



COBERTURA INTERNACIONAL DE ASISTENCIA EN VIAJE

CONDICIONES GENERALES

I. PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR UN SERVICIO

Cuando se produzca alguno de los hechos objeto de las prestaciones garantizadas por este Anexo, el **BENEFICIARIO** antes de iniciar cualquier acción o efectuar cualquier pago, solicitará al **PRESTADOR**, a la línea telefónica exclusiva de Asistencia (507) 303-2463 ó (507) 6307-2318 vía WhatsApp, el servicio correspondiente, e indicará sus datos identificativos: nombre, cedula, número de póliza, así como el lugar donde se encuentra y la clase de servicio que precisa.

No estarán cubiertos los servicios que el **BENEFICIARIO** haya contratado, gestionado y pagado por su cuenta sin el previo consentimiento o autorización del **PRESTADOR**.

Beneficios de Asistencia en Viaje	Cobertura
Asistencia Médica y Hospitalaria por enfermedad o accidente	B/.10,000.00
Reembolso de Gastos por Vuelo Demorado o Cancelado	B/.200.00
Gastos de Medicamentos por internación	B/.2,000.00
Gastos por Medicamentos Ambulatorios	B/.350.00
Gastos Odontológicos	B/.300.00
Traslado Médico de Emergencia	Incluido en límite
Repatriación de Herido o Enfermo	B/.2,500.00
Gastos de Hotel por Convalecencia	B/.600.00 (100 x día)
Desplazamiento de Acompañante (Ida y Regreso)	Boleto aéreo
Gastos Estancia de Acompañante	B/.600.00 (100 x día)
Regreso en Fecha Diferente	Diferencia en tarifa
Localización de Equipaje	Incluido
Compensación por Demora o extravío de Equipaje por más de 36 horas	B/.200.00
Compensación Complementaria por Pérdida de Equipaje	B/.1,200.00 (40 x kilo)
Máximo de estancia cubierta en el extranjero por viaje, 60 días.	60 días

II. SERVICIOS

a) Asistencia médica en el extranjero por accidente: En caso de accidente del **BENEFICIARIO** en el extranjero, **EL PRESTADOR** coordinará y sufragará los gastos de hospitalización, intervenciones quirúrgicas, honorarios médicos y medicamentos prescritos por el médico que lo atienda que será seleccionado de la lista de médicos que le brindan servicios a **EL PRESTADOR**. El límite máximo por todos los conceptos será el establecido en el Plan contratado.

b) Asistencia médica en el extranjero por enfermedad. En caso de enfermedad del **BENEFICIARIO** en el extranjero, **EL PRESTADOR** coordinará y sufragará los gastos de hospitalización, intervenciones quirúrgicas, honorarios médicos y medicamentos prescritos por el médico que lo atiende en el extranjero. El límite máximo por todos los conceptos será por límite detallado en el Plan contratado.

c) Gastos de primera necesidad relacionados con cancelaciones y demora de vuelos. El **PRESTADOR** reembolsará hasta el monto máximo establecido en el plan contratado. El **BENEFICIARIO** deberá presentar comprobantes para sus reembolsos de gastos de comida, refrigerios, hotelería y comunicaciones realizadas en el lapso de la demora si su vuelo de línea aérea regular es demorado por más de seis (6) horas y, siempre y cuando, no tenga otra alternativa de transporte dentro de las seis (6) horas desde la hora de partida programada por su vuelo original. Para acceder a este beneficio, el **BENEFICIARIO** deberá comunicarse desde el aeropuerto donde se encuentre con la Central de Asistencia de su vuelo original y deberá posteriormente presentar una constancia escrita de la línea aérea que certifique la demora o la cancelación sufrida.

Este beneficio quedará excluido por las siguientes causas: si el **BENEFICIARIO** viaja con pasaje aéreo sujeto a disponibilidad de espacio o si la demora, por huelga convocada por empleados propios o de empresas subcontratadas por la compañía aérea. Asimismo, este beneficio quedará excluido si la cancelación o negación de embarque que se produce por caso fortuito o de fuerza mayor según su definición legal, que impida a la aerolínea cumplir su itinerario normal.

d) Gastos de Medicamentos: En caso de enfermedad o accidente del **BENEFICIARIO**, el **PRESTADOR** se hará cargo del importe de los productos farmacéuticos prescritos por el facultativo que le asiste mientras se encuentre desplazado y que están directamente relacionados con la patología objeto de la asistencia, ya sea ambulatorio o por internamiento. El monto de esta cobertura tiene un tope máximo establecido según la cobertura del Plan contratado.

e) Gastos Odontológicos: El **PRESTADOR** se hará cargo de los gastos de la atención odontológicos críticos que requiera una atención de urgencia, mientras el **Beneficiario** se encuentre de viaje. El monto de esta Cobertura tiene un tope máximo establecido según el Plan contratado.

Esta cobertura se limita sólo al tratamiento del dolor, infección y extracción de la pieza que requiera tratamiento de urgencia.

f) Traslado Médico de Emergencia: Si durante el transcurso del viaje, el **BENEFICIARIO** sufre un accidente o enfermedad súbita e imprevistas que le ocasione una condición médica crítica y el tratamiento prestado en el lugar de hospitalario más cercano y apropiado según la naturaleza de las heridas o de la enfermedad. **EL PRESTADOR**, a través de su equipo médico será la que decida a qué centro sanitario se traslada al **BENEFICIARIO** en función de la situación o gravedad en la que éste se encuentre y cuál es el medio de transporte más idóneo. Esta prestación tendrá un límite máximo por todos los conceptos de acuerdo con el Plan contratado.

g) Repatriación de heridos o enfermos: Si durante el viaje el **BENEFICIARIO** sufre un accidente o una enfermedad súbita imprevista, y una vez atendido y tratado medicamente por los profesionales

de la entidad sanitaria respectiva, estos determinan que es conveniente suspender el viaje regular y realizar una repatriación médica, la compañía se encargará de organizar en coordinación con su equipo médico el traslado del **BENEFICIARIO** hasta la ciudad de domicilio habitual del **BENEFICIARIO** (República de Panamá). El equipo médico de **EL PRESTADOR** mantendrá los contactos telefónicos necesarios con el centro médico y con los facultativos que atienden al **BENEFICIARIO**, y decidirá de acuerdo con estos, los medios de transporte más idóneos, sujetos a las condiciones de tiempo, lugar y estado clínico del **BENEFICIARIO**. Esta prestación tendrá un límite máximo por todos los conceptos de acuerdo con el Plan contratado.

h) Gastos del Hotel por convalecencia: **EL PRESTADOR** tomará a su cargo los gastos de alojamiento y alimentación en un hotel, sin costo extra alguno por parte del **BENEFICIARIO** convaleciente cuando por enfermedad o accidente haya permanecido internado en un hospital y precise prolongar la estadía por prescripción del médico tratante, y la misma haya sido aceptada y autorizada por el equipo médico de **EL PRESTADOR**. El monto máximo de esta cobertura será determinado por el **PLAN** contratado. Quedan excluidos de esta cobertura cualquier tipo de gastos adicionales al alojamiento tales como: bebidas alcohólicas, lavandería, y servicios extras.

i) Gastos de Desplazamiento de Acompañante (ida y regreso): En caso de que la hospitalización del **BENEFICIARIO**, motivada por un accidente o enfermedad, sea superior a cinco (5) días, **EL PRESTADOR** se hará cargo del traslado de una persona desde el lugar de residencia habitual del **BENEFICIARIO**, incluyendo el importe del viaje de ida y vuelta (clase económica) al lugar de la hospitalización. El límite máximo de esta cobertura será determinado por el Plan contratado.

j) Gastos de estancia de acompañantes: En caso de que la hospitalización del **BENEFICIARIO** motivada por un accidente o enfermedad sea superior a cinco (5) días **EL PRESTADOR** se hará cargo de los gastos del hotel del acompañante desplazado y a quien se haya facilitado el transporte indicado en el artículo previo. El monto máximo de esta cobertura será determinado por el Plan contratado. Están excluidos de esta cobertura cualquier tipo de gastos adicionales al alojamiento tales como: bebidas alcohólicas, lavandería, y servicios extras.

k) Regreso en Fecha Diferente: Cuando por la ocurrencia de un accidente o enfermedad del **BENEFICIARIO** calificada por el médico tratante como grave y confirmada por los médicos de **EL PRESTADOR**, o por muerte del cónyuge, padre, madre o hijos, en el país de residencia, este debe adelantar o postergar su viaje, **EL PRESTADOR** se hará cargo del costo del boleto aéreo de regreso, hasta la ciudad de residencia en el que se haya emitido el Plan, siempre y cuando el **BENEFICIARIO** no puede efectuar tal regreso con el boleto aéreo original, o de la diferencia de la tarifa que deba pagar por cambio de fecha. Es imprescindible que el boleto aéreo original sea de ida y de regreso, y que no sea posible respetar esta fecha. El **BENEFICIARIO** deberá aportar los justificantes o certificados del hecho que hubiera producido la interrupción del viaje: certificado de defunción cuando la causa es la muerte de un familiar, devolución del boleto aéreo o el comprobante certificado del diferencial pago de la línea aérea. El límite máximo de esta cobertura estará determinado por el Plan contratado.

l) Localización y envío de equipajes y efectos personales: **EL PRESTADOR** asesorará al **BENEFICIARIO** para la denuncia del robo o extravío de su equipaje y efectos personales, colaborando con la gestión para su localización. En caso de recuperación de dichos bienes, **EL PRESTADOR**, se encargará de su envío hasta el lugar del viaje previsto por el **BENEFICIARIO** o hasta su lugar de residencia habitual.

m) Compensación Por Demora Extravío De Equipaje Superior A treinta y seis (36) Horas: Si el **BENEFICIARIO** sufriera el extravío de su equipaje facturado durante su transporte en aerolíneas

comercial de un vuelo Internacional. Este debe ser notificado inmediatamente antes de salir del lugar de retiro de equipajes del aeropuerto y solicitar un comprobante de notificación de pérdida del transportista (Property Irregularity Report "PIR"), al mismo tiempo debe notificarse a **EL PRESTADOR**.

Si su equipo no fuera recuperado dentro de las treinta y seis (36) horas siguientes a la notificación, **EL PRESTADOR** le reconocerá los gastos incurridos en la compra de artículos necesarios hasta el valor indicado en el Plan contratado, sujeto a la presentación de los comprobantes justificativos y el documento de reporte del transportista (PIR).

n) Compensación Complementaria Por Pérdida De Equipaje Facturado: Si el **BENEFICIARIO** sufriera la pérdida definitiva de su equipaje facturado durante su Transporte en aerolíneas comercial de un vuelo Internacional, la compañía reconocerá al **BENEFICIARIO** un complemento sobre la compensación que corresponda pagar la línea aérea. Según el peso de equipaje extraviado hasta la suma que indique en el **PLAN** contratado.

EL PRESTADOR efectuará la compensación del **BENEFICIARIO** solo cuando el transportista haya reconocido la pérdida y abonado la compensación que determine. Para proceder a realizar el pago es necesario que el **BENEFICIARIO** suministre el documento justificativo de la pérdida (Property Irregularity Report- "PIR") el comprobante de liquidación de pago por parte de la línea aérea y fotocopia del boleto aéreo.

Para el cumplimiento de este beneficio indispensable que se cumplan los siguientes requisitos:

- a. Que el equipaje se haya perdido en el trayecto y durante un vuelo Internacional de una aerolínea comercial.
- b. Que el equipaje haya sido facturado registrado y despachado por la línea aérea.
- c. Que la línea aérea indemnizado al **BENEFICIARIO**.

El **BENEFICIARIO** deberá comunicarse a la línea de Contact Center de **EL PRESTADOR**.

El operador encargado le solicitará los siguientes datos:

- Nombre.
- Número de Cédula.
- Numero de Póliza.
- Lugar donde se encuentra (país, ciudad, Hotel, Hospital, Carretera, Aeropuerto).
- Teléfono de contacto.
- Nombre de acompañante (si fuese necesario).

En caso de que, por fuerza mayor, el **BENEFICIARIO** no pudiera efectuar la llamada al Contact Center de **EL PRESTADOR** inmediatamente, deberán dar aviso de la ocurrencia del imprevisto objeto de la asistencia a más tardar a las veinticuatro (24) horas siguientes de la ocurrencia del hecho a fin de obtener autorización del pago según el caso.

El presente Convenio solo ampara a personas cuyo domicilio o residencia habitual está radicada en territorio panameño y realicen viajes internacionales.

EXCLUSIONES GENERALES

Para todos los servicios, quedarán excluidos los siguientes hechos:

- a. Los causados directa o indirectamente por la mala fe del BENEFICIARIO, por su participación en actos delictivos, o por sus acciones dolosas, gravemente negligentes o de imprudencia temeraria.
- b. Los que se produzcan con ocasión de la participación del BENEFICIARIO en apuestas, desafíos o riñas.
- c. Las prácticas de los siguientes deportes: automovilismo, motociclismo en cualquiera de sus modalidades, caza mayor, submarinismo con uso de pulmón artificial, navegación en aguas internacionales en embarcaciones no destinadas al transporte público de pasajeros, hípica, escalada, espeleología, boxeo, lucha en cualquiera de sus modalidades, artes marciales, paracaidismo, aerostación, vuelo libre sin motor y, en general, cualquier deporte o actividad recreativa de carácter peligroso.
- d. La participación en competiciones o torneos organizados por federaciones deportivas u organismos similares.
- e. La práctica de esquí y/o deportes afines, salvo que se haya pactado expresamente su cobertura.
- f. La utilización, como pasajero o tripulante, de médicos de navegación aérea no autorizados para el transporte público de viajeros, así como de helicópteros.

Exclusiones médicas y hospitalarias:

Quedan expresamente excluidos de la cobertura de gastos médicos y gastos por accidente los siguientes eventos:

- a. Las agudizaciones de enfermedades preexistentes, congénitas y /o recurrentes, conocidas o no por el BENEFICIARIO, así como también sus consecuencias y agudizaciones. Las mismas serán determinadas por el departamento médico de EL PRESTADOR. Queda a criterio de EL PRESTADOR asumir o no la primera consulta a fin de determinar o desestimar la preexistencia.
- b. La asistencia por enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión voluntaria del alcohol, drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos adquiridos sin prescripción médica.
- c. Afecciones, lesiones y sus consecuencias o complicaciones producto de tratamientos y atenciones no brindadas por profesionales no pertenecientes al equipo médico de EL PRESTADOR.
- d. Los estados de embarazo, parto, complicación del mismo o interrupción voluntaria del embarazo, tanto si el embarazo ha tenido lugar durante el viaje como si era anterior al inicio del mismo.
- e. Toda implantación, reposición y / o reparación de prótesis de cualquier tipo, artículos de ortopedia, audífonos, gafas, lentes de contactos.
- f. Los trasplantes de cualquier tipo de órgano o tejidos.

g. Las enfermedades mentales, trastornos psiquiátricos, depresiones o por cualquier tipo de enfermedad mental o nerviosa.

h. La Asistencia médica hospitalaria, si el gasto médico se lleva a cabo en contra de la opinión de un médico.

i. Los chequeos o exámenes médicos de rutina.

j. Tratamientos cosméticos, cirugía estética o reconstructiva o tratamientos de disminución de peso.

k. Tratamientos de rehabilitación o terapia de recuperación física que no sea causado por un accidente durante el viaje, y que no sea lo establecido en la cobertura del Plan contratado.

l. Todo tipo de enfermedades endémicas y / o epidémicas, así como los controles de tensión arterial.

m. Hipertensión arterial y todas sus consecuencias y derivaciones, así como los controles de tensión arterial.

n. Enfermedades infecciosas, tales como la del sueño, malaria, paludismo, fiebre amarilla y, en general, en enfermedades de cualquier naturaleza, desvanecimientos, síncope, ataques de apoplejía, epilepsia o epileptiformes.

o. Lesiones derivadas de la práctica de deportes de alto riesgo.

p. Las lesiones producidas por la participación directa o indirecta en manifestaciones y /o protestas.

q. Lesiones que sean consecuencias de intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos ocasionados por un accidente no cubierto por la póliza.

r. Los accidentes considerados legalmente como de trabajo o labores, consecuencia de un riesgo inherente al trabajo del BENEFICIARIO.

Lesiones derivadas de acciones intencionales, tanto de agresiones como contra sí mismo, así como incitación a terceros a comentarlas en perjuicio del BENEFICIARIO.

Además de las anteriores Exclusiones, no son objeto de la cobertura de este servicio las prestaciones siguientes:

a. Los servicios que el BENEFICIARIO haya concertado por su cuenta sin el precio consentimiento de EL PRESTADOR salvo casos de fuerza mayor o urgente necesidad siempre que lo reporte a la Central de Asistencia dentro de las veinticuatro (24) horas de ocurrido el siniestro.

b. La muerte producida por suicidio, lesiones y secuelas que se ocasione en su tentativa.

c. La muerte o lesiones originadas directa o indirectamente por hechos punibles o acciones dolosas de BENEFICIARIO.

Los gastos de asistencia médica y hospitalaria dentro del territorio del país de residencia habitual (PANAMA), aun cuando la asistencia se haya originado en el extranjero durante la vigencia de Plan contratado.

d. Los ocurridos durante un viaje iniciado dándose cualquiera de las siguientes circunstancias.

- Antes de la entrada de vigor de este seguro.
- Con la intención de recibir tratamiento médico.
- Con posterioridad al diagnóstico de una enfermedad terminal.
- Sin autorización médica previa, habiendo estado el BENEFICIARIO bajo tratamiento o control médico dentro de los doce (12) meses previos al inicio del viaje.

e. Las derivadas de la renuncia o retraso, por parte del BENEFICIARIO o personas responsables por él, del traslado propuesto por PANAMÁ ASISTENCIA y acordado por su servicio médico.

f. Los gastos producidos una vez que el BENEFICIARIO se encuentre en su lugar de residencia habitual.



Llame al: (507)303-2318  (507)6307-2318
Atención al cliente: 210-8787

EL ASEGURADO

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Alicia J. Meneses A.", written over a horizontal line.

ASEGURADORA ANCÓN, S.A.