

## I. PREÁMBULO

QUÁNTICO SERVICIOS DE ASISTENCIA S.A. en adelante “La Compañía”, es una organización internacional de asistencia al viajero, cuyo objeto principal es proporcionar servicios de asistencia médica, jurídica y personal, únicamente en casos de EMERGENCIAS y URGENCIAS durante el viaje. Las presentes condiciones generales rigen exclusivamente para los programas individuales y anuales, y sus respectivos planes de asistencia o productos. Las presentes Condiciones Generales rigen la prestación del servicio de asistencia al viajero que brinda “La Compañía”, durante los viajes que realice su Titular, con el alcance que se define en este voucher y hasta los límites y con las características de los respectivos planes de asistencia y productos.

### **Aceptación del Titular.**

Las presentes Condiciones Generales junto con la restante documentación se ponen a disposición del Titular al momento de la compra del plan y a través del sitio web [www.interwelt-intl.com](http://www.interwelt-intl.com), y conforman el contrato de asistencia al viajero que brinda “La Compañía”. El titular 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 Titular 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 Titular que los planes de “La Compañía”, no constituyen bajo ningún motivo un seguro o producto afín, como tampoco es: un programa de seguridad social o de medicina prepagada, un servicio médico a domicilio, un seguro social obligatorio, un programa POS de salud; servicio médico ilimitado, por lo tanto, no tienen como objeto principal la sanidad completa, ni el tratamiento definitivo de las dolencias del Titular. Los servicios de asistencia médica a ser brindados por “La Compañía”, 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 clara, comprobable y aguda que impida la normal continuación de un viaje, siempre y cuando dicha enfermedad no sea una enfermedad preexistente, según las definiciones de las presentes condiciones generales, ni tampoco se encuentre en la lista de las exclusiones. Estos planes están diseñados para garantizar la recuperación primaria del pasajero y 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 asistencia.
- Adelantar tratamientos o procedimientos benignos o de larga duración.
- Si el titular solicitara una nueva asistencia derivada de un servicio brindado anteriormente durante la misma vigencia del voucher, se considerará un servicio por enfermedad crónica, congénita recurrente y/o preexistente, por ende, se brindará hasta el tope de la cobertura de preexistencia que especifique el plan de asistencia seleccionado.

Toda asistencia o tratamiento cesará y no será responsabilidad de “La Compañía”, una vez que el Titular regrese a su lugar de residencia o cuando expire el período de validez del plan elegido. La adquisición por parte de un Titular de uno o más servicios de asistencia médica, no produce la acumulación de los servicios de asistencia médica y/o beneficios, ni del tiempo en ellas contempladas. En estos casos, solo podrán aplicarse los topes establecidos en los servicios que sean más beneficiosos para el viajero.

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

- a. El Titular no tendrá derecho de renovar el voucher si ha usado anteriormente los servicios de asistencia, durante la vigencia de su primer voucher.

- b. El Titular deberá solicitar la emisión de un nuevo voucher exclusivamente al Agente emisor con el cual contrató la asistencia original, indicando la cantidad de días que desea contratar. El Agente emisor está obligado a informar a “La Compañía” que se trata de una extensión y solicitará la autorización para el nuevo período de contratación.
- c. La solicitud de emisión de un nuevo voucher deberá efectuarse antes de la finalización de la vigencia del Voucher original.
- d. El Titular deberá designar a la persona que efectuará el pago correspondiente en las oficinas del Agente emisor, y recibirá el nuevo voucher que se emitirá y entregará en el mismo acto. En caso que la solicitud se haga ya habiendo terminado la vigencia del voucher inicial, la renovación será expedida con 5 (cinco) días de carencia.
- f. En caso de adquirir el voucher sin notificación alguna, automáticamente el voucher quedará anulado, sin derecho a reclamos y reintegro.

#### **Verificaciones antes del viaje:**

Verifique que todos los datos consignados en el voucher del servicio de asistencia médico sean los correctos. Controle especialmente los teléfonos indicados como contacto en caso de emergencia (+1 855 243 7262 ó +507 306 3835), también nombres y apellidos del titular, las fechas de vigencia y el producto adquirido. Si hay errores en los datos, comuníquese con el agente emisor para rectificar los mismos.

#### **Definiciones**

A continuación, las definiciones de los términos usados en estas condiciones generales, para un mayor entendimiento de los titulares de un plan de “La Compañía”:

**Central Operativa:** Es la oficina que coordina la prestación de los servicios requeridos por el Titular 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.

**Voucher:** Es el documento que usted recibe al momento de la compra de su servicio y que lleva sus datos para ser

informados a la central en caso de solicitar asistencia.

**Accidente:** Es el evento generativo de un daño corporal que sufre el Titular, causado por agentes extraños, fuera de control y en movimiento, agentes externos, violentos, visibles y súbitos. Siempre que se mencione el término “accidente”, se entenderá que la lesión o dolencia resultante, fue provocada directamente por tales agentes e independientemente de cualquier otra causa. Los accidentes cuyo origen es debido a descuido, provocación o falta de medidas de prevención por parte del Titular, se encuentran excluidos de toda asistencia.

Si el daño corporal es producido como consecuencia de causas diferentes a las anteriores mencionadas, el Titular tendrá cobertura hasta el monto de Asistencia Médica por Enfermedad del plan adquirido.

**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 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 Repentina o Imprevista:** Enfermedad pronta, impensada, no prevista, contraída con posterioridad a la fecha de inicio de vigencia del Titular del servicio de asistencia médico para viajes de “La Compañía”.

**Enfermedad 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; entre otros). Se entiende por preexistencia toda enfermedad, o estado del cuerpo, o proceso conocido o no por el Titular,

que haya necesitado o requerido de un periodo de formación, de una gestación o de una incubación dentro del organismo del Titular 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 período 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 recurrente:** regreso, repetición u aparición de la misma enfermedad luego de haber sido tratada.

**Dolencia y/o Afección:** Los términos afección y dolencia se entenderán a cualquier efecto en las presentes condiciones generales como enfermedad.

**Topes máximos:** Montos máximos de cobertura por parte de “La Compañía”, indicados en el voucher para cada prestación y según el servicio de asistencia contratado.

**Plan de asistencia médica:** 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 Titular. El plan de asistencia médica se encuentra detallado en el certificado o voucher y forma parte inseparable del mismo. Solo son de aplicación aquellas prestaciones para cada servicio explícitamente enunciadas en el plan de asistencia médica detallado en el certificado, con el alcance y límites indicados. Solamente serán válidas y regirán para fines del presente contrato, aquellas garantías o beneficios vigentes a la fecha de emisión del plan de asistencia médica que se especifica en el voucher contratado por el Titular.

**Plazo o período de carencia:** Intervalo de tiempo durante el cual no son efectivas las coberturas incluidas dentro

del Plan. Dicho plazo se computa por días contados desde la fecha de inicio de vigencia del voucher, siempre que el Titular ya se encuentre fuera del lugar de residencia habitual al momento de contratación.

**Médico tratante:** Profesional médico provisto o autorizado por la central operativa de “La Compañía”, que asiste al Titular en el lugar donde se encuentra este último.

**Departamento médico:** Grupo de profesionales médicos de “La Compañía” 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.

**Caso fortuito:** Suceso ajeno a la voluntad del obligado, que excusa el cumplimiento de obligaciones. Suceso por lo común dañoso, que acontece por azar, sin poder imputar a nadie su origen.

**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.

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

## II. TITULAR

Es la persona(s), viajero(s) o beneficiario(s) que contratan los servicios de “La Compañía” y se beneficiarán con el contrato de prestación del servicio al viajero. Las prestaciones o beneficios del Plan respectivo, los podrá recibir exclusivamente el Titular o titulares y son intransferibles, por lo cual el mismo deberá comprobar y demostrar su identidad, presentar el voucher carta, o voucher virtual (o Comprobante de Compra) correspondiente y documentos de viajes para determinar la vigencia y aplicabilidad de las prestaciones o beneficios solicitados.

## **EDAD LÍMITE:**

El Titular podrá hacer uso de los servicios contratados hasta las cero 00:00 horas del día de su cumpleaños, según el plan contratado. A partir de esa fecha el Titular 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 74 años hasta el día anterior a cumplir los 75 años.

## **III. VIGENCIA – VALIDEZ**

Los servicios asistenciales a ser brindados por “La Compañía” tendrán validez única y exclusivamente durante la vigencia indicada en el voucher. La vigencia se iniciará a partir de las cero horas de la fecha indicada como inicio del período de validez de dicho plan, estando el Titular en territorio extranjero hasta las 23:59 horas del día del fin de dicha validez. Los beneficios y prestaciones descritos en las condiciones generales, tendrán validez solamente durante la vigencia indicada en el voucher. 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 de asistencia médica internacional de “La Compañía”, 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 períodos de días no utilizados en el Voucher no son reembolsables. Una vez interrumpida la vigencia de un plan, esta caduca y no puede reactivarse posteriormente.

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

pasará automáticamente a ser considerada como preexistencia durante la vigencia del segundo voucher y por lo tanto no será asumida por “La Compañía”.

En casos en que el cliente se encuentre hospitalizado por una enfermedad y/o accidente cubierto, 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 Voucher.
2. Hasta que se haya agotado la cobertura contratada.
3. Hasta que el médico firme el alta del Titular en el transcurso de los ocho (8) días de ampliación de cobertura.
4. En caso que el Titular no pueda iniciar su viaje por motivo de un vuelo demorado o cancelado o que deba retrasar su regreso por igual motivo, el voucher se extenderá hasta por cinco (5) días o hasta que el Titular regrese a su país de origen, lo que suceda primero.

Toda asistencia o tratamiento cesará y no será responsabilidad de “La Compañía” una vez que el Titular regrese a su lugar de residencia o expire el período de validez del plan elegido, salvo excepciones 1 y 4 anteriormente mencionadas.

#### **IV. VALIDEZ GEOGRÁFICA**

Los servicios asistenciales para los vouchers cuyo ámbito geográfico sea internacional, se prestarán únicamente fuera del país del domicilio real del Titular, con el alcance previsto en la cláusula anterior y según lo especificado en el cuadro de prestaciones; para aquellos vouchers que contemplen derecho a asistencia dentro del ámbito nacional, las prestaciones se brindarán fuera del radio de los 100 kilómetros del domicilio real del Titular. En ambos casos serán exceptuados aquellos países involucrados en enfrentamientos bélicos internos o internacionales y aquellos carentes de infraestructura.



## V. 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 titular contactará a la Central Operativa de “La Compañía”. Para poder comunicarse con dicha central por vía telefónica, el Titular debe solicitar la llamada por cobrar o por el receptor de la llamada (cargo revertido o collect). Si no le permitiesen llamadas en la forma anterior, el Titular deberá llamar directamente a la Central de Asistencia y “La Compañía” le reembolsará el costo de la llamada, para ello solicitamos guardar el comprobante de pago de dicha llamada. En caso de llamadas efectuadas desde hoteles se debe guardar copia de la factura donde está reflejado el cobro de dicha llamada con el número correspondiente. Es obligación del titular siempre llamar y reportar la emergencia. En los casos en que el titular no pueda hacerlo 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 Titular deberá indicar su nombre, número de voucher y período de validez del mismo, el lugar en que se encuentra, teléfono de contacto y el motivo de la solicitud de asistencia.

### **OBLIGACIONES DEL TITULAR:**

En todos los casos, para la obtención de los servicios del Titular debe:

1. Realizar el llamado telefónico para solicitar y obtener la autorización de la Central Operativa, antes de tomar cualquier iniciativa o comprometer cualquier gasto en relación a los beneficios otorgados por el plan del Voucher de asistencia. Recomendamos anotar los nombres, apellidos y números de autorizaciones que le serán dados por la central.

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. Únicamente en los casos donde el Titular se haya hecho atender por una urgencia real, comprobable y por su cuenta sin avisar a la central, y que luego la haya

reportado a la central, dichos casos serán sometidos a estudio para su respectiva autorización o negación.

2. Queda claramente entendido que la notificación a la central resulta imprescindible aun cuando el problema suscitado se encuentre totalmente resuelto, ya que “La Compañía” no podrá tomar a su cargo el costo de ninguna asistencia, sin el previo conocimiento y autorización de la Central Operativa. El Titular acepta que “La Compañía” se reserve el derecho de grabar y auditar las conversaciones telefónicas que estime necesarias para el buen desarrollo de la prestación de sus servicios. El Titular 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.
3. Si el Titular o una tercera persona no pudiera comunicarse por una circunstancia o razón involuntaria con la Central de Asistencia en un caso de urgencia comprobable, el Titular, con la obligación ineludible, deberá notificar la incidencia en forma inmediata. En los casos que no lo permitan, deberá informar a más tardar dentro de las 24 horas de producido el caso. No notificar dentro de las 24 horas acarrea la pérdida automática de los derechos del Titular a reclamar o solicitar indemnización alguna.
4. El Titular acepta y acata las soluciones propuestas por la Central Operativa 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.
5. 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 “La Compañía” y toda la información médica (incluyendo la anterior al inicio del viaje), que permita a la central la evaluación del caso.
6. En todos aquellos casos en que “La Compañía” lo requiera, el Titular deberá otorgar las autorizaciones para revelar su historia clínica completando el Record Release Form que le enviará el centro de asistencia y lo devolverá por fax o cualquier otro medio electrónico a su alcance a “La Compañía”. Así mismo, el Titular autoriza en forma absoluta e irrevocable a “La Compañía”, 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 dolencias crónicas o preexistentes, o de la afección que haya dado origen a su asistencia. Recomendamos en forma especial a los Titulares, 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.
7. Es obligación del Titular entregar a “La Compañía” el/los billetes de pasaje (tickets, boletos) que posea, en aquellos casos en que “La Compañía” se haga cargo de la diferencia sobre el o los pasajes originales y los nuevos

emitidos, o cuando procedan a la repatriación del Titular sea el que fuere el motivo.

*NOTA: En algunos países y principalmente en los Estados Unidos de Norteamérica, y en 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 hayan sido pagadas y saldadas. En caso de que ello ocurra, el Titular deberá contactar la oficina de la Central Operativa y notificar esta situación. La Central se encargará de aclarar dicha situación con el centro hospitalario.*

## **VI. OBLIGACIONES DE “LA COMPAÑÍA”**

1. Cumplir las prestaciones y beneficios descritos en las Condiciones Generales de eventos cubiertos en el plan contratado durante la vigencia del voucher.
2. “La Compañía” queda expresamente liberada, exenta y excusada de cualquiera de sus obligaciones y responsabilidades en caso de que el Titular sufra algún daño o solicite asistencia a consecuencia y/o derivada de caso fortuito o de fuerza mayor, las cuales se citan a título de ejemplo y no taxativamente: catástrofes, sismos, inundaciones, tempestades, guerra internacional o guerra civil declarada o no, rebeliones, conmoción interior, insurrección civil, actos de guerrilla o antiguerrilla, hostilidades, represalias, conflictos, embargos, apremios, huelgas, movimientos populares, lockout, actos de sabotaje o terrorismo, disturbios laborales, epidemias y/o pandemias, actos de autoridades gubernamentales; entre otros, 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, “La Compañía” se compromete a ejecutar sus compromisos y obligaciones dentro del menor plazo posible.
3. “La Compañía” 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, reintegros y/o demás gastos que vayan a asumirse por “La Compañía” en el marco del presente contrato, deberán ser abonados en moneda local. Los tiempos establecidos para el procesamiento de un reembolso son:

- I. El Titular tiene hasta treinta (30) días continuos a partir del día de finalización de la vigencia del Voucher para presentar la documentación y respaldos necesarios para iniciar el proceso del reembolso. Después de ese plazo, no se aceptarán documentos para tramitar ningún reembolso.
- II. Una vez recibidos los documentos, “La Compañía” tiene hasta cinco (5) días continuos para solicitar cualquier documento faltante que no haya sido entregado por el Titular.
- III. Con todos los documentos necesarios en mano, “La Compañía” procederá durante los siguientes cinco (5) días hábiles a analizar el caso y emitir la carta de aprobación o negación de dicho reembolso.
- IV. Siendo procedente el reembolso, “La Compañía” procederá a efectuar el pago en 30 días hábiles, posteriores a la fecha de recepción de los datos completos vía escrita para la realización de la transferencia.
- V. Una vez autorizado el reembolso, este estará disponible por 60 días continuos. Finalizado ese plazo, el Titular perderá el derecho a cobrar lo convenido con “La Compañía” de servicios.

*Nota: Los reembolsos pagados directamente por “La Compañía” pueden hacerse a través de transferencia bancaria, giro postal o cheque. “La Compañía” 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 Titular serán cubiertos por el mismo.*

## **VII. MONEDA DE ALCANCES Y SERVICIOS**

Los beneficios ofrecidos por “La Compañía” se detallan en el punto VIII y sus límites de cobertura máximos están reflejados en el Voucher contratado expresados en Dólares Americanos o Euros, según corresponda.

## **VIII. PRESTACIÓN Y ALCANCES DE LOS SERVICIOS**

### **1- Asistencia médica por accidente o enfermedad no preexistente.**

Los servicios de asistencia médica ofrecidos por “La Compañía” comprenden exclusivamente el tratamiento de urgencia del cuadro agudo que impida la continuación del viaje, e incluyen:

**Consultas Médicas:** En caso de accidente o enfermedad aguda e imprevista, incluyendo la opción de repatriación del Titular a su país de origen si su estado de salud lo permite.

La Central Operativa se reserva el derecho de decidir el más adecuado tratamiento propuesto por el cuerpo médico y/o la repatriación al país de residencia. Se planteará la repatriación en casos que requieran tratamiento de larga duración, cirugías programadas o cirugías no urgentes.

**Consulta Médica Telefónica:** “La Compañía” atenderá las consultas médicas que sean solicitadas las 24 horas, y dará la información y los consejos sanitarios que se precisen como interacciones medicamentosas, dosis, asesoramiento médico; entre otras.

La consulta médica telefónica supone un aumento de la eficiencia del servicio ya que, el Titular no distingue, en la mayor parte de las ocasiones, si su demanda es o no una Emergencia, por lo tanto el servicio al que llama a través de nuestra central, es quien le orienta y emite la respuesta más adecuada. En un gran porcentaje las demandas se resuelven sin necesidad de desplazarse a un centro sanitario o envíode la atención domiciliaria, siendo la consulta médica o el consejo sanitario la respuesta más adecuada a diferentes tipos de demandas.

**Atención por Especialistas:** Cuando sea indicada y autorizada por el equipo médico de urgencia y autorizada previamente por la Central de Operativa.

**Exámenes Médicos Complementarios:** Únicamente cuando sean indicados y previamente autorizados por el equipo médico y la central Operativa.

**Internaciones:** Cuando los médicos designados por “La Compañía” así lo prescriban, se procederá a la internación en el Centro Asistencial más próximo y adecuado. Dicha internación estará a cargo de “La Compañía” durante todo el tiempo de vigencia del voucher y siempre dentro del límite de gastos de asistencia médica correspondiente al voucher contratado y que se especifica en el cuadro de prestaciones.

**Intervenciones Quirúrgicas:** Cuando sean autorizadas por el departamento médico y la Central Operativa, y en los casos de emergencia que requieran en forma inmediata este tratamiento y que no puedan ser diferidas o postergadas hasta el retorno del Titular a su país de origen. Si a juicio de los médicos de “La Compañía”, fuese posible el regreso al lugar de origen para recibir en él el tratamiento quirúrgico necesario, se procederá a la repatriación del Titular, quien está obligado a aceptar tal solución, perdiendo en caso de rechazo todos los beneficios otorgados por su plan de asistencia.

**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 y la Central Operativa de “La Compañía” se autorizará este servicio.

**Medicamentos:** En los límites de cobertura, “La Compañía” se hará cargo de los gastos de los medicamentos recetados por el departamento médico hasta los montos establecidos en los topes de cobertura del plan contratado. Los desembolsos realizados por el Titular para la compra de medicamentos previamente autorizados por la Central Operativa 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 o facturas, de la copia original del dictamen o informe médico en donde describa el nombre o mencione el nombre la enfermedad sufrida por el Titular, el suministro de la fórmula o receta médica y las facturas. El titular debe 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 “La Compañía”, salvo los Titulares que adquieran prestaciones con cobertura de preexistencias. Se encuentran excluidos los medicamentos por tratamiento de enfermedades mentales, psíquicas o emocionales, aún en los casos en que la consulta médica haya sido autorizada por el departamento médico de “La Compañía”. Tampoco se cubrirán las pastillas anticonceptivas, inyecciones anticonceptivas, dispositivos intrauterinos o cualquier otro método de planificación familiar.

**Traslado Sanitario:** En caso de emergencia o de urgencia y si la Central de Operativo lo considera necesario, se

organizará el traslado del Titular al centro de salud más cercano, por el medio de transporte que el departamento médico de la Central de asistencia considere más apropiado y según corresponda a la naturaleza de la lesión o enfermedad. Queda igualmente establecido que aún 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 “La Compañía”. El no cumplimiento de esta norma exime a “La Compañía” de tomar a cargo la cobertura de dicho traslado. Cuando el departamento médico de la Central de Operativa estime necesario efectuar la repatriación sanitaria del Titular, esta se efectuará en avión de línea regular en clase turista, con acompañamiento médico o de enfermera si correspondiere, sujeto a espacio de asientos, hasta el país de residencia habitual del Titular.

## **2- Odontología de Urgencia.**

En los límites de cobertura, “La Compañía” 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, y no podrán exceder los U\$S150.00 por pieza dentaria, aun cuando el límite indicado en su voucher sea superior. 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 los beneficios.

## **3- Condición Médica por Enfermedad Preexistente.**

En aquellos casos que el Titular en forma explícita contrate la cobertura de “La Compañía” que brinda asistencia médica en enfermedades agudas, crónicas, congénitas, recurrentes y/o preexistentes, será brindada la primera atención hasta los topes de la cobertura contratada. Dicha condición de cobertura deberá constar en el Voucher del Titular. La cobertura de “La Compañía” de enfermedades crónicas y/o preexistentes contempla las siguientes eventualidades:

Episodio agudo o evento no predecible, descompensaciones de enfermedades crónicas y/o preexistentes sean conocidas, ocultas o asintomáticas previamente. Esta cobertura consiste en brindar exclusivamente asistencia médica en el episodio agudo o evento no predecible, con el límite máximo indicado por el plan contratado, cuya urgencia requiera la atención durante el viaje. La Central de Asistencia se reserva el derecho de decidir el más adecuado de los tratamientos propuestos por el cuerpo médico y/o la repatriación al país de residencia. Se planteará la repatriación en casos que requieran tratamiento de larga duración, cirugías programadas o cirugías no urgentes y el Titular estará obligado a aceptar tal solución, perdiendo en caso de rechazo todos los beneficios otorgados por “La Compañía” en su plan.

Se excluyen de esta cobertura el inicio o continuación de tratamientos, procedimientos diagnósticos, de investigación, conductas diagnósticas y/o terapéuticas, que no estén relacionadas con el episodio agudo no predecible.

Se excluyen de esta cobertura todas las enfermedades de transmisión sexual, incluyendo, pero no limitando a sífilis, gonorrea, herpes genital, clamidia, virus del papiloma humano (VPH), trichomonas vaginales, tricomoniasis, virus de inmunodeficiencia humana (VIH), síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA); entre otros.

No se encuentran cubiertos en ninguno de nuestros productos o tarjetas, procedimientos dialíticos, trasplantes, tratamientos oncológicos y psiquiátricos; audífonos, anteojos, lentes de contacto, puentes dentales, marcapasos, desfibriladores implantables, respiradores ambulatorios, dispositivos implantables, material descartable específico; entre otros. Enfermedades producidas por ingestión de drogas, narcóticos, medicinas tomadas sin prescripción médica fehaciente, alcoholismo, epidemias y pandemias; entre otras. Lesiones sufridas durante un acto ilícito no se encuentran bajo nuestra cobertura.

En casos de constatarse que el motivo del viaje fuera el tratamiento en el extranjero de una enfermedad crónica o preexistente, “La Compañía” denegará la cobertura.



#### **4- Repatriación Sanitaria.**

Se entiende por repatriación sanitaria el traslado del Titular enfermo o accidentado desde el lugar en donde se encuentra hasta el aeropuerto de ingreso del país de residencia habitual y en el que debió ser emitido el voucher. Solamente el departamento médico podrá autorizar a tomar todas las providencias mencionadas en esta cláusula, quedando al Titular o a un familiar prohibido de realizarlo por cuenta propia, sin la previa autorización escrita de “La Compañía”. Adicionalmente la repatriación deberá ser autorizada y justificada médica y científicamente por el Centro de Asistencia. En el caso de que el Titular y/o sus familiares o acompañantes decidieran efectuar la repatriación dejando de lado o sin solicitar la opinión del departamento médico autorizado por “La Compañía”, ninguna responsabilidad recaerá sobre “La Compañía”, siendo por lo tanto la repatriación así como todos los demás gastos y consecuencias por cuenta del Titular enfermo o accidentado o de sus familiares o acompañantes, sin derecho a repetición ni reclamo contra “La Compañía”. Cuando el departamento médico autorizado por “La Compañía” en común acuerdo con el médico tratante estime necesario y recomiende la repatriación sanitaria, esta se efectuará en primer 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 del Voucher. “La Compañía” se hará cargo del pago de las diferencias por cambio de fecha del pasaje. Los gastos por esta prestación, serán computados a cuenta del monto límite de gastos por concepto de repatriación indicado en el recuadro de coberturas, desde el momento en que el Titular se encuentre internado hasta el día de viaje de regreso. 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 autorizado por “La Compañía” desde el lugar de internación hasta su lugar de residencia, con la estructura de apoyo necesaria incluyendo camilla, sillas de rueda, caminador; entre otros. 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. El Titular tendrá derecho a estos servicios siempre dentro de la vigencia de su voucher.

## **5- Repatriación de restos.**

En caso de fallecimiento del Titular durante la vigencia del Voucher de “La Compañía”, a causa de un evento no excluido en las condiciones generales, “La Compañía” 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 tope especificado en la tabla de beneficios. Los gastos de féretro definitivo, trámites funerarios, traslados terrestres o aéreos en el país de residencia e inhumación, no estarán a cargo de “La Compañía”. “La Compañía” quedará eximida de prestar los servicios y asumir los costos relativos al presente beneficio, en caso que el fallecimiento del Titular se origine por causa de un suicidio o por una enfermedad preexistente, crónica o recurrente. Ver cuadro de exclusiones. Este beneficio no contempla ni incluye bajo ninguna circunstancia gastos de regreso de familiares acompañantes del fallecido, por lo que “La Compañía” no tomará a su cargo ningún gasto de terceros.

Para aquellos vouchers que confieren derecho a asistencia en el ámbito nacional, el lugar de inhumación será el que determinen sus familiares directos, en la localidad del domicilio real del Titular. Los gastos de féretro definitivo, trámites funerarios e inhumación no estarán en ningún caso a cargo de “La Compañía”. “La Compañía” no será responsable por el traslado de los restos ni efectuará reintegro alguno por este concepto, en caso de que empresas funerarias u otros terceros tomen intervención antes que “La Compañía”. Este servicio se brindará únicamente si la intervención de “La Compañía” es solicitada en forma inmediata al fallecimiento. Se encuentran excluidos de la prestación asistencial los traslados, cuando la muerte esté relacionada o se produzca causa de cualquier patología mencionada en la cláusula de las presentes Condiciones Generales. Los gastos por ésta prestación serán imputados a cuenta del Límite de Gastos de Asistencia Médica indicado en el cuadro de prestaciones.

## **6- Traslado de un familiar por hospitalización del Titular.**

En caso de que la hospitalización de un Titular viajando solo y no acompañado, fuese superior a diez (10) días, “La Compañía” se hará cargo de un pasaje aéreo en clase turista, sujeto a disponibilidad de espacio para un familiar de

compañía.

En caso de ser contemplado en la tabla de beneficios de los productos, el Titular podrá tener derecho a los gastos de hotel de su familiar acompañante, con un máximo de US\$80 (ochenta dólares de los Estados Unidos de América) diarios 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 entienden 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.

#### **7- Gastos de Hotel por Convalecencia.**

Cuando de acuerdo con el médico tratante y en común acuerdo con la Central de Operativa, el Titular hubiese estado internado en un hospital al menos siete días y que a su salida deba obligatoriamente guardar reposo forzoso, “La Compañía” cubrirá los gastos de hotel hasta el monto indicado en su plan de asistencia, con un máximo de 5 (cinco) días.

*Nota: Dicho reposo deberá ser ordenado por los médicos autorizados por “La Compañía” 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 “La Compañía”), mini bares; entre otros. Esta es una enumeración taxativa y no enunciativa. Se aclara que “La Compañía” no asumirá ningún gasto de internación cuando esta obedezca a una enfermedad preexistente salvo productos que contemplen preexistencias o hagan parte de las exclusiones.*

#### **8- Acompañamiento de Menores.**

Si un Titular viajara con la única compañía de menores de quince años también titulares de un plan de asistencia médica de “La Compañía” y por causa de enfermedad o accidente constatado por el Departamento Médico

autorizado por “La Compañía”, se viera imposibilitado para ocuparse de ellos, “La Compañía” organizará a su cargo el desplazamiento de dichos menores hasta el domicilio habitual en su país de origen, por el medio que considere más adecuado (utilizando los pasajes en posesión de los pasajeros o el medio que la central considere más adecuado).

#### **9- Regreso Anticipado por Fallecimiento de un Familiar.**

Si el Titular debiera retornar a su país de residencia habitual por causa del fallecimiento de un familiar directo (padre, cónyuge, hijo o hermano) allí residente, “La Compañía” se hará cargo de la diferencia del costo del pasaje aéreo de regreso del Titular, 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.

*Nota: Tanto para esta cláusula como para cualquier otra que comporte la no utilización del pasaje de transporte inicialmente previsto por el Titular, “La Compañía” recuperará siempre dicho pasaje y sufragará solo la diferencia eventualmente existente entre éste y el que imponga la prestación.*

#### **10- Gastos por Vuelo Demorado o Cancelado.**

Si el vuelo del Titular fuera demorado por más de seis (6) horas consecutivas a la programada originalmente, y siempre y cuando no exista otra alternativa de transporte, “La Compañía” reintegrará hasta el tope de cobertura convenido en razón únicamente de gastos de hotel, comidas y comunicaciones incurridos durante la demora. Será necesario presentar los comprobantes originales de gastos, acompañados de un certificado de la compañía aérea reflejando la demora o cancelación sufrida por el vuelo del Titular. Este servicio no se brindará si el Titular viajara con un billete sujeto a disponibilidad de espacio, ni de descuento, ni tampoco cuando la aerolínea haya asumido dichos gastos.

Esta indemnización aplica únicamente a aquellos planes o productos que la tengan incluida en sus beneficios.

## **11- Garantía de gastos de Cancelación de Viaje Contratado.**

Sin costo suplementario, “La Compañía” obsequia a los Titulares de sus Planes que así lo establezcan, un seguro de cancelación anticipada de viaje contratado y pagado en su totalidad. “La Compañía” cubrirá hasta el tope de cobertura las penalidades por cancelar anticipadamente un viaje conocido como tours, paquetes turísticos, excursiones, tiquetes aéreos y cruceros que hayan sido organizadas por un tour operador profesional debidamente acreditado en el destino de dicho viaje. Para ser acreedor de este beneficio el Titular de voucher deberá:

1. Contratar el plan hasta un máximo de 72 horas consecutivas posteriores al primer pago de los servicios turísticos que pudieran cancelarse.
2. Dar aviso a la central de asistencia en un máximo de 72 horas luego de ocurrido el evento que motiva la cancelación. Se tomará como base de cálculo de la indemnización la fecha de ocurrencia de la causa de Cancelación y no la fecha de aviso del Titular a “La Compañía”. Al mismo tiempo, el Titular deberá cancelar con el organismo de turismo, Crucero, Agencia de viaje, Tour Operador; entre otros, su viaje, para no incrementar la penalidad que ese mismo organismo le vaya a aplicar.
3. Presentar toda la documentación que “La Compañía” 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 del viaje, cartas de los respectivos prestadores del servicio, facturas y recibos de pago. Son causas justificadas a los efectos del presente beneficio:
  1. El fallecimiento, accidente o enfermedad grave no preexistente del Titular (salvo productos que contemplen preexistencia), entendiéndose por enfermedad grave no preexistente una alteración de la salud que a juicio del Departamento Médico autorizado por “La Compañía”, imposibilite al Titular para iniciar el viaje en la fecha contratada originalmente.
  2. El fallecimiento, accidente o enfermedad grave no preexistente de un familiar en primer grado de consanguinidad (padres, hijos o hermanos) o cónyuge, entendiéndose por enfermedad grave no preexistente una alteración de la salud que a juicio del Departamento Médico autorizado por “La Compañía”, imposibilite al Titular para iniciar el viaje en la fecha contratada originalmente.
  3. La convocatoria como parte, testigo o jurado de un tribunal.

4. Los daños que, por incendio, robo, hurto o por la fuerza de la naturaleza en su residencia habitual o en sus locales profesionales, los hagan inhabitables y justifiquen ineludiblemente su presencia.
5. Cuarentena médica como consecuencia de suceso accidental.
6. Despido laboral comprobado, con fecha posterior a la contratación de asistencia.
7. Convocatoria de emergencia para prestar servicio militar, médico o público.
8. Por epidemia, desastre natural o cenizas volcánicas. En el caso de los productos Crucero no será contemplada como una de las causas justificadas para acceder a este beneficio, las cancelaciones ocasionadas por emanaciones de cenizas volcánicas.
9. Si la persona que ha de acompañar al Titular en el viaje, entendiéndose como tales las personas que compartan la misma habitación de hotel con el Titular o cabina de crucero, o sean familiares de primer grado de consanguinidad (padres, hijos, hermanos o cónyuge) también poseedores de un Plan de Asistencia en las mismas condiciones, y dichos acompañantes se viesen obligados 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 que el Titular adquiere su Plan de Asistencia y finaliza en el momento del inicio del viaje.

## **12- Transmisión de Mensajes Urgentes.**

“La Compañía” transmitirá los mensajes urgentes y justificados, relativos a cualquiera de los eventos que son objeto de las prestaciones contempladas en estas condiciones generales.

## **13- Localización y Asistencia en caso de extravío de Documentos, Billetes Aéreos y/o Equipajes.**

“La Compañía” asesorará al Titular 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 Asistencia más próxima. Igualmente “La Compañía” asesorará al Titular en caso de pérdida de documentos de viajes, y/o tarjetas de crédito, dándole las instrucciones para que el Titular interponga las denuncias respectivas y tramite la recuperación de los mismos.

#### **14- Orientación y Coordinación Turística Telefónica.**

Hasta las 24 horas anteriores al día de su partida, los Titulares de un plan de asistencia podrán pedir a la Central Operativa de su zona geográfica, informaciones relativas a obligaciones consulares, sanitarias, turísticas y otras concernientes al país de destino.

#### **15- Indemnización por Pérdida de Equipaje.**

A los efectos pertinentes, “La Compañía” sin costo alguno, indemnizará al Titular de un plan de asistencia médica que contemple este beneficio en forma complementaria a la misma suma que paga o reconoce la aerolínea, hasta el tope especificado en la tabla de beneficios. Para la obtención de este beneficio rigen los siguientes términos y condiciones:

- a. Que la línea aérea y la central de “La Compañía” hayan sido notificadas del hecho por el Titular antes de abandonar el aeropuerto donde se registró la pérdida siguiendo las instrucciones descritas más abajo.
- b. Que el equipaje se haya extraviado durante su transporte en vuelo regular internacional, este beneficio no aplica cuando la pérdida se origina en un trayecto de vuelo nacional, ni de vuelos charters o fletados, aviones particulares o militares, o cualquier vuelo que no tenga un itinerario fijo publicado que opera regularmente. Ni tampoco cuando la pérdida se origina en vuelos domésticos en el exterior.
- c. 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. “La Compañía”, no indemnizará a los titulares 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.
- d. Que la pérdida del equipaje haya ocurrido entre el momento en que el mismo fue entregado al personal autorizado de la línea aérea para ser embarcado y el momento en que debió ser devuelto al pasajero al finalizar el viaje.
- e. Que la línea aérea se haya hecho cargo de su responsabilidad por la pérdida del mencionado equipaje, y haya

abonado o pagado al Titular la indemnización prevista por ella. No tienen derecho a esta compensación las pérdidas ocurridas en transporte terrestre entre los aeropuertos y los hoteles o domicilios. “La Compañía” no podrá indemnizar al Titular cuando este no haya aun recibido la indemnización de la aerolínea.

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

g. En caso de que la línea aérea ofreciera al Titular como indemnización, la posibilidad de optar entre percibir un valor en dinero o uno o más pasajes u otro medio de compensación, “La Compañía” procederá a abonar al Titular la compensación económica por extravío de equipaje, una vez que dicha opción sea ejercida.

h. 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 “La Compañía” intervendrá en calidad de intermediario o facilitador entre la aerolínea y/o la compañía transportadora y Titular, 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 “La Compañía”, y en términos generales pueden exigir que las reclamaciones sean puestas directamente por los pasajeros y no permitir la intermediación de “La Compañía”.

i. Las indemnizaciones serán siempre por concepto de pérdida de bulto completo, “La Compañía” no indemnizarán los faltantes parciales de equipaje.

j. Las indemnizaciones por conceptos de pérdida total de equipaje se abonarán únicamente en el país donde se compró el Voucher. A la firma de la aceptación del presente acuerdo el Titular a ser indemnizado, acepta que se le descuenten los valores correspondientes a gastos bancarios y financieros resultantes de dichas transacciones. Se deja nota expresa que las demoras de equipaje no tienen derecho a indemnización alguna.

k. Si el país del siniestro de pérdida o robo de equipaje es Venezuela y el aviso a la central se realiza dentro de las 24 horas del evento. Se cubre el extravío también fuera del ámbito del aeropuerto y de la responsabilidad de la línea aérea siempre hasta el tope contratado en el voucher del Titular.



### **Al Regresar a su País de Origen:**

Presentar en las oficinas de “La Compañía” la siguiente documentación:

- Formulario P.I.R. (o Reclamo por pérdida de equipaje) Original
- Documento o Pasaporte
- Plan adquirido
- Copia original del recibo de la indemnización de la línea aérea (Cheque, comprobante de pago de la misma), pasajes aéreos.

“La Compañía” 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 Titular. No se podrá indemnizar al Titular sin el comprobante de pago de la aerolínea.

### **16- Compensación por Demora de Equipaje.**

“La Compañía” reintegrará al Titular, cuyo Plan de Asistencia así lo establezca, mediante la presentación de los comprobantes originales de compra, por gastos ocasionados en la adquisición de artículos de primera necesidad, efectuados en el lapso de la demora en la entrega de su equipaje. Esta prestación se brindará únicamente si el equipaje no es localizado dentro de las seis (6) horas contadas a partir del arribo del vuelo, salvo vuelos superiores a cuatro (4) horas de duración en los que se podrán realizar gastos inmediatamente después de dar aviso a la central Operativa y obtener el número de su reclamo. Si la demora o el extravío del equipaje ocurren en el vuelo de regreso al país emisor del billete y/o de residencia habitual del Titular, no se otorgará compensación alguna.

### **17- Transferencia de Fondos y Transferencia de Fondos para Fianza Legal.**

Durante el viaje, en caso de necesidad imperiosa e imprevista y contra su previo depósito en la oficina de “La Compañía”, esta gestionará la entrega al Titular en el país donde se encuentre, de cantidades hasta el límite especificado en estas condiciones generales. Esta cobertura será aplicada una sola vez, cualquiera que sea el lapso

de validez del plan de asistencia. Si el Titular fuese encarcelado como consecuencia de un accidente de tránsito, “La Compañía” 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 “La Compañía” por parte de la familia del Titular el costo asumido. “La Compañía” corresponderá únicamente al valor de la transferencia realizada al Titular.

#### **18- Asistencia Legal por Accidente de Tránsito.**

“La Compañía” tomará a cargo hasta los topes indicados en el plan, los gastos de honorarios que ocasione la defensa civil, criminal o penal del Titular, con motivo de imputársele responsabilidad por un accidente de tránsito. La asistencia no se brindará ni se reconocerá importe alguno en caso de que el Titular utilice un profesional que no fuera designado o autorizado fehacientemente por “La Compañía”.

#### **19- Regreso anticipado por Siniestro en el hogar del Titular.**

En caso de incendio, explosión, inundación o robo con daños y violencia en el domicilio del Titular, 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 Titular se encuentre hasta el aeropuerto de ingreso al país de residencia. Esta solicitud de asistencia deberá acreditarse mediante la presentación en la Central Operativa del original de la denuncia policial correspondiente, dentro de las veinticuatro horas siguientes al suceso. El Titular deberá indefectiblemente comunicarse con la Central Operativa a fin de ser autorizado. No serán aceptados pedidos de reembolso sin ninguna justificación. No tendrá derecho a esta prestación si el plazo de vigencia del Voucher se encuentra vencido.

## **Coberturas Premium**

### **20- Futura Mamá.**

Asistencia médica por emergencias relacionadas con el embarazo, controles de emergencia, ecografías y parto de emergencia. Se cubrirá dentro de esta prestación los abortos naturales o accidentales. Esta prestación sólo se brindará hasta la semana 26 de gestación.

### **21- Cancelación por cualquier motivo.**

Por consecuencia de cualquier motivo ajeno a la aerolínea que haya ocasionado la pérdida de conexión y/o vuelo, “La Compañía” cubrirá hasta el tope de cobertura del plan contratado el pago de penalidades, compra de nuevos tickets aéreos, alimentación, llamadas y hotel. Esta cobertura aplica incluso para vuelos dentro del país de residencia. El cliente deberá notificar de este suceso a la central Operativa el mismo día que sucede la cancelación.

### **22- Cobertura por prácticas deportivas.**

Brinda cobertura para deportes de pelota, deportes ecuestres, deportes de deslizamiento, deportes de equipo, deportes de fuerza, deportes de invierno, artes marciales en campeonatos amateurs, deportes de tiro practicados en predios reglamentarios, deportes acuáticos, Ski en pistas reglamentarias, surf recreativo, Kite Surf, buceo recreativo, natación, skateboard, snowboard, cuando se desarrollen como prácticas amateurs.

### **23- Reemplazo de Ejecutivo.**

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

## IX. EXCLUSIONES

Quedan expresamente excluidos del sistema de asistencia médica de “La Compañía” los eventos siguientes:

1. Enfermedades crónicas o preexistentes, definidas o recurrentes, padecidas con anterioridad al inicio de la vigencia del plan y/o del viaje, sean estas del conocimiento o no del Titular, así como sus agudizaciones, secuelas y consecuencias directas o indirectas (incluso cuando las mismas aparezcan por primera vez durante el viaje). Se entiende por enfermedad preexistente toda enfermedad o estado patológico que haya necesitado o requerido de un periodo previo de incubación, de formación, de gestación, de desarrollo o similares, dentro del organismo antes de haber iniciado el viaje, como ejemplo de casos típicos de preexistencias en lo que a este plan de asistencia médica se refiere, son por ejemplo: las litiasis, cálculo renal o biliar, enfermedades o crisis resultantes de infecciones intestinales a raíz de amebiasis, giardiasis y enfermedades similares, las enfermedades venosas, las enfermedades gástricas tales como úlceras, gastritis, gastralgias, síndrome de colon irritable, enfermedad de Khron, las enfermedades mentales o nerviosas, las crisis de pánico, el stress, las angustias, las obstrucciones totales o parciales de arterias o venas, la diabetes en todas sus fases, los problemas de la tensión arterial y las enfermedades directamente relacionadas como derrames, aneurismas, trombosis, flebitis, lupus, enfermedades respiratorias como asma, enfisemas pulmonares y otras, el cáncer en todas sus etapas, el VIH, las cistitis, las alergias cualquier sea su origen, las cataratas, el glaucoma, problemas como gastritis, gastralgia, úlceras, micosis recurrentes o no, exceptuando los productos que incluyan dentro de sus beneficios asistencia de emergencia por preexistencias.
2. Enfermedades, lesiones, afecciones o complicaciones médicas resultantes de tratamientos efectuados o llevados a cabo por personas o profesionales no autorizados por “La Compañía”, o exceptuándose lo determinado en el punto precedente.
3. Los tratamientos homeopáticos, tratamientos de acupuntura, la quinesioterapia, las curas termales, la podología, manicura, pedicura; entre otros.
4. Las afecciones, las enfermedades o lesiones derivadas de empresa, intento o acción criminal o penal del Titular, directa o indirectamente como peleas, riñas, flagelaciones; entre otras.
5. Afecciones, quemaduras o lesiones consecuentes y resultantes de la exposición prolongada al sol o fuentes de

calor, químicas, rayos UV.

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 cualquier tipo de prótesis, incluidas las dentales, lentes, audífonos, sillas de rueda, muletas, anteojos; entre otras.

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, de riesgos o extremos incluyendo, pero no limitando a: Motociclismo, Automovilismo, Boxeo, Polo, Ski acuático, Buceo, Aladeltismo, Kartismo, Cuatrimotos, Alpinismo, Ski, Football, Boxeo, Canotaje, Parapente, Kayak, Bádminton, Básquetbol, 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; entre otros. Deportes practicados fuera de pistas reglamentarias y autorizadas por las respectivas federaciones de deportes, salvo los servicios con cobertura por práctica de deportes, los cuales solo cuentan con exclusión en los siguientes deportes: Motociclismo, Automovilismo, Torrentismo, Montañismo, Escalada, Puenting, Luge Espeleología, Skeleton, la Caza de animales, Bobsleigh, Parapente, Boxeo, karate do, Kung fú, Judo, Tiro al arco, Tiro fusil.

9. Los Partos. Estados de embarazo, controles ginecológicos, exámenes relacionados con los mismos y también todos los métodos anticonceptivos, salvo en los productos que contemplen la prestación Futura Mamá.

10. Los abortos o las pérdidas cualquiera sea su etiología u origen, salvo en los productos que contemplen la prestación Futura Mamá.

11. Todo tipo de enfermedades mentales, nerviosas, o psicológicas, incluyendo las crisis nerviosas, crisis de pánico, de stress o similares, trastornos alimentarios como la bulimia, anorexia, vigorexia, megarexia; entre otros.

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

13. El Síndrome de inmunodeficiencia 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 asistencia.

14. 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, local o catástrofe, sismos, huracanes, inundaciones; entre otros.

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

16. 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 Titular 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.

17. Los actos mal intencionados y/o de mala fe de parte del Titular o de sus apoderados.

18. Los Gastos por concepto de segunda consulta médica no previamente solicitada y autorizada por la central Operativa de "La Compañía".

19. Los Exámenes médicos de rutina, los exámenes de laboratorio para chequeos médicos, los exámenes de diagnóstico y/o de controles, exámenes de laboratorio, 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, entre otros. Los exámenes médicos practicados para establecer si la dolencia corresponde a una enfermedad preexistente o no. En caso de que el resultado fuese una enfermedad preexistente y el Titular no hubiere contratado un plan con inclusión de asistencia médica preexistente, deberá asumir los costos de los mismos.

20. Gastos correspondientes a transportes públicos, privados o desplazamientos pagados por el Titular desde su hotel o lugar donde esté hasta el centro hospitalario, centro médico o consultorio del médico, a menos que dichos gastos hayan sido expresamente autorizados en forma escrita o verbal por la Central Operativa.

21. Las enfermedades derivadas, debidas o consecuentes de las deformaciones congénitas conocidas o no por el Titular.

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

23. 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 Titular hubiese participado como elemento activo. El intento de o la comisión de un acto ilegal y, en general, cualquier acto doloso o criminal del Titular, incluido el suministro de información falsa o diferente de la realidad.

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

25. “La Compañía” no tomará a su cargo exámenes o internaciones tendientes a evaluar la condición médica de las enfermedades preexistentes y/o para descartar su relación con la afección que motiva la asistencia. En estos casos los gastos correrán por cuenta del Titular a menos que hayan sido previamente autorizados por la central Operativa en forma escrita.

26. Cualquier gasto o asistencia médica que no haya sido previamente consultada y autorizada por la Central Operativa de “La Compañía”.

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

28. Problemas relacionados con la tiroides.

29. Enfermedades Hepáticas como Cirrosis, Abscesos y otros.

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

31. Cualquier tipo de hernias y sus consecuencias (salvo productos que contemplen asistencia médica por preexistencias).

32. Secuestro o su intento.

33. Riesgos provenientes de situaciones que no se incluyen en el concepto de accidente personal, tal como las lesiones por consecuencia, dependientes predispuestas o facilitadas por esfuerzos repetitivos o micro traumas acumulativos, o que tengan relación de causa y efecto con los mismos, así como las lesiones clasificadas como lesiones por esfuerzos repetitivos, enfermedades osteomusculares relacionadas al trabajo, lesión por trauma continuado o continuo o similares, tanto como sus consecuencias de post tratamiento inclusive quirúrgicos en cualquier tiempo.

34. Riesgos profesionales si el motivo del viaje del Titular fuese la ejecución de trabajos o tareas que involucren un riesgo profesional.

35. Las situaciones reconocidas o equiparadas por los órganos oficiales de acción social o semejante, a la invalidez por accidente, en el cual el evento causante de la lesión no se encuadre íntegramente en la caracterización de invalidez por accidente personal.

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

37. Enfermedades con compromiso inmunológico, tanto sea éste consecuencia de la misma enfermedad o de las drogas utilizadas para su tratamiento, enfermedades oncológicas, desordenes cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, infecciones renales crónicas o no, hepatitis, todo tipo de enfermedades endémicas, epidémicas y/o pandémicas; entre otras, sean éstas conocidas o no por el Titular (la enumeración es taxativa y no enunciativa).

38. Están excluidos los accidentes y enfermedades presentadas en países en guerra civil o extranjera. Ejemplo: Afganistán, Irak, Sudan, Somalia, Corea del Norte; entre otros. (la enumeración es taxativa y no enunciativa).

39. No se brindará asistencia de ningún tipo al Titular 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).

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 Compañía” quedará relevada 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 Titular del Voucher y “La Compañía”, 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 Panamá, ciudad Panamá, con exclusión de cualquier otro foro y jurisdicción que pudiera corresponder.

Eximición de responsabilidad de los agentes vendedores: Los representantes y/o agentes vendedores (Agencias de Viajes, Operadoras de Turismo, Empresas de Transporte de cualquier tipo y todo agente emisor autorizado en este



concreto caso) no será considerado parte del presente Contrato de Prestación de Asistencia en Viaje, razón por la cual quedan exentos de cualquier responsabilidad pertinente al objeto del presente Contrato.

Servicios no acumulativos y/o Intervención de otras empresas: En ningún caso “La Compañía” prestará los servicios de asistencia al Titular 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 Titular 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.

## **X. SUBROGACIÓN**

Hasta la concurrencia de las sumas desembolsadas en cumplimiento de las obligaciones emanadas de las presentes condiciones generales, los Vouchers de asistencia médica de “La Compañía” quedarán automáticamente subrogados en los derechos y acciones que puedan corresponder al Titular o a sus herederos contra terceras personas físicas o jurídicas, en virtud del evento que motive la asistencia prestada y/o beneficio pagado. Además, el Titular del Plan se compromete a abonar en el acto a “La Compañía”, todo importe que haya recibido de parte del causante del accidente y/o de su(s) Compañía(s) de Seguro(s) en concepto de adelanto(s) a cuenta de la liquidación de la indemnización final a la cual el Titular 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:

1. Terceros responsables de un accidente de tránsito.
2. Empresas de transporte, en lo atinente a la restitución - total o parcial - del precio de pasajes no utilizados, cuando “La Compañía” haya tomado a su cargo el traslado del Titular o de sus restos. En consecuencia, el Titular cede irrevocablemente a favor de “La Compañía” los derechos y acciones comprendidos en la presente cláusula, obligándose a llevar acabo, 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 “La Compañía”, quedará liberada de la obligación de cumplir las prestaciones ofertadas y/o debidas. De igual forma “La Compañía” 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 Titular, 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 Titular está consciente de dicho derecho y por tanto renuncia expresamente a ser notificado o comunicado previamente de dichas cesiones.

#### **XI. CIRCUNSTANCIAS EXCEPCIONALES DE INEJECUCIÓN INIMPUTABLE**

Ni “La Compañía” 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 desabotaje, hostilidades, rebelión, insurrección, terrorismo o pronunciamientos, manifestaciones populares, radioactividad, o cualquier otra causa de fuerza mayor. Cuando elementos de esta índole interviniesen, “La Compañía” 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

#### **XII.RECURSO**

“La Compañía” se reserva el derecho de exigir al Titular 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 Titular.

#### **XIII.RESPONSABILIDAD**

“La Compañía”, no será responsable y no indemnizará al Titular por cualquier daño, perjuicio, lesión o enfermedad causada por haberle brindado al Titular a su solicitud, personas o profesionales para que lo asistan médica, farmacéutica o legalmente. En estos casos, la persona o personas designadas por “La Compañía” serán tenidas como agentes del Titular sin recurso de naturaleza o circunstancia alguna contra “La Compañía”, en razón de tal

designación. “La Compañía” se esfuerza para poner a disposición de los Titulares, 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.

#### **XIV. CADUCIDAD - RESOLUCIÓN – MODIFICACIÓN**

Toda reclamación tendiente a hacer efectivas las obligaciones que “La Compañía” 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 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. El Titular podrá solicitar la resolución unilateral de un plan de asistencia individual exclusivamente, mediante nota escrita dirigida a “La Compañía”, siempre que dicha solicitud se efectúe con por lo menos 48 horas de anticipación a la fecha de inicio del viaje programado reflejado en el voucher correspondiente.

#### **XV. DEDUCIBLE**

Si el plan de asistencia contempla un deducible, el Titular deberá abonar el monto del mismo para cualquier tipo de servicio. En caso de utilizar una segunda vez los servicios de asistencia por un hecho sin ninguna relación al primero, el Titular deberá abonar una segunda vez este deducible, al momento de ser atendido.

#### **XVI. LEY Y JURISDICCIÓN APLICABLE**

Para todas las cuestiones de hecho y de derecho relativas a la relación contractual entre QUANTICO SERVICIOS DE ASISTENCIA S.A. y el BENEFICIARIO, queda entendido entre las partes que el litigio que se pueda presentar será resuelto bajo las leyes establecidas por la legislación panameña y la jurisdicción de los Tribunales Nacionales de Primera Instancia en lo Comercial de la Ciudad de Panamá, República de Panamá.

**IMPORTANTE:**

En el supuesto que la legislación de un país determinado en donde se adquiere un plan de asistencia, considere nula, inaplicable, regulada o ilegal uno cualesquiera de los beneficios que comprenden los diversos planes de “La Compañía”, las partes convienen desde ya que dicho beneficio se tendrá como no escrito, no aplicable o inexistente, manteniendo plena validez el resto de los mismos. En todo caso, “La Compañía” tiene el derecho unilateral de rescindir unilateralmente los planes contratados y reembolsar o devolver a los Titulares el monto pagado por tal concepto. En los casos en que el Titular de un plan de asistencia proporcione información falsa en cuanto a la identidad, origen o datos que induzcan a “La Compañía” a indemnizar indebidamente a una persona natural o jurídica, producirán automáticamente la cancelación del plan en cuestión y la pérdida de sus derechos.