ACCIDENT & GENERAL INSURANCE COMPANY, LIMITED

Oficina corporativa: a la atención de Artex Risk Group (Islas Caimán), Suite 301, Floor 3, Windward 3, Regatta Office Park, P.O. Box 10233, Grand Cayman KY1-1002, Cayman Islands (en lo sucesivo, la "Compañía")

CERTIFICADO DE SEGURO DEL BUZO

Este plan está suscrito por Accident & General Insurance Company, Limited (la "Compañía"). La Compañía pagará los beneficios en virtud de la póliza de acuerdo con lo que se indique en este Certificado de Seguro del Buzo y sujeto a las condiciones aquí establecidas. Este Certificado es un contrato legal entre la Compañía, el Tomador de la Póliza y la Persona Asegurada. Las Personas Aseguradas están cubiertas contra pérdidas sujetas a las cláusulas, limitaciones y exclusiones que se establecen en este Certificado.

Número de Póliza: G-2025- **ACCIDENTE DE BUCEO - PLAN PREFERRED** (la "Póliza")

Tomador de la Póliza: **DAN WORLD, LTD.** ("DAN")

Dirección del Tomador de la Póliza: **P.O. Box 10233,**
Suite 301, Floor 3, Windward 3, Regatta Office Park
Grand Cayman, KY1 -1002
Islas Caimán

DECLARACIONES DE LA PÓLIZA

La Cobertura se proporciona según se describe en el Cuadro de Prestaciones. Los montos pagaderos para cubrir los gastos en los que se incurra para todas las prestaciones no excederán el Límite ni el Sublímite de Prestaciones que se indique para esa prestación en el Cuadro de Prestaciones.

CUADRO DE PRESTACIONES **DAN World - Plan para accidentes de buceo Preferred**	
Prestaciones de DAN TravelAssist	**Límite de la prestación**
Transporte médico de emergencia	Hasta 150 000 USD
Repatriación de restos mortales	Sublímite de 10 000 USD
Repatriación para obtener otra atención	Incluida en el límite de 150 000 USD
Entierro en el lugar del fallecimiento	Sublímite de 10 000 USD
Visita de miembro de la familia o ser querido (incluye acompañante de viaje)	Sublímite de 1000 USD
Regreso de emergencia al domicilio: muerte de un familiar	Incluida en el límite de 150 000 USD
Regreso de hijos e hijas dependientes	Incluida en el límite de 150 000 USD
Regreso de acompañante de viaje	Incluida en el límite de 150 000 USD
Prestaciones por accidente de buceo	**Límite de la prestación**
Gastos médicos por accidente de buceo	Hasta 250 000 USD (PE*)
Desmembramiento y muerte accidental	Hasta 25 000 USD
Incapacidad permanente y total	Hasta 25 000 USD
Transporte adicional	Hasta 5000 USD

Días adicionales de alojamiento	Hasta 5000 USD (400 USD/día)
Cancelación de vacaciones de buceo	Hasta 5000 USD
Interrupción de vacaciones de buceo	Hasta 7500 USD

*Por evento

TERRITORIO DE COBERTURA

El Territorio de Cobertura es el mundo entero, a excepción de los Países Excluidos.

No se proporciona cobertura por pérdidas que ocurran en los Países Excluidos, que son Afganistán, Argelia, Chad, Irán, Irak, Libia, Mali, Corea del Norte, Níger, Nigeria, Somalia, Sudán del Sur, Sudán, Siria, Pakistán y Yemen. El Tomador de la Póliza podrá actualizar la lista de países excluidos en cualquier momento.

NOTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN PREVIA

Usted, o cualquier persona que actúe en su nombre, deberá comunicarse con el Tomador de la Póliza (DAN) para obtener autorización previa para acceder a cualquiera de las prestaciones y coberturas disponibles en virtud de esta Póliza. El Tomador de la Póliza ofrece una línea de atención telefónica disponible las 24 horas para que verifique su cobertura y obtenga las autorizaciones previas necesarias. Si la situación en que se encuentra implica riesgo de muerte, busque atención médica inmediata. Una vez que su situación se haya estabilizado, podrá comunicarse con el Tomador de la Póliza (DAN) y proporcionarle los detalles pertinentes para obtener las autorizaciones necesarias. Si no notifica su situación de manera oportuna al Tomador de la Póliza (DAN), se podrán reducir o denegar las prestaciones disponibles.

Se podrá acceder a las prestaciones de DAN *TravelAssist* (que incluyen la evacuación médica y otros servicios de asistencia de viaje en caso de emergencia) solo si DAN *TravelAssist* gestiona y coordina todos los trámites relacionados. Si la Persona Asegurada o un tercero organizan y gestionan los servicios (por ejemplo, en el caso de una “autoevacuación”), se podrán reducir o denegar las prestaciones que usted tiene disponibles.

REQUISITOS

Personas interesadas en la seguridad en el buceo, con edades comprendidas entre los 8 y 75 años, residentes, ciudadanos o visitantes de un estado, provincia, país, distrito o protectorado dentro del territorio de cobertura. No se cubren lesiones ni reclamaciones derivadas de actividades como el buceo comercial. Además, la persona debe cumplir con los siguientes requisitos:

1. ser residente o ciudadana de un estado, provincia, país, territorio, distrito o protectorado aprobado; y
2. tener entre 8 y 75 años de edad. El Tomador de la Póliza podrá, a su entera discreción, conceder una exención por escrito en lo que respecta al límite de edad para personas mayores de 75 años. En estos casos, se podrá solicitar a la persona que presente una autorización médica que sea expedida por personal profesional capacitado en medicina del buceo y que resulte aceptable para el Tomador de la Póliza, en virtud de la cual se autorice a la persona realizar actividades de buceo. (El Tomador de la Póliza le indicará si esto es necesario en el momento de la inscripción).

Quienes integran las Fuerzas Armadas de Estados Unidos y cumplen funciones fuera del territorio continental estadounidense también cumplen con los requisitos.

Periodo de cobertura: un año.

Fecha de entrada en vigencia de la cobertura personal: la Cobertura entrará en vigencia en la fecha en que se determine que la persona cumple con los requisitos y pague la prima requerida.

Fecha de finalización de vigencia de la cobertura personal: la Cobertura finaliza de manera automática ante lo primero que ocurra de lo siguiente:

1. el final del periodo cubierto por la última prima pagada; o
2. la fecha de vencimiento de la prima que coincida con el día en que la Persona Asegurada cumpla 75 años o con el día siguiente, a menos que el Tomador de la Póliza haya concedido a la Persona Asegurada una exención por escrito que le permita acceder a las prestaciones del seguro después de haber cumplido 75 años de edad.

La finalización de la Cobertura no afectará ningún reclamo pendiente por una pérdida cubierta.

DEFINICIONES

Un **ACCIDENTE** es un evento repentino, imprevisto e inesperado que ocurre sin que exista ningún acto o acción intencional por parte de la Persona Asegurada que cause o contribuya a que este evento se produzca.

Una **EMBOLIA ARTERIAL GASEOSA (EAG)** es la aparición de signos y síntomas por la entrada de gas en el sistema arterial como resultado de la sobrepresurización de partes del cuerpo que contienen gas durante una Inmersión Cubierta.

El **LÍMITE** o **SUBLÍMITE DE PRESTACIONES**, según corresponda a cada prestación proporcionada por la Póliza, es la suma que se indica en el Cuadro de Prestaciones o en el presente documento como límite de esa prestación para la Persona Asegurada.

El **CUADRO DE PRESTACIONES** es la sección del Cuadro de Prestaciones de las Declaraciones de la póliza.

El **CERTIFICADO o CERTIFICADO DE SEGURO** es este Certificado de Seguro del Buzo.

Un **BUZO COMERCIAL** es una persona que ha obtenido una certificación de buceo comercial, que utiliza equipo de buceo autónomo o una fuente de aire suministrada desde la superficie, que se dedica a realizar actividades de buceo como profesión comercial y recibe una compensación económica o alguna otra forma de retribución a cambio de los servicios prestados. Las actividades que realizan los buzos comerciales abarcan, entre otras, la construcción, la inspección, la búsqueda y el rescate, el salvamento, la reparación, la recogida o la pesca de animales acuáticos y la filmación con fines comerciales. No se considera buzos comerciales a quienes trabajan como profesionales en la industria del buceo recreativo, ni a fotógrafos o videógrafos subacuáticos independientes, ni a videógrafos subacuáticos que formen parte de equipos reducidos de filmación documental o científica (sujeto a aprobación), ni a quienes bucean con fines científicos, realizan investigaciones o prestan servicios de forma voluntaria.

TRANSPORTE COMÚN es cualquier medio de transporte terrestre, acuático o aéreo que funcione con una licencia válida para el transporte contratado de pasajeros.

La **COMPAÑÍA** es Accident & General Insurance Company, Ltd. A los fines administrativos, el término "Compañía" podrá incluir al administrador autorizado que actúa en su nombre y representación.

Las **COMPLICACIONES DURANTE UN EMBARAZO** son afecciones cuyos diagnósticos son independientes del embarazo, pero que el embarazo causa o afecta de manera adversa. Estas son las afecciones:

1. nefritis aguda o nefrosis;
2. descompensación cardíaca o aborto retenido;
3. cesárea urgente no electiva; o
4. afecciones similares tan graves como las anteriores.

No se incluyen (a) el falso trabajo de parto, el manchado ocasional o el reposo prescrito por el o la obstetra durante el período de embarazo; (b) las náuseas matutinas; (c) la hiperémesis gravídica ni la preeclampsia; ni (d) las afecciones que se asemejen desde el punto de vista médico a las de un embarazo de riesgo.

La **COBERTURA** es el seguro al que accede la Persona Asegurada en virtud de la Póliza.

El **PERÍODO DE COBERTURA** es un año a partir de la fecha de entrada en vigencia del seguro de la Persona Asegurada, a menos que la Cobertura finalice antes según los términos y condiciones que se especifiquen en el Certificado.

Una **INMERSIÓN CUBIERTA o ACTIVIDAD DE BUCEO CUBIERTA** es:

1. cualquier actividad de buceo recreativo en apnea (o buceo libre), buceo con esnórquel, buceo autónomo (SCUBA) o de capacitación para obtener una certificación de buceo en apnea o buceo autónomo;
2. cualquier actividad de buceo realizada por una persona que se desempeñe como instructora de buceo autónomo o buceo en apnea, *divemaster* o como fotógrafa/videógrafa subacuática recreativa de manera independiente;
3. cualquier actividad de buceo realizada por quienes actúen de manera voluntaria en apoyo de proyectos de conservación o restauración del hábitat marino;
4. cualquier actividad de buceo realizada como parte de una investigación para una agencia gubernamental estatal o nacional o para una universidad y siguiendo las pautas de seguridad en el buceo que establezcan la Academia Estadounidense de Ciencias Subacuáticas (AAUS), la Academia Canadiense de Ciencias Subacuáticas (CAUS) o cualquier otro organismo científico reconocido cuyo protocolo de investigación en el buceo esté aprobado por el Tomador de la Póliza.

Una Inmersión Cubierta comienza al entrar en el agua y finaliza al salir del agua. Para ser una Inmersión Cubierta, la inmersión debe comenzar dentro del periodo de vigencia de la Cobertura.

Un **ACCIDENTE DE BUCEO CUBIERTO** es un Accidente, una Enfermedad Disbárica (ED) o cualquier Accidente en el Agua que se produce como consecuencia de una Inmersión Cubierta.

El **CUIDADO ASISTENCIAL** es la atención:

1. proporcionada principalmente para el mantenimiento de la salud de la Persona Asegurada; y
2. esencialmente diseñada para ayudar a la Persona Asegurada en las actividades de la vida diaria.

El Cuidado Asistencial no abarca el cuidado que se brinda principalmente por su valor terapéutico en el tratamiento de una Lesión.

La **ENFERMEDAD DISBÁRICA (ED)** abarca la enfermedad por descompresión (EDC) y la embolia arterial gaseosa (EAG). Esta enfermedad debe ser la consecuencia directa de una Inmersión Cubierta que se lleva a cabo mientras la Cobertura está en vigencia.

La **ENFERMEDAD POR DESCOMPRESIÓN (EDC)** es la aparición de signos y síntomas que se presentan cuando se forman burbujas por la disolución del gas en los tejidos del cuerpo durante la despresurización de una Inmersión Cubierta.

Unas **VACACIONES DE BUCEO** son un viaje programado cuya duración no excede los 90 días consecutivos y cuyo propósito principal es participar en una Actividad de Buceo Cubierta en un crucero de vida abordo, en un centro de buceo o en una instalación que ofrece este tipo de actividad, donde la Persona Asegurada ha pagado u organizado actividades de buceo antes de emprender el Viaje.

TRATAMIENTO Y PROCEDIMIENTOS ELECTIVOS son cualquier tratamiento médico o procedimiento quirúrgico que no sea Médicamente Necesario, como cualquier servicio, tratamiento o insumo que una autoridad gubernamental federal, estatal o local, o bien la Compañía, consideren experimentales o de investigación, o que no sea reconocido como una práctica médica generalmente aceptada.

Los DÍAS ADICIONALES DE ALOJAMIENTO son los gastos de alojamiento o de habitación de hotel necesarios porque la Persona Asegurada se retrasó en el regreso a su Domicilio debido a un Accidente de Buceo Cubierto. Los Días Adicionales de Alojamiento incluye comidas, transporte local e imprevistos.

El **TRANSPORTE ADICIONAL** son los gastos de transporte para el regreso al Domicilio de la Persona Asegurada debido a que su viaje se retrasó como consecuencia de un Accidente de Buceo Cubierto. Los gastos de Transporte Adicional no incluyen los gastos por servicios que de otro modo estarían cubiertos por las prestaciones de Transporte Médico de Emergencia.

La **INSOLVENCIA FINANCIERA** es el cese total o la suspensión completa de las operaciones por insolvencia, habiéndose presentado o no una solicitud de quiebra, o el cese total o la suspensión completa de las operaciones tras la presentación de un pedido de quiebra, ya sea voluntaria o involuntaria, por parte de un operador turístico, una línea de cruceros, un crucero de vida abordo, una compañía aérea, una compañía de alquiler de automóviles, un hotel, un condominio, una compañía ferrocarril, una compañía de autobuses o cualquier otro proveedor de servicios de viaje debidamente autorizado en el/los estado/s en los que opera, que no sea la persona, organización, agencia o empresa a la que la Persona Asegurada compró o pagó directamente su viaje, siempre que la Insolvencia Financiera ocurra a partir de los 15 días posteriores a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura de la Persona Asegurada para las Prestaciones de Cancelación de Vacaciones. No cuentan con Cobertura las pérdidas causadas por fraude o por negligencia del proveedor de servicios de viaje en caso de cese total o suspensión completa de las operaciones.

El **DOMICILIO** es el lugar donde vive y mantiene su residencia principal la Persona Asegurada, sin perjuicio de otros lugares de residencia donde pueda encontrarse ocasionalmente. El Domicilio es el lugar que designa la Persona Asegurada cuando indica su dirección en el formulario de solicitud.

El **PAÍS DE ORIGEN** es el país o territorio donde la Persona Asegurada establece su domicilio.

Un **HOSPITAL** es una institución que cumple todos estos requisitos:

1. opera en cumplimiento con la ley;
2. ofrece atención, diagnóstico y tratamiento médicos durante las 24 horas del día a las personas enfermas o lesionadas que se encuentren en régimen de internación;
3. dispone de instalaciones de diagnóstico y cirugía supervisadas por Personal Médico;
4. cuenta con personal de enfermería de guardia las 24 horas del día; y
5. presta atención médica en las instalaciones del Hospital o en instalaciones disponibles para el Hospital de forma preestablecida.

Un Hospital no es un centro de descanso, convalecencia, cuidados prolongados, rehabilitación ni ningún otro tipo de asilo; no es un centro que trate principalmente enfermedades mentales, alcoholismo ni adicción a drogas (ni ningún ala, pabellón u otra sección de un Hospital utilizada para tales fines); ni tampoco es un centro que proporcione cuidados paliativos (ni ningún ala, pabellón u otra sección de un Hospital utilizada para tales fines).

Una **CÁMARA HIPERBÁRICA** es una cámara presurizada aprobada para la recompresión de personas lesionadas en accidentes de buceo o para la implementación de la terapia de oxígeno hiperbárico, específicamente, para la recompresión de EAG o EDC.

Un **MIEMBRO DE LA FAMILIA INMEDIATA** es la Persona Asegurada o su cónyuge, hijos, hijas, hermanos, hermanas, padre, padrastro, madre o madrastra tanto de la Persona Asegurada como de su cónyuge y también los cónyuges y las cónyuges de hijos, hijas, hermanos y hermanas tanto de la Persona Asegurada como de su cónyuge.

Una **LESIÓN** es un daño corporal (a excepción de los daños mentales o emocionales) debido a un Accidente Cubierto que no ha sido causado por ninguna enfermedad, afección, infección, malestar corporal ni ninguna otra condición física anormal y (i) que requiera examen y tratamiento por parte de Personal Médico; y (ii) que ocurra mientras está en vigencia la Cobertura de la persona lesionada en virtud de la Póliza. Todas las lesiones sufridas por una sola persona en un mismo Accidente, con inclusión de las afecciones relacionadas y los síntomas recurrentes de estas lesiones, se consideran una única lesión.

Un **PACIENTE EN RÉGIMEN DE INTERNACIÓN** es una Persona Asegurada que se encuentra internada como paciente registrado en un Hospital por cuya internación se cobra un cargo de alojamiento y comida.

El **SEGURO** es la Cobertura a la que accede la Persona Asegurada en virtud de la Póliza.

Una **PERSONA ASEGURADA** es una Persona que Cumple con los Requisitos según se define en la sección de requisitos de esta Póliza: 1) que completa todos los formularios de inscripción obligatorios; 2) que paga todas las primas exigidas o por la que un tercero ha pagado la prima; y 3) que cuenta con Cobertura durante la vigencia de la Póliza.

La **UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS** es un sector independiente de un Hospital que se reserva para pacientes en estado crítico y gravemente enfermos que requieren cuidados de enfermería altamente cualificados y un control de enfermería audiovisual constante o cercano y frecuente. La Unidad de Cuidados Intensivos debe proporcionar los siguientes servicios a sus pacientes:

1. alojamiento y comida;

2. cuidados de enfermería a cargo de Personal de Enfermería que trabaje únicamente en la unidad; y
3. equipos e insumos especiales que se utilizan principalmente dentro de la unidad.

Un **ACCIDENTE EN EL AGUA** es un Accidente que ocurre mientras la Persona Asegurada está físicamente en el agua y no se encuentra en una embarcación motorizada ni a vela, ni tampoco se encuentra atada o conectada de ninguna otra manera a la embarcación.

Una **EMERGENCIA MÉDICA** es una Lesión o Enfermedad de Emergencia que supone un riesgo inmediato para la vida o la salud a largo plazo de la Persona Asegurada.

MÉDICAMENTE NECESARIO o POR NECESIDAD MÉDICA son los servicios o insumos que el Personal Médico tratante determina, recomienda, aprueba y certifica por considerarlos:

1. apropiados, necesarios y justificados teniendo en cuenta los síntomas, el diagnóstico o la atención directa y el tratamiento de una Lesión, Embolia Arterial Gaseosa o Enfermedad por Descompresión;
2. provistos en función de los síntomas, el diagnóstico o la atención y el tratamiento directos de una Lesión, Embolia Gaseosa Arterial o Enfermedad por Descompresión;
3. en cumplimiento de los estándares de las buenas prácticas médicas dentro de la comunidad médica organizada;
4. no provistos principalmente para la conveniencia de la Persona Asegurada, su Personal Médico tratante ni ningún otro proveedor; y
5. el insumo o nivel de servicio más apropiados que se puedan proporcionar de manera segura.

En cuanto a la estadía en el Hospital, esto significa que la atención aguda como Paciente en Régimen de Internación es necesaria debido al tipo de servicios que la Persona Asegurada está recibiendo o debido a la gravedad de su condición y al hecho de que el tratamiento ambulatorio no sería adecuado para tratar de manera eficaz a la Persona Asegurada.

Un **ACCIDENTE NO RELACIONADO CON EL BUCEO** es un accidente que no es un Accidente de Buceo Cubierto ni un Accidente en el Agua.

El **PERSONAL DE ENFERMERÍA** es Personal de Enfermería Registrado, Personal de Enfermería Práctico Licenciado o Personal Auxiliar de Enfermería, o cualquier otro personal profesional de la salud que preste servicios de enfermería y que esté autorizado o certificado para tal fin en el país o distrito donde se prestan los servicios.

OTRO SEGURO DE GASTOS MÉDICOS es el seguro de gastos médicos proporcionado por cualquier otro seguro o plan de asistencia social o acuerdos de prepago, independientemente de que el otro seguro se proporcione sobre una base individual, familiar o grupal, o a través de un empleador, sindicato o en virtud de afiliación a una asociación. Si el seguro se proporciona en función de los servicios prestados, a los efectos de esta definición, la suma será la que estos servicios habrían costado en caso de no contar con este seguro. El término Otro Seguro de Gastos Médicos también se refiere a la cobertura de responsabilidad civil, incluidos, entre otros, los planes de seguro personales de cobertura extendida o los planes de seguros automotrices para gastos médicos.

El **TRATAMIENTO AMBULATORIO** son los servicios e insumos Médicamente Necesarios que se proporcionan a la Persona Asegurada en el consultorio del Personal Médico o en el departamento de Pacientes Ambulatorios de un Hospital, por los cuales no se cobran gastos de alojamiento ni comida.

El **PERSONAL MÉDICO** son proveedores de atención de la salud debidamente autorizados que se desempeñan dentro de su área de competencia profesional y que prestan atención o tratamiento a la Persona Asegurada. El Personal Médico abarca los siguientes tipos de profesionales:

1. profesionales de la medicina con autorización para prestar servicios médicos y realizar cirugía general; o
2. cualquier otro tipo de profesionales cuyos servicios, de acuerdo con la legislación del lugar donde se prestan, deban estar cubiertos por la Póliza.

El término "Personal Médico" no incluye a familiares directos, ni acompañantes de viaje ni personas empleadas, socias ni afiliadas comerciales de la Persona Asegurada.

La **PÓLIZA** es el contrato expedido a la Persona Asegurada que proporciona las prestaciones que se especifican en este documento.

El **TOMADOR DE LA PÓLIZA** es DAN World Ltd. ("DAN").

Una **AFECCIÓN PREEXISTENTE** es una enfermedad, dolencia u otra condición por la que el Personal Médico brindó su asesoramiento o diagnóstico y recomendó cuidado o tratamiento durante el período de 180 días inmediatamente anterior a la fecha de vigencia de la Cobertura de la Persona Asegurada. Una afección preexistente abarca lo siguiente:

1. cualquier recomendación de prueba diagnóstica, examen o tratamiento médico;
2. cualquier afección por la que la Persona Asegurada haya recibido una prescripción de fármacos o medicamentos; o
3. cualquier afección ante cuyos síntomas una persona normalmente prudente solicitaría un diagnóstico o tratamiento antes de emprender un viaje.

El punto (2) de esta definición no corresponde en el caso de afecciones que se traten o se controlen únicamente tomando fármacos o medicamentos recetados y que se sigan tratando o controlando sin ningún tipo de ajuste o cambio en la prescripción requerida durante el periodo de 180 días anterior a la entrada en vigencia de la Cobertura en virtud de la Póliza.

Un **CARGO RAZONABLE HABITUAL** es un cargo por servicios e insumos Médicamente Necesarios brindados a la Persona Asegurada, por una suma inferior o igual a lo que se paga (i) localmente, en un lugar donde hay más de un centro de tratamiento; o (ii) en otras localidades similares donde existe un único centro de tratamiento. Se evaluará el tipo y la gravedad de la afección.

Una **ENFERMEDAD** es una afección o dolencia física que cumpla con las siguientes condiciones:

1. requiere examen y tratamiento por parte de Personal Médico;
2. se inicia durante la vigencia de la Cobertura; y
3. le impide bucear a la Persona Asegurada en opinión del Personal Médico, en casos en los que la prestación se brindaría solo si la Persona Asegurada es incapaz de bucear.

Un **ACTO TERRORISTA** es un acto de violencia realizado por cualquier persona en relación con una organización, o en nombre de esta, en la medida en que se considere que esta organización tiene, habitualmente, la intención de derrocar a cualquier gobierno o influir en sus políticas, en la medida en que el Gobierno de los Estados Unidos lo considere terrorista, y siempre que no forme parte de desórdenes civiles ni disturbios, que no sea un acto de guerra, declarada o no declarada, y tenga como resultado la pérdida de vidas o daños importantes a la propiedad.

TERCERO(S) es cualquier persona que no sea:

1. la Persona Asegurada;
2. una persona relacionada con la persona Asegurada por consanguinidad, matrimonio o adopción;
3. propietarios, accionistas, miembros del personal u otras personas asociadas a la empresa que prestó los servicios de buceo a la Persona Asegurada.

Un **ACOMPAÑANTE DE VIAJE** es una persona que cuenta con una reserva para viajar con la Persona Asegurada, cuyo nombre aparece junto al de la Persona Asegurada en los mismos planes y contrataciones para el viaje y que, durante el viaje, compartirá el alojamiento en la misma habitación, cabaña, unidad de condominio, unidad de apartamento u otro tipo de alojamiento.

Un **VIAJE** es:

1. un periodo de traslado de ida y vuelta a una distancia mínima de 80 (ochenta) kilómetros del Domicilio de la Persona Asegurada;
2. un periodo de traslado programado de 90 días consecutivos como máximo;
3. un traslado cuyo objetivo no sea obtener asistencia sanitaria ni tratamiento médico de ninguna naturaleza; y
4. un traslado a un destino en el que la Persona Asegurada no tenga su Domicilio ni ningún tipo de residencia.

PRESTACIÓN DE TRANSPORTE MÉDICO DE EMERGENCIA

Evacuación de emergencia y Traslado Médicamente Necesario

Si una Persona Asegurada ha sufrido una Emergencia Médica durante el curso de un Viaje y esta condición requiere una Evacuación de Emergencia o un Traslado Médicamente Necesario, la Compañía pagará, hasta el Límite de Prestaciones, los Gastos Cubiertos en los que se deba incurrir por dicha evacuación o traslado.

Evacuación de Emergencia se define como una situación en la que no hay atención médica local disponible y el estado médico de la Persona Asegurada y su Necesidad Médica justifican su Transporte inmediato desde el lugar donde se ha producido la Emergencia Médica hasta el Hospital o centro médico más cercano donde se puedan obtener la atención, el tratamiento o la evaluación adecuados. La Evacuación de Emergencia no incluye tareas de búsqueda de una Persona Asegurada cuya ubicación es desconocida ni tareas de rescate a la Persona Asegurada en caso de que se encuentre en una situación peligrosa o en un lugar inaccesible para el personal de los servicios médicos de emergencia.

El Traslado Médicamente Necesario es una situación en la que, luego del tratamiento o la evaluación realizados en el Hospital o centro médico más cercano, dado que no se cuenta con atención local adecuada, la Necesidad Médica justifica el traslado a otro Hospital o centro médico para recibir más cuidados, tratamiento o evaluación.

Repatriación de restos mortales

Si una Persona Asegurada fallece durante un Viaje, la Compañía pagará, hasta el Límite de Prestaciones, los gastos en los que se incurra para trasladar el cuerpo y devolver los restos mortales al Domicilio de la Persona Asegurada para que se lleve a cabo su entierro. Los Gastos Cubiertos incluyen, entre otros, gastos de embalsamamiento, cremación, autorizaciones gubernamentales necesarias, ataúdes y Transporte. Quedan expresamente excluidos los gastos relacionados con el uso de una ambulancia aérea para la repatriación de los restos mortales de la Persona Asegurada.

Repatriación para obtener otra atención

Cuando una Persona Asegurada sufra una Emergencia Médica durante el transcurso de un Viaje y resulte necesaria una Evacuación de Emergencia o un Traslado Médicamente Necesario, en la medida en que la Persona Asegurada se considere médicamente en condiciones de viajar a un Hospital o centro médico diferente para recibir atención, tratamiento o evaluación adicional, la Compañía pagará, hasta el Límite de la Prestación, los Gastos Cubiertos de Transporte a un Hospital o centro médico que se encuentre:

1. cerca del Domicilio de la Persona Asegurada; o,
2. cerca del lugar donde la Persona Asegurada vivía o trabajaba antes realizar el Viaje.

Toda repatriación para obtener otro tipo de atención se realizará a discreción del Proveedor de Asistencia en Viaje designado, en consulta con el Personal Médico tratante de la Persona Asegurada. La repatriación para obtener otra atención se limita a aerolíneas, embarcaciones o transportes terrestres comerciales programados, y la Compañía pagará, hasta el Límite de Prestaciones, los Gastos Cubiertos en los que se incurra con tales aerolíneas, embarcaciones o transportes terrestres comerciales programados.

Entierro en el lugar del fallecimiento

Si una Persona Asegurada fallece durante un Viaje y la familia opta por realizar el entierro local, la Compañía pagará, hasta el Límite de Prestaciones, los gastos en los que se incurra para enterrar a la Persona Asegurada en el lugar donde falleció. Los Gastos Cubiertos incluyen, entre otros, gastos de ataúdes, embalsamamiento, cremación y autorizaciones gubernamentales necesarias.

Gastos cubiertos de transporte médico de emergencia

Los Gastos Cubiertos incluyen el costo del Transporte y el Cargo Razonable Habitual por tratamiento, servicios e insumos médicos durante ese traslado en la medida en que se cumplan las siguientes condiciones: (1) se incurra necesariamente en estos gastos en relación con el Transporte Médico de Emergencia de la Persona Asegurada o; (2) se cumpla con los estándares generalmente aceptados de la práctica médica; y (3) el Personal Médico ordene estos gastos y estos se realicen bajo su cuidado o supervisión, o las regulaciones habituales del método de transporte que se utilice para transportar a la Persona Asegurada requieran estos gastos.

Todos los arreglos para transportar a la Persona Asegurada deben realizarse a través del medio de transporte más directo y económico, y el Proveedor de Asistencia en Viaje designado para cubrir los gastos en los que se incurra debe concertar los arreglos necesarios por adelantado. La Compañía no proporcionará el Transporte al Domicilio de la Persona Asegurada si existen instalaciones médicas más cercanas con capacidad suficiente para atender las necesidades médicas de la Persona Asegurada.

Un Transporte es cualquier medio de transporte terrestre, acuático o aéreo necesario para trasladar a una Persona Asegurada durante el transporte, el traslado o la evacuación médicos o la repatriación. El Transporte debe ser requerido por las circunstancias, recomendado por el personal médico local y autorizado por el Proveedor de Asistencia en Viaje designado. El Transporte puede incluir, con carácter meramente enunciativo, ambulancias aéreas, ambulancias terrestres, vehículos motorizados privados, embarcaciones, aviones comerciales o trenes (dependiendo de las circunstancias). El Proveedor de Asistencia en Viaje designado realizará los arreglos necesarios para concertar el Transporte utilizando el medio más adecuado en función de la gravedad del paciente. Todas las decisiones relacionadas con el medio de Transporte y el destino final se basarán únicamente en factores médicos. La Compañía no cubrirá ningún gasto por servicios prestados por terceros sin coste alguno para la Persona Asegurada.

PRESTACIONES DE LA ASISTENCIA EN VIAJE

Visita de Miembro de la Familia o Ser Querido: si durante el transcurso de un Viaje una Persona Asegurada está viajando sola y sufre una Emergencia Médica que requiere hospitalización durante más de 7 días consecutivos, la Compañía pagará, hasta el Límite de la Prestación, un pasaje de ida y vuelta en clase económica hasta el lugar del Hospital, además de alojamiento y comidas, para que una persona elegida por la Persona Asegurada viaje hasta el lugar de su hospitalización y regrese luego a su punto de partida. La persona que viaje en calidad de Miembro de la Familia o Ser Querido debe presentar facturas o recibos de los gastos reales en los que haya incurrido. Esta prestación está disponible durante un máximo de 10 días o 72 horas, el plazo que sea menor, luego de que la Persona Asegurada haya recibido el alta hospitalaria. El uso de esta prestación no puede combinarse con la prestación de Visita de Acompañante de Viaje.

Visita de Acompañante de Viaje: si durante el transcurso de un Viaje una Persona Asegurada está viajando con otra persona en calidad de Acompañante de Viaje y sufre una Emergencia Médica que requiere hospitalización durante más de 7 días consecutivos, la Compañía pagará, hasta el Límite de la Prestación, el pasaje en clase económica de ida hasta el lugar del Hospital, además del alojamiento y las comidas de

la persona Acompañante de Viaje para que permanezca cerca de la Persona Asegurada. Al finalizar la visita de la persona Acompañante de Viaje, la Compañía pagará, hasta el Límite de la Prestación, su transporte de regreso en clase económica (o en la misma clase que el pasaje original) menos el valor de cualquier crédito que corresponda por un pasaje de ida y vuelta no utilizado que tenga disponible la persona Acompañante de Viaje, para que esta regrese a su destino original. La persona Acompañante de Viaje debe presentar los recibos de los gastos reales en los que incurra. Esta prestación está disponible durante un máximo de 10 días o 72 horas, el plazo que sea menor, luego de que la Persona Asegurada haya recibido el alta hospitalaria. El uso de esta prestación no puede combinarse con la prestación de Visita de Miembro de la Familia o Ser Querido.

Regreso de Emergencia al Domicilio: si durante el transcurso de un Viaje fallece un Familiar Directo de la Persona Asegurada, la Compañía pagará, hasta el Límite de la Prestación, el transporte de regreso en clase económica, menos el valor de cualquier crédito que correspondan por cualquier pasaje de ida y vuelta original no utilizado que tenga en su poder la Persona Asegurada, para que esta pueda regresar a su Domicilio.

Regreso de hijos e hijas dependientes: si durante el transcurso de un Viaje una Persona Asegurada viaja sola con sus hijos o hijas menores dependientes y sufre una Emergencia Médica para la que es necesaria una Evacuación de Emergencia o un Traslado Médicamente Necesario y la Persona Asegurada no puede atender las necesidades de sus hijos e hijas, la Compañía pagará, hasta el Límite de la Prestación, el transporte de regreso en clase económica (o en la misma clase que el pasaje original) de sus hijos e hijas, menos el valor de cualquier crédito que corresponda por un pasaje original de regreso no utilizado que estos tengan disponible, para que puedan retornar a su Domicilio. De ser necesario, se proporcionarán los servicios de Personas Acompañantes Cualificadas.

Regreso de Acompañantes de Viaje: si durante el transcurso de un Viaje una Persona Asegurada sufre una Emergencia Médica y el pasaje de su Acompañante de Viaje ya no es válido debido a los cambios de planes que causó la emergencia, la Compañía pagará, hasta el Límite de la Prestación, el transporte de regreso de la persona Acompañante de Viaje en clase económica (o en la misma clase que el pasaje original) menos el valor de cualquier crédito que corresponda por un pasaje de regreso original no utilizado que tenga disponible la persona Acompañante de Viaje, para que esta regrese a su destino original.

ACCIDENTE DE BUCEO
PRESTACIONES DE GASTOS MÉDICOS

Prestación de Gastos Médicos por Accidente de Buceo
Accidentes de Buceo Cubiertos - Gastos Médicos Cubiertos

Si la Persona Asegurada ha incurrido en gastos para el tratamiento de una Lesión debido a un Accidente de Buceo Cubierto, la Compañía pagará, hasta el Límite de Prestaciones, los Cargos Cubiertos que se describen a continuación, sujetos a los términos y limitaciones contenidos en el presente documento.

Los **CARGOS CUBIERTOS** son los gastos cubiertos en los que incurra la Persona Asegurada para pagar servicios, insumos, atención o tratamiento Médicamente Necesarios relacionados con un Accidente de Buceo Cubierto. El Accidente debe ocurrir mientras la Cobertura se encuentra en vigencia. Se debe incurrir en los gastos cubiertos dentro de los 365 días del Accidente.

Los servicios, insumos, cuidados o tratamientos médicos deben ser prescritos, realizados u ordenados por Personal Médico. Los cargos por estos servicios, insumos, atención o tratamiento deben ser Cargos Razonables y Habituales. La Compañía no pagará los cargos que excedan el Límite de Prestaciones.

Los Cargos Cubiertos incluyen lo siguiente:

1. Cargos por hasta 3 (tres) tratamientos en Cámara Hiperbárica por Accidente de Buceo Cubierto. La Compañía o la persona designada por la Compañía deberán aprobar todo tratamiento adicional luego del tercer tratamiento cubierto y podrán exigir un examen a cargo de personal médico designado por la Compañía.

2. Cargos del Personal Médico para el tratamiento en Cámara Hiperbárica, atención médica y procedimientos quirúrgicos necesarios.

3. Cargos de transporte por parte un servicio profesional de ambulancia terrestre, aérea o marítima hasta el Hospital o la Cámara Hiperbárica más cercanos donde se pueda prestar la atención o proporcionar el tratamiento adecuados. La Compañía o la persona designada por la Compañía deberán aprobar de forma previa cualquier transporte que implique un servicio de ambulancia aérea o marítima. Esta prestación no podrá combinarse con ninguna otra prestación de Transporte Médico de Emergencia.

4. Los gastos de hospitalización pueden incluir alojamiento y comida; cuidados generales de enfermería; otros servicios e insumos necesarios para el tratamiento de Pacientes Ambulatorios y en Régimen de Internación; y la permanencia en una Unidad de Cuidados Intensivos, siempre que el Personal Médico ordene la internación.

   La asignación diaria pagadera por alojamiento y comida por cada día de internación en el Hospital no superará la tarifa promedio de una habitación compartida en el Hospital en el que la Persona Asegurada esté internada. Si el Hospital en el que la Persona Asegurada está internada dispone solo de habitaciones privadas, la asignación diaria por internación será el 80 % de la tarifa de las habitaciones privadas.

   La asignación diaria pagadera por cada día de internación en la Unidad de Cuidados Intensivos será el doble de la asignación diaria por internación de la Persona Asegurada.

5. Cargos de insumos médicos de oxígeno y anestesia, incluida su administración, en la medida en que no estén cubiertos como cargos del servicio del Hospital.

6. Otros gastos cubiertos, incluidos los cargos por cirugía ambulatoria proporcionados por un centro quirúrgico ambulatorio autorizado para prestar los servicios e insumos necesarios, en la medida en que estos cargos hubieran sido pagaderos si la cirugía se hubiera realizado en un Hospital.

7. Cargos de enfermería, fisioterapia y terapia ocupacional.

8. Cargos por servicios de radiología y laboratorio correspondientes a radiografías, tratamiento radiológico y pruebas de laboratorio de diagnóstico.

9. Cargos por insumos médicos para yesos, férulas, corsés, aparatos ortopédicos, muletas y vendajes quirúrgicos; ojos y extremidades prostéticos para la sustitución inicial de ojos y extremidades naturales que resulten amputados durante la vigencia de la Cobertura.

10. Alquiler de sillas de ruedas y camas de hospital de accionamiento manual, equipos de oxígeno y otros equipos médicos duraderos que la Persona Asegurada utilice de manera exclusiva para el tratamiento de la Lesión. La Compañía, a su entera discreción, podrá aprobar la compra de estos artículos.

PRESTACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO - APLICABLE A ACCIDENTES DE BUCEO CUBIERTOS

La Compañía pagará la prestación indicada en la siguiente tabla si la Persona Asegurada ha sufrido una de las Pérdidas que allí se detallan como consecuencia de un Accidente de Buceo Cubierto. Esta Pérdida debe ocurrir dentro de los 365 días siguientes al Accidente de Buceo Cubierto. La prestación correspondiente a la Pérdida es la cantidad que se indica en el cuadro junto al nombre de cada Pérdida.

Si se sufre más de una Pérdida como resultado de un Accidente de Buceo Cubierto, se pagará únicamente la suma que resulte mayor. El Monto Total Asegurado se indica en el Cuadro de Prestaciones.

Tabla de Pérdidas

Pérdida:	Pago:
Monto Total Asegurado por fallecimiento	Monto Total Asegurado
Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos	Monto Total Asegurado
Una mano y un pie	Monto Total Asegurado
Una mano o un pie y la vista de un solo ojo	Monto Total Asegurado
Una mano o un pie	La mitad del Monto Total Asegurado
La vista de un solo ojo	La mitad del Monto Total Asegurado

El término "**Pérdida**", tal como se utiliza aquí, se define como:

1. con respecto a la mano y el pie, la pérdida real a nivel de la articulación de la muñeca o el tobillo o por encima del nivel de estas articulaciones; y

2. con respecto a los ojos, la pérdida total e irrecuperable de la visión.

El fallecimiento debe acreditarse mediante un certificado de defunción o cualquier otra prueba o documentación que resulte aceptable para la Compañía.

PRESTACIÓN POR INCAPACIDAD PERMANENTE Y TOTAL – APLICABLE A ACCIDENTES DE BUCEO CUBIERTOS

Si la persona asegurada, mayor de 21 años, sufre una invalidez permanente y total, la Compañía pagará el Monto Total Asegurado. El Monto Total Asegurado se indica en el Cuadro de Prestaciones. La Incapacidad Permanente y Total debe ser el resultado de un Accidente de Buceo Cubierto que ocurra mientras la Cobertura está en vigencia y se debe demostrar mediante un informe del Personal Médico que resulte aceptable para la Compañía.

La Pérdida debe cumplir con las siguientes condiciones:

1. ocurrir dentro de los 365 días posteriores a la fecha del Accidente de Buceo Cubierto;

2. continuar sin interrupción durante al menos 1 año; y

3. tener razones justificadas para prever que continuará sin interrupción hasta el fallecimiento de la persona asegurada.

Toda cantidad pagadera en virtud de esta prestación será inferior a cualquier cantidad pagada o pagadera en virtud de la prestación por Muerte Accidental y Desmembramiento, siempre que la pérdida sea consecuencia del mismo Accidente de Buceo Cubierto.

Solo a efectos de esta prestación, la expresión "**Incapacidad Permanente y Total/Persona Incapacitada de manera Permanente y Total**" significa que, como consecuencia de un Accidente de Buceo Cubierto, la Persona Asegurada está incapacitada de manera permanente para realizar las tareas materiales y sustanciales de cualquier ocupación para la que esté cualificada por su educación, experiencia o formación. Con respecto a la Persona Asegurada para la que no sea apropiada una definición ocupacional de **Incapacidad Permanente y Total/Persona Incapacitada de manera Permanente y Total,** los términos **Incapacidad Permanente y Total/Persona Incapacitada de manera Permanente y Total** significan que la Persona Asegurada está incapacitada de manera permanente para realizar cualquiera de las actividades habituales de una persona de edad y sexo similares cuya salud es comparable a la de la Persona Asegurada inmediatamente antes del Accidente.

Prestaciones Ampliadas

Si la póliza finaliza mientras la Persona Asegurada está incapacitada de manera total, las prestaciones se ampliarán para cubrir los gastos en los que se incurra después de la fecha de finalización. Estas Prestaciones Ampliadas están sujetas a las mismas condiciones que se habrían aplicado si la Póliza hubiera seguido en vigencia. Las Prestaciones Ampliadas son pagaderas únicamente por los gastos en los que se incurra:

1. en función del tratamiento del Accidente específico que causó la Incapacidad Total;

2. mientras la Persona Asegurada permanezca en situación de Incapacidad Total; y

3. durante los primeros 12 meses consecutivos tras la finalización de la vigencia de la Póliza.

A los efectos de las Prestaciones Ampliadas, Incapacidad Total significa que la Persona Asegurada es incapaz de realizar las tareas materiales y significativas de cualquier ocupación para la que esté cualificada por su educación, experiencia o formación. Con respecto a la Persona Asegurada para la que no sea apropiada una definición ocupacional de **Incapacidad Permanente y Total/Persona Incapacitada de manera Permanente y Total,** los términos **Incapacidad Permanente y Total/Persona Incapacitada de manera Permanente y Total** significan que la Persona Asegurada es incapaz de realizar cualquiera de las actividades habituales de una persona de edad y sexo similares cuya salud es comparable con la de la Persona Asegurada inmediatamente antes del Accidente.

PRESTACIÓN DE TRANSPORTE ADICIONAL
APLICABLE ÚNICAMENTE A ACCIDENTES DE BUCEO CUBIERTOS

Si la Persona Asegurada no puede utilizar su pasaje original de regreso debido a un retraso causado por un Accidente de Buceo Cubierto, la Compañía pagará, hasta el Límite de la Prestación, otro transporte para el viaje de regreso. El retraso debe ser recomendado por el Personal Médico tratante y la Persona

Asegurada debe proporcionar a la Compañía una copia de la recomendación médica correspondiente. La prestación pagadera será equivalente a la diferencia entre un nuevo pasaje (en la misma clase reservada en primera instancia) y el valor restante del pasaje original.

PRESTACIÓN DE DÍAS ADICIONALES DE ALOJAMIENTO APLICABLE ÚNICAMENTE A ACCIDENTES DE BUCEO CUBIERTOS

Si la Persona Asegurada se retrasa en su regreso a su Domicilio por recomendación expresada por escrito por el Personal Médico tratante y como consecuencia de un Accidente de Buceo Cubierto, la Compañía pagará días adicionales de alojamiento hasta el Límite de la Prestación. Las prestaciones comenzarán el primer día después de la fecha original en que la Persona Asegurada debería haber regresado a su Domicilio. La Persona Asegurada deberá presentar facturas o recibos de los gastos reales en los que haya incurrido y una copia de la recomendación del Personal Médico Tratante. Los Días Adicionales de Alojamiento también incluye las comidas, el transporte local y los gastos imprevistos. La prestación pagadera se indica en el Cuadro de Prestaciones, sujeta a un límite diario, según corresponda.

PRESTACIÓN DE CANCELACIÓN DE VACACIONES DE BUCEO – CORRESPONDE A VACACIONES DE BUCEO

Si con antelación a la hora y fecha de salida de unas Vacaciones de Buceo, la Persona Asegurada o su Acompañante de Viaje ha sufrido una Enfermedad o Lesión que perjudique de manera significativa su capacidad para bucear y, por esa razón, solicita la Cancelación de las Vacaciones de Buceo, la Compañía pagará, hasta el Límite de la Prestación, las Pérdidas Cubiertas en las que la Persona Asegurada incurra como resultado de la cancelación.

La **CANCELACIÓN** se produce cuando el Personal Médico ha recomendado por escrito que es Médicamente Necesario que la Persona Asegurada cancele las Vacaciones de Buceo debido a la gravedad de su estado de salud o el de su Acompañante de Viaje. La Persona Asegurada o su Acompañante de Viaje debe estar bajo el cuidado y la supervisión directa del Personal Médico.

Las **PÉRDIDAS CUBIERTAS** abarcan cualquier penalización o bien los pagos o depósitos realizados con antelación, anulados, no reembolsables y no utilizados con el fin de cubrir los gastos de buceo, alojamiento, comidas o transporte en los que se incurra como resultado de la Cancelación de las Vacaciones de Buceo.

PRESTACIÓN DE INTERRUPCIÓN DE VACACIONES DE BUCEO – CORRESPONDE A VACACIONES DE BUCEO

Si con antelación a la hora y fecha de salida programadas para unas Vacaciones de Buceo, la Persona Asegurada o su Acompañante de Viaje ha sufrido una Enfermedad o Lesión que perjudique de manera significativa su capacidad para bucear y, por esa razón, solicita la Interrupción de las Vacaciones de Buceo, la Compañía pagará, hasta el Límite de la Prestación, las Pérdidas Cubiertas en las que la Persona Asegurada incurra como resultado de la Interrupción.

Las **PÉRDIDAS CUBIERTAS** abarcan cualquier penalización o bien los pagos o depósitos realizados con antelación, anulados, no reembolsables y no utilizados con el fin de cubrir los gastos de buceo,

alojamiento, comidas o transporte en los que se incurra como resultado de la Interrupción de las Vacaciones de Buceo.

La **INTERRUPCIÓN** se produce cuando el Personal Médico ha recomendado por escrito que es Médicamente Necesario que la Persona Asegurada interrumpa las Vacaciones de Buceo debido a la gravedad de su estado de salud o el de su Acompañante de Viaje. La Persona Asegurada o su Acompañante de Viaje debe estar bajo el cuidado y la supervisión directa del Personal Médico.

Si la gravedad de la Enfermedad o la Lesión permiten que el Viaje prosiga, pero le impide a Persona Asegurada o su Acompañante de Viaje continuar con las Actividades de Buceo Cubiertas, la Compañía pagará por los días de buceo perdidos. La prestación es pagadera por el número de días de buceo perdidos hasta la fecha programada de finalización del Viaje. La prestación diaria es la menor de las cantidades indicadas en el Cuadro de Prestaciones o la parte no reembolsable de los costos de las actividades de buceo concertadas. Si las actividades de buceo se compraron como parte de un paquete, la prestación diaria es la menor de las cantidades indicadas en el Cuadro de Prestaciones o la diferencia entre la tarifa diaria para quienes bucean y para quienes no bucean. Para acceder a esta prestación, los pagos o depósitos para concertar las actividades de buceo deben realizarse antes de que se manifieste la Enfermedad o Lesión que impide bucear a la Persona Asegurada o a su Acompañante de Viaje.

EXCLUSIONES GENERALES

La siguiente exclusión se aplica a todas las prestaciones por Muerte Accidental y Desmembramiento o Incapacidad Permanente y Total:

1. La Compañía no pagará las pérdidas causadas por una Enfermedad de cualquier tipo o producidas como consecuencia de esta.

La siguiente exclusión se aplica en casos de Gastos Médicos por Enfermedad y Accidente, Incapacidad Permanente y Total, Cancelación o Interrupción de Vacaciones de Buceo, Cancelación e Interrupción del Viaje:

1. La Compañía no pagará por pérdidas ni gastos causados por una Afección Preexistente ni por gastos en los que se incurra como consecuencia de tal afección, según se define en la Póliza, con inclusión del fallecimiento que pudiera producirse como consecuencia de tal afección.

Las siguientes exclusiones se aplican a todas las Prestaciones de Transporte Médico de Emergencia y Asistencia en Viaje:

1. Las Prestaciones de Transporte Médico de Emergencia y Asistencia en Viaje se podrán suspender si la Persona Asegurada (a) se encuentra en una región a la que la compañía que presta los servicios de Transporte no puede acceder de manera segura; o (b) no es posible transportar a la Persona Asegurada de manera segura.

Las siguientes exclusiones se aplican a **todas** las coberturas.

1. La Compañía no pagará por ninguna pérdida en virtud de lo establecido en la Póliza cuando:
    a. Los cargos excedan los Cargos Razonables y Habituales por los servicios e insumos proporcionados.

2. Quedan excluidas de esta Póliza las pérdidas causadas por los siguientes hechos y situaciones, que ocurran como consecuencia de estos o que, de alguna manera, se relacionen con estos hechos o situaciones:

    a. suicidio, tentativa de suicidio o lesiones autoinfligidas de manera intencional tanto por la Persona Asegurada como por su Acompañante de Viaje, estando la persona sana o insana, incluidos los trastornos mentales, nerviosos o psicológicos que pueda padecer, o si el diagnóstico principal es de naturaleza psiquiátrica;

    b. situaciones en las que la Persona Asegurada se encuentre bajo la influencia de drogas o sustancias tóxicas, a menos que estas sean prescritas por Personal Médico;

    c. embarazo, parto, aborto electivo o Médicamente Necesario, o Complicaciones del Embarazo;

    d. participación en eventos deportivos de manera profesional;

    e. excepto que el Tomador de la Póliza la apruebe previamente, la participación en competiciones o eventos deportivos organizados con carácter *amateur* o interinstitucional;

    f. conducción de cualquier tipo de vehículo de competición;

    g. guerra o cualquier acto bélico, guerra declarada o no declarada, desorden civil, o servicio en las fuerzas armadas, Guardia Nacional o fuerzas de reserva organizadas o cualquier autoridad nacional o internacional; no obstante, con exclusión del terrorismo;

    h. reacción o radiación nucleares, o contaminación radiactiva;

    i. viajes aéreos (que no sean mediante aerolíneas con vuelos regulares programados o servicios de chárter aéreo) o el hecho de operar o aprender a operar cualquier aeronave, ya sea como piloto o como integrante de la tripulación;

    j. excepto que el Tomador de la Póliza lo apruebe previamente, la práctica de alpinismo, *bungee jumping*, esquí en la nieve, paracaidismo, ala delta, *parasailing*, o viaje en cualquier dispositivo con soporte aéreo, que no sea en una aerolínea con vuelos regulares programados o en una compañía de servicios de chárter aéreo;

    k. excepto que la Persona Asegurada lo apruebe previamente, en relación con competiciones o intentos de establecer o batir récords;

    l. cualquier acto criminal ilegal cometido por la Persona Asegurada o por su Acompañante de Viaje;

    m. pérdidas que se paguen en virtud de Otro Seguro de Gastos Médicos, las leyes de indemnización de los trabajadores o las leyes de enfermedades laborales, el seguro de viaje, o cualquier servicio, insumo o tratamiento proporcionado en virtud de cualquier plan federal, estatal o de cualquier otro gobierno o legislación similar;

    n. pérdida o daño causados por la detención, confiscación o destrucción por parte de la

aduana;

o. realización de viajes o Inmersiones Cubiertas contraindicados por el Personal Médico;

p. Tratamiento y Procedimientos Electivos;

q. cuando la Persona Asegurada esté en una lista de trasplante de órganos en el momento de emprender su Viaje y las prestaciones solicitadas estén relacionadas con este trasplante;

r. tratamiento médico realizado durante un viaje o derivado de un viaje realizado con el propósito o la intención de obtener un tratamiento médico;

s. servicios, insumos o tratamientos médicos (incluido cualquier período de internación en un Hospital) que no fueran Médicamente Necesarios, que no hayan sido prescritos por Personal Médico, que se consideren de investigación o experimentales o que no estén reconocidos como práctica médica generalmente aceptada, o que los haya ordenado o prescrito un familiar directo;

t. Cuidado Asistencial;

u. exámenes de rutina de la vista, el oído u otros exámenes físicos no relacionados con la Enfermedad o el Accidente;

v. procedimientos estéticos o reconstructivos, y cualquier servicio o insumo relacionado, que alteren la apariencia, pero no restauren ni mejoren las funciones físicas deterioradas;

w. Insolvencia Financiera de la persona, organización o empresa a la que la Persona Asegurada compró o pagó directamente su viaje; Insolvencia Financiera previa a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura de la Persona Asegurada para las prestaciones de Cancelación de Vacaciones de Buceo, o Insolvencia Financiera que ocurre dentro de los 7 días posteriores a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura de la Persona Asegurada para las prestaciones de Cancelación de Vacaciones de Buceo;

x. quiebra, Insolvencia Financiera, incumplimiento o falta de prestación de servicios por parte de un proveedor de viajes;

y. obligaciones comerciales, contractuales o educativas de la Persona Asegurada o su Acompañante de Viaje;

z. incumplimiento por parte de cualquier operador turístico, transportista común, embarcación recreativa u otro proveedor de viajes, persona o agencia, de las condiciones de viaje negociadas, excepto en caso de Insolvencia Financiera;

aa. pérdida que se produzca como consecuencia de una enfermedad, dolencia u otra afección, evento o circunstancia que ocurra en un momento en que la póliza no esté en vigencia para la Persona Asegurada; y

bb. por servicios, insumos, tratamiento o transporte relacionados con una pandemia, epidemia o exposición a una enfermedad infectocontagiosa que era de público conocimiento antes del momento en que la Persona Asegurada emprendió su Viaje.

CLÁUSULAS SOBRE RECLAMOS

Notificación de un reclamo. La Compañía deberá recibir una notificación del reclamo por escrito dentro de los 10 (diez) días posteriores a la fecha en que se produjo la pérdida. Si no se puede enviar la notificación dentro de ese plazo, se debe informar la situación tan pronto como sea posible. Se podrá enviar la notificación a la Compañía o a su agente autorizado. Para presentar un reclamo, obtener formularios de reclamo o solicitar más información sobre cómo notificar un reclamo, llame, escriba o envíe un correo electrónico a la siguiente dirección:

AGI - CLAIMS
A la atención de DAN Services, Inc.
6 West Colony Place, Suite 200
Durham, NC 27705 EE. UU.
Teléfono: +1.919.226.3858
Dirección de correo electrónico: Claims@World.DAN.org

Cómo presentar un reclamo.

1. Complete el formulario de reclamo. Responda a todas las preguntas en forma completa. Si no lo hace, es posible que se le devuelva el formulario de reclamo y se retrase su resolución. Asegúrese de firmar el formulario de reclamo.

2. Solicite al Hospital o al Personal Médico que complete el reverso del formulario y se lo devuelva. (El proveedor podrá adjuntar una factura detallada en lugar del formulario).

3. Adjunte cualquier otra factura, documento o declaración que corresponda al reclamo. Es importante que estos documentos contengan la información correcta.

4. Haga copias de los formularios y las facturas para llevar su propio registro, ya que no se le devolverán los originales.

5. Si recibió un pago de cualquier otro Seguro, debe enviar la Explicación de las Prestaciones con sus facturas para que su reclamo se resuelva.

Envíe estos documentos a AGI - CLAIMS a la dirección postal anterior o por correo electrónico a Claims@World.DAN.org. Las prestaciones del programa DAN World están sujetas a cambios con una notificación previa de 30 días a los clientes existentes. Todas las sumas que se indican aquí están expresadas en dólares estadounidenses.

Formularios de reclamo. Cuando la Compañía recibe la notificación de un reclamo, envía a la Persona Asegurada los formularios para presentar la prueba de la pérdida. Si los formularios no se regresan a la Compañía dentro de un plazo de 15 días a partir de la fecha en que la Compañía recibió la notificación, el reclamante entregará a la Compañía una declaración escrita sobre la naturaleza y el alcance de la pérdida. Esta declaración se debe enviar a la Compañía dentro del plazo establecido en la cláusula sobre la prueba de la pérdida.

Notificación de un reclamo. La Compañía deberá recibir una notificación escrita del reclamo dentro de los 180 días posteriores a la fecha que se produjo la pérdida. Si no se puede enviar la notificación dentro de ese plazo, se debe informar la situación tan pronto como sea posible. Se podrá enviar la notificación a

la Compañía o a su agente autorizado. La notificación deberá incluir el nombre de la Persona Asegurada e información suficiente para identificarla y contactarla.

Pago de reclamos. Las prestaciones por fallecimiento de una Persona Asegurada se pagarán de acuerdo con la designación de la persona beneficiaria o, si no hay ninguna persona designada con este carácter, pasarán a formar parte de la sucesión de la Persona Asegurada. Cualquier pago que la Compañía realice de buena fe la exime plenamente de su responsabilidad en la medida del pago realizado.

Una vez recibida la debida prueba escrita de la pérdida, los pagos por todas las pérdidas, excepto el fallecimiento, se harán a la Persona Asegurada que haya sufrido la pérdida (o en su nombre, si corresponde). Si una Persona Asegurada fallece antes de que se hayan efectuado todos los pagos adeudados, la suma que se encuentre pendiente de pago se abonará a la sucesión de la Persona Asegurada o, a elección de la Compañía, en partes iguales, a la primera línea de supervivientes que se detalla a continuación: (1) cónyuge de la Persona Asegurada; (2) hijas e hijos; (3) madre y padre; o (4) hermanas y hermanos. Si no hay supervivientes en ninguna de las líneas, la prestación se pagará a la sucesión de la Persona Asegurada.

Pago a una persona menor o sin capacidad legal. En caso de que alguna persona beneficiaria sea menor de edad o no tenga capacidad legal para recibir el pago de manera válida, la prestación se pagará al tutor legal de los bienes de la persona beneficiaria. Si la persona beneficiaria no posee un tutor legal de sus bienes, se podrá realizar un pago que no exceda los 3000 USD, a elección de la Compañía, a cualquier pariente consanguíneo o por afinidad de la persona beneficiaria que, en opinión de la Compañía, haya asumido la custodia y manutención de la persona menor de edad o la responsabilidad de los asuntos de la persona sin capacidad legal.

Prueba de la Pérdida. La Prueba de la Pérdida debe enviarse por escrito a la Compañía dentro de los 180 días posteriores a la fecha en que se produjo la pérdida. La Compañía no reducirá ni denegará un reclamo si existen fundadas razones por las que no ha sido posible entregar la prueba de la pérdida por escrito dentro del plazo establecido. En cualquier caso, la Persona Asegurada deberá entregar por escrito a la Compañía la Prueba de la Pérdida dentro de los 12 meses siguientes a la fecha en la que se produjo la pérdida, salvo que la Persona Asegurada no tenga capacidad legal para hacerlo.

Plazo del pago del reclamo. Las prestaciones pagaderas en virtud de la Póliza por cualquier pérdida para la que la Póliza no prevea algún pago periódico se pagarán dentro de los 90 días posteriores a la recepción de la debida prueba escrita de la pérdida. Sujeto a la debida prueba escrita de la pérdida, todas las prestaciones que se acumulen por pérdidas para las que la Póliza establece un pago periódico se pagarán mensualmente.

CLÁUSULAS GENERALES

INTEGRIDAD DEL CONTRATO

La solicitud, la póliza colectiva, el certificado y las cláusulas adicionales adjuntas constituyen el contrato completo firmado entre las partes. Ninguna declaración que realice la Persona Asegurada constituye una garantía. No usaremos ninguna declaración para anular ni reducir las prestaciones a menos que tal declaración forme parte de una solicitud o un formulario de inscripción expresados por escrito.

EXAMEN BAJO JURAMENTO

Con la frecuencia que consideremos justificable, podremos exigirle a la Persona Asegurada o a cualquier persona que presente un reclamo en virtud de esta Póliza que se someta a un examen bajo juramento.

PERSONA BENEFICIARIA: CAMBIO DE PERSONA BENEFICIARIA

La Persona Asegurada nombrará a la persona beneficiaria cuando realice su inscripción. La Persona Asegurada podrá cambiar de persona beneficiaria en cualquier momento. Para hacerlo, deberá realizar una solicitud por escrito, en un formulario que resulte satisfactorio para la Compañía y que se deberá presentar en las oficinas centrales. Una vez que la Compañía registre el cambio de persona beneficiaria, el cambio entrará en vigor a partir de la fecha de su firma. El cambio no se aplicará a ningún pago realizado por la Compañía antes de la fecha en que se registre la solicitud. Si se nombran dos (2) o más personas beneficiarias y no se especifica la parte que le corresponde a cada una, los beneficios se repartirán en partes iguales.

Ante el fallecimiento de una Persona Asegurada, es posible que no haya ninguna persona beneficiaria viva nombrada para recibir alguna parte del producto del seguro. En ese caso, la Compañía podrá pagar el producto del seguro a la sucesión de la Persona Asegurada o, a elección de la Compañía a cualquiera de las siguientes personas:

- el cónyuge de la Persona Asegurada, si vive;
- los hijos supervivientes, en partes iguales, si el cónyuge ha fallecido, o
- los padres supervivientes, en partes iguales, si todos los hijos y todas las hijas han fallecido.

La Compañía no será responsable del pago una vez que este se haya realizado.

CERTIFICADOS MÚLTIPLES

Una persona no puede estar asegurada por más de un certificado que proporcione el mismo tipo de cobertura de seguro en virtud de pólizas colectivas emitidas por la Compañía para el Tomador del Seguro o sus filiales. En todo momento, la Cobertura estará en vigencia en virtud de un solo certificado. Se reembolsarán las primas pagadas por los certificados que no estén en vigencia.

DECLARACIÓN INCORRECTA DE EDAD

Si las primas o las prestaciones para la Persona Asegurada dependen de su edad, y este dato se ha declarado de manera incorrecta, se realizará un ajuste justificado de las primas o prestaciones en función de la verdadera edad de la Persona Asegurada. La Compañía podrá exigir la presentación de una prueba satisfactoria de la edad de la Persona Asegurada antes de pagar cualquier reclamo.

CLÁUSULA DE EXCEDENTE
(No se aplica a las prestaciones por Muerte Accidental y Desmembramiento o Incapacidad Permanente y Total)

Las Prestaciones en virtud de la Póliza, más allá de las indicadas anteriormente, se aplican como pago excedente de otro seguro válido y cobrable, incluidos, con carácter meramente enunciativo, Otros Seguros de Gastos Médicos y seguros de viaje, disponibles para la Persona Asegurada en caso de producirse una pérdida cubierta en virtud de la Póliza. Si una Persona Asegurada recibe o tiene derecho a recibir prestaciones o servicios de cualquier otro seguro válido y cobrable por cualquier categoría de prestación correspondiente a una pérdida cubierta a la cual tiene derecho en virtud de la Póliza, esta prestación se aplicará al monto excedente de lo que cubra este otro seguro válido y cobrable.

Las prestaciones pagaderas se reducirán en la medida en que los gastos estén cubiertos por cualquier otro seguro válido y cobrable, independientemente de que se presente o no un reclamo por estas prestaciones. A los efectos de la Póliza, el derecho de una Persona Asegurada a otro seguro válido y cobrable se determinará como si la Póliza no existiera y no dependerá de que la Persona Asegurada o cualquier otra persona que actúe en su representación solicite oportunamente otro seguro válido y cobrable. Si el otro seguro válido y cobrable proporciona prestaciones con una cláusula de excedente, la compañía aseguradora o el plan de servicios cuya cobertura haya estado en vigencia durante más tiempo deberá pagar primero las prestaciones.

DERECHO DE REINTEGRO
(No se aplica a las prestaciones por Muerte Accidental y Desmembramiento o Incapacidad Permanente y Total)

Como condición para recibir prestaciones en virtud de la Póliza, más allá de las indicadas anteriormente, la Persona Asegurada (o, si ha fallecido, su representante autorizado) acepta, salvo que la legislación aplicable lo limite o lo prohíba:

1. reembolsar a la Compañía toda prestación pagada a la Persona Asegurada o en su nombre, en la medida en que esta prestación sea reintegrada, en cualquier forma, por acción de cualquier Tercero o en virtud de cualquier Cobertura; y
2. sin limitación de lo dicho anteriormente, acepta que, a los fines del reintegro de estas prestaciones pagadas a la Persona Asegurada o en su representación, la Compañía se subrogue en todos y cada uno de los reclamos, acciones legales o derechos que la Persona Asegurada pueda tener o presentar contra cualquier Tercero que haya agravado o pueda haber agravado o contribuido a agravar la Lesión o Afección por la que la Persona Asegurada reclama el derecho a recibir las prestaciones en virtud de la Póliza. Asimismo, la Persona Asegurada acepta que la Compañía se subrogue en todos los reclamos, acciones legales y derechos que la Persona Asegurada pueda tener contra toda Cobertura por la Lesión o Afección por la que la Persona Asegurada reclama un derecho a recibir las prestaciones en virtud de la Póliza.

La Persona Asegurada se compromete a tomar una decisión sobre la presentación de todos y cada uno de los reclamos, acciones legales y derechos contra todos y cada uno de los Terceros y respecto de la Cobertura dentro de los 30 (treinta) días posteriores a la fecha en que la Compañía requiera el envío de una Notificación de Reclamo por la lesión o afección por la cual se solicitan las prestaciones de la Póliza, y a comunicárselo a la Compañía por escrito dentro de ese plazo. En caso de que la Persona Asegurada decida no presentar un reclamo, acción legal ni derecho contra un Tercero o una Cobertura, o en caso de que no notifique a la Compañía su intención de hacerlo dentro de un plazo de 30 días, la Persona Asegurada autoriza a la Compañía a presentar, demandar, comprometer o resolver cualquier reclamo, acción legal o derecho en su nombre, autoriza a la Compañía a ejecutar todos y cada uno de los documentos necesarios para llevar adelante este reclamo, acción legal o derecho, y acuerda cooperar de forma plena con la Compañía en el impulso de estas acciones.

Si la Persona Asegurada es menor de edad o no tiene capacidad legal para celebrar este acuerdo, el tutor legal de sus bienes lo hará en su nombre como condición para recibir en su representación las prestaciones correspondientes en virtud de la Póliza. Si la Persona Asegurada no cuenta con un tutor legal de sus bienes, la persona o personas que, a juicio de la Compañía, hayan asumido la custodia y manutención de la persona menor de edad o bien la responsabilidad de los asuntos de la persona legalmente incapacitada, prestarán el acuerdo en nombre de la Persona Asegurada como condición para recibir las prestaciones en virtud de la Póliza y en nombre de la Persona Asegurada.

La Compañía no pagará ni será responsable, sin su consentimiento por escrito, de los honorarios o costos relacionados con la tramitación de un reclamo, acción legal o derecho en nombre de la Persona Asegurada contra cualquier Tercero o Cobertura. La Compañía no tendrá derecho al reintegro de las prestaciones pagadas a la Persona Asegurada o en su nombre hasta tanto la Persona Asegurada no haya sido completamente retribuida por la pérdida sufrida. Únicamente a los fines de la Cláusula del Derecho de Reintegro:

Cobertura abarca coberturas de conductor del vehículo sin culpa, coberturas de conductor del vehículo sin seguro, coberturas de conductor del vehículo con seguro insuficiente, o cualquier otro fondo o póliza de seguro (excepto la Póliza y cualquier fondo o póliza de seguro que le proporcione al Tomador de la Póliza cobertura para resolver cualquier reclamo, acción legal o derecho que la Persona Asegurada pueda presentar contra este).

Tercero(s) es cualquier persona, corporación u otra entidad (excepto la Persona Asegurada, el Tomador del Seguro y la Compañía).