Asistencias.).

Compensación por demora en devolución de equipaje (luego de 6 horas y hasta 36 horas)

Se reintegrará al Beneficiario 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 avisado a la Central de Servicios de Asistencia y proporcionado el número PIR correspondiente otorgado por la aerolínea. Este beneficio se brindará únicamente si el equipaje no es localizado dentro de las seis (06) horas contadas a partir del arribo del vuelo y hasta 36 horas. 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 la Central de Asistencias y por tanto no será tenido en cuenta en el cómputo de las 6 horas.

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

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

Este beneficio se gestionará por reembolso previa autorización de la Central de Servicios de Asistencia y regido por los tiempos establecidos en los trámites de reembolso.

Nota: la compensación por demora en devolución de equipaje se limitará a un solo bulto o maleta por cada beneficiario o pasajero incluido en el voucher de

asistencias, faltante en forma definitiva y solo para el Beneficiario damnificado.

Transmisión de mensajes urgentes

Se transmitirá los mensajes urgentes y justificados a los Beneficiarios por parte de familiares directos o relacionados a temas laborales, relativos a cualquiera de los eventos que son objeto de las asistencias contempladas en este manual.

Asistencia legal por accidentes de tránsito

En caso el Beneficiario necesite una asistencia legal por accidente de tránsito, se gestionará hasta el límite máximo de este beneficio, los gastos de honorarios que ocasione la defensa civil, criminal o penal del Beneficiario, con motivo de imputársele o exculparsele la responsabilidad por un accidente de tránsito.

Limitaciones de la Asistencia: No se asumirá ningún gasto de Lesiones de conductor o Beneficiario por el uso de cualquier tipo de vehículos, incluidos bicicletas, motocicletas y velomotores sin licencia de conducir, o sin casco, o sin seguros contratados.

Orientación en caso de extravío de documentos / equipajes

Se asesorará al Beneficiario para la denuncia del extravío o robo de su equipaje y efectos personales, para lo cual pondrá a su disposición los servicios de la Central de Servicios de Asistencia más próxima. Así como en caso de pérdida de documentos de viajes, y o tarjetas de crédito brindando las instrucciones al Beneficiario para que interponga las denuncias respectivas, y trámites para la recuperación de estos.

Regreso anticipado en caso de siniestro grave en domicilio

En caso de incendio, explosión, inundación o robo con daños y violencia en el domicilio de un Beneficiario, mientras éste se encuentre de viaje, si no hubiese ninguna persona que pueda hacerse cargo de la situación y si su pasaje original de regreso no le permitiera el cambio gratuito de fecha, se 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. El Beneficiario deberá presentar la denuncia policial original correspondiente en la Central de Servicios de Asistencias, 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.

Acompañamiento de menores

Si un Beneficiario viaja acompañado únicamente por menores de quince (15) años que fueron registrado en la compra del seguro de viajes, 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,

CARE24 organizará el desplazamiento de dichos menores hasta el domicilio habitual en su país de origen, por el medio que considere más adecuado.

Línea de consultas 24 horas

Los Beneficiarios podrán pedir a la Central de Servicios de Asistencia, informaciones relativas a obligaciones consulares, sanitarias, turísticas y otras concernientes al país de destino. Igualmente estará a su disposición el servicio conserje para ayudarlos con la reserva de hoteles, restaurantes, eventos deportivos, culturales, entre otros.

Transferencia de fondos y transferencia de fondos para fianza legal

Si durante el viaje el Beneficiario tuviera la necesidad imperiosa e imprevista de transferencia de fondos, y contra su previo depósito en la oficina de la Central de Asistencias, esta gestionará la entrega del importe solicitado hasta el límite del beneficio, al Beneficiario en el país donde se encuentre. Si el Beneficiario fuese encarcelado como consecuencia de un accidente de tránsito, se gestionará el envío de las transferencias de fondo para hacer frente al pago de la fianza penal, debiendo previamente ser depositado el monto referido en la oficina de la Central de Asistencias por parte de la familia del Beneficiario. El costo asumido por la Central de Asistencias corresponderá únicamente al valor de la transferencia realizada al Beneficiario. Este servicio será aplicado una sola vez, cualquiera que sea el lapso de validez del seguro.

Asistencia psicológica

Orientación telefónica durante las 24 horas para los Beneficiarios que, a causa de repatriación sanitaria, fallecimiento de un familiar o catástrofe natural hayan sido afectados psicológicamente 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.

Seguimiento de viaje / crucero

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 activará haciéndose 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. Este beneficio se paga como reembolso, previa presentación de los recibos apropiados y el informe de la compañía aérea (PIR).

Servicio conserje

El servicio se encuentra disponible las 24 horas del día, los 365 días del año para asistir a los Beneficiarios en la consecución de información sobre entradas para

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

Traslado de un familiar por hospitalización

En caso de que la hospitalización de un Beneficiario, viajando solo y no acompañado, fuese superior a diez (10) días, se generará un pasaje aéreo en clase turista (sujeto a disponibilidad de espacio) para un familiar de compañía. El Beneficiario podrá tener derecho a los gastos de hotel por USD 80.00 (ochenta dólares) diarios para su familiar acompañante, durante máximo siete días 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 al hospedaje simple sin considerar gastos de restaurante, lavandería, telefonía u otro cualquier como minibar, alimentación tomada en la habitación, u otro tipo de gasto cualquiera.

Viaje de regreso por fallecimiento de familiar en 1er Grado

Si el Beneficiario debiera retornar a su país de residencia habitual por causa del fallecimiento de un familiar directo (padre, cónyuge, hijo o hermano) allí residente, se compensará vía reembolso la diferencia del costo del pasaje aéreo de regreso del Beneficiario a su país de origen, únicamente cuando su pasaje sea de tarifa reducida por fecha fija o limitada de regreso. El Beneficiario debe avisar a la Central de Servicios de Asistencia dentro de las 24 horas ocurrido el evento acreditando mediante el certificado de defunción del familiar y un documento que demuestre el parentesco.

XI. LIMITACIONES APLICABLES A TODOS LOS SERVICIOS Y BENEFICIOS

Queda expresamente establecido que no se brindará los servicios de asistencia o beneficios detallados en este manual de uso de asistencias, en los eventos siguientes:

1. Enfermedades crónicas o preexistentes, definidas, o recurrentes, padecidas con anterioridad al inicio de la vigencia del seguro de viajes, 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). Excepto lo expresado en el beneficio de Asistencia Médica por Enfermedad preexistente.
2. Enfermedades, lesiones, afecciones o complicaciones médicas resultantes de tratamientos efectuados o llevados a cabo por personas o profesionales no autorizados por el Departamento Médico de la Central de Servicios de Asistencia, o exceptuándose lo determinado en el punto precedente.

3. Los tratamientos homeopáticos, tratamientos de acupuntura, la quinesioterapia, las curas termales, la podología, manicura, pedicura, etc.
4. Las afecciones, las enfermedades o lesiones derivadas por riesgos laborales, intento o acción criminal o penal del Beneficiario, directa o indirectamente como peleas, riñas, flagelaciones, etc.
5. Tratamiento de enfermedades o estados patológicos producidos por la ingesta o la administración intencional de tóxicos (drogas), narcóticos, alcohol, o por la utilización de medicamentos sin la respectiva orden médica
6. Gastos incurridos en cualquier tipo de prótesis, incluidas las dentales, lentes, audífonos, sillas de rueda, muletas, anteojos, etc.
7. Eventos ocurridos como consecuencia de simple entrenamientos, prácticas sencillas o participación activa o no activa en competencias deportivas (profesionales o amateurs). Además quedan expresamente limitadas 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.
8. Los partos, estados de embarazo, controles ginecológicos, exámenes relacionados con los mismos. Los abortos, o las pérdidas cualquiera sea su etiología u origen. Asimismo, todas las complicaciones resultantes durante y después del embarazo.
9. Todo tipo de enfermedades mentales.
10. Afecciones, enfermedades o lesiones derivadas del consumo de bebidas alcohólicas de cualquier tipo.
11. El Síndrome de inmune deficiencia adquirida (SIDA) y virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en todas sus formas, secuelas y consecuencias. Las enfermedades venéreas y/o en general todo tipo de prestación, examen y/o tratamiento que no haya recibido la autorización previa de la Central de Servicios de Asistencia.
12. Los Eventos y las consecuencias de desencadenamiento de fuerzas naturales, tsunamis, temblores, terremotos, tormentas, tempestades, huracanes, ciclones, inundaciones, eventos de radiación nuclear y de radioactividad, así como cualquier otro fenómeno natural o no, con carácter extraordinario o evento que, debido a sus proporciones o gravedad, sea considerado como desastre nacional regional o local o catástrofe, sismos, huracanes, inundaciones etc
13. El suicidio, o el intento de suicidio o las lesiones infringidas a sí mismo por

- parte del Beneficiario y/o su familia, así como cualquier acto de manifiesta irresponsabilidad o imprudencia grave por parte del Beneficiario.
14. Los Eventos como consecuencia de actos de guerra, invasión, actos cometidos por enemigos extranjeros o nacionales, terrorismo, hostilidades u operaciones de guerra (sea que haya sido declarada o no la guerra) guerra civil, rebelión, insurrección o poder militar, naval o usurpado, la intervención del Beneficiario en motines, manifestaciones o tumultos que tengan o no carácter de guerra civil, o sea que la intervención sea personal o como miembro de una organización civil o militar; terrorismo u otra alteración grave del orden público.
 15. Los actos mal intencionados y/o de mala fe de parte del Beneficiario o de sus apoderados.
 16. Los exámenes médicos de rutina, los exámenes de laboratorio para chequeos médicos, los exámenes de diagnóstico y o de controles, exámenes de laboratorio o radiológicos o de otros medios, cuya finalidad es la de establecer si la enfermedad es una preexistencia, tales como los exámenes de radiología, el doppler, las resonancias magnéticas, tomografías, ultrasonidos, imágenes, scanner de toda índole, etc. Los exámenes médicos practicados para establecer si la dolencia corresponde a una enfermedad preexistente o no.
 17. Gastos correspondientes a transportes públicos o privados o desplazamientos pagados por el Beneficiario desde su hotel o lugar donde esté hasta el centro hospitalario, o centro médico, o consultorio del médico. A menos que dichos gastos hayan sido expresamente autorizados en forma escrita o verbal por la Central de Servicios de Asistencia.
 18. Las enfermedades derivadas o debidas o consecuentes de las deformaciones congénitas conocidas o no por el Beneficiario.
 19. Lesiones o accidentes derivados de accidentes aéreos en aviones no destinados ni autorizados como transporte público, incluyendo los vuelos fletados particulares.
 20. Afecciones, enfermedades o lesiones derivadas directa o indirectamente de riña o peleas (salvo que se tratase de un caso de legítima defensa comprobada con reporte policial), huelga, actos de vandalismo o tumulto popular en que el Beneficiario hubiese participado como elemento activo. El intento de o la comisión de un acto ilegal y, en general, cualquier acto doloso o criminal del Beneficiario, incluido el suministro de información falsa o diferente de la realidad.
 21. Enfermedades endémicas, pandémicas, o epidémicas, Las asistencias por estas enfermedades en países con o sin emergencia sanitaria en caso de que el Beneficiario no haya seguido las sugerencias y/o indicaciones sobre restricciones de viaje y/o tratamiento profiláctico y/o vacunaciones emanadas de autoridades sanitarias, excepto la enfermedad por covid19.

22. Cualquier gasto o asistencia médica que no haya sido previamente consultado y autorizado por la Central de Servicios de Asistencia.
23. Las enfermedades, o indisposiciones resultantes de trastornos del periodo menstrual en las mujeres, como adelantos o retrasos, así como sangrados, flujos y otros.
24. Enfermedades Hepáticas, como Cirrosis, Abscesos y otros.
25. Exámenes y/u hospitalizaciones para pruebas de esfuerzo y todo tipo de chequeos preventivos.
26. Cualquier tipo de hernias y sus consecuencias.
27. Secuestro o su intento.
28. Riesgos profesionales: si el motivo del viaje del Beneficiario fuese la ejecución de trabajos o tareas que involucren un riesgo profesional, así como las lesiones clasificadas como lesiones por esfuerzos repetitivos, enfermedades osteomusculares relacionadas al trabajo, lesión por trauma continuado o continuo, etc., o similares, tanto como sus consecuencias post tratamiento inclusive quirúrgicos en cualquier tiempo.
29. Lesiones de conductor o Beneficiario por el uso de cualquier tipo de vehículos, incluidos bicicletas, motocicletas y velomotores sin licencia de conducir, o sin casco, o sin seguros contratados.
30. Están excluidos los accidentes y enfermedades presentadas en países en guerra civil o extranjera. Ejemplo: Afganistán, Irak, Sudan, Somalia, Corea del Norte, etc.
31. No se activará ningún beneficio al Beneficiario en situación migratoria o laboral ilegal (incluyendo trabajo no declarado en el país desde donde se requiere la asistencia, o a estudiantes sorprendidos trabajando en país extranjero sin la respectiva autorización de las autoridades locales).
32. La Central de Asistencias 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 Beneficiario podrá mejorar su condición actual y bajo ningún motivo, podrá exceder las diez (10) sesiones.

En caso de constatarse que el motivo del viaje fuera el tratamiento en el extranjero de una enfermedad de base, y que el tratamiento actual tenga alguna vinculación directa o indirecta con la dolencia previa motivo del viaje, la Central de Asistencias dejará de prestar sus servicios. A tal fin, 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 y el proveedor **CARE24**

que cualquier problema de interpretación sobre los alcances de estas asistencias 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 **CARE24** prestará los servicios de beneficios (asistencias) al Beneficiario en el seguro adquirido, 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.

XII. SUBROGACIÓN

Hasta la concurrencia de las sumas desembolsadas en cumplimiento de las obligaciones emanadas del manual de uso de asistencias, los servicios de asistencia de **CARE24** que asumen el riesgo como fruto del encargo de **CARE24** 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, en la medida que corresponda. Además, el Beneficiario se compromete a abonar en el acto a **CARE24** todo importe que haya recibido de parte del causante del evento 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 tiene derecho; ello hasta el monto de los pagos que hubiere recibido de las compañías de seguro en el caso ocurrido. Sin que la enunciación deba entenderse exclusiva, quedan expresamente comprendidos en la subrogación los derechos y acciones susceptibles de ser ejercitados frente a las siguientes personas:

- a. Terceros responsables de un accidente de tránsito.
- b. Terceros responsables del pago de la totalidad o parte de gastos que puedan desencadenarse a causa del evento sufrido por el Beneficiario, entendiéndose como: seguro médico internacional del Beneficiario, otra compañía de asistencia en viajes, cobertura de asistencia en viajes incluida en la(s) tarjeta(s) de crédito del Beneficiario.
- c. Empresas de transporte, en lo atinente a la restitución - total o parcial - del precio de pasajes no utilizados, cuando **CARE24** haya tomado a su cargo el traslado del Beneficiario o de sus restos. En consecuencia, el Beneficiario cede irrevocablemente a favor de **CARE24** 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 de la subrogación acordada.

De negarse a prestar colaboración o a subrogar tales derechos a **CARE24**

quedará liberadas de la obligación de cumplir las prestaciones ofertadas y/o debidas. De igual forma **CARE24** 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.

XIII. CIRCUNSTANCIAS EXCEPCIONALES DE INEJECUCIÓN INIMPUTABLE

Ni el proveedor **CARE24**, 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, **CARE24** se compromete a ejecutar sus compromisos dentro del menor plazo que fuera posible y siempre y cuando, una vez sea factible brindar dicho servicio, y se mantenga la contingencia que la justifique.

XIV. RECURSO

CARE24 se reserva el derecho de exigir al Beneficiario el reembolso de cualquier gasto efectuado por éste en forma indebida, en caso de habersele prestado servicios no contemplados por este contrato o fuera del período de vigencia del plan de asistencia contratado, así como cualquier pago realizado por cuenta del Beneficiario.

XV. RESPONSABILIDAD

CARE24 y CRECER SEGUROS no serán responsables y no indemnizarán al Beneficiario por cualquier daño, perjuicio, lesión o enfermedad causada por haberle brindado al Beneficiario a su solicitud, personas o profesionales para que lo asistan médica, farmacéutica o legalmente. En estos casos, la persona o personas designadas por la Central de Servicios de Asistencias **CARE24** serán tenidas como agentes del Beneficiario sin recurso de naturaleza o circunstancia alguna contra **CARE24**, en razón de tal designación. **CARE24** se esfuerza para poner a disposición de los Beneficiarios los mejores profesionales de la salud y los mejores medios, sin embargo, no podrán nunca ser tenidos ni total ni parcialmente como responsables por los malos servicios o mala praxis de dichos profesionales o entidades.

XVI. CADUCIDAD - RESOLUCIÓN – MODIFICACIÓN

Toda reclamación tendiente a hacer efectivas las obligaciones que **CARE24** se asumen a través del presente manual de uso de asistencias, deberá formularse en debida forma y por escrito dentro del plazo máximo improrrogable de treinta (30) días continuos calendario, contados a partir de la fecha del suceso que dio

o debería dar lugar a la indemnización o a las prestaciones. Transcurrido el plazo indicado, se producirá la automática caducidad de todos los derechos no ejercidos oportunamente.