

ANEXO I

EXCLUSIONES

Se detallan a continuación las exclusiones a la cobertura, aplicables a cada una de las coberturas de la PÓLIZA.

EXCLUSIONES:

Se encuentran excluidos de todas las coberturas que otorga la presente PÓLIZA, los hechos que sean consecuencia de:

- a)** Enfermedades originadas en CONDICIONES PREEXISTENTES al VIAJE del ASEGURADO y cualquiera de sus consecuencias, incluyendo secuelas, convalecencias y alteraciones durante tratamientos que no se encuentran todavía en una etapa consolidada. Esta exclusión no se aplica al beneficio de Repatriación Funeraria.
- b)** ACCIDENTES que sean resultado de la práctica de deportes extraordinarios y notablemente peligrosos, aún cuando sean practicados como pasatiempo, tales como polo, hockey, paperchase, steeplechase, andinismo, deportes aéreos, deportes de combate, exploración de cavernas, bungee-jump, buceo autónomo a más de 30 metros de profundidad o que necesite de descompresión, y la práctica o participación del ASEGURADO en competencias deportivas en hielo o nieve. Además no están cubiertas las prácticas en carácter de competencia de automovilismo, motociclismo y deportes náuticos motorizados, sea en calidad de conductor o pasajero, y el uso de snowmobile o vehículos similares.
- c)** Participación en cualquier equipo deportivo profesional o semiprofesional y cualquier deporte de combate o demostración de artes-marciales.
- d)** Suicidio, intento de suicidio o LESIÓN intencionalmente infringida por el ASEGURADO a sí mismo.
- e)** Enfermedades de transmisión sexual. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o la infección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV).
- f)** Embarazo o cualquier condición afín, incluyendo servicios y suministros con relación al diagnóstico y tratamiento de la infertilidad u otros problemas relacionados con la capacidad de concebir; control de natalidad, incluyendo intervenciones quirúrgicas y dispositivos a tal fin.
- g)** Estar bajo la influencia de drogas, alcohol u otras sustancias tóxicas, a menos que hayan sido prescritas por un MÉDICO y tomadas como fueron prescritas.
- h)** Participación en riñas o duelos.
- i)** Guerras civiles nacionales o extranjeras, motines, movimientos populares, represalias, restricciones a la libre circulación, huelgas (excepto por lo establecido para la cobertura de Retraso del Viaje), explosiones, emanación de calor o radiación provenientes de la transmutación desintegración de núcleo atómico, de radioactividad u otros casos de fuerza mayor que impidan la intervención de la ASEGURADORA.
- j)** Utilización de instrumentos de guerra y/o armas de fuego.
- k)** Prestación de servicios en las fuerzas armadas o unidades auxiliares de las mismas.
- l)** Secuestro e intento de secuestro.
- m)** Pérdidas, daños, costos o gastos de cualquier naturaleza, directa o indirectamente causados por, resultante de, o relacionados con cualquier acto de terrorismo, aun cuando exista cualquier otra causa o acontecimiento que contribuya al evento en forma concurrente o en cualquier otra secuencia. Para los efectos de la presente cláusula, un acto terrorista consiste en una conducta calificada como tal por la ley, así como el uso de fuerza o violencia o la amenaza de ésta, por parte de cualquier persona o grupo, motivado por causas políticas, religiosas, ideológicas o similares, con la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno o de atemorizar a la población o a cualquier segmento de la misma. Están excluidas también las pérdidas, daños, costos o gastos de cualquier naturaleza, directos o indirectos, originados en cualquier acción ejercida para controlar, evitar o suprimir actos de terrorismo o que se relacionen con éstos. Cuando los hechos en que se basa la exclusión de esta cláusula configuren un delito de cuya comisión están conociendo los Tribunales de Justicia, la ASEGURADORA no estará obligada a pagar ningún BENEFICIO por

SINIESTRO, mientras no exista un sobreseimiento judicial basado en que no ocurrieron los hechos constitutivos del delito de que se trata esta exclusión, o bien, en que no se encuentra justificada la perpetración de dicho delito.

n) El uso, la liberación o el escape de los materiales nucleares que directa o indirectamente resulte en una reacción nuclear, radiación o contaminación radiactiva. Además, están excluidas las consecuencias de dispersión, utilización o escape de materiales biológicos y químicos patogénicos o venenosos. Sin embargo, lo mencionado anteriormente se aplica solamente si 50 o más personas resultan muertas o sufren lesión física seria, dentro del plazo de 90 días de la ocurrencia del incidente y que cause la muerte o lesión física seria. Para los propósitos de esta disposición, lesión física seria significa: (a) Lesión física que implica un

riesgo substancial de la muerte; o (b) desfiguración física prolongada y obvia; o (c) pérdida prolongada o debilitación de la función de un miembro corporal u órgano.

o) La operación o aprendizaje para operar cualquier aeronave o el desempeño de actividades como miembro de la tripulación de la misma.

p) Esta póliza no cubre ninguna pérdida, lesión, daño o responsabilidad civil, beneficios o servicios que se genere directa o indirectamente por un viaje a, para, o a través de Afganistán, Cuba, República Democrática del Congo, Irán, Irak, Liberia, Sudan o Siria.

q) Esta póliza no cubre ninguna pérdida, lesión, daño o responsabilidad civil, servicios o beneficios relacionados que sufra directa o indirectamente cualquier terrorista o miembro de alguna organización terrorista, traficante de narcóticos o proveedor de armamento nuclear, químico o biológico.

CLÁUSULA DE COBRANZA DEL PREMIO

CAPÍTULO I

Artículo 1°

El premio de este seguro debe pagarse:

Al contado en la fecha de iniciación de su vigencia o, en caso de así convenirse, deberá ser satisfecho en la cantidad de cuotas mensuales y consecutivas establecidas en la póliza y también en la factura que forma parte integrante de la póliza.

En caso que el pago del premio se convenga en cuotas, la vigencia del seguro sólo tendrá lugar a partir de la hora cero del día siguiente del pago inicial (pago contado parcial), el que no podrá ser inferior al total del impuesto al valor agregado correspondiente al contrato. (Texto conforme Resolución Superintendencia de Seguros de la Nación N° 21.600).

Sin embargo, el premio no será exigible sino contra entrega de la póliza o certificado de cobertura (Art. 30 - Ley 17.418).

Se entiende por premio la prima más los impuestos, tasas, gravámenes y todo otro recargo adicional a la misma.

Artículo 2°

2.1. La cobertura que otorga la póliza quedará automáticamente suspendida cuando:

Vencido cualquiera de los plazos para el pago del premio exigible, éste no fue realizado en término, o por cualquier causa imputable al Asegurado, no se pudiera efectuar el cobro del premio a través de la tarjeta de crédito o compra declarada por el Asegurado para abonar el premio, y tal pago no fue hecho por el Asegurado en término, o por cualquier causa imputable al Asegurado (ej. falta de fondos suficientes), no se pudiera efectuar el cobro del premio en término a través de la cuenta corriente o de la caja de ahorro declarada por el Asegurado para tal fin.

2.2. Tal suspensión de cobertura se iniciará en todos los casos previstos precedentemente a partir de la hora 24 del día del vencimiento para el pago del premio exigible.

2.3. El Asegurado quedará constituido en mora en forma automática, por el simple vencimiento del plazo, sin necesidad de interpelación extrajudicial o judicial alguna. Sin embargo, el premio correspondiente al período de cobertura suspendida quedará a favor del Asegurador como penalidad (Art. 652 del Código Civil).

2.4. Toda rehabilitación de la cobertura suspendida por falta de pago en término surtirá

efecto desde la hora cero (0) del día siguiente a aquel en que la Aseguradora reciba el pago total del importe o importes vencidos. Queda entendido y convenido que la rehabilitación de la cobertura antes mencionada regirá solamente para el futuro, pero no purgará la suspensión anterior de la misma derivada de la falta de pago del premio en el término convenido.

2.5. Transcurridos 60 días corridos desde que se suspendió la cobertura por falta de pago sin que el Asegurado la haya pagado y rehabilitado la misma, el contrato de seguro quedará automáticamente resuelto de pleno derecho por el simple vencimiento del plazo y sin necesidad de interpelación extrajudicial o judicial alguna; en este caso el Asegurador tendrá derecho, como penalidad, al cobro íntegro de la prima correspondiente al período de cobertura suspendida, hasta el momento de la resolución, (conforme Arts. 652 y 1204 del Código Civil).

2.6. La gestión de cobro extrajudicial o judicial del premio o saldo adeudado, no modificará la suspensión de la cobertura o la resolución del contrato conforme a lo estipulado precedentemente.

CAPÍTULO II

DISPOSICIONES APLICABLES A LA PRESENTE CLÁUSULA DE COBRANZA DE PREMIOS SEGÚN LO ESTABLECIDO POR LAS RESOLUCIONES N° 429/2000, 90/2001 Y 407/2001 DEL MINISTERIO DE ECONOMÍA DE LA NACIÓN.

De acuerdo con lo establecido en el artículo 1° de la Resolución del Ministerio de Economía N° 407/2001 que modificó las Resoluciones del Ministerio de Economía N° 429/2000 y N° 90/2001, los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes:

- Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN.
- Entidades financieras sometidas al régimen de la Ley N° 21.526.
- Tarjetas de crédito, débito o compras emitidas en el marco de la Ley N° 25.065.
- Medios electrónicos de cobro habilitados previamente por la SUPERINTENDENCIA

Artículo 3°

Las disposiciones de la presente Cláusula son también aplicables a los premios de los seguros de período menor de 1 (un) año, y a los adicionales por endosos o suplementos de la póliza. En este caso, el plazo de pago no podrá exceder el plazo de la vigencia, disminuido en 30 (treinta) días.

Artículo 4°

Cuando la prima quede sujeta a liquidación definitiva sobre la base de las declaraciones que deba efectuar el Asegurado, el premio adicional deberá ser abonado dentro de los 2 (dos) meses desde el vencimiento del contrato.

Artículo 5°

Queda entendido y convenido que los créditos recíprocos, líquidos y exigibles que existan pendientes o que se generen por cualquier concepto, vinculados o no con este contrato de seguro u otros celebrados por las partes, se compensarán de pleno derecho hasta la concurrencia del o de los montos menores, (Art. 818 del Código Civil).

DE SEGUROS DE LA NACION a cada entidad de seguros, los que deberán funcionar en sus domicilios, puntos de venta o cobranza. En este caso, el pago deberá ser realizado mediante alguna de las siguientes formas: efectivo en moneda de curso legal, cheque cancelatorio Ley N° 25.345 o cheque no a la orden librado por el asegurado o tomador a favor de la entidad aseguradora.

Cuando la percepción de premios se materialice a través del SISTEMA UNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el referido artículo 1° de la Resolución del Ministerio de Economía N° 407/2001.

Los productores asesores de seguros Ley N° 22.400 deberán ingresar el producido de la cobranza de premios a través de los medios detallados en el artículo 1° de la Resolución del Ministerio de Economía N° 407/2001. ADVERTENCIA: Los únicos sistemas habilitados para cancelar premios son los arriba enunciados de acuerdo con el artículo 1° de

la Resolución del Ministerio de Economía N° 407/2001 que modificó la Resoluciones

CAPÍTULO II

INSTRUCCIONES PARA REALIZAR EL PAGO DEL PREMIO DE SU PÓLIZA.

DEBITO DIRECTO:

- Mediante débito directo en el banco de su preferencia. Su productor/asesor le proveerá los formularios pertinentes.
- Mediante cajeros automáticos de la red BANELCO o por Internet en www.pagomiscuentas.com.

TARJETAS DE CREDITO:

Mediante débito automático en las siguientes tarjetas de crédito:

- VISA
- MASTERCARD
- AMERICAN EXPRESS
- DINERS
- PROVENCREC
- CABAL
- CREDENCIAL

CLÁUSULA 70

CLÁUSULA DE MONEDA EXTRANJERA

1) El pago de la prima debida por el Asegurado, como así también el pago de las eventuales indemnizaciones que puedan resultar a cargo del Asegurador en caso de siniestro, deberán ser efectuados en la moneda extranjera que se estipula en el Frente de Póliza.

2) Sin perjuicio de ello, en aquellos casos en que ambas partes acuerden la cancelación de las obligaciones por el monto equivalente en moneda de curso legal, se procederá de la siguiente manera:

- El pago de las primas se realizará en moneda de curso legal y se considerará el tipo de cambio vendedor de cierre del Banco de la Nación Argentina del día de acreditación del pago, para establecer el monto cancelado expresado en moneda extranjera.
- Si las fluctuaciones del mencionado tipo de cambio generaran una diferencia entre el importe abonado en moneda extranjera

del Ministerio de Economía N° 429/00 y N° 90/2001.

• TARJETA NARANJA

Su productor/asesor le proveerá los formularios pertinentes.

BOLETA DE CODIGO DE BARRAS:

Utilizando la boleta de código de barras que se incluye con la póliza, Ud. podrá cancelar su premio:

- En efectivo en cualquier sucursal de RAPIPAGO, UNIPAGO, PAGO FACIL o RIPS.A.
- En efectivo o cheque de la misma plaza a nombre de La Meridional o del Citibank en cualquier sucursal del CITIBANK.
- En efectivo o cheque de la misma plaza a nombre del Banco Nación en cualquier sucursal del BANCO NACION.
- En efectivo o cheque del mismo banco y de la misma plaza a nombre del Nuevo Banco de Santa Fe S.A. en cualquier sucursal del BANCO de SANTA FE

y el monto de primas en moneda extranjera emitido por el Asegurador, dicha diferencia será incluida en la facturación del período siguiente.

• De similar forma, el pago de los siniestros cubiertos por la presente póliza, se realizará en moneda de curso legal, considerando para la conversión, el tipo de cambio vendedor de cierre del Banco de la Nación Argentina del día hábil anterior a la fecha de pago de la prestación.

3) Cuando como consecuencia de cualquier disposición de la autoridad nacional se restringiera la obtención de la moneda extranjera estipulada en el Frente de Póliza, o de otro modo se impidiera a las partes cumplir con sus obligaciones en tal moneda extranjera, dichas obligaciones se convertirán a moneda nacional de acuerdo a la cotización de aquella en el Mercado de Nueva York, en el día hábil inmediato anterior al del correspon-

diente pago. No disponiéndose de esta cotización, se utilizará, en igual forma y en este orden, la correspondiente a los Mercados de Montevideo, Londres, Zurich, Frankfurt o Tokio.

SEGURO DE VIAJES INTERNACIONAL CONDICIONES GENERALES (SVICG)

1) OBJETO DEL SEGURO.

Por la presente PÓLIZA, la ASEGURADORA se obliga a prestar al (los) ASEGURADO(S) individualizado(s) en el respectivo CERTIFICADO, las coberturas que se expresan en esta PÓLIZA, sujeto a los límites que se consignan en cada caso, obligándose por su parte el CONTRATANTE a pagar el premio convenido. El ASEGURADO estará facultado, previa consulta y aprobación por parte de la ASEGURADORA, a contratar por su cuenta y riesgo los servicios correspondientes, solicitando luego el reembolso respectivo a la ASEGURADORA, siempre sujeto a los límites establecidos en cada caso.

Sólo en casos de emergencia debidamente justificados el ASEGURADO podrá contratar los servicios necesarios sin autorización previa de la ASEGURADORA.

2) DEFINICIONES GENERALES

A los fines de la presente PÓLIZA los términos que se indican a continuación tendrán exclusivamente los siguientes significados y alcances:

ACCIDENTE:

Es el evento externo, súbito, involuntario y violento, cuya fecha de ocurrencia se encuentra perfectamente determinada y que ha sido la causa directa de una LESIÓN física.

Se incluyen en el concepto de accidente las LESIONES derivadas de la acción de la temperatura ambiente o influencia atmosférica a que se encuentra sujeto el ASEGURADO, como consecuencia del accidente.

No se incluye en el concepto de accidente:

- Las enfermedades (incluso las profesionales), cualquiera que sean sus causas, salvo

4) Lo previsto precedentemente en esta cláusula será también de aplicación, en cuanto corresponda, a los efectos de determinar las sumas aseguradas y los deducibles establecidos en la póliza.

las que sean provocadas o desencadenadas en forma directa por ACCIDENTE.

- Las complicaciones que sean consecuencia de la realización de exámenes, tratamientos clínicos o quirúrgicos, cuando no han derivado de un accidente cubierto.
- Escape accidental de gases y vapores.

ASALTO:

Es la sustracción (o su tentativa) de una cosa mueble ajena con ánimo de apropiársela, mediante la intimidación o violencia en las personas dueñas o tenedoras de esas especies sustraídas y que le cause al ASEGURADO una LESIÓN corporal, de la cual resulte su fallecimiento o invalidez con carácter permanente.

ASEGURADO(S):

Son las personas que figuran como tales en el respectivo CERTIFICADO y a quienes resultan aplicables las coberturas detalladas en la presente PÓLIZA.

ASEGURADORA:

La Meridional Compañía Argentina de Seguros S.A., responsable de otorgar cobertura bajo el presente SEGURO DE VIAJES INTERNACIONAL al ASEGURADO.

BENEFICIO:

Es la prestación, indemnización o reembolso a la que el ASEGURADO –o sus beneficiarios, según el caso- accederá en caso de ocurrencia de alguno de los hechos cubiertos por la presente PÓLIZA, en un todo de acuerdo con las condiciones del PLAN CONTRATADO.

CENTRAL DE ASISTENCIA:

Es el centro de atención telefónica que pone a disposición la ASEGURADORA para la atención de los llamados del ASEGURADO en caso de SINIESTRO o de la necesidad de solicitar alguno de los BENEFICIOS establecidos

en la presente PÓLIZA, cuyo(s) número(s) de teléfono será(n) indicado(s) en el respectivo CERTIFICADO.

CERTIFICADO:

Es el documento entregado a los ASEGURADOS, donde constan los detalles de la cobertura individual otorgada a cada uno de ellos bajo la presente PÓLIZA, de acuerdo al PLAN CONTRATADO.

COMPAÑERO DE VIAJE:

Comprende una o más personas que hayan efectuado reserva para acompañar al ASEGURADO en el VIAJE, que viajen en la misma fecha y vuelo que el ASEGURADO y cuyos pasajes hayan sido adquiridos simultáneamente.

CONDICION PREEXISTENTE:

Es la condición por la cual el ASEGURADO recibió o le fue recomendado cuidado, tratamiento o asesoramiento de un MÉDICO, o la existencia de antecedentes médico-hospitalarios, síntomas, señales o alteraciones perceptibles en el estado de salud, o exámenes de diagnóstico comprobatorios, dentro del plazo de dos años anteriores a la ocurrencia del SINIESTRO, o bien, una condición por la cual fue requerida la hospitalización o cirugía del ASEGURADO dentro del plazo de cinco años anteriores a la ocurrencia del SINIESTRO.

La CONDICIÓN PREEXISTENTE podrá ser verificada por la ASEGURADORA por todos los medios disponibles, incluyendo historias clínicas y/o legajos médicos-hospitalarios en consultorios, clínicas, laboratorios, HOSPITALES o por medio de examen médico u otro, para lo cual el ASEGURADO se compromete por medio de la presente a facilitar el acceso de la ASEGURADORA a la referida documentación.

CONTRATANTE:

Es la persona física o jurídica que haya contratado el SEGURO DE VIAJES INTERNACIONAL y que se haga responsable por el pago del mismo.

En caso de tratarse de un seguro colectivo, deberá poseer un vínculo previo con las personas asegurables distinto al de la suscripción del presente seguro.

CONTRATOS DE VIAJE:

Son los convenios o contratos celebrados por el ASEGURADO o CONTRATANTE con el objeto de que el Asegurado realice un viaje, tour o crucero a un país extranjero, ya sea que dicho VIAJE sea organizado por un operador de turismo, agente de viajes o línea de cruceros o bien directamente por el propio ASEGURADO o CONTRATANTE, y que se encuentra protegido por la presente PÓLIZA.

ESTABLECIMIENTO HOSPITALARIO (U HOSPITAL):

Es un lugar que:

- a) Cuenta con habilitación vigente, otorgada por la autoridad competente.
 - b) Está dedicado especialmente al cuidado y tratamiento de personas enfermas o lesionadas.
 - c) Cuenta con un cuerpo de uno o más MÉDICOS disponibles en forma permanente.
 - d) Presta servicios de enfermería las 24 horas del día y cuenta al menos con un profesional de enfermería matriculado, de guardia en forma permanente.
 - e) Cuenta con instalaciones organizadas para diagnóstico y cirugía, ya sea en el mismo lugar o en otras instalaciones disponibles del HOSPITAL, previamente acordadas.
- No son HOSPITALES los establecimientos geriátricos, de descanso o de convalecencia para personas de edad, ni un establecimiento operado como un centro de tratamiento para drogas y/o alcohol.

ENFERMEDAD DE CARÁCTER SÚBITO:

Es el evento de carácter mórbido, de causa no accidental, que sea contraído por el ASEGURADO o se manifieste por primera vez durante el VIAJE y que requiera tratamiento terapéutico por parte de un MÉDICO y no corresponda a una CONDICIÓN PREEXISTENTE.

EQUIPAJE:

Para los efectos de esta PÓLIZA, será considerado equipaje todo bulto acondicionado en compartimiento cerrado, despachado comprobadamente bajo responsabilidad del TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO.

FECHA DE LLEGADA:

Es la fecha que el ASEGURADO originalmente programó como regreso de su VIAJE y que está especificada en el respectivo CERTIFICADO.

FECHA DE SALIDA:

Es la fecha que el ASEGURADO originalmente programó como inicio de su VIAJE y que está especificada en el respectivo CERTIFICADO.

LESIÓN:

Es un daño corporal causado exclusivamente por ACCIDENTE, ocurrido durante el VIAJE.

MÉDICAMENTE NECESARIO:

Dícese de la recomendación hecha por el MÉDICO cuando ella es:

- Consistente con los síntomas, diagnóstico y tratamiento de la condición del ASEGURADO;
- Apropiaada en relación con las reglas de la buena práctica médica.

MÉDICO:

Es un profesional habilitado para practicar la medicina dentro del ámbito de su especialidad. No será considerado como MÉDICO:

- El ASEGURADO
- Su cónyuge
- Una persona que sea MIEMBRO DE LA FAMILIA del ASEGURADO o de su cónyuge, aún cuando se encuentre habilitado para ejercer la práctica de la medicina y cualquiera sea su lugar de residencia.

MIEMBRO DE LA FAMILIA:

Respecto de la persona a la que se haga referencia, significa su cónyuge o conviviente en aparente matrimonio tal como se defina en las disposiciones legales vigentes, sus hijos, hijastros, sus padres, padrastros, suegros, hermanos, hermanastros, cuñados, yernos, abuelos, nietos, nueras, menores bajo su tutela, tíos o sobrinos, siempre y cuando residan en el mismo país del ASEGURADO.

MONTO MÁXIMO ASEGURADO:

Es el monto máximo que asume la ASEGURADORA en virtud de la presente PÓLIZA por cada ASEGURADO según el PLAN CONTRATADO, de acuerdo a lo indicado en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS. Este monto máximo resulta aplicable a todos los SINIESTROS amparados bajo un mismo CERTIFICADO durante la vigencia del mismo, ya sea originados en uno o más eventos. El referido MONTO MÁXIMO ASEGURADO resultará aplicable exclusivamente para las coberturas que así lo contemplan expresa-

mente en la Cláusula 3 siguiente.

PLAN CONTRATADO:

Consiste en la combinación de coberturas, BENEFICIOS, SUMAS ASEGURADAS y límites contratados por el ASEGURADO, descritos en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS y que se encuentra definido en el respectivo CERTIFICADO.

PÓLIZA:

Es el presente contrato de SEGURO DE VIAJES INTERNACIONAL.

El presente documento, PÓLIZA o sus modificaciones y documentación anexa, conforman el SEGURO DE VIAJES INTERNACIONAL.

SINIESTRO:

Es la ocurrencia de un evento cubierto bajo la presente PÓLIZA y del cual resulta el derecho del ASEGURADO a obtener el BENEFICIO previsto, de acuerdo a los términos y condiciones de esta PÓLIZA.

SUMA ASEGURADA:

Es el monto máximo a cargo de la ASEGURADORA establecido por cada SINIESTRO y para cada persona y cobertura incluida en la LISTA DE COBERTURAS Y BENEFICIOS, de acuerdo al PLAN CONTRATADO por el ASEGURADO.

TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO:

Es cualquier medio de transporte de pasajeros a título oneroso por tierra, agua o aire, con recorrido fijo, operado con habilitación válida y en un todo de acuerdo a las disposiciones legales o reglamentarias aplicables. No están contemplados en la presente definición y por tanto quedan excluidos, los taxis, vehículos rentados, servicios de traslado de hotel o estacionamiento y cualquier otro medio de transporte privado de pasajeros.

VIAJE:

Es la salida del ASEGURADO de su país de residencia, con el fin de efectuar una visita, tour o crucero a un país extranjero, ya sea organizado a través de un operador de turismo, agente de viajes o línea de cruceros o bien directamente por el propio ASEGURADO o CONTRATANTE, y que se encuentra protegido por la presente PÓLIZA, comprendido entre las FECHAS de SALIDA y LLEGADA especificadas en el CERTIFICADO.

3) VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y DE LA COBERTURA INDIVIDUAL

3.1) La vigencia de la presente PÓLIZA es la indicada en las Condiciones Particulares, las que forman parte de la presente PÓLIZA.

3.2) El inicio de la vigencia de la cobertura individual del SEGURO DE VIAJES INTERNACIONAL en cada viaje, será a partir del paso del ASEGURADO por la Policía Internacional en el lugar de embarque y en todo caso no antes de la fecha de inicio del VIAJE indicada en el CERTIFICADO, si ésta es posterior a la fecha de embarque.

3.3) La protección termina en cualquiera de las siguientes fechas, pero siempre la que ocurra primero.

a) En la FECHA DE LLEGADA aún si ésta es anterior a la que estaba originalmente prevista. Se considerará como FECHA DE LLEGADA la del momento del paso de regreso por la Policía Internacional.

b) Al final de la vigencia del CERTIFICADO.

c) Al final del plazo de vigencia de la PÓLIZA

3.4) Específicamente en el caso de la cobertura de Cancelación del Viaje, el inicio será en la fecha de emisión del CERTIFICADO, siendo su término la FECHA DE SALIDA del VIAJE.

3.5) EXTENSIÓN DE COBERTURA.

La duración de la cobertura se extenderá en caso que el retorno del ASEGURADO sea demorado por circunstancias imprevistas y fuera de su control. Si la cobertura se extiende por esta razón, la cobertura terminará cuando el ASEGURADO llegue a su destino original.

4) PÉRDIDA DEL DERECHO AL BENEFICIO

El ASEGURADO o su(s) beneficiario(s) perderán el derecho a cualquier BENEFICIO en los siguientes casos:

a) Inobservancia a las condiciones de la PÓLIZA;

b) Al ser constatado o comprobado que el ASEGURADO o sus beneficiarios actuaron con engaño, fraude, simulación o culpa grave en la celebración de la PÓLIZA o para obtener o mejorar el monto de los BENEFICIOS.

5) CÓMO PROCEDER EN CASO DE SINIESTRO

5.1) EN TODOS LOS CASOS

5.1.1) CONTACTARSE en primera instancia con la CENTRAL DE ASISTENCIA del SEGURO DE VIAJES INTERNACIONAL.

Dándose la necesidad de utilizar alguna de las coberturas que otorga la presente PÓLIZA, el ASEGURADO tendrá que contactarse con la CENTRAL DE ASISTENCIA de la ASEGURADORA, mediante el número de teléfono que se indica en el CERTIFICADO.

En esta llamada el ASEGURADO deberá informar:

- Su nombre y el número de PÓLIZA y CERTIFICADO;
- El lugar y el teléfono donde se encuentra;
- El problema y el tipo de información o ayuda necesarios.

La CENTRAL DE ASISTENCIA intentará dar solución inmediata a la necesidad planteada por el ASEGURADO, siempre que la misma se encuentre bajo los alcances de la presente PÓLIZA. En los casos en los que no se pueda otorgar una solución a la cuestión planteada o que la misma no pueda ser resuelta con la rapidez que la situación requiera, el ASEGURADO podrá requerir a un tercero el servicio necesario, reembolsándosele luego el gasto incurrido, en la medida que el mismo responda a la cobertura contratada, tal como se indica más adelante en 6.4.

5.1.2) En los casos de Muerte Accidental, Incapacidad Permanente por Accidente o solicitud de reembolso de gastos cubiertos, el ASEGURADO o los beneficiarios comunicarán a la ASEGURADORA el acaecimiento del SINIESTRO dentro de los tres (3) días de conocerlo, bajo pena de perder el derecho a ser indemnizado, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

5.1.3) El ASEGURADO o los beneficiarios estarán obligados a suministrar a la ASEGURADORA, a su pedido, la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión del BENEFICIO, la prueba instrumental en cuanto sea razonable que la suministren, constancias de intervención policial o diligencias

judiciales si correspondiera, y a permitirle a la ASEGURADORA las indagaciones necesarias a tales fines.

5.1.4) Toda la documentación debe ser entregada en original, salvo indicación en contrario, y estar acompañada del Formulario de Denuncia de Siniestros de la ASEGURADORA debidamente cumplimentado.

5.1.5) A partir del cumplimiento de todas las exigencias establecidas en esta Cláusula 11 por parte del ASEGURADO, la ASEGURADORA tiene un plazo de 30 (treinta) días para pronunciarse acerca del derecho del ASEGURADO para acceder al BENEFICIO.

Una vez vencido el plazo fijado precedentemente para que la ASEGURADORA se pronuncie acerca del derecho del ASEGURADO, el BENEFICIO se pagará dentro de los quince (15) días de fijado el monto de la indemnización o de la aceptación de la indemnización ofrecida.

En el caso de las coberturas de Muerte Accidental e Incapacidad Permanente por Accidente, el pago del BENEFICIO se hará dentro de los 15 días de notificado el SINIESTRO o de cumplidos los requisitos a que se refiere esta cláusula 11, el que sea posterior.

5.2) EN CASO DE MUERTE ACCIDENTAL

Los beneficiarios tendrán que presentar los siguientes documentos:

- Copia legalizada de la partida de defunción del ASEGURADO.
- Certificado médico detallando las causas del fallecimiento.
- Cuando los beneficiarios fueran los herederos, testimonio de la Declaratoria de Herederos dictada por el juez competente.

La ASEGURADORA se reserva el derecho de exigir la autopsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas del fallecimiento, debiendo los beneficiarios prestar su conformidad y colaboración para la obtención de las correspondientes autorizaciones. La autopsia o la exhumación deberá efectuarse con citación de los beneficiarios, quienes podrán designar un MÉDICO para que los represente. Los gastos de la autopsia o de la exhumación serán a cargo de la ASEGURADORA, salvo los derivados del representante MÉDICO designado por los beneficiarios.

5.3) EN CASO DE INCAPACIDAD PERMANENTE – TOTAL O PARCIAL POR ACCIDENTE

Desde el momento de hacerse aparentes las lesiones, el accidentado deberá someterse, a su cargo, a un tratamiento médico racional y seguir las indicaciones del facultativo que le asiste; deberá enviarse a la ASEGURADORA un certificado del MÉDICO que atiende al lesionado expresando la causa y naturaleza de las lesiones sufridas por el ASEGURADO, sus consecuencias conocidas o presuntas, y la constancia de que se encuentra sometido a un tratamiento médico racional. El ASEGURADO remitirá a la ASEGURADORA las certificaciones médicas que informen sobre la evolución de las lesiones y actualicen el pronóstico de curación, cuando le sea requerido por la ASEGURADORA, con una frecuencia no inferior a quince (15) días. Asimismo, el ASEGURADO deberá someterse a hasta tres (3) exámenes médicos que la ASEGURADORA solicite, siendo el costo de estos exámenes a cargo de la ASEGURADORA.

Para obtener el BENEFICIO previsto en esta cobertura, además de lo estipulado precedentemente, se deberá presentar la documentación pertinente que incluya el alta y los certificados que acrediten el grado de incapacidad permanente.

5.4) EN CASO DE REQUERIR EL REEMBOLSO DE GASTOS

5.4.1) En caso de ASISTENCIA MÉDICA, ASISTENCIA ODONTOLÓGICA o EVACUACIÓN MÉDICA de EMERGENCIA:

El ASEGURADO tendrá que presentar los siguientes documentos:

- Certificado extendido por el MÉDICO donde se detalle el tratamiento recibido y el respectivo diagnóstico médico.
- Comprobante de pago original respecto del cual se solicita el reembolso.

Importante: La ASEGURADORA tendrá el derecho a someter al ASEGURADO a hasta tres (3) exámenes médicos, con costo a su cargo, mientras el BENEFICIO o parte de él se halle pendiente de pago.

5.4.2) EN CASO DE RETRASO DEL VIAJE:

El ASEGURADO tendrá que presentar los siguientes documentos:

- Copia del pasaje aéreo y tarjeta de embarque
- Comprobantes originales de los gastos de alimentación y alojamiento respecto de los cuales se solicita el reembolso.
- Declaración de la compañía aérea respecto del atraso.

5.4.3) En caso de MEDICAMENTOS:

El ASEGURADO tendrá que presentar los siguientes documentos:

- Certificado extendido por el MÉDICO donde se detalle el tratamiento recibido y el respectivo diagnóstico y receta médica.
- Boleta original de la compra del medicamento en el extranjero, respecto de la cual se solicita el reembolso.

5.4.4) En caso de PÉRDIDA DEL EQUIPAJE:

El ASEGURADO tendrá que presentar los siguientes documentos:

- Informe comprobante de la pérdida emitido por el TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO responsable (PIR-Property Irregularity Report) o su equivalente, que señale el peso en kilogramos del EQUIPAJE extraviado, o la declaración por ítem contenido en el EQUIPAJE, para la estimación de los kilos aproximados contenidos.
- Ticket original del embarque del EQUIPAJE.
- Recibo de indemnización emitido por el TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO.

5.4.5) EN CASO DE COMPENSACIÓN POR DEMORA DE EQUIPAJE:

El ASEGURADO tendrá que presentar los siguientes documentos:

- Comprobantes originales de gastos por compras de efectos personales.
- Informe comprobante de la pérdida o demora emitido por el TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO responsable (PIR-Property Irregularity Report).
- Ticket original de embarque del EQUIPAJE.
- Recibo de indemnización emitido por el TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO.

5.4.6) EN CASO DE CANCELACIÓN / INTERRUPTIÓN DEL VIAJE:

La ASEGURADORA podrá requerir lo siguiente

- La declaración del ASEGURADO si el gasto cuya devolución se solicita estaba cubierto por otros contratos de asistencia, seguros,

sistemas, asistencias o instituciones que otorguen beneficios de Cancelación y/o Interrupción del Viaje y al cual pertenezca el ASEGURADO.

- La entrega a la ASEGURADORA de los originales extendidos a nombre del ASEGURADO de los recibos, boletas y facturas cuando corresponda, copia de los CONTRATOS DE VIAJE, pasajes, vouchers de hotelería u otros documentos que acrediten el gasto incurrido y su cancelación o interrupción; como asimismo, en su caso, los que acrediten el pago o el reembolso de una parte de ellos, por las instituciones o entidades referidas en el inciso anterior.

- Carta explicativa con las razones de la cancelación y/o interrupción y el resultado que obtuvo junto a la empresa con la cual el ASEGURADO celebró el CONTRATO DE VIAJE, en la devolución de los valores pagados o adeudados.

- Documentos médicos que acrediten la identidad del ASEGURADO, COMPAÑERO DE VIAJE o MIEMBRO DE LA FAMILIA de alguno de los dos, en donde se demuestre la veracidad de la ENFERMEDAD DE CARÁCTER SÚBITO o ACCIDENTE que diera lugar a la cancelación o interrupción del VIAJE.

- En caso de fallecimiento de un MIEMBRO DE LA FAMILIA, el certificado de defunción correspondiente, y en caso de fallecimiento del ASEGURADO o COMPAÑERO DE VIAJE se registrarán por el procedimiento para la cobertura de MUERTE ACCIDENTAL.

- Denuncia policial del robo del lugar de residencia o domicilio y/o reporte de bomberos en caso de incendio.

5.4.7) EN CASO DE RECUPERACIÓN EN HOTEL - CONVALENCIA:

El ASEGURADO tendrá que presentar los siguientes documentos:

- Certificado extendido por el MÉDICO donde se detalle el tratamiento recibido y el respectivo diagnóstico y prescripción médica de la convalecencia.

- Originales extendidos a nombre del ASEGURADO de los recibos, boletas y facturas que acrediten el gasto incurrido en hotel, con el detalle de la cantidad de días de hospedaje y el costo diario respectivo.

5.4.8) EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN PROLONGADA:

El ASEGURADO tendrá que presentar los si-

guientes documentos:

- Certificado extendido por el MÉDICO donde se detalle el tratamiento recibido y el respectivo diagnóstico y prescripción médica de la internación.

- Originales extendidos a nombre del acompañante designado de los recibos, boletas y facturas que acrediten el gasto incurrido en hotel, con el detalle de la cantidad de días de hospedaje y el costo diario respectivo.

- Copia del pasaje de ida y vuelta a nombre del acompañante designado.

5.4.9) EN CASO DE REPATRIACIÓN FUNERARIA:

Además de cumplir con el procedimiento establecido para la cobertura de Muerte Accidental, los beneficiarios tendrán que presentar los siguientes documentos:

- Originales de los recibos, boletas y facturas que acrediten el gasto incurrido con motivo de la repatriación de los restos mortales del ASEGURADO.

5.4.10) EN CASO DE REGRESO DE COMPAÑEROS DE VIAJE O RETORNO DE MENORES:

Además de cumplir con el procedimiento establecido para la cobertura de Interrupción del Viaje, el ASEGURADO tendrá que presentar los siguientes documentos:

- Copia del pasaje de vuelta a nombre del COMPAÑERO DE VIAJE o de ida y vuelta a nombre del acompañante designado para el o los menores.

- En caso que la interrupción del VIAJE se hubiera producido como consecuencia del fallecimiento del ASEGURADO, se deberá cumplir además con el procedimiento establecido para la cobertura de Muerte Accidental.

5.4.11) EN CASO DE PAGO DE FIANZAS U HONORARIOS LEGALES:

El ASEGURADO tendrá que presentar los siguientes documentos:

- Copia de la denuncia policial del ACCIDENTE que originara la necesidad de contratar asesoramiento legal por parte del ASEGURADO.

- Copia de las actuaciones judiciales, en caso de corresponder, que hubieran dado lugar al pago de la fianza o a la necesidad de contratar asesoramiento o defensa legal.

- Originales extendidos a nombre del ASEGURADO de la fianza abonada o de los recibos, boletas y facturas extendidos por el o los abogados que lo hubieran representado, de

donde surja claramente el detalle de los conceptos facturados.

6) PRESTACIONES O SERVICIOS NO CUBIERTOS

El ASEGURADO será responsable por el costo de los servicios coordinados por la ASEGURADORA que no tengan cobertura de acuerdo a esta PÓLIZA.

En el caso en que la ASEGURADORA preste o abone servicios no protegidos por esta PÓLIZA, se reserva el derecho de recuperar esos importes del ASEGURADO.

7) EXISTENCIA DE UN SEGURO O CONTRATO DE ASISTENCIA TOMADO POR EL ASEGURADO

La protección que otorga esta PÓLIZA es por la diferencia no cubierta por cualquier seguro, cobertura de riesgos del trabajo, medicina prepaga, obra social u otro CONTRATO de asistencia válido tomado por el ASEGURADO, sin perjuicio de lo que las partes puedan libremente convenir.

8) SUBROGACIÓN

Por el pago de los BENEFICIOS pactados en esta PÓLIZA, la ASEGURADORA se subroga en la totalidad de las acciones y derechos que el ASEGURADO tenga en contra de los terceros que resulten responsables por daños causados a su persona o a bienes protegidos por esta PÓLIZA, quedando limitada la subrogación al monto de dichos pagos.

Por consiguiente, el ASEGURADO renuncia a liberar de responsabilidad a terceros responsables de daños en su persona y patrimonio por aquellos hechos protegidos bajo esta PÓLIZA y pagados por la ASEGURADORA.

En el evento que la ASEGURADORA reciba una suma superior a la efectivamente desembolsada por concepto de indemnización y otros gastos, restituirá la diferencia al ASEGURADO.

La ASEGURADORA no puede valerse de la subrogación en perjuicio del ASEGURADO. La subrogación mencionada no resulta aplicable en las coberturas de los puntos 3.1 a 3.9 de esta PÓLIZA.

9) VALUACIÓN POR PERITOS

Si no hubiera acuerdo entre la ASEGURADORA y el ASEGURADO y/o beneficiario – en su caso–, en cuanto a la valuación de los BENEFICIOS derivados de un ACCIDENTE o ENFERMEDAD DE CARÁCTER SUBITO previstos en las coberturas consignadas en las cláusulas 3.2, 3.3, 3.4, 3.5 y 3.8 de esta PÓLIZA, tal valuación será determinada por dos MÉDICOS designados uno por cada parte, los que deberán elegir dentro de los 8 días de su designación, a un tercer facultativo para el caso de divergencia.

Los MÉDICOS designados por las partes deberán presentar su informe dentro de los 30 días y en caso de divergencia el tercer facultativo deberá expedirse dentro del plazo de 15 días.

Si una de las partes omitiese designar MÉDICO dentro del octavo día de requerido por la otra, o si el tercer facultativo no fuera designado en el plazo establecido precedentemente, la parte más diligente podrá requerir su nombramiento a la Secretaría de Estado de Salud Pública de la Nación.

Los honorarios y gastos de los MÉDICOS de las partes serán a su respectivo cargo y los del tercer facultativo serán pagados por la parte cuyas pretensiones se alejen más del dictamen definitivo, salvo en el caso de equidistancia en que se pagarán por mitades entre las partes.

10) JURISDICCIÓN

Toda controversia que pueda suscitarse entre el ASEGURADO y la ASEGURADORA con relación o a consecuencia de este contrato de seguro, será dirimida ante los Tribunales Ordinarios competentes de la jurisdicción del lugar de emisión de la PÓLIZA.

11) LEY DE LAS PARTES CONTRATANTES

Las partes contratantes se someten a las disposiciones de la Ley de Seguros Nro. 17.418 y a las de la presente PÓLIZA.

En caso de discordancia entre las Condiciones Generales y las Particulares que conforman la presente PÓLIZA, predominarán estas últimas.

Lo establecido en la presente PÓLIZA predominará sobre las normas de la Ley de Seguros Nro. 17.418 en tanto éstas no sean total o parcialmente inmodificables, de acuerdo a lo establecido en su artículo 158.

12) RETICENCIA

Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el CONTRATANTE y/o ASEGURADO, aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido la celebración del contrato o la emisión del CERTIFICADO, o modificado sus condiciones, si la ASEGURADORA hubiese sido cerciorada del verdadero estado del riesgo, hace nula la PÓLIZA o el CERTIFICADO, según el caso. El Asegurador debe impugnar la PÓLIZA o el CERTIFICADO dentro de los tres meses de haber conocido la reticencia o falsedad. (Art. 5 de la Ley de Seguros).

Cuando la reticencia no dolosa es alegada en el plazo del artículo 5 de la Ley de Seguros, la ASEGURADORA, a su exclusivo juicio, puede anular la PÓLIZA o el CERTIFICADO restituyendo la prima percibida, con deducción de los gastos o reajustarla con la conformidad del CONTRATANTE y/o ASEGURADO al verdadero estado del riesgo. (Art. 6 de la Ley de Seguros).

Si la reticencia fuese dolosa o de mala fe, la ASEGURADORA tiene derecho a las primas de los períodos transcurridos y del período en cuyo transcurso invoque la reticencia o falsa declaración. (Art. 8 de la Ley de Seguros).

En todos los casos, si el siniestro ocurre durante el plazo para impugnar, la ASEGURADORA no adeuda prestación alguna. (Art. 9 de la Ley de Seguros).

13) RESCISIÓN UNILATERAL

El CONTRATANTE y la ASEGURADORA tendrán derecho a rescindir el presente contrato sin expresar causas. Cuando la ASEGURADORA ejerza este derecho, dará un preaviso no menor de 15 días. Cuando lo ejerza el CONTRATANTE, la rescisión se producirá desde la fecha en que notifique fehacientemente esa decisión. Cuando el seguro rija de doce a doce horas, la rescisión se computará desde la hora doce inmediata siguiente, y en caso contrario,

desde la hora veinticuatro. Si la ASEGURADORA ejerce el derecho de rescindir, la prima se reducirá proporcionalmente por el plazo no corrido.

Si el CONTRATANTE opta por la rescisión, la ASEGURADORA tendrá derecho a la prima devengada por el tiempo transcurrido, según las tarifas de corto plazo.

14) PAGO DEL PREMIO

El premio es debido desde la celebración del contrato, pero no es exigible sino contra entrega de la PÓLIZA, salvo que se haya emitido un certificado o instrumento provisorio de cobertura.

En el caso que el premio no se pague contra la entrega de la presente PÓLIZA, su pago queda sujeto a las condiciones y efectos establecidos en la “Cláusula de Cobranza del Premio” que forma parte del presente contrato.

15) PRESCRIPCIÓN

Las acciones fundadas en el presente contrato prescriben en el plazo de un año, computado desde que la correspondiente obligación es exigible. Los actos del procedimiento establecido por la Ley o el presente contrato para la liquidación del daño, interrumpen la prescripción para el cobro de la prima y de la indemnización.

El plazo de prescripción para el beneficiario se computa desde que se conozca la existencia del beneficio, pero en ningún caso excederá de tres años contados desde el siniestro.

IMPORTANTE:

Las coberturas y BENEFICIOS que se establecen en esta PÓLIZA sólo se aplicarán respecto de hechos ocurridos en cualquier país extranjero, quedando de este modo excluidos los que ocurran en el país de residencia del ASEGURADO. Sin embargo, los siguientes BENEFICIOS tienen consideraciones especiales:

- Cancelación del Viaje. Tiene derecho al BENEFICIO en el país de residencia del ASEGURADO desde el momento en que se emite el CERTIFICADO.
- Retraso del Viaje. Tiene derecho al BENEFICIO mientras el ASEGURADO se encuentre fuera de su ciudad de residencia durante una conexión, escala o embarque en un TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO

como parte de un VIAJE a un país extranjero, a pesar de todavía encontrarse en su país de residencia.

La protección que otorga esta PÓLIZA es por la diferencia no cubierta por cualquier seguro, cobertura de riesgos del trabajo, medicina prepaga, obra social u otro CONTRATO de asistencia válido tomado por el ASEGURADO.

16) DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

La designación de beneficiario se hará por escrito y será válida aunque se notifique a la ASEGURADORA después del evento previsto.

Designadas varias personas sin indicación de cuota parte, se entiende que el beneficio es por partes iguales.

Cuando se designe a los hijos se entiende los concebidos y los sobrevivientes al tiempo de ocurrir el evento previsto.

Cuando se designe a los herederos, se entiende a los que por ley suceden al ASEGURADO, si no hubiere otorgado testamento; si lo hubiere otorgado, se tendrá por designados a los herederos instituidos. Si no se fija cuota parte, el beneficio se distribuirá conforme a las cuotas hereditarias.

Cuando el ASEGURADO no designe beneficiario o por cualquier causa la designación se haga ineficaz o quede sin efecto, se entiende que designó a los herederos.

17) CAMBIO DE BENEFICIARIO

El ASEGURADO podrá cambiar en cualquier momento el beneficiario designado. Para que el cambio de beneficiario surta efecto frente a la ASEGURADORA, es indispensable que ésta sea debidamente notificada. Cuando la designación sea a título oneroso y la ASEGURADORA conozca dicha circunstancia no admitirá el cambio de beneficiario.

La ASEGURADORA queda liberada si, actuando diligentemente, hubiera pagado la SUMA ASEGURADA a los beneficiarios designados con anterioridad a la recepción de cualquier notificación que modificara esa designación.

17) TERRITORIO

Salvo modificación expresa de esta PÓLIZA, las coberturas y BENEFICIOS que se esta-

blecen en ella sólo se aplicarán respecto de hechos ocurridos en cualquier país extranjero, quedando de este modo excluidos los que ocurran en el país de residencia del ASEGURADO. Sin embargo, los siguientes BENEFICIOS tienen consideraciones especiales:

- Cancelación del Viaje. Tiene derecho al BENEFICIO en el país de residencia del ASEGURADO desde el momento en que se emite el CERTIFICADO.
- Retraso del Viaje. Tiene derecho al BENEFICIO mientras el ASEGURADO se encuentre fuera de su ciudad de residencia durante una conexión, escala o embarque en un TRANSPORTE PÚBLICO AUTORIZADO como parte de un VIAJE a un país extranjero, a pesar de todavía encontrarse en su país de residencia.