2027



Seguro de Viaje Internacional

International Travel Insurance

TRIPLE-S SALUD

ESTAMOS CONTIGO

TRIPLE-S VIDA

MEDIOS PARA COMUNICARSE CON EL CENTRO DE ASISTENCIA TELEFONICAMENTE:
Numero: [+1 939-475-1760]

MEDIO DE COMUNICACIÓN CON EL CENTRO DE ASISTENCIA POR MEDIOS ELECTRONICOS:
WHATSAPP +18602187561
https://wa.me/18602187561?text=

Importante: Antes de incurrir en cualquier gasto, por favor comunicarse con la Central de Asistencia

TABLA DE BENEFICIOS TSV-10 SEGURO DE VIAJE INTERNACIONAL - ANUAL MULTIVIAJE -	
MONTO DE SEGURO AGREGADO	**$10,000**
BENEFICIOS POR GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD	**MONTO DEL SEGURO**
Consulta Médica	Incluido
Consulta Médica por Especialista	Incluido
Intervenciones Quirúrgicas	Incluido
Unidad de Cuidado Intensivo y Unidad Coronaria	Incluido
Primera consulta clínica en la que se determine la preexistencia de la enfermedad	Hasta $1,000
Complicaciones en el Embarazo	Hasta $500
Medicamentos Recetados	Incluido
Emergencia Dental	Hasta $500
Traslado al Hospital más Cercano	Incluido
Repatriación Sanitaria	Incluido
Repatriación funeraria	Incluido
Gastos de Traslado de un familiar por hospitalización del Asegurado	Pasaje aéreo clase turista + hotel ($80/día máximo 7 días)
Gastos de Hotel por convalecencia	Hasta $1000
Consulta Médica Virtual o por Teléfono	Incluido
Práctica de deportes amateur.	Hasta $1000
Asistencia Psicológica Telefónica	Incluido
Exámenes Médicos	Incluido
Fisioterapias	Hasta un máximo de 10 sesiones
Hospitalización	Incluido

TRIPLE-S VIDA

BENEFICIOS RELACIONADOS CON DOCUMENTOS Y EQUIPAJE	MONTO DEL SEGURO
Demora de equipaje	Hasta $500
Perdida de Equipaje Aéreo	Hasta $1200
Pérdida de Equipaje en Crucero	Hasta $500
Pérdida de Pasaporte	Hasta $500
Compensación por daño de equipaje	Hasta $100
Asistencia en caso de extravío de equipaje/documentos	Asesoramiento al Asegurado 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 Asegurado interponga las denuncias respectivas, y tramite la recuperación de estos.
BENEFICIOS RELACIONADOS CON RETORNO ANTICIPADO, CANCELACIONES, DEMORA DE VUELOS, INTERRUPCION.	**MONTO DEL SEGURO**
Viaje de Regreso por Fallecimiento de Familiar	Diferencia del costo del pasaje aéreo
Pérdida de conexión internacional de vuelo o tren	Hasta $400
Pérdida de Embarque en Crucero	Pasaje aéreo clase turista
Cancelación o Interrupción de Viaje Contratado y Cancelación de un viaje de Crucero totalmente pagado antes de su inicio	Hasta $2000
Pérdida por vuelo demorado o cancelado	Hasta $300
BENEFICIOS DE ASISTENCIAS	**MONTO DEL SEGURO**
Línea de Consulta 24 Horas	Incluido
ENDOSO MANDATORIO	
COVID-19 HASTA 70 AÑOS ENDOSO Gastos Médicos / Aislamiento	Hasta $10,000 / $100 por noche hasta por 14 noches en hotel

1052 Avenida Muñoz Rivera San Juan, PR 00927 PO Box 363786 San Juan, PR 00936-3786 Tel (787) 777-8432

TRIPLE-S VIDA

TRIPLE-S VIDA, INC
1052 Avenida Muñoz Rivera San Juan, PR 00927
PO Box 363786 San Juan, PR 00936-3786
787-777-8432

COVID-19 ENDOSO PARA ASEGURADOS DE TRIPLE-S SALUD

Consideración este endoso forma parte de la póliza a la que se adhiere. Todas las disposiciones de la Póliza que no estén en conflicto con las disposiciones de este endoso aplicarán a este.

Elegibilidad – será elegible todo asegurado que no haya alcanzado los 71 años.

Por la presente se incluye en la sección beneficios de Gastos Médicos de Emergencia por Accidente o Enfermedad el siguiente beneficio:

Gastos Médicos por COVID-19
Pagaremos los gastos incurridos autorizado por la central de asistencias hasta una cantidad que no exceda el límite del monto de seguro para el beneficio de gastos médicos por COVID-19 hasta los 70 años en la Solicitud y Cuadro de Seguro y en este endoso, sujeto al monto agregado, para cubrir los beneficios descritos en este seguro hasta el monto máximo que aplique por tratamientos relacionados directa o indirectamente con la enfermedad del COVID-19, siempre y cuando el Asegurado no alcance los 71 años de edad.

Aislamiento en Hotel por COVID-19
Pagaremos los gastos incurridos autorizados por la central de asistencia hasta una cantidad que no exceda el límite del monto de seguro para el beneficio Aislamiento en hotel por COVID-19 que se indica en la Solicitud y Cuadro de Seguro y en este endoso, cuando el Asegurado 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, la Central de Asistencia cubrirá los gastos de alojamiento exclusivamente de dicho Asegurado, hasta un máximo de catorce (14) noches y hasta el máximo monto que establezca el plan adquirido. No son gastos de hotel los gastos de restaurante, lavandería, telefonía, minibar, alimentos, alimentación ingerida en la habitación, servicios solicitados al hotel o a terceros u otro tipo de gasto cualquiera que este sea. Tampoco es un beneficio en esta cláusula el examen o prueba de detección de COVID 19.

El límite del Beneficio de COVID-19 ENDOSO aplicará se indica en la siguiente tabla:

Beneficios	TRIPLE-S 10
Gastos Médicos	USD 10,000
Aislamiento en Hotel	USD 100 por noche

El asegurado tiene a su disposición los siguientes montos de seguro, sujeto al monto agregado:

a) En la póliza con monto de seguro agregado de $10,000 el monto de seguro para gastos médicos a causa del COVID-19 es $10,000 y el monto de seguro para aislamiento en hotel es $100 por noche hasta por 14 noches.

Terminación - Este endoso terminará cuando ocurra la primera de las siguientes:
1. La terminación de la Póliza,
2. Cuando cumpla 71 años de edad.
3. Cuando paguemos el beneficio del endoso.

Fecha de Vigencia - Este endoso entrará en vigor en la Fecha de Vigencia de la Póliza.

Firmado por **Triple-S Vida, Inc.**

Arturo Carrión
Presidente

TRIPLE-S VIDA

SEGURO DE VIAJE INTERNACIONAL

1052 Avenida Muñoz Rivera San Juan, PR 00927
PO Box 363786 San Juan, PR 00936-3786
787-777-8432

Triple-S Vida, Inc acuerda pagar beneficios por pérdidas resultantes exclusivamente por accidente o enfermedad repentina o imprevista que ocurran mientras Usted se encuentra de viaje fuera de Puerto Rico, de acuerdo con los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones de la póliza.

Esta póliza se emite en consideración a la solicitud y el pago de la prima única por usted.

Esta póliza es un contrato legal entre Usted y Triple-S Vida, Inc.

Firmado por Triple-S Vida, Inc., en la Fecha de la Vigencia de la Póliza.

Arturo Carrión

Presidente

SEGURO DE VIAJE INTERNACIONAL

BENEFICIOS LIMITADOS
NO DEDUCIBLES

Esta Póliza no es un Plan de Seguros de Salud

Esta no es una póliza complementaria a medicare. Si usted o alguna persona propuesta para seguro bajo esta póliza es elegible para beneficios de Medicare, consulte la Guía de Seguros de Salud para personas con Medicare disponible en la Compañía

ESTA PÓLIZA NO ES UN SEGURO MEDICO

INDICE

SECCIÓN PÁGINA

PROCESOS PARA SOLICITAR ASISTENCIA, CENTRAL DE ASISTENCIA 4

DEFINICIONES 4

TERMINACIÓN DEL SEGURO 8

BENEFICIOS DE GASTOS MÉDICOS DE EMERGENCIA POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD 8

Consulta Médica 9

Consulta Médica por Especialista 9

Intervenciones Quirúrgicas 9

Unidad de Cuidado Intensivo y Unidad Coronaria 9

Primera consulta clínica en la que se determine la preexistencia de la enfermedad 9

Complicaciones en el Embarazo 9

Medicamentos Recetados 9

Emergencia Dental 10

Traslado al Hospital más Cercano 10

Repatriación Sanitaria 10

Repatriación funeraria 10

Gastos de Traslado de un familiar por hospitalización del Asegurado 10

Gastos de Hotel por convalecencia 10

Consulta Médica Virtual o por Teléfono 10

Práctica de Deporte Amateur 11

Asistencia Psicológica Telefónica 11

Exámenes Médicos 11

Fisioterapias 11

Hospitalización 11

BENEFICIOS RELACIONADOS CON DOCUMENTOS Y EQUIPAJE 11

Demora de equipaje 12

Pérdida de Equipaje Aéreo 12

Pérdida de Equipaje en Crucero 12

Pérdida de Pasaporte 12

Compensación por daño de equipaje. 13

Asistencia en caso de extravío de equipaje/documentos. 13

BENEFICIOS RELACIONADOS CON RETORNO ANTICIPADO, CANCELACIONES, DEMORA DE VUELOS, INTERRUPCIÓN 13

Viaje de Regreso por Fallecimiento de Familiar 13

Perdida por vuelo demorado o cancelado 13

Pérdida de conexión internacional de vuelo o tren 13

Pérdida de Embarque en Crucero 14
Cancelación o Interrupción de Viaje Contratado 14
BENEFICIOS DE ASISTENCIAS 14
Línea de Consulta 24 Horas 15
LIMITACIONES Y EXCLUSIONES 15
Limitaciones 15
Exclusiones 15
CONDICIONES GENERALES ADICIONALES 17
Moneda 18
Responsabilidad 18
Sobrepago 18
Impuestos 18
Gastos Médicos y gastos relacionados 18
OBLIGACIONES DEL ASEGURADO 18
CIRCUNSTANCIAS EXCEPCIONALES 19
GRABACION Y MONITOREO DE LAS COMUNICACIONES 19
DISPOSICIONES GENERALES 20
Acciones Civiles 20
Aviso y Prueba de Pérdida 20
Cambio de Beneficiarios y Otros Cambios 20
Cargos Bancarios 20
Comunicaciones 21
Cesión 21
Contrato Único, Cambios 21
Derecho a Cancelar y Solicitud de Corrección de la Cubierta 21
Derecho de Terceros 21
Dueño 21
Incontestabilidad después de la Reinstalación 21
Intereses 21
Jurisdicción 21
Límite de Edad 21
Límite de Tiempo para Ciertas Defensas 22
Notificación 22
Pago de Reclamaciones 22
Prueba de Pérdida 22

Prima Insoluta 22
Tiempo para Pago de Reclamaciones 23
Otros Seguros con Nosotros 23

PROCESOS PARA SOLICITAR ASISTENCIA, CENTRAL DE ASISTENCIA

De necesitar asistencia en caso de una emergencia internacional y antes de que el Asegurado se comprometa a cualquier gasto deberá este contactar directamente o por intermedio de un representante personal para pedir ayuda para el asegurado a la Central de Asistencias, **a más tardar dentro de las 72 horas de haber ocurrido la emergencia médica**. **En caso de beneficios relacionados a documentos, equipaje, retorno anticipado, cancelaciones, demora de vuelos, interrupción deberá contactar la Central de Asistencia dentro de las 24 horas de haber ocurrido el evento.**

El no cumplimiento de esta norma acarrea la pérdida automática de cualquier derecho de reclamo de parte del Asegurado.

El Asegurado puede comunicarse con la Central de Asistencia por vía telefónica y electrónica que se indican más adelante.

MEDIOS PARA COMUNICARSE CON LA CENTRAL DE ASISTENCIA TELEFÓNICAMENTE:

Continental Assist Numero: [+1 939-475-1760]

Nota: El teléfono se deberá marcar tal cual como aparecen listado arriba. Asimismo, podrá el Asegurado llamar a través de la operadora internacional del país donde se encuentre, solicitándole dicha llamada por cobro revertido al siguiente teléfono en Estados Unidos de América: [1-786-613-7102]. El Asegurado en todo caso deberá indicar su nombre, número de póliza, fecha de vigencia, el lugar en que se encuentra, teléfono de contacto y el motivo de la solicitud de asistencia.

MEDIO DE COMUNICACIÓN CON LA CENTRAL DE ASISTENCIA POR MEDIOS ELECTRONICOS:

WHATSAPP: [+18602187561]

[https://wa.me/18602187561?text=]

DEFINICIONES

A continuación, el significado de los términos utilizados en esta póliza:

Accidente significa un acontecimiento imprevisto, inesperado, externo que no ha sido intencionalmente ocasionado por el Asegurado, que ocasiona directamente lesión corporal accidental al asegurado y que ocurre por medios accidentales independiente de enfermedad o de cualquier otra causa y que ocurre mientras la póliza está en vigor.

Anual Multiviaje significa que la póliza tiene vigencia por 365 días y ofrece protección para los viajes que el asegurado realice durante la vigencia de la póliza. Sujeto a que cada viaje tiene un máximo de 30 días asegurados.

Asegurado: Es la persona natural cuyo nombre figura en el Cuadro del Seguro y es la única con derecho a recibir los beneficios de este. **Asegurado** de acuerdo con el Plan a base del cual se emite la Póliza:

Si el Plan es:	**Asegurado** Incluye:
Individual	Asegurado solamente

Beneficios adicionales son aquellos beneficios que el Asegurado tiene la opción de adquirir como adición, endoso o suplemento y por tanto le protege hasta el máximo del monto contratado al respecto.

Buena salud; significa que el solicitante no padece de enfermedad grave, importante o seria y está libre de cualquier dolencia que afecte seriamente el vigor o salud general de su sistema.

Catástrofe es un suceso infausto que altera gravemente el orden regular de las cosas, donde se ven implicadas numerosas personas.

Central de Asistencia la compañía Continental Assist encargada de la coordinación de los servicios solicitados en caso de emergencias, su red de proveedores a nivel mundial y los profesionales médicos que intervienen y toman decisión en todos los asuntos y/o prestaciones brindadas o que vayan abrindarse de conformidad con los límites, exclusiones y términos de esta póliza.

Compañía significa Triple-S Vida, Inc.

Covid-19 se entiende por la enfermedad infecciosa conocida como CORONAVIRUS y que ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud como una pandemia a nivel mundial.

Cónyuge es el cónyuge legal del Asegurado.

Domicilio significa que el Asegurado vive permanentemente en Puerto Rico durante al menos 9 meses en el año previo a la compra del seguro.

Examen Médico de Rutina significa aquellos servicios médicos que se organizan a través de citas regulares programadas con un proveedor con el único propósito de monitorear el estado de salud del asegurado en un seguimiento preventivo.

Enfermedad es la condición o trastorno del cuerpo que se origina en una falla orgánica o pérdida de salud. Este término no incluye las enfermedades preexistentes.

Enfermedad Congénita es una patología presente o existente desde antes del momento de nacer.

Enfermedad Crónica es todo proceso patológico continuo, repitiente y persistente en el tiempo, mayor a 90 días de duración.

Enfermedad grave es una alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo y cuya evolución es previsible.

Enfermedad Aguda es el proceso corto y severo de la alteración del estado del cuerpo o alguno de sus órganos, que interrumpe o alterar el equilibrio de las funciones vitales, provocando dolor, debilidad u otra manifestación extraña al comportamiento normal del mismo.

Enfermedad Preexistente se refiere a cualquier enfermedad grave, aguda o crónica o lesión accidental de un Asegurado que, dentro de los 180 días anteriores e incluida la fecha de compra de esta póliza:

a) Presentaba síntoma grave incluyendo las enfermedades congénitas y/o complicaciones de nacimiento; y/o

b) Por las cuales el Asegurado tuvo consultas, exámenes, recibió tratamiento médico o quirúrgico, aviso o diagnóstico, o por las que hubiera incurrido en gastos médicos dentro de los 180 días anteriores a la fecha de inicio de la vigencia de la cobertura del Asegurado bajo esta Póliza.

Enfermedad Recurrente regreso, repetición o aparición de la misma enfermedad, luego de haber sido tratada, independientemente del órgano afectado.

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 Asegurado o de cualquiera de sus órganos, el cual interrumpe 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.

Europa significa los siguientes países:

Albania	Chipre	Georgia	Luxemburgo	Reino Unido
Alemania	Ciudad del Vaticano	Grecia	Macedonia del Norte	República Checa
Andorra	Croacia	Hungria	Malta	Rumania
Armenia	Dinamarca	Irlanda	Moldavia	Rusia
Austria	Eslovaquia	Islandia	Mónaco	San Marino
Azerbaijan	Eslovenia	Italia	Montenegro	Serbia
Bélgica	España	Kazajistán	Noruega	Suecia
Bielorrusia	Estonia	Letonia	Países Bajos	Suiza
Bosnia y Herzegovina	Finlandia	Liechtenstein	Polonia	Turquía
Bulgaria	Francia	Lituania	Portugal	Ucrania

Equipaje significa maleta o bulto que haya sido entregado a empleados del transportista y que fue registrado, etiquetado, despachado desde el terminal del transportista para ser almacenado en la bodega del transportista.

Examen Médico significa prueba o análisis de naturaleza médica relacionado con la enfermedad o accidente cubierto. El examen médico debe tener el propósito de diagnosticar o brindar tratamiento al Asegurado.

Familiar significa familiar en primer grado de consanguinidad ósea padres, hijos, hermanos, cónyuge o pareja.

Fecha de Vigencia es la fecha de comienzo del seguro bajo la Póliza. La Fecha de Vigencia aparece en el Cuadro del Seguro. Describe el lapso de tiempo en que el Asegurado puede obtener servicios de asistencia y beneficios. Es el lapso de tiempo que transcurre desde las cero horas del día de comienzo de validez de dicho plan, estando el Asegurado en el exterior de Puerto Rico, hasta las 24 horas del día del fin de dicha validez. Los beneficios y prestaciones descritos en la póliza tendrán validez siempre y cuando el seguro haya sido pagado a la fecha de inicio del viaje. La finalización de la vigencia implicará la terminación de la cobertura.

Este seguro opera bajo la modalidad de días corridos, por lo tanto, una vez iniciada la vigencia del seguro no es posible interrumpir la misma. Los periodos de días no utilizados incluidos en la Fecha de Vigencia que se indica en el Cuadro de Seguro no son reembolsables. Una vez vencida la vigencia del seguro éste termina automáticamente y no puede reactivarse posteriormente.

Si su seguro fue emitido en la modalidad Anual Multiviajes el seguro ofrece cubierta por un máximo de 30 días en cada viaje realizado durante la vigencia de la póliza.

En el caso que el Asegurado aún esté hospitalizado al momento de la terminación de la cobertura, la Central de Asistencia reconocerá los gastos de hospitalización sujeto a lo que ocurra primero:

a) Hasta agotar el límite de beneficio para hospitalización, o
b) hasta por 7 días adicionales; o
c) Asegurado es dado de alta del hospital

El Asegurado deberá entregar documentos oficiales expedidos por el gobierno de Puerto Rico o el gobierno federal de Estados Unidos de América que demuestren a la Central de Asistencia la fecha de salida desde Puerto Rico y la fecha de entrada al país desde donde solicitó asistencia. Incluyendo pasaporte o visa.

Fuerza Mayor significa circunstancias que por no poderse prever o resistir, inesperado, externo que no ha sido intencionalmente ocasionado por el Asegurado.

Gastos de Hotel se limitan al costo de una habitación sencilla por noche. No son gastos de hotelería los gastos de restaurante, lavandería, telefonía, minibar, alimentación ingerida en la habitación, servicios solicitados al hotel o a terceros u otro tipo de gasto cualquiera que este sea.

Cargo razonables o acostumbrados significa honorario o tarifa que generalmente cobran la mayoría de los proveedores a las personas que viven en la misma área geográfica por el mismo o similar procedimiento, servicio o tratamiento que se prestó al Asegurado.

Gasto incurrido es la cantidad de dinero que el asegurado paga con su propio dinero.

Hijo Dependiente significa hijo, hijastro, hijo legalmente adoptado o hijo de crianza del Asegurado, soltero, que dependa del Asegurado para su sostenimiento y que en la fecha de la solicitud para esta póliza no haya cumplido 21 años de edad, o 25 años de edad si es estudiante matriculado en 12 créditos o más por semestre en una escuela, colegio o universidad acreditada.

Hospital es aquel debidamente acreditado como tal por las autoridades pertinentes. Hospital no incluye instituciones que sean principalmente una casa de convalecencia, hospicio, asilo o institución para el cuidado o tratamiento de alcohólicos, adictos a drogas o ancianos.

Lesión es una herida corporal accidental que requiere tratamiento médico, es la causa directa por la cual se reclama el beneficio y ocurrió durante la vigencia de esta póliza mientras el Asegurado estaba fuera del domicilio.

Médico es el Médico legalmente licenciado en medicina quien actuando dentro del marco de su licencia está autorizado a ofrecer los servicios cubiertos por esta póliza. El médico no puede ser Usted, ningún Asegurado, o ningún miembro inmediato de su familia, entiéndase cónyuge, hijos, padres, abuelos, nietos, hermanos, tíos, sobrinos, primos, suegros, cuñados del Asegurado.

Médico Especialista es el medico con estudios posgraduados que tiene conocimiento especializado en relación con un área específica del cuerpo humano, técnicas quirúrgicas o método diagnóstico determinado.

Medicamente Necesario significa que el cuidado ordenado, recetado o rendido por un Hospital o Medico para atender la lesión o enfermedad es: a) consistente con el diagnóstico y tratamiento; b) adecuado según el estándar de la buena práctica de la medicina, c) el suministro o el servicio provisto es adecuado y se proporciona de manera segura, d) no se provee para la conveniencia del asegurado únicamente.

Médico Tratante es el profesional médico autorizado por la Central de Asistencia, quien asiste al Asegurado en su consultorio o instituto clínico fuera de Puerto Rico habitual del Asegurado

Monto Agregado es la cantidad máxima que se pagará en cada póliza sin importar la cantidad de asegurados cubiertos y la cantidad de reclamaciones presentadas. El Monto Agregado se indica en el Tabla de Beneficios que aparece en el Cuadro de Seguro.

Monto del Seguro es la cantidad máxima que se pagará por beneficio sujeto al monto de seguro agregado

"Nosotros", "nos", o **"nuestro"** se refieren a Triple-S Vida, Inc.

Nuestra **Oficina Principal** se encuentra en 1052 Ave. Muñoz Rivera, San Juan, PR 00927

Nuestra **dirección postal** es: Apartado 363786, San Juan, PR 00936-3786

Pareja persona con quien convive el Asegurado en reconocida relación consensual.

Practica recreativa significa practicar un deporte por diversión y placer, fuera de cualquier tipo de organización u evento con el objetivo entrenar para competir, superar marcas o derrotar al contrincante.

Proveedor es la persona, entidad pública o privada, que prestan servicios asistenciales en las distintas áreas de asistencia a los Asegurados, 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 Asegurados y que conforman en conjunto la red de proveedores de la Compañía.

Sala de Emergencia ser refiere a esa dependencia de un hospital acreditado y autorizado a operar como tal por las autoridades pertinentes. Sala de emergencia no incluye, dispensario, consultorio, oficina u otro centro o lugar de tratamiento o servicios médicos.

Transportista significa persona natural o jurídica que se obliga mediante un contrato a transportar personas o bienes de un lugar a otro, por cualquier medio de transporte.

Tratamiento de Médico de Emergencia: se refiere a los servicios médicos utilizados para responder a las necesidades de atención médica inmediata del Asegurado para evitar la pérdida de la vida o el agravamiento de una enfermedad o lesión.

"Usted", "Su" o **"Suyo"** se refiere al Asegurado de la Póliza.

ELEGIBILIDAD

Un Individuo será elegible para este seguro:

1. Hasta la edad máxima de emisión de 84 años
2. Si su domicilio permanentemente es Puerto Rico y ha vivido en Puerto Rico en los último 9 meses.
3. Para recibir beneficios mientras está viajando fuera de su domicilio

TERMINACIÓN DEL SEGURO

Esta póliza terminará en la primera que ocurra de las siguientes:

a) La muerte del Asegurado.
b) A la fecha de terminación de la póliza
c) A la fecha en que se ha pagado el monto agregado de la póliza.
d) Regreso al domicilio, aunque sea anticipadamente a la fecha declarada de retorno de viaje.
e) Edad terminación a los 85 años.
f) Cuando se pague el monto agregado

BENEFICIOS DE GASTOS MÉDICOS DE EMERGENCIA POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD

Pagaremos hasta el monto de seguro que aplique por los beneficios de gastos médicos de emergencia que son incurridos como consecuencias de una lesión o enfermedad. Los gastos incurridos deben ser gastos razonables o acostumbrados y relacionados con la lesión o enfermedad sufrida y medicamente necesarios.

Si ocurre más de una pérdida cubierta debido al mismo accidente o enfermedad, pagaremos hasta el monto de seguro aplicable, sujeto al monto agregado establecido en el Tabla de Beneficios que aparece en el Cuadro de Seguro independientemente de la cantidad de lesiones recibidas en el accidente o enfermedades sufridas durante la vigencia de la póliza.

Si ocurre más de un accidente o enfermedad durante la vigencia de esta póliza pagaremos hasta el monto de seguro aplicable de cada beneficio reclamado, sujeto al monto agregado que se indica en el Tabla de Beneficios que aparece en el Cuadro de Seguro independientemente de la cantidad de accidentes o enfermedades ocurridas.

Si cualquier pérdida es pagadera en más de un beneficio, pagaremos la pérdida una sola vez bajo el beneficio que pague la mayor cantidad.

Todos los beneficios están sujetos a la autorización de la Central de Asistencia. Todos los gastos realizados sin la autorización de la Central de Asistencia serán por cuenta exclusiva del Asegurado, sin derecho a reembolso ni reclamo.

En caso de beneficios relacionados a gastos médicos de emergencia deberá contactar la Central de Asistencia dentro de las 72 horas.

Todo esto sujeto a que la enfermedad no sea una condición preexistente, excepto cuando el Asegurado pagó la prima del suplemento Beneficios para Enfermedad Preexistente.

Consulta Médica

Pagaremos los gastos incurridos hasta una cantidad que no exceda el límite del monto de seguro agregado que se indica en el Tabla de Beneficios que aparece en el Cuadro de Seguro en caso de accidente o enfermedad aguda e imprevista no preexistente, por consultas entre el asegurado y un médico licenciado con el propósito de determinar cuáles exámenes o procedimientos médicos son apropiados según el estado de salud del asegurado. Las consultas se realizarán en el lugar donde el asegurado se hospeda o en el consultorio médico. Este beneficio no esta disponible para consultas por complicaciones en el embarazo.

Consulta Médica por Especialista

Pagaremos los gastos incurridos hasta una cantidad que no exceda el límite del monto de seguro agregado que se indica en el Tabla de Beneficios que aparece en el Cuadro de Seguro por consultas entre el asegurado y un médico especialista licenciado con el propósito de determinar cuáles exámenes o procedimientos médicos son apropiados según el estado de salud del asegurado. Las consultas se realizarán en el consultorio médico.

Intervenciones Quirúrgicas

Pagaremos los gastos incurridos hasta una cantidad que no exceda el límite del monto de seguro agregado que se indica en el Tabla de Beneficios que aparece en el Cuadro de Seguro por intervenciones quirúrgicas debido a una lesión o enfermedad cubierta.

Unidad de Cuidado Intensivo y Unidad Coronaria

Pagaremos los gastos incurridos hasta una cantidad que no exceda el límite del monto de seguro agregado que se indica en el Tabla de Beneficios que aparece en el Cuadro de Seguro si debido a una lesión o enfermedad el Asegurado es recluido en una Unidad de Cuidado Intensivo o Unidad Coronaria de un hospital. Pagaremos el Beneficio Diario mientras dure la reclusión sin exceder 15 días por periodo de reclusión, o 60 días para todos los periodos de reclusión por vida del Asegurado. Dos periodos de reclusión debido a la misma enfermedad o lesión separados por menos de 30 días, se considerarán parte del mismo periodo de reclusión.

Primera consulta clínica en la que se determine la preexistencia de la enfermedad

Pagaremos los gastos incurridos hasta el límite del monto de seguro que se indica en el Tabla de Beneficios que aparece en el Cuadro de Seguro en el evento de que el Asegurado enferma durante su viaje al exterior, a consecuencia de una enfermedad preexistente, que comenzó antes de comprar este seguro independientemente del momento en que se haga el diagnóstico de la enfermedad.

Complicaciones en el Embarazo

Pagaremos los gastos incurridos hasta el límite del monto de seguro que se indica en el Tabla de Beneficios que aparece en el Cuadro de Seguro, en caso de que la Asegurada embarazada con hasta 28 semanas de gestación sufra una emergencia de salud, por consultas entre la asegurada y un médico licenciado con el propósito de determinar cuáles exámenes o procedimientos médicos son apropiados según el estado de salud de la Asegurada. Las consultas se realizarán en el lugar donde la Asegurada se hospeda o en el consultorio médico.

Medicamentos Recetados

Pagaremos los gastos incurridos hasta una cantidad que no exceda el límite del monto de seguro agregado que se indica en el Tabla de Beneficios que aparece en el Cuadro de Seguro por la compra de medicamentos recetados por el medico autorizado por la Central de Asistencia.

Emergencia Dental

Pagaremos los gastos incurridos hasta el límite del monto de seguro que se indica en el Tabla de Beneficios que aparece en el Cuadro de Seguro, por el tratamiento del diente dañado por lesiones en los dientes sanos y naturales o para aliviar el dolor debido a un accidente o enfermedad cubiertos.

Traslado al Hospital más Cercano

Pagaremos los gastos incurridos hasta una cantidad que no exceda el límite del monto de seguro agregado que se indica en el Tabla de Beneficios que aparece en el Cuadro de Seguro si el Asegurado es trasladado por orden médica al hospital más cercano donde se encuentre disponible el tratamiento médico adecuado debido a una lesión o enfermedad cubierta. Este beneficio incluye el tratamiento que el Asegurado reciba durante el traslado. Este beneficio no cubre ningún gasto incurrido por cualquier servicio médico que reciba el Asegurado una vez que se encuentre en la instalación a la que fue transportado. En el supuesto que fuere necesario el traslado del Asegurado para una consulta médica, a un centro de atención a más de 25 kilómetros de distancia de donde se encuentre para el momento de la solicitud, la Central de Asistencia autorizará el gasto incurrido de traslado en terrestre que hubiere pagado el Asegurado. Es preciso para ello que guarde el comprobante o factura de gasto para su eventual reembolso.

Repatriación Sanitaria

Pagaremos los gastos incurridos hasta una cantidad que no exceda el límite del monto de seguro agregado que se indica en el Tabla de Beneficios que aparece en el Cuadro de Seguro si debido a una lesión o enfermedad cubierta, el Asegurado, por orden medica debe regresar a su domicilio porque no puede continuar con su viaje. La repatriación se efectuará en aerolínea comercial en vuelo regular, sujeto a espacio de asientos, hasta el domicilio del Asegurado. La repatriación sanitaria termina cuando el Asegurado llega al aeropuerto de ingreso del domicilio 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 Asegurado.

Repatriación funeraria

Pagaremos los gastos incurridos hasta una cantidad que no exceda el límite del monto de seguro agregado que se indica en el Tabla de Beneficios que aparece en el Cuadro de Seguro si el Asegurado fallece fuera de su domicilio y los restos del Asegurado han sido repatriados a su domicilio. Este beneficio es únicamente para el pago de los cargos de embalsamamiento, transporte aéreo y contenedor utilizado por la línea aérea o naviera para el transporte del cuerpo. Este beneficio no cubre ningún gasto relacionado con ataúdes, servicios funerarios o mortuorios, entierro o cremación.

Gastos de Traslado de un familiar por hospitalización del Asegurado

Pagaremos los gastos incurridos hasta el límite del monto de seguro que se indica en el Tabla de Beneficios que aparece en el Cuadro de Seguro, en caso de que la hospitalización de un Asegurado, viajando solo y no acompañado, fuese superior a cinco (5) días, la Compañía se harán cargo de un pasaje aéreo en clase turista, sujeto a disponibilidad de espacio para un familiar de compañía. El Asegurado podrá tener derecho a los gastos de hotel de su familiar de compañía, con un máximo de US$ 80 (ochenta dólares de los Estados Unidos de América) diarios durante máximo siete días, o hasta el alta del paciente, lo que suceda primero. Tanto para este beneficio como para cualquier otro beneficio que cubra gastos de hotelería, se explica que el beneficio está limitado 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.

Gastos de Hotel por convalecencia

Pagaremos los gastos de hotel incurridos hasta el límite del monto de seguro que se indica en el Tabla de Beneficios que aparece en el Cuadro de Seguro si debido a una lesión o enfermedad cubierta, el Asegurado luego de una hospitalización cubierta de al menos siete (7) días, por orden médica debe guardar reposo. Este beneficio tiene un máximo de 5 días consecutivos.

Consulta Médica Virtual o por Teléfono

Pagaremos los gastos incurridos hasta una cantidad que no exceda el límite del monto de seguro agregado que se indica en el Tabla de Beneficios que aparece en el Cuadro de Seguro, si debido a una lesión o enfermedad

cubierta, el Asegurado recibe recomendaciones de un profesional de la salud, a través de conferencia telefónica o de otra manera a distancia disponible, orientación con el propósito de aliviar síntomas o para recibir autorización para recibir tratamiento en sala de emergencia, de acuerdo con la severidad de los síntomas que describen los mismos.

Práctica de Deporte Amateur

Pagaremos los gastos incurridos hasta el límite del monto de seguro que se indica en el Tabla de Beneficios que aparece en el Cuadro de Seguro, si debido a una lesión. el Asegurado necesita atención medica como consecuencia de la practica recreativa en los siguientes deportes: 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.

Asistencia Psicológica Telefónica

Pagaremos los gastos incurridos hasta una cantidad que no exceda el límite del monto de seguro agregado que se indica en el Tabla de Beneficios que aparece en el Cuadro de Seguro, si debido a repatriación sanitaria, fallecimiento de un familiar o catástrofe por el que el Asegurado necesita asistencia psicológica durante su viaje de regreso.

Exámenes Médicos

Pagaremos los gastos incurridos hasta una cantidad que no exceda el límite del monto de seguro agregado que se indica en el Tabla de Beneficios que aparece en el Cuadro de Seguro, si debido a una lesión o enfermedad cubierta el Asegurado necesita exámenes médicos.

Fisioterapias

Pagaremos los gastos incurridos hasta una cantidad que no exceda el límite del monto de seguro agregado que se indica en el Tabla de Beneficios que aparece en el Cuadro de Seguro por fisioterapias sin excederse de 10 sesiones debido a un accidente o enfermedad cubierta. Las fisioterapias se cubrirán únicamente en casos en que la dolencia haya sido ocasionada por un accidente no laboral. Este tratamiento debe recibirse durante el viaje.

Hospitalización

Pagaremos los gastos incurridos hasta una cantidad que no exceda el límite del monto de seguro agregado que se indica en el Tabla de Beneficios que aparece en el Cuadro de Seguro, una hospitalización en caso de accidente o enfermedad aguda e imprevista no preexistente hasta el monto máximo que aplique. Este beneficio es pagadero desde el primer día de hospitalización. La reclusión debe comenzar dentro de los 30 días posteriores al accidente. Un día de reclusión significa un período de 24 horas consecutivas. Dos períodos de reclusión separados por menos de 90 días se considerarán parte de un mismo período de reclusión. No se considerará reclusión hospitalaria la estancia en Sala de emergencia, aunque supere el plazo de 24 horas. En períodos inferiores a un mes, la prestación se calculará a razón de 1/30 por día.

BENEFICIOS RELACIONADOS CON DOCUMENTOS Y EQUIPAJE

Pagaremos hasta el monto de seguro que aplique por los beneficios relacionados con documentos y equipaje. Si ocurre más de una pérdida cubierta, pagaremos hasta el monto de seguro aplicable, sujeto al monto agregado establecido en el Tabla de Beneficios que aparece en el Cuadro de Seguro.

Si ocurre más de un accidente o enfermedad durante la vigencia de esta póliza pagaremos hasta el monto de seguro aplicable de cada beneficio reclamado, sujeto al monto agregado que se indica en el Tabla de Beneficios que aparece en el Cuadro de Seguro.

Si cualquier pérdida es pagadera en más de un beneficio, pagaremos la pérdida una sola vez bajo el beneficio que pague la mayor cantidad.

Todos los beneficios están sujeto a la autorización de la Central de Asistencia. Todos los gastos realizados sin la autorización de la Central de Asistencia serán por cuenta exclusiva del Asegurado, sin derecho a reembolso ni reclamo.

En caso de beneficios relacionados a documentos y equipaje, deberá contactar la Central de Asistencia dentro de las 24 horas de haber ocurrido el evento.

Demora de equipaje
Pagaremos el gasto incurrido hasta el límite del monto de seguro que se indica en el Tabla de Beneficios que aparece en el Cuadro de Seguro por los gastos en productos de aseo personal y prendas de vestir como consecuencia de la demora de equipaje a la llegada del país o estado destino del viaje por seis (6) horas o más; sujeto a que (a) la Central de Asistencia autorice este gasto; (b) la Central de Asistencia y el transportista haya sido notificados dentro de las 24 horas siguientes a la demora.

Pérdida de Equipaje Aéreo
Pagaremos una suma igual a la que paga o reconoce el transportista hasta el límite del monto de seguro que se indica en el Tabla de Beneficios que aparece en el Cuadro de Seguro por la pérdida del equipaje durante un vuelo comercial internacional fuera del domicilio; sujeto a que (a) el equipaje haya sido debidamente registrado, etiquetado y despachado en la bodega del avión (b) la Central de Asistencia y el transportista haya sido notificados dentro de las 24 horas siguientes de la pérdida. y (c) que el transportista haya reconocido su responsabilidad. Equipaje significa maleta o bulto que haya sido registrado, etiquetado y despachado desde el terminal del transportista para ser almacenado en la bodega del transportista. Este beneficio excluye la demora de equipaje; las pérdidas parciales. En el evento de que la Central de Asistencia haya autorizado reembolso por demora de equipaje, se reducirá del beneficio de pérdida de equipaje la cantidad reembolsada por concepto de demora de equipaje. Se compensará una (1) maleta por asegurado cubierto. Pérdida de equipaje significa que la maleta se extravió y no fue posible localizarla. Se excluye pérdida o robo de pertenencias contenidas en una maleta.

Pérdida de Equipaje en Crucero

Pagaremos una suma igual a la que paga o reconoce el transportista hasta el límite del monto de seguro que se indica en el Tabla de Beneficios que aparece en el Cuadro de Seguro por la pérdida del equipaje durante el transporte a bordo de un crucero; sujeto a que (a) el equipaje haya sido debidamente registrado, etiquetado y despachado en la bodega de la embarcación (b) el equipaje haya sido debidamente presentado y entregado al personal de la compañía de crucero en el despacho del terminal (c) que la pérdida del equipaje haya ocurrido entre el momento en que el mismo fue entregado al personal autorizado de la compañía de crucero para ser embarcado y el momento en que debió ser devuelto al pasajero al finalizar el viaje. (d) que el transportista haya reconocido su responsabilidad y haya pagado al Asegurado por esta pérdida. (e) la Central de Asistencia y el transportista haya sido notificados dentro de las 24 horas siguientes a la denuncia de la pérdida ante el transportista y (f) que el transportista haya reconocido su responsabilidad. Equipaje significa maleta o bulto que haya sido registrado, etiquetado y despachado desde el terminal del transportista para ser almacenado en la bodega del transportista. Este beneficio excluye la demora de equipaje; las pérdidas parciales. Se compensará una (1) maleta solamente por Asegurado. En el caso de que el bulto faltante estuviera a nombre de varios Asegurados, la compensación será prorrateada entre los mismos, siempre que incluya los correspondientes números de pasaje de cada uno. Pérdida de equipaje significa que la maleta se extravió y no fue posible localizarla. Se excluye pérdida o robo de pertenencias contenidas en una maleta. No tienen derecho a esta compensación las pérdidas ocurridas en transporte terrestre en los puertos. Indicamos que las demoras de equipaje no tienen derecho a una indemnización. El Asegurado solo podrá reclamar el reembolso por concepto de indemnización por pérdida de equipaje únicamente después de que la compañía de crucero responsable de la pérdida haya debidamente indemnizado al Asegurado. No se podrá indemnizar al Asegurado sin el comprobante de pago de la compañía de crucero.

Pérdida de Pasaporte
Pagaremos los gastos incurridos hasta el límite del monto de seguro que se indica en el Tabla de Beneficios que aparece en el Cuadro de Seguro, por la pérdida del pasaporte; sujeto a que (a) Central de Asistencia haya sido notificada dentro de las 24 horas siguientes al extravío fuera de la jurisdicción de Puerto Rico, y (b) presentar evidencia de la denuncia ante las autoridades pertinentes en el estado o país donde ocurrió la pérdida como en el país o estado en donde se emitió el pasaporte.

Compensación por daño de equipaje.
Pagaremos los gastos incurridos hasta el límite del monto de seguro que se indica en el Tabla de Beneficios que aparece en el Cuadro de Seguro, si las maletas del Asegurado 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.

Para hacer efectivo este beneficio la rotura debe ocurrir entre el momento en el que el equipaje fue subido a la zona de carga del avión y el momento en que debió ser entregado al Asegurado en la zona de recogido de equipaje del aeropuerto. Adicionalmente el evento debe haber sido informado a la Central de Asistencias dentro de las 24 horas de ocurrido. El Asegurado deberá presentar a la Central de Asistencia la denuncia presentada a la línea aérea o compañía de crucero y las facturas originales por el arreglo de las roturas o reposición del equipaje.

Asistencia en caso de extravío de equipaje/documentos.
La Central de Asistencia asesorará al Asegurado 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 Asegurado interponga las denuncias respectivas, y tramite la recuperación de estos.

BENEFICIOS RELACIONADOS CON RETORNO ANTICIPADO, CANCELACIONES, DEMORA DE VUELOS, INTERRUPCIÓN

Pagaremos hasta el monto de seguro que aplique por los beneficios relacionados con retorno anticipado, cancelaciones, demora de vuelos, interrupción. Si ocurre más de una pérdida cubierta, pagaremos hasta el monto de seguro aplicable, sujeto al monto agregado establecido en el Tabla de Beneficios que aparece en el Cuadro de Seguro.

Si ocurre más de un accidente o enfermedad durante la vigencia de esta póliza pagaremos hasta el monto de seguro aplicable de cada beneficio reclamado, sujeto al monto agregado que se indica en el Tabla de Beneficios que aparece en el Cuadro de Seguro.

Si cualquier pérdida es pagadera en más de un beneficio, pagaremos la pérdida una sola vez bajo el beneficio que pague la mayor cantidad.

Todos los beneficios están sujeto a la autorización de la Central de Asistencia. Todos los gastos realizados sin la autorización de la Central de Asistencia serán por cuenta exclusiva del Asegurado, sin derecho a reembolso ni reclamo.

En caso de beneficios relacionados a retorno anticipado, cancelaciones, demora de vuelos, interrupción deberá contactar la Central de Asistencia dentro de las 24 horas de haber ocurrido el evento.

Viaje de Regreso por Fallecimiento de Familiar
Pagaremos los gastos incurridos hasta el límite del monto de seguro que se indica en el Tabla de Beneficios que aparece en el Cuadro de Seguro, por la diferencia del costo, si alguna, del pasaje aéreo de regreso al domicilio del Asegurado si debido a fallecimiento de un familiar dentro del primer grado de consanguinidad es decir padres, cónyuge, hijos o hermanos; el Asegurado debe retornar a su domicilio.

Perdida por vuelo demorado o cancelado
Pagaremos los gastos incurridos hasta el límite del monto de seguro que se indica en el Tabla de Beneficios que aparece en el Cuadro de Seguro, en alojamiento, comida y comunicación ocasionado por la demora o cancelación de un vuelo. Si una vez fuera de la jurisdicción de Puerto Rico la salida programada del vuelo fuese retrasado 6 horas o más consecutivas, o fuese cancelado por el transportista y el transportista no provee soluciones alternas al Asegurado. Este beneficio se ofrece solamente a los asegurados que tenían un asiento asignado al momento de la demora o cancelación. Este beneficio excluye los asegurados que viajan con un pasaje sujeto a disponibilidad de espacio. El Asegurado deberá notificar a la Central de Asistencia dentro de 24 horas de ocurrida la demora o cancelación del vuelo.

Pérdida de conexión internacional de vuelo o tren
Pagaremos los gastos incurridos hasta el límite del monto de seguro que se indica en el Tabla de Beneficios que aparece en el Cuadro de Seguro, en alojamiento, comida, comunicación y pago de penalidades por la emisión, reemisión o compra de nuevos boletos ocasionados por la pérdida de la conexión de vuelo o tren en viajes fuera de

la jurisdicción de Puerto Rico. El Asegurado debe comunicarse con la Central de Asistencia en el momento que pierde la conexión desde el aeropuerto o estación de tren.

Pérdida de Embarque en Crucero
Pagaremos los gastos incurridos hasta el límite del monto de seguro que se indica en el Tabla de Beneficios que aparece en el Cuadro de Seguro, en un boleto aéreo de ida solamente en clase turista expedido por una aerolínea comercial desde el aeropuerto más cercano del puerto de embarque hasta el aeropuerto más cercano al siguiente puerto que es la parada programada del crucero como consecuencia de que el Asegurado no pudo embarcar en la fecha de zarpe inicial programada del crucero, por causa de un retraso de su vuelo de conexión por más de seis (6) horas.

Cancelación o Interrupción de Viaje Contratado

Pagaremos los gastos incurridos hasta el límite del monto de seguro que se indica en el Tabla de Beneficios que aparece en el Cuadro de Seguro, por 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 compañía de crucero debidamente acreditada en el destino de dicho viaje.

El Asegurado deberá (1) someter el contrato en donde se indique claramente el procedimiento de aplicaciones de las penalidades o cláusulas penales por cancelación anticipada; (2) deberá presentar un comprobante que demuestre el monto de la penalidad efectivamente aplicada a su contrato en particular y el monto del reembolso si fuere el caso. Una vez obtenida la documentación anterior, (3) deberá demostrar por escrito a la Central de Asistencia en forma clara y fehaciente que la causal o causales que ocasionaron la cancelación de viaje son una de las causas justificadas descritas abajo; (4) Enviar a la Central de Asistencia toda la documentación aquí descrita. En el supuesto que el Asegurado acordase con la empresa cualquier tipo de arreglo, mediante el cual en lugar de que le sean aplicables las penalidades contractuales, pueda viajar en un futuro, este beneficio no será de aplicación.

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 Asegurado adquiere su plan de asistencia y finaliza en el momento de inicio de viaje.

Se considerará causas justificadas para la interrupción o cancelación de un viaje contratado las siguientes causas, sujeto a que se notifique, a la Central de Asistencia, el evento que motiva la cancelación dentro de las 7 horas de ocurrido el evento:

(a) fallecimiento del Asegurado;

(b) accidente del asegurado

(c) enfermedad grave no preexistente;

(d) enfermedad o fallecimiento de familiar en primer grado de consanguinidad ósea padres, hijos, hermanos, cónyuge o pareja;

(e) Convocatoria o emplazamiento que lo obligue a participar como jurado o testigo en un proceso judicial que se celebrará durante las fechas del viaje;

(f) daño 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;

(g) Cuarentena médica como consecuencia de un suceso accidental;

(h) Despido laboral comprobado, con fecha posterior a la contratación del plan de asistencia.

(i) Convocatoria de emergencia para prestación de servicio militar, médico o público.

BENEFICIOS DE ASISTENCIAS

Todos los beneficios están sujeto a la autorización de la Central de Asistencia. Todos los gastos realizados sin la autorización de la Central de Asistencia serán por cuenta exclusiva del Asegurado, sin derecho a reembolso ni reclamo.

Línea de Consulta 24 Horas

Desde el momento de su adquisición y hasta su vencimiento, los Asegurados, podrán pedir a la Central de Asistencias, informaciones relativas a obligaciones consulares y sanitarias. Igualmente estará a disposición de los pasajeros el servicio conserje de la Central de Asistencia donde fuese aplicable.

LIMITACIONES Y EXCLUSIONES

Limitaciones

Esta póliza no ofrece seguro en viajes con el objetivo de recibir tratamiento médico fuera de Puerto Rico.

La Compañía se reserva el derecho de investigar la existencia de la relación directa o indirecta entre el tratamiento recibido y la condición preexistente. En casos de confirmarse que el viaje se utilizó para recibir tratamiento médico fuera de Puerto Rico, la Compañía se reserva el derecho de rescindir la póliza y devolver las primas no devengadas.

La Compañía, no será responsable, por retrasos o incumplimientos debidos a catástrofes, huelgas, guerras, invasiones, actos de sabotaje, hostilidades, rebelión, insurrección, terrorismo o pronunciamientos, manifestaciones populares, radioactividad, epidemia, pandemia o cualquier otra causa de fuerza mayor.

La Central de Asistencia se esfuerza para poner a disposición de los Asegurados los mejores profesionales de la salud y los mejores servicios, sin embargo, no podrán nunca ser tenidos ni total ni parcialmente como responsables por los malos servicios o mala práctica profesional por parte de los profesionales o entidades que ofrecen sus servicios. Esta póliza solamente es una ayuda financiera para recibir servicios por lesiones o enfermedad ocurridos fuera de Puerto Rico.

Todos los beneficios están sujeto a la autorización de la Central de Asistencia. Todos los gastos realizados sin la autorización de la Central de Asistencia serán por cuenta exclusiva del Asegurado, sin derecho a reembolso ni reclamo.

Exclusiones

No Pagaremos beneficios bajo por pérdida resultante de, o causada, directa, indirecta, total o parcialmente, por:

1. Una condición de enfermedad física o mental o tratamiento médico o quirúrgico para esa condición;
2. Una infección bacteriana, a menos que la infección ocurra en una herida o cortadura accidental;
3. Intento de suicidio, herida o lesión autoinfligida sin importar el estado mental del Asegurado. También se considerarán intentos de suicidios cualquier acto de manifiesta irresponsabilidad o imprudencia realizado por el Asegurado.
4. Guerra o acto de guerra, declarada o sin declarar, o servicio militar activo al servicio de cualquier país; invasión, terrorismo, hostilidades, rebelión, insurrección, motines, manifestaciones, tumultos o alteración del orden público ocurrido en el país que el asegurado visita.
5. Comisión o intento de cometer un delito por el Asegurado; peleas, riñas, flagelaciones, enfrentamiento entre dos (2) o más personas; desacato a normas o procedimientos.
6. Estar intoxicado o bajo los efectos de cualquier droga, excepto como fuera recetada por un médico.
7. Estar intoxicado o bajo los efectos del alcohol, de acuerdo con la reglamentación del país donde se encuentre el Asegurado.
8. Conducir un vehículo de motor con un nivel de alcohol en la sangre que excede el límite establecido por ley o bajo los efectos de drogas, excepto como fuera recetado por un médico. De acuerdo con la reglamentación del país donde se encuentre el Asegurado.
9. Vuelo abordo o descenso de cualquier tipo de aeronave, excepto como pasajero por paga en vuelo de

línea aérea comercial.

10. Participación en carreras de vehículos de motor, como conductor o pasajero del vehículo.
11. La inhalación, administración o absorción de cualquier veneno, gas o vapor, ya sea accidental, involuntaria o voluntariamente.
12. Cancelación, reprogramación o interrupción de viaje por causas no justificadas según lo establecido en Cancelación o Interrupción de Viaje Contratado.
13. Arresto del Asegurado.
14. Participación del Asegurado en una empresa criminal.
15. Asegurado tiene 86 año o más a la fecha de la firma de la solicitud.
16. Todo servicio recibido durante la vigencia de la póliza, pero que fue contratado con anterioridad a la vigencia de la póliza.
17. Condiciones preexistentes.
18. Gastos de medicamentos para tratamiento de enfermedades mentales, psíquicas o emocionales, aun en los casos donde la consulta médica haya sido autorizada.
19. Caso en el que se determine que el motivo del viaje fue el tratamiento en el extranjero para una condición crónica o preexistente.
20. Procedimientos de diálisis, trasplantes, tratamientos oncológicos, tratamientos 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 ingeridas sin prescripción médica o de manera diferente a la que fue prescrita, tratamientos para alcoholismo o drogadicción.
21. Enfermedades, lesiones, afecciones o complicaciones médicas resultantes de tratamientos efectuados o llevados a cabo por personas o profesionales no autorizados por la Central de Asistencia.
22. Tratamientos médicos electivos; laboratorios médicos electivos, revisión médica electiva.
23. Todo tipo de enfermedades mentales, nerviosas, o psicológicas
24. El Síndrome de inmune deficiencia adquirida (SIDA) y virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en todas sus formas, secuelas y consecuencias.
25. Lesiones o enfermedad debidas a catástrofes.
26. Los exámenes médicos de rutina.
27. Los exámenes de laboratorio para chequeos médicos, los exámenes de diagnóstico y o de controles, exámenes de laboratorio o radiológicos o de otros medios, en condiciones preexistentes. Excepto si adquiere el suplemento de beneficio para enfermedad preexistente.
28. Enfermedades congénitas del asegurado. Excepto si adquiere el suplemento de beneficio para enfermedad preexistente.
29. Accidente como conductor o pasajero en vehículos de cualquier tipo incluidos vehículos de motor, independientemente que sean vehículos no comerciales, particulares, alquilados, o vuelo chárter; bicicletas, motocicletas, velomotores. Tampoco pagaremos beneficios como conductor o pasajero en vehículos por accidentes al conducir sin licencia de conducir, o como pasajero sin casco, o por participar como conductor o pasajero en vehículos de cualquier tipo sin seguro contratado en específico para la actividad realizada.
30. Lesiones o enfermedades ocurridas en países en guerra civil o en guerra con otro país como por ejemplo Afganistán, Siria, Irak, Sudan, Somalia, Corea del Norte. Esta enumeración es taxativa y no enumerativa.
31. A 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,
32. Al manejo sustancias peligrosas, trabajos bajo superficie o bajo el agua con tanques de oxígeno o escafandra,
33. Al manejo de explosivos;
34. A realizar trabajos sin utilizar las herramientas o utensilios de seguridad industrial básicos y necesarios para desarrollar la labor encomendada.
35. El Asegurado se encuentra en situación migratoria o laboral ilegal. Incluyendo trabajo no declarado en el

país desde donde se requiere la asistencia.

36. A 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, peroen 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.
37. A 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.
38. Por 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 o catástrofe regional o local.
39. Los accidentes cuyo origen se deban a que el Asegurado incumplió instrucciones, leyes o normativas vigentes en el momento en que ocurra el evento.
40. 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.
41. Gastos correspondientes a transportes públicos o privados o desplazamientos pagados por el Asegurado 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 por la Central de Asistencia.
42. Las asistencias por enfermedades endémicas, pandémicas o epidémicas, en países con o sin emergencia sanitaria en caso de que el Asegurado no haya seguido las sugerencias y/o indicaciones sobre restricciones de viaje y/o tratamiento profiláctico y/o vacunaciones emanadas de autoridades sanitarias.
43. Fisioterapias referidas para el tratamiento de dolencias relacionadas a accidentes laborales, tareas repetitivas o enfermedades crónicas y/o degenerativas de los huesos o músculos.
44. En caso de confirmarse que el motivo del viaje fuera el tratamiento en el extranjero de una condición preexistente y que el tratamiento reclamado tenga alguna vinculación directa o indirectacon la dolencia previa motivo del viaje.
45. Por caso fortuito o de fuerza mayor, los cuales se citan a título de ejemplo y no taxativamente: 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.
46. 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.

CONDICIONES GENERALES ADICIONALES

Moneda
Todas las cantidades están indicadas en dólares americanos. Si un gasto incurrido para el cual se ofrece un beneficio en esta póliza se incurre en una moneda extrajera, la tasa de cambio será la tasa reconocida por las entidades oficiales de cambio internacional al momento de incurrir en el gasto. Todos los pagos se realizarán en dólares americanos.

Responsabilidad
La Compañía ni la Central de Asistencia no será responsable por la negligencia, actos ilícitos y/o omisiones de ningún proveedor que provea servicio directa o indirectamente al Asegurado. Tampoco será responsable la negligencia, actos ilícitos y/o omisiones de ningún servicio que se provean o se suscriba por otras Compañías o aseguradoras.

Sobrepago
Si determinamos que pagamos en exceso de la cantidad pagadera en su reclamación, le solicitaremos un reembolso del exceso pagado. Nos reservamos el derecho de aplicar pagos futuros a sobrepagos. Tenemos el derecho a recuperar cualquier pago en exceso de su heredad.

Impuestos
Esta póliza no cubre pagos de impuestos.

Gastos Médicos y gastos relacionados
En ninguna circunstancia pagaremos por gastos médicos incurridos en Puerto Rico o gastos relacionados a tratamientos médicos incurridos en Puerto Rico.

OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

En todos los casos, para la obtención de los beneficios y servicios de asistencia el Asegurado debe:

a) Solicitar y obtener la autorización de la Central de Asistencias antes de tomar cualquier iniciativa o comprometer cualquier gasto en relación con los beneficios otorgados por el seguro. 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.

b) En caso de una situación donde la vida del Asegurado esté en riesgo 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 en el transcurso de las siguientes 72 horas de ocurrido el evento.

   El Asegurado debe obtener la autorización previa de la Central de Asistencia para recibir tratamiento médico por un accidente o enfermedad por el cual la vida del Asegurado no estaba en riesgo. En el evento de que el Asegurado reciba tratamiento por una emergencia, sin la autorización previa de la Central de Asistencia, reembolsaremos el gasto incurrido hasta $300.

c) Notificar a la Central de Asistencias de cualquier circunstancia que requiera de una asistencia, a más tardar dentro de las 72 horas de ocurrido el evento. No notificar dentro de las 72 horas acarrea la pérdida automática de los derechos del Asegurado 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 Asegurado hubiese recibido asistencia abordo, la notificación a la Central de Asistencia deberá ser efectuada dentro de las 24 horas siguientes de finalizado el crucero.

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

e) El Asegurado acepta que nos reservamos el derecho de grabar y auditar las conversaciones telefónicas que estime necesarias para el buen desarrollo de la prestación de sus servicios. El Asegurado 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.

f) 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 salud lo permita y lo requiera.

g) Proveer la documentación que justifique la reclamación, así como todos los comprobantes originales de gastos a ser evaluados para su eventual reembolso por la Central de Asistencia y toda la información médica.

h) En todos aquellos casos en que la Compañía o la Central de Asistencia lo requiera, el Asegurado deberá firmar las autorizaciones para revelar su historia clínica. Asimismo, el Asegurado autoriza a la Compañía o la Central de Asistencia, 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, exclusiones y limitaciones en casos de dolencias crónicas o preexistentes y de la enfermedad o accidente que haya dado origen a su reclamación. Los Asegurados deben autorizar al proveedor a entregar a la Central de Asistencia el récord médico y diligenciar siempre el expediente del hospital 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.

i) Es obligación del Asegurado entregar a la Central de Asistencia el/los boletos de pasaje (tickets) que posea, en aquellos casos en que la Central de Asistencia se haga cargo de la diferencia sobre el o los pasajes originales y los nuevos emitidos, o cuando procedan a la repatriación del Asegurado sea el que fuere el motivo.

En algunos países y principalmente en los Estados Unidos de América, y en Europa, debido a, o 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 la Central de Asistencia. En caso de que esto ocurra, el Asegurado deberá contactar la oficina de la Central de Asistencias y notificar esta situación. La Central se encargará de aclarar dicha situación con el centro hospitalario.

CIRCUNSTANCIAS EXCEPCIONALES

La Compañía no serán responsables por casos fortuitos, que originen retrasos o incumplimientos inimputables debidos a catástrofes naturales, huelgas, guerras, invasiones, actos de sabotaje, hostilidades, rebelión, insurrección, terrorismo o pronunciamientos, manifestaciones populares, radioactividad, o cualquier otra causa de fuerza mayor. Cuando elementos de esta índole interviniesen, Nosotros nos comprometemos a ejecutar nuestros compromisos dentro del menor plazo que fuera posible y siempre y cuando una vez sea factible dicha prestación de servicios y se mantenga la contingencia que la justifique.

Asegurado reconoce que Compañía no es responsable ni tendrá deber de indemnización como consecuencia de cualquier daño, perjuicio, lesión, enfermedad, mala práctica profesional sufrida como resultado de recibir la atención profesional, asistencia médica o de otro tipo. Los proveedores de los beneficios aquí descritos serán considerados como agentes del Asegurado desde el momento en que Asegurado acepta sus servicios. Esta cláusula permanecerá vigente aún después de la terminación del contrato.

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, proveedor, persona física, moral o país que esté incluido en la lista que tal dependencia emite.

GRABACION Y MONITOREO DE LAS COMUNICACIONES

La Compañía y la Central de Asistencia 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 Asegurado presta expresa conformidad con la modalidad indicada y la eventual utilización de los registros como medio de prueba en caso de existencia de controversias respecto de la asistencia prestada.

DISPOSICIONES GENERALES

Acciones Civiles

No se entablará ninguna acción civil en equidad para recobrar, con arreglo a esta póliza, antes de transcurrir 60 días después de haberse suministrado prueba escrita de la pérdida de acuerdo con los requisitos de la Póliza. No se entablará ninguna acción después de transcurridos 1 año desde la fecha en que se requiere se suministre prueba escrita de la pérdida.

Aviso y Prueba de Pérdida

1. **Aviso**
   Debemos recibir, en nuestra Oficina Principal aviso por escrito de la reclamación dentro de los 20 días después de haber ocurrido o comenzado alguna pérdida cubierta por la Póliza, si eso es posible. Si no es posible, debemos recibir el aviso tan pronto como sea razonablemente posible.

2. **Modelo de Reclamaciones**
   Al recibo de aviso por escrito de una reclamación, Nosotros le suministraremos los formularios para la presentación de la prueba de pérdidas. Si Usted no los recibe dentro de los 15 días después de haber dado el aviso, Usted podrá enviarnos la prueba de pérdidas por escrito, describiendo lo ocurrido y la naturaleza y cuantía de las perdidas por las cuales se hace la reclamación, sin tener que esperar por los formularios.

3. **Prueba**

   a) Usted tiene que suministrarnos prueba de pérdida por escrito en nuestra Oficina Principal dentro de los 90 días siguientes a la fecha de la pérdida. Si no es posible someter la prueba dentro de ese límite de tiempo, debe someterse tan pronto sea razonablemente posible y en ningún caso, más tarde de un año a partir de la fecha en que de otro modo se requiera la prueba.
   b) La prueba debe incluir una descripción de lo acaecido y de la naturaleza y extensión de las pérdidas por las cuales se hace la reclamación.
   c) El dejar de suministrar dicha prueba dentro del tiempo requerido no invalidará ni reducirá una reclamación si no fue razonablemente posible someter la prueba dentro de dicho tiempo, siempre que tal prueba se suministre tan pronto como sea razonablemente posible, y en ningún caso, excepto en ausencia de capacidad legal, más tarde de un (1) año a partir de la fecha en que de otro modo se requiera la prueba.

Cambio de Beneficiarios y Otros Cambios

Beneficiario es la persona nombrada por Usted para recibir el beneficio si el asegurado muere. Si dos (2) o más beneficiarios le sobreviven, Nosotros pagaremos en cantidades iguales a cada beneficiario, a menos que usted haya escogido de otro modo.

Usted es la persona con derecho a cambiar el beneficiario y no será necesario el consentimiento de ningún beneficiario para la entrega o cesión de esta póliza o para hacer algún cambio de beneficiario o cualquier otro cambio en esta póliza.

Cargos Bancarios

Nosotros no seremos responsables por ningún cargo bancario aplicado por su banco en cualquier transacción relacionada a una reclamación.

Comunicaciones
Todas las comunicaciones relacionadas a esta póliza serán en español o inglés.

Cesión
Esta póliza es intransferible.

Contrato Único, Cambios
Esta póliza, la solicitud, endosos y otros documentos anejos, si los hubiere, constituyen la totalidad del contrato de seguro. Ningún cambio en esta póliza será válido hasta que sea aprobado por un funcionario ejecutivo nuestro y dicha aprobación sea endosada o adherida a la Póliza. Ningún representante autorizado tiene autoridad para cambiar esta póliza o renunciar a ninguna de sus disposiciones.

Derecho a Cancelar y Solicitud de Corrección de la Cubierta
El Asegurado podrá solicitar la cancelación o la corrección por escrito, siempre que dicha solicitud se efectúe con por lo menos 48 horas de anticipación a la fecha de inicio del viaje programado.

Derecho de Terceros
Solamente Usted y Nosotros podemos requerir el cumplimiento de los términos de esta póliza.

Dueño
El Dueño de esta Póliza es el Asegurado, a menos que se declare de otro modo en la solicitud o se efectúe un cambio posterior. El Dueño puede ejercer todos los derechos bajo la Póliza mientras el Asegurado esté vivo; también puede cambiar el dueño si nos envía una petición escrita para así hacerlo. Si se designa un nuevo dueño, cualquier designación anterior será anulada. Como dueño, puede ejercer todos los derechos bajo la Póliza.

Incontestabilidad después de la Reinstalación
Si esta Póliza se reinstala, será impugnable sólo por causa de fraude o tergiversación de hechos materiales a la reinstalación y sólo por 2 años siguientes a la fecha de reinstalación.

Intereses
Ninguna suma pagadera por nosotros incluirá pago de intereses a menos que haya sido irrazonablemente atrasada. Después de haber recibido toda la información necesaria para analizar la reclamación.

Jurisdicción
Queda expresamente convenido entre las partes, en lo relativo a la relación contractual entre el Asegurado y la Compañía, así como entre el Asegurado y los proveedores por cualquier problema derivado de la prestación de servicios, así como por la 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 del Tribunal de Primera Instancia de Puerto Rico con exclusión de cualquier otro foro y jurisdicción que pudiera corresponder. Esta póliza se interpretará de acuerdo con las Leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. El Tribunal de Primera Instancia de Puerto Rico serán los únicos tribunales con jurisdicción en cualquier reclamación.

Límite de Edad
Cualquier cubierta provista por la Póliza por la cual se pague prima identificable con respecto a esa cubierta y para la cual se dispone su terminación por razón de haber alcanzado cierta edad y si la fecha en que se alcanza tal edad cae dentro de un periodo por el cual Nosotros hayamos aceptado la prima o la aceptemos después de tal fecha, la cubierta provista continuará en vigor por el periodo por el cual se haya aceptado la prima. En caso de que la edad del Asegurado haya sido expresada falsamente, y si de acuerdo con la edad correcta del Asegurado, la cubierta provista por la Póliza no habría sido efectiva o habría cesado con anterioridad a la aceptación de tal prima o primas, entonces nuestra responsabilidad se limitará al reembolso de todas las primas satisfechas por el periodo no cubierto por la Póliza.

Límite de Tiempo para Ciertas Defensas

Después de 2 años de la Fecha de Vigencia de la Póliza, ninguna declaración (excepto declaraciones fraudulentas) hecha por el solicitante en la solicitud para la Póliza podrá utilizarse para anular la Póliza o para denegar una reclamación por pérdida incurrida o incapacidad que comience después de transcurrido dicho periodo de 2 años.

Las declaraciones hechas por el solicitante en la solicitud para esta Póliza se entenderán que son representaciones y no garantías. La impostura, las omisiones, el encubrimiento de hechos y las declaraciones incorrectas no impedirán el cobro con respecto a la Póliza, a menos que: (1) Sean fraudulentas, o (2) sean materiales, bien para la aceptación del riesgo, o para el peligro asumido por Nosotros, o (3) Nosotros de buena fe no hubiésemos expedido la Póliza o provisto cubierta con respecto al riesgo resultante en la pérdida, de habérsenos puesto en conocimiento de los hechos verdaderos, como se requería en la solicitud para la Póliza. Cuando el solicitante incurra en cualquiera de los actos enumerados, se impedirá el cobro solamente cuando el acto u omisión del que se trate hubiere contribuido a la pérdida objeto de la causa de acción.

Ninguna reclamación por pérdida incurrida o por incapacidad (según se definen en la Póliza) que comience después de transcurridos 2 años desde la Fecha de Vigencia de la Póliza, se reducirá o denegará por el fundamento de que, con anterioridad a la Fecha de Vigencia, existía una enfermedad o lesión física no excluida de la cubierta por su nombre o descripción específica, efectiva en la fecha de la pérdida.

Notificación

Toda gestión relacionada con esta póliza que requiera notificación debe ser por escrito y remitirse a nuestra Oficina Principal. Nosotros acusaremos recibo de cualquier notificación de reclamación dentro de los 15 días de recibida.

Pago de Reclamaciones

Las indemnizaciones por pérdida de la vida del Asegurado, así como, otras indemnizaciones devengadas y no pagadas a su muerte se pagarán al beneficiario designado, si lo hubiere, de lo contrario, a la sucesión del Asegurado. Cualesquiera otras indemnizaciones se pagarán al Asegurado; o al Dueño si es diferente al Asegurado.

Si alguna indemnización fuere pagadera a la sucesión del Asegurado, a un menor de edad o de otro modo incompetente legalmente para otorgar carta de pago válida, Nosotros podremos pagar esa indemnización hasta la suma que no exceda de $1,000 a cualquier pariente del Asegurado o del beneficiario que Nosotros consideremos con derecho a la misma. Cualquier pago hecho por Nosotros de buena fe conforme a esta disposición nos relevará de responsabilidad por el importe del pago.

Sujeto a cualquier instrucción escrita del asegurado hecha en la solicitud o en cualquier otra forma, el total o parte de los pagos provistos por esta póliza, por conceptos de servicios de hospital, de enfermeras, médicos o quirúrgicos podrá pagarse a opción de la Compañía y a menos que el asegurado solicite otra cosa por escrito, no más tarde de la fecha fijada para presentar pruebas de dichas pérdidas, directamente al hospital o a la persona que haya prestado tales servicios; pero no se requiere que el servicio se preste por ningún hospital o persona en particular.

Prueba de Pérdida

En caso de reclamación por pérdidas para las cuales esta póliza provea algún pago periódico, a condición de que las pérdidas continúen, deberá suministrársele prueba por escrito a la Compañía, dentro de noventa (90) días después de la terminación del período por el cual la Compañía es responsable, y en caso de reclamación por cualquier otra pérdida dentro de noventa (90) días después de la fecha de dicha pérdida. El dejar de suministrar dicha prueba dentro del tiempo requerido no invalidará ni reducirá ninguna reclamación si no fue razonablemente posible someter la prueba dentro de dicho tiempo, siempre que tal prueba se suministre tan pronto como sea razonablemente posible, y en ningún caso, excepto en ausencia de capacidad legal, más tarde de un (1) año a partir de la fecha en que de otro modo se requiera la prueba.

Prima Insoluta

Al pagarse una reclamación con arreglo a la Póliza, cualquier prima vencida no pagada, podrá deducirse de dicho pago.

Tiempo para Pago de Reclamaciones

Todas las indemnizaciones pagaderas por esta póliza que no sean por pérdida para la cual se provee pago periódico, se pagarán al recibo de la prueba escrita fehaciente de la prueba. Pérdidas para las que se provee pago periódico se pagarán mensualmente al recibo de la prueba y cualquier balance insoluto al finalizar nuestra responsabilidad se pagará inmediatamente al recibo de la prueba.

Otros Seguros con Nosotros

Si el Asegurado tiene cubierta vigente bajo una o más pólizas similares a esta Póliza, pagaremos beneficios bajo la Póliza que Usted elija y devolveremos las primas pagadas por todas las otras pólizas.

Seguros con otros Aseguradores

Si hubiere otra cubierta valida, que no sea con este asegurador, disponiendo beneficios por la misma pérdida, pagaremos los beneficios de la póliza expedida por nosotros de acuerdo a los términos y condiciones aplicables en nuestra póliza, sin exceder el costo usual y acostumbrado, costo incurrido o gasto incurrido según aplique.

ASISTENCIA

La Central de Asistencia puede proveer asistencia y servicios médicos durante su viaje fuera de su domicilio. Es importante que usted conozca su número de póliza y fecha de vigencia del seguro.

Si el Asegurado está lesionado o se enferma mientras viaja fuera de Puerto Rico debe comunicarse inmediatamente con la Central de Asistencia, si usted necesita tratamiento hospitalario como paciente hospitalizado, tratamiento médico, pruebas médicas o ser devuelto a Puerto Rico.

Si usted no puede hacerlo por sí mismo, debe hacer arreglos para que un representante personal se comunique con la Central de Asistencia, por usted inmediatamente.

Si usted o su representante personal no se comunican con la Central de Asistencia su reclamación pudiera ser rechazada.

TRIPLE-S VIDA

TRIPLE-S VIDA, INC
1052 Avenida Muñoz Rivera San Juan, PR 00927
PO Box 363786 San Juan, PR 00936-3786
787-777-8432

ENDOSO PARA ASEGURADOS DE TRIPLE-S SALUD

Consideración este endoso forma parte de la póliza de seguro de viaje internacional a la cual se adhiere y el mismo se emite en consideración a la Solicitud suscrita a través de Triple S Salud, Inc. cuya copia se hace formar parte de la misma.

Las siguientes disposiciones de la póliza se enmiendan como sigue:

a) La definición del término "**Asegurado**" "**Usted**", "**Su**" o "**Suyo**" se sustituye por lo siguiente:

> **Asegurado** – es la persona asegurada en el Plan Médico del Mercado Individual de Niveles Metálicos de Triple S Salud, Inc. bajo el Affordable Care Act (ACA)

b) Se elimina la definición del término "**Beneficios adicionales**".

c) Se añade a la sección "**Definiciones**" la siguiente definición:

> **Solicitud** – se refiere al Formulario de Inscripción de Triple S Salud, Inc. que se adhiere a esta póliza.

d) Se añade el siguiente inciso a la sección **Elegibilidad:**

> 4. Mientras continue asegurado en el plan médico de Triple-S Salud, Inc.

e) Se añade el siguiente inciso a la sección **Terminación del seguro**:

> g) En la fecha en que el asegurado ya no está asegurado en el plan médico de Triple-S Salud, Inc.

f) Se añade la siguiente disposición bajo la sección de **Disposiciones Generales**:

> "PERIODO DE GRACIA
> Se concede un periodo de gracia de 31 días para el pago de cada prima que venza después de la primera, periodo de gracia durante el cual la Póliza continuará en vigor."

g) Se modifica la siguiente disposición bajo la sección de **Disposiciones Generales**:

"DUEÑO

El Dueño de esta Póliza es el pagador del Plan Médico del Mercado Individual de Niveles Metálicos de Triple S Salud, Inc. bajo el Affordable Care Act (ACA), a menos que se declare de otro modo en la solicitud o se efectúe un cambio posterior. Como Dueño, puede ejercer todos los derechos bajo la Póliza mientras el Asegurado esté vivo. También puede cambiar el dueño si nos envía una petición escrita para así hacerlo. Si se designa un nuevo dueño, cualquier designación anterior será anulada. Como dueño, puede ejercer todos los derechos bajo la Póliza.

h) Se incorpora la **TABLA DE BENEFICIOS TSV-10 SEGURO DE VIAJE INTERNACIONAL SOLCS-0522-330 (TSV-10)** a la póliza de seguro de viaje internacional a la cual se adhiere este endoso.

Firmado por Triple-S Vida, Inc., en la Fecha de la Vigencia de la Póliza.

Arturo Carrión
Presidente

787.774.6060
787.792.1370
TTY (audioimpedidos)

Lunes a viernes	7:30 a.m. a 8:00 p.m.
Sábados	9:00 a.m. a 6:00 p.m.
Domingos	11:00 a.m. a 5:00 p.m.

www.ssspr.com