

TRANQUILIDAD A DONDE VAYAS

PLAN EXPERT



ASISTENCIA AL VIAJERO

Coberturas	Expert
Asistencia médica en caso de enfermedad o accidente	Hasta USD 50.000
Asistencia médica en caso de pre-existencia*	Hasta USD 5.000 (2)
Medicamentos Internación o Ambulatorio*	Hasta USD 1.000
Odontología*	Hasta USD 400
Días complementarios por internación*	Hasta 5 días
Seguro accidentes personales - Muerte accidental en transporte público (h/75 años) (1)	USD 40.000
Compensación por pérdida de equipaje suplementaria	Hasta USD 1.200
Gastos por vuelo demorado (más de 6 hs)	Hasta USD 200
Gastos de hotel por convalecencia*	Hasta USD 500
Gastos de hotel familiar acompañante*	Hasta USD 500
Asistencia médica por COVID19 producida por el virus SARS-COV2	Incluido*
Gastos de hotel por convalecencia por COVID19 producida por el virus SARS COV2	USD 100 por día**
Anticipo de fondos para fianza	Hasta USD 12.000
Transferencia de fondos	Hasta USD 3.000
Asistencia legal en caso de accidente	Hasta USD 1.500
Localización de equipaje	Incluido
Gastos por demora de equipaje (más de 24 hs)	Hasta USD 200
Traslado de familiar en caso de hospitalización*	Incluido
Asistencia en caso de extravío de documentos	Incluido
Acompañamiento de menores*	Incluido
Viaje de regreso por enfermedad del Titular*	Incluido
Traslado y repatriación sanitaria*	Incluido
Traslado de restos*	Incluido
Regreso anticipado por siniestro en domicilio*	Incluido
Transmisión de mensajes urgentes	Incluido
Línea de consultas 24 hs	Incluido
Límite de edad	85 años (3)
Ámbito de cobertura	Internacional

(1) Brindado por MetLife. (2) Para los planes anuales, el límite de asistencia médica en caso de pre-existencia es usd 800. Pack familiar: Por cada mayor viaja un menor de hasta 21 años gratis. Los menores que son GRATIS no tienen cobertura de MetLife. Día adicional: A partir del módulo de 5 días.* Incluido dentro del límite de asistencia médica. ** Máximo 5 días (o el mínimo establecido por autoridad gubernamental competente en el país de destino). (3) Mayores de 75 años: Incremento de un 50% en la tarifa. Los servicios incluidos en nuestros productos tienen limitaciones y exclusiones que se detallan en el voucher y en las condiciones generales, las cuales pueden consultar y/o solicitar en nuestras oficinas comerciales o en www.universal-assistance.com. Para conocer la totalidad de las coberturas puede ingresar en www.universal-assistance.com

universal-assistance.com



DESCARGÁ
NUESTRA APP



TRANQUILIDAD A DONDE VAYAS

PLAN ABSOLUTE



ASISTENCIA AL VIAJERO

Coberturas	Absolute
Asistencia médica en caso de enfermedad	Hasta USD 250.000
Asistencia médica en caso de accidente	Hasta USD 150.000
Asistencia médica en caso de pre-existencia*	Hasta USD 10.000 (2)
Medicamentos Internación o Ambulatorio*	Hasta USD 2.500
Odontología*	Hasta USD 500
Días complementarios por internación*	5 días
Seguro accidentes personales - Muerte accidental en transporte público (h/70 años) (1)	Hasta USD 40.000
Compensación por pérdida de equipaje suplementaria	Hasta USD 1.500
Gastos por demora de equipaje (más de 24 hs)	Hasta USD 500
Gastos por vuelo demorado (más de 6 hs)	Hasta USD 150
Gastos de hotel por convalecencia*	Hasta USD 500
Gastos de hotel familiar acompañante*	Hasta USD 500
Asistencia médica por COVID19 producida por el virus SARS-COV2	Incluido*
Gastos de hotel por convalecencia por COVID19 producida por el virus SARS COV2	USD 100 por día**
Anticipo de fondos para fianza	Hasta USD 12.000
Transferencia de fondos	Hasta USD 5.000
Asistencia legal en caso de accidente	Hasta USD 2.000
Localización de equipaje	Incluido
Traslado de familiar en caso de hospitalización*	Incluido
Asistencia en caso de extravío de documentos	Incluido
Acompañamiento de menores*	Incluido
Viaje de regreso por enfermedad del Titular*	Incluido
Traslado y repatriación sanitaria*	Incluido
Traslado de restos*	Incluido
Regreso anticipado por siniestro en domicilio*	Incluido
Transmisión de mensajes urgentes	Incluido
Línea de consultas 24 hs	Incluido
Límite de edad	70 años
Ámbito de cobertura	Internacional

(1) Brindado por MetLife. (2) Para los planes anuales, el límite de asistencia médica en caso de pre-existencia es usd 1.200. Pack familiar: Por cada mayor viaja un menor de hasta 21 años gratis, para los cuales el tope de asistencia médica por enfermedad o accidente es de hasta us\$ 60.000. Día adicional: A partir del módulo de 5 días. * Incluido dentro del límite de asistencia médica. ** Máximo 5 días (o el mínimo establecido por autoridad gubernamental competente en el país de destino). Los servicios incluidos en nuestros productos tienen limitaciones y exclusiones que se detallan en el voucher y en las condiciones generales, las cuales pueden consultar y/o solicitar en nuestras oficinas comerciales o en www.universal-assistance.com. Para conocer la totalidad de las coberturas puede ingresar en www.universal-assistance.com

universal-assistance.com



DESCARGÁ
NUESTRA APP



Póliza de Seguro Colectivo de Accidentes Personales para Pasajeros

Condiciones Generales

ARTÍCULO 1. LEY DE LAS PARTES CONTRATANTES

Esta póliza consta de Condiciones Generales, Condiciones Particulares y la solicitud del seguro.

ARTÍCULO 2. COBERTURA

La Compañía Aseguradora pagará a los Asegurados o a sus Beneficiarios, a consecuencia de lesiones producidas por accidente durante el curso de un viaje cubierto, las cantidades señaladas en las Condiciones Particulares, de acuerdo a la definición de las coberturas que se indican en el Artículo 3 de esta póliza. Se entenderá por "viaje cubierto" lo definido en las Condiciones Particulares de la póliza. El Contratante podrá contratar una o más de estas coberturas, las que deberán estar expresamente consignadas en las Condiciones Particulares.

A los efectos de este seguro se entiende por accidente, todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos, que afecte el organismo del Asegurado provocándole lesiones, que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas, incluyéndose asimismo el ahogamiento y la asfixia, torcedura y desgarramiento, producidos por esfuerzos repentinos, como también estados septicémicos e infecciones que sean la consecuencia de heridas externas e involuntarias y hayan penetrado por ellas al organismo o bien se hayan desarrollado por efecto de contusiones.

ARTÍCULO 3. DEFINICIÓN DE LA COBERTURA

El Contratante podrá optar por una de las siguientes combinaciones de cobertura, las que deberán expresamente consignarse en las Condiciones Particulares: Cobertura de Muerte Accidental (Cobertura A); Cobertura de Muerte y Desmembramiento Accidental (Cobertura AB); Cobertura de Muerte y Desmembramiento Accidental e Incapacidad Total y Permanente (Cobertura ABC).

En ningún caso individual será pagada una indemnización por más de una de las pérdidas que resultan del mismo accidente. Se pagará la mayor que resulte de : "Muerte Accidental"; o "Desmembramiento Accidental"; o "Incapacidad Total y Permanente".

Estas coberturas se aplicarán sólo a lesiones sufridas por la Persona Asegurada durante el curso de un viaje cubierto según lo definido en las Condiciones Particulares de la póliza.

Esta cobertura incluye aquellas lesiones sufridas mientras la persona asegurada está viajando como pasajero dentro de o en, abordando o descendiendo de:

Cualquier aeronave comercial de transporte aéreo regular que tenga un Certificado de Aeronavegabilidad válido y vigente, y que sea pilotado por una persona que tenga una licencia competente, válida y vigente emitida por una autoridad que lo habilite a pilotar dicha aeronave.

COBERTURA A: MUERTE ACCIDENTAL

En virtud de esta cobertura, la Compañía Aseguradora pagará a los Beneficiarios el monto especificado en las Condiciones Particulares, inmediatamente después de recibidas y aprobadas las pruebas en cuanto a que el fallecimiento de una de los Asegurados se produjo durante la vigencia de esta cobertura, como consecuencia directa e inmediata de un accidente.

Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra a más tardar dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes de ocurrido el accidente.

En el caso de que el medio de transporte desapareciese, no teniendo noticias del mismo ni del Asegurado durante el plazo de 1 (uno) año, la Compañía Aseguradora pagará al beneficiario el capital asegurado por muerte. En caso de cambiar esta situación, apareciendo el Asegurado o teniendo noticias de él, la Compañía Aseguradora tendrá derecho a la restitución del capital ya abonado.

Si el Asegurado falleciera como consecuencia de algún accidente, la Compañía Aseguradora deducirá de la suma a pagar bajo esta cobertura, el importe total que hubiere ya pagado al Asegurado por el mismo accidente bajo las coberturas B) y/o C) definidas en las Condiciones Generales de la póliza, en caso de haber sido contratadas.

COBERTURA B: DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL

Cuando la lesión no ocasione la pérdida de la vida de uno de los Asegurados producto de un accidente, sino que produzca cualquiera

de las pérdidas que a continuación se indican, siempre que las consecuencias de las lesiones se manifiesten antes de los ciento ochenta (180) días contados desde su ocurrencia, la Compañía Aseguradora indemnizará al Asegurado los siguientes porcentajes del monto Asegurado indicado en las Condiciones Particulares de la póliza:

Pérdida de:	% de la Suma Principal Asegurada
Ambas manos o pies	100%
Visión de los dos ojos	100%
Una mano y un Pie	100%
Una Mano o Pie y Visión de un Ojo	100%
Habla y Audición de los dos oídos	100%
Una Mano o un Pie	50%
Visión de un Ojo	50%
Habla	50%
Audición de los Dos Oídos	50%
Dedo Pulgar e Índice de la Misma Mano	25%

En el caso de ocurrir más de un siniestro durante la vigencia de la póliza, los porcentajes a indemnizar se calcularán en base al monto Asegurado y no al saldo de éste, después de haber efectuado otros pagos. Sin embargo, el total de indemnizaciones provenientes de desmembramientos por uno o más accidentes ocurridos durante el período de cobertura de esta póliza, no podrá, en ningún caso, exceder del 100% del monto Asegurado para esta alternativa A. Para los efectos de la correcta interpretación de la terminología empleada en esta Alternativa A, se establece el significado de los siguientes términos:

“Pérdida” de:

- (A) mano o pie significa una amputación real de la mano a la altura de la articulación de la muñeca, o del pie a la altura de la articulación del tobillo;
- (B) ojo significa la pérdida total e irrevocable de la visión;
- (C) los dedos pulgar e índice significa una amputación real de los dedos pulgar e índice a la altura de la articulación que une a éstos con la palma de la mano;
- (D) habla o audición es la pérdida total e irreversible del habla o de la audición de ambos oídos.

COBERTURA C: INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

En virtud de esta cobertura, el Asegurado que sufra lesiones producto de un accidente, dentro de los 180 días corridos contados desde la fecha del accidente, deberá probar ante la Compañía Aseguradora que se encuentra en estado de incapacidad total y permanente. Una vez transcurridos 12 meses consecutivos desde el reconocimiento de la incapacidad total y permanente por parte de la Compañía Aseguradora, y siempre que dicha incapacidad continúe, la Compañía Aseguradora comenzará a pagar a partir del mes siguiente a la finalización de dicho plazo de 12 meses, el monto indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, menos cualquier otro monto pagado al Asegurado por el mismo accidente bajo la cobertura definida en la Protección A, a razón del 1.0% (uno por ciento) mensual durante un período máximo de cien (100) meses mientras el Asegurado esté vivo o hasta el cese de su incapacidad.

Para los efectos de esta cobertura, se entiende por incapacidad total y permanente, cuando el Asegurado, si está en condición de empleo, está impedido totalmente, a consecuencia de una lesión corporal resultado de un accidente, de desempeñarse en cualquier trabajo remunerado o lucrativo para el cual el Asegurado está calificado razonablemente por razón de educación, entrenamiento o experiencia. Si al momento de la pérdida, el Asegurado se encuentra en estado de desempleo, Incapacidad Total y Permanente significará la inhabilidad total y permanente de efectuar todos los deberes y actividades usuales y normales de una persona de la misma edad y sexo. La Compañía Aseguradora determinará si se ha producido la incapacidad total y permanente de un Asegurado, conforme a las pruebas presentadas y los exámenes requeridos en su caso. Esta determinación deberá efectuarse dentro de los 30 (treinta) días siguientes a aquel en que la Compañía recibió tales pruebas. Si la Compañía Aseguradora rechaza la incapacidad del Asegurado, éste último, dentro de los diez (10) días siguientes a la comunicación de la determinación de la Compañía Aseguradora, podrá requerir que la incapacidad sea evaluada por una junta compuesta por tres médicos, elegidos por él, dentro de una nómina de cinco o más médicos propuestos por la Compañía Aseguradora, los cuales serán profesionales de prestigio.

La junta médica deberá constituirse dentro de los 10 días hábiles siguientes al requerimiento efectuado por el Asegurado de que su incapacidad sea evaluada por la misma. El Asegurado deberá colaborar con la junta médica suministrando toda la información que le sea requerida y sometiéndose a todos los exámenes y/o análisis que le sean requeridos. La junta médica deberá emitir su pronunciamiento dentro de los 30 días siguientes a la realización del último de los exámenes y/o análisis requeridos.

La junta médica evaluará la incapacidad del Asegurado, pronunciándose si se encuentra incapacitado en forma total y permanente conforme a la definición de incapacidad contenida en esta cobertura.

La junta médica podrá someter al Asegurado a los exámenes médicos que considere necesarios. La declaración de incapacidad o invalidez del Asegurado de algún organismo previsional o legal, sólo tendrá para la junta médica un valor meramente informativo. El dictamen emitido por la junta médica será determinante y obligatorio para las partes.

El costo de esta evaluación será a cargo de la Compañía Aseguradora. Durante el tiempo que dure esta evaluación, el Asegurado deberá continuar pagando las primas de esta póliza con el objeto de mantener vigentes las coberturas de la misma.

Si el dictamen de la junta médica es favorable al Asegurado, la Compañía Aseguradora, pagará la indemnización desde la fecha del dictamen y devolverá las primas de esta cobertura pagadas después de la fecha del accidente, dentro de un plazo no superior a treinta (30) días contado desde la fecha del referido dictamen.

Una vez que la incapacidad se determina, por la Compañía Aseguradora o por la junta médica, la Compañía Aseguradora tendrá derecho a requerir evidencia de que la incapacidad total y permanente continúa, en cualquier momento durante los primeros dos (2) años de iniciado los pagos bajo esta presente cobertura. Luego de este período la prueba de evidencia será solamente una vez al año.

Además, la Compañía Aseguradora tendrá derecho durante el período de pago, a que un médico de su elección examine al Asegurado por intervalos razonables durante los primeros dos (2) años y después de dicho período no más de una (1) vez al año, dentro de 90 (noventa) días previos al aniversario de la aprobación inicial de la invalidez. El costo de estas evaluaciones será a cargo exclusivo de la Compañía Aseguradora. El dejar de suministrar tal prueba o de someterse al examen médico dentro de las 90 (noventa) días de la fecha solicitada, terminará inmediatamente los beneficios bajo la presente cobertura.

La Cobertura para Incapacidad Total y Permanente solo cubre al Asegurado y se vence cuando el mismo cumple sesenta y cinco años (65) o se retira – el que ocurre primero.

ARTÍCULO 4. EXCLUSIONES

No se efectuará el pago de las cantidades establecidas de las coberturas indicadas en el Artículo 2 de esta póliza, cuando el fallecimiento, lesiones o incapacidad total y permanente de los Asegurados se produzcan directa o indirectamente, total o parcialmente, a consecuencia de:

A) Efectos de guerra, declarada o no declarada, invasión, acción de un enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas, ya sea con o sin declaración de guerra, comisión de actos calificados como delito, así como la participación activa en rebelión, revolución, sublevación, asonadas, motín, conmoción civil, subversión y terrorismo.

B) A pesar de las estipulaciones de esta póliza y cualquier contrato complementario, endosos o enmiendas adjuntas a la póliza, no se pagarán beneficios bajo esta póliza o cualquier contrato complementario, endoso o enmienda adjunta en el caso de muerte y/o invalidez en que un Asegurado incurra a causa de una infección oportunista o un neoplasma maligno si, a la fecha de ocurrencia de dicha muerte, invalidez o gasto médico en que se haya incurrido, el sujeto presente el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida, y/o el Virus de Inmunodeficiencia Humana.

• 1. Para los fines de esta exclusión, el término “Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida” tendrá los significados asignados por la Organización Mundial de Salud.

• 2. La infección oportunista incluirá, pero no estará limitado a, neumonía pneumocystis carinii, organismos de enteritis crónica, infecciones por virus y/u hongos diseminados.

• 3. El neoplasma maligno incluirá, pero no estará limitado a, sarcoma de Kaposi, linfoma del sistema nervioso central y/u otras enfermedades malignas reconocidas actualmente o que se reconozcan en el futuro como causas inmediatas de muerte en presencia de inmuno deficiencia adquirida.

• 4. El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida incluirá encefalopatía (demencia) por H.I.V. (Virus de Inmuno Deficiencia Humana), y Síndrome de Debilitamiento por H.I.V. (Virus de Inmuno Deficiencia Humana).

C) Realización de una actividad o deporte riesgoso, tales como, pero no limitado a: aladeltismo, paracaídas, buceo, boxeo, polo, polocrosse, rugby, rafting, viaje u operación de planeadores o aeroplanos acrobáticos, participación en competencias automotrices, motociclistas o cualquier otro deporte ejercitado profesionalmente, salvo que sea expresamente aceptado por la Compañía Aseguradora y que el Contratante acepte pagar un determinado recargo de prima. Dicha inclusión deberá ser detallada en las Condiciones Particulares de la presente póliza.

D) Suicidio, intento de suicidio, o herida causada a sí mismo, ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente.

E) Prestación de servicios de los Asegurados en las Fuerzas Armadas o en funciones policiales de cualquier tipo.

F) Participación física y personal en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal de los Asegurados.

G) Intoxicación o encontrarse uno de los Asegurados en estado de ebriedad, o bajo los efectos de cualquier narcótico, a menos que hubiese sido administrado por prescripción médica.

H) Desempeñarse los Asegurados como pilotos o miembros de la tripulación en cualquier tipo de avión, a menos que expresa y específicamente se prevea y acepte su cobertura por la Compañía Aseguradora.

I) Las consecuencias de las enfermedades de cualquier naturaleza, incluyendo las enfermedades mentales o nerviosas.

J) Condiciones Médicas Pre-existentes, entendiéndose las condiciones, conocidas o no, por las cuales se haya recibido cuidado, atención, tratamiento o asesoramiento médico, o que se haya manifestado o contraído por primera vez con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la cobertura.

K) Infecciones bacterianas excepto infecciones piogénicas, las cuales son causadas por una herida accidental.

I) Anomalías congénitas y condiciones que surjan o resulten de ellos.

M) Un viaje en, a, o a través de cualquiera de los siguientes países: Afganistán, Cuba, República Democrática del Congo, Irán, Iraq, Liberia, Sudan o Siria.

Asimismo no estará cubierta por esta póliza la asistencia por cualquier pérdida, lesión, daño o responsabilidad legal que sufra directa o indirectamente una persona terrorista o miembro de una organización terrorista, traficante de drogas, o proveedor de armas nucleares, químicas o biológicas.

ARTÍCULO 5. LÍMITE MÁXIMO AGREGADO POR ACCIDENTE

La responsabilidad de la Compañía por los beneficios de esta póliza, en el cúmulo para todas las personas aseguradas, no excederá bajo ningún aspecto el límite agregado establecido en las Condiciones Particulares de la póliza. De otro modo, los beneficios individuales se reducirán proporcionalmente hasta que el total no exceda el límite máximo agregado.

ARTÍCULO 6. DEFINICIONES

A) Contratante: Es la persona o la persona jurídica que contrata la póliza y es señalada como tal en las Condiciones Particulares de la póliza.

B) Asegurados: Son las personas por las cuales la prima ha sido pagada y la solicitud ha sido aceptada por la Compañía Aseguradora. Se considera asegurados para efectos de este seguro, las personas que conforman un grupo, al ser miembros, trabajadores o tener un vínculo contractual con la entidad contratante y además se encuentran señalados o definidos en la Condiciones Particulares de la Póliza, y su prima ha sido abonada a la Compañía Aseguradora.

Podrán ingresar a la presente póliza todos aquellos Asegurados que no superen la edad máxima de ingreso establecida en las Condiciones Particulares, manteniéndose la cobertura vigente hasta que el Asegurado cumpla la edad de terminación del seguro detallada en las Condiciones Particulares.

C) Prima de la póliza: Es la cantidad que el Contratante se compromete a pagar periódicamente para tener derecho a los beneficios de la póliza.

D) Certificado de Aeronavegabilidad: Significa el certificado normal de buenas condiciones de vuelo emitido por el departamento de Aviación dependiente de la autoridad gubernamental que tenga jurisdicción sobre la aviación civil en el país en el que esté registrada la aeronave.

ARTÍCULO 7. LÍMITE DE COBERTURA Y RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA

Esta póliza puede ser renovada con el consentimiento de la Compañía Aseguradora, al término de cada período de cobertura de doce (12) meses, mediante el pago por adelantado de la prima especificada por la Compañía Aseguradora, siendo dicha prima calculada a la tasa que ésta tuviera en vigencia al momento de la renovación.

ARTÍCULO 8. DESIGNACIÓN Y CAMBIO DE BENEFICIARIO

Se tendrá como Beneficiarios al designado por el Contratante de la póliza, determinado en las Condiciones Particulares de la misma y detallado en la solicitud de esta póliza. En caso de fallecimiento de una de los Asegurados, se tendrá como Beneficiario a la persona o personas, según lo detallado en las Condiciones Particulares. Si las Condiciones Particulares indican que los Beneficiarios serán a elección de los Asegurados, un Asegurado podrá instituir como Beneficiario a cualquier persona.

Designadas varias personas, sin indicación de cuota parte, se entiende que el beneficio se distribuirá por partes iguales. Cuando se designe a los hijos se entiende a los concebidos y los sobrevivientes al tiempo de ocurrir el evento previsto. Cuando se designe a los herederos, se entenderá por tales a los que surja del certificado de resultancias de autos y en las proporciones allí establecidas. En caso de dudas sobre la identidad de los herederos o sobre la proporción de las sumas a distribuir, la Compañía Aseguradora podrá solicitar que se determine judicialmente a quienes debe pagarse y en que proporciones debe hacerla. La Compañía Aseguradora no será responsable de cualquier demora en el pago del beneficio derivada de la determinación de la identidad de los beneficiarios. Si se hubiere otorgado testamento, se tendrá por designados a los herederos instituidos en el mismo. Si los herederos instituidos en el testamento fueran los herederos legales y no se hubiere fijado proporción alguna, el beneficio se distribuirá conforme a las cuotas hereditarias. Cuando el Contratante o un Asegurado no designe Beneficiario o por cualquier causa la designación resulte ineficaz o quede sin efecto, se entiende que designó a sus herederos.

El Contratante podrá cambiar de beneficiario cuando lo estime conveniente, a menos que la designación hubiere sido hecha en calidad de irrevocable, en cuyo caso deberá contar con su consentimiento, manifestado por escrito a la Compañía Aseguradora. Pierde todo derecho el beneficiario que provoca deliberadamente la muerte del asegurado con un acto ilícito.

En caso de imposibilidad de abonar el seguro por duda sobre la designación o cambio de Beneficiario, o duda en cuanto a los herederos legales, la Compañía Aseguradora consignará judicialmente el importe en la forma que corresponda según la situación que se presentara dejando así librada a resolución judicial la determinación de la persona o personas beneficiarias. La Compañía Aseguradora quedará liberada, si actuando diligentemente hubiere pagado la suma asegurada a los Beneficiarios designados con anterioridad a la recepción de cualquier notificación que modificare esa designación. Atento el carácter irrevocable de la designación de Beneficiario a título oneroso, la Compañía Aseguradora en ningún caso asume responsabilidad alguna por la validez del negocio jurídico que dio lugar a la designación ni por las cuestiones que se susciten con motivo de esa designación.

ARTÍCULO 9. DECLARACIONES DEL CONTRATANTE Y DEL ASEGURADO

Esta póliza se emite según las declaraciones del Contratante y del Asegurado consignadas en sus respectivas solicitudes y en los cuestionarios relativos a su salud y en el informe del médico examinador (cuando lo hubiere), los cuales son la causa determinante del contrato. Dichas declaraciones se entienden dadas y certificadas como verdaderas y completas por el Contratante y el Asegurado, mediante su firma puesta al pie de los mencionados documentos, aun cuando éstos no fueran escritos por el mismo.

Toda declaración falsa o toda reticencia parcial o total de circunstancias o información conocidas por el Contratante o por el Asegurado, aún hecha de buena fe que, a juicio de los peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones, si la Compañía Aseguradora hubiese sido cerciorada del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato.

Cuando la reticencia no dolosa es alegada la Compañía Aseguradora, a su exclusivo juicio, puede anular el contrato restituyendo la prima percibida con deducción de los gastos, o reajustarla con la conformidad del Asegurado al verdadero estado del riesgo.

Si la reticencia fuese dolosa o de mala fe, la Compañía Aseguradora tiene derecho a las primas de los períodos transcurridos y del período en cuyo transcurso invoque la reticencia o falsa declaración.

La Compañía renuncia expresamente a invocar cualquier reticencia excepción hecha si fuera dolosa, como motivo de nulidad derivada de las declaraciones del Contratante o del Asegurado después de los tres años de vigencia del primer contrato suscrito con la Compañía.

ARTÍCULO 10. PAGO DE PRIMAS

Esta póliza es emitida en consideración al pago por parte del Contratante de la prima estipulada, y entra en vigor en la fecha de vigencia declarada en dichas Condiciones Particulares. Después de haber entrado en vigor, esta póliza continuará su efectividad hasta la fecha en que el período de cobertura expire. Todos los períodos de cobertura comenzarán y terminarán a las 00:00 horas de la localidad donde se emite la presente póliza.

A) Pago de Primas: El pago de las primas se hará en la oficina principal de la Compañía Aseguradora o en los lugares que ésta designe, dentro de los plazos estipulados al efecto en las Condiciones Particulares de esta póliza.

El Contratante posee la obligación del pago de la prima. En caso de plan contributivo, con pago parcial o total de la prima por parte del asegurado, corresponderá al Contratante el cobro de la misma según la forma de pago que convenga el Contratante con el asegurado.

B) Plazo de gracia: Efectuado el pago de la primera prima inicial de la póliza, la Compañía Aseguradora concede un plazo de gracia de treinta (30) días, para el pago de las primas siguientes, cualquiera sea la forma de pago convenida. Durante este período, la póliza permanecerá en pleno vigor, y si una de los Asegurados cobra algún beneficio durante dicho plazo de gracia, se deducirá previamente del capital a pagar la prima vencida y no pagada correspondiente a dicho Asegurado.

C) Término del contrato por falta de pago de prima: Si al vencimiento del plazo de gracia no ha sido pagada la prima vencida, la póliza quedará sin efecto inmediatamente, sin necesidad de aviso, notificación o requerimiento alguno, quedando la Compañía Aseguradora libre de toda obligación y responsabilidad derivada de este contrato de seguro.

ARTÍCULO 11. MONEDA O UNIDAD DE CONTRATO

El capital Asegurado y el monto de las primas correspondientes a esta póliza, se expresarán en la moneda indicada en las Condiciones Particulares. En virtud de contratarse esta póliza en moneda extranjera, el Contratante, se compromete al pago de la prima en dicha moneda; a su vez la Compañía Aseguradora abonará las indemnizaciones que pudieron corresponder en igual moneda, si cualquier norma legal o reglamentaria impidiera cumplir las obligaciones emergentes de esta póliza en moneda extranjera, tanto las primas como las eventuales indemnizaciones deberán ser satisfechas en moneda nacional, conforme el tipo de cambio financiero vendedor cotizado por el Banco de la República Oriental del Uruguay al cierre del día hábil inmediato anterior al de la fecha de pago de cada obligación.

ARTÍCULO 12. MODIFICACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO

Si el Asegurado sufre lesiones después de haber cambiado de una ocupación a otra, clasificada por la Compañía Aseguradora como más riesgosa que la declarada al contratar la póliza, o mientras se dedique en forma remunerada a cualquier actividad correspondiente a una ocupación clasificada como tal, la Compañía Aseguradora pagará únicamente, el porcentaje de las indemnizaciones previstas en esta póliza, que la prima pagada hubiere cubierto a las tasas y dentro de los límites fijados por la Compañía Aseguradora para dicha ocupación más riesgosa.

Si el Asegurado cambiase su ocupación por otra menos riesgosa que la señalada en esta póliza, la Compañía Aseguradora, al recibo de la prueba de dicho cambio, reducirá la tasa de la prima de acuerdo a la nueva ocupación, y devolverá el exceso a prorrata de la prima no devengada a la fecha del cambio de ocupación, o a la fecha del aniversario de la póliza inmediatamente precedente al recibo de dicha prueba, en caso que este aniversario hubiese ocurrido con posterioridad al cambio de ocupación. En la aplicación de esta disposición, la clasificación del riesgo ocupacional y la tasa de la prima, serán las vigentes a la fecha de la prueba de cambio de ocupación.

El Contratante deberá comunicar a la Compañía Aseguradora los cambios de ocupación de los Asegurados.

ARTÍCULO 13. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO O BENEFICIARIO EN CASO DE ACCIDENTE

Para tener derecho a los beneficios que otorga esta póliza, el Contratante deberá comunicar a la Compañía Aseguradora el acaecimiento del accidente. Asimismo, los Asegurados o los Beneficiarios, en su caso, deberán justificar debidamente la cantidad reclamada y deberán proporcionar las pruebas necesarias para demostrar, en forma clara y precisa, que la lesión o lesiones corporales, tuvieron su origen directa y precisamente en un accidente, dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha en que se produjo el siniestro. En caso de no cumplirse con este requisito, la responsabilidad de la Aseguradora con respecto a los Asegurados o Beneficiarios emanada de esta póliza, cesará una vez transcurrido el último día del referido plazo.

La Compañía Aseguradora se reserva el derecho de solicitar a las autoridades competentes, y a su costo, que efectúe una autopsia en caso de muerte de uno de los Asegurados. Si el Beneficiario se negare a permitir dicha autopsia o la retardase en forma tal que ella sea inútil para el fin perseguido, perderá el derecho a la indemnización asegurada por este contrato.

Cuando se produzca un accidente, éste se deberá poner en conocimiento de la Compañía Aseguradora por escrito dentro del plazo de quince (15) días contado desde su ocurrencia, para lo cual se deberán llenar además los formularios proporcionados por la Compañía Aseguradora, salvo caso de fuerza mayor, en cuyo caso y previa comprobación del mismo, el plazo se entenderá prorrogado por los días en que haya durado tal impedimento.

ARTÍCULO 14. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

La cobertura de cada asegurado finalizará cuando se produzcan cualquiera de los siguientes eventos, el que primero ocurra:

- A)** Fecha de terminación de la cobertura;
- B)** Fecha en que el Asegurado cese de calificar para esta cobertura por no cumplirse con alguno de los requisitos establecidos bajo el título de Definición de asegurados según el Art. 6 de las Condiciones Generales de la póliza.
- C)** Fecha de vencimiento de pago de prima, si la misma no es abonada de acuerdo a las estipulaciones del Artículo 10 de las Condiciones Generales de esta póliza;

Cualquiera de las terminaciones mencionadas serán sin perjuicio de cualquier siniestro válido con origen anterior a la fecha de dicha terminación.

ARTÍCULO 15. REHABILITACIÓN DE LA PÓLIZA

En caso que a la póliza se le haya puesto término anticipado, el Contratante podrá solicitar por escrito su rehabilitación. Para resolver sobre esta petición, la Compañía Aseguradora podrá exigir del Contratante que acredite, a satisfacción de la Compañía Aseguradora, que reúna las condiciones necesarias para ser readmitido como tal.

ARTÍCULO 16. DERECHO DE INSPECCIÓN Y AUDITORIA

La Compañía Aseguradora tendrá derecho de examinar los archivos del Contratante que están relacionados con esta póliza, en cualquier momento durante la vigencia de la misma y dentro de los tres años de la terminación de esta póliza o hasta el ajuste final y liquidación de cualquier siniestro o reclamo, la que ocurra última.

ARTÍCULO 17. IMPUESTOS, TASAS Y CONTRIBUCIONES

Los impuestos, tasas y contribuciones de cualquier índole y jurisdicción que pudieran crearse en lo sucesivo o los aumentos eventuales de los existentes, estarán a cargo del Contratante, de los Beneficiarios o de los herederos, según el caso.

ARTÍCULO 18. CÓMPUTO DE PLAZOS

Salvo estipulación expresa en contrario, los plazos de esta póliza se cuentan por días corridos. Los plazos que vencen en días inhábiles (sábados, domingos y feriados) se prorrogarán hasta el día hábil inmediato siguiente.

ARTÍCULO 19. JURISDICCIÓN

Las partes acuerdan someterse a la jurisdicción de los tribunales competentes de la ciudad de Montevideo, República Oriental del Uruguay, a los efectos de la adopción de cualquier medida relacionada con la ejecución del arbitraje establecido en la cláusula anterior.

ARTÍCULO 20. DOMICILIO

Para los efectos del presente contrato, las partes señalan como domicilio especial el que se menciona en las Condiciones Particulares de esta póliza.

Extracto de Condiciones Generales del Seguro de Accidentes Personales Pasajeros

COBERTURA

La Compañía Aseguradora pagará a los Asegurados o a sus Beneficiarios, a consecuencia del Fallecimiento por accidente durante el curso de un viaje cubierto, las cantidades señaladas en las Condiciones Particulares.

DEFINICIÓN DE LA COBERTURA MUERTE ACCIDENTAL EN TRANSPORTE PÚBLICO

Se define como cobertura en transporte público, el beneficio a ser abonado en caso de fallecimiento accidental únicamente mientras el asegurado esté viajando como pasajero o mientras esté subiendo o descendiendo de cualquier vehículo público terrestre o acuático, con licencia para transportar pasajeros mediante el pago del respectivo pasaje; o de cualquier avión de pasajeros operado por empresa aérea comercial, legalmente autorizada para el transporte de pasajeros.

En virtud de esta cobertura, la Compañía Aseguradora pagará a los Beneficiarios el monto especificado en las Condiciones Particulares, inmediatamente después de recibidas y aprobadas las pruebas en cuanto a que el fallecimiento de una de los Asegurados se produjo durante la vigencia de esta cobertura, como consecuencia directa e inmediata de un accidente.

Se entenderá como fallecimiento inmediato aquel que ocurra a más tardar dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes de ocurrido el accidente.

En el caso de que el medio de transporte desapareciese, no teniendo noticias del mismo ni del Asegurado durante el plazo de 1 (uno) año, la Compañía Aseguradora pagará al beneficiario el capital asegurado por muerte. En caso de cambiar esta situación, apareciendo el Asegurado o teniendo noticias de él, la Compañía Aseguradora tendrá derecho a la restitución del capital ya abonado.

EXCLUSIONES

No se efectuará el pago de las cantidades establecidas de las coberturas indicadas en las condiciones particulares de esta póliza, cuando el fallecimiento sea consecuencia de:

A) La conducción de automóviles usados como taxis o de alquiler, bus u otro tipo de transporte público. Asimismo, amparan al asegurado en calidad de pasajero, y no como chofer, piloto, maquinista, conductor o tripulante de un vehículo según lo descripto.

B) Efectos de guerra, declarada o no declarada, invasión, acción de un enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas, ya sea con o sin declaración de guerra, comisión de actos calificados como delito, así como la participación activa en rebelión, revolución, sublevación, asonadas, motín, conmoción civil, subversión y terrorismo.

C) A pesar de las estipulaciones de esta póliza y cualquier contrato complementario, endosos o enmiendas adjuntas a la póliza, no se pagarán beneficios bajo esta póliza o cualquier contrato complementario, endoso o enmienda adjunta en el caso de muerte y/o invalidez en que un Asegurado incurra a causa de una infección oportunista o un neoplasma maligno si, a la fecha de ocurrencia de dicha muerte, invalidez o gasto médico en que se haya incurrido, el sujeto presente el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida, y/o el Virus de Inmunodeficiencia Humana.

- 1. Para los fines de esta exclusión, el término "Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida" tendrá los significados asignados por la Organización Mundial de Salud.
- 2. La infección oportunista incluirá, pero no estará limitado a, neumonía pneumocystis carinii, organismos de enteritis crónica, infecciones por virus y/u hongos diseminados.
- 3. El neoplasma maligno incluirá, pero no estará limitado a, sarcoma de Kaposi, linfoma del sistema nervioso central y/u otras enfermedades malignas reconocidas actualmente o que se reconozcan en el futuro como causas inmediatas de muerte en presencia de inmuno deficiencia adquirida.
- 4. El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida incluirá encefalopatía (demencia) por H.I.V. (Virus de Inmuno Deficiencia Humana), y Síndrome de Debilitamiento por H.I.V. (Virus de Inmuno Deficiencia Humana).

D) Realización de una actividad o deporte riesgoso, tales como, pero no limitado a: aladeltismo, paracaídas, buceo, boxeo, polo, polocrosse, rugby, rafting, viaje u operación de planeadores o aeroplanos acrobáticos, participación en competencias automotrices, motociclistas o cualquier otro deporte ejercitado profesionalmente, salvo que sea expresamente aceptado por la Compañía Aseguradora y que el Contratante acepte pagar un determinado recargo de prima. Dicha inclusión deberá ser detallada en las Condiciones Particulares de la presente póliza.

E) Suicidio, intento de suicidio, o herida causada a sí mismo, ya sea estando en su pleno juicio o enajenado mentalmente.

F) Prestación de servicios de los Asegurados en las Fuerzas Armadas o en funciones policiales de cualquier tipo.

G) Participación física y personal en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal de los Asegurados.

H) Intoxicación o encontrarse uno de los Asegurados en estado de ebriedad, o bajo los efectos de cualquier narcótico, a menos que hubiese sido administrado por prescripción médica.

I) Desempeñarse los Asegurados como pilotos o miembros de la tripulación en cualquier tipo de avión, a menos que expresa y específicamente se prevea y acepte su cobertura por la Compañía Aseguradora.

J) Las consecuencias de las enfermedades de cualquier naturaleza, incluyendo las enfermedades mentales o nerviosas.

K) Condiciones Médicas Pre-existentes, entendiéndose las condiciones, conocidas o no, por las cuales se haya recibido cuidado, atención, tratamiento o asesoramiento médico, o que se haya manifestado o contraído por primera vez con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la cobertura.

L) Infecciones bacterianas excepto infecciones piogénicas, las cuales son causadas por una herida accidental.

M) Anomalías congénitas y condiciones que surjan o resulten de ellos.

Asimismo no estará cubierta por esta póliza la asistencia por cualquier pérdida, lesión, daño o responsabilidad legal que sufra directa o indirectamente una persona terrorista o miembro de una organización terrorista, traficante de drogas, o proveedor de armas nucleares, químicas o biológicas.

LIMITE MÁXIMO AGREGADO POR ACCIDENTE

La responsabilidad de la Compañía por los beneficios de esta póliza, en el cúmulo para todas las personas aseguradas, no excederá bajo ningún aspecto el límite agregado establecido en las Condiciones Particulares de la póliza. De otro modo, los beneficios individuales se reducirán proporcionalmente hasta que el total no exceda el límite máximo agregado.

DEFINICIONES

A) Contratante: Es la persona o la persona jurídica que contrata la póliza y es señalada como tal en las Condiciones Particulares de la póliza.

B) Asegurados: Son las personas por las cuales la prima ha sido pagada y la solicitud ha sido aceptada por la Compañía Aseguradora. Se considera asegurados para efectos de este seguro, las personas que conforman un grupo, al ser miembros, trabajadores o tener un vínculo contractual con la entidad contratante y además se encuentran señalados o definidos en las Condiciones Particulares de la Póliza, y su prima ha sido abonada a la Compañía Aseguradora.

Podrán ingresar a la presente póliza todos aquellos Asegurados que no superen la edad máxima de ingreso establecida en las Condiciones Particulares, manteniéndose la cobertura vigente hasta que el Asegurado cumpla la edad de terminación del seguro detallada en las Condiciones Particulares.

C) Prima de la póliza: Es la cantidad que el Contratante se compromete a pagar periódicamente para tener derecho a los beneficios de la póliza.

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO O BENEFICIARIO EN CASO DE ACCIDENTE

Para tener derecho a los beneficios que otorga esta póliza, el Contratante deberá comunicar a la Compañía Aseguradora el acaecimiento del accidente. Asimismo, los Asegurados o los Beneficiarios, en su caso, deberán justificar debidamente la cantidad reclamada y deberán proporcionar las pruebas necesarias para demostrar, en forma clara y precisa, que la lesión o lesiones corporales, tuvieron su origen directa y precisamente en un accidente, dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha en que se produjo el siniestro. En caso de no cumplirse con este requisito, la responsabilidad de la Aseguradora con respecto a los Asegurados o Beneficiarios emanada de esta póliza, cesará una vez transcurrido el último día del referido plazo.

La Compañía Aseguradora se reserva el derecho de solicitar a las autoridades competentes, y a su costo, que efectúe una autopsia en caso de muerte de uno de los Asegurados. Si el Beneficiario se negare a permitir dicha autopsia o la retardase en forma tal que ella sea inútil para el fin perseguido, perderá el derecho a la indemnización asegurada por este contrato.

Cuando se produzca un accidente, éste se deberá poner en conocimiento de la Compañía Aseguradora por escrito dentro del plazo de quince (15) días contado desde su ocurrencia, para lo cual se deberán llenar además los formularios proporcionados por la Compañía Aseguradora, salvo caso de fuerza mayor, en cuyo caso y previa comprobación del mismo, el plazo se entenderá prorrogado por los días en que haya durado tal impedimento.

PRESTACIONES

IMPORTANTE - Sr. Pasajero: En todos los casos deberá proceder de acuerdo a lo indicado en las Condiciones Generales. Es indispensable que consulte las mismas al solicitar asistencia. Recuerde que lo que se detalla a continuación es sólo un resumen de las Condiciones Generales completas ya entregadas.

- 11) Asistencia médica por enfermedad y accidente: Los servicios comprenden exclusivamente el tratamiento de urgencia del cuadro agudo que impida la continuación del viaje, e incluyen: consultas médicas y por especialistas, exámenes complementarios, terapia de recuperación física, medicamentos, odontología, internación, intervenciones quirúrgicas, terapia intensiva y unidad coronaria; siempre con autorización previa de la Central Operativa y el Departamento Médico de la prestadora. El monto de gastos de todos los servicios detallados tiene un límite máximo (impuestos incluidos) indicado en el cuadro de prestaciones como asistencia médica. Los límites de gastos de asistencia médica por enfermedad y accidente no son acumulativos, aplicando en forma excluyente sólo uno de los mismos de acuerdo a la causa de la Asistencia.
- 12) Traslados y repatriaciones sanitarias: La prestadora organizará el traslado sanitario al centro asistencial más próximo, o la repatriación si correspondiera, según criterio del Departamento Médico de la prestadora.
- 13) Acompañamiento de menores: Si el Titular fuera hospitalizado por un período de más de 5 días y sólo estuviera acompañado por uno o más menores de 15 años, sin otro adulto, la prestadora organizará el regreso de los menores a su domicilio de residencia.
- 14) Traslado de un familiar/ejecutivo: La prestadora abonará un ticket ida y vuelta para un familiar del Titular que hubiera viajado sin acompañantes y que fuera hospitalizado por más de 5 días; o bien de un ejecutivo que lo reemplace si el viaje hubiera sido de negocios.
- 15) Gastos de hotel: Se reintegrarán gastos de hotel en caso de reposo forzoso tras internación de más de 5 días del Titular. Se abonarán asimismo los gastos de hotel del acompañante.
- 16) Viaje de regreso por enfermedad del titular: la prestadora se hará cargo de la penalidad por cambio de fecha del ticket aéreo a causa de enfermedad grave o fallecimiento del Titular, familiar o acompañante. Revise condiciones de aplicabilidad en las Condiciones Generales.
- 17) Traslado y repatriación funeraria: En caso de fallecimiento del titular, la prestadora asumirá los gastos de féretro de traslado, trámites y transporte hasta el país o ciudad de residencia, según el tipo de voucher contratado.
- 18) Compensación por pérdida de equipaje: ante el extravío de bulto completo de equipaje despachado en un viaje internacional o de cabotaje (en aquel producto Nacional que incluya explícitamente dicho beneficio), la prestadora abonará una compensación que según el producto contratado podrá ser suplementaria o complementaria a la abonada por la compañía transportista. Es indispensable realizar la denuncia del hecho ante la compañía responsable y la prestadora al momento de conocido el hecho.
- 19) Compensación de gastos por demora de equipaje: Si alguna pieza de equipaje no fuera puesta a disposición del titular dentro de las 8 horas de arribado el vuelo, se le compensarán gastos por la compra de elementos de primera necesidad ocasionados por la falta de equipaje. Deberá presentar denuncia realizada ante la compañía aérea.
- 20) Compensación por daños en equipaje: Si el equipaje despachado sufriera daños que impidan su uso normal (no estéticos), la prestadora abonará una indemnización detallada en el cuadro de prestaciones.
- 21) Anticipo de fondos para fianza: Si se iniciara un proceso judicial, civil y/o criminal contra el Titular por responsabilidad en un accidente de tránsito, la prestadora destinará un monto para gastos de fianza en carácter de préstamo, que deberá ser devuelto en un plazo no mayor a 30 días corridos.
- 22) Reembolso por cancelación o interrupción con restricción de causas: si el titular tuviera que cancelar su viaje por motivos de enfermedad grave o muerte del cónyuge, hijos, padres, hermanos o el Titular propiamente dicho, la prestadora reintegrará los pagos ya realizados y no recuperables por la contratación del viaje. No corresponderá el beneficio cuando el Titular sea mayor de 70 años (salvo indicación contraria en el voucher) o su fallecimiento o enfermedad se produzca a causa de alguna de las exclusiones del producto. Condiciones particulares: el voucher debe haberse adquirido en la misma fecha que el tour o un máximo de 72 horas posteriores y al menos 15 días antes de fecha de inicio del viaje. La cancelación debe informarse dentro de las 48 horas de ocurrido el hecho que lo motiva. No válido para reprogramaciones de viajes. Consulte la documentación requerida en el texto de las Condiciones Generales.
- 23) Cancellation Plus - Reembolso por cancelación sin restricción de causas: si el Titular tuviera que cancelar su viaje, la prestadora reintegrará los pagos ya realizados y no recuperables por la contratación del tour, previa aplicación de una franquicia a cargo del cliente según se indique en el cuadro de prestaciones del producto contratado. Condiciones particulares: la cancelación debe informarse lo antes posible y como mínimo 48 horas antes de la fecha de inicio del viaje; la fecha de emisión del voucher debe coincidir con la fecha de contratación o pago del tour y con al menos 15 días de anticipación a la fecha de inicio del viaje. No corresponderá el beneficio cuando el Titular sea mayor de 70 años (salvo indicación contraria en el voucher) o cuando el motivo de la cancelación sea la no prestación del servicio contratado por causa de fuerza mayor o catástrofes climáticas. No válido para reprogramaciones de viajes. Si el Titular cancelara su viaje por alguna de las siguientes causales la franquicia no será aplicable: muerte o enfermedad grave del titular, su cónyuge, hijo/s, hermano/s o padre/s; daños causados por incendio o robo en el domicilio particular o comercial del Titular; declaración de cuarentena médica al Titular; convocatoria del Titular como parte, testigo o jurado en un tribunal; convocatoria como miembro de mesa electoral; despido laboral del Titular; atención de emergencia por embarazo; atención de emergencia por parto de la Titular y/o su cónyuge; recepción de niño en adopción o guarda; cancelación de boda. Es imprescindible la demostración del evento. Consulte la documentación requerida en el texto de las Condiciones Generales.
- 24) Seguro de accidentes personales: según el producto contratado cubre el fallecimiento accidental del Titular menor de 70 años (salvo indicación contraria en el voucher) mientras se encuentre realizando un viaje ante cualquier evento o bien como pasajero en un medio de transporte público de personas. No cubre incapacidad temporal ni permanente, salvo que el producto así lo indique. Los pasajeros menores de 18 años están cubiertos por un monto inferior. Consultar Condiciones Generales para mayor información.
- 25) Exclusiones generales: Revise las exclusiones aplicables a la asistencia en el texto completo de las Condiciones Generales.
- 26) Otras prestaciones: según el producto contratado: transmisión de mensajes urgentes, alquiler de notebook, llamada en conferencia, reintegro por vuelo demorado, traducción de documentos comerciales, gastos de emisión de pasaporte provisorio, compensación por penalidad por vuelo cancelado, asistencia en caso de extravío de documentos, localización de equipaje, regreso anticipado por siniestro en domicilio, asistencia legal, transferencia de fondos, Secure Gift, ConciERGE, Deportes, Embarazadas, gastos por imposibilidad de embarque, entre otras.

Condiciones Generales Resumidas

Este documento es un resumen de las cláusulas contenidas en el texto completo de las Condiciones Generales que rige la prestación de los servicios de asistencia al viajero y pretende ser una referencia rápida para el usuario. Sin embargo, no reemplaza ni modifica dichas condiciones y ante cualquier disputa sólo se tendrá por válido el texto de las Condiciones Generales completas entregado y/o puesto a su disposición en nuestras páginas web www.universal-assistance.com

Recuerde que cada producto tiene una combinación de prestaciones y montos máximos diferentes. Por favor, consulte en su voucher la tabla de prestaciones del producto que contrató para conocer los beneficios aplicables. Toda asistencia o reintegro de gastos está sujeto a que el Titular proceda según lo establecido en las Condiciones Generales ya entregadas.

GENERALIDADES Y DEFINICIONES

1) Objeto: Las presentes Condiciones Generales rigen la prestación del servicio de asistencia al viajero durante los viajes que realice su Titular. Dicha prestación no constituye un seguro médico ni de cualquier otro tipo, ni una extensión o sustituto de programas de seguridad social ni de medicina prepaga. Los servicios aquí detallados están exclusivamente orientados a la asistencia en viaje en caso de enfermedades agudas y/o eventos súbitos e imprevisibles que impidan la normal continuación del mismo. No están cubiertas las enfermedades pre-existentes salvo en los productos que así lo contemplan en cuyo caso se cubrirá hasta el valor indicado para tal concepto.

2) Voucher: Es el instrumento del contrato de Prestación de Servicios al Viajero entregado a este último, que especifica el producto adquirido y su correspondiente cuadro de prestaciones. El voucher es personal e intransferible y beneficia únicamente a su/s Titular/es.

3) Accidente: Es todo evento generador de un daño corporal que sufre el Titular, por la acción de un agente externo que, de forma repentina, inesperada y violenta, provoca esa lesión corporal o modifica el estado de salud de una persona, o causa su muerte, independientemente de su voluntad, y que se produce como consecuencia del impacto de un objeto contundente en movimiento contra la persona o de esta última contra el objeto.

4) Pre-existente: Todo proceso fisiopatológico que reconozca un origen o etiología anterior a la fecha de inicio de la vigencia del voucher o del viaje (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. A los efectos del servicio de asistencia al viajero, se entiende como enfermedad o afección preexistente tanto a aquellas padecidas con anterioridad a la iniciación de la vigencia del voucher como a las que se manifiesten posteriormente pero que para su desarrollo hayan requerido de un período de incubación, formación o evolución dentro del organismo del Titular, previo y anterior a la fecha de inicio de vigencia del voucher o del viaje, así como aquellas sufridas durante la vigencia de un voucher anterior.

5) Viaje: con cobertura internacional, refiere a la salida del Titular al exterior del país de su residencia y el posterior regreso al mismo. Para vouchers con cobertura nacional, refiere a la salida del Titular fuera del radio de los 100 kilómetros de su domicilio real (o la distancia que se indique en el voucher) y su posterior regreso al mismo.

6) Vigencia de los servicios: La finalización de la vigencia del voucher implicará automáticamente el cese de todos los servicios incluyendo aquellos casos iniciados y en curso al momento del fin de vigencia. Si el Titular interrumpe su viaje, cualquiera sea la razón, y regresa a su país de residencia, el voucher dejará de tener validez a partir de ese instante. El Titular no podrá reclamar reembolso alguno por el período de tiempo no transcurrido ni utilizado. Los vouchers deben contratarse con anterioridad al comienzo del viaje. Para vouchers con vigencia ANUAL: la prestación de los servicios se limita a la cantidad de días consecutivos por viaje que corresponda al tipo de voucher adquirido y los topes asistenciales vuelven al valor máximo establecido en la tabla de prestaciones con cada viaje que realice el titular.

7) Procedimiento para solicitar atención: Los servicios asistenciales deberán ser, en todos los casos, solicitados a la prestadora por teléfono y deberán ser autorizados por la misma. Al comunicarse con la Central Operativa deberá informar: Apellido y nombre, producto que posee, número de voucher, vigencia y fecha de salida y regreso de viaje, lugar donde se encuentra, con dirección y números telefónicos, y el motivo por el que llama.

8) Obligaciones del titular: Realizar el llamado telefónico para solicitar la asistencia y obtener la autorización de la prestadora antes de tomar cualquier iniciativa o comprometer cualquier gasto. En caso de que el Titular por razones de fuerza mayor plenamente justificadas, no pudiera obtener la autorización previa de la prestadora para su atención, deberá ponerse en contacto con la misma dentro del plazo improrrogable de 24 horas de ocurrido el hecho, en forma fehaciente. SIEMPRE deberá seguir las instrucciones indicadas por la prestadora.

9) Reintegros: Se procederá al reintegro de los gastos efectuados en los siguientes casos y situaciones:

a) Siempre que exista autorización de la Central Operativa y presentando facturas originales de profesionales con indicación de diagnóstico, historia clínica, formulario de ingreso, prestaciones y facturas de farmacias con descripción de medicamentos adquiridos, coincidentes en calidad y cantidad con los prescriptos por el profesional actuante en la ocasión.

b) Omitido por cualquier circunstancia el requisito estipulado en 8), la prestadora quedará facultada para: i) denegar el reintegro conforme a la evaluación que resulte de auditar el gasto o ii) proceder al mismo con un límite monetario máximo equivalente al que la prestadora hubiera asumido en caso de contratar directamente la prestación a través de su red.

c) Presentación del Pasaporte como documentación complementaria o las constancias de salida y entrada al país de origen si no fuera requerido pasaporte por las autoridades migratorias.

d) Toda documentación referida a solicitud de reintegro de gastos deberá ser presentada dentro de los 60 (sesenta) días corridos inmediatos a la finalización de la vigencia del servicio y/o viaje, lo que ocurra antes; o en caso de cancelación, la fecha de ocurrencia del hecho. Las presentaciones fuera de este término no serán atendidas y la prestadora quedará liberada de toda responsabilidad.

e) Los pagos se realizarán en la moneda de curso legal del país en que se abone el reintegro, al tipo de cambio oficial vigente al día anterior al pago. Los reintegros no contemplan importes retenidos como percepción y/o retención de impuestos.

10) Planes con modalidad Family: los topes asistenciales son definidos en conjunto para todos los integrantes del voucher, salvo cuando los mismos requieran asistencia estando dentro del territorio de los países signatarios del acuerdo Schengen, en cuyo caso dichos topes serán de aplicación individual para cada uno de los titulares del voucher.

EL INCUMPLIMIENTO DE CUALQUIERA DE LAS OBLIGACIONES DETALLADAS EN LAS CONDICIONES GENERALES POR PARTE DEL TITULAR DEL VOUCHER LIBERARÁ A LA PRESTADORA (UNIVERSAL ASSISTANCE) DE TODA RESPONSABILIDAD.

IMPORTANTE - Sr. Pasajero: Toda compra implica que previo a la misma usted fue informado minuciosamente respecto del alcance, cobertura y uso del producto contratado y elegido. Igualmente y ante cualquier duda, podrá solicitar vía telefónica en nuestras oficinas, el envío por e-mail de las Condiciones Generales o bien puede consultarlas e imprimirlas visitando nuestro sitio: www.universal-assistance.com

No podrán hacerse cambios de vigencia ni se procederá a la cancelación del voucher por ninguna razón, ni bajo ninguna circunstancia, una vez iniciada su vigencia. Tampoco podrá cancelarse el servicio, aun dentro de los plazos permitidos, si se hubiera hecho uso del mismo. El titular podrá cancelar la contratación de un voucher dentro de los diez días corridos de la fecha de emisión siempre y cuando el mismo no haya iniciado vigencia ni se haya hecho uso de ningún servicio. (En Argentina, Ley N° 24.240.)

LA COMPRA DEL VOUCHER DE ASISTENCIA IMPLICA LA ACEPTACIÓN DE LAS CONDICIONES GENERALES DE CONTRATACIÓN, QUE UD HA LEIDO Y ACEPTADO PREVIO A SU ADQUISICIÓN.

TODOS LOS DERECHOS DEL CONSUMIDOR ESTAN PROTEGIDOS POR LA LEY DE PROMOCION DE LA COMPETENCIA Y DEFENSA EFECTIVA DEL CONSUMIDOR N° 7472 Y SUS REGLAMENTOS, CUANDO EL CLIENTE ES EL DESTINATARIO FINAL DEL SERVICIO.

Válido para la República Argentina: EL TITULAR DE LOS DATOS PERSONALES TIENE LA FACULTAD DE EJERCER EL DERECHO DE ACCESO A LOS MISMOS EN FORMA GRATUITA A INTERVALOS NO INFERIORES A SEIS MESES, SALVO QUE SE ACREDITE UN INTERÉS LEGÍTIMO AL EFECTO CONFORME LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 14, INCISO 3 DE LA LEY N° 25.326. LA DIRECCIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES, ÓRGANO DE CONTROL DE LA LEY N° 25.326, TIENE LA ATRIBUCIÓN DE ATENDER LAS DENUNCIAS Y RECLAMOS QUE SE INTERPONGAN CON RELACIÓN AL INCUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.