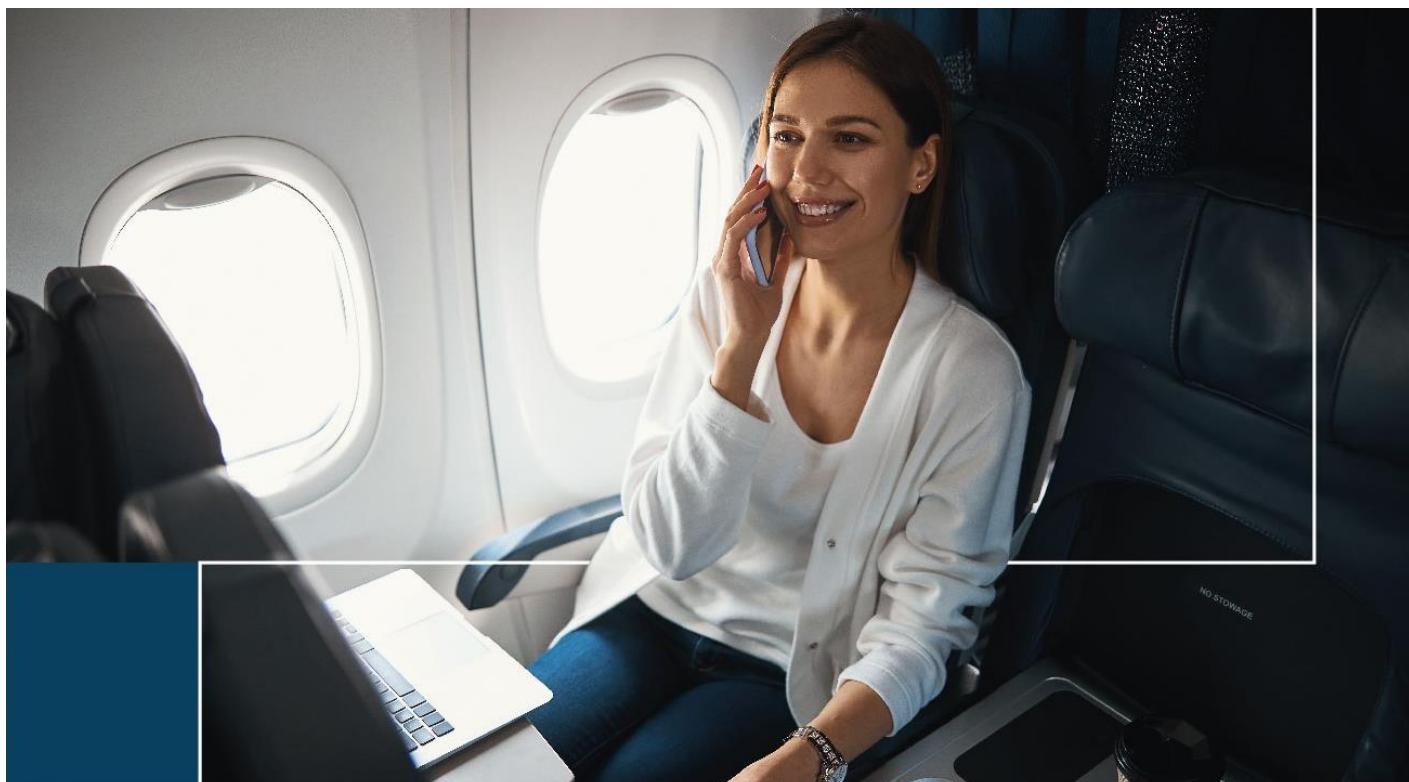


Seguro de Vida

Y ASISTENCIAS AL VIAJERO EN EL EXTRANJERO



Accidentes
Personales 

Viajar y disfrutar de
una plena protección

Seguro de Vida y Asistencias al Viajero en el Extranjero

Realizará un viaje seguro porque está protegido ante cualquier eventualidad médica, incluyendo gastos hospitalarios y odontológicos, demora o pérdida de equipaje, entre otros beneficios.

iDisfrute su viaje!



✓ **Muerte Accidental***

Si sobreviniere la muerte del asegurado como consecuencia de un accidente sufrido durante su viaje se pagarán **US\$50,000.00** dólares a los beneficiarios en una sola exhibición.

✓ **Renta Diaria por hospitalización:**

en caso de el Asegurado sea Hospitalizado a consecuencia de un Accidente o Enfermedad durante la vigencia se pagará hasta **US\$ 1,800.00 (US\$ 20 por cada día de hospitalización)** para ayudar a solventar los gastos. Se cubre hasta un máximos de 90 días de hospitalización con un evento al año.

✓ **Ayuda Funeraria:**

Se indemnización hasta **US\$1,000.00** los gastos por concepto de funeral del asegurado en caso de fallecimiento por enfermedad o accidente.



✓ **Asistencia Médica en el Extranjero:**

Se brindará en caso de accidente o enfermedad no preexistente hasta por **US\$25,000.00** y en caso de enfermedad preexistente y accidente en deportes recreativos hasta por **US\$500.00**

Tipo de servicios:

- **Consultas médicas:** se prestarán en caso de accidente o enfermedad repentina aguda
- **Atención por especialistas:** incluirá exámenes médicos complementarios, seguimientos y controles hasta superar la emergencia.
- **Internaciones:** cuando la lesión o enfermedad lo amerite, se realizarán en el Centro de Sanidad más próximo al lugar donde éste se encuentre.
- **Intervenciones quirúrgicas:** en los casos de emergencia que requieran en forma inmediata este tratamiento y que no puedan ser diferidas hasta el retorno a su país de origen.
- **Terapia intensiva:** Cuando la naturaleza de la enfermedad o lesión así lo requiera.
- **Terapia de recuperación física o fisioterapia:** se cubre en caso de traumatismo, bajo prescripción médica durante el viaje. (Máximo 10 terapias)
- **Asistencia médica por COVID-19:** si presenta sintomatología relacionada al COVID-19, la Central de Asistencias coordinará la consulta médica pertinente, de acuerdo a los protocolos de seguridad y salud de cada país, cubriendo los gastos incurridos hasta **US\$25,000.00**.

Incluye: **gastos Hospitalarios, respirador mecánico**



✓ **Asistencia de Equipaje**

- Pérdida de maleta – hasta **US\$750.00**
- Retraso de maleta registrada por +24 horas - **US\$100.00** como parte de la asistencia de equipaje



✓ **Asistencia de Repatriación médica (traslado y/o repatriación sanitaria)**

Traslado al Centro de Sanidad más cercano y/o hasta el aeropuerto de ingreso al País de residencia.



✓ **Ayuda de hospedaje en caso de convalecencia**

en caso de reposo-cuarentena forzoso se cubrirá los gastos de hotel hasta un máximo de 8 días (**US\$100 por noche**) y US\$1,000 en traslado adicional



✓ **Asistencia de Telemedicina o Teledoctor**

podrá recibir recomendaciones a través de conferencia telefónica y/o videoconferencia con un profesional de la salud que brindará orientación sobre qué hacer para aliviar sus síntomas y según la recomendación médica será asistido por un médico a domicilio, en centros de urgencias o salas de emergencias.

*Todas las asistencias requieren previa autorización del Departamento Médico de la central de Asistencia Asistencias brindadas por TERRAWIND REPS S.A. DE C.V., "TERRAWIND"

Extracto Condiciones Generales del Seguro de Vida

ANEXO "A" AL CERTIFICADO DE PÓLIZA DE SEGURO DE GRUPO SOLICITADA A PAN-AMERICAN MÉXICO, COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. DE C.V
EXTRACTO DE LAS CONDICIONES GENERALES DEL PRODUCTO (COBERTURAS, LIMITACIONES EXCLUSIONES, PERIODOS DE ESPERA, INTERÉS MORATORIO)

1. COBERTURA BÁSICA

1.1 FALLECIMIENTO

La Compañía pagará al Beneficiario respecto de ésta cobertura, en una sola exhibición, la Suma Asegurada contratada respectiva, que no excederá en ningún caso, de la Suma Asegurada Máxima establecida en la Carátula de la Póliza y/o en el Certificado Individual correspondiente.

La Edad mínima de aceptación es de 1 (día) y la edad máxima para la cobertura es hasta el cumplimiento de los 75 (setenta y cinco) años de edad. Tratándose de menores de 12 años, la Suma Asegurada no podrá ser mayor de 60 veces la Unidad de Cuenta Vigente en la Ciudad de México en la fecha del fallecimiento. Para esta cobertura no aplica Período de Espera.

1.2 COMPROBACIÓN

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por ésta cobertura, se deberá presentar a la Compañía, además de la documentación señalada en la cláusula Quinta de las Condiciones Generales, la siguiente información:

- Original o copia certificada del acta de defunción del Asegurado, Apostillada en caso de ser en el extranjero
- Facturas para solventar los gastos erogados por motivo de sepelio o incineración, fosa o nicho y transporte del cadáver o de las cenizas del Asegurado.
- Voucher o Certificado
- Estado de cuenta para pago

2. BENEFICIOS ADICIONALES

2.1 INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL

En caso de fallecimiento del Asegurado durante la vigencia del Certificado Individual como consecuencia directa e inmediata de un Accidente, la Compañía pagará al(los) Beneficiario(s) designado(s) en una sola exhibición la Suma Asegurada contratada para esta cobertura especificada en el Certificado Individual respectivo, **siempre que esta cobertura haya sido expresamente contratada según lo especificado en la Carátula de la Póliza y/o el Certificado Individual**. Se entenderá como fallecimiento accidental aquel que ocurra dentro de los 90 (noventa) días siguientes a la ocurrencia del Accidente y es independiente del pago de la indemnización por la cobertura de fallecimiento descrita en la cláusula 2.1 anterior.

Quedan excluidas de esta cobertura el fallecimiento del Asegurado a consecuencia de:

- (a) Cualquier Accidente que ocurrió antes del Alta del Certificado Individual.
- (b) Cualquier Enfermedad o Evento diferente a un Accidente.
- (c) El que derive de actos dolosos cometidos en contra del asegurado, siempre y cuando éste sea sujeto activo de delito.
- (d) Accidentes ocurridos por culpa grave o negligencia del Asegurado como consecuencia de encontrarse bajo los efectos del alcohol, drogas, alucinógenos, somníferos u otras sustancias tóxicas, excepto si fueron prescritas por un Médico legalmente autorizado para ejercer como tal y éste sea calificado respecto del abuso de drogas y medicamentos.
- (e) Accidentes ocurridos durante la participación directa del Asegurado en guerra civil o militares, declaradas o no, invasión, acción de un enemigo extranjero, hostilidades, invasión, rebelión, insurrección, actos de terrorismo, manifestación, disturbios laborales, golpe militar, poder usurpado, disturbios sociales, participación en algún tumulto, participación en actos delictivos o por ser parte de una fuerza armada local o de cualquier país.
- (f) Accidentes ocurridos durante la participación directa del Asegurado en actos temerarios o en cualquiera maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendido por tales aquellas donde se pone en peligro la vida e integridad física de las personas, salvo que esta exclusión se elimine vía Endoso.
- (g) Accidentes ocurridos durante la prestación de servicios del Asegurado en las fuerzas armadas, policiales, del orden de cualquier tipo, fuerzas de rescate o bomberos, ya sean públicas o privadas, salvo que esta exclusión se elimine vía Endoso.
- (h) Participación intencional en actos delictuosos o criminales, sin importar que se haya condenado o no al Asegurado, actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo o actos de terrorismo, o tumulto popular.
- (i) Accidentes en aeronaves, excepto como pasajero de una aeronave que pertenezca y sea operada por una aerolínea comercial debidamente autorizada o compañía autorizada por las autoridades competentes para prestar servicios de transporte aéreo.

2.2 COMPROBACIÓN

Para hacer efectivo el pago de la indemnización por ésta cobertura, se deberá presentar a la Compañía, además de la documentación señalada en la cláusula Quinta de las Condiciones Generales, la siguiente información:

- Original o copia certificada del acta de defunción del Asegurado, Apostillada en caso de ser en el extranjero
- Copia certificada de las actuaciones ante el Ministerio Público, en caso de que la muerte del Asegurado haya sucedido de forma violenta, o su equivalente dependiendo del país (copia)
- Estado de cuenta para pago
- Identificación del asegurado
- Identificación del beneficiario
- Documento que compruebe relación con el titular (acta de matrimonio-concubinato, acta de nacimiento y declaración bajo protesta de decir verdad que no existe otra persona con mejor derecho para reclamar el seguro).
- Voucher o Certificado

3. CONDICIONES GENERALES

3.1 Edad

El Asegurado deberá ser persona física mayor de 1 (día) y la edad máxima para la cobertura es hasta el cumplimiento de los 75 (setenta y cinco) años de edad . La edad máxima de renovación de la cobertura será de 75 (setenta y cinco) años con 364 (trescientos sesenta y cuatro días) como regla general, salvo que se especifiquen edades mínimas y máximas diferentes mediante endoso.

3.2 Prima

El monto, periodicidad y plazo para el pago de la Prima a favor de la Compañía, se encuentran especificados en la Carátula de la Póliza. El pago de la Prima podrá pactarse en una sola exhibición o mediante pagos fraccionados, al respecto, la Compañía cobrará la tasa de financiamiento por pago fraccionado que corresponda.

3.3 Vigencia

Este Contrato de Seguro iniciará su vigencia a partir de las 00:00 horas de la Fecha de Inicio de Vigencia especificada en la carátula de la póliza y/o en el Certificado Individual respectivo y terminará su vigencia a las 23:59 de las fechas estipuladas en la mencionada carátula de la póliza y/o Certificado Individual respectivo.

3.4 Renovación

De conformidad con lo establecido en la cláusula 4.3 anterior, la vigencia del Contrato de Seguro y/o de los Certificados Individuales está sujeta a las fechas y periodos especificados en la Carátula de la Póliza y/o en el Certificado Individual. Una vez transcurrido el periodo de vigencia del Contrato de Seguro, la Compañía podrá proceder a renovarlo por periodos sucesivos iguales, en las mismas condiciones en que fue contratada y siempre que se reúnan los requisitos establecidos por el Reglamento.

3.5 Pago de la Suma Asegurada

La Compañía pagará a(los) Beneficiario(s) que corresponda(n) las indemnizaciones por las coberturas y en su caso beneficios adicionales contratados y afectados, previa comprobación de la ocurrencia del Evento.

3.6 Beneficiarios

Se tendrá como Beneficiario(s) a la(s) persona(s) expresamente designada(s) por el Asegurado en el Certificado Individual.

3.7 Aviso de Ocurrencia del Evento

Tan pronto como el Asegurado y/o el Beneficiario tengan conocimiento de la realización del siniestro (Evento) y del derecho constituido a su favor en este Contrato de Seguro, deberá(n) ponerlo en conocimiento de la Compañía.

3.8 Padecimientos Preexistentes

Para resolver la procedencia de la reclamación en caso de Padecimientos Preexistentes, cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya efectuado gastos para recibir un diagnóstico de la Enfermedad y/o Padecimiento de que se trate, podrá solicitarle el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso, el resumen clínico. En caso de que no le sea proporcionada dicha información, la Compañía quedará liberada de cualquier obligación derivada de la reclamación correspondiente.

La Compañía no cubrirá los Padecimientos Preexistentes de conformidad con las reglas estipuladas bajo la definición de Padecimientos Preexistentes incluida en el Capítulo I. DEFINICIONES de estas Condiciones Generales.

Todo Padecimiento Preexistente que no haya sido declarado en la Solicitud de Seguro o sea revelado de manera inexacta, con omisión o falsedad, facultará a la Compañía para dar por rescindido de pleno derecho el Seguro, aun y cuando dicha omisión o inexacta declaración no haya influido en la realización del Siniestro.

3.9 Indemnización por Mora

En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que haya sido presentada por el Asegurado o el (los) Beneficiario(s), no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, en términos del Artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al Asegurado o al (los) Beneficiario(s) una indemnización por mora de conformidad con lo establecido en el Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, correspondiente al lapso en que persista el incumplimiento. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquél en que se haga exigible la obligación.

3.10 Prescripción

Las acciones derivadas del Contrato de Seguro prescribirán, respecto de las coberturas de fallecimiento en 5 (cinco) años contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen y respecto de las coberturas restantes, en 2 (dos) años contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, en términos del Artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma Ley.

3.11 Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la Compañía o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los Artículos 50 Bis y 65 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Lo anterior dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o, en su caso, de la negativa de la Compañía a satisfacer las pretensiones del reclamante.

3.12 Rectificaciones y Modificaciones

Si el contenido del Contrato de Seguro y/o el Certificado Individual o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Contratante y/o el Asegurado podrán pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 (treinta) días que sigan al día en que reciban la póliza o el Certificado Individual, respectivamente. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones del Contrato de Seguro o de sus modificaciones.

Las Condiciones Particulares aplicables a este Contrato de Seguro podrán ser modificadas mediante consentimiento previo y por escrito de las partes contratantes y haciéndose constar mediante endoso en términos de la legislación aplicable.

3.13 Entrega de Certificados Individuales

El Contratante deberá entregar el Certificado Individual al Asegurado de manera personal o a través del correo electrónico que le proporcione el Asegurado en cuyo caso deberá constar la evidencia tanto del consentimiento expreso por escrito de parte del Asegurado como de la remisión de la documentación contractual a través de correo electrónico.

El Presente Extracto en un considera de las cobertura, limitaciones, exclusiones, periodos de espera, interés moratorio y otras condiciones generales adicionales que implican derechos y obligaciones del asegurado, a fin de dar cumplimiento a lo establecido en la fracción IV del artículo 200 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, con el objeto de que se cuente con una guía más corta y sencilla para conocer el contenido del seguro, sin embargo a fin de conocer el alcance total de todas las coberturas tendrá que atenderse al texto íntegro de las Condiciones Generales, mismas que el contratante deberá entregar de acuerdo a la forma que le indique el asegurado en el apartado correspondiente al presente certificado, ya que cuenta con exclusiones y limitantes, que de igual forma se pueden consultar en la página www.palig.com/mexico y en el Registro de Contratos de Adhesión de Seguros de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros con el número de registro CNSF-S0119-0451-2019/ CONDUSEF-003992-01 y a partir del día 12/05/2020, con el número BADI-S0119-0035-2020

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 02 de octubre de 2019, con el número CNSF-S0119-0451-2019 / CONDUSEF-003992-01.

Condiciones Generales del Seguro de Renta Diaria por Hospitalización a consecuencia de Accidente o Enfermedad

1. Descripción de la Cobertura

En caso de estar contratada expresamente esta cobertura, la Compañía pagará la renta diaria indicada en el Certificado Individual si el Asegurado es Hospitalizado a consecuencia de un Accidente o Enfermedad ocurrido durante la vigencia del Certificado Individual.

Tratándose de Hospitalización por Enfermedad, será necesario cubrir el Período de Espera señalado en la carátula de la Póliza y/o en el Certificado Individual, para que tenga efecto esta cobertura, salvo que el Evento sea resultante de una Urgencia Médica. Se entiende por Urgencia Médica la aparición fortuita de una Enfermedad aguda que no se derive de un Padecimiento Preexistente y ponga en peligro la vida, un órgano o una función vital del Asegurado.

La Edad mínima de aceptación es de 18 (dieciocho) años y la edad máxima para la cobertura es hasta el cumplimiento de los 65 (sesenta y cinco) años de edad.

1.1 Conceptos comprendidos dentro de la Cobertura.

Para fines de alcance de la presente cobertura, se entenderán comprendidos los siguientes conceptos, con su respectiva descripción.

a) Hospitalización:

Por hospitalización se entiende el internamiento del Asegurado por más de 24 horas en una institución hospitalaria legalmente autorizada para la atención de una enfermedad o accidente. Inicia con el ingreso y concluye con el alta que otorga el médico tratante.

b) Días cubiertos.

El periodo de beneficio es de 180 días máximo, salvo caso contrario se especifique en la carátula de póliza, certificados individuales y/o endosos a la póliza, sin que el número de días rebase los 365 días. Se entiende por Periodo de Beneficio el periodo de tiempo por virtud del cual, la Compañía cubrirá el pago de siniestros ocurridos dentro de la vigencia del Contrato, cuando éste se haya terminado, teniendo como límite, lo que ocurra primero de:

El agotamiento de la Suma Asegurada; o

- ii) Los gastos erogados dentro del periodo antes señalado o
- iii) La recuperación de la salud o vigor vital del Asegurado, respecto del presente beneficio cubierto.

c) Monto a indemnizar por día:

Se indemnizará por el monto especificado en carátula de póliza, certificados individuales y/o endosos a la póliza

d) Número de eventos cubiertos dentro de la vigencia:

Por evento se tiene un tope de 30 días, salvo caso contrario descrito en carátula de póliza, certificados individuales y/o endosos a la póliza

e) Días por Recaídas:

En caso de que el evento (siniestro) se trate de una recaída, los días se contabilizarán a partir del número siguiente al último día de la hospitalización anterior.

f) Cuando se considera recaída.

La reclamación en cuestión debe de tener relación con una hospitalización previa y es necesario la presentación del expediente médico a fin de corroborar que en efecto se trate de una recaída de un evento cubierto con anterioridad por la compañía.

2. Exclusiones

La Compañía no pagará indemnización alguna si la hospitalización fuere consecuencia de lo siguiente:

- a) Hospitalización en Cuba, Siria, Libia, Irán y Corea del Norte por tratarse de países con los cuales los Estados Unidos de América, por disposición legal tienen interrumpidas o suspendidas relaciones comerciales conforme a los programas de sanción de OFAC (Oficina de Control de Activos Extranjeros por sus siglas en inglés)
- b) Padecimientos Preexistentes.
- c) Cirugías que no sean médica mente necesarias.
- d) Cirugías plásticas de cualquier naturaleza y tratamientos de calvicie.
- e) Complicaciones derivadas de embarazo tópico o ectópico, parto normal u operatorio y sus complicaciones, aborto, ligadura de trompas o vasectomía, tratamiento para esterilidad, inseminación artificial.
- f) Enfermedades sexualmente transmisibles.
- g) Convalecencia, senilidad o reposo.

- h) Tratamientos médicos y/o quirúrgicos de rejuvenecimiento, en sus varias modalidades.**
- i) Enfermedades psiquiátricas, enfermedades mentales, inclusive las que exijan psicoanálisis, sanoterapia o psicoterapia.
- j) Enfermedades, padecimientos o malformaciones congénitas y/o hereditarias.
- k) Epidemias (a excepción de COVID), envenenamiento de carácter colectivo o cualesquier otra causa física que atente masivamente a la población.
- l) Internación en clínicas de reposo o de adelgazamiento, SPA's, clínicas hidroterapéuticas y/o en aquellas que utilizan métodos terapéuticos naturales.
- m) Internamiento residencial.
- n) Tratamientos y/o cirugías ambulatorios.
- o) Miopía, astigmatismo o presbiopía.
- p) Realización de exámenes complementarios de cualquier naturaleza con fines de evaluación del estado de salud y check-up.
- q) Tratamientos clínicos o quirúrgicos experimentales.
- r) Cirugías para cambio de sexo.
- s) Gastoplastía reductiva.
- t) Tratamientos de infertilidad, esterilidad, control natal, disfunción eréctil, ni cualquiera de sus complicaciones.
- u) Hospitalización a consecuencia de epidemias oficialmente declaradas por la autoridad competente.

3. Criterio de Indemnización.

El valor de la indemnización será calculado con base en el número de días de Hospitalización multiplicado por el valor de la renta diaria señalada en la Carátula de la Póliza y el Certificado Individual.

Se entiende por renta diaria de internación el período de 24 (veinticuatro) horas. Para fines de éste seguro el período mínimo de Hospitalización son 24 (veinticuatro) horas, al inicio o al final del período de internación.

La Compañía realizará el pago de la indemnización conforme a lo siguiente:

- Cuando Hospitalización supere 30 (treinta) días naturales, los pagos serán efectuados periódicamente por la Compañía, pagando las rentas diarias debidas de cada 15 (quince) días naturales.
- La Compañía efectuará el pago de las rentas diarias correspondientes al período en que el Asegurado permanezca internado, a partir del período mínimo de 24 (veinticuatro) horas de Hospitalización, o a partir del último pago efectuado por la Compañía, hasta el alta médica o la utilización del límite de rentas diarias señaladas en la Carátula de la Póliza y el Certificado Individual que en ningún caso podrán exceder de 365 (trescientos sesenta y cinco) días por Evento o serie de Eventos.
- En los casos en que el período de Hospitalización no supere los 30 (treinta) días naturales, la Compañía efectuará un único pago por el valor de las rentas diarias correspondientes hasta la alta médica.

4. Comprobación

Para el pago de la indemnización por ésta cobertura, se deberá presentar a la Compañía, la siguiente información y documentación:

- Facturas de pago del hospital.
- Expediente clínico que soporte el caso atendido en el hospital.
- Notas de Ingreso y egreso hospitalario.

5. Renovación del presente beneficio adicional

Este Beneficio Adicional está sujeto a las fechas y períodos especificados en la Carátula de la Póliza y/o en el Certificado Individual, de acuerdo a la vigencia del Contrato de Seguro y/o de los Certificados Individuales. Una vez transcurrido el período de vigencia del Contrato de Seguro, la Compañía podrá proceder a renovarlo, siempre que sea a solicitud del contratante en un plazo no mayor de 10 días hábiles previos a la terminación de la vigencia, la cual será por un período sucesivo igual al anterior en las mismas condiciones en que fue contratada y siempre que se reúnan los requisitos establecidos por el Reglamento, lo anterior de conformidad con la Cláusula 4.4 de las Condiciones Generales del producto Vida Grupo con Opción a Dividendos por Experiencia Propia, al cual se adhiere el presente.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 02 de Octubre de 2019, con el número CNSF-S0119-0451-2019/CONDUSEF-003992-01 y a partir del día 15 de Septiembre de 2020, con el número BADI-S0119-0035-2020



GUIA DE ASISTENCIAS

Accidentes
Personales



Tranquilidad
a donde vaya



Guía de Asistencias para el Viajero



Ayuda Atención Médica

en caso de accidente o enfermedad no preexistente

Descripción:

En caso de emergencia por sufrir algún accidente o enfermedad repentina (no preexistente) durante tu viaje (incluye COVID) contarás con asistencia médica por hasta **US\$25,000.00**

Adicional en caso de que practiques algún deporte recreativo o tengas una emergencia por enfermedad preexistente contarás con asistencia para atender la emergencia hasta por **US\$500.00**

Si necesita ayuda durante su viaje, ¿qué hacer?

Al presentarse la emergencia, hay que comunicarse de inmediato vía telefónica a la central a los números que detallamos o en www.xcover.com/es/travel-insurance, con base en la emergencia presentada podrás acceder a un doctor de manera presencial o virtual o en caso requerido enviaremos una ambulancia que te llevará a un hospital cercano para tu atención. Una vez autorizado el caso la asistenciadora realizará el pago de manera directa al hospital por hasta la suma asegurada. No aplica deducible ni copago.

- México: 0052 55 41708463
- Guatemala: 00502 2 2772634
- Colombia: 0057 1 4896988
- El Salvador: 00503 213 68757
- USA: 001 (516) 696-9016
- Costa Rica: 001 (516) 696-9016
- Honduras: 001 (516) 696-9016
- Perú: +1 (516) 696-9016

Exclusiones en caso de accidente o enfermedad no preexistente:

1. Enfermedades o condiciones crónicas o preexistentes, congénitas o recurrentes, - conocidas o no por el TITULAR -, padecidas con anterioridad al inicio de la vigencia del CERTIFICADO o VOUCHER y/o del viaje, así como sus agudizaciones y consecuencias (incluso cuando las mismas aparezcan durante el viaje); salvo lo especificado en la cláusula de preexistencia. Entre las enfermedades crónicas y/o preexistentes definidas en la presente cláusula cabe mencionar, a título ilustrativo y sin que la siguiente mención tenga ningún carácter limitativo respecto a otras enfermedades crónicas y/o preexistentes igualmente excluidas: diabetes, flebitis, trombosis venosa profunda, y úlceras de cualquier etiología (la enumeración es enunciativa y no taxativa).
2. Enfermedades con compromiso inmunológico, tanto sea éste consecuencia de la misma enfermedad o de las drogas utilizadas para su tratamiento; oncológicas, desórdenes cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, infecciones renales crónicas, hepatitis; todo tipo de enfermedades endémicas, epidémicas y/o pandémicas, etc., sean estas conocidas
3. Enfermedades, lesiones, afecciones o complicaciones resultantes de tratamientos efectuados por personas o profesionales no autorizados por el Departamento Médico del PROVEEDOR.
4. Tratamientos homeopáticos, acupuntura, quinesioterapia (fisioterapia), curas termales, podología, etc.
5. Afecciones, enfermedades o lesiones derivadas de actuaciones delictivas o contravencionales del TITULAR, directa o indirectamente.
6. Tratamiento de enfermedades o estados patológicos producidos por ingestión o administración intencional de tóxicos (drogas), narcóticos, o por la utilización de medicamentos sin prescripción médica.
7. Gastos incurridos en cualquier tipo de prótesis o similares, órtesis, síntesis o ayudas mecánicas de todo tipo, ya sean de uso interno o externo, incluyendo, pero no limitados a: prótesis dentales, lentes, audífonos, anteojos, artículos de ortopedia, férulas, muletas, sillas de ruedas, nebulizadores, respiradores, etc.
8. Eventos ocurridos como consecuencia de entrenamiento, práctica o participación activa en competencias deportivas (profesionales o amateurs). Además, quedan expresamente excluidos los eventos consecuentes a la práctica de deportes peligrosos o de contacto, incluyendo, pero no limitado a deportes recreativos como: motociclismo, automovilismo, boxeo, polo, ski acuático, buceo, aladeltismo, vuelo en cualquier aparato o nave que no sea de línea comercial, paracaidismo, bungee jumping, Kitesurf, alpinismo, ski, Snowboard y en general todo deporte de invierno.
9. El diagnóstico, control, seguimiento y tratamiento de embarazos; los partos; los abortos y sus consecuencias, a menos que sean producto de un accidente. Asimismo, todas las complicaciones resultantes durante y después del embarazo.

10. Todo tipo de enfermedad, estudio y/o tratamiento de tipo psicológico, psiquiátrico o derivado de Enfermedad o Trastorno mental, demencia, depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis, psicosis, entre otros, independientemente de sus orígenes o consecuencias.
11. Afecciones, enfermedades o lesiones derivadas de la ingestión de bebidas alcohólicas o de consumo de drogas de cualquier tipo.
12. Controles de tensión. Hipertensión e Hipotensión arterial y sus consecuencias.
13. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida, SIDA o HIV en todas sus formas, secuelas y consecuencias. Enfermedades venéreas o de transmisión sexual, y/o en general todo tipo de prestación, examen y/o tratamiento que no haya recibido la autorización previa del PROVEEDOR.
14. Los Eventos y las consecuencias de desencadenamiento de fuerzas naturales, tsunamis, temblores, terremotos, sismos, eventos de radiación nuclear y de radioactividad, así como cualquier otro fenómeno natural diferentes a lo relacionado con el clima que están cubiertos en el VOUCHER, con carácter extraordinario o evento que, debido a sus proporciones o gravedad, sea considerado como desastre nacional regional o local o catástrofe.
15. El suicidio, intento de suicidio o las lesiones infringidas a sí mismo por parte del TITULAR y/o sus acompañantes.
16. Eventos consecuentes de actos de guerra, terrorismo u otra alteración grave del orden público.
17. Los actos intencionados y de mala fe del TITULAR o de sus apoderados. En caso de constatarse que el motivo del viaje fuera el tratamiento en el extranjero de una enfermedad que ya esté padeciendo, y que el tratamiento actual tiene alguna vinculación directa o indirecta con la dolencia previa, el PRESTADOR quedará relevado de prestar sus servicios. A tal fin, el PRESTADOR se reserva el derecho de investigar la conexión del hecho actual con la dolencia previa.
18. El cáncer y todos sus tratamientos.
19. Lesiones de conductor o TITULAR por el uso de cualquier tipo de vehículos incluidos motocicletas y velomotores sin licencia de conducir, sin casco y sin seguros contratados.
20. Lesiones por participar en apuestas o peleas.
21. Cirugías plásticas y Tratamientos rejuvenecedores o estéticos.
22. Exámenes y/u hospitalizaciones para exámenes, pruebas de esfuerzo y todo tipo de chequeos preventivos.
23. Cualquier tipo de hernias y sus consecuencias.
24. Secuestro o su intento.
25. Riesgos provenientes de situaciones que no se incluyen en el concepto de accidente personal, tal como las lesiones por consecuencia, dependientes predispuestas o facilitadas por esfuerzos repetitivos o micro traumas acumulativos, o que tengan relación de causa y efecto con los mismos, así como las lesiones clasificadas como lesiones por esfuerzos repetitivos, enfermedades osteomusculares relacionadas al trabajo, lesión por trauma continuado o continuo, etc., o similares, tanto como sus consecuencias pos tratamiento inclusive quirúrgicos en cualquier tiempo.
26. Riesgos Profesionales. Si el motivo del viaje del TITULAR fuese la ejecución de trabajos o tareas que involucren un riesgo profesional exceptuando el trabajo de oficina. En todos los casos, los servicios descritos en estas Condiciones Generales del PROVEEDOR serán complementarios de los que deban prestarse por parte de entidades asistenciales y de seguros según las normas de seguridad industrial y de riesgos laborales aplicables en el país donde se presente la enfermedad o accidente objeto del servicio. Especificar qué tipo de actividades o labores
27. Están excluidos los países en guerra civil o extranjera (Ejemplo: Afganistán, Irak, Sudan, Somalia, Corea del Norte, etc., (la enumeración es taxativa y no enunciativa).

En caso de enfermedad preexistente y/o accidente en deporte recreativo

Se cubrirán los gastos para atender la emergencia y/o estabilización hasta por **US\$500.00**

Documentos a presentar en caso de aplicar reembolso:

En algunos casos se pueden reembolsar los gastos médicos, pero deberás de comunicarte de manera anticipada a la Central de Asistencia para su autorización.

- Certificado emitido por el médico tratante, donde se detalle el tratamiento recibido y el respectivo diagnóstico médico. En caso de Covid prueba con el respectivo resultado.
- Recibos, boletas y facturas que acrediten el gasto incurrido con motivo de pago de los gastos médicos.
- Copia de pasaporte o documento de identidad
- Voucher o Certificado



Telemedicina

Podrá recibir recomendaciones a través de conferencia telefónica y/o videoconferencia con un profesional de la salud que brindará orientación sobre qué hacer para aliviar sus síntomas y según la recomendación médica será asistido por un médico a domicilio, en centros de urgencias o salas de emergencias, de acuerdo con la severidad de los síntomas que describen los mismos.

En caso de requerirse atención de manera física, debido a la urgencia o por tratarse de una emergencia se le indicará pasos a seguir

Si necesita ayuda durante su viaje, ¿qué hacer?

Al presentarse la emergencia, hay que comunicarse de inmediato vía telefónica a la central a los números que detallamos.



Traslado sanitario y repatriación sanitaria

Traslado sanitario

Descripción:

En caso de emergencia y si LA ASISTENCIA lo juzga necesario, se organizará el Traslado Sanitario al Centro de Sanidad más cercano, por el medio de transporte que el Departamento Médico considere más apropiado y según corresponda a la naturaleza de la lesión o enfermedad. Queda establecido que aún para casos de tratamientos y cirugías que ocurran en situaciones caracterizadas como emergencias, el Traslado Sanitario debe ser requerido y autorizado por el Departamento médico de LA ASISTENCIA.

Solo se cubrirán los servicios de transporte (taxis) que tengan comprobantes y que hayan sido previamente autorizados.

Documentos a presentar para el servicio:

- Certificado médico emitido por paramédicos donde se detallen los síntomas presentados y diagnóstico por el cual fue requerido el servicio de ambulancia.
- Recibos, boletas y facturas que acrediten el gasto incurrido con motivo de servicio de ambulancia
- Copia de pasaporte o documento de identidad
- Voucher o Certificado

Repatriación sanitaria

Descripción:

Procedimiento efectuado para trasladar al enfermo o accidentado, desde el lugar en que se encuentre hasta el aeropuerto de ingreso al País de residencia habitual y en el que debió ser emitido el CERTIFICADO o VOUCHER previa autorización del Departamento médico de LA ASISTENCIADORA, estando el TITULAR o un familiar prohibido de realizarlo por cuenta propia sin la debida autorización de LA ASISTENCIADORA.

Cuando el Departamento Médico de LA ASISTENCIADORA, en acuerdo con el médico tratante, estime necesario y recomiende efectuar la Repatriación Sanitaria, esta se realizará en avión de línea aérea comercial, en clase turista y sujeto a disponibilidad de asientos o por el medio de transporte que el Departamento Médico considere más adecuado con acompañamiento médico o de enfermera si correspondiere, hasta el aeropuerto de ingreso al País de residencia habitual.

Desde el momento en que el TITULAR se encuentre internado hasta el día de viaje de regreso, esta asistencia comprende su transporte en ambulancia u otro medio que sea compatible con su estado de salud y aprobado por el Departamento Médico de LA ASISTENCIADORA, desde el lugar de internación hasta el aeropuerto de embarque, con la estructura de apoyo necesaria.

Aún para casos de tratamientos y cirugías que ocurran en situaciones caracterizadas como emergencias, la Repatriación Sanitaria debe ser requerida y autorizada por el Departamento médico de LA ASISTENCIA.

Documentos a presentar:

- Certificado emitido por el médico tratante donde se detalle el tratamiento recibido, el respectivo diagnóstico médico y la necesidad de que el beneficiario regrese a su país de origen. (El dictamen médico debe de haber sido proporcionado por personal de nuestros prestadores de red)
- Comprobante de pago por gastos incurridos en compra o cambio de tiquete aéreo para regresar al país de origen, deberá entregar debidamente endosados el/los boleto/s de pasaje que posea para su regreso sin compensación alguna.
- Tiquete aéreo adquirido
- Itinerario original de viaje
- Copia de pasaporte o documento de identidad
- Voucher o Certificado



Odontología urgencia

Descripción:

Se asumirán los gastos por atención odontológica derivados de una urgencia hasta la suma asegurada máxima, debido o causada por un trauma, accidente o infección, limitándose únicamente al tratamiento del dolor y /o a la extracción de la pieza dentaria resultante de infección o trauma únicamente.

Si necesita ayuda durante su viaje, ¿qué hacer?

Al presentarse la emergencia, hay que comunicarse de inmediato vía telefónica a la central a los números que detallamos o en www.xcover.com/es/travel-insurance, con base en la emergencia presentada podrás acceder a un doctor de manera presencial o virtual o en caso requerido enviaremos una ambulancia que te llevará a un hospital cercano para tu atención. Una vez autorizado el caso la asistenciadora realizará el pago de manera directa al hospital por hasta la suma asegurada. No aplica deducible ni copago.

- | | |
|--------------------------------|----------------------------------|
| • México: 0052 55 41708463 | • USA: 001 (516) 696-9016 |
| • Guatemala: 00502 2 2772634 | • Costa Rica: 001 (516) 696-9016 |
| • Colombia: 0057 1 4896988 | • Honduras: 001 (516) 696-9016 |
| • El Salvador: 00503 213 68757 | • Perú: +1 (516) 696-9016 |

Documentos a presentar:

- Certificado emitido por el odontólogo tratante, donde se detallen los procedimientos realizados y diagnóstico por el cual fue requerido el tratamiento.
- Recibos, boletas y facturas que acrediten el gasto incurrido con motivo de pago de los gastos dentales.
- Copia de pasaporte o documento de identidad.
- Voucher o Certificado



Gastos de hotel por convalecencia y/o cuarentena por COVID

Descripción:

Cuando el médico tratante autorizado por el Departamento Médico del LA ASISTENCIA prescriba reposo forzoso al TITULAR, el PROVEEDOR solo cubrirá los gastos de hotel hasta el monto indicado en las Garantías Particulares del PLAN DE ASISTENCIA, hasta un máximo de ocho (8) días. Dicho reposo deberá ser ordenado por los médicos de la central exclusivamente y contemplarán únicamente el cubrimiento del costo de la habitación sin ningún tipo de alimentación o gastos de otra índole tales como lavandería, llamadas telefónicas (salvo las realizadas a la central del PROVEEDOR.), minibares, etc.

Si necesita ayuda durante su viaje, ¿qué hacer?

Deberá indefectiblemente comunicarse con la Central de Asistencias a fin de ser autorizado. No serán aceptados posteriormente pedidos de pago en el país de origen sin ninguna justificación. No tendrá derecho a esta prestación si el plazo de vigencia del CERTIFICADO o VOUCHER se encuentra vencido.

Documentos a presentar:

- Informe médico completo de la hospitalización donde se indique el plazo durante el cual fue internado el beneficiario y la indicación de guardar reposo al alta.
- Prueba de COVID con su respectivo resultado
- Certificado de solicitud de cuarentena
- Factura de pago por gastos incurridos en hospedaje
- Copia de pasaporte o documento de identidad
- Voucher o Certificado



Asistencia de equipaje

Aplica si la demora o pérdida de equipaje documentado a bodega con Volaris. Aplica para conexiones y trayectos con otras aerolíneas siempre y cuando se hayan comprado como un ticket de Volaris al momento de la compra del seguro.

Si necesita ayuda durante su viaje, ¿qué hacer?

- Inmediatamente constatada la falta de equipaje, diríjase a la compañía aérea o persona responsable dentro del mismo recinto al que llegan los equipajes, solicite y complete el formulario P.I.R.
- Antes de abandonar el Aeropuerto comuniquíese telefónicamente o por la APP con la Central de Asistencia del PRESTADOR, a efectos de notificar el extravío de su equipaje indicando el número del formulario P.I.R. para seguimiento ante la línea aérea.

Condiciones:

- Que la Central de Asistencia haya sido notificada del hecho antes de abandonar el Aeropuerto donde se registró la pérdida y se emitió el P.I.R. (Property Irregularity Report) o formulario de denuncia ante la compañía aérea.

- Que el equipaje se haya extraviado-demorado durante su transporte en vuelo regular internacional o doméstico de conexión internacional.
- Que el mencionado equipaje haya sido debidamente despachado en bodega.
- Que la pérdida del equipaje haya ocurrido entre el momento en que el mismo fue entregado al personal autorizado de la línea aérea para ser embarcado y el momento en que debió ser devuelto al finalizar el viaje.
- Que la línea aérea se haya hecho cargo de su responsabilidad por la pérdida del mencionado equipaje, y haya abonado al beneficiario la indemnización prevista por ella.
- En caso de que la línea aérea le ofreciere al beneficiario como indemnización la posibilidad de optar entre percibir un valor en dinero o uno o más pasajes, LA ASISTENCIADORA procederá a pagar la compensación económica por extravío de equipaje, una vez que dicha opción sea ejercida.

a) Extravío definitivo de Equipaje

Exclusiones:

- El TITULAR sea un funcionario o empleado o miembro de la tripulación del medio de transporte que dio origen al acontecimiento.
- La retención o aprehensión del equipaje sea por parte de aduanas u otras autoridades gubernamentales.
- En ningún caso el PROVEEDOR responderá por faltantes roturas y/o daños, totales o parciales producidos en el contenido del equipaje, ni en las/s valija/s o cualquier otro elemento donde se transporte el mismo.

Documentos a presentar en caso de siniestro:

- Reporte de pérdida y/o demora emitida por la Aerolínea responsable (PIR-Property Irregularity Report)
- Carta emitida por la Aerolínea donde se declare el extravío total del equipaje y valor a indemnizar.
- Comprobante de pago/ Extracto Bancario reflejando que el pago por parte de la aerolínea fue recibido.
- Boleto aéreo del trayecto en donde ocurrió el extravío del equipaje
- Copia de pasaporte o documento de identidad
- Voucher o Certificado

b) Demora de Equipaje

Exclusiones:

- El TITULAR sea un funcionario o empleado o miembro de la tripulación del medio de transporte que dio origen al acontecimiento.
- La retención o aprehensión del equipaje sea por parte de aduanas u otras autoridades gubernamentales.

Documentos a presentar:

- Reporte de pérdida y/o demora emitido por la Aerolínea responsable (PIR-Property Irregularity Report)
- Boleto original de embarque del Equipaje
- Boleto aéreo del trayecto en donde ocurrió la demora del equipaje
- Copia de pasaporte o documento de identidad
- Voucher o Certificado

*Todas las asistencias requieren previa autorización del Departamento Médico de la central de Asistencia Asistencias brindadas por **TERRAWIND REPS S.A. DE C.V., "TERRAWIND"**

Más información:

CLIC EN LOS ENLACES



<https://www.palig.com/mexico-seguro-viajero>

<https://www.xcover.com/es/claim>





[!\[\]\(a48045bf840f60e99d28ce32cf91bb81_img.jpg\)](#) [!\[\]\(e5ed933a14d18cab9d3a93bb1a8ebc31_img.jpg\)](#) [!\[\]\(3719e566d66f65520a8a032eabbbcf20_img.jpg\)](#) | palig.com