CONDICIONES GENERALES

PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES

TÍTULO I. CONDICIONES GENERALES APLICABLES A TODAS LAS COBERTURAS 2
CLÁUSULA 1. Ley de las Partes Contratantes 2
CLÁUSULA 2. Extensión de Territorio 2
CLÁUSULA 3. Definiciones 2
CLÁUSULA 4. Vigencia y Renovación de Póliza 3
CLÁUSULA 5. Cancelación del Contrato 3
CLÁUSULA 6. Terminación del Seguro 4
CLÁUSULA 7. Comunicaciones 4
CLÁUSULA 8. Designación y Cambio de Beneficiario 4
CLÁUSULA 9. Declaraciones del Asegurado 5
CLÁUSULA 10. Pago del Premio 5
CLÁUSULA 11. Moneda o Unidad de Contrato 6
CLÁUSULA 12. Agravación del riesgo 6
CLÁUSULA 13. Obligaciones del Asegurado o Beneficiario en caso de accidente 7
CLÁUSULA 14. Obligación de salvamento 7
CLÁUSULA 15. Liquidación de Siniestros 7
CLÁUSULA 16. Pago del Monto Asegurado 8
CLÁUSULA 17. Exclusiones 8
CLÁUSULA 18. Pluralidad de seguros. 9
CLÁUSULA 19. Prescripción. 9
CLÁUSULA 20. Impuestos, Tasas y Contribuciones 10
CLÁUSULA 21. Ley Competente y Jurisdicción Aplicable. 10
TÍTULO II. CONDICIONES ESPECÍFICAS A LAS COBERTURAS 10
CLÁUSULA 22. Objeto del Seguro 10
CLÁUSULA 23. Definición de la Cobertura 10
CLÁUSULA 24. Persona Asegurable 10
CLÁUSULA 25. Persona No Asegurable 11
CLÁUSULA 26. Cobertura de Muerte Accidental 11
CLÁUSULA 27. Cobertura de Invalidez Total y Permanente 11
CLÁUSULA 28. Cobertura Adicional por Desmembramiento 12
CLÁUSULA 29. Cobertura de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente 14
CLÁUSULA 30. Exclusiones particulares 14

CONDICIONES GENERALES

PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES

TÍTULO I. CONDICIONES GENERALES APLICABLES A TODAS LAS COBERTURAS

CLÁUSULA 1. Ley de las Partes Contratantes

Las partes contratantes se someten a las disposiciones del presente contrato de seguro como a la ley misma. Esta póliza se emite en base a las declaraciones del Asegurado y garantiza el pago de las indemnizaciones por los daños habidos de conformidad con las Condiciones Generales y Particulares contenidas en la póliza. Este contrato no cubre lucro esperado ni puede originar beneficio ni enriquecimiento alguno para el Asegurado. En caso de discordancia entre las Condiciones Generales y Particulares predominarán estas últimas. El Asegurador podrá informar al Asegurado del contenido de las condiciones anteriormente indicadas mediante medio electrónico que permita comprobar la recepción o acceso; para estos fines el Asegurado deberá suministrar y mantener actualizada la información electrónica al Asegurador. La propuesta presentada a la Compañía forma parte integrante del contrato de seguro.

Las disposiciones pertinentes de la normativa nacional se aplicarán en aquellas materias y/o puntos que no estén previstos y resueltos por esta póliza. En particular, serán aplicables en materia de seguros, las disposiciones de la Ley N° 19.678 del 26 de octubre de 2018, o la que se encuentre vigente.

CLÁUSULA 2. Extensión de Territorio

El presente Contrato de Seguro queda sometido a la jurisdicción uruguaya y, dentro de ella, será Juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo el del domicilio del Asegurado, a cuyo efecto éste designará un domicilio en Uruguay en caso de que el suyo fuese en el extranjero.

CLÁUSULA 3. Definiciones

En este contrato se entiende por:

1. **Asegurador o Compañía Aseguradora**
   SBI Seguros Uruguay S.A.
2. **Asegurado Titular**
   Persona física indicada como tal en las condiciones particulares, y que abona el premio según lo previsto por este contrato.
3. **Asegurado cónyuge**
   Es aquella persona legalmente casada con el Asegurado Titular o unida a éste por concubinato.
4. **Beneficiarios**
   La/s persona/s física/s, que podrán o no coincidir en la persona del Asegurado Titular y/o Asegurado Cónyuge, y será el titular/es del derecho a la indemnización especificado en las condiciones particulares para el caso de fallecimiento del asegurado, estando vigente la póliza.
5. **Póliza**
   Es el documento que contiene todas las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte de la póliza: las condiciones generales, las particulares, las especiales, si las hubiere, y los endosos que se emitan a la misma para complementarla o modificarla, así como la solicitud del asegurado.
6. **Premio**
   Es el precio del seguro que se paga mensualmente para tener el beneficio de este. El recibo de pago contendrá, además, los recargos, tasas e impuestos de legal aplicación.

7. **Sumas Aseguradas o Montos Asegurados**
   Son las sumas pactadas que el Asegurado o Beneficiario, en caso de muerte o lesión provocado por un accidente cubierto, tendrá derecho a percibir del Asegurador en relación con las coberturas contratadas.

8. **Período de Vigencia**
   Es el plazo de la presente póliza según se especifica en las condiciones particulares.

9. **Accidente**
   Toda lesión corporal que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta, sufrida por la Persona Asegurada, independientemente de su voluntad, por la acción repentina y violenta de o con un agente externo.

10. **Fecha inicial de vigencia**
    Es la fecha a la cero hora desde la cual comienza la cobertura prevista en la póliza y se encuentra indicada en las Condiciones Particulares de la misma.

11. **Fecha de emisión**
    Es la fecha en la cual la póliza es emitida y se encuentra señalada en las Condiciones Particulares de la póliza.

12. **Edad inicial**
    Es la edad en años cumplidos que a la fecha inicial de vigencia de la póliza tenga el Asegurado.

13. **Edad alcanzada**
    Es la edad inicial del Asegurado más el número de años desde la fecha inicial de vigencia de la póliza.

CLÁUSULA 4. Vigencia y Renovación de Póliza

La responsabilidad que el Asegurador asume por el presente Contrato de Seguro comienza a partir de las 12:00 horas del día señalado como inicio de vigencia y permanecerá vigente durante el periodo previsto en las Condiciones Particulares considerando un plazo máximo de cobertura de doce (12) meses. Si el Contrato no hubiera sido objeto de cancelación o terminación según Cláusula 5 y 6 respectivamente, y salvo que existiera solicitud expresa en contrario del Asegurado o del Asegurador con anterioridad a la fecha de finalización, el Asegurador lo renovará automáticamente por el mismo período y así sucesivamente frente a cada vencimiento, siempre que el premio del seguro se encuentre totalmente pago a esa fecha por parte del Asegurado.

A todo evento, las partes podrán interrumpir la renovación automática mediante notificación por escrito a la otra con al menos treinta (30) días corridos de anticipación a la conclusión del periodo del seguro en curso, según el proceso establecido en la Cláusula 7 de estas Condiciones Generales.

CLÁUSULA 5. Cancelación del Contrato

La póliza podrá cancelarse:

1. Por decisión fundada del Asegurador derivada de la falta de pago del premio del seguro, del agravamiento del riesgo y cualquier otra inobservancia de cargas y obligaciones del asegurado que estuvieren previstas en las condiciones particulares y generales de la póliza, mediante notificación fehaciente a través de telegrama colacionado o correo electrónico al Asegurado con una antelación de al menos treinta (30) días a su último domicilio físico o electrónico denunciado, en cuyo caso el Asegurador le devolverá parte proporcional del premio, deduciendo gastos incurridos, por el período del seguro no vencido.

2. Por decisión del Asegurado que, en cualquier momento, mediante notificación fehaciente al asegurador, con una antelación de treinta (30) días, en cuyo caso (siempre que no haya surgido ninguna reclamación durante el período del seguro a la fecha), el asegurador le devolverá la prima correspondiente menos la deducción de la prima por el riesgo corrido durante el lapso en el cual la póliza ha estado vigente. Los plazos anteriormente establecidos se computarán por días calendario corridos.

CLÁUSULA 6. Terminación del Seguro

El presente seguro se dará por terminado automáticamente en los siguientes casos:

1. Al aniversario siguiente de la Póliza más próximo a aquél en que el Asegurado cumpla 69 años.
2. En caso de fallecimiento del Asegurado Titular o Asegurado Cónyuge.
3. Según Cláusula 10 Punto 3.

CLÁUSULA 7. Comunicaciones

Todas las comunicaciones entre el Asegurador y el Asegurado deberán hacerse por escrito, y deberá ser entregada personalmente, mediante telegrama colacionado o mediante correo electrónico, siempre con acuse de recibo dirigido a la oficina del Asegurador o la dirección física o electrónica del Tomador o del Asegurado que aparezca en esta Póliza. Al momento de la contratación de la Póliza, el Asegurado podrá optar por constituir por escrito un domicilio electrónico a fines de que sea notificado de estas comunicaciones, debiendo indicar y mantener actualizada dicha información.

CLÁUSULA 8. Designación y Cambio de Beneficiario

Se tendrá como Beneficiario de esta póliza al propio Asegurado. En caso de fallecimiento del Asegurado, se tendrá como Beneficiario a la persona o personas, cuyos nombres figuren con tal carácter en las Condiciones Particulares. El Asegurado podrá instituir como Beneficiario a cualquier persona, sujeto a la aprobación de la Compañía Aseguradora.

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, junto con los herederos legales. 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 asegurado no designe Beneficiario o por cualquier causa la designación resulte ineficaz o quede sin efecto, se entiende que designó a sus herederos.

No habiendo Beneficiario designado o, si habiendo, éste hubiera fallecido antes que el asegurado o simultáneamente con él, el seguro será pagadero a los herederos legales de este último.

Pierde todo derecho el Beneficiario que provoca deliberadamente la muerte de un Asegurado con un acto ilícito. Si existiera más de un Beneficiario, la cuotaparte de la prestación de quien cometió el acto no será prestada. Los demás Beneficiaros recibirán su parte correspondiente.

El Asegurado podrá revocar o cambiar en cualquier momento el Beneficiario, salvo que la designación sea a título oneroso o irrevocable. Para que el cambio de Beneficiario tenga efecto frente a la Compañía Aseguradora, es indispensable que ésta sea fehacientemente notificada dirigiendo a sus oficinas la comunicación escrita respectiva (telegrama colacionado o notificación con intervención notarial). La revocación o cambio se tendrá por efectuada una vez recibida por el asegurador.

En caso de imposibilidad de abonar la correspondiente indemnización del 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 presentase 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.

El beneficiario adquiere un derecho propio al tiempo de producirse el siniestro, no pudiendo ceder sus derechos a la indemnización durante la vida del Asegurado.

CLÁUSULA 9. Declaraciones 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.

La Compañía Aseguradora podrá invocar como reticencia o falsa declaración la omisión de hechos o circunstancias cuya pregunta conste expresa y claramente en la solicitud o en la declaración de salud para el presente seguro, cumpliéndose en todos los casos las condiciones referidas en el párrafo anterior.

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.

En todos los casos, si el siniestro que verse sobre alguna reticencia o falsa declaración ocurre dentro del plazo de tres (3) años del cual dispone la Compañía Aseguradora para impugnar la declaración del Contratante o del Asegurado, el plazo de incontestabilidad, de acuerdo con lo establecido en el párrafo siguiente, la Compañía Aseguradora no pagará prestación alguna. Cuando el contrato se efectúe por cuenta ajena se juzgará la reticencia por el conocimiento y la conducta del Contratante o del Asegurado.

Sin embargo, la Compañía Aseguradora renuncia expresamente a invocar cualquier reticencia - excepción hecha si fuese dolosa - como motivo de nulidad derivada de dichas declaraciones del Contratante y/o el Asegurado después de los tres (3) años de vigencia de la póliza. Si la póliza hubiere sido rehabilitada, el plazo de incontestabilidad de tres (3) años se computará a partir de la fecha de la última rehabilitación.

CLÁUSULA 10. Pago del Premio

El pago del premio 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.

1. **Pagos fraccionados**
   Este seguro se emite sobre la base de premios anuales, pero la Compañía podrá aceptar el fraccionamiento de ellas en cuotas, de acuerdo con las tarifas vigentes en la fecha de emisión de esta Póliza. En el caso que se efectuara una liquidación de una indemnización en el marco de esta Póliza, la Compañía podrá compensar de la indemnización que deba pagar al Asegurado o Beneficiarios, las cuotas impagas del premio a la fecha del siniestro. Si el Asegurado lo solicita por escrito, la Compañía podrá aceptar el cambio de forma de pago a partir del próximo inmediato año de vigencia. El pago de cualquier prima o cuota sólo mantendrá la Póliza en vigor hasta el vencimiento de la prima o cuota siguiente.

2. **Plazo de gracia.**
   Si el Asegurado dejara de abonar el premio o cuota, la Póliza quedará en mora automáticamente sin necesidad de intimación o interpelación judicial o extrajudicial de especie alguna, pero la Compañía la mantendrá en vigor,

con todos sus derechos y ventajas, durante el plazo de gracia de treinta (30) días corridos, que empezará a contarse desde el día del vencimiento del premio o cuota no pagada.

El plazo de gracia no podrá superar los treinta (30) días corridos indicados en el párrafo anterior, transcurridos los cuales, se entenderá resuelta la póliza de pleno derecho.

3. **Resolución del contrato por falta de pago de premio**
   Vencido el plazo de gracia la Póliza quedará automáticamente resuelta, sin necesidad de aviso, notificación o requerimiento alguno y sin derecho a ninguna indemnización.

CLÁUSULA 11. Moneda o Unidad de Contrato

La Suma Asegurada y el monto del premio 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 del premio en dicha moneda; a su vez la Compañía Aseguradora abonará las indemnizaciones que pudieran 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.

CLÁUSULA 12. Agravación del riesgo

El Asegurado debe dar aviso escrito al Asegurador de toda modificación de las circunstancias constitutivas del riesgo cubierto por esta póliza que, de haber existido al momento de celebración del contrato, hubieran llevado al Asegurador a no celebrarlo o a celebrarlo en otras condiciones. Si la modificación proviene de un hecho propio del Asegurado o de personas de su dependencia, el aviso deberá formularse antes de efectuar la modificación proyectada. En caso contrario, la cobertura quedará automáticamente suspendida.

Si la modificación proviene de fuerza mayor, caso fortuito o hecho de personas ajenas al Asegurado, el aviso deberá formularse inmediatamente de que el cambio llegó a conocimiento del Asegurado o de personas de su dependencia y la cobertura quedará suspendida desde el momento en que es conocida por el Asegurado y notificado al Asegurador. El incumplimiento de esta carga hará caducar el derecho indemnizatorio del Asegurado, en la medida en que la modificación hubiera provocado el siniestro

Sólo se consideran puntualmente Agravaciones del Riesgo:

1. Modificación de estado físico o mental del Asegurado.
2. Modificación de su profesión o actividad cuando agravan el riesgo de modo tal que, de existir a la época de la celebración, el asegurador no hubiera concluido el contrato de acuerdo con los usos y costumbres comerciales. No obstante, si de haber existido esa modificación al tiempo de la celebración de este contrato, el Asegurador lo hubiera celebrado por una prima mayor, la Suma Asegurada se reducirá en proporción a la prima pagada.
3. Fijación de residencia fuera del País.

En caso de modificación de las circunstancias constitutivas del riesgo cubierto por esta póliza, el Asegurador podrá adoptar, según lo estime del caso, alguna de las siguientes opciones:

a) Rescindir el contrato de seguro, devolviendo al Asegurado la parte de prima correspondiente al período del tiempo comprendido entre la fecha en que acuerde la rescisión del contrato y la fecha de vencimiento de la póliza;
b) Modificar las condiciones del contrato, adecuando las condiciones al nuevo estado del riesgo y cobrando la sobreprima correspondiente al riesgo agravado.

A todo evento, si transcurrieras quince (15) días corridos desde que se notificó al Asegurador del agravamiento sin que este manifestara su voluntad de rescindir la póliza o que se acordara la modificación de la misma, el contrato se mantendrá en las condiciones pactadas inicialmente.

CLÁUSULA 13. Obligaciones del Asegurado o Beneficiario en caso de accidente

Para tener derecho a los beneficios que otorga esta póliza, las Personas Aseguradas o los Beneficiarios, en su caso, el Asegurado y/o los Beneficiarios deberá dar aviso al Asegurador dentro de los cinco (5) días hábiles de ocurrido el siniestro o desde que tuvo conocimiento del mismo, salvo causa extraña no imputable. Asimismo, dentro de los quince (15) días corridos siguientes al siniestro, informará por escrito al Asegurador todas las circunstancias constitutivas del hecho y todos los detalles que sirvan para esclarecerlo. En este escrito deberá establecerse especialmente

a) Número de la póliza
b) Lugar donde ocurrió el hecho
c) Circunstancias del hecho y causas presumibles del mismo
d) Enumeración, descripción y naturaleza de los daños causados a las personas y/o a las cosas de terceros, en lo que sea de conocimiento del Asegurado
e) Autoridad policial que hubiere intervenido.

El plazo se computará desde el conocimiento del Asegurado y/o los Beneficiarios. Sin embargo, se presume que ellos conocen la existencia del hecho el mismo día en que ocurre, salvo prueba en contrario producida por ellos.

El mencionado plazo no correrá en supuestos de imposibilidad del Asegurado o de los Beneficiarios de denunciar el hecho por caso fortuito o fuerza mayor, en cuyo caso empezará a correr el plazo indicado anteriormente, una vez haya cesado el caso fortuito o la fuerza mayor, para producir la denuncia.

Sin perjuicio del párrafo anterior, en caso de no cumplirse con este requisito, la responsabilidad de la Aseguradora con respecto al Asegurado o los 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 una de las Personas Aseguradas. 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.

En caso de un siniestro, el Asegurado debe, en cuanto le sea posible, impedir o reducir las consecuencias del mismo y observar las instrucciones del Asegurador en cuanto sean razonables.

CLÁUSULA 14. Obligación de salvamento

El Asegurado está obligado a proveer lo necesario, en la medida de sus posibilidades, para evitar o disminuir el daño y a observar las instrucciones del Asegurador, quien le reembolsará los gastos no manifiestamente desacertados. Si existe más de un Asegurador y median instrucciones contradictorias, el Asegurado actuará según las instrucciones que aparezcan más razonables en las circunstancias del caso. Si los gastos se realizan de acuerdo con instrucciones del Asegurador, este debe siempre su pago íntegro y anticipará los fondos si así le fuere requerido. La falta de estricto cumplimiento de esta obligación hará caducar todo derecho indemnizatorio derivado de esta póliza.

CLÁUSULA 15. Liquidación de Siniestros

Al fallecimiento del asegurado, los beneficiarios, acreditando su calidad de tales, podrán exigir el pago de la Suma Asegurada presentando los siguientes antecedentes:

1. Testimonio de la partida de defunción del Asegurado.
2. Testimonio de la partida de nacimiento para acreditar la fecha de nacimiento del asegurado.
3. Informes, declaraciones, certificados o documentos, en especial los relativos al fallecimiento del Asegurado, destinados a probar la coexistencia de todas las circunstancias necesarias para establecer la responsabilidad de la Compañía Aseguradora.

Asimismo, se proporcionará a la Compañía Aseguradora cualquier información que solicite para verificar el fallecimiento y las circunstancias que rodean al mismo y se le permitirá realizar indagaciones que sean necesarias a tal fin, siempre que sean razonables.

Por otro lado, para la aplicación del beneficio de Invalidez Total y Permanente, como así también los beneficios por Desmembramiento, deberán darse simultáneamente las siguientes condiciones:

a) La incapacidad debe haber comenzado estando la Póliza en vigor.
b) La incapacidad debe tener su inicio dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha del accidente que le dio origen.
c) La incapacidad debe haber tenido una duración de noventa (90) días consecutivos, por lo menos, desde la declaración médica de su incapacidad.

CLÁUSULA 16. Pago del Monto Asegurado

La Compañía Aseguradora informará dentro del plazo de treinta (30) días corridos de la recepción de la denuncia la aceptación o el rechazo del siniestro, vencido el cual se entenderá como aceptado. Dicho plazo se entenderá suspendido si por razones ajenas a su voluntad y alcance, no cuente con los elementos suficientes para determinar la cobertura del siniestro.

La indemnización correspondiente se abonará al Beneficiario o a los Beneficiarios en una sola suma dentro de los sesenta (60) días corridos siguientes a la notificación tácita o expresa de la aceptación del siniestro, siempre que se hayan cumplido las cargas y obligaciones establecidas en esta Póliza y en las normas que le son aplicables.

CLÁUSULA 17. Exclusiones

No se efectuará el pago de las Sumas Aseguradas y Coberturas establecidas en Condiciones Particulares de esta póliza, cuando el fallecimiento o lesiones del Asegurado 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.

b) Peleas o riñas, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa.

c) Comisión con o sin participación del Asegurado de actos calificados como: delito, rebelión, revolución, sublevación, asonadas, motín, conmoción civil, subversión y actos terroristas.

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 del Asegurado 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 del Asegurado.

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. Estos estados deberán ser calificados por la autoridad competente.

h) Desempeñarse el Asegurado como piloto o miembro 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) Vuelos en líneas aéreas no regulares, a menos que expresa y específicamente se prevea y acepte su cobertura por la Compañía Aseguradora.

j) Riesgos nucleares o atómicos.

k) Cualquier tipo de enfermedad incluyendo enfermedades mentales y/o nerviosas.

l) Embarazo o maternidad, alumbramiento o la pérdida que resulta del mismo, aunque sea causado o acelerado por accidente.

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

n) Cualquier daño que resulta en hernia.

o) Realización de una actividad o deporte riesgoso, tales como, pero no limitado a: aladeltismo, paracaídismo, buceo, boxeo, polo, polocrosse, rugby, rafting, viaje u operación de planeadores o aeroplanos acrobáticos, participación en competencias automotrices, motociclistas (uso de moto, ya sea como pasajero o conductor) o equinas 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 exclusión deberá ser detallada en las Condiciones Particulares de la presente póliza.

p) Países excluidos de las coberturas: Irán, Irak, Afganistán, Colombia y Corea del Norte. La compañía aseguradora no pagará los siniestros ocasionados en estos países bajo ninguna causa.

CLÁUSULA 18. Pluralidad de seguros.

En caso de que el Asegurado haya contratado uno o más seguros sobre los mismos riesgos y con vigencia coincidente en todo o en parte, deberá informarlo al Asegurador al momento de la contratación de la presente póliza o de la contratación de las pólizas adicionales en caso de ser posteriores. La notificación deberá realizarse con especificación de las demás aseguradoras, las sumas aseguradas y las vigencias contratadas.

La falta de notificación exonerará al Asegurador de la obligación de indemnizar y no da lugar a devolución del premio o porción del premio pagado.

En caso de pluralidad de seguros válidos, los aseguradores concurrirán al pago de la indemnización en proporción a la suma asegurada y hasta la concurrencia de la indemnización debida, salvo pacto en contrario. La indemnización debida se hará considerando los contratos vigentes y válidos a la fecha del siniestro.

El asegurador que abone una suma mayor a la que proporcionalmente tiene a su cargo, tendrá acción contra los demás aseguradores para efectuar el correspondiente ajuste y contra el asegurado en caso de que este hubiera recibido una indemnización mayor a la debida. En todo caso, los aseguradores podrán nombrar un liquidador común cuyos honorarios serán asumidos proporcionalmente entre todos los aseguradores que concurran válidamente.

CLÁUSULA 19. Prescripción.

Toda acción basada en el presente contrato de seguro prescribe en el plazo de cinco (5) años contados desde que la correspondiente obligación es exigible.

La Prescripción en caso de la indemnización comenzará a correr desde que se informa al Asegurado de la aceptación tácita o expresa del siniestro o del rechazo del mismo. En el caso del premio, se hará exigible según lo pactado en las condiciones particulares de la póliza, y la prescripción empezará a correr desde el vencimiento de la última cuota impaga o desde la fecha en que sea exigible el pago de contado

Los actos de procedimiento establecidos por en el presente contrato o en la normativa nacional vigente y aplicable para la liquidación del daño, suspende la prescripción de las acciones para el cobro del premio y de la indemnización, reanudándose el cómputo una vez cumplidos.

CLÁUSULA 20. 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.

CLÁUSULA 21. Ley Competente y Jurisdicción Aplicable.

Las partes acuerdan que el presente contrato se regirá por las leyes de la República Oriental del Uruguay. Cualquier dificultad que se suscite entre las Personas Aseguradas, el Contratante o el Beneficiario, según corresponda, y la Compañía Aseguradora, en relación con el contrato de seguro de que da cuenta esta póliza, o con motivo de la interpretación o aplicación de sus Condiciones Generales o Particulares, su cumplimiento o incumplimiento, o sobre cualquiera indemnización u obligación referente a la misma, será resuelta por los tribunales competentes de la ciudad de Montevideo.

TÍTULO II. CONDICIONES ESPECÍFICAS A LAS COBERTURAS

CLÁUSULA 22. Objeto del Seguro

El asegurador pagará al Asegurado o Beneficiario los capitales correspondientes según el tipo accidente de que se trate, en atención a las coberturas contratadas con sujeción a la normativa prevista en el Cláusula 1, si el Asegurado sufre durante el período de seguro un accidente.

A los efectos de esta póliza se entiendo por accidente a todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos, que afecte en su organismo al asegurado.

CLÁUSULA 23. Definición de la Cobertura

El Contratante podrá optar por distintas combinaciones de coberturas de acuerdo con las opciones ofertadas por la Compañía Aseguradora al momento de la contratación y las cuales deberán consignarse expresamente en las Condiciones Particulares. La cobertura de Muerte Accidental se encontrará presente en todas las posibles combinaciones.

En ningún caso será pagada una indemnización por más de una de las pérdidas que resultan del mismo accidente, será aplicable el mayor beneficio que resulte de las coberturas contratadas.

CLÁUSULA 24. Persona Asegurable

Podrán ser asegurados, mediante el pago de la prima correspondiente y por las coberturas indicadas en el "Cuadro y Recibo de Póliza":

1. El Asegurado Titular, en forma individual, siempre y cuando su edad al momento de la contratación de esta Póliza sea inferior o igual a sesenta y cinco (65) años.
2. Adicionalmente el Asegurado Titular podrá incluir bajo las coberturas de esta Póliza el cónyuge o la persona que conviva como tal con él, siempre y cuando su edad al momento de la contratación de esta Póliza no sea inferior a dieciséis (16) años de edad ni mayor de sesenta y cinco (65) años.

Las personas antes mencionadas que se pueden asegurar mediante la presente Póliza, deberán estar identificadas en las Condiciones Particulares de Póliza con sus respectivos datos personales completos.

La denuncia inexacta de la edad, cuando la misma exceda los límites establecidos en las presentes Condiciones, será causal de rescisión de la póliza.

Si ocurrido el siniestro el Asegurador constata que la edad del Asegurado ha sido declarada de forma falsa y dicha declaración incide en el cálculo incorrecto del premio, el Asegurador podrá ajustar la suma asegurada al monto que hubiera correspondido si la edad hubiera sido declarada correctamente y abonará dicho monto en concepto de indemnización.

Si la declaración falsa de edad se descubre antes de ocurrido el siniestro del Asegurado y la edad resulta menor que la denunciada, el Asegurador devolverá la diferencia de premio percibido, reajustando los premios futuros o ajustará la Suma Asegurada.

Si la edad resulta mayor, el Asegurador reducirá la Suma Asegurada conforme a la edad real y el premio pagado, salvo que el Asegurado opte por conservar la misma Suma Asegurada y pagar al Asegurador la diferencia de premios no abonados.

CLÁUSULA 25. Persona No Asegurable

No son personas asegurables las personas que estén o sufran de ataques de epilepsia, apoplejía, enajenación mental, parálisis, delírium trémens, diabetes, alcoholizadas, ciegas, sordas, mudas, lisiadas o mutiladas en alto grado, dedicadas al uso de estupefacientes o de alucinógenos y quedará nula esta Póliza al verificarse cualquiera de los casos aquí señalados.

CLÁUSULA 26. Cobertura de Muerte Accidental

En virtud de esta cobertura, la Compañía Aseguradora pagará a los Beneficiarios designados por el Asegurado el monto especificado en las Condiciones Particulares, después de recibidas y aprobadas las pruebas en cuanto a que el fallecimiento de una de las Personas Aseguradas 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.

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 en el marco de otras coberturas contratadas, en caso de que existiesen y, de acuerdo con las Condiciones Particulares.

CLÁUSULA 27. Cobertura de Invalidez Total y Permanente

En virtud de esta cobertura, el Asegurado que sufra lesiones producto de un accidente, deberá probar ante la Compañía que se encuentra en estado de incapacidad total y permanente.

Se entiende por Invalidez total y permanente a los efectos de esta cobertura, cuando el Asegurado, por causa de un accidente, queda impedido totalmente a consecuencia de una lesión corporal 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 del accidente el Asegurado se encuentra sin empleo, esta incapacidad significaría la inhabilidad total o permanente de efectuar todos los deberes y actividades usuales y normales que una persona de la misma edad y género.

Para constatar la invalidez total y permanente se requiere probar su existencia dentro de los ciento ochenta (180) días corridos de registrado el accidente.

Se considerará como reconocida la invalidez total y permanente si la misma tiene una duración de noventa (90) días corridos, por lo menos, desde la declaración médica de su invalidez.

Una vez transcurridos doce (12) meses consecutivos desde el reconocimiento de la invalidez total y permanente por parte de la Compañía, y siempre que dicha incapacidad continúe, la Compañía pagará la Suma Asegurada indicada en las Condiciones Particulares de la póliza, menos cualquier otro monto pagado al Asegurado por el mismo accidente bajo las coberturas contratadas mientras el Asegurado este vivo o hasta el cese de su incapacidad, lo que ocurra primero.

La Cobertura para Incapacidad Total y Permanente sólo cubre al Asegurado y se vence cuando el mismo cumple sesenta y cinco (65) años o cuando el mismo accede a la jubilación por cualquier causal (artículo 16 de la ley 16.713), lo que ocurra primero.

CLÁUSULA 28. Cobertura Adicional por Desmembramiento

Si como consecuencia del Accidente sufrido por el Asegurado y dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha de este, la lesión produjera alguna de las pérdidas orgánicas enunciadas en las tablas siguientes, la Compañía pagará los siguientes porcentajes de la Suma Asegurada establecida en las Condiciones Particulares de esta Póliza para esta cobertura:

Afección Total	**%**
Ambas manos o ambos pies o la vista en ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie y la vista de un ojo	100%
Pérdida total de los dos ojos	100%

Cabeza	**%**
Sordera total e incurable de los dos oídos	50%
Pérdida total de un ojo o reducción de la mitad de la visión binocular normal	40%
Sordera total o incurable de un oído	15%
Ablación de la mandíbula inferior	50%

Miembros Superiores	**%**
Pérdida total de un brazo	50%
Pérdida total de una mano	50%
Fractura no consolidada de un brazo (seudoartrosis total)	45%
Anquilosis del hombro en posición no funcional	30%
Anquilosis del hombro en posición funcional	25%
Anquilosis del codo en posición no funcional	20%
Anquilosis del codo en posición funcional	20%
Anquilosis de la muñeca en posición no funcional	20%
Anquilosis de la muñeca en posición funcional	15%
Pérdida total del pulgar	18%
Pérdida total de índice	14%
Pérdida total del dedo medio	9%
Pérdida total del anular o el meñique	8%

Miembros Inferiores	**%**
Pérdida total de una pierna	55%

Pérdida total de un pie	40%
Fractura no consolidada de un muslo (seudoartrosis total)	35%
Fractura no consolidada de una pierna (seudoartrosis total)	30%
Fractura no consolidada de una rótula	30%
Fractura no consolidada de un pie (seudoartrosis total)	20%
Anquilosis de la cadera en posición no funcional	40%
Anquilosis de la cadera en posición funcional	20%
Anquilosis de la rodilla en posición no funcional	30%
Anquilosis de la cadera en posición funcional	20%
Anquilosis de la rodilla en posición no funcional	30%
Anquilosis de la rodilla en posición funcional	15%
Anquilosis del empeine (garganta de pie) en posición no funcional	15%
Anquilosis del empeine (garganta de pie) en posición funcional	8%
Acortamiento de un miembro inferior de por lo menos cinco centímetros	5%
Acortamiento de un miembro inferior de por lo menos tres centímetros	8%
Pérdida total del dedo gordo de un pie	8%
Pérdida total de otro dedo del pie	4%

La pérdida total permanente funcional de un miembro será considerada como pérdida de este.

Se entiende por pérdida total la que está referida a un miembro, su eliminación del organismo al cual pertenece en forma definitiva y en su total integración anatómica y funcional.

Se entiende por pérdida parcial la eliminación de parte del miembro al cual pertenece en forma definitiva. Se entiende por pérdida funcional total la ausencia definitiva y total de toda capacidad de función fisiológica del o de los miembros afectados, pudiendo o no estar implicado el aspecto anatómico del miembro comprometido.

El asegurador indemnizará el desmembramiento ocurrido dentro de los doce (12) meses, a contar desde la fecha del accidente. Si el desmembramiento se produjera pasado el año, será necesario aportar certificado médico acreditativo de que dicho desmembramiento es consecuencia directa del accidente, sin perjuicio de la información adicional que la Compañía pueda solicitar en caso de creerlo conveniente. La Pérdida Parcial de los miembros, será indemnizable en proporción a la reducción definitiva de la respectiva capacidad funcional, pero si la pérdida es derivada de seudo artrosis, la indemnización no podrá exceder del setenta por ciento (70%) de la que corresponde por la pérdida total del miembro afectado. La pérdida de las falanges de los dedos será indemnizada sólo si se ha producido por amputación total o anquilosis y la indemnización será igual a la mitad de la que corresponda por la pérdida del dedo entero si se trata del pulgar y a la tercera parte de cada falange si se trata de otros dedos.

Si después de fijado el desmembramiento sobreviniere la muerte del asegurado a consecuencia de este u otro siniestro amparado por la póliza, las cantidades satisfechas por el asegurador se considerarán a cuenta la Suma Asegurada para el caso de Muerte Accidental, que será pagado de acuerdo con lo establecido en la Cláusula 16.

En caso de invalidez total y permanente sobrevenida del asegurado como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, que deje lesiones residuales corregibles mediante prótesis, el asegurador pagará el importe que alcance la primera prótesis ortopédica que se practique al asegurado sin exceder el diez por ciento (10 %) de la Suma Asegurada para la Cobertura de Invalidez.

En caso de ocurrir más de un siniestro durante la vigencia de la póliza, los porcentajes a indemnizar se calcularán en base a la Suma Asegurada y no al saldo de éste, después de haber efectuado otros pagos. Sin embargo, el total de indemnizaciones provenientes del desmembramiento por uno o más accidentes ocurridos durante el período de cobertura de esta póliza, no podrá en ningún caso exceder el cien por ciento (100%) del monto asegurado para esta alternativa.

CLÁUSULA 29. Cobertura de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente

En virtud de esta cláusula la Compañía reembolsará, a los asegurados con derecho a esta cobertura y sujeto a las Suma Asegurada en Condiciones Particulares, los gastos médicos y hospitalarios razonables y acostumbrados en que efectivamente éste incurra a consecuencia de un accidente amparado por esta cláusula, siempre que éstos sean provenientes de:

1. Hospitalización;
2. Honorarios de profesionales médicos exámenes de laboratorio y radiología;
3. Procedimientos terapéuticos y de diagnóstico;
4. Derecho de Cama, incluyendo los insumos utilizados y el uso de la unidad de tratamientos intensivos si correspondiese.

La Compañía cubrirá también los gastos médicos que puedan resultar de accidentes sobrevenidos al tratar de salvar vidas humanas.

Es condición de procedencia de la indemnización respectiva que los gastos médicos sean consecuencia directa de las lesiones originadas por el accidente y que al asegurado haya dado cumplimiento a las demás condiciones de procedencia de la indemnización que corresponda.

El presente cobertura obliga a la Compañía, por cada accidente, al reembolso de los gastos médicos incurridos sólo hasta la concurrencia del monto asegurado por concepto de esta cláusula señalada en las Condiciones Particulares de la póliza.

Podrá pactarse un deducible por cada accidente, del que se dejará constancia en las Condiciones Particulares.

CLÁUSULA 30. Exclusiones particulares

No se consideran accidentes a los efectos de la presente Póliza y el Asegurador no indemnizará los siniestros que, bien en su origen o extensión, sean producidos o causados por:

a) Suicidio o tentativa de suicidio;
b) Accidentes causados intencionalmente por el Asegurado; los sufridos por su imprudencia, negligencia o impericia grave;
c) Cualquier enfermedad corporal o mental o agravamiento de ella y los tratamientos médicos o quirúrgicos, incluyendo la cirugía estética o reconstructiva, que no sean originados a consecuencia de accidentes amparados por esta Póliza;
d) Los casos y consecuencias de desvanecimiento, síncopes, infartos, ataques de apoplejía, epilepsia, rotura de aneurismas, várices que hayan sido diagnosticadas previa a la contratación del seguro y que por su gravedad haya sido recomendado mediante informe médico un cambio en la profesión o actividad del Asegurado, y SIDA;
e) Los accidentes ocurridos hallándose el Asegurado bajo el efecto de alguna droga o sustancia estupefaciente o psicotrópica que no hayan sido médicamente prescritas;
f) Tomar parte en carreras, concursos de velocidad o resistencia, apuestas y sus entrenamientos, exploraciones, expediciones y cualquier empresa arriesgada o peligrosa;

g) Hernias de cualquier naturaleza y sus consecuencias;
h) Actos de guerra, invasiones, hostilidades, haya o no una declaración de guerra, y mientras el asegurado cumpla servicio militar activo en tiempo de guerra;
i) Conmoción civil, huelgas llevadas a cabo en contravención de la normativa nacional, insurrecciones, motines, prisión, rebelión, sabotaje, actos de terrorismo o de usurpación del poder;
j) Reacción inmediata o tardía de la energía atómica o nuclear, o contaminación radiactiva;
k) Los accidentes que le ocurran al Asegurado como consecuencia de violaciones hechas por él a las leyes vigentes en el país o de cualquier otro país;
l) La participación activa del Asegurado en empresa criminal.
m) Si un Beneficiario dolosamente causare el accidente, quedará nula cualquier designación hecha a su favor;
n) La práctica profesional de cualquier deporte;
o) La práctica no profesional de los siguientes deportes: esquí, deportes invernales, pesca submarina, buceo, submarinismo, rodeo, rugby, boxeo, paracaidismo, vuelo en ícaro, parapente, artes marciales, motociclismo, automovilismo, o deportes náuticos;
p) Viajes del Asegurado como pasajero en cualquier tipo de aeronave, o su presencia en ella, salvo convenio especial que cubra tales circunstancias;
q) Viajes del Asegurado como piloto, alumno piloto o miembro de la tripulación de cualquier tipo de avión o helicópteros.

CONDICIONES PARTICULARES

SEGUROS DE ACCIDENTES PERSONALES Y VIAJES

En razón de lo establecido en la "Cláusula 1- LEY DE LAS PARTES CONTRATANTES", las partes acuerdan que lo dispuesto a continuación constituyen condiciones particulares de la póliza de seguro contratada y por tanto, primará sobre lo establecido en las Condiciones Generales de la misma, a saber:

I. Modificación de la disposición de "Vigencia y renovación".

Contrario a lo establecido en la cláusula 4 de las Condiciones Generales de la Póliza, se acuerda modificar el texto de la siguiente forma:

"**CLÁUSULA 4. Vigencia y Renovación de Póliza**

La responsabilidad que el Asegurador asume por el presente Contrato de Seguro comienza a partir de las 12:00 horas del día señalado como inicio de vigencia y permanecerá vigente durante el periodo previsto en las Condiciones Particulares. Si el Contrato no hubiera sido objeto de cancelación o terminación según Cláusula 5 y 6 respectivamente, y siempre que medie acuerdo expreso entre las partes con anterioridad a la fecha de finalización, el Asegurador lo renovará automáticamente por el mismo período y así sucesivamente frente a cada vencimiento, siempre que el premio del seguro se encuentre totalmente pago a esa fecha por parte del Asegurado.

A todo evento, las partes podrán interrumpir la renovación automática mediante notificación por escrito a la otra con al menos treinta (30) días corridos de anticipación a la conclusión del periodo del seguro en curso, según el proceso establecido en la Cláusula 7 de estas Condiciones Generales.

II. Modificación de la disposición de "Pago del Premio".

Contrario a lo establecido en la cláusula 10 de las Condiciones Generales de la Póliza, se acuerda modificar el texto de la siguiente forma:

CLÁUSULA 10. Pago del Premio

El pago del premio 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.

1. **Pagos fraccionados**
   La Compañía podrá aceptar el fraccionamiento del premio en cuotas, de acuerdo con las tarifas vigentes en la fecha de emisión de esta Póliza. En el caso que se efectuara una liquidación de una indemnización en el marco de esta Póliza, la Compañía podrá compensar de la indemnización que deba pagar al Asegurado o Beneficiarios, las cuotas impagas del premio a la fecha del siniestro. En las pólizas que tengan una vigencia anual, si el Asegurado lo solicita por escrito, la Compañía podrá aceptar el cambio de forma de pago a partir del próximo inmediato año de vigencia. El pago de cualquier prima o cuota sólo mantendrá la Póliza en vigor hasta el vencimiento de la prima o cuota siguiente.
2. **Plazo de gracia.**

Si el Asegurado dejara de abonar el premio o cuota, la Póliza quedará en mora automáticamente sin necesidad de intimación o interpelación judicial o extrajudicial de especie alguna, pero la Compañía la mantendrá en vigor, con todos sus derechos y ventajas, durante el plazo de gracia de treinta (30) días corridos, que empezará a contarse desde el día del vencimiento del premio o cuota no pagada.

El plazo de gracia no podrá superar los treinta (30) días corridos indicados en el párrafo anterior, transcurridos los cuales, se entenderá resuelta la póliza de pleno derecho.

3. **Resolución del contrato por falta de pago de premio**
   Vencido el plazo de gracia la Póliza quedará automáticamente resuelta, sin necesidad de aviso, notificación o requerimiento alguno y sin derecho a ninguna indemnización.

III. Modificación de las disposiciones de "siniestros".

Para tener derecho a los beneficios que otorga esta póliza y a los servicios durante el viaje, el Asegurado deberá comunicarse con los teléfonos de la Central Operativa de nuestra prestadora del servicio **Goval Assist Corp** dentro de los lapsos establecidos en el documento a continuación. Toda falta o incumplimiento de los procesos establecidos a continuación dará lugar a la caducidad del derecho indemnizatorio. Las condiciones que acompaña la presente póliza resultarán aplicables en la medida de que se encuentren ajustadas a la legislación nacional aplicable

TODAS LAS DEMÁS CLÁUSULAS, EXCLUSIONES, LAPSOS Y PROCESOS ESTABLECIDOS EN LAS CONDICIONES GENERALES Y ESPECÍFICAS, PERMANECERÁN SIN CAMBIOS Y VIGENTES.

CONDICIONES ESPECÍFICAS APLICABLE A LOS PLANES DE ASISTENCIA INTERNACIONALES

SEGUROS DE ACCIDENTES PERSONALES Y VIAJES

I. PRELIMINARES, GENERALIDADES Y DEFINICIONES. 3
II. PROCESOS PARA SOLICITAR ASISTENCIA, CENTRAL DE ASISTENCIA. 5

MEDIOS PARA COMUNICARSE CON EL CENTRO DE ASISTENCIA TELEFONICAMENTE: 6

III. EL PLAN DE ASISTENCIA Y VIGENCIA DE LOS SERVICIOS. 7
IV. OBLIGACIONES DEL TITULAR. 8
V. OBLIGACIONES ASUMIDAS POR SBI 10
VI. EDAD: 10
VII. MONEDA, LIMITES Y TOPES DE SERVICIOS 10
VIII. VALIDEZ GEOGRÁFICA 11
IX. DE LOS BENEFICIOS Y SERVICIOS 11
A. TEMAS RELACIONADOS CON LA SALUD 11
(1) Gastos médicos por accidente 11
(2) Gastos médicos por enfermedad no preexistente. 11
(3) Gastos médicos por COVID-19* 11
(4) Gastos Médicos por enfermedad preexistente. 12
(5) Gastos médicos por complicaciones de embarazo. 12
(6) Medicamentos recetados. 12
(7) Emergencia dental. 12
(8) Evacuación médica 13
(9) Repatriación sanitaria. 13
(10) Repatriación funeraria. 13
(11) Traslado de un familiar por hospitalización. 13
(12) Gastos de hotel por convalecencia. 14
(13) Gastos de cuarentena en hotel por COVID 19. 14
(14) Médico virtual/Telefónico. 14
(15) Segunda opinión médica. 14
(16) Práctica de deportes amateur. 14
(17) Asistencia psicológica 15
B. TEMAS RELACIONADOS CON DOCUMENTOS Y EQUIPAJE 15
(18) Asistencia en caso de extravío de equipaje/documentos. 15
(19) Pérdida de pasaporte. 15
(20) Compensación por pérdida de equipaje aéreo. 15
(21) Compensación por pérdida de equipaje en crucero. 17
(22) Compensación por demora de equipaje. 18
C. TEMAS RELACIONADOS CON RETORNO ANTICIPADO, CANCELACIONES, DEMORA DE VUELOS, INTERRUPCION. 18
(23) Viaje de regreso por fallecimiento de familiar. 18
(24) Regreso por siniestro grave en domicilio. 18
(25) Gastos por vuelo demorado o cancelado. 19
(26) Pérdida o conexión de vuelo o tren. 19
(27) Pérdida de embarque en crucero. 19
(28) Cancelación o interrupción de viaje contratado. 19
(29) Acompañamiento de menores de 15 años. 21
(30) Traslado de ejecutivo sustituto por hospitalización del Titular. 21
D. TEMAS DE APOYO, AUXILIO LEGAL Y AFINES. 21

(31) Línea de consultas 24 horas. 21
(32) Transmisión de mensajes urgentes. 21
(33) Transferencia de fondos y transferencia de fondos para fianza legal en caso de accidente de tránsito. 21
(34) Asistencia legal por accidente de tránsito 22
(35) Servicios de Concierge 22
E. OTROS BENEFICIOS 22
(36) Alquiler de Notebook o similares: 22
(37) Traducción de documentos comerciales: 22
X. BENEFICIOS ASISTENCIALES DE ADQUISICION ADICIONAL / SUPLEMENTARIA (UPGRADE) 22
(A) BENEFICIO ADICIONAL DE FUTURA MAMÁ. 22
(B) BENEFICIO ADICIONAL DE PRACTICA DEPORTIVA. 23
XI. PROCESOS DE REEMBOLSOS. 24
XII. EXCLUSIONES APLICABLES A TODOS LOS SERVICIOS Y BENEFICIOS DE LOS PLANES SBI 24
XIII. JURISDICCION APLICABLE. 27
XIV. SUBROGACION 28
XV. RECURSO. 28
XVI. RESPONSABILIDAD. 28
XVII. CLAUSULA OFAC. 28
XVIII. CUMPLIMIENTO. 29

I. PRELIMINARES, GENERALIDADES Y DEFINICIONES.

- ***PRELIMINARES:***

- ***Recomendación importante:*** Es indispensable para los Titulares de un plan de asistencia SBI, el leer estas Condiciones antes de emprender su viaje. Los servicios de asistencia que brinda al viajero SBI serán otorgados exclusivamente al Titular hasta los topes máximos indicados en el plan contratado siempre que los contemple específicamente y que el Titular tenga la edad válida y se encuentre en el exterior de su país de residencia.

- **GENERALIDADES**:

Las presentes Condiciones definen la forma de obtención y el monto de las prestaciones o beneficios asistenciales a que puede pretender el Titular durante la vigencia temporal y en la zona geográfica de validez de dicho plan, las cuales junto con la restante documentación se ponen a disposición del Titular al momento de la compra o adjudicación a su nombre del plan y conforman el contrato de asistencia al viajero que obliga a las partes.

El Titular declara conocer y aceptar las presentes Condiciones. Dicha aceptación queda ratificada por medio de cualquiera de los siguientes actos: El pago de los servicios contratados por sí mismo o por un tercero adjudicándolo al Titular; El uso o el intento de uso de cualquiera de los servicios contratados por el Titular.

La presente no puede ser considerado como un programa de seguridad social o de medicina prepagada, un servicio médico a domicilio, un programa 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 SBI 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 o condición preexistente, según las definiciones de las presentes Condiciones, ni tampoco se encuentre en la lista de las exclusiones. Estos planes están diseñados para intentar la recuperación primaria y normal e inicial del Titular y las condiciones físicas que permitan una normal continuación de su viaje. No están diseñados ni se contratan ni se prestan para procedimientos médicos electivos; efectuarse chequeos médicos de rutina, ni chequeos que no hayan sido previamente autorizados por la Central de Asistencias; adelantar tratamientos o procedimientos benignos o de larga duración. Es claramente entendido por el Titular que su plan es un producto básicamente de asistencia en viajes; y el que sea ofrecido a través de una compañía de seguros o afín, no lo convierte un seguro médico internacional.

- **DEFINICIONES:**

A continuación, enumeramos las definiciones de los términos usados en estas Condiciones, para un mayor entendimiento de los Titulares de un plan SBI:

Accidente: Se entiende por accidente un daño corporal derivado de la acción súbita e inesperada de una causa externa y ajena a la intencionalidad del TITULAR, que consecuencialmente cause directamente una lesión o dolencia a dicho TITULAR en forma independiente de cualquier otra causa.

Asistencia: Servicio provisto por el Plan contratado.

Anual Multiviaje: Corresponde al Plan que tiene una duración anual y el cual cubre a El Titular por

tantos viajes que haga al exterior durante dicho año, siempre y cuando cada uno de ellos no exceda el lapso de días máximo establecido, según las características del Plan contratado.

Beneficios adicionales: Son aquellos beneficios exclusivos que el Titular tiene la opción de adquirir como adición o suplemento a su compra de un plan de asistencia y por tanto les protege con dichos beneficios agregados hasta le máximo del monto contratado al respecto.

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.

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

Centro de Emergencias/Call Center: Es la oficina encargada de la coordinación de los servicios solicitados en caso de emergencias, su red de proveedores a nivel mundial y los profesionales médicos de que intervienen y toman decisión en todos los asuntos y/o prestaciones brindadas o que vayan a brindarse de conformidad con las presentes Condiciones.

Corta Estadía: Corresponde a aquellos planes habilitados para un lapso de viaje en el extranjero, hasta el máximo de días que comprende el plan adquirido.

Covid 19: Se entiende por la enfermedad infecciosa conocida como CORONAVIRUS / SARS CoV-2 y que ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud como una pandemia a nivel mundial (hasta el año 2023).

Deducible: Representa la suma de dinero que debe asumir el Titular con respecto al monto de los servicios de asistencia de índole médica y que figure en su frente (cuando corresponda).

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

Emergencia médica: Lesión o enfermedad que plantea una amenaza inmediata para la vida de una persona, o la vialidad de alguno de sus órganos y cuya asistencia no puede ser demorada.

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

Enfermedad Crónica: Todo proceso patológico continuo, repitiente y persistente en el tiempo, mayor a noventa (90) días de duración.

Enfermedad Preexistente: Todo proceso físico patológico enfermedad, o estado del cuerpo, o proceso que haya sido diagnosticado o declarado antes de celebrar el contrato o a la fecha de inicio del viaje (o la que sea posterior) y que sea factible de ser objetivado a través de métodos complementarios de diagnóstico de uso habitual, cotidiano, accesible y frecuente en todos los países del mundo (incluyendo, pero no limitado a: Doppler, resonancia nuclear, magnética, Cateterismo, radiología, etc.).

Enfermedad recurrente: Regreso, repetición o aparición de la misma enfermedad, luego de haber sido tratada.

Enfermedad Repentina o Imprevista: Enfermedad imprevista, inesperada y repentina contraída después de la fecha efectiva de inicio de vigencia del Plan de asistencia y que deriva en un proceso corto y relativamente grave de alteración del estado del cuerpo del Titular o de cualquiera de sus órganos, el cual podría interrumpir o alterar el equilibrio de las funciones normales del mismo y que podría dar lugar a dolor, debilidad u otra manifestación fuera de su conducta normal.

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

Larga Estadía: Corresponde a aquellos planes habilitados para un lapso de viaje en el extranjero con una duración de al menos sesenta (60) días corridos, hasta el máximo de días que comprende el plan adquirido.

Médico tratante: Profesional médico autorizado por la Central de Asistencias que asiste al Titular en el lugar donde se hospeda en el exterior o en sus consultorios o instituto clínico.

Plan de asistencia: Es el conjunto detallado en el frente de póliza de los servicios de asistencia en viaje ofrecidos, indicando una enumeración taxativa de los mismos y sus límites monetarios, cuantitativos, geográficos y de edad del Titular.

Plazo o período de carencia: Intervalo de tiempo durante el cual no son efectivas los beneficios asistenciales incluidos dentro del Plan. Dicho plazo se computa por días a contar desde la fecha de inicio de vigencia del frente de póliza, siempre que el Titular ya se encuentre fuera del país de residencia permanente al momento de contratación.

Proveedor(es): Persona(as) entidades (públicas o privadas) que prestan servicios asistenciales en las distintas áreas de asistencia a los Titulares o sus bienes, mientras permanecen en el exterior de viaje, a los cuales a solicitud del Centro de Asistencia se encomiende la prestación del servicio requerido por los Titulares y que conforman en conjunto la red de proveedores de SBI.

Titular: El Titular es la persona natural cuyo nombre figura en el plan de asistencia y es la sola con derecho a recibir los beneficios de este. De manera que no puede ceder, transferir o endosar de ninguna manera dicho beneficio en todo o en parte.

Topes máximos: Representan los montos máximos de beneficio asistencial indicados específicamente para cada plan/frente de póliza de asistencia contratado y con sus respectivas restricciones.

***Urgencia médica*:** Lesión o enfermedad que requiere una asistencia médica en un lapso reducido de tiempo pero no plantea una amenaza inmediata para la vida de una persona, o la vialidad de alguno de sus órganos.

Frente de póliza: Se hace referencia al documento que emite SBI contentivo de los beneficios particulares de cada plan, así como sus características propias, monto pagado, duración y demás elementos que lo individualiza, incluyendo los datos de identificación del Tomador, Asegurado y/o Titular.

II. PROCESOS PARA SOLICITAR ASISTENCIA, CENTRAL DE ASISTENCIA.

De necesitar asistencia en caso de una emergencia y antes de que el Titular se comprometa a cualquier gasto o costos de servicios con terceros, deberá este denunciar el siniestro directamente o por intermedio de su acompañante a la Central de Asistencias SBI, **a más tardar dentro de las 72 horas de haber sucedido la emergencia**. El no cumplimiento de esta norma acarrea la pérdida automática de cualquier derecho de reclamo de parte del Titular.

En todo caso, el Titular deberá aportar la siguiente información: nombre, numero de Frente de póliza, lugar en que se encuentra, teléfono de contacto y motivo de la solicitud de asistencia.

MEDIOS PARA COMUNICARSE CON EL CENTRO DE ASISTENCIA TELEFONICAMENTE:

- **Teléfono:** +1 (305) 705-7684.
- **WhatsApp (mensajes y llamadas):** +57-316-531-3859
- **Correo electrónico para emergencias:** emergencias@goval-tpa.com

III. EL PLAN DE ASISTENCIA Y VIGENCIA DE LOS SERVICIOS.

- ***El plan de asistencia:*** Solamente serán válidas y regirán para fines del presente contrato aquellos servicios, garantías o beneficios vigentes a la fecha de emisión del plan de asistencia que se especifica en el Frente de póliza/plan contratado por el Titular o adjudicado a su nombre. Consecuencialmente cualquier modificación, reforma, exclusión o inclusión de servicios, beneficios, garantías hechas a cualquier plan de asistencia de SBI, hecha posteriormente a su fecha de contratación o emisión, no modifican, benefician o perjudican al Titular.

- ***Vigencia:*** Es el lapso en el que los Titulares pueden obtener un servicio de asistencia SBI y es el tiempo que transcurre desde las cero horas del día de comienzo de validez de la póliza, estando el Titular en el exterior de su país de residencia permanente, hasta las 24 (23.59) horas del día del fin de dicha validez; ambas fechas reflejadas en el Frente de póliza /plan adquirido o adjudicado al Titular. 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 internacional SBI de Corta Estadía y de Larga Estadía, operan bajo la modalidad de días corridos, por lo tanto, una vez iniciada la vigencia de un plan no es posible interrumpir la misma. Los periodos de días no utilizados incluidos en los Frente de pólizas/planes no son reembolsables. Una vez vencida la vigencia de un plan éste caduca automáticamente y no puede reactivarse posteriormente.

Los planes de asistencia Anuales Multiviajes tienen una vigencia de 365 días en total; sin embargo, el Titular con base al tipo de plan anual elegido, solo podrá solicitar servicios de asistencia durante el lapso de días máximo indicado de cada viaje (45 días en el exterior). Pasado este período máximo por viaje, el Titular perderá todo beneficio de los servicios de asistencia contratados mientras esté en ese viaje.

Toda asistencia o tratamiento cesará y no será responsabilidad de SBI, una vez que el Titular regrese a su país de residencia habitual o cuando expire el término de vigencia de su Frente de póliza/plan, salvo la excepción acá prevista:

- Si el Titular se encontrase hospitalizado en el exterior, SBI asumirá solamente los costos que, por concepto de hospitalización, sean requeridos, dentro de los límites del respectivo servicio de asistencia por enfermedad o accidente, hasta 7 días posteriores al fin de Vigencia del Frente de póliza, o hasta que se haya agotado el monto máximo de cobertura del servicio específico, o hasta que el médico tratante dé de alta al Titular. Se excluye cualquier otro costo de carácter médico.

La Central de Asistencias le pedirá al Titular al momento de atenderlo, copia de su pasaporte de forma electrónica, adicionalmente se solicitará el boleto o documentos de transporte, que demuestren la fecha de salida de su país de residencia permanente y la fecha de entrada al país desde donde solicita asistencia. La Central de Asistencias podrá solicitar otros documentos que sirvan de soporte para la validación de cada caso particular.

Fin de la vigencia. El Titular mantiene su condición como tal hasta la fecha final de vigencia establecida en el Plan/Frente de póliza adquirido. A partir de tal fecha, se perderá derecho alguno para acceder a los servicios asistenciales de SBI. Se perderá también los derechos a reclamación o solicitud de reembolso respecto a eventos que se originaron de forma posterior a la fecha de fin de vigencia.

Extensión de la vigencia de un plan/Frente de póliza: Excepcionalmente a lo antes expuesto, si el

Titular tuviese que repentinamente extender su viaje, podrá solicitar se le emita un nuevo Frente de póliza, sujeto a la aprobación previa de SBI bajo las siguientes condiciones:

a. Que el Titular no estuviese utilizando algún servicio de asistencia dentro de la vigencia del Frente de póliza vigente.
b. Que el Frente de póliza en vigencia no haya expirado. Si hubiese expirado y de ser autorizada la emisión, los primeros cinco (5) días de vigencia del nuevo Frente de póliza/plan se considerarán como período de carencia y exención de responsabilidad para SBI de prestar servicios o beneficios al Titular. El Periodo de carencia para casos Covid-19 será de 15 días a partir de la emisión el nuevo plan.
c. Que el Frente de póliza sea autorizado por SBI y emitido por el agente emisor del primer Frente de póliza, con detalle de los días adicionales de viaje.
d. Que el pago sea hecho en las oficinas del agente autorizado para el momento de la nueva emisión.
e. Cualquier nuevo plan de servicio de asistencia en viajes y su correspondiente Frente de póliza o comprobante 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 Frente de póliza original y/o anteriores o antes de la vigencia del nuevo plan y/o Frente de póliza, independientemente de las gestiones o tratamientos en curso hayan sido autorizados por SBI o por terceros.
f. Toda asistencia médica tratada en el primer Frente de póliza/plan pasará automáticamente a ser considerada como preexistencia durante la vigencia del segundo Frente de póliza/plan y por lo tanto no será asumida por SBI.

La adquisición por parte de un Titular o adjudicación a su nombre de uno o más servicios de asistencia médica, no produce la acumulación de los servicios o montos 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 Titular.

IV. OBLIGACIONES DEL TITULAR.

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

a. Notificar a la Central de Asistencias personalmente o por intermedio de una tercera persona, cualquier circunstancia que requiera de una asistencia, **a más tardar dentro de las 72 horas de producido el evento**. **No notificar dentro de las 72 horas acarrea la pérdida automática de los derechos del Titular a reclamar o solicitar indemnización alguna**. De forma excepcional en aquellos casos de que la incidencia hubiese ocurrido durante la travesía en un barco de cruceros y el Titular hubiese recibido asistencia abordo, **la notificación a la Central de Asistencia deberá ser efectuada dentro de las 24 horas siguientes de finalizado el crucero**.

b. Solicitar y obtener la autorización de la Central de Asistencias **antes de tomar cualquier iniciativa o comprometer cualquier gasto** con relación a los beneficios otorgados por el Frente de póliza/plan 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 procederá reembolso alguno, ni dará derechos a reclamos.

c. En caso de una situación **donde la vida del titular esté en riesgo o amenazada debido a un accidente o condición médica real y comprobable, debe acudir al centro médico más cercano para procurar el tratamiento necesario**, con la obligación ineludible de informarlo a la Central de Asistencia SBI en el transcurso de las siguientes 72 horas de ocurrido el evento. En todo caso, si la condición de riesgo vital **no fuere justificada** a criterio del Departamento Médico de la Central de Asistencias de SBI y con base al informe médico resultante de dicha emergencia, SBI tendrá la opción

unilateral de pagar al centro médico participante, el equivalente al pago de los honorarios médicos que hubiere costado asumir en un procedimiento de asistencia ordinario y con un tope máximo de **US$300** o bien reembolsarle dicha cantidad tope al Titular si este hubiera pagado directamente a dicho Centro.

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

IMPORTANTE: El Titular acepta que SBI se reserva el derecho de grabar y auditar las conversaciones telefónicas que estime necesarias para el buen desarrollo de la prestación de sus servicios. El Titular acepta expresamente la modalidad indicada y manifiesta su conformidad por la eventual utilización de los registros tecnológicos, grabaciones, correspondencia y afines, como medio de prueba en caso de existencia de controversias respecto de la asistencia prestada.

d. Aceptar y acatar las soluciones indicadas y recomendadas por la Central de Asistencias 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.

e. 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 SBI y toda la información médica (incluyendo la anterior al inicio del viaje), que permita a la central la evaluación del caso.

f. En todos aquellos casos en que SBI o bien el Proveedor interviniente en la asistencia 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 mediante un método fehaciente de recepción indicada por dicho Centro. Asimismo, el Titular autoriza a SBI o sus proveedores, 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, lo cual 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.

g. Es obligación del Titular entregar a SBI el/los billetes de pasaje (tickets, boletos) que posea, en aquellos casos en que SBI 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.

h. En los casos de internación u hospitalización, ambulatoria o no, debido a una emergencia médica presentada durante su viaje al exterior, el Titular tiene la obligación de informar a SBI si cuenta con un seguro médico u otra cobertura afín que le cubra dichos gastos. En consecuencia, de ser este el caso y estar dicha situación dentro de las previsiones de prestación de servicios por el plan/Frente de póliza respectivo, SBI será la encargada de la coordinación de todo el procedimiento pertinente, comprometiéndose a mantener comunicación con la empresa de seguros o similar responsable y SBI asumirá de ser procedente, los gastos ocasionados hasta el monto máximo del deducible que establezca la póliza de seguros o similar.

NOTA: En algunos países y principalmente en los Estados Unidos de América, y en Europa, debido a por razones de procesos de estandarización informática, la mayoría de los centros médicos asistenciales tales como hospitales, consultorios, clínicas, laboratorios suelen enviar facturas y / o

reclamos de pago a los pacientes atendidos, inclusive aun después de que las cuentas o facturas haya sido pagadas y saldadas por SBI. En caso de que ello ocurra, el Titular deberá contactar la oficina de la Central de Asistencias enviando un email a: **emergencias@goval-tpa.com** y notificar esta situación. La Central se encargará de aclarar dicha situación con el centro hospitalario.

V. OBLIGACIONES ASUMIDAS POR SBI

1. Cumplir las prestaciones y beneficios descritos en las Condiciones por eventos cubiertos en el plan contratado durante la vigencia del Frente de póliza/plan.

2. SBI 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 eventos indicados como exclusiones en la póliza, incluyendo, pero no limitado a: catástrofes naturales, sismos, inundaciones, tempestades, erupciones volcánicas y cenizas, guerra internacional o guerra civil declarada o no, rebeliones, conmoción interior, insurrección civil, actos de guerrilla o anti guerrilla, hostilidades, represalias, conflictos, embargos, apremios, huelgas, movimientos populares, lockout, actos de sabotaje o terrorismo, disturbios laborales, actos de autoridades gubernamentales, etc.; Igualmente como problemas y/o demoras que resulten por la terminación, interrupción o suspensión de los servicios de comunicación.

VI. EDAD:

A efectos de los servicios indicados en las presentes Condiciones Específicas, el Titular mantendrá su condición como tal hasta la fecha tope según el tipo de Plan adquirido; fecha a partir de la cual pierde todo derecho a los beneficios y a todas las prestaciones de asistencia definidas en estas Condiciones Generales, así como derecho a cualquier reembolso o reclamo alguno originado en eventos posteriores a tal día.

El Titular podrá hacer uso de los servicios contratados hasta las cero 00:00 horas del día de su aniversario según el plan contratado. A partir de esa fecha el Titular pierde todo derecho a los beneficios en cuanto a las prestaciones de Asistencia definidas en estas Condiciones Generales.

- Planes por Viaje, edad límite Permitida es de 85 años.
- Planes Anuales Multiviajes, edad límite Permitida es de 70 años.
- Planes Larga Estadía, edad límite Permitida es de 70 años.
- Los “Planes por Viaje” y “Planes Anuales Multiviajes” anteriormente referidos, podrán ser adquiridos para proteger a personas desde 75 años de edad y hasta los 85 años de edad mediante el pago de un suplemento equivalente al 50% del valor regular del plan seleccionado.

IMPORTANTE: Las edades indicadas en la presente no modifican las establecidas en las Condiciones Generales para las coberturas ahí establecidas.

VII. MONEDA, LIMITES Y TOPES DE SERVICIOS

MONEDA: Los beneficios ofrecidos por SBI, así como sus límites máximos de sus beneficios, están reflejados en el Frente de póliza/plan contratado en Dólares Americanos.

LIMITES/TOPES DE SERVICIOS: Los topes máximos se establecen para todo el lapso de vigencia del

plan contratado, por cada evento o asistencia. En ningún caso el monto a asumir por SBI causado por las asistencias prestadas durante el lapso de viaje en el exterior, excederá el monto máximo total del beneficio asistencial según el plan de asistencia adquirido por EL TITULAR (Ver restricciones en la Sección de BENEFICIOS ADICIONALES DE ADQUISICION OPCIONAL)

Si se produjera una o más emergencias que fueren asistidas y asumidas por SBI y que excedieran el monto de un beneficio particular, EL TITULAR deberá asumir tal excedente.

VIII. VALIDEZ GEOGRÁFICA

La cobertura geográfica será el establecido en el Frente de póliza/plan contratado. En todo caso, se excluye el país de residencia permanente del Titular. Se entiende por país de residencia el lugar desde donde se originó el viaje, tal como se haya documentado con el transportista oficial al exterior.

IX. DE LOS BENEFICIOS Y SERVICIOS

A. TEMAS RELACIONADOS CON LA SALUD

(1) Gastos médicos por accidente

(2) *Gastos médicos por enfermedad no preexistente.*

(3) *Gastos médicos por COVID-19**

A los efectos de la prestación de las asistencias, beneficios y servicios citados en los puntos (1), (2) y (3) anteriores, se entiende que comprenden los siguientes servicios médicos:

a. Consultas Médicas: Se prestarán en caso de accidente o enfermedad aguda e imprevista no preexistente. Dependiendo de la naturaleza, gravedad o urgencia, las asistencias se prestarán a criterio de la Central de Asistencias, en el hotel o domicilio donde se encuentre el Titular o en un consultorio médico cercano al lugar.

b. Atención por Especialistas: Se prestará únicamente cuando sea indicada y autorizada por el equipo médico de la Central de Asistencias de SBI del área donde se encuentre el Titular, o por el médico tratante de la Central. Estos servicios se prestan en los consultorios médicos de dichos especialistas y no a domicilio por regla general.

c. Exámenes Médicos Complementarios: Únicamente cuando sean indicados por el médico tratante y hayan sido previamente autorizados por el equipo médico de la Central de Asistencias.

d. Gastos médicos por hospitalización: En aquellos casos en que el Titular requiera ser hospitalizado debido a la ocurrencia de un accidente o una enfermedad aguda repentina no preexistente, SBI asumirá los gastos médicos que se incurran por dicha hospitalización, hasta el monto máximo que cubre el plan de asistencia respectivo del Titular.

Dichos gastos incluyen:

- ***Internaciones:*** De acuerdo con la naturaleza de la lesión o enfermedad, se procederá a la internación del Titular en el centro sanitario más próximo al lugar donde éste se encuentre cuando

sea indicado formalmente por el médico tratante y siempre bajo aprobación de la Central de Asistencias de SBI.

- ***Intervenciones Quirúrgicas:*** 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, siempre y cuando sean autorizadas por el Departamento Médico de la Central de Asistencias. Si a juicio de los médicos reguladores de la Central de Asistencias 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. En caso de rechazo a la repatriación por el Titular perderá todos los beneficios otorgados por su plan SBI. Particularmente la alternativa de la repatriación sanitaria se tomará en los casos de tratamientos de larga duración, cirugías programadas, cirugías no urgentes.

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

***Gastos Médicos por COVID 19:** SBI asumirá los gastos médicos derivados en caso de que un TITULAR sea diagnosticado con COVID 19 estando de viaje. El límite máximo de beneficios y coberturas para esta prestación dependerá del plan contratado y figura en la tabla de Beneficios.

Este beneficio por COVID-19 aplica exclusivamente para Titulares hasta los 70 años.

(4) ***Gastos Médicos por enfermedad preexistente.***

Como regla general, si el Titular padeciera de una enfermedad preexistente o crónica al inicio de su viaje al exterior, aun cuando no fuera de su conocimiento, como se ha establecido en estas Condiciones, SBI queda automáticamente exenta de prestar servicios o asistencias a su cargo y con base al plan de asistencia adquirido y en todo caso SBI reconocerá exclusivamente el costo de la primera consulta clínica en la que se determine la preexistencia de la enfermedad, en aquellos planes y casos que así lo prevean y hasta por las cantidades que se determinan en el plan o Frente de póliza respectivo. Cualquier otra consulta, tratamiento o procedimiento será por cuenta y costo exclusivamente del Titular.

(5) ***Gastos médicos por complicaciones de embarazo.***

En caso de emergencia se cubrirá sólo la consulta hasta máximo la semana 28 de gestación. El beneficio aplica básicamente para las emergencias que se presenten durante el viaje.

(6) ***Medicamentos recetados.***

SBI se hará cargo de los gastos de los medicamentos recetados como resultado de una atención médica cubierta hasta el monto establecido en los beneficios del plan contratado. Los desembolsos realizados por el Titular para la compra de medicamentos previamente autorizados por la Central de Asistencias serán reintegrados cumpliendo el procedimiento indicado por la Central de Asistencias y pudiendo demostrar la adquisición de los medicamentos mediante el original de facturas, copias de estas o digitalización de estas enviadas directamente a dicha Central. La no presentación de estos documentos puede resultar en el no reembolso de los gastos.

(7) ***Emergencia dental.***

En los límites de los beneficios, SBI 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. El Titular deberá acompañar la historia clínica completa para efectuar cualquier reclamo originado en una asistencia médico/odontológica. La falta de cumplimiento de este

requisito facultará a SBI a denegar el reclamo formulado por falta de información necesaria.

(8) *Evacuación médica*

En caso de emergencia o de urgencia y si la Central de Asistencias lo juzgare necesario, se coordinará el traslado del Titular al centro de salud más cercano, por el medio de transporte que el Departamento Médico de la Central de Asistencias considere más apropiado y según corresponda a la naturaleza de la lesión o enfermedad, incluyendo, pero no limitado a ambulancias, Aero-ambulancias, transportación en vehículos de toda especie. Queda igualmente establecido que aun para los casos de tratamientos y cirugías que ocurren en casos catalogados como urgencia o emergencia el traslado sanitario debe ser previamente solicitado y autorizado por la central de SBI. El no cumplimiento de esta norma exime a SBI de tomar a cargo la asistencia de dicho traslado.
En el supuesto que fuere necesario el traslado del titular para una consulta médica, a un centro de atención a más de 25 Kms. de distancia de donde se encuentre para el momento de la solicitud, SBI asumirá el costo de traslado en TAXI que hubiere pagado el Titular. Es preciso para ello que guarde el comprobante o factura de gasto para su eventual reembolso.

(9) *Repatriación sanitaria.*

Cuando el Departamento Médico de la Central de Asistencias estime necesario efectuar la repatriación sanitaria del Titular a su país de origen, esta se efectuará en aerolínea comercial en vuelo regular, con acompañamiento médico o de enfermera si correspondiere, sujeto a espacio de asientos, hasta el país de residencia habitual del Titular.
Se entiende por repatriación sanitaria el traslado del Titular enfermo o accidentado desde el lugar en donde se encuentra en el exterior, hasta el aeropuerto de ingreso del país de residencia habitual y en el que debió ser emitido el Frente de póliza/plan. Solamente el Departamento Médico de SBI podrá autorizar a tomar todas las providencias mencionadas en esta cláusula. En el caso en que el Titular y o sus familiares o acompañantes decidieran efectuar la repatriación sin solicitar la aprobación previa del Departamento Médico de SBI, todos los gastos y consecuencias de dicha acción serán por cuenta exclusiva del Titular o de sus familiares o acompañantes, sin derecho a reembolso ni reclamo contra SBI.

SBI se hará cargo del pago de las diferencias por cambios del ticket/pasaje aéreo. Los gastos por esta prestación médica serán computados a cuenta del monto límite de gastos por concepto de traslado y repatriación indicado en el recuadro de beneficios. Esta asistencia comprende su transporte en ambulancia u otro medio de transporte que sea compatible con su estado de salud y aprobado por el Departamento Médico de SBI desde el lugar de internación hasta su lugar de residencia con la estructura de apoyo necesaria incluyendo camilla, sillas de rueda, caminador etc.

La repatriación sanitaria no es un servicio de evacuación en caso de pandemias, epidemias que sean detectadas o que surjan repentinamente en los países de destino del Titular.

(10) *Repatriación funeraria.*

En caso de fallecimiento del Titular durante la vigencia de un Plan SBI, incluso a causa de una enfermedad preexistente, salvo por causa de un evento excluido en las Condiciones, SBI organizará y sufragará la repatriación funeraria desde el exterior, 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 primer lugar de ingreso al país de residencia habitual del fallecido, asumiendo los costos hasta el tope especificado en la tabla de beneficios. Los gastos de féretro definitivo, trámites funerarios, traslados terrestres o aéreos dentro del país de residencia e inhumación no estarán a cargo de SBI. Este beneficio no contempla ni incluye bajo ninguna circunstancia gastos de familiares o individuos acompañantes del Titular fallecido.

(11) *Traslado de un familiar por hospitalización.*

En caso de que la hospitalización de un Titular, viajando solo y no acompañado, fuese superior a

cinco (5) días, SBI se harán 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 su plan de asistencia, el Titular podrá tener derecho a los gastos de hotel de su familiar acompañante, hasta el monto y días máximos de acuerdo con lo indicado en el detalle de su plan de asistencia, o hasta el alta del paciente, lo que suceda primero.
Tanto para esta cláusula como para cualquier otra que cubra gastos de hotelería, se entiende estos limitados al hospedaje simple, excluyendo gastos de restaurante, lavandería, telefonía u otro cualquier como minibar, alimentación tomada en la habitación, u otro tipo de gasto cualquiera.

(12) ***Gastos de hotel por convalecencia.***

Cuando de acuerdo con el médico tratante y en común acuerdo con el Departamento Médico de la Central de Asistencias el Titular hubiese estado internado en un hospital al menos 7 (siete) días y que a su salida deba obligatoriamente guardar reposo, SBI cubrirá los gastos de hotel hasta el monto indicado en su plan de asistencia, con un máximo de 10 (diez) días.
Dicho reposo deberá ser aprobado por los médicos de la Central de Asistencia y contemplarán únicamente el cubrimiento del costo de la habitación.

(13) ***Gastos de cuarentena en hotel por COVID 19.***

Cuando el titular fuese diagnosticado con COVID 19 y por orden de autoridades oficiales del país visitado, le fuese ordenado guardar cuarentena o aislamiento sanitario en un establecimiento comercial hotelero, SBI cubrirá los gastos de alojamiento exclusivamente de dicho Titular por el tiempo recomendado por el médico, hasta un máximo de catorce (14) noches y hasta el máximo monto que establezca el plan adquirido.
No se incluye en dichos gastos los que consuma el titular por alimentación, telefonía, bebidas o afines, así como tampoco los de cualquier examen o prueba de detección de COVID 19.
Este beneficio aplica exclusivamente para Titulares hasta los 70 años.

(14) ***Médico virtual/Telefónico.***

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

(15) ***Segunda opinión médica.***

Cuando durante un viaje al exterior se diagnosticara al Titular una enfermedad como de pronóstico fatal, incurable o que compromete gravemente su calidad de vida, o bien cuando el tratamiento propuesto conlleve un elevado riesgo vital, el mismo podrá solicitar a través de la Central de Asistencias de SBI una segunda opinión médica en el extranjero para que un profesional médico estudie la información procedente de su historia clínica y emita el informe respectivo, que será enviado al solicitante. La segunda opinión médica se realiza con los siguientes fines:

a. Confirmación diagnóstica de la enfermedad.
b. Recomendación de alternativas terapéuticas de tratamiento.
c. Sugerencia de exámenes adicionales para direccionar el diagnostico o el tratamiento.

Este Beneficio podrá ser usado una única vez dentro de la vigencia del Frente de póliza/plan, sin importar la duración de este. Se incluyen los gastos de envío de la historia clínica y el costo cobrado por el(los) profesional(es) médico(s) para estudiar el caso.

(16) ***Práctica de deportes amateur.***

Se entiende por los mismos los deportes que se estén practicando de forma recreativa y no para cualquier tipo de competencia, ya sea profesional o amateur, tales como: gimnasia aeróbica, pesca con caña, tiro con arco, atletismo, bádminton, béisbol, basquetbol, bolos, críquet, baile, curling,

ciclismo, hasta el nivel 3 kayak, netball, golf, natación, snorkel, patinaje con ruedas, tenis, senderismo, racquetball, patineta, balonmano, squash, voleibol, remo, navegar en aguas costeras, caminatas, fútbol, polo acuático, surf, voleibol de playa, boogie boarding, canotaje, yoga, tenis de mesa.

Adicionalmente las coberturas de práctica deportiva aplican también a los deportistas profesionales cuando son practicados como miembros de una federación deportiva oficial o equipo profesional y siempre que todos los integrantes en la práctica o competencia hayan contratado el "Beneficio adicional de práctica deportiva".

(17) ***Asistencia psicológica***

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

B. TEMAS RELACIONADOS CON DOCUMENTOS Y EQUIPAJE

(18) ***Asistencia en caso de extravío de equipaje/documentos.***

SBI asesorará al Titular para la denuncia del extravío o robo de su equipaje y efectos personales, así como en caso de pérdida de documentos de viajes y/o tarjetas de crédito, dándole las instrucciones para que el Titular interponga los denuncios respectivos, y tramite la recuperación de estos.

(19) ***Pérdida de pasaporte.***

SBI subsidiará al Titular del plan que así lo establezca, hasta la suma máxima indicada en el Frente de póliza/plan respectivo por los costos que hubiera podido ocasionar la reposición de su pasaporte por hurto o pérdida durante un viaje al extranjero.

Para hacer efectivo este beneficio, el evento debe haber sido informado a la Central de Asistencias de SBI dentro de las 72 horas de ocurrido y el Titular deberá presentar a SBI el comprobante de denuncia otorgado por las autoridades oficiales pertinentes, tanto en país de origen como en país donde ocurrió o detectó el hecho.

(20) ***Compensación por pérdida de equipaje aéreo.***

Se indemnizará al Titular de un plan que contemple este beneficio, una suma complementaria a la que paga o reconoce la aerolínea, hasta el tope especificado en la tabla de beneficios por pérdida definitiva de equipaje.

Para la obtención de este beneficio rigen los siguientes términos y condiciones:

- Que la línea aérea y la central de SBI hayan sido notificadas del hecho por el Titular dentro de las 24 horas siguientes a la denuncia de extravío ante la transportista responsable, siguiendo las instrucciones descritas más abajo.
- 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 dentro del país de residencia, ni de vuelos chárter o fletados, aviones particulares o militares, o cualquier vuelo que no tenga un itinerario fijo publicado que opere regularmente.
- Que el 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. SBI, no indemnizará a los Titulares de un plan, por la pérdida de equipaje

de mano de cabina o cualquier otro bulto que no haya sido debidamente registrado ante la aerolínea y haya sido transportado en la bodega del avión.

- Que la pérdida del equipaje haya ocurrido entre el momento en que el mismo fue entregado a personal autorizado de la línea aérea para ser embarcado y el momento en que debió ser devuelto al pasajero al finalizar el itinerario.
- Que la línea aérea se haya hecho cargo de su responsabilidad por la pérdida del mencionado equipaje y haya 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. SBI no podrá indemnizar al Titular cuando este no haya aun recibido la indemnización de la aerolínea.
- La compensación por pérdida total del equipaje se limitará a un solo equipaje entero y completo faltante en forma definitiva y a un solo Titular damnificado. En el caso de que el equipaje faltante estuviera registrado a nombre de varios Titulares, la compensación será prorrateada entre los mismos, siempre que incluya los correspondientes números de billetes/tickets de cada uno. No se indemnizan faltantes parciales del equipaje.
- 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, SBI procederá a abonar al Titular la compensación económica correspondiente y complementaria por extravío de equipaje, una vez que se haya acordado con la aerolínea la forma de resarcimiento aplicable al caso concreto.
- SBI intervendrá en calidad de intermediario facilitador entre la aerolínea transportadora y el pasajero, por lo tanto, no podrá ser considerada ni tomada como responsable directa de dicha pérdida, ni de la búsqueda del equipaje. El titular acepta y reconoce que las aerolíneas se pueden reservar el derecho de aceptar o no los reclamos a SBI y en términos generales pueden exigir que las reclamaciones sean puestas directamente por los pasajeros y no permitir la intermediación de SBI.
- Las indemnizaciones por conceptos de pérdida total de equipaje se abonarán únicamente en el país donde se adquirió el plan de asistencia SBI. A la firma de la aceptación del presente acuerdo el Titular a ser indemnizado acepta que se le descuente 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 bajo este beneficio en particular.
- La indemnización por este concepto no podrá superar el monto tope especificado en la tabla de beneficios por pérdida definitiva de equipaje o el monto declarado como pérdida en la denuncia respectiva.

En caso de pérdida de equipaje, siga estas instrucciones:

a. Inmediatamente después de verificar la pérdida de equipaje, el titular deberá comunicarse con la aerolínea o la persona responsable en el área de reclamo de equipaje que está generalmente dentro del recinto de correas, para solicitar y completar la solicitud PIR (Reporte de Irregularidad de Propiedad/ *Property Indemnity Report*). El titular deberá solicitar una copia a la aerolínea y guardarla para los registros.

b. El titular deberá comunicarse con el Centro de Asistencia SBI dentro de las siguientes 24 horas para informar sobre la pérdida de su equipaje, informándole sobre el P.I.R. y su contenido.

Al Regresar a su País de Origen el Titular deberá:

Presentar en las oficinas de SBI la siguiente documentación:

a. Formulario P.I.R. (o Reclamo por pérdida de equipaje) Original
b. Documento o Pasaporte
c. Copia del Plan SBI adquirido

d. Copia original de la carta de indemnización de la línea aérea (Cheque, comprobante de pago de la misma) y pasajes aéreos.

(21) ***Compensación por pérdida de equipaje en crucero.***

Se indemnizará al Titular de un plan de asistencia SBI que contemple este beneficio en forma complementaria a la suma que paga o reconoce la naviera hasta el tope especificado en la tabla de beneficios.

Para la obtención de este beneficio rigen los siguientes términos y condiciones:

- Que la naviera y la central de SBI hayan sido notificadas del hecho por el Titular dentro de las 24 horas siguientes a la denuncia de extravío ante la transportista responsable, siguiendo las instrucciones descritas más abajo.
- Que el equipaje se haya extraviado durante su transporte a bordo de un crucero.
- Que el mencionado equipaje haya sido debidamente registrado, etiquetado y despachado en la bodega de la embarcación y haya sido debidamente presentado y entregado al personal de la naviera en el despacho del terminal. SBI, 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 naviera y haya sido transportado en la embarcación.
- Que la pérdida del equipaje haya ocurrido entre el momento en que el mismo fue entregado a personal autorizado de la naviera para ser embarcado y el momento en que debió ser devuelto al pasajero al finalizar el viaje.
- Que la naviera 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.
- 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.
- SBI intervendrá en calidad de intermediario facilitador entre la compañía transportadora y el pasajero y por lo tanto no podrá ser considerada ni tomada como responsable directa de dicha pérdida, ni de la búsqueda del equipaje. El titular entiende y acepta que las navieras se pueden reservar el derecho de aceptar o no los reclamos a SBI, y en términos generales pueden exigir que las reclamaciones sean puestas directamente por los pasajeros y no permitir la intermediación de SBI.
- Las indemnizaciones por conceptos de pérdida total de equipaje se abonarán únicamente en el país donde se adquirió la asistencia SBI. A la firma de la aceptación del presente acuerdo el Titular a ser indemnizado acepta que se le descuente 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 bajo este beneficio en particular.

Al Regresar a su País de Origen el Titular deberá:

Presentar en las oficinas de SBI la siguiente documentación:

- Formulario P.I.R. (o Reclamo por pérdida de equipaje) Original
- Copia del pasaporte.
- Copia del Plan adquirido
- Copia original del recibo de la indemnización de la naviera (Cheque, comprobante de pago de la misma) y recibos de transporte y documentos del crucero.

SBI solo podrá proceder a gestionar el reembolso por concepto de indemnización por pérdida de equipaje únicamente después de que la naviera responsable de la pérdida haya debidamente

indemnizado al Titular. No se podrá indemnizar al Titular sin el comprobante de pago de la naviera.

(22) ***Compensación por demora de 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 a un destino internacional, habiendo notificado a SBI tal circunstancia, dentro de las 24 horas de reportarse la demora a la aerolínea transportadora.

En este caso, SBI reintegrará al Titular cuyo plan de asistencia así lo establezca y previa autorización que otorgue el Centro de Asistencias de SBI los gastos ocasionados en la adquisición de elementos de aseo personal y prendas de vestir mediante la presentación de los comprobantes originales de compras realizadas durante el lapso de demora en la entrega de su equipaje.

En caso tal que el equipaje sea declarado como perdido totalmente por parte de la compañía aérea y proceda a indemnizar al TITULAR, SBI deducirá del monto a reembolsar por concepto de "Compensación por pérdida de equipaje", el total reembolsado por los gastos del presente beneficio de demora de equipaje.

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

Si las maletas del Titular sufriesen algún tipo de daño **que deje expuestos los elementos que se encuentran en su interior,** así como la violación de sus cerraduras con los mismos efectos, SBI otorgará al Titular la suma indicada según las especificaciones del plan contratado.

Cabe señalar que, por política de las aerolíneas internacionales comerciales, estos daños reportados inmediatamente al mostrador de las mismas en la zona de aduana o correas de equipajes y antes de salir fuera de dicho recinto, son procesados e indemnizados por dichas empresas, incluso entregando piezas nuevas en el mismo sitio. Por tanto, es preciso hacer este reclamo como se indica.

Para hacer efectivo este beneficio debe verificarse que la rotura haya ocurrido entre el momento en que el equipaje fue embarcado y el momento en que debió ser entregado al Titular al desembarcar. Adicionalmente el caso debe haber sido informado a la Central de Asistencias de SBI dentro de las 72 horas de ocurrido el siniestro y el Titular deberá presentar a SBI el comprobante de denuncia otorgado por la línea aérea o naviera y los comprobantes originales por el arreglo de las roturas o reposición del equipaje.

C. TEMAS RELACIONADOS CON RETORNO ANTICIPADO, CANCELACIONES, DEMORA DE VUELOS, INTERRUPCION.

(23) ***Viaje de regreso por fallecimiento de familiar.***

Si el Titular debiera retornar a su país de residencia habitual por causa del fallecimiento de un familiar directo dentro del primer grado de consanguinidad (padres, cónyuge, hijos o hermanos) allí residente, SBI se hará cargo de la diferencia del costo del pasaje aéreo de regreso del Titular a su país de origen, únicamente cuando su pasaje restrinja el regreso con un cargo impuesto por la aerolínea. 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 adquirido por el Titular, SBI recuperará siempre dicho pasaje y sufragará solo la diferencia eventualmente existente entre éste y el que imponga la prestación de este servicio.

(24) ***Regreso por siniestro grave en domicilio.***

En caso de incendio, explosión, inundación o robo con daños y violencia en el domicilio de un Titular,

mientras éste se encuentre de viaje y si su ticket/pasaje aéreo original de regreso no le permitiera el cambio gratuito de fecha salvo el pago de un cargo impuesto por la aerolínea, el proveedor tomará a su cargo la diferencia que correspondiese o el costo de un nuevo pasaje en clase turista o la reemisión del mismo con cargo a la diferencia de tarifa y penalidad por tal motivo, 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 de Asistencias el original de la denuncia policial correspondiente, dentro de las 72 horas siguientes al suceso o desde que sea conocido. El Titular deberá indefectiblemente comunicarse con la Central de Asistencias a fin de ser autorizado. No serán aceptados pedidos de reembolso sin ninguna justificación debidamente documentada a satisfacción de SBI.

(25) ***Gastos por vuelo demorado o cancelado.***

Si una vez en el exterior, cualquier vuelo del Titular fuera demorado por más de seis (6) horas consecutivas a la programada originalmente o bien fuese cancelado por la aerolínea transportista, sin que la misma haya dado solución alterna al Titular y siempre y cuando no exista otra alternativa de transporte durante dicho lapso, SBI reintegrará hasta el tope de cobertura convenido, los gastos de hotel, comidas y comunicaciones realizadas durante la demora y contra la presentación de sus comprobantes originales, acompañados de un certificado de la compañía aérea, reflejando la demora o cancelación sufrida por el vuelo del Titular. Este servicio no se brindará si el Titular viajara con un billete sujeto a disponibilidad de espacio o si la aerolínea provee al Titular de dichos servicios compensatorios. En todo caso el Titular deberá notificar al Centro de Asistencia sobre esta situación dentro de las 72 horas de ocurrido el incidente.

(26) ***Pérdida o conexión de vuelo o tren.***

Si el Titular perdiese la conexión de un vuelo o tren con destino internacional y/o vuelos o trayectos en tren directos al exterior, por cualquier causa ajena a la aerolínea y no excluida, SBI asumirá, hasta los límites de responsabilidad máxima contratada, el pago de penalidades a la aerolínea o empresa de trenes respectiva por la emisión , reemisión o compra de nuevos tiquetes, así como por concepto de alimentación, llamadas y hotel al Titular con base a los límites de su plan/Frente de póliza. Este beneficio aplica incluso en vuelos dentro del país de residencia (excluyendo los vuelos iniciados en la ciudad de residencia habitual del pasajero o los que se originen a menos de 100 kms de distancia de la misma) pero siempre que se trate de conexión con vuelos internacionales.

El cliente deberá notificar de este suceso a SBI **el mismo día** que sucede el hecho.

Para aplicar a este beneficio el Titular deberá comunicarse desde el aeropuerto o estación de trenes donde se origina la aplicación de este beneficio.

(27) ***Pérdida de embarque en crucero.***

Exclusivamente cuando el Titular no hubiese podido embarcar en la fecha de zarpe inicial programado de su crucero, por causa de un retraso de su vuelo de conexión por más de (6) horas, sobre la hora originalmente prevista, SBI se hará cargo del costo de un billete de avión de ida solamente en clase turista de una línea aérea comercial, desde el aeropuerto más cercano al puerto de embarque hasta el aeropuerto más próximo al siguiente puerto de parada del crucero contratado. Éste beneficio se prestará a modo de reembolso tras presentación de los debidos comprobantes y reclamación ante la aerolínea transportadora, PIR si fuese el caso todo a criterio de SBI.

(28) ***Cancelación o interrupción de viaje contratado.***

SBI brinda a los Titulares de sus planes que así lo establezcan y hasta el tope de cobertura según el plan contratado, las penalidades por cancelar anticipadamente o interrumpir un viaje conocido como tours, paquetes turísticos, excursiones, boletos aéreos y cruceros que hayan sido organizados por una agencia de viajes (tour operador) o empresa naviera profesional debidamente acreditada en el destino de dicho viaje. La edad mínima para la aplicación de este beneficio es de 1 año de edad

y la máxima de 70 años de edad.

En forma excepcional y solamente en caso de fallecimiento de un Titular, cuya edad se encuentre comprendida entre los 71 años de edad y menos de 85 años cumplidos, SBI otorgará el beneficio aquí establecido.

Para ser acreedor de este beneficio por cancelación o interrupción, el Titular del plan/Frente de póliza deberá:

1. En el caso de cancelación anticipada, salvo en el caso de los planes anuales, EL Titular deberá haber contratado el plan dentro de las 72 horas siguientes en que se contrate el paquete turístico y/o crucero. En el caso de los planes anuales, el paquete turístico o crucero deberá haberse adquirido por lo menos con 45 días de anticipación a cada viaje que hubiere programado y pagado totalmente. En todo caso siempre y cuando no haya iniciado el periodo de penalidades publicados por la agencia de viajes o naviera.
2. En el caso de interrupción de un viaje contratado una vez iniciado el itinerario y estadía del Titular en el exterior, debe haberse generado la aplicación efectiva de penalidades de cancelación por los prestadores de los servicios pre-contratados y pagados, que reflejen una pérdida total o parcial del precio pagado a uno o más proveedores.
3. Dar aviso a la Central de Asistencias en un máximo de 72 horas luego de ocurrido el evento que motiva la cancelación.
4. Presentar toda la documentación que SBI 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 o interrupción del viaje (informe médico, partida de defunción, entre otros), cartas de los respectivos prestadores del servicio, facturas, recibos de pago. (Ver requisitos específicos en los casos de cruceros abajo señalados).

Cancelación de un viaje de Crucero antes de su inicio:

El Titular deberá en este caso:

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

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

EL Titular Deberá obtener de la naviera un comprobante que demuestre el monto de la penalidad efectivamente aplicada a su contrato de crucero en particular y el monto del reembolso si fuere el caso. Una vez obtenida la documentación anterior, deberá demostrar por escrito a SBI en forma clara y fehaciente que la causal o causales que ocasionaron la cancelación de viaje de crucero es de las cubiertas por el plan y enviar a la Central de Asistencia toda dicha documentación para su eventual comprobación por parte de SBI y reembolso de ser procedente.

En el supuesto que el Titular acordase con la empresa de cruceros cualquier tipo de arreglo, mediante el cual en lugar de que le sean aplicables las penalidades contractuales, pueda viajar en un futuro en otro crucero, el Titular perderá automáticamente el beneficio de Cancelación acá previsto.

Son causas justificadas a los efectos del presente beneficio para el Titular:

a. El fallecimiento, accidente o enfermedad grave no preexistente del Titular o familiar en primer grado de consanguinidad (padres, hijos o hermanos) o cónyuge, entendiéndose por enfermedad grave una alteración de la salud que, a juicio del Departamento Médico de la Central de Asistencias, imposibilite al Titular para iniciar el viaje en la fecha contratada originalmente.
b. La convocatoria como parte, testigo o jurado de un tribunal en un proceso judicial a celebrarse en las fechas previstas del crucero.
c. Los daños que, por incendio, robo, hurto o por la fuerza de la naturaleza en su residencia habitual o en sus locales profesionales que los hagan inhabitables y justifican ineludiblemente su presencia.
d. Cuarentena médica como consecuencia de un suceso accidental.
e. Despido laboral comprobado, con fecha posterior a la contratación del plan de asistencia.
f. Convocatoria de emergencia para prestación de servicio militar, médico o público.
g. Si la persona que ha de acompañar al Titular en el viaje, entendiéndose como tal(es) a la(s) persona(s) que compartan el mismo camarote de crucero con el Titular, o sea(n) familiar(es) de primer grado de consanguinidad (padres, hijos o hermanos) o cónyuge, también poseedor(es) de un plan de asistencia en las mismas condiciones que el Titular y dicho(s) acompañante(s) se viese(n) obligado(s) a anular el viaje por alguna de las causas enumeradas anteriormente.

Adquirido el plan en las condiciones antes indicadas, y de ser aplicable el beneficio, la vigencia del mismo comienza en el momento en que el Titular adquiere su plan de asistencia y finaliza en el momento de inicio de viaje.

(29) ***Acompañamiento de menores de 15 años.***

Si un Titular viajara como única compañía de menores de quince (15) años, los cuales también sean Titulares de un plan de asistencia SBI vigente y debido a causa de enfermedad o accidente constatado por el Departamento Médico de la Central de Asistencia, se viera imposibilitado para ocuparse de ellos, SBI organizará a su cargo el desplazamiento de los menores hasta el domicilio habitual en su país de origen, por el medio que considere más adecuado a criterio de SBI.

(30) ***Traslado de ejecutivo sustituto por hospitalización del Titular.***

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, SBI 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 USD 80 (ochenta dólares) diarios durante un máximo de cinco (5) días.

D. TEMAS DE APOYO, AUXILIO LEGAL Y AFINES.

(31) ***Línea de consultas 24 horas.***

Desde el momento de su adquisición y hasta su vencimiento, los Titulares de un plan SBI, podrán pedir a la Central de Asistencias, informaciones relativas a obligaciones consulares, sanitarias, turísticas y otras concernientes al país de destino. Igualmente estará a disposición de los pasajeros el servicio conserje de SBI donde fuese aplicable.

(32) ***Transmisión de mensajes urgentes.***

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

(33) ***Transferencia de fondos y transferencia de fondos para fianza legal en caso de accidente de tránsito.***

Durante el viaje, en caso de necesidad imperiosa e imprevista y contra su previo depósito en la oficina de SBI, esta gestionará la entrega al Titular en el país donde se encuentre las cantidades

de dinero hasta el límite especificado en el plan contratado. Este beneficio será aplicado una sola vez, cualquiera que sea el lapso de validez del plan de asistencia.
SBI asumirá el costo de transferencia que cobre la empresa o entidad remitente de los fondos al extranjero.

(34) ***Asistencia legal por accidente de tránsito.***

SBI tomará a cargo hasta los topes indicados en el plan, los gastos de honorarios que ocasione la defensa civildel Titular, con motivo de imputársele responsabilidad por un accidente de tránsito.

(35) ***Servicios de Concierge***

El servicio de Concierge SBI se encuentra disponible las 24 horas del día, los 365 días del año para asistir a los Titulares en la consecución de información sobre entradas para espectáculos, arreglos de viaje, renta de vehículos, reservaciones para obras de teatro y cualquier otra información que el Titular pueda necesitar en las principales ciudades del mundo. El Titular será responsable por todos los costos y gastos relacionados con la solicitud de los servicios de asistencia Concierge; este servicio es netamente informativo.

E. OTROS BENEFICIOS

(36) ***Alquiler de Notebook o similares:***

En caso de que el Titular sufriese el robo y/o extravío de su Notebook, tablet, I-Phone o equipos similares durante el viaje, SBI reintegrará los gastos correspondientes al alquiler de un equipo de computación de similares características que el siniestrado y hasta la suma máxima que se detalla en el plan contratado, siempre y cuando se cumplan las condiciones que se detallan a continuación:

a) Que el robo y/o extravío se haya producido durante el viaje del titular.
b) Que la vigencia del voucher comprenda tanto a la fecha del siniestro como a la fecha del alquiler.
c) Que el equipo haya sido debidamente declarado en la Aduana a la salida del país del domicilio real del Titular y al ingreso al país de destino del viaje.
d) Que el Titular presente toda la documentación que acredite la ocurrencia del evento (denuncia policial, declaración de aduana, comprobante del alquiler, etc.).

(37) ***Traducción de documentos comerciales:***

En el caso que el Titular, durante su viaje, requiriese la traducción de un documento comercial desde el español al idioma inglés, francés o portugués o viceversa, SBI se hará cargo de realizar la misma dentro de las 72 horas (setenta y dos) horas de serle requerido. El Titular tendrá derecho a la traducción de un único documento por viaje con un costo que no supere el valor detallado en el plan contratado. SBI no asume ninguna responsabilidad por el contenido del documento original ni por la traducción efectuada.

X. BENEFICIOS ASISTENCIALES DE ADQUISICION ADICIONAL / SUPLEMENTARIA (UPGRADE)

Los Titulares tendrán la opción de adquirir adicionalmente y conjuntamente, pero no por separado, beneficios asistenciales adicionales a los establecidos para cada plan de asistencia en particular de SBI, mediante el pago de un complemento al precio del plan original, todo ello de acuerdo con lo establecido y precios de la oferta pública en la plataforma web de SBI. Los montos máximos por plan y por tipo de beneficio adicional se especifican adelante en detalle.

(A) BENEFICIO ADICIONAL DE FUTURA MAMÁ.

Beneficio que puede ser contratado tan solo por aquellos que adquieran un Frente de

póliza/plan Venta por día.

Este beneficio podrá ser adquirido para mujeres embarazadas que tengan hasta máximo 32 semanas de gestación. Para proceder a la adquisición de este beneficio adicional a un plan SBI, se debe solicitar una certificación del médico ginecólogo/obstetra de la Titular donde indique la capacidad de esta para hacer el viaje sin riesgo aparente. El beneficio aplica para las emergencias relacionadas con el embarazo y que se presenten durante el viaje, incluyendo pero no limitado a controles de emergencia, ecografías de urgencia, asistencias médicas por enfermedades ocasionadas por su situación de embarazo, partos de emergencia por enfermedad o accidente que ponga en riesgo la vida de la madre o del hijo, abortos o cualquier tipo y cualquier asistencia médica derivada de la situación de embarazo. Esta prestación solo tendrá una vigencia máxima de 30 días, contados a partir del inicio del viaje al exterior.

Exclusiones particulares a este beneficio:

a. Controles, ecografías, consultas médicas en general, estudios médicos, etc., que sean parte de los controles rutinarios del proceso de embarazo y no sean considerados de emergencia.
b. Partos y cesáreas de curso normal y en término.
c. Gastos médicos relacionados con el recién nacido.
d. Cuando se compruebe que el motivo del viaje es para atender su parto en el exterior.
e. Cuando se compruebe que la venta del Frente de póliza se realizó posterior a la semana 32 de embarazo.

(B) BENEFICIO ADICIONAL DE PRACTICA DEPORTIVA.

- **Contratado por aquellos que adquieran un Frente de póliza/plan Anual Multiviajes**

Se cubrirán los gastos médicos y hospitalarios resultantes de un Accidente causado por la participación del Titular en la práctica recreativa de alto riesgo, en competencias prácticas profesionales dentro de instalaciones de regulación en pistas o canchas reglamentarias **hasta el 50% del monto máximo** de beneficios por Servicios Médicos de su Plan.

- **Contratado por aquellos que adquieran un Frente de póliza/Corta Estadía**

Se cubrirán los gastos médicos y hospitalarios resultantes de un Accidente causado por la participación del Titular en la práctica recreativa de alto riesgo, en competencias prácticas profesionales dentro de instalaciones de regulación en pistas o canchas reglamentarias **hasta USD 25.000 de monto máximo**.

- **Contratado por aquellos que adquieran un Frente de póliza/Larga Estadía**

Se cubrirán los gastos médicos y hospitalarios resultantes de un Accidente causado por la participación del Titular en la práctica recreativa de alto riesgo, en competencias prácticas profesionales dentro de instalaciones de regulación en pistas o canchas reglamentarias **hasta USD 25.000 de monto máximo**.

Deporte Peligroso significa cualquier actividad, competencia, evento atlético o deportivo de cualquier clase, tanto de naturaleza privada como profesional o amateur, e incluyendo las sesiones de práctica y entrenamiento de este, que presente un alto grado de riesgo o peligro para la integridad física y/o emocional de la persona que participa en dicha actividad, competencia o evento.

Deportes Peligrosos incluyen aunque no están limitados a: acrobacia, aladeltismo, automovilismo, aviación, baloncesto, balompié, baseball, boxeo, saldo de bungee, carreras de caballos, bicicletas y cualquiera otra clase de carreras, deportes invernales practicados dentro de las instalaciones de regulación en pistas reglamentarias de acceso controlado, incluyendo el uso de trineos, alpinismo, tobogán y otros medios de deslizamiento, hockey, jet-sky, jumping, lucha libre, motociclismo, motonetas, patinaje sobre pista o hielo, paracaidismo, pesca submarina, rafting, rugby, sky acuático,

trekking y vuelos de planeador.

XI. PROCESOS DE REEMBOLSOS.

SBI se obliga a analizar cada solicitud de reembolso para determinar si es procedente y en consecuencia reintegrar los montos que correspondieren de acuerdo con las presentes Condiciones y montos de beneficios del Plan contratado o adjudicado. Todas las compensaciones y/o reintegros y/o demás gastos que vayan a asumirse por SBI, en el marco del presente contrato, serán abonados en U.S. Dólares o moneda local a opción del Titular. Los comprobantes necesarios para determinar la procedencia del reembolso deberán incluir: facturas originales de los profesionales y/o centros médicos intervinientes en la asistencia con clara indicación de diagnóstico, historia clínica, formulario de ingreso en caso de internación emitido por el establecimiento asistencial, detalle de prestaciones y facturas de farmacias con descripción de medicamentos adquiridos, que deberán ser coincidentes en calidad y cantidad con los prescriptos por el profesional actuante en la ocasión.

Los tiempos establecidos para el procesamiento de un reembolso son:

I. Siempre y cuando la Central de Asistencia haya autorizado gastos a pagar por el Titular directamente al proveedor de un servicio, el Titular tiene hasta treinta (30) días continuos a partir de ocurrido el evento o suceso que dio origen a la asistencia 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, SBI tiene hasta cinco (5) días continuos para solicitar cualquier documento adicional o faltante que no haya sido entregado por el Titular.

III. Con todos los documentos necesarios en mano, SBI 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, SBI 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 bancaria a la cuenta del Titular.

V. Los reembolsos pagados directamente por SBI pueden hacerse a través de transferencia bancaria o giro postal. SBI asumirá los gastos generados por la agencia de giro postal o los cobros directos de su entidad bancaria; cargos adicionales realizados por el banco del Titular serán cubiertos por el mismo.

Para el caso específico de eventos ocurridos en los Estados Unidos de América, donde se proceda por reembolso de gastos pagados por el Titular, los valores de referencia a utilizar serán los que en dicho país se conocen como **"Usual and Customary amount**", los cuales no necesariamente sean los facturados.

Los gastos le serán reembolsados por SBI contra la presentación de comprobantes fehacientes y hasta el límite indicado en su Frente de póliza/plan. Estos comprobantes deberán incluir: facturas originales de los profesionales y/o centros médicos intervinientes en la asistencia con clara indicación de diagnóstico, historia clínica, formulario de ingreso en caso de internación emitido por el establecimiento asistencial, detalle de prestaciones y facturas de farmacias con descripción de medicamentos adquiridos, que deberán ser coincidentes en calidad y cantidad con los prescriptos por el profesional actuante en la ocasión.

XII. EXCLUSIONES APLICABLES A TODOS LOS SERVICIOS Y BENEFICIOS DE LOS PLANES SBI

Quedan expresamente excluidos del sistema de asistencia SBI los eventos siguientes:

1. Enfermedades crónicas o preexistentes, definidas, o recurrentes, padecidas declaradas o diagnosticadas con anterioridad al inicio de la vigencia del plan y/o del viaje, , así como sus agudizaciones, secuelas y consecuencias directas o indirectas (incluso cuando las mismas aparezcan por primera vez durante el viaje). Se deja constancia y se informa que los gastos de medicamentos por concepto de enfermedades preexistentes no serán asumidos por SBI. Se encuentran excluidos los medicamentos por tratamiento de enfermedades mentales o psíquicas o emocionales, aun en los casos donde la consulta médica haya sido autorizada por el especialista en medicina designado por SBI.

   Se aclara que SBI no asumirá ningún gasto de internación cuando esta obedezca a una enfermedad preexistente, condición crónica o hacen parte de las exclusiones, salvo aquellos planes que contemplen beneficios de preexistencias específicas y se dé cumplimiento a las específicas condiciones de dicha inclusión.
2. En caso se determine que el motivo del viaje fue el tratamiento en el extranjero para una condición crónica o preexistente, la Dirección Central de Emergencias negará cobertura.
3. 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 en estas Condiciones Generales, salvo en planes que contemplen preexistencias.
4. SBI no cubrirá de ninguna manera ni en cualquiera de sus planes procedimientos dialíticos, trasplantes, tratamientos oncológicos y psiquiátricos; audífonos, anteojos, lentes de contacto, puentes o prótesis dentales, marcapasos, desfibriladores implantables, respiradores ambulatorios, dispositivos implantables, material descartable especifico, enfermedades producidas por ingestión de drogas, narcóticos, medicinas tomadas sin prescripción médica fehaciente, alcoholismo, etc.
5. Enfermedades, lesiones, afecciones o complicaciones médicas resultantes de tratamientos efectuados o llevados a cabo por personas o profesionales no autorizados por el Departamento Médico de la Central de Asistencias de SBI.
6. Los tratamientos homeopáticos, tratamientos de acupuntura, la quinesioterapia, las curas termales, la podología, manicura, pedicura, etc.
7. Las afecciones, las enfermedades o lesiones derivadas de empresa, intento o acción criminal o penal del Titular, directa o indirectamente como peleas, riñas, flagelaciones, etc.
8. Afecciones, quemaduras o lesiones consecuentes y resultantes de la exposición prolongada al sol o fuentes de calor, químicas, rayos UV.
9. Los tratamientos odontológicos de conductos, endodoncias, 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.
10. Eventos ocurridos como consecuencia de simple entrenamientos, prácticas sencillas o participación activa o no activa en competencias deportivas (profesionales o amateurs). Además quedan expresamente excluidas las ocurrencias consecuentes a la práctica de deportes peligrosos o de riesgos o extremos incluyendo pero no limitando a: Motociclismo, Automovilismo, Boxeo, Polo, Ski acuático, Buceo, Ala Deltismo, Kartismo, Cuatrimotos, Alpinismo, Ski , Football, Boxeo, Canotaje, Parapente , Kayak, Bádminton, Básquetbol, Voleibol, Hándbol, karate do, Kung fú, Judo, Tiro al arco, Tiro fusil, Tejo, Rappel, Buceo, Torrentismo, Montañismo, Escalada, Puenting, Atletismo, Ciclismo, Luge Espeleología, Skeleton, la Caza de animales, Bobsleigh, etc., y otros deportes practicados fuera de pistas reglamentarias y autorizadas por las respectivas federaciones de deportes. Salvo el plan al cual se haya agregado por adquisición de Upgrade la asistencia específica allí determinada para la práctica deportiva, la cual 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.

11. SBI quedará eximida de toda responsabilidad de prestar sus servicios o asumir costos, si el motivo del viaje del Titular fuese la ejecución de trabajos o tareas que involucren un riesgo profesional, por realizar tareas de alta especialización en donde se exponga la vida; o se esté expuesto a sustancias peligrosas; o al manejo de maquinarias pesadas; o que funcionen con gases, presión de aire o fluidos hidroneumáticos; o que requieran habilidades físicas especiales, o donde se vea expuesto a peligro y como consecuencia de ello sufra el Titular un accidente o una enfermedad consecuencial; o bien realice labores que de acuerdo con las normas generales de seguridad industrial del país en donde se ejecuten dichos trabajos, las cuales exijan el cumplimiento formal de las mismas previa la ejecución de los mismos, estableciendo responsabilidad patronal para aquella persona natural o jurídica para la cual se ejecuten los mismos. Esta normatividad aplica igualmente a aquellas personas que no estén ligadas laboralmente con una empresa y que actúan por su cuenta; como por ejemplo trabajadores independientes.

12. SBI no 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).

13. Los partos, abortos, controles ginecológicos, exámenes relacionados con los mismos y también todos los métodos anticonceptivos, salvo en los productos que contemplen la prestación Futura Mamá, pero en todo caso no se cubren exámenes ni controles rutinarios. Tampoco se cubrirán las pastillas anticonceptivas, inyecciones anticonceptivas, dispositivos intrauterinos o cualquier otro método de planificación familiar.

14. 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.

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

16. Se excluyen de los gastos cubiertos por alojamiento hotelero, los referentes a alimentación, lavandería, bar, telefonía o servicios complementarios solicitados al hotel o a terceros.

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

17. El suicidio, o 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.

18. Los Eventos como consecuencia de actos de guerra, invasión, actos cometidos por enemigos extranjeros o nacionales, terrorismo en todas sus formas, hostilidades u operaciones de guerra (declarada o no), 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.

19. Los accidentes cuyo origen se deban a impericia, desacato a normas o procedimientos, negligencia, descuido, provocación o la falta de medidas de prevención por parte del Titular.

20. Los gastos por concepto de segunda consulta médica, así como la solicitud unilateral del Titular al prestador de servicios médicos y recibir los mismos sin haber solicitado y

recibido previamente la autorización de la Central de Asistencias de SBI.

21. Los exámenes médicos de rutina, los exámenes de laboratorio para chequeos médicos, los exámenes de diagnóstico y o de controles, exámenes de laboratorio o radiológicos o de otros medios, cuya finalidad es la de establecer si la enfermedad es una preexistencia, tales como los exámenes de radiología, el Doppler, las resonancias magnéticas, tomografías, ultrasonidos, imágenes, scanner de toda índole, etc.
22. Gastos correspondientes a transportes públicos o privados o desplazamientos pagados por el Titular desde su hotel o lugar donde esté hasta el centro hospitalario, o centro médico, o consultorio del médico. A menos que dichos gastos hayan sido expresamente autorizados en forma escrita o verbal por la Central de Asistencias.
23. Las enfermedades derivadas o debidas o consecuentes de las deformaciones congénitas conocidas o no por el Titular.
24. Lesiones o accidentes como pasajeros derivados de accidentes aéreos en aviones no destinados ni autorizados como transporte público comercial de itinerario publicado, incluyendo los vuelos fletados particulares o comerciales en cualquier aeronave fletada (chárter).
25. 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.
26. Las enfermedades, o indisposiciones resultantes de trastornos del periodo menstrual en las mujeres, como adelantos o retrasos, así como sangrados, flujos y otros.
27. Problemas relacionados con la tiroides; enfermedades hepáticas, cirrosis, abscesos, hernias, pruebas de esfuerzo y cualquier tipo de chequeo médico preventivo.
28. Lesiones de conductor o pasajero por el uso de cualquier tipo de vehículos, incluidos bicicletas, motocicletas y velomotores sin licencia de conducir, o sin casco, o sin seguros contratados.
29. Están excluidos los accidentes y enfermedades presentadas en países en guerra civil o extranjera. Ejemplo: Afganistán, Siria, Irak, Sudan, Somalia, Corea del Norte, etc. (la enumeración es taxativa y no enunciativa).
30. SBI no tomará a su cargo costos por fisioterapias referidas para el tratamiento de dolencias relacionadas a accidentes laborales, tareas repetitivas o enfermedades crónicas y/o degenerativas de los huesos o músculos. Las fisioterapias se cubrirán únicamente en caso tal que la dolencia haya sido ocasionada por un accidente no laboral bajo autorización previa del Departamento Médico de la Central de Asistencias en caso tal que se determine que con las mismas el Titular podrá mejorar su condición actual y bajo ningún motivo, podrá exceder las diez (10) sesiones.
31. En caso de constatarse que el motivo del viaje fuera el tratamiento en el extranjero de una enfermedad de base, crónica o prexistente y que el tratamiento actual tenga alguna vinculación directa o indirecta con la dolencia previa motivo del viaje, SBI quedará relevada de prestar sus servicios. A tal fin SBI realizará la debida investigación sobre las causas y conexiones del hecho actual con la dolencia previa. En casos de constatarse que el motivo del viaje fuera el tratamiento en el extranjero de **una** enfermedad crónica o preexistente, SBI denegará la asistencia.
32. No rige el beneficio de demora de equipaje, ni se otorgará compensación alguna, si la demora del equipaje ocurren en el vuelo de regreso al país donde se haya emitido el boleto o ticket y/o de residencia habitual del Titular.

XIII. JURISDICCION APLICABLE.

Queda expresamente convenido entre las partes, en lo relativo a la relación contractual entre el Titular del Frente de póliza/Plan con SBI, así como entre él y los proveedores por cualquier problema derivado de la prestación de servicios asistenciales al mismo proporcionados por

estos, así como por 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 la ciudad de Montevideo, de la República Oriental del Uruguay, con exclusión de cualquier otro foro y jurisdicción que pudiera corresponder.

XIV. SUBROGACION.

Hasta la concurrencia de las sumas desembolsadas en cumplimiento de las obligaciones emanadas de las presentes Condiciones, SBI quedará automáticamente subrogada en los derechos y acciones que puedan corresponder al Titular o a sus herederos contra terceras personas físicas o jurídicas, en virtud del siniestro indemnizado.

Además, el Titular del Plan se compromete a abonar en el acto a SBI 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:

a. Terceros responsables de un accidente de tránsito.
b. Empresas de transporte, en lo atinente a la restitución - total o parcial - del precio de pasajes no utilizados, cuando SBI haya tomado a su cargo el traslado del Titular o de sus restos.

En consecuencia, el Titular cede irrevocablemente a favor de SBI los derechos y acciones comprendidos en la presente cláusula, obligándose a llevar a cabo la totalidad de los actos jurídicos que a tal efecto resulten necesarios y a prestar toda la colaboración que le sea requerida con motivo de la subrogación acordada.

XV. RECURSO.

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

XVI. RESPONSABILIDAD.

SBI, 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 (proveedores) designadas por SBI serán tenidas como agentes del Titular sin recurso de naturaleza o circunstancia alguna contra SBI, en razón de tal designación. SBI 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.

XVII. CLAUSULA OFAC.

La cobertura excluye expresamente la obligación de pago proveniente de riesgos que impliquen transacciones financieras que le estén prohibidas de conformidad con la reglamentación de "Office of Foreign Assets Control" del Gobierno de los Estados Unidos de Norte América,

respecto de cualquier asegurado o Titular (persona física, moral o país) que esté incluido en la lista que tal dependencia emite.

XVIII. CUMPLIMIENTO.

1. El Titular, Tomador, Asegurado y/o Beneficiario declara que conoce y comprende el alcance y contenido del presente contrato.

2. El Titular, Tomador, Asegurado y/o Beneficiario declara que autoriza la comunicación o transmisión de información de datos personales con personas o sociedades en la región o en el exterior en las que SBI confíe sin previo consentimiento por parte del titular, para los solos fines de la prestación del servicio contratados mediante el presente contrato. SBI declara que toda información se regirá por la Política de Manejo y Protección de Información Personal, así como a la Ley N° 19.331.