



PÓLIZA DE SEGURO DE VIAJE

guard.me Global

La Póliza de Seguro de Viaje Global de guard.me consta de dos componentes:

1) Póliza de Seguro de Viaje Global de guard.me suscrita por Reliable Life Insurance Company y Old Republic Insurance Company of Canada

BENEFICIO	BENEFICIO MÁXIMO
Cancelación e interrupción del viaje ..Hasta \$5,000*	
Retraso del viaje	\$200
Pérdida de vuelo de conexión.....	\$1,500
Gastos adicionales relacionados con el transporte aéreo.....	\$200
Cancelación por parte del operador turístico	\$1,000
Emergencia médica	\$2,000,000
Incluye evacuación y repatriación por emergencia médica	
Entierro en el destino	\$5,000
Equipaje y efectos personales	\$800
• Máximo por artículo	
• Extravío de equipaje	
• Dinero para uso personal	
Extravío o robo de pasaporte o visa de viaje....	\$500
Extravío o robo de boletos de viaje.....	\$250
Muerte accidental o pérdida de miembros	Hasta \$100,000
Evacuación de seguridad.....	\$100,000

Consulte la Póliza de Seguro de Viaje Internacional adjunta para ver una descripción completa de los beneficios, los términos, las limitaciones y las exclusiones.

2) Cláusula adicional ante terceros para estudiantes internacionales de guard.me suscrita por Unica Insurance Inc.

BENEFICIO	BENEFICIO MÁXIMO
Responsabilidad civil ante terceros.....	\$1,000,000

Consulte la Cláusula adicional adjunta a la Póliza de Seguro de Viaje Global de guard.me para ver una descripción completa de los beneficios, los términos, las condiciones, las limitaciones y las exclusiones.

ANTES DE SU PARTIDA

En esta **Póliza**, las palabras con mayúscula y en negrillas son términos cuya definición aparece en la sección de definiciones de la **Póliza**.

El término **Viaje Cubierto** significa los arreglos de viaje que **Usted** ha asegurado conforme a esta **Póliza**. Para asegurarse de que **Usted** tenga cobertura completa para **Su** viaje, **Usted** debe adquirir el seguro por la duración total de **Su** viaje.

10 DÍAS DE DERECHO PARA REVISAR

Tómese el tiempo de leer **Su Póliza** y revise toda **Su** cobertura. Si **Usted** tiene alguna pregunta puede comunicarse con **guard.me**. **Usted** puede cancelar esta **Póliza** en un plazo de **10 días** después de su compra si **Usted** no ha salido a **Su Viaje Cubierto** y no hay un reclamo en proceso.

AVISO IMPORTANTE

- El seguro de viaje está diseñado para cubrir pérdidas que surjan de circunstancias repentinas e imprevisibles. Es importante que **Usted** lea y entienda **Su Póliza** antes de viajar ya que **Su** cobertura está sujeta a ciertas limitaciones, condiciones o exclusiones.
- Las exclusiones de afecciones preexistentes se aplican a las **Condiciones Médicas** y/o a los síntomas que existían antes de **Su Viaje Cubierto**. Revise para ver cómo se aplican en **Su Póliza** y cómo se relacionan con **Su** fecha de salida, la fecha de compra o la **Fecha de Vigencia**.
- En caso de una Lesión o Enfermedad, se revisará su historial médico anterior cuando se reporte un reclamo.
- Esta **Póliza** proporciona asistencia para viajes y es obligatorio que **Usted** notifique al **Proveedor de Asistencia de Emergencias** antes de recibir **Tratamiento**. Esta **Póliza** limita los beneficios si **Usted** no contacta al proveedor de asistencia en el lapso de tiempo especificado.

TABLA DE CONTENIDO

Requisitos de elegibilidad	Página 3
Esquema de Beneficios Máximos por Plan	Página 4
¿Qué cubre este póliza?	Página 5
Periodos de cobertura	Página 5
Asistencia en viajes	Página 6
Cuándo aplica	Página 6
Lo que proporcionamos, las 24 horas del día los 7 días de la semana	Página 6
¿Qué sucede cuando Usted llama a pedir asistencia?	Página 8
¿Qué hacer cuando necesite asistencia	Página 8
Limitación de los servicios de proveedores de asistencia en caso de emergencias	Página 8
Asistencia de InRoomMD en los Estados Unidos	Página 9
Cuándo aplica	Página 9
Lo que proporcionamos las 24 horas del día los 7 días de la semana	Página 9
¿Qué debe hacer cuando necesite asistencia	Página 9
Limitación de los servicios	Página 9
Cancelación e interrupción de viajes	Página 10
Cuándo aplica	Página 10
Eventos cubiertos	Página 10
Lo que excluimos	Página 12
Lo que pagamos – Cancelación de viajes	Página 12
Lo que Pagamos – Interrupción de viajes	Página 12
Limitación del pago en caso de un acto de terrorismo	Página 13
¿Qué debe hacer si tiene un reclamo	Página 13
Retraso del viaje	Página 13
Cuándo aplica	Página 13
Lo que cubrimos	Página 13
Lo que excluimos	Página 14
Lo que pagamos	Página 14
¿Qué debe hacer si Usted tiene un reclamo	Página 14
Emergencias médicas	Página 15
Cuándo aplica	Página 15
Lo que cubrimos	Página 15
Lo que excluimos	Página 17
Lo que pagamos	Página 18
¿Qué debe hacer si Usted tiene un reclamo	Página 18

Equipaje y efectos personales	Página 19
Cuándo aplica	Página 19
Lo que cubrimos y lo que pagamos	Página 20
Lo que excluimos	Página 20
Qué debe hacer si Usted tiene un reclamo	Página 21
Pasaporte/Visa de viaje	Página 21
Cuándo aplica	Página 21
Lo que cubrimos y lo que pagamos	Página 21
Lo que excluimos	Página 21
Qué debe hacer si Usted tiene un reclamo	Página 21
Boletos de viaje	Página 21
Cuándo aplica	Página 21
Lo que cubrimos y lo que pagamos	Página 21
Lo que excluimos	Página 21
Qué debe hacer si Usted tiene un reclamo	Página 22
Muerte o Pérdida de Miembros Accidental	Página 22
Cuándo es aplicable	Página 22
Lo que cubrimos	Página 22
Exposición Y Desaparición	Página 22
Lo que excluimos	Página 22
Lo que pagamos	Página 22
Qué debe hacer si Usted tiene un reclamo	Página 23
Evacuación de seguridad	Página 23
Cuándo aplica	Página 23
Lo que cubrimos	Página 23
Lo que excluimos	Página 24
Qué hacer	Página 24
Exclusiones generales	Página 25
Disposiciones generales de la Póliza	Página 26
Definiciones	Página 27
Información sobre reclamos	Página 29
Privacidad	Página 31

ESQUEMA DE BENEFICIOS MÁXIMOS POR PLAN

SECCIONES DE BENEFICIOS		PLAN A	PLAN B
1	ASISTENCIA EN VIAJES	INCLUIDA	INCLUIDA
2	ASISTENCIA de InRoomMD en los Estados Unidos	INCLUIDA	INCLUIDA
3	CANCELACIÓN E INTERRUPCIÓN DE VIAJES		
	CANCELACIÓN DE VIAJE	COSTO DEL VIAJE HASTA \$5,000	-
	INTERRUPCIÓN DE VIAJE	COSTO DEL VIAJE HASTA \$5,000	-
	INTERRUPCIÓN DE VIAJE REGRESO ADELANTADO	COSTO DEL VIAJE HASTA \$5,000	-
	ACTO DE TERRORISMO	VEA LA PÁGINA 10	-
	ALOJAMIENTO Y COMIDAS	\$300	-
4	RETRASO DEL VIAJE	\$1,500	-
	ALOJAMIENTO Y COMIDAS	\$200	-
5	EMERGENCIAS MÉDICAS		
	HOSPITAL Y GASTOS MÉDICOS	\$2,000,000	\$2,000,000
	ACCIDENTES DENTALES	\$1,500	\$1,500
	EMERGENCIAS MÉDICAS EVACUACIÓN O REGRESO A CASA	\$2,000,000	2,000,000
	ALOJAMIENTO Y COMIDAS	\$450	\$450
	ESTANCIA EN UN HOSPITAL	\$500	\$500
	REPATRIACIÓN DE RESTOS	\$2,000,000	\$2,000,000
	CREMACIÓN O ENTIERRO EN EL DESTINO	\$5,000	\$5,000
6	EQUIPAJE Y EFECTOS PERSONALES	\$800	\$800
	RETRASO DEL EQUIPAJE	\$100	\$100
	MÁXIMO POR ARTÍCULO	\$300	\$300
	DINERO PARA USO PERSONAL	\$100	\$100
7	PASAPORTE/VISA DE VIAJE	\$500	\$500
8	BOLETOS DE VIAJE	\$250	\$250
9	MUERTE O PÉRDIDA DE MIEMBROS ACCIDENTAL	\$25,000	\$25,000
10	RESPONSABILIDAD CIVIL	\$1,000,000	\$1,000,000
11	EVACUACIÓN DE SEGURIDAD	\$100,000	\$100,000

REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD

¿Quién es elegible para la cobertura?

El seguro de viaje global de guard.me está disponible para las personas que tengan menos de 65 años de edad en la Fecha de Salida, que viajen fuera de su País de Origen como estudiantes, catedráticos, profesores, chaperones o participantes en intercambios educativos, de negocios o culturales, junto con su Cónyuge, padres y dependientes de más de 15 días y menos de 19 años de edad, sujeto a las siguientes restricciones:

- **Usted** debe estar asegurado por toda la duración del **Viaje Cubierto**.
- La cobertura tiene vigencia en todo el mundo excepto en **Su País de Origen**.
- La **Póliza** se debe adquirir antes de **Su** partida de **Su País de Origen**.
- **Usted** no debe tener una **Afección Médica** por la que un **Médico** le haya indicado que no viaje antes de su **Fecha de Vigencia**.
- **Usted** no debe haber sido diagnosticado con una **Enfermedad Terminal** antes de **Su Fecha de Vigencia**.
- El **Viaje Cubierto** no debe exceder **365 días**.

Si **Usted** no cumple con estos requisitos de elegibilidad, **Su** seguro no es válido y la responsabilidad de la **Empresa** se limita a un reembolso de la prima que usted pagó.

¿QUÉ CUBRE ESTE PÓLIZA?

Esta **Póliza** cubre sólo las situaciones, los eventos y los siniestros específicos mencionados en este documento y sólo bajo las circunstancias que **Nosotros** describimos.

El Plan que **Usted** compró podría no incluir toda la cobertura descrita en este documento. El **Esquema de Beneficios Máximos por Plan** se describe en la página 3. Asegúrese de revisar la Confirmación de **Su Póliza** para verificar **Sus** beneficios, su cobertura y sus límites.

La Cobertura bajo **Póliza** es secundaria respecto a todas las demás fuentes de recuperación. Todo beneficio pagadero bajo esta **Póliza** es adicional a cualquier otra cobertura que **Usted** pueda tener con cualquier otra compañía de seguros o cualquier otra fuente de recuperación.

Afecciones preexistentes Una nota especial

Si **Usted** o **Su Compañero de Viaje** presentan alguna irregularidad en su salud, sólo habrá cobertura para las reclamos que se deriven de dicha afección si ésta no está empeorando, y no ha habido ningún cambio en los medicamentos para dicha afección, y no se han requerido otros servicios médicos distintos a los de supervisión de rutina ni los ha recomendado un **Médico** para dicha afección dentro de los períodos que se mencionan a continuación:

• Cobertura en Caso de Cancelación del Viaje

1. **Personas de hasta 59 años de edad**, por los **60 días** anteriores a, e incluida, la **Fecha de Vigencia*** de la **Póliza**.
2. **Personas de 60 años o más de edad**, por los **90 días** anteriores a, e incluida, la **Fecha de Vigencia*** de la **Póliza**.

• Cobertura en caso de Interrupción del Viaje y Emergencias médicas:

1. **Personas de hasta 59 años de edad**, por los **60 días** anteriores a **Su Fecha de Salida**.
2. **Personas de entre 60 y 74 años de edad**, por los **90 días** anteriores a **Su Fecha de Salida**.
3. **Personas mayores de 75 años de edad**, por los **180 días** anteriores a **Su Fecha de Salida**.

*Fecha de Vigencia para la Cancelación del Viaje: vea la página 5.

Para las personas **de 30 años y más de edad**, no se proporciona cobertura en casos de Cancelación del Viaje, Interrupción del Viaje y Emergencias Médicas para cualquier reclamo que surja de:

- a) una afección cardíaca que implique tomar nitroglicerina más de una vez a la semana para aliviar la angina de pecho;
- b) una afección pulmonar tratada con oxígeno en el hogar o con esteroides por vía oral (prednisona o prednisolona);

Su cobertura no terminará si **Usted** regresa temporalmente a **Su País de Origen**. En ese caso, **Su Póliza** seguirá vigente hasta **Su Fecha de Regreso** original, solo que **Nosotros** aplicaremos la exclusión de **Afección Preexistente** con base en **Su nueva Fecha de Salida** al continuar **Su Viaje Cubierto**.

Extensión Automática de la Cobertura

Su seguro se extenderá automáticamente más allá de **Su Fecha de Regreso** programada como se muestra en el documento de confirmación de **Su Póliza** o **Solicitud** de este seguro si:

1. **Su Empresa de Transporte Público** programada se retrasa o si **Usted** se retrasa debido a circunstancias fuera de **Su** control, la cobertura se extenderá durante hasta **72 horas**; o
2. **Usted, Su Compañero de Viaje** o un **Familiar** que viaje con **Usted** son hospitalizados antes o en **Su Fecha de Regreso** programada. La cobertura se extenderá por el tiempo que dure la hospitalización y por hasta **5 días** después de que se dé de alta del **Hospital** mientras esté fuera de **Su País de Origen**; o
3. **Usted, Su Compañero de Viaje** o un **Familiar** que viaje con **Usted** no pueden viajar por motivos médicos que no requieran hospitalización. La cobertura se extenderá por hasta **3 días** y debe estar documentada por un **Médico** en **Su** destino.

Cómo extender la Cobertura después de la salida

Si **Usted** decide extender **Su Viaje Cubierto** después de la salida, llame a **guard.me**.

Nosotros extenderemos **Su Cobertura** de esta **Póliza** más allá de **Su Fecha de Regreso** programada, siempre y cuando:

1. **Usted** no haya sufrido una **Lesión** o **Enfermedad**, ni se haya sometido a **Tratamiento** médico durante **Su Viaje Cubierto**;
2. La cobertura de esta **Póliza** esté vigente al momento en que **Usted** solicite una extensión, y
3. **Usted** pague cualquier prima adicional requerida por dicha extensión.

En cualquier otra circunstancia, la cobertura podría extenderse más allá de los períodos mencionados arriba, pero sólo a discreción de **guard.me**. En ningún caso la cobertura se extenderá por un período que exceda **12 meses** contados a partir de **Su Fecha de Salida** original.

El no dar a conocer información médica anulará e invalidará la extensión de esta cobertura.

Cómo asegurarse

Usted queda asegurado y este folleto se convierte en una **Póliza** de seguro:

- Cuando se le nombre a **Usted** en una **Solicitud** de seguro completada; y
- Cuando **Usted** pague la prima requerida a más tardar en la **Fecha de Vigencia** de **Su** cobertura.

PERÍODOS DE COBERTURA

Fecha de Vigencia – Cuándo comienza la cobertura

Cobertura	Fecha de Vigencia
Cancelación de viajes	Comienza a las 12:01 a.m. después de la fecha en que Usted compró esta Póliza .
Interrupción de viajes	Comienza en la Fecha de Salida de Su Viaje Cubierto .
Todos los demás beneficios	Comienzan en la Fecha de Salida de Su Viaje Cubierto .

Cuándo termina la cobertura

Su Cobertura termina cuando ocurra el primero de los siguientes eventos:

1. Cuando **Usted** cancela **Su** seguro antes de la salida;
2. Cuando **Usted** cancela **Su Viaje Cubierto**;
3. En **Su Fecha de Regreso**;
4. En la fecha en que **Usted** regrese a **Su País de Origen**;
5. En la fecha en que venza **Su Póliza** como se muestra en el documento de confirmación de **Su Póliza** o de **Solicitud** de este seguro, o
6. La fecha en que **Usted** deje de ser elegible para la cobertura conforme a esta **Póliza**.

ASISTENCIA EN VIAJES

Cuándo aplica

Si **Usted** requiere asistencia médica de **Emergencia** u otro tipo de ayuda mientras viaja en su **Su Viaje Cubierto**.

Lo que proporcionamos las 24 horas del día los 7 días de la semana

A. ASISTENCIA MÉDICA

1. Remisiones médicas y dentales en múltiples idiomas en todo el mundo. Si **Usted** necesita atención de un **Médico**, **Dentista** o instalación médica mientras **Usted** está viajando, **Nosotros** podemos ayudarle a **Usted** a encontrar uno.
2. Pago por adelantado a un **Hospital**. Le proporcionaremos el pago por adelantado a un **Hospital** si se requiere para asegurar **Su** admisión por una **Enfermedad** o **Lesión** cubierta.
3. Supervisión del **Tratamiento**. Si **Usted** es hospitalizado, **Nuestro** personal médico permanecerá en contacto con **Usted** y el **Médico** que le atiende a **Usted**. También podemos notificar a **Su** familia y a **Su Médico** en su país de origen sobre **Su Enfermedad** o **Lesión** y actualizarlos sobre **Su** estado.
4. Transferencia de información de seguro a proveedores de atención médica. Si **Usted** requiere **Tratamiento** médico para una **Lesión** o **Enfermedad**, **Nosotros** les proporcionaremos a los proveedores de

servicios médicos de emergencia cualquier información sobre la cobertura que ellos requieran.

5. Vacunas y transfusiones de sangre Si se requiere, **Nosotros** coordinaremos la transferencia de sangre o la vacuna que **Usted** necesite.
6. Envío de **Médicos** y especialistas Si **Usted** necesita la atención de un **Médico** o un especialista, **Nosotros** coordinaremos el envío adecuado.
7. Ayuda con recetas médicas Si **Usted** perdió, extravió u olvidó **Su** medicamento por receta, **Nosotros** le ayudaremos a **Usted** a comunicarse con **Su Médico** y a obtener un suministro de reemplazo.
8. Reemplazo de anteojos correctivos y dispositivos médicos. Si **Usted** perdió, extravió u olvidó **Sus** anteojos correctivos o dispositivos médicos, **Nosotros** le ayudaremos a **Usted** a obtener un reemplazo.
9. Transferencia de registros médicos. De ser requerido para un **Tratamiento** médico de **Emergencia**, **Nosotros** coordinaremos la transferencia de los registros médicos y la información relacionada al **Médico** que le trate.
10. Actualizaciones continuas a la familia, al empleador y al **Médico** de cabecera. Si **Usted** es hospitalizado, **Nosotros** proporcionaremos actualizaciones adecuadas sobre su estado médico a **Su** familia, empleador y/o **Médico** de cabecera.
11. Arreglos de hotel para convalecencia Si **Usted** es hospitalizado, **Nosotros** haremos los arreglos para el alojamiento en hotel y otros arreglos relacionados para **Usted** y/o **Sus** familiares que viajen con **Usted** o **Su Compañero de Viaje** antes, durante y después de **Su** hospitalización.

B. EVACUACIÓN POR MOTIVOS MÉDICOS Y SERVICIOS DE REPATRIACIÓN

Todos los servicios de evacuación y repatriación deben ser preaprobados y organizados por **Nosotros**.

1. **Evacuación por Emergencia** médica. Si **Nuestro** equipo médico y el **Médico** local que lo está atendiendo a **Usted** concuerdan en que la instalación de atención local no puede tratar **Su Enfermedad** o **Lesión**, **Nosotros** proporcionaremos el transporte y todo acompañamiento necesario para **Su** traslado a la instalación adecuada más próxima.
2. Transporte de alguien para que llegue a donde **Usted** está si **Usted** es hospitalizado. Si **Usted** es hospitalizado por una **Enfermedad** o **Lesión de Emergencia**, **Nosotros** haremos los arreglos necesarios para un boleto de ida y vuelta en clase económica para que un amigo o **Familiar** llegue hasta donde **Usted** está si **Usted** está solo y un **Médico** recomienda que alguien viaje a acompañarle.
3. Regreso de **Hijos** dependientes. Si **Usted** es ingresado en un **Hospital** por más de **24 horas**, **Nosotros** haremos los arreglos necesarios para un **Pasaje** de regreso a su país para **Sus Hijos** que lo hayan acompañado a **Usted** en su **Viaje Cubierto**. También proporcionaremos un acompañante si los **Hijos** son menores de **15 años de edad**.
4. Regreso del **Compañero de Viaje**. Si, debido a una **Emergencia** médica cubierta por esta **Póliza**, **Usted** debe regresar a **Su País de Origen**, **Nosotros** haremos los arreglos necesarios para un **Pasaje** de regreso para **Su Compañero de Viaje** a **Su País de Origen**.
5. Transporte posterior a la estabilización. Una vez que **Usted** esté médicamente estable para regresar a su país, **Nosotros** haremos los arreglos necesarios para la compra de un **Pasaje** de regreso a su país (menos todo reembolso de **Sus** boletos del viaje de regreso sin usar).
6. Repatriación de restos mortales. **Nosotros** pagaremos el costo de los servicios razonables y necesarios para transportar **Sus** restos a **Su** lugar de residencia. **Nosotros** podemos coordinar los servicios entre la funeraria que envíe y la que reciba.

C. ASISTENCIA LEGAL

1. Transferencia de fondos. Si pierde o le roban **Su** dinero en efectivo o si **Usted** necesita dinero adicional para pagar gastos imprevistos, **Nosotros** podemos hacer los arreglos necesarios para transferir fondos de **Su** familia o amigos.
2. Referencias legales y fianzas. **Nosotros** podemos ayudarle a encontrar asistencia legal local o un agente de fianzas mientras esté de viaje.

D. AYUDA CON DOCUMENTOS Y VIAJES

1. Reemplazo de pasaporte u otros documentos de viaje robados o perdidos. Si le roban o pierde **Su** pasaporte o sus documentos de viaje, **Nosotros** le podemos ayudar a **Usted** a comunicarse con las

autoridades correspondientes, con **Su** familia o amigos y le podemos ayudar a **Usted** a reemplazar **Sus** documentos.

2. Reemplazo de boletos de viaje perdidos o robados. Si le roban o pierde **Sus** boletos, **Nosotros** podemos comunicarnos con la aerolínea u otra empresa de transporte y podemos ayudarle a **Usted** a hacer los arreglos de **Su** viaje.
3. Ayuda con equipaje perdido o retrasado. Si le roban, pierde o se retrasa **Su** equipaje, **Nosotros** podemos comunicarnos con la aerolínea u otras empresas de transporte y ayudarle a recuperar **Su** equipaje.

E. OTROS SERVICIOS DE ASISTENCIA

1. Arreglos de viaje de **Emergencia** para regresar a casa. Si **Usted** debe interrumpir **Su Viaje Cubierto** y regresar a casa a causa de una **Emergencia**, **Nosotros** podemos comunicarnos con la aerolínea u otras empresas de transporte y ayudarle con los arreglos de **Su** viaje.
2. Servicios de traducción. **Nosotros** le ayudaremos a **Usted** con los arreglos para obtener servicios de traducción o le referiremos uno.
3. Transmisión de mensajes urgentes. **Nosotros** podemos ayudarle a enviar un mensaje urgente a alguien en su país, a **Su** familia, empleador o **Médico** de cabecera y confirmar que pudimos comunicarnos con la persona a quien **Usted** nos pidió contactar.
4. Devolución de vehículos. Si **Usted** no puede hacerlo físicamente debido a una **Lesión** o **Enfermedad**, **Nosotros** haremos los arreglos necesarios para la devolución de **Su** vehículo a la agencia de alquiler o a **Su** residencia permanente.

¿Qué sucede cuando Usted llama para pedir asistencia?

- **Usted** será remitido al proveedor de servicio más adecuado para **Su** situación.
- **Nosotros** confirmaremos que se haya emitido una **Póliza**.
- Antes de recibir toda la información médica relevante, **Nosotros** nos encargaremos de **Su Emergencia** asumiendo que **Usted** es elegible para los beneficios contemplados por esta **Póliza**. Si posteriormente se determina que una exclusión de la **Póliza** aplica a **Su** reclamo, **Usted** deberá reembolsarnos cualquier pago que hayamos hecho en **Su** nombre.
- Le será recordado a **Usted** que cualquier servicio prestado estará sujeto a los términos y condiciones de esta **Póliza**. Si posteriormente se determina que una exclusión de la **Póliza** se aplica a **Su** reclamo, **Usted** deberá reembolsarnos cualquier pago que hayamos hecho en **Su** nombre.
- En los casos en que se deba pagar un reclamo, **Nosotros** haremos los arreglos, en la medida de lo posible, para que los gastos médicos se facturen directamente a la **Empresa**.

Qué debe hacer cuando necesite asistencia

Lleve consigo el número de **Su Póliza** o la confirmación de **Su Póliza** en todo momento. Cuando esté en un crucero, busque al **Médico** del crucero y déle la información para asistencia. Cuando esté en tierra, llame a **Nuestro** proveedor de asistencia a los teléfonos que aparecen más adelante. El acceso está disponible **las 24 horas del día, los 365 días del año** a los siguientes números desde:

los Estados Unidos y Canadá	1-800-334-7787
República Dominicana	1-888-751-4866
México	001-800-514-0409
Europa	00-800-758-75875
Australia	0011-800-758-75875
Otros lugares (con cobro a destino)	905-667-0587
Correo electrónico: assistance@oldrepublicgroup.com	

Cuando se comunique con **Nuestro** proveedor de asistencia, por favor proporcionele **Su** nombre, **Su** número de póliza, **Su** ubicación y la naturaleza de la **Emergencia**.

Limitación de los servicios de los proveedores de asistencia en caso de emergencias

La **Empresa** y/o el **Administrador de Reclamos** o el **Proveedor de Asistencia en Emergencias** se reservan el derecho de suspender, reducir o limitar los servicios en cualquier área o país en caso de:

- rebelión, revuelta, levantamiento militar, guerra; o
- disturbios laborales, huelgas; o
- **Accidentes** nucleares, actos de la naturaleza o la negación de las autoridades del país en que se requiere la asistencia a permitir la prestación de dichos servicios.

El **Proveedor de Asistencia en Emergencias** hará su mejor esfuerzo por prestar los servicios requeridos durante cualquier suceso de este tipo.

La obligación del **Proveedor de Asistencia en Emergencias** de proporcionar los servicios descritos en esta **Póliza** está sujeta a los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones mencionadas en esta **Póliza**. Los profesionales médicos recomendados o designados por la **Empresa**, el **Administrador de Reclamos** o el **Proveedor de Asistencia en caso Emergencias** para prestar servicios de acuerdo con los beneficios y términos de esta **Póliza** no son empleados de la **Empresa**, el **Administrador de Reclamos** o el **Proveedor de Asistencia en Emergencias**. Por lo tanto, la **Empresa**, el **Administrador de Reclamos** y el **Proveedor de Asistencia en Emergencias** no serán responsables de las negligencias, u otro acto u omisión de su parte, ni por la disponibilidad, la calidad, la cantidad o los resultados de ningún **Tratamiento** o servicio médico que **Usted** reciba o porque **Usted** no obtenga o reciba un servicio o **Tratamiento** médico.

Asistencia de InRoomMD en los Estados Unidos

Cuándo aplica

Si **Usted** requiere asistencia médica de **Emergencia** mientras viaja dentro de los Estados Unidos durante **Su Viaje Cubierto**, **Nuestro Proveedor de Asistencia en Emergencias** puede remitirlo a **InRoomMD**. La consulta por teléfono inicial es gratuita. Si hay una tarifa relacionada con el servicio que **Usted** requiere, se le pedirá a **Usted** un número de tarjeta de crédito. Cuando se determine que el servicio proporcionado está cubierto por esta **Póliza**, **Nosotros** aceptaremos la facturación directa. Si se determina que el servicio no está cubierto por esta **Póliza**, se facturará a **Su** tarjeta de crédito.

Lo que proporcionamos las 24 horas del día los 7 días de la semana

A. CONSULTA TELEFÓNICAS EN TODO EL PAÍS

Acceso a consultas telefónicas con un **Médico** las 24 horas del día, disponible en todo Estados Unidos.

B. VISITAS DE MÉDICOS A DOMICILIO

Acceso las 24 horas del día a visitas de **Médicos** a domicilio (generalmente en menos de una hora) en la mayoría de las ciudades importantes de los Estados Unidos, por parte de un **Médico** calificado y certificado por la junta de los Estados Unidos.

C. MEDICAMENTOS RECETADOS

Los **médicos de InRoomMD** cuentan con los medicamentos para atención de casos agudos que se recetan con más frecuencia. Cualquier medicamento recetado, que no esté disponible con facilidad, se pedirá a una farmacia local y le será entregada a **Usted** en **Su** destino.

D. ATENCIÓN DENTAL Y QUIROPRÁCTICA

Acceso a tratamientos dentales o quiroprácticos el mismo día.

E. TRIAJE RÁPIDO EN LA SALA DE EMERGENCIAS Y ADMISIÓN AL HOSPITAL

Triaje rápido en emergencias en los **Hospitales** contratados del área para evaluación y **Tratamiento** de emergencia.

F. EQUIPO MÉDICO DURADERO

Acceso a alquiler de equipo médico duradero por períodos de **3, 7, 10 y 14 días**. El equipo se entregará en **Su** lugar de alojamiento el día en que **Usted** llegue, y se recogerá al momento de **Su** partida.

Qué debe hacer cuando necesite asistencia

Lleve consigo el número de **Su Póliza** o la Confirmación de **Cobertura** en todo momento. Comuníquese con **Nuestro Proveedor de Asistencia en Emergencias** a los teléfonos que se proporcionan en la página 8 de esta **Póliza**.

Limitación de los servicios

La **Empresa** y/o **InRoomMD** se reservan el derecho de suspender, reducir o limitar los servicios en caso de:

- rebelión, revuelta, levantamiento militar, guerra, o
- disturbios laborales, huelgas, o
- **Accidentes** nucleares, actos de la naturaleza o negación de las autoridades del país en que se requiere la asistencia a permitir la prestación de dichos servicios.

InRoomMD hará su mejor esfuerzo por proporcionar los servicios requeridos durante cualquier suceso de este tipo.

Los servicios de **InRoomMD** están disponibles en los lugares en que lo permita la ley y pueden estar limitados en algunas áreas. **InRoomMD** es un servicio estadounidense disponible únicamente en inglés.

La obligación de **InRoomMD** de proporcionar los servicios descritos en esta **Póliza** está sujeta a los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones mencionadas en esta **Póliza**. Los profesionales médicos recomendados o designados por la **Empresa** o **InRoomMD** para prestar servicios de acuerdo con los beneficios y términos de esta **Póliza** no son empleados de la **Empresa** ni de **InRoomMD**. Por lo tanto, ni la **Empresa** ni **InRoomMD** serán responsables de las negligencias, u otro acto u omisión de su parte, ni por la disponibilidad, la calidad, la cantidad o los resultados de ningún **Tratamiento** o servicio médico que **Usted** reciba o porque **Usted** no obtenga o reciba un servicio o **Tratamiento** médico.

CANCELACIÓN E INTERRUPCIÓN DE VIAJES

Cuándo aplica

Si **Usted** compró el **Plan A** y si **Usted** debe cancelar **Su Viaje Cubierto** antes de la **Fecha de Salida** o interrumpir **Su Viaje Cubierto** mientras está viajando.

Eventos cubiertos

Para que se aplique la cobertura del seguro, la cancelación o interrupción de **Su Viaje Cubierto** debe ser el resultado de cualquiera de los siguientes eventos **imprevistos** que ocurran durante **Su** período de cobertura que le impidan a **Usted** viajar:

Salud

1. Cualquier **Lesión** o **Enfermedad** que le ocurra:
 - a) a **Usted**, **Su Compañero de Viaje** o un **Familiar** que viaje con **Usted** en **Su Viaje Cubierto**;
 - b) un **Familiar Suyo** o de **Su Compañero de Viaje** que no viaje con **Usted** en **Su Viaje Cubierto**;
2. **Usted** o **Su Compañero de Viaje** no pueden, por razones médicas, recibir una vacuna que se requiere para entrar a un país, región o ciudad que originalmente se determinó como **Su** destino, siempre y cuando la vacuna no haya sido obligatoria en **Su Fecha de Vigencia**.
3. Cuarentena de **Usted** o **Su Compañero de Viaje**.

Usted debe proporcionar documentación médica detallada preparada por un **Médico** que incluya una declaración que recomiende no viajar si la cancelación o la interrupción del viaje fue a causa o resultado de una **Lesión**, **Enfermedad** o cuarentena. El no hacerlo podría tener como resultado que no se pague la reclamo. **Nos** reservamos el derecho de examinar los registros médicos o la documentación relacionada con **Su** reclamo proporcionados por cualquier **Médico**, dentista, practicante médico certificado, **Hospital**, clínica, aseguradora, persona, institución u otro proveedor de servicios, relacionados con el período preexistente correspondiente al reclamo presentado. (Vea la exclusión para **Afecciones preexistentes** de esta sección.)

Muerte

4. **Su** muerte o la de **Su Compañero de Viaje**, la muerte de un **Familiar Suyo** o de **Su Compañero de Viaje** o la muerte de un amigo **Suyo** que ocurra durante el período de cobertura.
 - Esto no incluye los viajes con el fin de visitar a una persona que sufre una **Afección Médica** que muera debido a dicha **Afección Médica** y cuya muerte sea la causa de la cancelación o interrupción de **Su Viaje Cubierto**.

Embarazo y adopción

5. **Usted**, **Su Compañero de Viaje** o el **Cónyuge** de cualquiera de los dos:
 - a) tiene complicaciones en las primeras 31 semanas de embarazo si el **Médico** que atiende recomienda no viajar, o
 - b) tiene un embarazo que se diagnosticó después de la **Fecha de Vigencia** de este seguro si **Su Viaje Cubierto** está programado para que ocurra dentro de las 9 semanas anteriores a la fecha esperada de alumbramiento, o
 - c) recibe del **Médico** que atiende la recomendación de no viajar durante el primer trimestre de embarazo.
6. La adopción legal de un niño por parte de **Usted** o **Su Compañero de Viaje** cuando el aviso de adopción se haya recibido después de la **Fecha de Vigencia** del seguro.

Transporte y alojamiento

7. Su residencia principal o la de **Su Compañero de Viaje** queda inhabitable durante **Su Viaje Cubierto** por un incendio, vandalismo, robo o **Desastre Natural**.
8. Robo de **Su** residencia o lugar de negocio principal o la de **Su Compañero de Viaje** a menos de **7 días** de **Su Fecha de Salida** o durante **Su Viaje Cubierto**.
9. Muerte, hospitalización o cuarentena de **Su Anfitrión en su Destino**.
10. **Su** alojamiento o el de **Su Compañero de Viaje** en el destino están inhabitables durante el período de **Su Viaje Cubierto** debido a un incendio, vandalismo, robo o **Desastre Natural**.
11. Como resultado de una cancelación de un crucero o excursión incluidos en **Su Viaje Cubierto** por razones fuera de **Su** control, excepto por **Bancarrotas** o **Mora en los Pagos**, **Nosotros** Le reembolsaremos hasta **\$1,000**: a) antes de la salida de **Su Punto de Salida** por **Su** pasaje aéreo prepagado no reembolsable que no forme parte de **Su** crucero o paquete de excursión, o b) después de la salida de **Su Punto de Salida** pero antes de salir en **Su** crucero o excursión, **Nosotros** le reembolsaremos el gasto adicional que resulte de lo más barato entre la tarifa de cambio y un **Pasaje** de regreso a **Su Punto de Salida**.

Clima

12. Condiciones climáticas que causen que la empresa de transporte programada, con la que **Usted** o **Su Compañero de Viaje** hayan reservado para viajar, se retrase por un período de por lo menos **30%** de la duración de **Su Viaje Cubierto**. Si **Usted** experimenta un retraso que tenga como resultado que **Usted** pierda menos del **30%** de **Su Viaje Cubierto**, podría haber cobertura en virtud de la cláusula de **Retraso del Viaje**. Consulte la página 13.

Obligaciones de empleo o educativas

13. El requerimiento de que **Usted** o **Su Compañero de Viaje** asistan a un examen de un curso universitario en una fecha que caiga durante **Su Viaje Cubierto**, siempre y cuando la fecha del examen que se publicó antes de **Su Fecha de Vigencia** se haya cambiado después de la **Fecha de Vigencia**.
14. El cambio del calendario de clases de la universidad en que **Usted** o **Su Compañero de Viaje** estudian a una fecha que caiga durante **Su Viaje Cubierto** debido a circunstancias inusuales fuera de **Su** control o del de **Su Compañero de Viaje** y el control de la universidad, siempre y cuando las circunstancias inusuales y el cambio en el calendario hayan ocurrido después de **Su Fecha de Vigencia**.
15. La terminación involuntaria del empleo permanente o el despido de alguno de **Sus** padres, excluyendo el empleo por contrato y el trabajo independiente, cuando haya estado empleado activamente con el mismo empleador durante por lo menos **6 meses** antes de la **Fecha de Vigencia** de este seguro.

Cuestiones legales y de gobierno

16. La denegación de una visa de viaje, excluidas las visas requeridas de migración o trabajo para **Su Viaje Cubierto**, siempre y cuando **Usted** o **Su Compañero de Viaje** hayan sido elegibles para hacer la solicitud, por razones fuera de **Su** control o del de **Su Compañero de Viaje** lo que no incluye la solicitud tardía o un intento subsecuente por obtener una visa que ya se haya denegado anteriormente.
17. **Usted** o **Su Compañero de Viaje** son citados para actuar como jurado o se les llama para comparecer como testigos o se requiere que aparezcan como demandados en una demanda legal de un caso que está siendo visto durante el **Período de Cobertura**.

Terrorismo, secuestro y advertencias de viaje

18. Secuestro de **Usted** o **Su Compañero de Viaje**.
19. Un evento incluido un **Acto de Terrorismo**, guerra, guerra inminente o problema de salud que cause que el gobierno de **Su País de Origen** emita una advertencia de viaje en que recomiende a sus residentes no viajar a un país, una región o una ciudad para la que tiene un boleto, por un período que incluya **Su Viaje Cubierto**. La advertencia de viaje debe emitirse después de la **Fecha de Vigencia** de este seguro. Este beneficio se limita al monto descrito en “**Limitación de Pago por un Acto de Terrorismo**” en la página 13.
 - Este beneficio no es pagadero si el **Acto de Terrorismo** es causado por el uso de material nuclear, químico o bioquímico.
 - Este beneficio no es pagadero si la compañía de cruceros cambia su itinerario debido a una advertencia de viaje.

Lo que excluimos

Además de las **Exclusiones Generales** señaladas en la página 25 de esta **Póliza** tampoco hay cobertura ni se pagarán beneficios por reclamos causados por una **Afección preexistente** de **Usted** o de **Su Compañero de Viaje** que no se haya **Estabilizado y Controlado** de la siguiente manera:

a) **Cancelación de viajes:**

- i) **Personas de hasta 59 años de edad**, por los **60 días** anteriores a e incluida la **Fecha de Vigencia** de esta **Póliza**;
- ii) **Personas de 60 años o más de edad**, por los **90 días** anteriores a e incluida la **Fecha de Vigencia** de la **Póliza**.

b) **Interrupción de viajes:**

- i) **Personas de 59 años o menos de edad**, por los **60 días** anteriores a **Su Fecha de Salida**;
- ii) **Para personas de entre 60 y 74 años de edad**, por los **90 días** anteriores a **Su Fecha de Salida**;
- iii) **Personas de 75 años o más de edad**, por los **180 días** anteriores a **Su Fecha de Salida**.

Para las personas de **30 años o más de edad**, no se brinda cobertura por las reclamos que surjan por que **Usted** o **Su Compañero de Viaje** tengan:

- a) una afección cardíaca que implique tomar nitroglicerina más de una vez a la semana para aliviar la angina de pecho;
- b) una afección pulmonar tratada con oxígeno en el hogar o con esteroides por vía oral (prednisona o prednisolona).

Lo que pagamos – Cancelación de viajes

Usted cuenta con cobertura por hasta el menor de entre el monto máximo que se muestra en el **Esquema de Beneficios Máximos por Plan** o el monto que se especifique de otro modo en este beneficio, cuando un Evento Cubierto indicado en las páginas 10 y 11 cause que **Usted** cancele **Su Viaje Cubierto**, por cualquiera de los siguientes gastos aplicables en que **Usted** incurra:

1. Por los pagos del costo del viaje y los depósitos que **Usted** hizo antes de que se cancelara **Su Viaje Cubierto** menos cualquier reembolso o crédito que **Usted** tenga derecho a recibir;
2. Los gastos en que incurra **Usted** por el siguiente nivel de ocupación, si **Su Compañero de Viaje** con quien **Usted** había reservado el alojamiento compartido prepagado cancela sus arreglos de viaje por un Evento Cubierto descrito en las páginas 10 y 11 y **Usted** decide viajar como lo había planeado originalmente. Si esto ocurre, se le recomienda a **Usted** aumentar el monto del seguro en **Su Viaje Cubierto**;
3. La tarifa de cambio cobrada por el proveedor de viajes con el que reservó originalmente **Su Viaje Cubierto** prepagado cuando dicha opción esté disponible;
4. El costo de proseguir con **Su** viaje si **Usted** reúne los requisitos para cancelar pero decide continuar **Su Viaje Cubierto**, siempre que el costo de proseguir con el viaje sea menor que el costo de cancelar **Su Viaje Cubierto**;
5. Las penalizaciones por cancelación publicadas que impongan los hoteles por el alojamiento no utilizado.

Lo que Pagamos – Interrupción de viajes

Usted cuenta con cobertura por hasta el menor de entre el monto máximo que se muestra en el **Esquema de Beneficios Máximos por Plan** o el monto que se especifique de otro modo en este beneficio, cuando un Evento Cubierto indicado en las páginas 10 y 11 cause que **Usted** interrumpa **Su Viaje Cubierto**, por cualquiera de los siguientes gastos aplicables en que incurra **Usted**:

1. La parte que no usó de **Su** crucero prepagado o los arreglos en tierra cubiertos, menos cualquier reembolso que **Usted** reciba;
2. El menor entre un **Pasaje** de ida y las tarifas de cambio de los boletos existentes, menos cualquier reembolso, para regresar a **Su Punto de Salida** o para continuar en **Su Viaje Cubierto**;
3. Los gastos adicionales en que incurra, respaldados por recibos originales, para alojamiento comercial y comidas, llamadas telefónicas esenciales y tarifas de taxi según se indica a continuación, hasta **\$150 por día** y un máximo de **\$300**.
4. Las tarifas de cancelación publicadas impuestas por la devolución anticipada de un vehículo alquilado antes de la fecha contratada de devolución;
5. Las tarifas de cancelación publicadas que impongan los hoteles por el alojamiento no utilizado.

Limitación del pago en caso de un Acto de Terrorismo

Los beneficios pagaderos son adicionales a cualquier otra fuente de recuperación, incluidos otros seguros y opciones de reposición de viajes que ofrezcan las aerolíneas, los operadores turísticos, las líneas de cruceros y otros proveedores de viajes.

- En caso de un **Acto de Terrorismo**, los beneficios se pagarán de un fondo limitado a **\$1,000,000** por **Acto de Terrorismo** o una serie de **Actos de Terrorismo** que ocurran en un período de **72 horas** y que se apliquen a todas las pólizas emitidas por la **Empresa**.
- Independientemente del número de **Actos de Terrorismo**, la responsabilidad máxima del fondo conforme a esta **Póliza** y todas las demás pólizas emitidas por la **Empresa** se limita a **\$2,000,000** por año calendario.
- Si, en **Nuestra** opinión, el número total de reclamos pagaderas debido a uno o más **Actos de Terrorismo** puede exceder el límite del fondo disponible, **Su** reclamo prorrateado se pagará después del final del año calendario.
- Esta cobertura es adicional a todas las demás posibles fuentes de recuperación, incluso si las otras posibles fuentes de recuperación se describen como cobertura adicional. **Nosotros** no aplicaremos esta cobertura hasta después de que **Usted** haya agotado todas las demás fuentes posibles.

Qué debe hacer si tiene un reclamo

Todas las cancelaciones se deben reportar a **Su** agente de viajes o **Proveedor de Viajes** en un plazo de **72 horas** después del **evento imprevisto** que causó la cancelación. Si **Usted** no reporta la cancelación dentro del plazo especificado, el pago del reclamo se limitará a las penalizaciones por cancelación que estuvieren vigentes en el lapso de las **72 horas** posteriores al evento que causó la cancelación.

Si **Usted** sufre una interrupción durante el viaje, **Usted** debe llamar a **Nuestra** línea de asistencia disponible las 24 horas según se indica en la página 8 de esta **Póliza**.

Para tener derecho al reembolso conforme a esta disposición, **Usted** debe presentarnos junto con **Su** reclamo:

1. La fecha en que **Su Viaje Cubierto** se canceló o interrumpió;
2. Copias de **Sus** facturas de viaje;
3. Los boletos o vales originales de viaje no usados;
4. La cláusula de cancelación de **Su Proveedor de Viajes** relacionada con los costos, cargos o gastos no reembolsables;
5. Los recibos originales u otras pruebas de pago;
6. Documentación médica detallada que incluya una declaración de **Su Médico** de que a **Usted** se le recomendó no viajar si la cancelación o interrupción del viaje sucedió a causa o como resultado de una **Lesión grave** o una **Enfermedad grave**, y
7. Cualquier otra información que **Nosotros** consideremos necesaria para adjudicar **Su** reclamo de manera adecuada.

RETRASO DEL VIAJE

Cuándo aplica

Si **Usted** compró el **Plan A** y si **Su** viaje se retrasa en o después de **Su Fecha de Salida** programada.

Nota especial: La cobertura por Retraso del viaje tiene el objetivo de ayudarle con los gastos adicionales en que **Usted** incurra para proseguir con **Su Viaje Cubierto**. Si **Usted** experimenta un retraso, necesita hacer los esfuerzos razonables por continuar con **Su Viaje Cubierto**.

Lo que cubrimos

El retraso de **Su Viaje Cubierto** debe ser el resultado directo de cualquiera de los siguientes **eventos imprevistos** que ocurra en o después de **Su Fecha de Salida**:

1. **Usted** se retrasa por lo menos **6 horas** en llegar al destino de **Su Viaje Cubierto** o en regresar a **Su Punto de Salida** debido al retraso, cambio de horario o cancelación de la **Empresa de Transporte Público de Usted** o de **Su Compañero de Viaje**.
- No están cubiertos los retrasos, los cambios de horario y las cancelaciones causadas por huelga, interrupciones laborales, **Bancarrotas**, **Mora en los Pagos**, el hecho de que una aeronave no

despegue porque no cumple con las normas de seguridad gubernamentales o por alertas de seguridad.

2. Un retraso del automóvil privado en que **Usted** esté viajando como resultado de:
 - a) un **Accidente** de tránsito documentado por un parte policial;
 - b) una falla mecánica;
 - c) las condiciones climáticas, o
 - d) un cierre de emergencia de las carreteras por parte de la policía, documentado en un parte policial

siempre que **Usted** haya dejado suficiente tiempo de viaje para cumplir con el procedimiento de registro del **Proveedor de Viajes**.

3. Un retraso al pasar por la aduana y los controles de seguridad debido a que se le confundió a **Usted** con otra persona.

Para los puntos 1 a 3 anteriores, los beneficios por retraso del viaje se aplicarán siempre y cuando **Sus** arreglos de viaje cumplan con los siguientes tiempos de conexión:

- a) **2 horas** entre conexiones de líneas aéreas nacionales;
- b) **3 horas** entre conexiones internacionales;
- c) **6 horas** entre conexiones mixtas, como un vuelo que conecta con una excursión en tierra o un crucero.

Lo que excluimos

Las exclusiones que se aplican a esta cobertura se indican en la sección de **Exclusiones generales** de esta **Póliza** en la página 25.

Lo que pagamos

1. **Usted** tiene cobertura por hasta el monto máximo que se muestra en el **Esquema de Beneficios Máximos por Plan** para el **Retraso del Viaje** por los siguientes gastos aplicables en que **Usted** incurra:
 - a) La tarifa de cambio o el costo adicional de un **Pasaje** en que incurra **Usted** mientras viaja para:
 - i) continuar en **Su Viaje Cubierto**, o
 - ii) regresar a **Su Punto de Salida**;
 - b) La parte no reembolsable que no se haya usado de los gastos prepagados, siempre y cuando dichos gastos estén respaldados por una prueba de compra y no sean reembolsables por alguna otra fuente, menos el valor del boleto de viaje no usado;
 - c) Hasta **\$100** por gastos adicionales para cuidado de mascotas en que **Usted** incurra, siempre y cuando el retraso en **Su** regreso sea de **24 horas** o más;
2. Además, **Usted** tiene cobertura por el costo de los alimentos, alojamiento comercial, llamadas telefónicas esenciales y tarifa de taxi en que incurra por el retraso hasta un máximo de **\$200**.

El **Monto Máximo del Beneficio** por el **Retraso del Viaje** se reducirá en cualquier monto pagado o pagadero por cualquier **Empresa de Transporte Público** responsable de **Su Viaje Cubierto**.

Qué debe hacer si tiene un reclamo

Para tener derecho al reembolso conforme a esta disposición, **Usted** debe presentarnos junto con **Su** reclamo:

1. Una declaración que documente las circunstancias relacionadas con el retraso del viaje por parte de la **Empresa de Transporte Público** en que **Usted** estaba viajando o cualquier otra parte responsable por el retraso del viaje.
2. Recibos originales de cualquier gasto, cargo o costo en que **Usted** incurra como resultado del retraso del viaje, y
3. Cualquier otra información que **Nosotros** consideremos necesaria para adjudicar **Su** reclamo de manera adecuada.

Si **Usted** requiere ayuda para hacer otros arreglos de viaje **Usted** puede llamar a **Nuestra línea de asistencia las 24 horas** al número que aparece en la página 8 de esta **Póliza**.

Cuándo aplica

Si **Usted** tiene una **Emergencia** médica mientras está en **Su Viaje Cubierto**.

Lo que cubrimos

- Gastos en Emergencias médicas:** como se indica a continuación y lo ordene o recete un **Médico** según sea **Necesario desde el punto de vista Médico** para el diagnóstico o **Tratamiento de Su Enfermedad o Lesión de Emergencia**.
 - los servicios de un **Médico**, cirujano o enfermera de un **Hospital**;
 - Alojamiento Hospitalario** (esto incluye los gastos de un camarote de crucero o una habitación de hotel que no esté incluida en el costo de **Su Viaje Cubierto**, si se recomienda como sustituto de una habitación de **Hospital** para la recuperación de una **Lesión o Enfermedad**);
 - el transporte proporcionado por una empresa profesional de ambulancias hacia y desde un **Hospital**;
 - hasta **\$50** por viaje sencillo si se requiere un servicio de taxi local para llevarlo al y traerlo del proveedor de servicios médicos más cercano por una **Emergencia** menor;
 - Su evacuación de Emergencia** de una ubicación remota al **Hospital** adecuado más cercano que pueda proporcionar el **Tratamiento** médico de **Emergencia** necesario, según lo determine y coordine **Nuestro Proveedor de Asistencia en Emergencias**;
 - procedimientos de diagnóstico, de laboratorio y de **Tratamiento**, sujeto a la aprobación previa por parte **Nuestra**;
 - equipo médico comprado o alquilado con fines terapéuticos sujeto a aprobación previa por parte **Nuestra**;
 - medicamentos recetados requeridos para **Tratar** cualquier **Afección Médica o Lesión de Emergencia**, que sean recetados por un **Médico** y despachados por un farmacéutico certificado.
 - Con respecto a todos los gastos médicos por una **Emergencia**, **Usted** o alguien que actúe en **Su** nombre deberán comunicarse inmediatamente con **Nuestra** línea de asistencia las 24 horas a los números telefónicos proporcionados en la página 8 de esta **Póliza** antes de la admisión al **Hospital** o en un plazo de **24 horas** después de una **Emergencia** que amenace la vida o los órganos. El no hacerlo tendrá como resultado que **Usted** sea responsable del **30%** de los gastos elegibles en que incurra.
 - La **Empresa** se reserva el derecho de regresarlo a **Su País de Origen** antes de cualquier **Tratamiento** o después de un **Tratamiento de Emergencia** para una **Enfermedad o Lesión**, si la evidencia médica obtenida de **Nuestro** asesor médico y **Su Médico** local que le atiende confirma que **Usted** puede regresar a **Su País de Origen** sin poner en peligro **Su** vida o su salud.
 - Si **Usted** decide no regresar a **Su País de Origen** después de la recomendación de la **Empresa** de hacerlo, cualquier gasto posterior relacionado con la **Emergencia** no estará cubierto por esta **Póliza** y se terminarán todos los beneficios.
 - Medicamentos recetados:** hasta **\$50** para medicamentos recetados perdidos, robados o dañados durante **Su Viaje Cubierto**. Se asignarán hasta **\$75** si se requieren los servicios de un **Médico** local para garantizar el reemplazo del medicamento. **Usted** debe comunicarse con nuestro **Proveedor de Asistencia en Emergencias**.
 - Emergencias dentales:** tratamiento ordenado por un **Dentista** o cirujano dental certificado de la siguiente manera:
 - Tratamiento** o reparación de dientes naturales o artificiales fijados de manera permanente, que se dañen debido a una **Lesión Accidental** a la cabeza o la boca. Se pagarán hasta **\$1,500** por un **Tratamiento** dental continuo que se complete en un plazo de **90 días** después de que **Usted** regrese a su **País de Origen**, siempre y cuando el **Tratamiento** esté relacionado con la **Lesión Accidental**;
 - hasta **\$300** para aliviar el dolor agudo y el sufrimiento no relacionado con una **Lesión Accidental**.
 - Servicios Paramédicos de Emergencia:** brindados por un quiropráctico, quiropodólogo, fisioterapeuta, osteópata, o podiatra para **Tratamiento de Emergencia** hasta **\$300** por categoría de profesional. Los servicios brindados por un **Familiar** no son cubiertos.
- Alojamiento y comidas:** alojamiento comercial, comidas, llamadas telefónicas esenciales, tarifas de taxi o vehículo de alquiler en que incurra **Usted, Su Compañero de Viaje** o un **Familiar** que viaje con **Usted**, si uno de ustedes es transportado para recibir **Tratamiento** médico de **Emergencia** o si uno de ustedes se retrasa más allá de **Su Fecha de Regreso** debido a una **Enfermedad o Lesión**.
 - Este beneficio se limita a **\$150 por día** hasta un máximo de **\$450**. Se deben entregar los recibos originales y el diagnóstico escrito del **Médico** local que trata la **Enfermedad o Lesión** para tener derecho al pago de este beneficio.
 - Evacuación médica o regreso a casa:** como consecuencia de una **Enfermedad o Lesión de Emergencia** de la siguiente manera:
 - el costo extra de un **Pasaje** de ida en una aerolínea comercial por la ruta más directa para que **Usted** regrese a **Su** lugar de residencia en **Su País de Origen**, o
 - el costo de llevar una camilla en una aerolínea comercial por la ruta más directa para que **Usted** regrese a **Su** lugar de residencia en **Su País de Origen** o a la instalación médica más adecuada y cercana de **Su Hogar** en **Su País de Origen**, más el costo razonable de los gastos en comidas, alojamiento y tarifas aéreas para que un profesional médico calificado lo acompañe a **Usted** si se considera **Necesario desde el punto de vista Médico**, o
 - transporte en ambulancia aérea cuando sea **Necesario desde el punto de vista Médico**.
 - Los beneficios deben aprobarse y coordinarse previamente por parte **Nuestra** en consulta con **Nuestros** asesores médicos, el **Médico** local que le trata y **Nuestro Proveedor de Asistencia en Emergencias** para que se aplique la cobertura. Si **Su** boleto de viaje de regreso no usado es reembolsable, **Nosotros** deduciremos el valor del reembolso del costo del transporte de regreso que **Nosotros** coordinamos o **Usted** puede elegir darnos **Su** boleto de regreso no usado a **Nosotros**.
 - Visita en el hospital:** Si **Usted** es hospitalizado por una **Enfermedad o Lesión de Emergencia** y el **Médico** local que le trata recomienda que un familiar o amigo cercano **Lo** visite en el hospital, se quede con **Usted**, o **Lo** acompañe a casa, **Nosotros** reembolsaremos el costo de un **Pasaje** de ida y vuelta por la ruta más directa y hasta **\$500** para alojamiento comercial y comidas. **Nosotros** aseguraremos automáticamente al **Familiar** o amigo acompañante con cobertura por **Emergencias Médicas** conforme a esta **Póliza** hasta que **Usted** esté médicamente estable para regresar a **Su País de Origen**, sujeto a los requisitos de elegibilidad, las limitaciones, las condiciones y exclusiones de esta **Póliza**.
 - Estos beneficios están sujetos a aprobación previa por parte **Nuestra**.
 - Regreso y escolta de niños:** Este beneficio es pagadero si **Usted** es confinado en un **Hospital** durante más de **24 horas** o si **Usted** debe regresar a **Su** hogar debido a que **Usted** tiene una **Emergencia** médica que está cubierta por esta **Póliza** o en caso de **Su** fallecimiento. **Nosotros** pagaremos los gastos de transporte en que incurra, hasta el valor del costo de un **Pasaje** de regreso a casa de cualquier **Hijo** dependiente que lo esté acompañando a **Usted**. Si **Su** hijo es demasiado pequeño para viajar solo, **Nosotros** pagaremos también el costo adicional del **Pasaje** aéreo de ida y vuelta por la ruta más directa, alojamiento comercial para la noche y los gastos razonables en comidas para que una persona acompañe a **Su** hijo a casa. Si el boleto de viaje de regreso no usado es reembolsable, **Nosotros** deduciremos el valor del reembolso del costo del transporte de regreso que **Nosotros** coordinamos o **Usted** puede elegir darnos **Su** boleto de regreso a **Nosotros**.
 - Costo del cuidado de los niños:** Si **Usted** es hospitalizado por una **Enfermedad o Lesión de Emergencia** durante **Su Viaje Cubierto** y necesita ser transportado para recibir **Tratamiento** médico de **Emergencia** o si se retrasa más allá de **Su Fecha de Regreso** programada, **Nosotros** le reembolsaremos a **Usted** hasta **\$50 por día** hasta un máximo de **\$500** por el costo de servicios profesionales de cuidado de niños en que incurra durante **Su Viaje Cubierto** para cuidar a los niños que viajen con **Usted**.
 - Se requieren los recibos originales del proveedor de servicios profesionales de cuidado de niños.
 - Regreso del Compañero de Viaje:** Si **Usted** debe regresar a **Su País de Origen** por una **Emergencia** médica cubierta por esta **Póliza**, **Nosotros** le reembolsaremos a **Usted** el costo adicional de un **Pasaje** de regreso en un vuelo comercial por la ruta más directa para que **Su Compañero de Viaje** regrese a **Su País de Origen**. Si el boleto de viaje de regreso no usado es reembolsable, **Nosotros** deduciremos el valor del reembolso del costo del transporte de regreso que **Nosotros** coordinamos.

11. **Repatriación de Restos:** Si **Usted** fallece durante **Su Viaje Cubierto**, **Nosotros** reembolsaremos los gastos razonables en que se incurra hasta el monto máximo especificado en el **Esquema de Beneficios Máximos por Plan** para:
 - a) preparación y transporte de **Sus** restos o cenizas de regreso a **Su País de Origen**; o
 - b) la cremación o el entierro de **Sus** restos en la ubicación en que ocurra el fallecimiento.
 No se pagará ningún beneficio por el costo de una lápida, ataúd o gastos de servicios funerarios.
12. **Identificación de restos:** Si por ley se requiere que alguien identifique **Sus** restos antes de que se entregue **Su** cuerpo, **Nosotros** reembolsaremos el costo del viaje de una persona al lugar en que se encuentran **Sus** restos, con **Pasaje** de ida y vuelta por la ruta más directa y hasta **\$500** para alojamiento comercial y comidas. **Nosotros** aseguraremos automáticamente a esta persona con cobertura para Emergencias Médicas conforme a esta **Póliza** por un máximo de **3 días** hasta que regrese a **Su País de Origen**, sujeto a los requisitos de elegibilidad, las limitaciones, las condiciones y las exclusiones de esta **Póliza**.
 - Este beneficio se debe coordinar previamente y aprobar por parte **Nuestra**.
13. **Devolución de vehículos:** **Nosotros** pagaremos los gastos asociados con la devolución de **Su** vehículo a **Su** casa o **Su** vehículo de alquiler a la agencia de alquiler adecuada si **Usted** no puede hacerlo por una **Emergencia médica**. La devolución de vehículos comerciales no está cubierta.
14. **Devolución de equipaje y Efectos Personales:** En caso de **Su** evacuación médica o repatriación de restos organizada por la **Empresa**, si no hay espacio suficiente para alojar **Su Equipaje y Sus Efectos Personales** a bordo del transporte proporcionado, **Nosotros** le reembolsaremos a **Usted** hasta **\$200** para cubrir el costo del envío de dichos artículos a **Su País de Origen**.
15. **Asignación incidental para el Hospital:** Si se requiere que **Usted** permanezca en un **Hospital** para recibir **Tratamiento** de una **Enfermedad** o **Lesión de Emergencia** como paciente hospitalizado mientras está en **Su Viaje Cubierto**, **Nosotros** le pagaremos a **Usted** **\$50** por cada **24 horas** de estancia continua hasta un límite de **\$500**. Este beneficio comienza después de que hayan concluido las **48 horas** iniciales de estancia continua.
16. **Regreso al destino:** Si, después de **Su** evacuación médica de **Emergencia** organizada por la **Empresa** a **Su País de Origen**, **Usted** desea regresar a **Su** destino, **Nosotros** le reembolsaremos a **Usted** el costo de un **Pasaje** de regreso desde la ciudad donde se haya producido la evacuación médica.
 - Este beneficio está disponible únicamente si:
 - a) **Su Médico** en **Su** lugar de residencia determina que **Usted** ya no requiere más **Tratamiento**,
 - b) **Usted** recibe aprobación previa por parte de **Nosotros**,
 - c) **Usted** elige este beneficio en lugar del beneficio #13, **Devolución de Vehículos**, y
 - d) **Su** regreso debe ocurrir antes de **Su Fecha de Regreso** programada originalmente.
 - Una vez que **Usted** regrese a **Su** destino, no se cubrirá una **Recurrencia** de la **Afección Médica** que requirió su evacuación médica de **Emergencia** o una **Afección Médica** relacionada, conforme a esta **Póliza**.
 - Este beneficio se puede usar solamente una vez durante **Su Viaje Cubierto**. A su regreso a **Su** destino, la **Fecha de Vigencia** de la cobertura es el día en que **Usted** salga de **Su País de Origen** para regresar a **Su** destino.

Lo que excluimos

Además de las **Exclusiones generales** de la página 25 de esta **Póliza** tampoco hay cobertura ni se pagarán beneficios por los reclamos presentados en virtud de esta sección que resulten de:

1. **Afecciones preexistentes** o **Afecciones Médicas** relacionadas como se indica a continuación:
 - a) **Para personas de hasta 59 años de edad** en la **Fecha de Salida**, cualquier **Afección Preexistente** o **Afección Médica** que no estaba **Estable y Controlada** durante el período de **60 días** inmediatamente anterior a **Su Fecha de Salida** o que, en opinión de **Su Médico**, se podría esperar que requiera **Tratamiento** en el futuro cercano.

- b) **Para personas de entre 60 y 74 años de edad** en la **Fecha de Salida**, cualquier **Afección Preexistente** o **Afección Médica** que no estaba **Estable y Controlada** durante el período de **90 días** inmediatamente anterior a **Su Fecha de Salida** o que, en opinión de **Su Médico**, se podría esperar que requiera **Tratamiento** en el futuro cercano.
- c) **Personas de 75 años o más de edad** en la **Fecha de Salida**, cualquier **Afección Preexistente** o **Afección Médica** que no estaba **Estable y Controlada** durante el período de **180 días** inmediatamente anterior a **Su Fecha de Salida** o que, en opinión de **Su Médico**, se podría esperar que requiera **Tratamiento** en el futuro cercano.

NOTA: Para las personas **de 30 años o más de edad**, no se proporciona cobertura por **Emergencias Médicas** para ningún reclamo que surja de:

- a) una afección cardíaca que implique tomar nitroglicerina más de una vez a la semana para aliviar la angina de pecho;
 - b) una afección pulmonar tratada con oxígeno en el hogar o con esteroides por vía oral (prednisona o prednisolona);
2. Los gastos en que incurra para obtener servicios o atención médica si emprendió **Su Viaje Cubierto** en contra de las recomendaciones médicas o después de recibir un pronóstico de una **Enfermedad Terminal**.
 3. Cualquier **Tratamiento**:
 - a) no requerido para el alivio inmediato del dolor agudo y el sufrimiento;
 - b) que se puede retrasar razonablemente hasta que **Usted** regrese a **Su País de Origen**;
 - c) de **Tratamiento** de Seguimiento, **Recurrencia** de una **Afección Médica** o **Tratamiento de Emergencia** o estancia en el **Hospital** subsiguiente por una **Afección Médica** o **Afecciones Médicas** relacionadas, para las que **Usted** haya recibido **Tratamiento de Emergencia** durante **Su Viaje Cubierto**.
 4. Trasplantes de cualquier tipo.
 5. Salvo que obtenga aprobación previa de parte **Nuestra**, cualquier transporte aéreo de **Emergencia**, RMN, tomografía, cirugía, procedimientos cardíacos, incluidos entre otros la cateterización cardíaca, la angioplastia o una operación quirúrgica.
 6. Los gastos en que incurra por todos los servicios o la atención médica, incluidos los relacionados con un **Accidente**, cuando esta **Póliza** se compró específicamente para obtener **Tratamiento Hospitalario** o médico fuera de **Su País de Origen**, ya sea que lo recomiende o no un **Médico**.
 7. Cualquier gasto relacionado con una infección por VIH o una afección relacionada con el SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida).
 8. Cualquier gasto relacionado con enfermedades de transmisión sexual.
 9. Gastos en que incurra por **Afecciones Médicas** en curso o recurrentes. Una vez que se complete el **Tratamiento de Emergencia** y la atención, no se cubrirán otros beneficios para la misma **Afección Médica** u otra relacionada.

Lo que pagamos

Le reembolsaremos a **Usted** los cargos **Razonables y Habituales** adicionales a cualquier otra **cobertura de seguro** que **Usted** tenga para los gastos médicos de **Emergencia** elegibles indicados antes, hasta el monto máximo del beneficio descrito en el **Esquema de Beneficios Máximos por Plan**.

Si **Usted** tiene otro seguro que pudiera proporcionar los mismos beneficios, **Usted** debe notificarnos sobre ese seguro, cooperar con **Nuestros** esfuerzos por coordinar los beneficios pagaderos por otra aseguradora y reembolsarnos todo pago que hayamos hecho que **Usted** reciba de otra aseguradora.

Qué debe hacer si tiene un reclamo

Si **Usted** es hospitalizado:

Comuníquese con el **Proveedor de Asistencia en Emergencias** a los teléfonos que se indican en la página 8 de esta **Póliza**. **Usted** debe hacerlo antes de su admisión al **hospital** o en un plazo de **24 horas** después de una **Emergencia** que ponga en peligro su vida o sus órganos.

Usted, o alguien que actúe en **Su** nombre, debe autorizarnos acceder a toda la documentación médica de la instalación que lo trata en **Su** ubicación y la de su **Médico** de cabecera en casa para el período preexistente aplicable. (Vea la exclusión para Afecciones preexistentes de esta sección.)

Antes de recibir toda la información médica relevante, **Nosotros** nos encargaremos de **Su Emergencia** asumiendo que **Usted** es elegible para los beneficios contemplados por esta **Póliza**. Si posteriormente se determina que se aplica una exclusión a la **Póliza** para **Su** reclamo, **Usted** deberá reembolsarnos cualquier pago que hayamos hecho en **Su** nombre.

Para tener derecho a la cobertura conforme a esta disposición, **Usted** debe presentarnos junto con **Su** reclamo:

1. El Formulario de Reclamo Médica completado;
2. Los recibos originales u otras pruebas de pago;
3. La documentación médica detallada y
4. Cualquier otra información que **Nosotros** consideremos necesaria para adjudicar **Su** reclamo de manera adecuada.

EQUIPAJE Y EFECTOS PERSONALES

Cuándo aplica

Si **Su Equipaje y/o sus Efectos Personales** se pierden, son robados, se dañan o se retrasan durante **Su Viaje Cubierto**. La cobertura está disponible por hasta un monto máximo de **\$800** en total.

Lo que cubrimos y lo que pagamos – Equipaje y efectos personales – perdidos, robados o dañados

Cuando el **Equipaje y/o los Efectos Personales** se pierden, son robados o se dañan durante **Su Viaje Cubierto**, **Nosotros** le reembolsaremos a **Usted** hasta el Monto Máximo de Beneficio según el **Esquema de Beneficios Máximos por Plan** para el plan que **Usted** compró.

Nosotros pagaremos lo que sea menor entre:

1. El costo del reemplazo o de la reparación, después de hacer un descuento por desgaste natural o depreciación, y
2. El precio original de compra.

Se puede pagar un máximo de **\$300** por cada artículo.

Se pagará un monto límite combinado máximo de **\$300** por joyas, relojes, cámaras, incluido el equipo relacionado, los binoculares, artículos que consistan total o parcialmente en plata, oro o platino, pieles y artículos con adornos de pieles, teléfonos celulares, computadoras y otros artículos digitales o electrónicos, siempre y cuando se presenten los recibos originales con el reclamo.

La responsabilidad de la **Empresa** con respecto a cualquier reclamo conforme a este beneficio no deberá exceder lo que sea menor entre el límite del beneficio de esta **Póliza** al momento de realizar la **Solicitud** o **\$2,000** en total conforme a todas las pólizas de seguro de **guard.me** compradas para cualquier **Viaje Cubierto** con respecto a una persona asegurada.

Para que este beneficio se aplique **Usted** debe:

- proporcionar un parte policial si corresponde
- dar todos los pasos razonables para proteger, salvar o recuperar **Su Equipaje o Efectos Personales**,
- notificar de inmediato, por escrito, ya sea a la policía, a los propietarios del hotel, a las autoridades de la línea naviera, la aerolínea, la estación ferroviaria, de autobuses, aeropuerto u otras, operadores turísticos o líderes de grupo, o a cualquier **Empresa de Transporte Público** o tercero que haya tenido la custodia de **Su Equipaje o Efectos Personales** al momento de la pérdida y proporcionarnos una copia del informe escrito.

Lo que cubrimos y lo que pagamos – Retraso del equipaje

Si **Su** equipaje facturado se envía al lugar incorrecto o se retrasa más de **12 horas** por parte de la **Empresa de Transporte Público** durante **Su Viaje Cubierto**, **Nosotros** pagaremos hasta un total combinado de **\$100** por:

1. La compra o el alquiler de artículos esenciales de ropa y aseo personal mientras esté en **Su Viaje Cubierto**, y
2. El alquiler de equipo deportivo si el objetivo de **Su Viaje Cubierto** era participar en un evento deportivo y **Su** equipo deportivo estaba incluido en el equipaje facturado retrasado.
3. El alquiler de una silla de ruedas para usarla durante **Su Viaje Cubierto**.

Este beneficio no se aplica al equipaje retrasado después de que **Usted** haya regresado a **Su País de Origen**.

Lo que cubrimos y lo que pagamos – Dinero para uso Personal

Si le roban o se le pierde **Su** dinero para uso personal durante **Su Viaje Cubierto**, la **Empresa** Le reembolsará hasta **\$100**.

Lo que excluimos

Además de las **Exclusiones generales** de la página 25 de esta **Póliza** tampoco hay cobertura ni se pagarán beneficios por las reclamaciones presentadas conforme a esta sección cuando se le reembolse:

- Por parte de la **Empresa de Transporte Público**, el hotel o el **Proveedor de Viajes**, incluido cualquier servicio prestado por dicha **Empresa de Transporte Público**, hotel o **Proveedores de Viajes**, o
- Según se especifique conforme a cualquier otra cobertura de seguro que **Usted** pueda tener para la pérdida o daños de sus bienes.

Conforme a esta sección, no se proporciona cobertura para pérdidas o daños y perjuicios a:

1. Cualquier animal;
2. Automóviles y equipo automotriz, aeronaves, bicicletas, excepto cuando se facture como equipaje con una **Empresa de Transporte Público**; barcos u otros vehículos o medios de transporte, remolques, motores;
3. Los siguientes artículos personales:
 - a) gafas de sol (correctivas o no), lentes de contacto;
 - b) dientes postizos, puentes dentales, aparatos ortodóncicos de retención, audífonos, prótesis de extremidades, medicamentos recetados;
 - c) llaves, dinero, tarjetas de crédito, boletos y documentos (salvo según se proporcione cobertura específicamente en este documento), sellos, títulos;
 - d) equipo deportivo si la pérdida es resultado del uso del mismo;
 - e) boletos de viaje para **Su Viaje Cubierto**, excepto las tarifas administrativas requeridas para volver a emitir los boletos;
4. artículos y accesorios del hogar, antigüedades y objetos de colección;
5. artículos perecederos o consumibles, incluidos los productos de tabaco;
6. Los bienes usados en el comercio, los negocios o para producir ingresos;
7. Software de computación, incluido todo gasto en que haya incurrido para restaurar cualquier información que se haya perdido o corrompido;
8. Los bienes enviados como carga o enviados antes de **Su Fecha de Salida**;
9. Los bienes robados de un vehículo desatendido que no tuviera el maletero cerrado con llave o los bienes que se haya dejado a la vista cuando no hubiere un maletero disponible;
10. Los bienes dañados por materiales o mano de obra defectuosos, el desgaste y uso normal, el deterioro gradual, un vicio inherente o descompostura mecánica;
11. Los bienes dañados por corriente eléctrica, incluidos los arcos eléctricos, que destruyan los dispositivos o aparatos eléctricos;
12. Los bienes afectados por la confiscación, detención, requisición o destrucción de **Su Equipaje y Efectos Personales** por las autoridades de aduana u otras;
13. Los artículos comprados durante **Su Viaje Cubierto** sin recibos originales presentados con el reclamo;
14. Las alhajas, las piedras preciosas, los relojes, las cámaras, incluido el equipo relacionado, artículos que consistan total o parcialmente en plata, oro o platino, las pieles y los artículos adornados con pieles, los teléfonos celulares, las computadoras y otros artículos digitales o electrónicos que se pongan a disposición de una **Empresa de Transporte Público**;
15. La propiedad causada por la rotura o rayadura de artículos frágiles que no sean cámaras o binoculares, salvo que hayan sido causadas por un incendio o un **Accidente** del vehículo en que eran transportados;
16. Los bienes asegurados conforme a cualquier póliza combinada para propietarios de casas o arrendatarios;
17. Cualquier equipaje o bienes que se deje desatendidos;
18. Escasez debida a error, omisión o depreciación del valor;
19. Desaparición misteriosa.

Qué debe hacer si tiene un reclamo

Para tener derecho al reembolso conforme a esta disposición, por la pérdida, el robo, el daño o el retraso de **Su Equipaje y Efectos Personales**, **Usted** debe presentarnos:

1. prueba de propiedad y recibos originales de cada artículo que se está reclamando;
2. informes u otra documentación de la **Empresa de Transporte Público** o cualquier otra parte responsable por la pérdida, el daño o el retraso;
3. una declaración detallada firmada y jurada como prueba de la pérdida;
4. los recibos originales de las compras o reembolsos necesarios;
5. cualquier parte policial u otro reporte que documente la pérdida cubierta por esta disposición, y
6. cualquier otra información que **Nosotros** consideremos necesaria para adjudicar **Su** reclamo de manera adecuada.

PASAPORTE/VISA DE VIAJE

Cuándo aplica

Si le roban o pierde **Su** pasaporte o visa de viaje mientras está de viaje fuera de **Su País de Origen** durante **Su Viaje Cubierto**.

Lo que cubrimos y lo que pagamos

Le reembolsaremos a **Usted** hasta un monto máximo de **\$500** por:

1. Los costos en que incurra por su nuevo pasaporte y/o visa de viaje, y
2. Los costos de alojamiento y comidas de viaje adicionales asociados con la espera por los nuevos documentos.

Lo que excluimos

Además de las **Exclusiones generales** de la página 25 de esta **Póliza** tampoco hay cobertura ni se pagarán beneficios por las reclamaciones presentadas conforme a esta sección por:

1. Robo de:
 - a. Un vehículo cerrado con llave desatendido y si los documentos no se pusieron a resguardo fuera de la vista;
 - b. Un vehículo que se haya dejado desatendido entre las 9:00 p.m. y las 9:00 a.m. hora local.
2. La pérdida, la destrucción o el daño por confiscación o detención por parte de autoridades u oficiales de la aduana u otros.

Qué debe hacer si tiene un reclamo

Para tener derecho al reembolso conforme a esta disposición, **Usted** debe presentarnos:

1. Una declaración detallada firmada y jurada como prueba de la pérdida;
2. Un parte policial que documente cualquier pérdida cubierta conforme a esta disposición, y
3. Cualquier otra información que **Nosotros** consideremos necesaria para adjudicar **Su** reclamo de manera adecuada.

BOLETOS DE VIAJE

Cuándo aplica

Si **Sus** boletos o pases prepagados no reembolsables de aerolínea, autobús o tren para **Su Viaje Cubierto** se pierden o son robados durante **Su Viaje Cubierto**.

Lo que cubrimos y lo que pagamos

Nosotros le reembolsaremos a **Usted** hasta un máximo de **\$250** por los costos de reemplazo de dichos boletos para poder continuar **Su Viaje Cubierto**.

Lo que excluimos

Además de las **Exclusiones generales** de la página 25 de esta **Póliza** tampoco hay cobertura ni se pagarán beneficios por las reclamaciones presentadas conforme a esta sección para:

1. Los primeros **\$50** de cada reclamo;
2. Robo de:
 - Un vehículo cerrado con llave desatendido y si los documentos no se pusieron a resguardo fuera de la vista;
 - Un vehículo que se haya dejado desatendido entre las 9:00 p.m. y las 9:00 a.m. hora local.

Qué debe hacer si tiene un reclamo

Para tener derecho al reembolso conforme a esta disposición, **Usted** debe presentarnos:

1. Una declaración detallada firmada y jurada como prueba de la pérdida;
2. Un parte policial que documente cualquier pérdida cubierta por esta disposición, y
3. Cualquier otra información que **Nosotros** consideremos necesaria para adjudicar **Su** reclamo de manera adecuada.

MUERTE O PÉRDIDA DE MIEMBROS ACCIDENTAL

Cuándo es aplicable

Si **Usted** sufre una **Lesión** mientras **Usted** viaja en **Su Viaje Cubierto**.

Lo que cubrimos

Usted tiene cobertura por **Lesiones** corporales repentinas causadas por un incidente originado por eventos externos, violentos, repentinos o inesperados fuera de **Su** control que ocurran durante **Su Viaje Cubierto**.

EXPOSICIÓN Y DESAPARICIÓN

Estará cubierta la pérdida por exposición a los elementos como resultado de un **Accidente** cubierto, si esa pérdida es pagadera según esta **Póliza**.

Si **Usted** no es encontrado dentro de un plazo de un año después de:

- a) la desaparición, hundimiento o destrucción del medio de transporte en que **Usted** viaja durante **Su Viaje Cubierto**; o
- b) la destrucción de un edificio en que **Usted** está durante **Su Viaje Cubierto**;

Se supondrá que **Usted** habrá muerto debido a las **Lesiones** causadas por un **Accidente**.

Lo que excluimos

Además de las **Exclusiones Generales** en la página 25 de esta **Póliza** tampoco habrá cobertura ni beneficios pagaderos por las reclamaciones presentadas en esta sección que sean el resultado de:

1. Enfermedad o cualquier defecto físico, dolencia o **Enfermedad** que haya existido antes del inicio de **Su Viaje Cubierto**;
2. Viajar con cualquier **Transportista General** como piloto, operador o miembro de la tripulación; o
3. Cualquier **Acto de Terrorismo**.

Lo que pagamos

Usted está cubierto hasta la cantidad máxima indicada en el **Programa de Beneficios Máximos por Plan** o de acuerdo con lo que se especifique de otra manera en el beneficio cuando ocurra una pérdida que tiene cobertura.

Pérdida de	Beneficio Máximo Pagadero
Vida	\$25 000
Ambas manos o ambos pies	\$25 000
La vista completa en ambos ojos	\$25 000
Una mano y un pie	\$25 000
Una mano y la vista completa en un ojo	\$25 000
Un pie y la vista completa en un ojo	\$25 000
Pérdida completa e irreversible del habla o de la audición	\$25 000
Una mano o un pie	\$12 500
La vista completa de un ojo	\$12 500

Para que el beneficio sea pagadero de acuerdo con esta cobertura, el **Accidente** debe ocurrir en **Su Viaje Cubierto** y la **Lesión** o muerte resultante debe ocurrir dentro de un plazo de **365 días** a partir del **Accidente**.

En el evento, Su muerte es resultado de una lesión causada cuando viaje:

- a) como pasajero que haya pagado su boleto en cualquier tipo de transporte público, o
- b) como pasajero (no como piloto, operador o miembro de la tripulación) que embarque o desembarque de cualquier:
 - i) aeronave que sea mantenida por una **Aerolínea Regular**,
 - ii) transporte terrestre alquilado con licencia para el transporte de pasajeros que lo lleve a **Usted** directamente a, o inmediatamente de, los aeropuertos que usa una **Aerolínea Regular**, o

iii) un transporte terrestre o acuático proporcionado a expensas de la compañía aérea como sustituto de una aeronave que esté cubierta por esta **Póliza**

el beneficio por muerte se aumenta a **\$50 000**

La pérdida como se usa anteriormente referente a:

1. Mano o pie: significa que la mano o pie está completa y permanentemente cercenada en o arriba de la muñeca o la articulación del tobillo;
2. Vista: significa la pérdida completa e irrecuperable de la vista.

Si ocurre más de una pérdida por cualquier **Accidente**, **Nosotros** solamente pagaremos el beneficio mayor enumerado anteriormente. No hay beneficios pagaderos por una pérdida que no se enumere anteriormente.

Sin importar la cantidad de pólizas válidas que **Usted** haya comprado con **Nuestra Compañía**, la cantidad máxima por la que **Usted** puede estar cubierto por todas las pólizas emitidas por **Accidente de Viaje/Accidente Aéreo/Muerte y Pérdida de Miembros Accidental** por parte de **Nuestra Compañía** como resultado de cualquier incidente aislado está limitada a un monto máximo de **\$500 000**. Cualquier cantidad adquirida que supere **\$500 000** será reembolsada a solicitud.

La responsabilidad máxima de la **Compañía** bajo esta **Póliza** y todas las demás pólizas de seguro por **Accidente de Viaje/Accidente Aéreo/Muerte y Pérdida de Miembros Accidental** emitidas por la **Compañía**, con respecto a cualquier incidente aislado, está limitada al monto total de **\$12 000 000**, que será compartido proporcionalmente entre todos los reclamantes que tengan derecho a la reclamación. Además, la responsabilidad máxima de la **Compañía** bajo esta **Póliza** y todas las demás pólizas de **Accidente de Viaje/Seguro de Accidente Aéreo/Muerte y Pérdida de Miembros Accidental** emitidas por la **Compañía** y cubiertas bajo este beneficio con respecto a más de un incidente que ocurran durante un año calendario, está limitada a un monto total de **\$24 000 000**.

Qué debe hacer si usted tiene un reclamo

Para cumplir los requisitos de cobertura de acuerdo con esta provisión, **Usted** o alguien que actúe en **Su** nombre debe **Presentarnos**:

1. El Formulario de reclamación médica completo,
2. La documentación médica detallada,
3. Una declaración jurada detallada y firmada como prueba de la pérdida y
4. Cualquier otra información que **Nosotros** consideremos necesaria para adjudicar correctamente **Su** reclamación.

EVACUACIÓN DE SEGURIDAD

Cuándo aplica

La cobertura se aplica a las situaciones descritas a continuación que ocurran fuera de **Su País de Origen** durante el **Período de Cobertura** de esta **Póliza**.

Lo que cubrimos

Esta **Póliza** proporciona cobertura para evacuación de emergencia de o dentro de **Su País Anfitrión** al lugar seguro más cercano en caso de que:

1. Se le expulsa de un **País Anfitrión** si se le declara persona non-grata por autoridad escrita del gobierno reconocido del **País Anfitrión**;
2. Eventos políticos o militares que involucren a **Su País Anfitrión** si las autoridades emiten un aviso que indique que los ciudadanos de **Su País de Origen** o de **Su País Anfitrión** deben abandonar el **País Anfitrión**;
3. Un desastre natural, en un período de **7 días** del evento, en **Su País Anfitrión** y el gobierno del **País Anfitrión** declara **Su** ubicación un área de desastre que no es habitable o es peligrosa. Un desastre natural, como se usa aquí, significa una tormenta (viento, lluvia, nieve, aguanieve, granizo, relámpagos, polvo o arena), terremoto, inundación, erupción volcánica, incendio incontrolado o evento similar;
4. Ataque físico verificado o amenaza verificada de un ataque físico a **Usted** por parte de un tercero;
5. **Usted** es secuestrado o se presenta un reporte de persona desaparecida para **Usted** ante las autoridades locales o internacionales.

Se pagarán beneficios por:

1. **Su** transporte a la ubicación segura y aceptable más cercana como lo determinemos **Nosotros**. La ubicación segura es donde:
 - a) **Usted** está seguro;
 - b) **Usted** tiene acceso a transporte a **Su País de Origen**; y,
 - c) **Usted** tiene acceso a comida y alojamiento temporal;
2. **Su** transporte de regreso al **País Anfitrión** si es seguro o a **Su País de Origen** en un plazo de **14 días** de la evacuación de seguridad inicial como lo determinemos **Nosotros**
3. Los servicios de consultoría de un asesor de seguridad seleccionado por **Nosotros** en caso de que **Usted** sea secuestrado o haya un reporte de persona desaparecida para **Usted** presentado ante las autoridades locales e internacionales.

Todos los gastos de viaje deben ser autorizados y organizados por **Nosotros**. A **Nuestro** criterio, **Nosotros** utilizaremos cualquier recurso que esté disponible incluido el transporte público económico, aviones privados, transporte terrestre o por mar. El regreso a **Su País de Origen** involucrará el menor de:

1. la tarifa de cambio de los boletos existentes cuando sea posible; o,
2. La compra de nuevos boletos de reemplazo.

Catorce (**14**) días después de la evacuación de seguridad, si **Nosotros** determinamos regresarlo a **Usted** a **Su País de Origen** o, si es seguro, regresarlo a **Usted** a **Su País Anfitrión**, y **Usted** decide quedarse donde está, no se aplican otros beneficios conforme a la **Evacuación de seguridad**. Todos los demás beneficios de la **Póliza seguirán vigentes hasta que ocurra lo primero de:**

1. **Cuándo termina la cobertura** según se especifica en la página 4 de esta **Póliza**; o,
2. la fecha en que **Usted** deje de ser una persona elegible.

Nosotros o **Nuestro Proveedor de Asistencia en Emergencias** no somos responsables de la disponibilidad de los servicios de transporte. En los casos en que la evacuación de seguridad se complique por condiciones peligrosas u hostiles, **Nosotros** trataremos de mantener el contacto con **Usted** hasta que sea posible la evacuación de seguridad o hasta que se haya calmado la situación peligrosa.

Lo que excluimos

Esta **Póliza** no cubre ninguna pérdida causada o que resulte de:

1. **Su** participación en el evento que hizo surgir un reclamo;
2. **que Usted** realice algún acto fraudulento, deshonesto o ilegal;
3. **que Usted** viole las leyes de **Su País Anfitrión** o de **Su País de Origen**;
4. **que Usted** no mantenga y posea los documentos de viaje y visas requeridos;
5. Cualquier enfermedad epidémica, endémica o común o pandemia global; o,
6. Riesgos o incidentes presentes en **Su País Anfitrión** antes de la fecha de inicio de esta cobertura.

No pagaremos los gastos y tarifas de la **Evacuación de seguridad**:

1. Que se puedan recuperar de otra fuente;
2. Asociados con la repatriación de restos;
3. Asociados con el dinero pagadero en forma de rescate;
4. En caso de que **Usted** nos contacte a **Nosotros** para una **Evacuación de Seguridad** más de **30 días** después de que las autoridades de **Su País Anfitrión** emitan un aviso de que los ciudadanos de **Su País de Origen** o de **Su País Anfitrión** deben abandonar el **País Anfitrión**; o,
5. En que incurra en un **País Anfitrión** contra el que los Estados Unidos de América tengan embargos económicos o sanciones comerciales.

Qué hacer

Para tener derecho a los beneficios conforme a esta sección, **Usted** debe contactar al **Proveedor de Asistencia en Emergencias** al momento en que a **Usted** le suceda alguno de los eventos mencionados en esta sección de la **Póliza**. **Usted** puede comunicarse con el **Proveedor de Asistencia en Emergencias** a los teléfonos que se proporcionan en la página 8 de esta **Póliza**.

EXCLUSIONES GENERALES

(No se aplican a la Evacuación de Seguridad)

Estas exclusiones se aplican a todas las secciones de esta **Póliza** excepto a la **Evacuación de seguridad**. Este seguro no cubre ni se pagará ningún beneficio por ningún reclamo que surja de:

1. Cualquier evento que pueda causar que se cancele o abandone **Su Viaje Cubierto**, de lo cual **Usted** o **Su Compañero de Viaje** estaban enterados al momento de adquirir este seguro;
2. La pérdida consecutiva de cualquier tipo, incluida la pérdida de disfrute de **Su Viaje Cubierto** por cualquier causa;
3. **Sus** trastornos mentales o emocionales, entre otros, estrés, ansiedad y depresión una enfermedad psiquiátrica de mayor gravedad como la psicosis, la esquizofrenia y los trastornos afectivos más graves;
4. Cualquier **Tratamiento** médico opcional;
5. Excepto como se describe en la sección Cancelación de viajes/Interrupción de viajes: el embarazo o nacimiento de hijos de forma normal; complicaciones del embarazo o el nacimiento en un plazo de 9 semanas de la fecha de alumbramiento esperada; aborto inducido de manera voluntaria; o, un bebé que nazca durante **Su Viaje Cubierto**;
6. **Su** consumo de drogas, alcohol o cualquier medicamento que tenga como resultado directa o indirectamente la afección que causa el reclamo;
7. **Su** suicidio, intento de suicidio o cualquier **Lesión** autoinfligida intencionalmente;
8. **Su** participación en **Actividades Extremas**;
9. **Su** participación en actividades deportivas profesionales organizadas;
10. Conducir una motocicleta, una motoneta, ya sea que **Usted** maneje en carreteras públicas, fuera de carretera o en una propiedad privada (a menos que **Usted** cuente con una licencia de conducir válida aplicable);
11. **que Usted** monte, maneje o participe en carreras de velocidad o de resistencia;
12. Pilotear una aeronave o viajar por aire en cualquier dispositivo propulsado por aire, que no sea un vuelo de pasajeros en que se pague un pasaje, operado por una **Empresa de Transporte Público**;
13. Fraude, ocultamiento o declaración falsa en relación con cualquier asunto que afecte este seguro o relacionado con la realización de un reclamo conforme a este documento;
14. **Su** participación en un delito o acto malicioso;
15. Participación en una revuelta o insurrección;
16. Excepto como se indica en Cancelación de viajes (#19 **Acto de Terrorismo** página 11), guerra o acto de guerra (ya sea declarada o no), invasión, acto de un enemigo extranjero, hostilidades, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección o levantamiento militar o usurpación de poder;
17. **Acto de Terrorismo** por medios nucleares y terrorismo por diseminación de agentes y sustancias biológicas, químicas y bioquímicas;
18. Participación en las fuerzas armadas;
19. Eventos relacionados con las advertencias de viaje emitidas por **Su País de Origen** antes de **Su Fecha de Vigencia** que estaban o seguían estando vigentes para cualquier país, región o ciudad de destino en **Su Viaje Cubierto**, como se refleja en **Su** itinerario de viaje; o
20. **Contaminación** que resulte de material radioactivo o combustible o desperdicios nucleares.

DISPOSICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

Cesión de Beneficios: Cuando la **Empresa** haya pagado gastos o beneficios a **Usted** o en **Su** nombre conforme a esta **Póliza**, la **Empresa** tiene derecho a recuperar, por su cuenta, esos pagos de cualquier fuente aplicable o cualquier **Póliza** o plan de seguro que proporcione los mismos beneficios o recuperaciones. Esta **Póliza** también permite que la **Empresa** reciba, endose y negocie pagos elegibles de dichas partes en **Su** nombre. Cuando la **Empresa** reciba el pago de cualquier plan de seguro de salud del gobierno o privado, cualquier otra aseguradora, o cualquier otra fuente de recuperación para la **Empresa**, el pagador respectivo no tendrá ninguna otra responsabilidad con respecto al reclamo.

Autopsia: En caso de que **Usted** fallezca, la **Empresa** puede solicitar un examen o autopsia sujeto a cualquier ley aplicable relacionada con las autopsias.

Ocultación y declaraciones falsas: La cobertura completa será anulada, si antes, durante o después del siniestro, cualquier **Hecho Importante** o circunstancia relacionada con esta **Póliza** se ha ocultado o se ha declarado falsamente.

Conformidad con las leyes existentes: Cualquier disposición de esta **Póliza** que entre en conflicto con las leyes de la provincia de Ontario, Canadá, donde esta **Póliza** se emitió queda por el presente enmendada para que esté conforme con los requerimientos mínimos de dicha ley. Con respecto a todo lo demás, se aplicarán los términos y disposiciones de esta **Póliza**.

No obstante cualquier otra disposición contenida en el contrato, el contrato está sujeto a las condiciones estatutarias en la Ley de seguros con respecto a los contratos de seguro de accidentes y enfermedad.

Cambios al contrato: Esta **Póliza** es un contrato legal entre **Usted** y **Nosotros**. Ella, incluidos los papeles adjuntos y los endosos constituyen todo el contrato. Ningún cambio en esta **Póliza** es válido a menos que se apruebe por escrito por parte de uno de **Nuestros** funcionarios. Ningún funcionario tiene derecho a cambiar esta **Póliza** ni a renunciar a ninguna de sus disposiciones.

Coordinación de beneficios: La **Empresa** coordinará los beneficios pagaderos conforme a esta **Póliza** con los beneficios disponibles para **Usted** conforme a cualquier otra **Póliza** o plan, de manera que los pagos hechos conforme a esta **Póliza** y de todas las demás fuentes no excedan el **100%** de los gastos elegibles en que se incurrió.

Moneda: Todas las primas y beneficios conforme a esta **Póliza** son pagaderos en la moneda de los Estados Unidos de América con base en a) el tipo de cambio fijado por cualquier banco en Canadá en la última fecha de servicio, o b) en la fecha en que se emita el pago al proveedor del servicio.

Limitación de responsabilidad: La responsabilidad de la **Empresa** conforme a esta **Póliza** se limita sólo al pago de los beneficios elegibles. La **Empresa** al hacer un pago conforme a esta **Póliza** no asume ninguna responsabilidad por la disponibilidad, la calidad o los resultados de cualquier **Tratamiento** o servicio, o el hecho de no obtener ningún **Tratamiento** o servicio cubierto conforme a los términos de esta **Póliza**.

Examen médico: La **Empresa** se reserva el derecho que hacer que **Usted** sea examinado médicamente en caso de un reclamo.

Registros médicos: En caso de un reclamo, **Usted** está de acuerdo en proporcionar acceso y **Nosotros** nos reservamos el derecho de revisar todos los registros médicos o la documentación relacionada con **Su** reclamo de cualquier **Médico**, **Dentista**, practicante médico, **Hospital**, clínica, aseguradora, persona, institución u otro proveedor con licencia o servicio relacionado con la validez de **Su** reclamo.

Reembolso de la Prima: Para las demás disposiciones que no sean el **"Derecho por 10 Días a Examinar"** en la página 2, no están permitidos los reembolsos. Esta **Póliza** es intransferible.

Derecho de recuperación: En caso de que se determine que **Usted** no es elegible para la cobertura, cualquier beneficio se pague por error, el pago se haga por un monto mayor al permitirlo conforme a las disposiciones de esta **Póliza**, se determine que un reclamo no es válido, o los beneficios se reduzcan de acuerdo con cualquier disposición de la **Póliza**, la **Empresa** tiene derecho de recolectar de **Usted** cualquier monto que haya pagado en **Su** nombre a proveedores médicos u otras partes o buscar el reembolso de parte proveedores médicos u otras partes o buscar el reembolso de parte de **Usted**, **Su** patrimonio, cualquier institución, aseguradora o persona a quien se haya hecho el pago.

Subrogación: Si **Usted** sufre una pérdida causada por un tercero, la **Empresa** tiene derecho a subrogar **Sus** derechos de recuperación contra el tercero por cualquier beneficio pagadero a o en **Su** nombre y, por su cuenta, y en **Su** nombre, firmará los documentos necesarios y realizará acciones contra el tercero para recuperar dichos pagos. **Usted** no debe realizar ninguna acción ni firmar ningún documento después de la pérdida que perjudique el derecho de la **Empresa** a dicha recuperación.

Declaraciones juradas: **Nosotros** tenemos el derecho de solicitar que los documentos de las reclamos estén jurados, y que **Usted** sea examinado bajo juramento con respecto a cualquier documento del reclamo que haya presentado.

DEFINICIONES

En esta **Póliza**, las palabras y los términos que denotan el singular se deben interpretar como el plural y viceversa, a menos que el contexto indique claramente otra cosa.

Accidente significa un evento debido a causas externas, violentas, repentinas o fortuitas más allá de **Su** control que ocurra durante el **Período Cobertura**.

Acto de Terrorismo o Terrorismo significa el uso no autorizado e ilegal de la violencia (excluido un disturbio civil general, revueltas y actos de guerra (declarada o no) o la emisión internacional de un material biológico), que causó la destrucción de propiedad, **Lesiones** o muerte con el objetivo expreso o implícito de lograr un resultado o un objetivo político, étnico o religioso.

Solicitud significa el formulario impreso, la impresión de la computadora, el recibo o el documento que se usa para solicitar este seguro según lo proporciona **guard.me** o el proceso de múltiples pasos que se debe completar por parte del solicitante cuando compra este seguro de manera electrónica a través de **guard.me**. La **Solicitud** confirma que la cobertura del seguro que **Usted** compró indica la **Fecha de Salida**, el **Punto de Salida** y la **Fecha de Regreso de Su Viaje Cubierto** y forma parte integral del contrato de la **Póliza**.

Equipaje o Efectos Personales significa los objetos o artículos de primera necesidad, arreglo o comodidad personal, como ropa y otros efectos personales que se llevan sobre la persona y que normalmente cargan los viajantes para uso individual mientras viajan.

Bancarrotas o Mora en los Pagos significa que el proveedor del viaje es insolvente, está en bancarota, en quiebra, ha hecho una propuesta a sus acreedores o presentado un aviso de intención de hacer una propuesta a sus acreedores. La bancarota o la mora en los pagos también incluye la incapacidad de proporcionar los servicios contratados debido a la cesación total o suspensión total de las operaciones debido a insolvencia financiera, con o sin la presentación de una petición de Bancarota, ya sea de manera voluntaria o involuntaria, por parte de un operador de excursiones, una línea de cruceros, una aerolínea u otro proveedor de viajes.

Cuidador significa la persona a quien se le confía de manera permanente y a tiempo completo el bienestar de **Su(s)** dependiente(s) y cuya ausencia no se puede reemplazar de manera razonable.

Hijos (para los propósitos del beneficio de "Regreso y Escolta de Hijos") significa cualquier persona no asegurada soltera que dependa de **Usted** para su manutención, que viaje con **Usted** o que se le una a **Usted** durante **Su Viaje Cubierto** y que tenga menos de **19 años** de edad.

Administrador de reclamos significa Travel Healthcare Insurance Solutions Inc. (T.H.I.S.) o la **Empresa**.

Empresa de Transporte Público significa una aerolínea, un crucero, un ferry, un autobús, un tren, un taxi, una limusina comercial o un vehículo similar que tenga licencia, esté destinado y se usa principalmente para transportar pasajeros por un pago, excluyendo los vehículos alquilados, rentados o de dueños particulares.

Empresa, Nosotros, Nuestro, Nos significa Reliable Life Insurance Company o Old Republic Insurance Company of Canada, Hamilton, Ontario.

Contaminación significa la intoxicación de personas por sustancias nucleares, químicas o biológicas que causen una **Enfermedad** o la muerte.

Viaje Cubierto significa los arreglos de viaje asegurados por esta **Póliza** que comienzan en la **Fecha de Vigencia** y terminan en la **Fecha de Regreso**, ambas como se muestra en la confirmación del seguro.

Dentista significa un médico titulado en odontología, certificado legalmente para practicar la odontología en el lugar en que se presten los servicios dentales, pero no incluye al **Asegurado**, un **Compañero de Viaje** o un **Familiar**.

Fecha de Salida significa lo que sea posterior entre la fecha que aparece como tal en la **Solicitud** o la fecha en que **Usted** realmente salga de **Su País de Origen** en **Su Viaje Cubierto**.

Punto de Salida significa el país del que **Usted** sale en **Su Viaje Cubierto**.

Fecha de Vigencia significa la fecha en que **Su** cobertura de seguro conforme a esta **Póliza** o un beneficio específico de esta **Póliza** comienza. (Vea la página 5)

Emergencia significa una **Enfermedad** o **Lesión** imprevista que requiera **Tratamiento** inmediato para evitar o aliviar un peligro existente para la vida o la salud. Una **Emergencia** deja de existir cuando la evidencia médica indica que **Usted** puede regresar a **Su País de Origen**, o continuar **Su Viaje Cubierto**.

Proveedor de Asistencia en Emergencias significa el servicio que se le proporciona a **Usted** durante el **Período de Cobertura**, las **24 horas** del día, los **365 días** del año, llamando a los números de **Emergencia** proporcionados en esta **Póliza**.

Actividades extremas: significa participar en cualquiera de los siguientes: saltos antigraedad, carreras de asalto, representación de batallas, salto en bungee, paseos en canoa, saltos en cascada, paseos por costas rocosas, vuelo sin motor, balanceo en desfiladeros o cañones, caminatas por desfiladeros, vuelo en ala delta, clavados desde grandes alturas, salto con caballo (no polo), cacería, paseos en trineo acuático, kitesurfing, vuelo en aviones ultraligeros motorizados, mountainboarding, paseos o carreras en avestruz, paseos en paracaídas, parapente, descenso en paracaídas sobre nieve o tierra, paseos en cuatrimotos, rapel, alpinismo (no montañismo), caminatas combinadas con alpinismo (rock scrambling), paseos en yate en la arena, buceo (a menos que sea buzo calificado y no se sumerja más de 130 pies), nado con tiburones, caída libre, vuelo orbital y suborbital, espeleología, tripulación de veleros de mástiles altos, vía ferrata, saltos sin peso, paseos en canoa en río o rápidos (grados 5 a 6), paseos en yate (de carreras o con tripulación) fuera de las aguas territoriales.

Familiar significa **Cónyuge**, padre o madre, tutor legal, padrastro o madrastra, abuelo(a), nieto(a), familiares políticos, hijos naturales o adoptados, hijastros(as), hermano(a), hermanastro(a), tío(a), sobrino(a) o un **Cuidador** empleado para atender a los hijos dependientes solteros menores de **19 años** de edad.

Pasaje significa el pasaje al menor costo de un asiento individual en cualquier empresa de transporte de la Asociación de Transporte Aéreo Internacional.

País de Origen significa el país donde el **Asegurado** reside de manera permanente.

Hospital significa una instalación con la licencia adecuada que brinde atención a pacientes internos, que tenga enfermeras registradas de tiempo completo, un laboratorio y un quirófano donde se realicen operaciones quirúrgicas por parte de cirujanos calificados. Se excluyen las casas de convalecencia, las casas de reposo, residencias de asistidos, los asilos de ancianos, los centros para el tratamiento del consumo de alcohol y drogas, los spas o clínicas de salud o cualquier instalación que no opere las **24 horas** al día bajo la supervisión de un **Médico**.

Anfitrión en el Destino significa la persona con quien **Usted** ha acordado el alojamiento durante la noche para la mayor parte de **Su Viaje Cubierto** en su lugar usual de residencia, sin incluir instalaciones comerciales.

País Anfitrión significa el país de destino del **Asegurado**.

Lesión significa un daño repentino al cuerpo causado por un **Accidente** durante el **Período de Cobertura**.

Asegurado, Usted o Su significa una persona que es elegible para la cobertura conforme a esta **Póliza** y cuyo nombre aparece en la **Solicitud** para este seguro y para quien se ha pagado la prima requerida y esta ha sido aceptada por **guard.me**.

Hecho Importante significa cualquier hecho que pudiera causar que **Nosotros** nos neguemos a aceptar **Su Solicitud** de seguro o que carguemos una prima mayor a la que **Usted** pagó por la **Póliza** de seguro.

Afección Médica significa una irregularidad en la salud de una persona que requirió o requiere asesoría médica, consulta, investigación, **Tratamiento**, atención, servicio o diagnóstico de un **Médico**.

Necesario desde el punto de vista Médico significa un **Tratamiento** o servicios que son adecuados para aliviar una **Enfermedad** o **Lesión** en una **Emergencia**, con base en los estándares médicos profesionales generalmente aceptados.

Infección Menor significa una infección que termina **30 días** antes de la **Fecha de Vigencia** de la cobertura y no requiere el uso de medicamentos por un período mayor de **15 días**; más de una visita de seguimiento a un **Médico**; hospitalización; intervención quirúrgica; o, consulta con un especialista médico. Una infección crónica o la complicación de una infección crónica no es una infección menor.

Desastre Natural significa un desastre que ocurra por causas naturales incluidos una inundación, un huracán, un tornado, un terremoto, una erupción volcánica o una tormenta.

Médico significa una persona, que no sea **Usted**, un **Compañero de Viaje** o un **Familiar**, que está calificada y cuenta con una licencia legal para practicar la medicina, realizar **Tratamientos** médicos o cirugías dentro del ámbito de su licencia en el lugar en que se brindan los servicios médicos.

Administrador del Plan significa Travel Healthcare Insurance Solutions Inc. (T.H.I.S.)

Póliza significa este documento y **Su Solicitud** de seguro conforme al mismo, que se emite como contraprestación por el pago de la prima requerida.

Afección Preexistente significa una **Afección Médica** que no sea una **Infección Menor**, para la cual se ha recibido o tomado **Tratamiento** que ha mostrado síntomas, antes de la **Fecha de Vigencia** y dentro del período especificado por el plan que **Usted** haya elegido, e incluye una complicación reconocida médicamente o la **Recurrencia** de una **Afección Médica**.

Razonable y Habitual significa los cargos que normalmente se hacen por parte de otros proveedores de nivel similar para los residentes en la localidad en que se incurren los cargos, por un **Tratamiento**, servicios o suministros comparables para una **Emergencia** médica similar.

Recurrencia significa la aparición de síntomas causados por o relacionados con una **Afección Médica** que se había diagnosticado previamente por parte de un **Médico** o para la que se había recibido **Tratamiento** anteriormente.

Fecha de Regreso significa la fecha en que **Usted** tiene programado regresar a **Su Punto de Salida** o **Su País de Origen**, como se muestra en **Su Solicitud**.

Aerolínea Programada significa cualquier aeronave operada por una aerolínea con licencia para el transporte de pasajeros por contrato y que mantenga horarios regulares publicados (incluidos los vuelos charter de dichas aerolíneas o empresas de excursiones con licencia).

Enfermedad significa una enfermedad grave, dolor agudo y sufrimiento o trastorno que requiera **Tratamiento** médico de **Emergencia** o estancia en un hospital debido al inicio repentino de los síntomas durante el **Período de Cobertura**.

Cónyuge significa la persona con quien **Usted** está legalmente casado o, si no están casados, con quien **Usted** ha vivido en una relación conyugal durante un período continuo de por lo menos un año.

Estable y Controlado significa que la **Afección Médica** no está empeorando y no ha habido alteraciones en ningún medicamento para la afección o en su uso o dosis, ni se ha recetado o recomendado ningún **Tratamiento**, por parte de un **Médico** ni se ha recibido dentro del período especificado en esta **Póliza**, antes de **Su Fecha de Vigencia**.

Enfermedad Terminal significa una **Afección Médica**, de la cual no se espera una recuperación y que tenga un pronóstico de muerte en un plazo de **12 meses** a partir de su **Fecha de Vigencia**.

Proveedor de Viajes significa cualquier entidad u organización que coordine o provea servicios de viaje para **Usted**.

Compañero de Viaje significa la persona que viaja con **Usted** en **Su Viaje Cubierto** hasta un máximo de cinco personas, incluyéndolo a **Usted**.

Tratar, Tratado o **Tratamiento** significa cualquier procedimiento médico, terapéutico o de diagnóstico recetado, realizado o recomendado por un **Médico** incluidos, pero no limitados a, los medicamentos recetados, las cirugías y las pruebas de investigación.

INFORMACIÓN SOBRE RECLAMOS

Comuníquese con nosotros (para reclamaciones que no estén relacionadas con la responsabilidad civil ante terceros)

Reclamos de guard.me
Seguros de Viaje Globales guard.me
Reliable Life Insurance Company
P.O. Box 557, Hamilton, Ontario L8N 3K9

Fax: 905-528-8338
Fax sin costo: 1-866-551-1704
Inglés: Teléfono: 905-523-4731
Número gratuito en Canadá y los Estados Unidos: 1-888-831-2222
Francés: Teléfono: 905-667-5020
Número gratuito en Canadá y los Estados Unidos: 1-800-245-1662

Si **Usted** tiene una emergencia o requiere asistencia mientras **Usted** está de viaje en cualquier momento llame de:

Estados Unidos y Canadá 1-800-334-7787
República Dominicana 1-888-751-4866
México 001-800-514-0409
Europa 00-800-758-75875
Australia 0011-800-758-75875
Otros lugares (por cobrar) 905-667-0587
Correo electrónico: assistance@oldrepublicgroup.com

Cómo presentar un reclamo

Usted puede descargar un formulario de reclamo directamente de: www.guard.me

o puede comunicarse con **Nosotros** sin costo a:

Inglés: 1-888-831-2222
Francés: 1-800-245-1662

Para hacer un reclamo de beneficios conforme a esta **Póliza**:

- Envíe **Sus** formularios de reclamo en un plazo de **30 días** después de haber incurrido en el gasto o la pérdida o tan pronto como sea razonablemente posible;
- Se debe entregar una prueba escrita del reclamo en un plazo de **90 días**, pero no después de **12 meses** después de la fecha del evento o la pérdida.

La prueba escrita del reclamo debe incluir:

1. el llenado de cualquier formulario de reclamo que le entregue la **Empresa** o el **Administrador del Plan**;
2. los recibos originales;
3. un reporte escrito, completo con el diagnóstico del **Médico** tratante, si se aplica, y cualquier otra forma de documentación que se considere necesaria por parte de la **Empresa** para validar **Su** reclamo;
4. la documentación requerida por la **Empresa** para sentar las bases de la cancelación, interrupción, retraso del viaje o cambio de programa si es por alguna otra razón que no sea médica. Si la muerte es la causa del reclamo, también se requerirá un documento oficial como un certificado de defunción que establezca la causa de la muerte. Por ejemplo, una carta de la aerolínea que confirme el cambio en el vuelo programado o la causa del retraso del viaje.

Se deben proporcionar los documentos que sustenten las reclamaciones, sin embargo, la **Empresa** puede aceptar copias certificadas si no se puede proporcionar la documentación original por una causa razonable. No proporcionar un respaldo aplicable para un reclamo invalidará cualquier reclamo conforme a esta **Póliza**. Todos los documentos requeridos para respaldar o validar el reclamo, incluidas las traducciones al inglés o al francés de los documentos, se deben dar sin costo para la **Empresa**.

Pagos de reclamos

Nosotros pagaremos los reclamos cubiertos dentro de un plazo de **30 días** de haber recibido toda la información necesaria requerida para evaluar con precisión **Su** reclamo.

Los pagos de beneficios se harán a **Usted** o a cualquier persona o entidad que tenga una asignación válida de dichos beneficios. En caso de que **Usted** fallezca, cualquier saldo restante o beneficios pagaderos por la pérdida de la vida se pagarán al beneficiario indicado por **Usted**. Si no se designa un beneficiario de otro modo por parte del **Asegurado**, los beneficios se pagarán al primero de los siguientes beneficiarios sobrevivientes preferidos:

1. el **Cónyuge del Asegurado**;
2. el hijo o los hijos en conjunto del **Asegurado**;
3. los padres del **Asegurado** en conjunto si ambos viven o el padre que sobreviva si solo uno vive;
4. los hermanos y hermanas en conjunto del **Asegurado**; o
5. el patrimonio del **Asegurado**.

Limitación de Acción

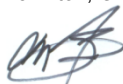
Si **Usted** tiene un reclamo en disputa conforme a esta **Póliza**, **Usted** debe comenzar cualquier acción o procedimiento legal contra la **Empresa** en un período de **24 meses** después de la fecha del evento que causó el reclamo. Sin embargo, si esta limitación no es válida de acuerdo con las leyes de la provincia de Ontario, Canadá donde esta **Póliza** se emitió, **Usted** debe iniciar cualquier acción o procedimiento legal dentro del menor tiempo límite permitido por las leyes de esa provincia. Todas las acciones o procedimientos legales se deben llevar en la provincia de Ontario, Canadá donde se ubica la oficina principal de la **Empresa**.

La **Empresa** se compromete a proteger **Su** privacidad. Recolectar información personal sobre **Usted** es esencial para **Nuestra** capacidad de ofrecerle productos y servicios de seguro de alta calidad. La información proporcionada por **Usted** solo se usará para determinar **Su** elegibilidad para la cobertura conforme a la **Póliza**, evaluar los riesgos del seguro, gestionar y adjudicar las reclamaciones y negociar o acordar pagos a terceros. La información también se puede compartir con terceros, como otras compañías de seguros, organizaciones de salud y planes de seguro médico del gobierno para adjudicar y procesar cualquier reclamo. En caso de que **Nosotros** debamos compartir **Su** información con un tercero que haga negocios fuera de Canadá, hay la posibilidad de que esta información se pueda obtener por parte del gobierno del país en que el tercero haga negocios. **Nosotros** cuidamos mucho que **Su** información personal sea siempre precisa, confidencial y segura.

Nuestra política de privacidad pone estándares altos para la recolección, el uso, la divulgación y el almacenamiento de la información personal. Si **Usted** tiene alguna pregunta acerca de la política de privacidad de la **Empresa**, comuníquese con **Nuestro** Encargado de Privacidad al 905-523-5587 o por correo electrónico en: privacy@oldrepublicgroup.com.

Garantizado por:

Reliable Life Insurance Company
Old Republic Insurance Company of Canada
Hamilton, Ontario



Paul M. Field, C. A.
Director Ejecutivo
Marzo de 2014
GMGTIE0314

Claúsula adicional de responsabilidad civil ante terceros Estudiantes internacionales guard.me

Suscrito por:
Unica Insurance Inc.

**Beneficio máximo: \$1,000,000 USD EN
FONDOS**

Ciertos términos en letras mayúsculas usados en esta Cláusula adicional tienen significados específicos y se definen más adelante y/o en la **Póliza de Seguro de Viaje Global de guard.me**, a la cual se anexa esta **Cláusula adicional**. En los casos donde un término se defina más adelante, así como en la **Póliza de Seguro de Viaje Global de guard.me**, la definición aquí usada deberá prevalecer para los fines de esta **Cláusula adicional**.

COBERTURA

La cobertura proporcionada en esta Cláusula adicional se incluye para el **Período de cobertura** de la **Póliza de Seguro de Viaje Global de guard.me**, a la cual se anexa esta **Cláusula adicional** al recibir el pago completo de la prima adicional apropiada.

Esta **Cláusula adicional** provee seguro por Su Responsabilidad legal causada por Lesiones corporales o Daños a la propiedad de terceros causados por Sus acciones personales, tal como se describe a continuación. En caso de entablarse una demanda legal en Su contra, la Aseguradora pagará todas las sumas que Usted tenga la obligación legal de pagar como daños compensatorios debido a Lesiones corporales o Daños no intencionales a la propiedad de terceros, causados por Sus acciones personales en cualquier parte del mundo que no sea Su país de origen o cualquier país respecto del cual el gobierno de Su país de origen haya emitido una advertencia para los viajeros. La cobertura alcanza un Beneficio máximo de **\$1,000,000** (un millón de dólares) por un período de **365 días**.

La responsabilidad máxima de la Aseguradora para cualquier acuerdo negociado o pago ordenado por un tribunal es lo que resulte menor de:

1. el acuerdo negociado o pago ordenado por un tribunal más todos los costos y desembolsos legales relacionados; o,
2. el Beneficio máximo.

La aseguradora también reembolsará los Gastos por Defensa legal hasta una suma máxima de **\$50,000** (cincuenta mil dólares) que se haya pagado para defenderle por los cargos entablados en Su contra de conformidad con el Código penal o legislación similar por denuncias de abuso físico o sexual o acoso que presuntamente hayan ocurrido durante el período de cobertura, de acuerdo con esta **Cláusula adicional**.

La Aseguradora lo indemnizará solamente si:

- 1) las autoridades responsables de presentar los cargos retiran todas las acusaciones, o
- 2) a Usted se le declara inocente de los cargos después de un juicio o adjudicación final.

Propietario de la vivienda de la familia anfitriona/otra cobertura de seguro aplicable: Esta cobertura aplica mientras Usted esté viviendo en Su país anfitrión. Si un Accidente resulta en una reclamación elegible conforme a una póliza de seguro del propietario de la vivienda de Su

familia anfitriona que sea válida y cobrable o una póliza de seguro similar que cubra daños a la propiedad de Su residencia temporal, la Aseguradora pagará la pérdida incurrida hasta el monto del deducible conforme a la póliza del propietario de la vivienda de Su familia anfitriona (o una póliza de seguro similar), que no exceda los **\$1,000** por un período de **365 días**. La Aseguradora pagará el beneficio de conformidad con esta disposición solo después de que Usted haya entregado a la Aseguradora prueba fehaciente del monto del daño incurrido a la propiedad.

Usted está cubierto hasta un Beneficio máximo por:

1. la compensación que Usted debe pagar, según lo apruebe la Aseguradora, por cualquier acuerdo o veredicto legal; y
2. los honorarios legales relacionados, previamente aprobados por la Aseguradora, por Su representación en cualquier proceso judicial. La representación legal debe realizarse por una persona o personas que no sean Miembros de Su familia inmediata y debe ser previamente aprobada por la Aseguradora.

La responsabilidad máxima de la Aseguradora para cualquier acuerdo negociado o pago ordenado por un tribunal es lo que resulte menor de:

1. el acuerdo negociado o pago ordenado por un tribunal más todos los costos y desembolsos legales relacionados; o,
2. el Beneficio máximo.

CONDICIONES Y LIMITACIONES

1. No se deberá hacer ninguna admisión, oferta, promesa o indemnización sin el consentimiento de la Aseguradora. La Aseguradora tendrá el derecho de tomar el control y llevar a cabo la defensa de cualquier acción legal entablada en Su contra y resolver dicha acción en Su nombre.
2. Usted está obligado a tomar todas las medidas posibles para evitar y minimizar la pérdida, lo que incluye notificar lo antes posible a la Aseguradora o al Administrador del plan y proporcionarles toda la información respecto a las circunstancias que rodeen una posible reclamación.
3. Usted deberá proporcionar toda la información y ayuda que la Aseguradora le solicite. Deberá entregar a la Aseguradora las copias de todas las cartas, alegatos y otros documentos y materiales relevantes que Usted reciba.
4. La Aseguradora puede, a su total discreción, respecto de cualquier suceso(s) cubierto(s) por esta **Cláusula adicional**, pagarle a Usted el Beneficio máximo aplicable a dicho(s) suceso(s), menos cualquier suma ya pagada, o cualquier suma menor por la cual la(s) reclamación(es) que surja(n) de dicho(s) suceso(s) se pueda(n) resolver. A partir de ese momento la Aseguradora no tendrá ninguna responsabilidad adicional en lo que respecta a dicho(s) suceso(s), excepto que cuando el Beneficio máximo no se haya pagado, la Aseguradora pagará los costos y desembolsos legales, los cuales hayan sido aprobados previamente por la Aseguradora hasta los límites restantes del Beneficio máximo.
5. Los beneficios pagaderos son adicionales a cualquier seguro de propietario de vivienda, arrendatario u otro seguro, y todas las demás fuentes de recuperación. Si Usted, Su familia anfitriona o cualquier tercero dispone de otro seguro para una pérdida cubierta conforme a esta **Cláusula adicional**, las obligaciones de la Aseguradora conforme a esta **Cláusula adicional** son adicionales a dicho seguro. En ninguna circunstancia este seguro aplicará hasta que cualquier otro seguro haya pagado su límite de seguro aplicable.
6. Para calificar para la cobertura conforme a esta **Cláusula adicional**, Usted deberá avisar al Administrador del plan en el momento en que

le notifiquen que se ha entablado una acción/demanda legal en Su contra. Puede contactar al Administrador del Plan en:

Travel Healthcare Solutions Inc. d.b.a. Guard.me Claims
300 John Street, Suite 405
Thornhill, Ontario Canada L3T 5W4

7. Ley aplicable: Esta **Cláusula adicional** está regida por las leyes de la provincia de Ontario y está sujeta a las disposiciones de la Ley de seguros (Insurance Act) con respecto a los contratos de seguros celebrados en Ontario.

EXCLUSIONES

- A. No habrá cobertura para ninguna reclamación/acción presentada que se derive o surja de:
 1. guerra, invasión, acto de un enemigo extranjero, hostilidades, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección o poder militar;
 2. cualquier reclamación que surja directa o indirectamente, en su totalidad o en parte, de actos de Terrorismo o por una actividad o decisión de un organismo gubernamental u otra entidad para prevenir, responder o terminar con el Terrorismo independientemente de cualquier otra causa o suceso que contribuya simultáneamente o en cualquier secuencia a la pérdida o el daño;
 3. su participación en disturbios o insurrección;
 4. el uso de cualquier arma;
 5. lesión corporal o daño a la propiedad que requiera ser asegurada bajo una póliza de responsabilidad contra energía nuclear emitida por la Asociación de Seguros Nucleares de Canadá (Nuclear Insurance Association of Canada), o cualquier otro grupo o grupo de aseguradores;
 6. a) abuso sexual, físico, psicológico o emocional, abuso o acoso, incluyendo castigo corporal realizado o dirigido por Usted, o con su conocimiento; o
b) que Usted no tome las medidas necesarias para evitar el abuso sexual, físico, psicológico o emocional, abuso o acoso, o castigo corporal;
 7. si Usted transmite alguna enfermedad/padecimiento;
 8. daño causado porque Usted cometa o intente cometer un acto doloso, ilegal o malicioso;
 9. actividades empresariales;
 10. prestar o dejar de prestar algún servicio profesional;
 11. propiedad que Usted venda, rente, arriende o preste para el uso de terceros;
 12. daño a causa de uso o desgaste;
 13. daño causado por animales de su propiedad o que estén bajo su cuidado;
 14. a) borrar, destruir, corromper, malversar, malinterpretar datos;
b) crear, modificar, introducir, eliminar o usar datos de manera errónea, incluida cualquier pérdida de uso que surja a causa de estas acciones o sucesos; o
c) distribuir o exhibir datos por medio de un sitio en Internet, Internet, Intranet, extranet, o un dispositivo o sistema similar diseñado o destinado para la comunicación electrónica de datos;
 15. la propiedad, el uso (incluida la carga/descarga) u operación de cualquier automóvil, embarcación, aeronave, vehículo motorizado o remolque unido a cualquiera de los antes mencionados;

16. la ocupación o propiedad de cualquier terreno o inmueble, excepto cualquier inmueble que Usted ocupe temporalmente durante el Período de cobertura de la póliza;
17. el uso de drogas, alcohol o cualquier medicamento que resulte directa o indirectamente en la situación que causa una reclamación;
18. gastos que sean recuperables o que se podrían haber recuperado de otra fuente, incluyendo, pero no limitados a, cualquier persona, grupo o empleado o plan de seguro médico privado prepagado, cobertura con tarjeta de crédito o plan de seguro médico gubernamental o plan/póliza de responsabilidad civil ante terceros;
19. fraude, encubrimiento o declaración falsa deliberada en relación con cualquier asunto que afecte a este seguro o en relación con la presentación de una reclamación aquí establecida; y
20. si Usted viaja a o dentro de un país, ciudad o región enumerada en cualquier nivel de advertencia para viajeros que haya sido emitida por Su país de origen o Su país anfitrión con la finalidad de advertir a los residentes para que no viajen.

B. Tampoco se proveerá cobertura en relación con las reclamaciones y/o acciones entabladas:

1. por Su familia inmediata;
2. por algún empleado Suyo;
3. por daños punitivos o ejemplares.

RECLAMACIONES

Para realizar una reclamación:

Unica Insurance Inc.
7150 Derrycrest Drive
Mississauga, Ontario, L5W 0E5
Tel: +1-866-864-1113

Definiciones aplicables únicamente a esta Cláusula adicional:

Lesión corporal significa daño corporal, enfermedad o padecimiento o muerte resultante.

País anfitrión significa el país en el que Usted está viviendo temporalmente como estudiante mientras está fuera de Su país de origen.

Familia anfitriona significa la(s) persona(s) o la familia con la que Usted está viviendo como estudiante mientras está fuera de Su país de origen.

Familia inmediata significa Su cónyuge, padre/madre, tutor legal, padrastro/madrastra, abuelo/abuela, nieto/nieta, parientes políticos, hijo natural o adoptado, hijastro/hijastra, hermano, hermana, hermanastro, hermanastra, tía, tío, sobrina, sobrino o un Cuidador empleado para hijos dependientes solteros menores de 19 años de edad.

Aseguradora significa Unica Insurance Inc.

Responsabilidad legal significa la responsabilidad que el tribunal reconoce y hace cumplir entre personas que se demandan entre sí.

Administrador del plan significa Travel Healthcare Insurance Solutions Inc. la cual hace negocios como **guard.me**.

Daño a la propiedad significa:

1. daño físico a, o destrucción de, la propiedad tangible;
2. pérdida del uso de la propiedad tangible.

Cónyuge significa Su cónyuge con el que está legalmente casado, o una persona con la que Usted ha estado viviendo y que es representada públicamente como Su cónyuge.

Son aplicables todas las demás definiciones, condiciones, limitaciones, exclusiones y disposiciones de la Póliza de Seguro de Viaje Internacional de guard.me a la que se anexa esta Cláusula adicional.

Travel Healthcare Insurance Solutions Inc.

300 John Street, Suite 405,

Thornhill, Ontario CANADA L3T 5W4

Tel: +1 905 731-8140. Llame sin costo: +1-877-873-8447.

Fax: +1 905 731-6676. Llame sin costo: +1-866-329-8447.

Correo electrónico: admin@guard.me

Website: www.guard.me

Registro ISO9001:2008

08 2013 TPL