

## Emergency Excess Hospital/Medical Travel Insurance

### Section I - The Insurance Agreement:

In consideration of having paid the required premium, and in case of Emergency, the Company agrees to provide the Insured with Insurance Coverage, in accordance with the terms and conditions as set forth in this Policy up to the maximum limit of the Insured Sum, in excess of the Deductible specified on the Application Form as well as in excess of any other contracted medical Coverage, per Insured Person per covered trip.

If Hospitalization or medical treatment due to a medical Emergency is required by the Insured while traveling in Mexico, the Company will pay the Insured or the licensed Medical Provider for all Eligible Medical Expenses up to the Insured Sum, in excess of the Deductible specified on the Application Form.

To qualify for reimbursement the expenses must be medically necessary for the treatment of an Acute, sudden and unexpected Sickness or Accidental Bodily Injury.

If the Insured's primary Policy doesn't cover the Accident or Sickness suffered, the Company will pay from the first medical expenses incurred in accordance with the terms and conditions as set forth in this Policy if the Accident and / or Sickness is covered by this Policy.

If the Insured is not covered by any other Policy, the Company will pay from the first medical expenses incurred in accordance with the terms and conditions as set forth in this Policy if the Accident and / or Sickness are covered by this Policy.

**Eligibility:** The Insured is eligible for Coverage if:

1. The expenses incurred result from an Acute, sudden and unexpected Emergency;
2. The expenses originate during the covered period and within six (6) months of the Injury or Sickness in the case of a continuous Hospitalization or until the Insured Sum has expired whichever occurs first.
3. The length of travel does not exceed the number of days selected at time of Application or authorized extension period; and
4. The expenses are incurred in Mexico.

Note: The Application is the basis of and forms part of the Policy.

**Period of Coverage:** The Coverage begins at the time and on the date the Insured enters Mexico and terminates upon leaving Mexico or upon expiration of the number of days stated in the Application, whichever occurs first.

### Section II - Eligible Medical Expenses

The Company agrees to pay the Insured or the Licensed Medical Provider directly in respect of the Expenses set out as follows:

1. **Medical Emergency Hospital Confinement:** Hospitalization due to a medical Emergency. Starting at the time the Insured is admitted to Hospital and ending at the time of the release. Once the Insured is released from the Hospital, no additional and subsequent medical treatment will be paid if it is related to the Accident and / or Sickness that did caused the Emergency.
2. **Licensed Medical Physician Fees:** The services of a Licensed Medical Physician currently registered and licensed in accordance with the regulations applying in the jurisdiction where the Physician practices. Dentist, chiropractor and physiotherapists fees are excluded.
3. **X-ray Examinations:** X-ray examinations and diagnostic laboratory procedures when performed at time of Emergency.
4. **Medicines and/or Drugs:** Medicines and/or drugs (excluding vitamins, minerals and dietary supplements) prescribed by the attending Licensed Medical Physician for a maximum period of 30 days. While the Insured Person is confined to Hospital the Company will pay the total cost of such medicines and/or drugs for the Hospitalization period.
5. **Automatic Extensions to Coverage:** This Policy, after termination of any one Period of Coverage, will be automatically extended:
  - a. For 72 hours in the event a Delayed Common Carrier prevents the Insured from leaving Mexico.
  - b. If the Insured is hospitalized during the term of this Policy, for the period of Hospital confinement plus 72 hours after release for him to travel home.

### Section III - Exclusions to Coverage

The Company will not be liable to provide Coverage, to provide services, or to pay claims for expenses incurred directly or indirectly as a result of:

1. Any Pre-Existing Condition as defined on Section VI, as well as any complication related to the Pre-Existing Condition(s).
2. Pregnancy, childbirth, or complications thereof, occurring within the last 9 weeks before the expected date of delivery.
3. War or any act of war, suicide or attempt thereat, self-inflicted injury, or the commission or attempted commission of any criminal/criminal-like act.
4. A trip that is undertaken: against Physician's advice and/or after receipt of a Terminal Prognosis.
5. Hospitalization, treatment or advice for a medical condition when the trip is specifically undertaken to seek treatment or receive advice for this same medical condition.
6. Injury while participating in:
  - Professional sports and/or any competitive sports.
  - Aerial sports.
  - Mechanical sports.
  - Fighting sports
  - Water sports (not including the following beach activities: towed beach parachuting, jet skiing, water skiing, towed bananas, wind surfing, surfing, sailing and scuba diving when certified by a registered scuba diving school and/or under the control of trained supervisors registered by the local authorities, in any case the dive should not exceed 40 meters below surface).
  - Charrería, bullfighting, horseback riding, mountaineering, potholing, rappel, martial arts and bungee jumping.
7. The abuse of medication, or any event, act or omission caused or contributed to by any abuse of medication. Injuries when the Insured present manifestation of alcohol in the blood, or any event, act or omission caused or contributed to by any manifestation of alcohol in the blood. This clause will not apply if the Insured demonstrates by means of irrefutable documentation that he had less than 100 mgs / 100 ml of alcohol in the blood. The consumption of any illegal drug, or any event, act or omission caused or contributed to by any consumption of any illegal drug.
8. Psychotherapeutic treatment or rehabilitative treatment, psychological, mental or emotional disorders.
9. Injuries while traveling as a pilot, passenger, mechanic or crew member of an air taxi or of airplane not belonging to a duly legally established commercial carrier and authorized as a regular passenger's transportation service.
10. Expenses incurred as a result of an accident while traveling as driver or passenger on any kind of Private Passenger Vehicle such as automobile, van and/or R.V. Expenses incurred as a result of an accident while traveling as driver or passenger on any kind of motorcycle.
11. Medical expenses and/or medical related expenses incurred outside of the Territory of the United States of Mexico.
12. Any elective (non-Emergency) treatment or surgery.
13. Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) or AIDS related complex. HIV positive and any HIV related illnesses.
14. The payment of eyeglasses, contact lenses, prosthetic devices, hearing aids as well as the replacement for loss of or damage.
15. Tests and investigative consultation, except when performed at the time of the Emergency.
16. Continuous medical intervention and treatment of an Insured Person when such medical intervention and treatment discloses a condition which, because of its nature, would require such continuous medical intervention and treatment.
17. This Policy does not provide reimbursement for Eligible Medical Expenses or Additional Medical/Travel Related Expenses as a result of surgical procedures if the Insured is able to travel home to his country of residence for all or part of treatment.
18. Expenses incurred as a result of the Insured's failure to accept or follow the physician's advise, treatment or recommended treatment.
19. Lesions or accidents suffered as a direct consequence of Pre-existing Conditions, as established in the Definition Section, as well as any and/all consequences and/or complications.

#### Section IV - General Conditions

1. **Notice:** The notice of a loss shall be given immediately, unless it is impossible to do so and / or because of acts of God. The claim notice shall be given in accordance with the claims procedures clause annexed to this Policy. The Insured will have to furnish proof and additional information and furnish a certificate from a Licensed Medical Physician detailing the cause or nature of the Sickness or Injury for which the claim has been submitted.
2. **Misrepresentation and Fraud:** The entire Coverage under this Policy shall be void at the option of the Company if, whether before or after loss, the Insured has concealed or misrepresented any material fact or circumstance concerning this Policy or his interest therein, or in the case of any fraud by the Insured. Any claim to which such concealed or misrepresented material fact or circumstances pertains shall not be payable under this Policy. Inclusively, if after having paid the claim a fraud or false statement shall be ascertained, the Insured will be responsible for reimbursement of all the expenses incurred by the Company.

3. **Other Insurances:** This is an Emergency Hospital / Medical Travel Policy in excess to any other Hospital / Medical Coverage subscribed by the Insured. If the Insured do not have any other Medical /Hospital Coverage, this Policy will pay for all Eligible Medical Expense up to the Insured Sum as set forth in exclusions and conditions of this policy. If the Insured has any other Medical / Hospital Coverage, this Policy will pay for Eligible Medical Expenses in excess to any other Coverage and up to the Insured Sum. In the event the Insured is covered by another Policy for medical expenses and the Company has paid all or part of the expenses related to the claim, he shall, if requested by the Company, assign any acquired right of action against any person, firm or organization for loss covered hereunder and transfer such claim or right of action to the Company and will permit suit to be brought in his name under the direction and expense of the Company. He shall do nothing after a loss to prejudice such rights.
4. **Waiver and Notifications:** Policy General Conditions and clauses will only be modifiable with a previous agreement between the contracting parties: The Company and the Insured. Those amendments shall be stated in writing (article 19 of the Mexican Insurance Contract Law) and properly registered at the Mexican Underwriting and Bonds National Commission (Comisión Nacional de Seguros y Fianzas) by means of endorsements or additional clauses. In consequence, any agent or person not expressly authorized by the Company will not be allowed to proceed to add or delete any amendment or concession. Any notification related to this contract shall be forwarded in writing to the corporate address of the Company.
5. **Company to Furnish Forms for Proof of Claim:** The Company shall furnish forms for proof of claim within 15 days after receiving notice of claim, but where the claimant has not received the forms within that time the claimant may submit proof of claim in the form of a written statement of the cause or nature of the Sickness or Injury giving rise to the claim and the extent of the loss.
6. **Rights of Examination:** As a condition precedent to reimbursement under this Policy, the claimant shall afford to the Company an opportunity to examine his person when and so often as it reasonably requires while the claim hereunder is pending, in accordance with article 71 of the Mexican Insurance Contract Law.
7. **Consent:** In the event of a claim, the Insured hereby consent to the Company and its Agents obtaining any and all information with respect to Sickness, Injury, medical history, consultations, medicines, or treatment and copies of all Hospital or medical records.
8. **Payment:** When Eligible Medical Expenses are reimbursable, the Eligible Medical Expenses shall be paid by the Company within 30 days after it has received satisfactory proof of claim.
9. **Territoriality:** The Policy covers only Accidents or Sickness which occurs in the territory of the United States of Mexico.
10. **Currency:** Any dollar expressed as a limit of Coverage or benefit payable under this Policy is deemed by the Company to be in US currency. Claims will be reimbursed at the exchange rate published by the Bank of the Mexico in the Official Gazette of the Federation on the date the claim is received by the Company.
11. **Responsibility:** The availability, quality, results or effects of any medical treatment, assistance, Hospitalization, transportation or the Insured's failure to obtain any of the above, is not the responsibility of either the Company, the Service Provider or any company or agency providing services on their behalf.
12. **Language:** The English text of this Policy is a courtesy of the Company. For the Policy conditions and interpretation, the Spanish version shall prevail. The Insured may request at any time a Spanish version of the Policy from the Company.
13. **Competence:** In the event of a controversy, the Insured shall appeal to the Mexican Underwriting and Bonds National Commission (Comisión Nacional de Seguros y Fianzas) central offices or regional delegations, in the terms of the article 135 of the Mexican Institutions and Mutualist Societies General Law. If this organization is not appointed as referee, he shall then go to competent courts of law at the Company's address.
14. **Prescription:** All actions originated by this Underwriting contract terminate two years after the date of the event that originated them in accordance to article 81 of the Mexican Insurance Contract Law, except for the exemptions recorded in the article 82 of the same law. The prescription will be interrupted not only for the ordinary causes but also by appointment of an expert or for the beginning of the procedure described in article 135 of the Mexican Institutions and Mutualist Societies General Law.
15. **Claims Payment:** Claims will not be considered unless the Advice Claim Form is completed in full and signed by the claimant. If requested by the Company through OneWorld Assist Inc. a Certificate of the Physician in his country of residence must also be completed. Failure to provide fully completed forms may invalidate his claim.
16. **Statutory Conditions:** Notwithstanding any other provisions herein contained this contract is subject to the Statutory Conditions in the Mexican Insurance Contract Law.
17. **Physicians, assistants, anesthesiologists and nurses' fee invoices** as well as any medical provider's invoice will have to specify the concept, be issued to the insured name and according to the fee invoice's and invoice's specifications of the Mexican Secretaría de Hacienda y Crédito Público and be signed by the issuing person. Fee payments presented on a physician's prescription will not have any validity for reimbursement purpose. It is the responsibility of the claimant to include the drugstore receipt(s) as well as the medical prescription(s) to enable the claim to be processed and confirm the eligibility of the claim.
18. **Commissions:** During the term of the policy, the insured may request in writing to the Company, information pertaining to the percentage of the premium for commission or direct compensation, which corresponds to the intermediary party or corporation for its intervention in the formalization of this Agreement. The Company will provide such information, either in writing or through electronic means, within a term not to exceed ten business days from the date the information request is received by the Company.

## Section V – International Assistance Service

Toll-free Help Line. - This toll-free help line is available 24 hours a day, every day of the year.

From Mexico call 01 (800) 514 9976

From the USA or Canada call 1 (800) 663 0399

1. **Advisory Services:** One of our Physicians and surgeons will provide consultative and advisory services including review of the appropriateness and analysis of the medical care the Insured is receiving.
2. **Monitoring of Progress:** the Insured progress will be monitored during his treatment and recovery period.
3. **Interpretation:** The interpretation of the Policy wording is available to the Insured and to the Medical Providers who are treating him.

## Section VI - Definitions of Words that the Insured Should Know

**“Accidental Bodily Injury” or “Injury”:** Means Bodily Injury caused by a fortuitous, violent, external and Accidental means.

**“Acute”:** Means the initial or Emergency short course (not chronic) treatment phase of a sudden and unexpected Sickness or Injury.

**“Company”:** Means the Mexican Insurance Company Grupo Nacional Provincial, S. A. responsible to Insure the person for whom the Policy is being issued.

**“Deductible”:** Means the initial expenses to be paid by the Insured up to the limit established on the Application form for each covered Accident or Sickness.

**“Delayed Common Carrier” or “Delayed”:** Means delay solely due to an unannounced and unpublished strike, weather conditions or hijacking. Such delay Coverage does not include loss from or contributed by: Detention by customs officials, war, air traffic delays caused by congestion in the skies and mechanical breakdown.

**“Eligible Medical Expenses”:** Means those categories of expenses which are detailed under this heading in this Policy.

**“Emergency”:** Is an unforeseen event which occurs while traveling in Mexico. It affects the Insured in such a way that the medical condition, based on sound accepted medical criteria, is judged to have the potential to threaten life, limb, consciousness, speech, or sight, and which medical condition requires immediate intensive complex care, or which condition is the result of immediate trauma. The Insured will be in continued danger unless there is immediate intervention by a Legally Licensed Physician necessitating the examination or treatment by such Physician licensed to practice his/her profession. Such Emergency no longer exists, when, in the opinion of the attending Licensed Medical Physician subject to all other provisions of this Policy, the Insured is able to return to his country of residence. Once such Emergency ends, no further benefits are payable in respect of the condition which caused the Emergency. Where the examination or treatment discloses a condition which because of its nature requires continuous intervention or treatment this continuous intervention or treatment does not constitute a reimbursable Eligible Medical Expense.

**“Hospital”:** Means a legally constituted medical facility under the medical supervision of a Physician, with either permanent facilities on the premises for surgery or a formal arrangement with another institution making such facilities available, and providing 24 hour nursing services. The term “Hospital” does not include convalescent, nursing, rest or skilled nursing facilities, whether separate or a part of a regular general Hospital, operated exclusively for the treatment of persons who are mentally ill, aged, drug or alcohol abusers.

**“Insured Sum”:** Is the maximum payment responsibility of the Company for all accidents or sickness occurred during the contracted period of coverage. This amount is stated in the policy's application form.

**“Licensed Medical Physician” or “Physician”:** Means a Physician who is currently registered and licensed in accordance with the regulations applying in the jurisdiction where the Physician practices.

**“Medical File”:** It is the detailed and orderly description of data and information pertaining to the Insured's health, and is integrated by the Accident and/or Sickness Report and Medical Report Formats established by GNP. Accordingly, such Medical File will also be conformed by all written, graphical, medical imaging and/or any other type of supporting documents, issued by any type of professional medical personnel.

**“Pre-Existing Condition”:** Means a medical condition, illness or Injury known to the Insured Person, and for which an Insured Person has received medical consultation, diagnosis, and/or treatment in any period prior to travel. A Pre-existing Condition includes a medically recognized complication of a condition, Sickness or Injury, or a recurrence of a malignant disease and its sequel or a recurrence of a degenerative disease or condition, for which the Insured has received treatment at any time prior to the date of travel.

Any sickness and/or or medical condition shall be considered Pre-existing:

1. If it has been declared as such prior to this Agreement, and/or;
2. If a Medical File contains information establishing the existence of such sickness and/or condition prior to the effective date of the policy, an/or;
3. If it has been diagnosed as such prior to the effective date of the policy, through laboratory testing or any other pertaining medical procedures for diagnosis, and/or;

4. If prior to the effective date of this Agreement, there is documentary evidence of payments and/or expenses incurred involving diagnosis and/or medical treatment.

**“Service Provider”**: Is the assistance and claim processing Company OneWorld Assist Inc. appointed by Grupo Nacional Provincial S.

A. and who provides the following services:

1. 24 hr., 365 days a year calling center;
2. Medical transportation coordination;
3. Information by telephone of medical network Hospital and Physicians for which direct payment will apply;
4. Claim processing, advisement and reimbursement to the insured.

However, The Company is responsible for the fulfillment of this contract.

**“Sickness”**: Means an Acute illness requiring immediate Emergency treatment as a result of a sudden onset of symptoms occurring while the Insured is outside his home country during a covered trip.

**“Terminal Prognosis”**: Means a terminal condition which in the opinion of a Licensed Medical Physician is likely to result in the Insured Person requiring medical intervention and/or Hospitalization during a covered trip.

**“Private Passenger Vehicle”**: Means an privately owned automobile, R.V., boat, motorcycle or other land or water conveyance used during the covered trip. Public transportation vehicles such as taxis, busses and vans are covered when the Insured is a passenger of such a vehicle.

## Section VII - Claims Procedures and Payment of Benefits

In the event of Hospitalization call immediately 24 hr. a day.

From Mexico Toll-free	001 (800) 514 - 9976
From USA & Canada Toll-free	1 (800) 663 - 0399
Or Call Collect	1 (604) 278 - 4108

The Company will cover the Medical Eligible Expenses paid by the Insured through reimbursement. However, whenever possible in accordance to the availability of services in the region, the Company and the service provider shall assist the Insured in receiving through direct payment, the medical treatment, assistance, Hospitalization or transportation most suitable to the situation.

Any notice of claim or correspondence concerning a medical claim should be promptly sent to:

**OneWorld Assist Inc., 1685 H Street, No. 706, Blaine, WA, 98230**

Any non-medical claim or complaint should be sent to:

**Seguros Grupo Nacional Provincial S. A., Av. Diego Rivera n° 1511 Tijuana, B. C. C.P. 22320 Mexico Phone: 01 (800) 026 – 5110**

This document and the technical note it is based on is registered before the Mexican Underwriting and Bonds National Commission in accordance with what's stated in article 36 – A and 36 – B of the Mexican Insurance Institutions and Mutualist Societies General Law by letter with filling number n° 06 – 367 – I – 1.1. / 2 2 3 9 4 of July 30, 1997.

TravelGold is a registered trademark of North American Air Travel Insurance Agents Ltd., a licensed insurance broker.

## What to do in case of Sickness or Accident - Three easy steps:

### Notify

- Notify immediately the claim to OneWorld Assist Inc. by calling 24hrs a day:

From Mexico Toll-free	001 (800) 514 - 9976
From USA & Canada Toll-free	1 (800) 663 - 0399
Or Call Collect	1 (604) 278 - 4108

To call collect from Mexico, dial 090 from any phone and follow the instructions.

- When you notify us of the claim we will mail to you a claims reimbursement form.
- This document of insurance covers Emergency services only and a claim may be invalid if an Insured is able to travel home for all or part of the treatment.
- Remember that in the event of a claim which may require or result in hospitalization, a pre-admission certification is required. You or the hospital will have to request it from OneWorld Assist Inc. when notifying the claim.

### Document

Request all the original documents to verify the paid expenses as:

- Hospital and medical provider Invoices “Factura” in Spanish
- Medicine Invoice “Factura” in Spanish; which will have to be accompanied by the respective prescription.

- Physicians, assistants, anesthesiologists and nurses' fee invoices "Recibo de Honorarios" in Spanish.
- Clinic history and any diagnostic procedure information.

**Remember that:**

- Claims are reimbursable only when the original documents previously described are presented. We suggest you keep a copy of all document you send to us.
- Claims are only reimbursable when you present the Invoices and Fee Invoices ("Facturas and "Recibos de Honorarios" in Spanish) issued according to the invoice and fee invoice's specifications of the Mexican Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Your medical provider, physician and hospital will deliver them accordingly provided you request them specifically as "Facturas" and "Recibos de Honorarios" in Spanish.
- Medical expenses stated in prescriptions, letterhead stationary, credit cards vouchers, bank statements, register tickets, notes and bills are NOT REIMBURSABLE DOCUMENTS.

**Send**

List all the original documents on a piece of paper, attach them to the previously filled claim reimbursement form and send them to the following address: OneWorld Assist Inc., 1685 H Street, No. 706, Blaine, WA, 98230.

## MexEvac® International Assistance Services

Services contract entered into by and between traveler ("BENEFICIARY") and Latin Assist, LLC ("COMPANY") as specified herein:

### DECLARATIONS:

- a) BENEFICIARY declares to have purchased from COMPANY an emergency travel assistance service certificate, which is part of this CONTRACT.
- b) COMPANY declares it has created a service for BENEFICIARY who has purchased an emergency travel assistance service certificate for coverage during his/her travels to and inside the United Mexican States ("Mexico").

### COVERAGE:

Coverage begins at the time and on the date BENEFICIARY enters Mexico and terminates upon leaving Mexico or upon expiration date stated in the certificate, whichever occurs first,

### SERVICE:

The assistance services described herein will be only be provided in Mexico and under no circumstances will be extended or provided outside of Mexico. Services are provided directly by THE COMPANY or by its authorized service providers and are available 24 hours a day, every day of the year by calling the following numbers:

Within Mexico dial:	01 (800) 624 -6507
Within the EEUU or Canada dial:	1 (888) 819 -0714

It is the responsibility and obligation of the BENEFICIARY to abstain from incurring in unauthorized expenses and to notify the COMPANY of any event or situation which may be cause to request the assistance services covered under this contract.

### COVERED ASSISTANCE BENEFITS:

#### 1. MEDICAL ASSISTANCE – Medical Assistance will constitute of COORDINATION AND MEDICAL REFERRALS IN MEXICO 24 HRS A DAY.

- A. When the BENEFICIARY requires Medical Assistance, the Medical Team of THE COMPANY will provide and/or coordinate:
  - An appointment with a Professional Physicians.
  - A visit from a Professional Physician.
  - A checkup or visit at a local hospital or clinic.

The Medical Team of the Company will not issue a diagnosis but at the request of the BENEFICIARY it will arrange for the necessary care.

THE COMPANY will provide these services in the major metropolitan areas of Mexico. In rural or isolated areas were these services are not immediately available THE COMPANY will do everything possible to assist the BENEFICIARY in contacting a doctor, hospital or clinic within reasonable time.

The COMPANY will not be responsible with regards to any medical attention or lack of it provided or not by any physician, doctor, hospital or clinic.

- B. EMERGENCY MEDICAL TRANSFERS. In the event that during the term of coverage, the BENEFICIARY suffers an accident or illness, causing lesions or trauma and the treating physician, in agreement with the Medical Team of the COMPANY, recommends hospitalization or medical transfer, the COMPANY will make arrangements and assume the cost of transportation by ambulance to closest clinic or hospital appropriate for the necessary care or treatment. This benefit is limited to two events.
- C. EMERGENCY MEDICAL AIR AMBULANCE TRANSFER. In the event that during the term of coverage, the BENEFICIARY suffers a grave accident or illness, causing life threatening lesions or trauma and the treating physician, in agreement with the Medical Team of the COMPANY, recommends immediate hospitalization or medical transfer, the COMPANY will make arrangements and assume the cost of transportation by air ambulance to the closest clinic or hospital for the necessary care or treatment required by the Treating Physician in agreement with the Medical Team of the COMPANY. This benefit is limited to one event.
- D. REPATRIATION AFTER MEDICAL TREATMENT. When prescribed by the treating physician and in agreement with the Medical Team of the COMPANY, the COMPANY will provide the BENEFICIARY with a one way commercial airline ticket for return to his/her place of permanent residence.

THE COMPANY will coordinate and assume the repatriation costs of the BENEFICIARY in agreement with the conditions and with the necessary equipment prescribed by hie Treating Physician and in agreement with the Medical Team of the COMPANY (Stretcher, extra seat, oxygen, etc.)

- E. TRANSPORTATION AND LODGING FOR FAMILY MEMBER DURING HOSPITALIZATION. In the event of hospitalization of the BENEFICIARY due to accident or illness and that his/her hospitalization is expected to be greater than five days, the COMPANY will arrange and pay for a round trip ticket (coach and originating at the place of residence of the BENEFICIARY) for a person, designated by the

BENEFICIARY to accompany him/he during hospitalization. The COMPANY will also arrange and pay for lodging expenses of the designated companion up to a maximum of \$60.00 USD per day up to five days.

If the BENEFICIARY were to pass away, with the purpose of repatriating the body, the COMPANY will provide the same benefits for a family member of the BENEFICIARY.

- F. PAYMENT OF RETURN OR CONTINUATION OF TRIP FOR COMPANIONS. If the BENEFICIARY is hospitalized due to accident or illness or in the event he/she passes away, the COMPANY will provide for the transportation of the travel companions of the BENEFICIARY to their place of residence. If necessary, when dealing with minors, the COMPANY will provide an adult companion for the children.

In the event that the companions decide to continue with their trip they will renounce to this benefit and the COMPANY will no longer be liable for any expense or responsibility thereof.

The COMPANY will arrange and pay for the transportation of the companions in economy class to their place of permanent residence, by means of available and reasonable transportation (land or air).

- G. PAYMENT OF HOTEL FOR CONVALESCENCE. The COMPANY will arrange and pay for the stay of the BENEFICIARY at a hotel of his/her choice immediately after leaving the hospital, if prescribed by the treating physician and in agreement with the Medical Team of the COMPANY. Benefit will be provided when:

1. Convalescence initiates immediately (same day) after leaving the hospital or clinic.
2. The maximum amount for this benefit will be of \$60 USD per day, per person up to a maximum of 10 days.
3. Payment of Hotel for Convalescence benefit only applies to lodging, excluding personal expenses (food, beverage, minibar, movies, telephone, etc.) which shall be paid by the BENEFICIARY.

- H. REPATRIATION OF MORTAL REMAINS OR LOCAL BURIAL. In the event of death of the BENEFICIARY the company will provide, at the request of immediate family or representatives one of two options;

1. THE COMPANY will make all arrangements and transport the mortal remains to the place of burial or cremation at the place of permanent residence of THE BENEFICIARY.
2. THE COMPANY will make arrangements and assume the cost of a BASIC PACKAGE, burial or cremation, to be provided by a local funeral home with whom the company is contracted in the same city or place where THE BENEFICIARY was deceased.

- I. ODONTOLOGICAL ASSISTANCE (Dentist). In the event that the BENEFICIARY suffers acute pain or has dental problems which require urgent odontological treatment, the COMPANY will schedule an appointment with a specialist for the treatment of pain, infection and if necessary, extraction of the affected teeth. The cost of treatment will be covered by the BENEFICIARY.

- J. EYEGLASSES AND CONTACT LENSE REPLACEMENT ASSISTANCE. In the event of loss or damage of eyeglasses or contact lenses of the BENEFICIARY, the COMPANY will schedule an appointment with an optometrist who will provide a prescription and will allow for the replacement of the lenses. The cost of the lenses will be covered by the BENEFICIARY.

2. TRAVEL ASSISTANCE WITHIN MEXICO.- Travel assistance will consist of:

- A. TOURIST INFORMATION. THE COMPANY will provide information related to:

- Schedules of museums and other places of interest
- Vaccine and visa requirements
- Weather conditions
- Sporting events and spectacles.

- B. TRAVEL INFORMATION. The COMPANY will provide information regarding:

- |                         |                             |
|-------------------------|-----------------------------|
| 1.- Travel Agencies     | 8.- Shopping Centers        |
| 2.- Weather             | 9.- Events and Expositions  |
| 3.- Currency Exchange   | 10.- Hotels and Restaurants |
| 4.- Holidays            | 11.- Museums and Galleries  |
| 5.- Sporting Events     | 12.- Night Clubs            |
| 6.- Events Tickets      |                             |
| 7.- Tourist Attractions |                             |

- C. US STATE DEPARTMENT ADVISORY INFORMATION. While in Mexico, the BENEFICIARY may request the COMPANY for updated information issued by the US State Department regarding travel alerts, public announcements and consular information.

- D. COMMUNICATION WITH EMBASSIES AND CONSULATES. Upon request, the COMPANY will provide the BENEFICIARY the means to communicate with these agencies.

- E. EMERGENCY CONTACT, COMMUNICATION AND MESSAGING. In the event of an emergency, the COMPANY will inform the family, doctors and/or employer of the BENEFICIARY. All communication expenses will be assumed by the COMPANY.

The COMPANY will may not be held responsible for the content, veracity and form of information transmitted.

- F. ASSISTANCE TO FILE AND RECOVER OR REPLACE LOST OR STOLEN DOCUMENTS. In the event of loss or theft of documents and personal effects of the BENEFICIARY, the COMPANY will provide advice on the procedures to file a report with the authorities and will assist in the search for recovery or replacement. If the documents or effects were to be recovered, the COMPANY will arrange to forward them to the place where the BENEFICIARY can be reached or to the place of permanent residence of the BENEFICIARY.

- G. EMERGENCY MONEY TRANSFER. In the event of an accident or illness of the BENEFICIARY, upon request of the BENEFICIARY the COMPANY will wire transfer, at no cost to the BENEFICIARY up to \$1,000 USD. The funds to be transferred must be deposited with the COMPANY and/or its designated representative before the funds are transferred.

This benefit is not to be considered an advance of funds or loan. The service is only to provide assistance in transferring funds to or from the BENEFICIARY in Mexico in the event of an emergency.

- H. TRAVEL AGENCY SERVICES. Upon request and on behalf of the BENEFICIARY the COMPANY will coordinate any travel arrangements, including reservations with airlines or other transportation companies, hotels, etc. The cost of the services coordinated will be paid by the BENEFICIARY.
- I. TRANSLATING SERVICES. In the event of an accident or illness of the BENEFICIARY, upon request of the BENEFICIARY the COMPANY will provide emergency translation to facilitate communication between the BENEFICIARY and his/her companions and legal, medical or other providers.
- J. LOST BAGAGGE ASSISTANCE. In the event of theft or loss of baggage or personal effects property of the BENEFICIARY, the COMPANY will assist to file the corresponding reports and will assist in the search or recovery. If these items were to be recovered, the COMPANY will arrange to forward them to the place where the BENEFICIARY can be reached or to the place of permanent residence of the BENEFICIARY.

3. LEGAL ASSISTANCE AND REPRESENTATION: Upon request, the COMPANY, through its network of lawyers, will provide legal assistance services to the BENEFICIARY. Legal assistance and representation will be provided twenty four hours a day and three hundred sixty five days of the year before the Agent of the Public Ministry Office and/or Penal Judge in Mexico.

Resulting of this service and according to applicable law, COMPANY commits to:

- A. Cover all COMPANY attorney's fees as well as procedure expenses derived from the defense of the BENEFICIARY.
- B. If because of distance and/or any other cause attributable to COMPANY the attorney or legal representative of the COMPANY is not able to provide the service, COMPANY authorizes BENEFICIARY to retain the services of a lawyer for necessary and immediate legal assistance. In this case, COMPANY will pay and/or refund this attorney's fees until a COMPANY attorney is present, up to a maximum amount equal to sixty days of minimum wage in the (Mexican) Federal District.

4. LEGAL ASSISTANCE REQUIREMENTS TO THE BENEFICIARY: In the event that the BENEFICIARY requires an attorney to appear before the Agent of the Public Ministry Office and/or Penal Judge due to Property Damage, Bodily Injury or Homicide, the BENEFICIARY must:
- A. Advise the COMPANY as soon as he/she has knowledge of the fact except in case of reason beyond control but must communicate the fact as soon as the impediment disappears.
- B. For safety, must not say or declare anything to the authorities until a lawyer representing him/her is present.
- C. In the event the authorities or Public Ministry initiate a case investigation or inquiries the BENEFICIARY must provide all necessary elements and information. The BENEFICIARY must also cooperate during the proceedings and assist before the authorities when cited.
- D. Abstain from making arrangements, deals or incur in expenses without the authorization of the COMPANY.
- E. Immediately inform the COMPANY attorney and/or COMPANY of any change of address or when cited to appear before the authorities.
- F. Appear before the authorities as many times as required or cited.
- G. Immediately inform the COMPANY and provide or deliver to COMPANY any notifications, requirements or claims received.
- H. Present COMPANY or its representative a copy of the policy or declarations page showing coverage for the services requested.
- I. LIMITS AND EXCLUSIONS OF THE LEGAL ASSISTANCE. The following will be cause of exclusion and/or excluded of the legal assistance:
- I. The company will not post any bail bonds or guarantees.
  - II. If the BENEFICIARY refuses to appear before the authorities as required.
  - III. If the BENEFICIARY does not accept, name or designate as his lawyer the company attorney.
  - IV. Company does not cover and will not pay fines or any costs not specified herein.
  - V. Company will not pay or reimburse: gifts, gratifications, photocopying, or any other expense not covered.
  - VI. If BENEFICIARY intentionally participates in the commission of crimes or other than accidental occurrences.
  - VII. When damages and/or injuries occur due to an intentional action perpetrated by the BENEFICIARY.
  - VIII. The company will not provide legal assistance or representation for any civil case or demand resulting from the services provided for the defense of the BENEFICIARY.
  - IX. If authorities initiate inquires or investigations of the BENEFICIARY for drug related crimes for possession or consumption of narcotics.
  - X. Legal assistance will only be provided before the authorities.

5. THE BENEFICIARY WILL HAVE THE FOLLOWING OBLIGATIONS:

- A. REQUEST FOR ASSISTANCE. In the event of a situation where assistance is required and before anything else, the BENEFICIARY must contact the COMPANY by calling the toll free 01 800 number and/or collect calling providing the following information:
1. Location and if available a telephone number where THE COMPANY may call back.
  2. Name, Policy Number and Coverage Term (Days).
  3. Detailed description of the situation and type of assistance needed.
  4. Abstain from making any arrangements and/or expenses without consulting with the COMPANY.
- B. PRECAUTIONS AND SAFETY MEASURES. The BENEFICIARY is obliged to take all actions possible to prevent or diminish any situation that may result in the need of assistance.
- C. CLAIMS. Any and all claims related to an assistance situation must be presented within 90 (ninety) natural days of the date when occurred.

6. GENERAL EXCLUSIONS OF THE ASSISTANCE SERVICES.

- A. Situations occurred during a trip or vacation realized by the BENEFICIARY against medical prescription or recommendation.
- B. When the BENEFICIARY doesn't provide true and accurate information which would result in the impossibility of providing the assistance.
- C. The BENEFICIARY will not have the right to be reimbursed for expenses not (explicitly) authorized by the Company.
- D. When the BENEFICIARY isn't able to provide a valid identification and/or proof of right to service.
- E. When the BENEFICIARY doesn't comply with any of the obligations indicated in the General Conditions of this contract.
- F. The Company will not be responsible for any delays or service failure due to any reason beyond control or due to any administrative, political or legal impediments at the place where assistance is needed.
- G. The providers of assistance services are likely to be independent contractors of the Company. The Company is responsible for the compliance and providing of the services stipulated in this contract. The company will not be responsible for any differences between services provided by different providers regardless of the fact that they are certified providers chosen by the company.
- H. Services will also be excluded when they derive directly or indirectly from:
  - I. Strikes, war, foreign invasion or hostilities (declared war or not), rebellion, civil war, insurrection, terrorism, popular uprising, marches, radioactivity or similar beyond control.
  - II. Self-inflicted injuries, suicidal attempts, suicide or aiding in suicide or criminal activity by BENEFICIARY.
  - III. Mental, psychiatric or psychological illnesses.
  - IV. Pathological effects on adults or minors caused by the consumption of toxic substances, drugs and/or illegal or legal medication (unless under prescription).
  - V. Intentional damage or engaging in criminal activities.
  - VI. Transfers of pregnant women. Service will not be provided to women within the last 90 days of pregnancy.
  - VII. Accidents, lesion or illnesses resulting from professional or official sporting competitions.
  - VIII. IF the BENEFICIARY or driver of the covered vehicle becomes a fugitive and/or leaves the scene of the accident.
  - IX. Direct violations to driver licenses or permits.

#### 7. **PROCEDURE TO REQUEST A REFUND:**

BENEFICIARY will not be entitled to a refund for expenses incurred without the previous authorization from COMPANY.

To present a claim and request a refund for authorized expenses the BENEFICIARY should follow the following guidelines:

- a) BENEFICIARY must inform and report all incurred expenses to COMPANY before leaving Mexico and no later than 10 days after the event or incident for which the expenses for assistance services were incurred occurred.
- b) Under no circumstances will medical air transfers or ambulance service be refunded.
- c) For all other covered medical assistance benefits, reimbursement claims will be accepted and processed only if the Medical Team of the COMPANY has the medical report and the treating doctor's information to verify compliance of the requisites needed to grant the benefits and/or in the event of clear emergency or life threatening situation to the BENEFICIARY for which third party assistance was needed.
- d) If applicable and when authorized reimbursements will be made upon receipt of original invoices or receipts issued to BENEFICIARY by the providers, including complete names and addresses for verification. Original invoices or receipts should not have any corrections, annotations, scratches or damage.
- e) It will be necessary to submit with your claim for refund an explanatory letter describing the event and/or reasons why a reimbursement is requested, including references to the date and time in which the COMPANY was contacted for authorization, name of the customer service representative and/or claim or reference number. (COMPANY will always provide a claim or reference number when contacted by BENEFICIARY to request service or authorization to incur in covered expenses.)
- f) It will be necessary that the following information is provided to process a refund claim:
  - Complete name of BENEFICIARY
  - Address of BENEFICIARY
  - Telephone of BENEFICIARY
 If the BENEFICIARY request that the refund be made by direct deposit or wire transfer the following information will be required:
  - Bank Name
  - Bank Address
  - Bank Branch Name or Number
  - Account Number
  - ABA or Swift code/number
- g) Please attach a copy of the certificate and original invoices or receipts.
- h) Reimbursement will be made in US Dollars at the exchange rate of date the payment is made posted by the bank issuing the deposit. Commissions and taxes shall be paid by the recipient(s) of the transfer(s).

Latin Assist, LLC.  
222 W. Las Colinas Blvd. Ste 1650  
Irving, TX 75063

## **ATMSafe™ Robbery Description of Coverage** **Protection you can bank on®**

### **1. Coverage**

We are providing Beneficiary with ATMSafe Coverage in the event that Beneficiary is robbed while withdrawing funds from an ATM while covered under the certificate and when in Mexico. The ATMSafe Robbery Benefit will run concurrent with the term of your MexEvac® coverage commencing on the effective (Coverage From) date and terminating on the expiration (Coverage To) date indicated in the certificate declarations page.

### **2. Eligibility**

Residents of the United States or Canada with a MexEvac® Travel Assistance certificate who reside outside of Mexico at least 9 months out of the year.

### **3. Benefits and Coverage**

The Robbery Benefit is limited to two events per year with a maximum benefit of \$300 USD total.

If the Beneficiary is robbed within 10 minutes after the Beneficiary's access to the ATM and withdrawal of funds from such ATM and the stolen funds are not recovered within 48 hours of the robbery, the Company will pay a benefit equal to the Robbery Benefit. The Robbery Benefit will be payable provided the Robbery is reported to the police within 48 hours of its occurrence, and the following documentation is produced upon submission of a claim:

- a) A copy of the police report;
- b) A fully completed dated and signed (by the Beneficiary) claim form;
- c) A copy of the ATM transaction receipt, showing the amount withdrawn, time, date and location of the ATM; and/or
- d) Confirmation from the financial institution records that the transaction occurred at the time, date and said location.

### **4. Definitions**

ATM - means an automatic electronic device designed to permit the Beneficiary to interface with a financial institution without teller assistance to access and withdraw funds from his/her accounts using a Registered Card.

Robbery/Robbed - means the taking from the Beneficiary cash withdrawn from an ATM by inflicting or threatening imminent physical harm or bodily injury, or by placing the Beneficiary in fear of imminent physical harm or bodily injury.

### **5. Coverage Exclusions**

Robbery benefits are not payable for any loss caused in whole or in part by, or resulting in whole or in part from:

- a) subsequent loss that arises out of the theft of a Registered Card, or from theft of captured information by any means from the ATM;
- b) loss caused by an officer or employee of the financial institution;
- c) any incident giving rise to a loss or potential loss involving the Beneficiary's family members as perpetrators of the Robbery (for purposes of this exclusion, family members includes relatives as far removed as first cousins);
- d) any costs, charges or expenses incurred by the Beneficiary or by any financial institution, in establishing the existence of loss or potential loss provided under this certificate;
- e) cash left unattended;
- f) any loss resulting from use of a Registered Card for any reason other than the withdrawal of cash from an ATM;
- g) any loss resulting from the use of a Registered Card by anyone other than the Beneficiary.

### **6. Claims**

Written notice of claim must be given to the Company within 20 days after a Beneficiary's loss, or as soon thereafter as reasonably possible. Notice given by or on behalf of the claimant to the Company at American International Companies, Accident and Health Claims Division, P. O. Box 15701, Wilmington, DE 19850-5701, with information sufficient to identify the Beneficiary, is deemed notice to the Company.

ATMSafe® Robbery coverage is provided by ATMSafe North America, LLC and Telmach Risk Management. Underwritten by National Union Fire Insurance Company of Pittsburgh, PA. its principal place of business in New York, NY.

## Seguro de Gastos Médicos de Emergencia en Viaje, por Exceso

### Sección I - Contrato de Seguro

Aquel por el cual la Compañía Aseguradora se obliga, mediante el pago de una prima, a pagar por viaje asegurado hasta el máximo de la Suma Asegurada contratada por persona asegurada, en exceso del Deducible especificado en la carátula así como en exceso de cualquier otra cobertura contratada en seguro de Salud, con un tope máximo por automóvil del doble de la suma asegurada de acuerdo a las condiciones pactadas en la póliza.

Si una Hospitalización o tratamiento médico debido a alguna Emergencia médica es requerida durante su viaje en México, la Compañía le pagará al Asegurado o al proveedor de servicios médicos autorizado todos los Gastos Médicos a los que Tiene Derecho hasta el monto máximo de la Suma Asegurada, en exceso del Deducible especificado en la carátula.

Para que los gastos puedan calificar a un reembolso, deberán de haber sido médicamente necesarios en el tratamiento de una Lesión Corporal Accidental o de una Enfermedad repentina, Aguda e inesperada.

En caso de que la Póliza Principal del Asegurado no cubra el Accidente o Enfermedad por el cual se vio afectado el Asegurado, la Compañía pagará desde el primer gasto efectuado de acuerdo con las condiciones y cláusulas que forman parte de esta Póliza, siempre y cuando el Accidente y/o Enfermedad esté cubierto por la misma.

En caso de que el Asegurado no cuente con una Póliza de gastos médicos, la Compañía pagará desde el primer gasto efectuado por el Asegurado de acuerdo con las condiciones y cláusulas que forman parte de la Póliza, siempre y cuando el Accidente y/o Enfermedad esté cubierto por la misma.

**Elegibilidad** El Asegurado es elegible si:

1. Los gastos que incurrió son resultado de una emergencia aguda, inesperada y repentina;
2. Los gastos se incurren durante el período cubierto por esta póliza y hasta por un plazo de seis (6) meses posteriores al accidente y/o enfermedad en caso de Hospitalización continua y/o hasta agotarse la suma asegurada, lo que suceda primero;
3. La duración del viaje no excede la cantidad de días elegidos en la carátula o autorizados como período de extensión; y
4. Los Gastos son incurridos en México.

Nota: La carátula es la base de y forma parte integrante de su póliza.

**Período de Cobertura:** La cobertura entra en vigencia en el momento y fecha de la entrada a México y finaliza en el momento de la salida de México o a la expiración de los días especificados en la carátula, lo que ocurra primero.

### Sección II - Gastos Médicos Cubiertos

La Compañía consiente en pagarle al Asegurado o directamente al proveedor médico autorizado los gastos descritos a continuación:

1. **Hospitalización por emergencia médica:** Desde el primer día que el Asegurado ingresa al Hospital hasta que es dado de alta. Una vez que el Asegurado sea dado de alta, no será cubierto ningún tratamiento médico adicional y posterior que esté relacionado con el Accidente o Enfermedad que causó la Emergencia.
2. **Honorarios Médicos:** Los servicios de un médico actualmente registrado y autorizado de acuerdo a las regulaciones que se aplican en la jurisdicción en la cual el médico practica. Quedan excluidos los honorarios de dentista, quiropráctico o fisioterapeuta.
3. **Rayos X:** Rayos X y todo procedimiento de diagnóstico de laboratorio ejecutado en el momento de la emergencia.
4. **Medicamentos:** Medicinas y medicamentos (excluyendo las vitaminas, minerales y suplementos dietéticos) prescritos por el médico autorizado y por un máximo de 30 días. En caso de estar hospitalizado, la Compañía pagará el costo total de las medicinas y medicamentos prescritos por el tiempo que esté Hospitalizado.
5. **Extensión Automática de la Cobertura:** Esta póliza, al terminar cualquier período de cobertura, se extenderá automáticamente:
  - a. Por 72 horas en el caso de que el medio de transporte público quede demorado y le impida salir de México;
  - b. Si el Asegurado se encuentra hospitalizado durante el plazo de esta póliza y por el período que dure la hospitalización más 72 horas después de haber sido dado de alta para poder regresar a su domicilio.

### Sección III - Exclusiones de la Cobertura

La Compañía no se hará responsable de proporcionar la cobertura, el servicio, o de pagar o reembolsar gastos incurridos directamente o indirectamente como resultado de:

1. Cualquier condición preexistente como se define en la Sección VI y/o cualquier complicación relacionada a esa(s) condición(es) preexistente(s).
2. Embarazo, parto, o complicaciones del mismo, que ocurran durante las últimas 9 semanas anteriores a la fecha esperada del parto.
3. Guerra o cualquier acto de guerra, suicidio o cualquier intento del mismo, automutilación y cualquier acto criminal o intento de cometerlo.
4. Un viaje que se lleva a cabo en contra del aviso de un médico y/o después de haber recibido un pronóstico terminal.
5. Hospitalización, tratamiento o consejo médico para un padecimiento si un viaje se realiza específicamente para recibir Hospitalización, tratamiento o consejo médico a dicho padecimiento.
6. Lesiones por participar en:
  - Deportes profesionales y/o competencias de cualquier índole.
  - Deportes aéreos.
  - Deportes mecánicos.
  - Deportes de lucha.
  - Deportes acuáticos (excepto las actividades de playa siguientes: paracaídas de playa, moto acuática, ski acuático, bananas, wind surfing, surfing, velleo y buceo únicamente cuando se cuenta con licencia de buceo y/o bajo la supervisión de instructores capacitados y debidamente registrados por la autoridad local y siempre y cuando la sumersión no sea mayor a 40 metros).
  - Charrería, tauromaquia, equitación, alpinismo, espeleología, rappel y bungee jumping.
7. El abuso de medicamentos o cualquier evento acto u omisión causado o contribuido en parte por cualquier abuso de medicamentos. Lesiones sufridas cuando el asegurado muestre manifestación de alcohol en la sangre o cualquier evento acto u omisión causado o contribuido en parte por manifestación de alcohol en la sangre. Este inciso no operará cuando el asegurado demuestre mediante documentación fehaciente que tenía menos de 100 mgs / 100 ml de contenido alcohólico en la sangre. El consumo de narcóticos y/o cualquier sustancia ilegal o cualquier evento u omisión causado o contribuido en parte por cualquier consumo de narcóticos y/o cualquier sustancia ilegal.
8. Tratamientos psicoterapéuticos o tratamientos rehabilitativos, desórdenes psicológicos, mentales o emocionales.
9. Lesiones que el asegurado sufra cuando viaje como piloto, pasajero, mecánico o miembro de la tripulación de aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte regular de pasajeros.
10. Lesiones que el asegurado sufra como resultado de un accidente al viajar como piloto o pasajero en cualquier Vehículo Privado de Pasajeros como: automóvil, van y/o vehículo recreativo. Lesiones que el asegurado sufra como resultado de un accidente al viajar como piloto o pasajero en motocicleta.
11. Gastos Médicos y/o Gastos Médicos adicionales relacionados al viaje cubierto incurridos por el asegurado fuera del Territorio de los Estados Unidos Mexicanos.
12. Cualquier consulta, tratamiento o cirugía de elección (de no- emergencia).
13. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) cualquier complicación relacionada a esa enfermedad, HIV positivo y cualquier enfermedad relacionada con el HIV positivo.
14. El pago de lentes, lentes de contacto, prótesis, aparatos auditivos así como la reposición de los mismos por pérdida o daño.
15. Exámenes y consultas investigativas a menos de ser efectuadas en el momento de la emergencia.
16. Tratamiento médico y/o intervención continua a una persona asegurada cuando dicha intervención o tratamiento revele una condición la cual, por su naturaleza, requerirá de tratamiento y/o intervención médica continua.
17. Esta póliza no proporcionará el pago o reembolso de gastos médicos, de los tratamientos subsecuentes, ni de los gastos médicos adicionales como resultado de un procedimiento quirúrgico si el asegurado tiene la capacidad y posibilidad de viajar a su país y/o ciudad de residencia para recibir todo o parte del tratamiento.
18. Gastos incurridos a consecuencia de que el asegurado no acepte o no siga las indicaciones, recomendaciones y/o tratamiento del médico.
19. Lesiones o accidentes que se produzcan como consecuencia directa de padecimientos preexistentes, según se indica en el apartado de Definiciones, así como sus consecuencias y complicaciones.

#### Sección IV - Condiciones Generales

1. **Notificación:** La notificación del siniestro habrá de efectuarse de inmediato, salvo caso fortuito o de fuerza mayor. La reclamación del siniestro habrá de llevarse a cabo, de acuerdo al procedimiento de reclamaciones descrito en esta póliza. De igual manera deberá de proporcionar las pruebas e información adicionales que requiera la Compañía, proporcionar el certificado de un médico detallando las causas o naturaleza de la enfermedad o lesión para la cual la reclamación se hizo.

2. **Falsas declaraciones y/o fraude:** Cualquier declaración falsa y/o disimulación de información importante, antes o después de un siniestro, de las circunstancias constitutivas del riesgo, del objetivo del seguro o cualquier fraude por parte del asegurado facultará a la compañía para considerar rescindido en su totalidad el contrato establecido. Cualquier reclamación de gastos perteneciendo a una póliza para la cual hubo falsa declaración y/o fraude no será pagada o reembolsada. Inclusive, si fue comprobada alguna falsa declaración o fraude después de haber sido pagada la reclamación, el asegurado deberá de reembolsar a la Compañía los gastos devengados por ésta.
3. **Otros Seguros:** Esta es una póliza de Gastos Médicos de Emergencia en Viaje por exceso a cualquier otra cobertura de gastos médicos que tenga suscrita el Asegurado. Si el Asegurado cuenta con cualquier otra cobertura de gastos médicos, esta Póliza cubre los gastos médicos descritos en este documento a partir del momento en el cual las demás coberturas dejan de operar y hasta el máximo de la Suma Asegurada. Si el Asegurado no cuenta con ninguna otra cobertura de gastos médicos, esta Póliza cubre todos los gastos médicos descritos en este documento hasta el máximo de la Suma Asegurada. En caso de que el Asegurado cuente con alguna cobertura de gastos médicos adicionales a esta póliza, y en caso de que la Compañía pague el total o parte de los gastos erogados, el asegurado, a petición de la Compañía transferirá y cederá sus derechos de acción sobre cualquier persona, compañía u organización por pérdidas amparadas por esta Póliza. El Asegurado deberá autorizar a que se hagan las demandas en su nombre, dichas demandas estando a cargo y bajo la dirección de la Compañía. Posteriormente al siniestro el Asegurado no deberá llevar a cabo ninguna acción que pudiese perjudicar esos derechos.
4. **Modificaciones y notificaciones:** Las condiciones generales de la póliza, las cláusulas y los endosos sólo podrán modificarse previo acuerdo entre el Contratante y la Aseguradora. Estas modificaciones deberán constar por escrito y estar debidamente registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (Art. 19 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro). Por lo anterior, los agentes o cualquier otra persona que no esté expresamente autorizada por la Aseguradora, no podrán hacer modificaciones ni concesiones. Cualquier notificación relacionada con este Contrato deberá enviarse, por escrito, precisamente al domicilio social de la Aseguradora.
5. **Formatos de Reclamación:** La Compañía deberá de proporcionar los formatos de reclamación a los 15 días de haber recibido la notificación de un siniestro, pero si el reclamante no ha recibido los formatos durante ese plazo, podrá presentar las pruebas de la reclamación bajo forma de una declaración escrita con la causa o naturaleza de la enfermedad o lesión que dan lugar a dicha reclamación y una descripción del alcance de la pérdida.
6. **Derecho de examen:** Como condición precedente al reembolso bajo esta póliza, el reclamante deberá de permitir a la Compañía y darle la oportunidad de proceder a un examen físico de su persona cuando y cuantas veces sea razonablemente requerido mientras el pago quede pendiente, conforme al artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.
7. **Consentimiento:** En el caso de una reclamación, el asegurado otorga su consentimiento para que la Compañía obtenga toda la información necesaria en cuanto a la enfermedad, lesión, historia clínica, consultas, medicinas y tratamientos así como copia de todos los expedientes médicos u hospitalarios.
8. **Pago:** Cuando los gastos médicos a los que el asegurado tiene derecho son reembolsables, dichos gastos deberán de ser pagados en los 30 días después de que la Compañía haya recibido las pruebas satisfactorias de la reclamación.
9. **Territorialidad:** Las coberturas amparadas por la póliza se aplicarán en caso de accidentes o enfermedades ocurridos dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos.
10. **Moneda:** Cualquier dólar expresado como límite de cobertura o beneficio pagadero en esta póliza está considerado por la Compañía como dólar estadounidense. Las reclamaciones se reembolsarán de acuerdo al tipo de cambio publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación de la fecha en que la Compañía reciba la reclamación.
11. **Responsabilidad:** La disponibilidad, calidad, resultados o efectos de cualquier tratamiento médico, hospitalización, transportación o imposibilidad por parte del asegurado de obtener dichos servicios no es responsabilidad de la Compañía, del Proveedor de Servicio o de cualquier agente que los represente.
12. **Idioma:** El texto de póliza en inglés es una cortesía por parte de la Compañía. Para la interpretación de las condiciones de esta póliza, la versión en español prevalecerá. El Asegurado puede solicitar en cualquier momento a la Compañía, una Póliza en español.
13. **Competencia:** En caso de controversia, el Asegurado deberá presentarse ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, oficinas centrales o delegaciones regionales, en los términos del Artículo 135 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. Si este organismo no es designado como árbitro, podrán entonces dirigirse a los tribunales competentes del domicilio de la Compañía.
14. **Prescripción:** Todas las acciones derivadas de este Contrato de Seguro prescriben a los 2 años contados en los términos del artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el Artículo 82 de la misma Ley. La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de perito o por la iniciación del procedimiento señalado en el Artículo 135 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.
15. **Reclamaciones:** Las reclamaciones no se tomarán en consideración a menos que el formato de notificación de reclamación se haya llenado totalmente y esté firmado por el reclamante. De ser requerido por la Compañía a través de OneWorld Assist Inc. un

certificado del Médico en su país de residencia deberá también de ser proporcionado. El incumplimiento de esta disposición puede invalidar su reclamación.

16. **Condiciones Estatutarias:** A pesar de cualquier otra disposición contenida en la presente, este contrato queda sujeto a las condiciones establecidas en la Ley Sobre el Contrato de Seguro.
17. **Las facturas de gastos médicos** así como los recibos por honorarios profesionales de médicos, ayudantes, anestesistas y enfermeras deberán de especificar el concepto, estar a nombre del asegurado, ser expedidos en las formas que para tal efecto exige la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y para los recibos de honorarios, estar firmados por quien los expida. El importe de la(s) consulta(s) anotado en la receta no tendrá validez alguna para el pago de la reclamación. El asegurado deberá de incluir las facturas de medicamentos así como las recetas médicas a su solicitud de reembolso.
18. **Comisiones:** Durante la vigencia de la póliza, el contratante podrá solicitar por escrito a la institución le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. La institución proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

## Sección V - Servicio Internacional de Asistencia

Líneas telefónicas de asistencia sin costo.

Esta línea telefónica de ayuda sin costo está disponible 24 horas al día todos los días del año.

Desde México marque	01 (800) 514 9976
Desde los EEUU o Canadá marque	1 (800) 663 0399

1. **Servicio de Asesoramiento:** Uno de nuestros médicos o cirujanos proporcionará servicio de asesoramiento y consulta incluyendo el chequeo y análisis de la conveniencia de la atención médica que está recibiendo el Asegurado.
2. **Monitoreo de los Progresos:** Los progresos de salud del Asegurado serán monitoreados durante todo el tratamiento y el período de recuperación.
3. **Interpretación:** Estamos a disposición del Asegurado y/o de los proveedores médicos que lo estén atendiendo para aclarar la interpretación de la póliza.

## Sección VI - Definición de Palabras que el Asegurado debe de conocer

**“Agudo”** Es la fase de tratamiento inicial o de emergencia (no crónica) de una enfermedad o lesión repentina e inesperada.

**“Compañía”** Significa la compañía mexicana de seguros, Grupo Nacional Provincial S.A. y es la responsable de asegurar a la persona a cuyo favor se expide la póliza.

**“Condición Preexistente”** Significa una condición médica, enfermedad o lesión cuya existencia es conocida de la persona asegurada y para la cual ya ha consultado a un médico y/o recibido algún diagnóstico, o tratamiento en algún período anterior al viaje. Una condición preexistente incluye una complicación médicamente reconocida de alguna condición, accidente o enfermedad, o la recurrencia de alguna enfermedad maligna y sus secuelas o alguna recurrencia de una enfermedad o condición degenerante para la cual ha recibido tratamiento en cualquier momento anterior al viaje.

Se considerará preexistente, cualquier enfermedad o padecimiento:

1. Que haya sido declarado antes de la celebración del Contrato, y/o;
2. Que en un expediente médico se determine su existencia con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, y/o;
3. Diagnosticado con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, mediante pruebas de laboratorio, gabinete o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, y/o;
4. Por el que previamente a la fecha de celebración del contrato, se hayan realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un diagnóstico o tratamiento médico.

**“Deducible”** Se entenderá por deducible los primeros gastos a cuenta del Asegurado hasta el límite establecido en la carátula de la póliza por cada Accidente o Enfermedad amparada.

**“Emergencia”** Es un evento imprevisto que sucede al viajar en México. Afecta al asegurado de tal manera que la condición médica en la cual se encuentra, basada en una opinión médica competente se considera con potencial de atentar a la vida, miembros, conocimiento, habla o vista, es una condición médica que requiere inmediatamente tratamiento intensivo y complejo, o condición médica que es el resultado de un trauma inmediato. El asegurado está en peligro continuo a menos de que se proceda a una intervención inmediata por parte de un médico legalmente autorizado a practicar su oficio y requiriendo el examen y tratamiento por parte de dicho médico. La emergencia deja de existir cuando en la opinión del médico legalmente autorizado y sujeto a todas las demás disposiciones de esta póliza, el asegurado está en condiciones de regresar a su país de residencia. Una vez que dicha emergencia dejó de existir no

se pagará beneficio alguno relacionado con la condición médica que causó la emergencia. Cuando el examen y/o tratamiento revelen una condición médica la cual por su propia naturaleza requerirá de intervenciones y/o tratamientos continuos, dichos tratamientos y/o intervenciones continuos no constituirán un gasto médico reembolsable.

**“Enfermedad”** Significa enfermedad aguda que requiera de tratamiento médico inmediato y de emergencia como resultado de la manifestación de síntomas repentinos mientras se encuentra fuera de su país y durante un viaje asegurado.

**“Expediente Médico”** Es la descripción detallada y ordenada de los datos relativos a la salud del Asegurado, el cual está integrado por los formatos de Aviso de Accidente o Enfermedad y el Informe Médico establecido por GNP. Así mismo conformarán dicho expediente médico los documentos escritos, gráficos, imagenológicos o de cualquier otra índole, suscritos por cualquier profesional de la Salud.

**“Gastos Médicos Cubiertos”** Significa las categorías de gastos que se encuentren detallados bajo el encabezado de esta Póliza.

**“Hospital”** Significa una institución médica legalmente constituida y bajo la supervisión de un médico, con instalaciones permanentes en el local para cirugía o un arreglo formal con otra institución que le facilite el acceso a dichas facilidades y que preste servicio de enfermería las 24 horas. El termino "Hospital" no incluye la convalecencia, el cuidado, el descanso o las facilidades calificadas para el servicio de enfermería, que esté separado o forme parte de un hospital general, operado exclusivamente para el tratamiento de personas que estén mentalmente enfermas, de edad avanzada, drogadictas o alcohólicos.

**“Lesión”** o **“Lesión Corporal Accidental”** Es una lesión corporal causada por un medio externo fortuito, súbito y violento.

**“Médico Autorizado”** o **“Médico”** Se refiere a un Médico que está actualmente registrado y autorizado de acuerdo a las regulaciones que se aplican en la jurisdicción en la cual el médico practica.

**“Prestador de Servicio”** Significa la Compañía de asistencia y ajuste de reclamaciones OneWorld Assist Inc. nombrada por Grupo Nacional Provincial S.A. la cual otorga los siguientes servicios:

1. Módulo de atención 24 horas los 365 días del año;
2. Coordinación del transporte de Emergencia;
3. Información de los hospitales y médicos de red para los que operará el pago directo;
4. Dictaminación y trámite de la reclamación a través de reembolso vía correo.

Sin embargo, la Compañía es la responsable del cumplimiento del presente contrato.

**“Pronóstico Terminal”** Significa una condición final la cual, en la opinión de un médico autorizado, va a obligar al asegurado a recibir alguna intervención médica y/u hospitalización durante el viaje asegurado.

**“Suma Asegurada”** Es el pago máximo a cargo de la aseguradora para todos los accidentes o enfermedades ocurridos durante la vigencia de la póliza. Esta cantidad aparece en la carátula de la póliza.

**“Transporte Público Demorado”** o **“Demorado”** Significa una demora debida únicamente a una huelga no anunciada y no publicada, condiciones climatológicas o desvío pirata del avión. Dicha cobertura por demora no incluye pérdidas por o a causa de: Detención por agentes aduanales, guerra, demora de tránsito aéreo causado por congestión aérea y fallas mecánicas.

**“Vehículo Privado de Pasajeros”** Significa el vehículo personal propiedad del Asegurado o de algún acompañante como automóvil, bote, vehículo recreativo, motocicleta o cualquier modo de transporte por tierra o mar utilizado durante el viaje asegurado. Los vehículos de transporte público tales como taxis, autobuses y vans quedan cubiertos siempre y cuando el asegurado viaje como pasajero.

## Sección VII - Procedimientos de Reclamación y Pago de Beneficios

En caso de Hospitalización llame de inmediato las 24 horas del día a los números siguientes.

De México marque gratis	001 (800) 514 - 9976
De EUA o Canadá marque gratis	1 (800) 663 - 0399
O llame por cobrar	1 (604) 278 – 4108

La Compañía pagará los gastos cubiertos, erogados por el asegurado a través de reembolso. Sin embargo, cuando sea posible de acuerdo a la disponibilidad de servicios de la región, la Compañía y el proveedor de servicios asistirán al Asegurado para que reciban a través de pago directo el tratamiento médico, la Hospitalización, asistencia o la transportación más adecuada que amerite la situación.

Cualquier reclamación médica o correo en relación a una reclamación médica deberá ser enviada lo más pronto posible a:

**OneWorld Assist Inc.**

**1685 H Street, –No. 706, Blaine, WA, 98230**

Cualquier reclamación o queja no médica deberá ser enviada a:

**Seguros Grupo Nacional Provincial S.A.**

**Av. Diego Rivera no. 1511 Tijuana, B.C. C.P. 22320 México Teléfono: 01 (800) 026 – 5110**

Este documento y la nota técnica que lo fundamenta está registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 36A y 36B de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros por oficio n° 06 – 367 – I – 1.1. / 2 2 3 9 4 del 30 de Julio de 1997.

TravelGold es una marca registrada de North American Air Travel Insurance Agents Ltd.

**Qué hacer en caso de accidente o enfermedad. Tres pasos:****Notifique**

- Notifique inmediatamente el siniestro a OneWorld Assist Inc. a los siguientes teléfonos, las 24hrs del día:  
De México marque gratis 001 (800) 514 - 9976  
De los EUA y / o Canadá 1 (800) 663 - 0399  
O llame por cobrar 1 (604) 278 - 4108
- Para marcar por cobrar desde México digite 090 en cualquier teléfono y siga las instrucciones.
- Al notificar el siniestro se le enviará por correo un formato de solicitud de reembolso de gastos.
- Este seguro cubre únicamente servicios de emergencias, por lo tanto, una reclamación puede ser inválida si el asegurado tiene la capacidad y posibilidad de viajar a su país y/o ciudad de residencia para recibir todo o parte del tratamiento.
- Recuerde que una reclamación que pueda requerir o resultar en una hospitalización, requiere de un certificado de pre - admisión que tendrá que solicitar a OneWorld Assist Inc. al momento de notificar el siniestro.

**Documente**

- Solicite todos los documentos originales para comprobar los gastos erogados como son:
- Facturas de hospitales y proveedores de servicios médicos
- Facturas por medicinas; éstas deberán acompañarse de la(s) receta(s) médica(s) correspondiente(s)
- Recibos de honorarios de médicos, ayudantes, anestesistas y enfermeras
- Resultados de estudios e historia clínica

**Recuerde que:**

- Las reclamaciones sólo son reembolsables cuando se presentan los documentos originales descritos anteriormente. Le recomendamos quedarse con una copia de todos los documentos que envíe.
- Las reclamaciones sólo son reembolsables cuando usted presenta FACTURAS y RECIBOS DE HONORARIOS expedidos en las formas que para tal efecto exige la Secretaría de Hacienda y Crédito Público en México. Su proveedor médico, hospital o doctor se los entregará en los formatos requeridos si usted las solicita específicamente.
- Los gastos declarados en recetas médicas, hojas membretadas, recibos de tarjetas de crédito o, estados de cuenta de tarjetas de crédito, recibos de caja registradora y notas, NO SON DOCUMENTOS REEMBOLSABLES.

**Envíe**

Llene el formato de solicitud de reembolso de gastos, adjunte los documentos comprobatorios así como una relación de los mismos, y envíelos a la dirección siguiente: OneWorld Assist Inc. 1685 H Street, –No. 706, Blaine, WA, 98230.

## Servicio Internacional de Asistencia MexEvac®

Contrato de prestación de servicios que celebran el viajero ("EL BENEFICIARIO") y Latin Assist, LLC. ("LA COMPAÑIA") que a continuación se detalla:

### DECLARACIONES:

- a) Declara EL BENEFICIARIO que ha adquirido de LA COMPAÑIA un certificado de servicio de asistencia por emergencia en viajes, el cual que forma parte de este Contrato.
- b) Declara LA COMPAÑIA que ha creado un servicio a favor de EL BENEFICIARIO quien ha adquirido el certificado de servicios de asistencia para los momentos en que viaja dentro del territorio de los Estados Unidos Mexicanos ("México").

### COBERTURA:

La cobertura entra en vigencia en el momento y fecha de la entrada a México y finaliza en el momento de la salida de México o la fecha de expiración de servicio especificada en el certificado, lo que ocurra primero.

### SERVICIO:

Los servicios de asistencia que a continuación se describen serán proporcionados únicamente en México y por ningún motivo serán extendidos o proporcionados fuera de México. Los servicios son proporcionados por LA COMPAÑIA directamente o por medio de su red de proveedores autorizados y son accesibles mediante las siguientes líneas telefónicas sin costo, las cuales están disponibles las 24 horas al día todos los días del año.

Dentro de México marque:	01 (800) 624 -6507
Dentro de los EEUU o Canadá marque:	1 (888) 819 -0714

Es responsabilidad y obligación del BENEFICIARIO abstenerse de incurrir en gastos no autorizados y notificar a LA COMPAÑIA de cualquier situación o evento por el cual pudiera verse en la necesidad de solicitar los servicios de asistencia amparados por este contrato.

### BENEFICIOS DE ASISTENCIA CUBIERTOS:

1. **ASISTENCIA MÉDICA.**- La asistencia médica consistirá en COORDINACION Y REFERENCIAS MÉDICAS EN TODA LA REPUBLICA MEXICANA LAS 24 HORAS DEL DIA.

- A. Cuando el BENEFICIARIO requiera Asistencia Médica, el Equipo Médico de LA COMPAÑIA coordinará la atención Médica ya sea:
  - Concertando una cita con un médico o especialista en su consultorio.
  - La visita personal de un médico especialista, o
  - La revisión o consulta en un centro hospitalario de especialidades.

LA COMPAÑIA, no emitirá un diagnóstico medico, pero a solicitud del BENEFICIARIO, pondrá los medios necesarios para su atención.

LA COMPAÑIA proporcionará este servicio en las principales ciudades de la República Mexicana. Y en caso de no existir la red en el lugar donde se encuentren EL BENEFICIARIO se les proporcionará la información del que se encuentre más cercano a éste.

LA COMPAÑIA no será responsable con respecto a ninguna atención o falta de ella cometida por dichos médicos o instituciones médicas.

- B. **TRASLADO MÉDICO TERRESTRE.**- En caso de que durante el termino de cobertura, el BENEFICIARIO sufra un accidente o enfermedad que le provoque lesiones o traumatismos tales que el Equipo Médico de LA COMPAÑIA, en contacto con el médico que lo atienda, recomienden su hospitalización o traslado medico, LA COMPAÑIA gestionará y cubrirá el costo del traslado del BENEFICIARIO en ambulancia terrestre al centro hospitalario más cercano que resulte apropiado para el tratamiento requerido. Este beneficio esta limitado a dos eventos.
- C. **TRASLADO MÉDICO AEREO DE EMERGENCIA.**- En caso de que durante el termino de cobertura, el BENEFICIARIO sufra un accidente o enfermedad grave que ponga en riesgo la vida del mismo y que el Equipo Médico de LA COMPAÑIA, en contacto con el médico que lo atienda, recomienden su hospitalización o traslado inmediato, LA COMPAÑIA organizará y tomará a su cargo el traslado por ambulancia aérea al hospital más cercano y apropiado de acuerdo al tratamiento requerido por el medico tratante y el equipo medico de LA COMPAÑIA, de acuerdo con el diagnóstico del médico tratante y el equipo médico de LA COMPAÑIA según la naturaleza de las heridas o la enfermedad. Este beneficio esta limitado a un evento.
- D. **REPATRIACION DESPUES DEL TRATAMIENTO.**- Por indicación del médico tratante y bajo previo acuerdo del equipo medico de LA COMPAÑIA, ésta pondrá a disposición del BENEFICIARIO el traslado de regreso a su lugar permanente de residencia en avión de línea comercial.

LA COMPAÑIA organizará y tomará a su cargo los gastos de repatriación DEL BENEFICIARIO de acuerdo con las condiciones y el equipo sugerido por el medico tratante y el medico de LA COMPAÑIA. (Camilla, asiento extra, oxígeno, etc.).

- E. **BOLETO REDONDO Y GASTOS DE HOSPEDAJE PARA UN FAMILIAR.**- En caso de hospitalización del BENEFICIARIO por causa de accidente o enfermedad grave y de que su hospitalización se prevea de una duración superior a 5 (cinco) días, LA COMPAÑIA gestionará y cubrirá el costo de un boleto de ida y vuelta de clase económica con origen en la ciudad de residencia permanente del BENEFICIARIO a una persona designada por el BENEFICIARIO a fin de acudir a su lado. LA COMPAÑIA organizará y cubrirá los gastos de hospedaje de la

persona designada hasta un máximo de \$ 60 USD por día, durante 5 (cinco) días naturales. Si el BENEFICIARIO falleciera, para efectos de recoger el cuerpo y efectuar los trámites correspondientes, LA COMPAÑÍA cubrirá la misma prestación.

- F. PAGO DE REGRESO DE VIAJE DE ACOMPAÑANTES.- Si el BENEFICIARIO por lesión derivada de un accidente automovilístico y que tenga la imposibilidad física de continuar su viaje, lo anterior diagnosticado por el equipo médico de LA COMPAÑÍA o en caso de su fallecimiento, LA COMPAÑÍA proporcionará el traslado de los ACOMPAÑANTE(S) a la ciudad de residencia permanente del BENEFICIARIO de ser necesario o en el caso de tratarse de menores de edad, estos serán acompañados de una persona adulta.

En caso de que el (los) ACOMPAÑANTE(S) decida(n) continuar con el viaje, se entenderá que se ha renunciado al servicio y LA COMPAÑÍA estará eximida de cualquier reclamación y/o pago posterior.

LA COMPAÑÍA organizará y cubrirá los gastos de transporte de los ACOMPAÑANTE(S), boleto de regreso en tarifa económica a su lugar de residencia permanente, en el medio de transporte terrestre o aéreo disponible y razonable.

- G. PAGO DE HOTEL POR CONVALECENCIA DEL BENEFICIARIO - LA COMPAÑÍA organizará y cubrirá el pago de hospedaje en un hotel escogido por el BENEFICIARIO y siempre que haya disponibilidad en el mismo, inmediatamente después de haber sido dado de alta del hospital, siempre y cuando esta prolongación sea prescrita por el médico tratante y el equipo médico de LA COMPAÑÍA. Este beneficio será proporcionado de acuerdo a los siguientes requisitos:
1. Que la convalecencia se inicie inmediatamente (el mismo día) después de haber sido dado de alta del Hospital o Clínica.
  2. El monto de la compensación prevista en esta cláusula será de hasta \$60 USD diarios y hasta un máximo de 10 días consecutivos naturales.
  3. El beneficio de pago de hospedaje solo se aplica al de la habitación, sin incluir gastos personales (alimentos, bebidas, minibar, películas, teléfono, etc.) los cuáles serán siempre pagados por EL BENEFICIARIO.
- H. TRASLADO POR FALLECIMIENTO O ENTIERRO LOCAL.- En caso de fallecimiento del BENEFICIARIO, LA COMPAÑÍA proporcionará uno de los siguientes dos servicios;
1. LA COMPAÑÍA se encargará de llevar a cabo las gestiones necesarias para el traslado del cuerpo y tomará a su cargo los gastos del envío de los restos hasta el lugar de inhumación en el lugar de residencia permanente de EL BENEFICIARIO.
  2. A petición del representante del BENEFICIARIO, LA COMPAÑÍA se hará cargo de la inhumación en el lugar donde se haya producido el deceso EN PAQUETE BASICO que LA COMPAÑÍA tenga contratado con su red funeraria.
- I. COORDINACIÓN PARA LA ASISTENCIA ODONTOLÓGICA POR EMERGENCIA.- En el caso de que el BENEFICIARIO sufra problemas agudos que requieran tratamiento odontológico de urgencia, LA COMPAÑÍA organizará una consulta con un especialista que ayude con el tratamiento del dolor, infección y extracción de la pieza dental afectada. El costo del servicio derivado correrá por cuenta del BENEFICIARIO.
- J. COORDINACIÓN PARA EL REEMPLAZO DE ANTEOJOS O LENTES DE CONTACTO.- En caso de extravío o daño de los anteojos o lentes de contacto del BENEFICIARIO, LA COMPAÑÍA coordinará una cita con un optometrista para que tome su graduación y se proceda al reemplazo de los lentes. El costo derivado de los mismos correrá por cuenta del BENEFICIARIO.

2. **ASISTENCIA EN VIAJES DENTRO DE LA REPUBLICA MEXICANA** .- La asistencia en viajes consistirá en:

- A. INFORMACIÓN TURÍSTICA.-LA COMPAÑÍA proporcionará información relacionada con:
- Horarios de museos en la República Mexicana.
  - Requerimientos de vacunas y visas en otros países.
  - Estado del tiempo en la República Mexicana.
  - Eventos deportivos y espectáculos en algunas ciudades de México.
- B. INFORMACIÓN DE VIAJES.- LA COMPAÑÍA proporcionará telefónicamente información turística como:
- |                               |                             |
|-------------------------------|-----------------------------|
| 1.- Agencia de Viajes         | 8.- Centros Comerciales     |
| 2.- Clima                     | 9.- Eventos y exposiciones. |
| 3.- Tipo de Cambio            | 10.- Hoteles y Restaurantes |
| 4.- Principales Días Festivos | 11.- Museos y Galerías      |
| 5.- Actividades Deportivas    | 12.- Centros Nocturnos      |
| 6.- Boletos                   |                             |
| 7.- Atracciones Turísticas    |                             |
- C. INFORMACIÓN DEL US STATE TRAVEL ADVISORY DEPARTMENT.- A solicitud del BENEFICIARIO, LA COMPAÑÍA remitirá vía telefónica, correo electrónico o por fax al BENEFICIARIO información proporcionada por el Departamento de Estado de los EEUU, sobre alertas de viaje, anuncios públicos e información consular, durante su viaje por la República Mexicana.
- D. ENLACE CON EMBAJADAS Y CONSULADOS.- A solicitud del BENEFICIARIO, LA COMPAÑÍA coordinará telefónicamente el enlace con Embajadas y Consulados en México.
- E. SERVICIO DE COMUNICACIÓN URGENTE.- En caso de una situación de emergencia médica, a solicitud del BENEFICIARIO la COMPAÑÍA podrá mantener informado a los familiares, médico tratante o empresa en la que labore el BENEFICIARIO sobre el estado del paciente. El costo de las comunicaciones correrá por cuenta de LA COMPAÑÍA.

En ningún caso LA COMPAÑÍA se hará responsable por el contenido, veracidad y forma de las informaciones transmitidas.

- F. COORDINACIÓN PARA DENUNCIAR DOCUMENTOS PERDIDOS.- En caso de pérdida o robo de equipaje y artículos personales lícitos del BENEFICIARIO, LA COMPAÑÍA le asesorará para denunciar los hechos. Si los objetos fuesen recuperados, LA COMPAÑÍA se hará cargo

del envío hasta el lugar donde se encuentre el BENEFICIARIO o hasta su residencia permanente sujetándose a los términos y condiciones de la mensajería especializada que contrate LA COMPAÑÍA, los cargos adicionales (impuestos, multas, etc.) Serán cubiertos por el BENEFICIARIO.

- G. AVANCE DE FONDOS.- En caso de accidente o enfermedad del BENEFICIARIO, LA COMPAÑÍA realizará, previa solicitud del BENEFICIARIO, un avance de fondos por un máximo de \$1,000 USD debiendo previamente depositarse la cantidad solicitada en las oficinas o con los representantes autorizados de LA COMPAÑÍA. Este servicio de ninguna manera es un préstamo de dinero, el servicio únicamente servirá para realizar una transferencia del dinero del BENEFICIARIO de una plaza a otra.
  - H. AGENCIA DE VIAJES DE EMERGENCIA.- A solicitud del BENEFICIARIO y con cargo al mismo, LA COMPAÑÍA coordinará la reservación de vuelos y/o hoteles en la República Mexicana.
  - I. SERVICIO DE TRADUCCION.- En caso de accidente o enfermedad del BENEFICIARIO, a solicitud del BENEFICIARIO LA COMPAÑÍA proveerá traducción de emergencia para facilitar la comunicación entre el BENEFICIARIO y sus acompañantes con proveedores de asistencia legal, médica u otros
  - J. LOCALIZACIÓN DE EQUIPAJE Y EFECTOS PERSONALES.- En caso de robo o extravío del equipaje o efectos personales del BENEFICIARIO, LA COMPAÑÍA le asesorará para la denuncia de los hechos y le ayudará en su búsqueda. Si los objetos fuesen recuperados, LA COMPAÑÍA se hará cargo del reenvío hasta el lugar donde se encuentre el BENEFICIARIO o hasta su residencia permanente.
3. **ASESORIA Y DEFENSA LEGAL:** Por éste servicio LA COMPAÑÍA a través de su red de abogados brindará al BENEFICIARIO, previa solicitud, los servicios de asesoría y defensa legal en materia de delitos culposos, durante las veinticuatro horas del día los trescientos sesenta y cinco días del año, en toda la República Mexicana, ante el Agente del Ministerio Público y/o Juez Penal.

Derivado de éste servicio y de acuerdo a la legislación aplicable, LA COMPAÑÍA se compromete a:

- A. Cubrir los gastos procesales que se deriven de la defensa del BENEFICIARIO, así como los honorarios del abogado de LA COMPAÑÍA.
  - B. Si por razones de distancia y/o cualquier otra causa imputable a LA COMPAÑÍA no acudiera el Abogado de LA COMPAÑÍA, el BENEFICIARIO quedará facultado a contratar los servicios de un Abogado para su asistencia y defensa jurídica en materia penal hasta un límite máximo de sesenta días de salario mínimo general vigente en el Distrito Federal como pago de honorarios, en tanto se presente el Abogado de LA COMPAÑÍA.
4. **REQUISITOS DEL SERVICIO JURIDICO:** En caso cualquier situación por la que se requiera de los servicios de un Abogado por alguno (s) de los delitos de Daño en Propiedad Ajena, Lesiones u Homicidio, ante el C. Agente del Ministerio Público o Juez penal, se deberá realizar lo siguiente:
- A. Dar aviso a LA COMPAÑÍA tan pronto como se tenga conocimiento del hecho, salvo caso de fuerza mayor o caso fortuito en que se deberá comunicarlo tan pronto desaparezca el impedimento.
  - B. Por su seguridad, no declarar ante la Autoridad hasta en tanto no esté presente el abogado LA COMPAÑÍA.
  - C. En caso de iniciar una Averiguación Previa ante el Ministerio Público, EL BENEFICIARIO proporcionará todos los elementos necesarios para su defensa, así como cooperar para el debido seguimiento del asunto, acudiendo ante las autoridades respectivas cuantas veces sea citado.
  - D. Abstenerse de realizar arreglos o gastos sin la autorización de LA COMPAÑÍA.
  - E. Dar oportuno aviso al Abogado y a la Autoridad competente de los cambios de domicilio o cuando reciba o se entere de algún citatorio por parte de la autoridad.
  - F. Presentarse ante la autoridad competente cuantas veces sea requerido o citado.
  - G. Dar aviso inmediato a LA COMPAÑÍA y entregar en sus oficinas cualquier notificación, requerimiento o reclamación que reciba EL BENEFICIARIO.
  - H. Mostrar a LA COMPAÑÍA o a su representante la póliza que ampare los servicios solicitados.
  - I. **LÍMITES Y EXCLUSIONES DEL SERVICIO JURIDICO.** Las siguientes causaran exclusión del servicio y/o serán excluidas del servicio jurídico:
    - I. La compañía la compañía no otorgara ninguna fianza, caución o garantía para el BENEFICIARIO.
    - II. Cuando el BENEFICIARIO rehúse presentarse ante la autoridad competente.
    - III. Por no aceptar o nombrar como su abogado defensor al designado por la compañía.
    - IV. La compañía no cubre gastos de multa u otros gastos no especificados.
    - V. La compañía no pagará ni reembolsará en ningún caso: dádivas, gratificaciones, gastos de copias, ni cualquier otro concepto que no esté contemplado en estos términos y condiciones.
    - VI. Cuando el BENEFICIARIO participe en la comisión de delitos intencionales o diferentes a los cometidos imprudencialmente.
    - VII. Cuando por una acción intencional del BENEFICIARIO, resulten los daños.
    - VIII. La compañía no proporcionará el servicio de asesoría y defensa legal a favor del el BENEFICIARIO en caso de juicio o demanda en materia civil, con motivo del servicio legal brindado en materia penal.
    - IX. Si se inicia averiguación previa en contra del BENEFICIARIO por delitos en contra de la salud, por tráfico de narcóticos o por la introducción de bienes de manera ilícita al país.
    - X. El servicio jurídico solo se proporcionara ante las autoridades.
5. **EI BENEFICIARIO TENDRÁ LAS SIGUIENTES OBLIGACIONES:**
- A. **SOLICITUD DE ASISTENCIA.-** En caso de un EVENTO y antes de iniciar cualquier acción, el BENEFICIARIO debe llamar al número 800 (sin costo) proporcionado a LA COMPAÑÍA facilitando los siguientes datos:
    - 1. El lugar donde se encuentra y número de teléfono donde se le pueda contactar.
    - 2. Nombre, número de PÓLIZA y vigencia.
    - 3. Descripción detallada del problema que le aqueje y tipo de ayuda que requiere.
    - 4. Abstenerse de hacer arreglos o gastos sin haber consultado a LA COMPAÑÍA.
  - B. **PRECAUCIONES O MEDIDAS DE SEGURIDAD.-** El BENEFICIARIO está obligado a ejecutar todos los actos que tiendan a evitar o disminuir las situaciones de asistencia.

- C. RECLAMACIONES.- Cualquier reclamación que resulte de un EVENTO y/o relativa a una situación de asistencia deberá ser presentada por escrito dentro de los 90 días naturales de la fecha en que se produzca el evento y antes de salir de la República Mexicana.

#### 6. EXCLUSIONES GENERALES DEL SERVICIO:

- A. Las situaciones de asistencia ocurridas durante viajes realizados por el BENEFICIARIO en contra de la prescripción de un médico.
- B. Cuando el BENEFICIARIO no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente la situación.
- C. El BENEFICIARIO no tendrán derecho al reembolso de gastos por servicios solicitados sin previa autorización por escrito de la COMPAÑÍA y sin que cumpla con los requisitos que se mencionan en la presente póliza.
- D. Cuando el BENEFICIARIO no acrediten su personalidad como derechohabiente del servicio de asistencia.
- E. Cuando el BENEFICIARIO incumplan cualesquiera de las obligaciones indicadas en este póliza.
- F. La Compañía no será responsable de los retrasos o incumplimientos debidos a causas de fuerza mayor o a las características administrativas o políticas del lugar en que deban prestarse los servicios.
- G. Los proveedores que prestan los servicios de asistencia pueden ser contratistas independientes, por lo que, la Compañía será responsable por la prestación de los servicios de acuerdo con lo estipulado en este póliza, no será en ningún caso responsable por las deficiencias en que incurran tales proveedores, no obstante que los mismos sean elegidos por la Compañía, cuenten con la adecuada titulación y sean competentes según los niveles del servicio del lugar, momento y circunstancia en que se presten los servicios.
- H. Quedan excluidos los servicios cuando sean derivación de:
- I. Huelgas, guerra, invasión, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radioactividad o cualquier otra causa de fuerza mayor.
  - II. Autolesiones, intentos de suicidio, suicidio o participaciones del BENEFICIARIO en actos criminales.
  - III. Enfermedades psiquiátricas, psicológicas o de enajenación mental.
  - IV. Efectos patológicos, por el consumo de tóxicos, drogas, o fármacos menores o mayores, ya sean legales o ilegales (salvo por prescripción médica).
  - V. Cualquier percance intencional.
  - VI. No se dará servicio de traslado médico a mujeres embarazadas, durante los últimos noventa días antes de la fecha programada del parto.
  - VII. Todo tipo de accidentes, lesiones o enfermedades resultantes de actividades deportivas profesionales u oficiales.
  - VIII. La fuga del usuario del lugar de los hechos.

#### 7. PROCEDIMIENTOS DE RECLAMACIÓN Y REEMBOLSOS:

El BENEFICIARIO no tendrá derecho al reembolso de gastos incurridos por servicios sin previa autorización por escrito de LA COMPAÑÍA.

Para la solicitud de reembolsos, previa autorización de LA COMPAÑÍA, el BENEFICIARIO deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- a) El BENEFICIARIO debe de dar aviso y reportar los gastos incurridos y conceptos antes de salir de México y a más tardar 10 días naturales después de ocurrido el evento que derivó el servicio de asistencia.
- b) Bajo ningún concepto se reembolsarán gastos de traslado médico aéreo.
- c) Para los demás beneficios de asistencia médica únicamente procederá el reembolso si el Equipo Médico de la COMPAÑÍA tiene la información completa como lo es: el informe médico y datos del médico tratante para avalar que se cumplan los requisitos para otorgar cada beneficio y en el caso de comprobada urgencia o en caso que se encontrara en riesgo su vida por lo que el BENEFICIARIO haya tenido que recurrir a terceros para su asistencia.
- d) En caso de que proceda y quede autorizado el reembolso este se realizará contra entrega de facturas o recibos originales, sin tachaduras ni enmendaduras, emitido por los prestadores del servicio a favor del BENEFICIARIO y/o de LA COMPAÑÍA, especificando nombres completo y domicilios para verificación.
- e) Es necesario acompañar la reclamación o solicitud de reembolso con una carta explicativa del evento y las razones por las que se solicita el reembolso, incluyendo referencia a la fecha y hora en que se contacto a LA COMPAÑÍA para solicitar autorización, nombre del representante u operador que autorizo los gastos y/o numero de siniestro o referencia. (LA COMPAÑÍA siempre proporcionara un numero de siniestro o referencia cuando reciba una llamada solicitando servicio o autorización.)
- f) Es necesario que se proporcione los siguientes datos para el envío del reembolso:
  - Nombre del BENEFICIARIO
  - Dirección del BENEFICIARIO
  - Teléfono del BENEFICIARIO

En caso de que se solicite que el reembolso se haga directamente mediante deposito a una cuenta bancaria:

- Nombre del Banco
  - Dirección del Banco
  - Número de cuenta
  - Código ABA ó Swift Code (para transferencias internacionales)
- g) Anexar copia de la carátula de la póliza y facturas originales.
  - h) El reembolso se realizará de acuerdo al tipo de cambio vigente en la institución bancaria en la fecha en que se genere el pago. Las comisiones e impuestos son a cargo del BENEFICIARIO receptores de la transferencia.

## Descripción de la Cobertura ATMSafe™ Robbery Protección con la que se puede ir al cajero®

### 1. Cobertura

Proporcionamos al Beneficiario la cobertura ATMSafe en caso de que el Beneficiario sea robado por asalto al momento de retirar fondos de un cajero automático ATM, durante el periodo de cobertura del certificado y durante su visita a México. El Beneficio ATMSafe Robbery estará vigente de forma concurrente con el periodo de cobertura de MexEvac® iniciando y terminando la cobertura en las fechas indicadas ("Coverage From" y "Coverage To") en la carátula del certificado.

### 2. Elegibilidad

Residentes de los Estados Unidos de Norteamérica o Canadá con certificado de Asistencia en Viajes MexEvac® que residan fuera de México por lo menos 9 meses al año.

### 3. Beneficios y Cobertura

El beneficio de Robo es limitado a dos eventos por periodo de cobertura con beneficio máximo de \$300 dólares americanos total. Si el Beneficiario es robado por asalto dentro de un periodo de 10 minutos después de retirar fondos de un cajero automático ATM y los fondos robados no son recuperados en un periodo máximo de 48 horas después del robo, la Compañía pagara hasta el monto máximo del Beneficio de Robo. El Beneficio de Robo será pagadero si el Robo por asalto es reportado a la policía y/o autoridades dentro de las 48 horas de haber ocurrido y la siguiente documentación es proporcionada al momento de presentar la reclamación:

- a) Copia del reporte de policía;
- b) Reclamación escrita con explicación detallada de los hechos, fecha y firma del Beneficiario;
- c) Copia del recibo de la transacción de retiro de efectivo en el cajero automático ATM indicando monto retirado, hora y fecha así como ubicaron del cajero automático ATM y/o
- d) Confirmación de la transacción por parte de la institución financiera.

### 4. Definiciones

**ATM o Cajero Automático** quiere decir un dispositivo o aparato electrónico diseñado a permitir al Beneficiario acceder, por medio de interfase con su institución financiera, sin la necesidad de un cajero en persona, sus cuentas bancarias y retirar efectivo utilizando una tarjeta de debito o crédito.

**Robo por Asalto** – quiere decir la toma de dinero del Beneficiario, retirado de un Cajero Automático ATM por medio de asalto con violencia o amenaza física o infligiendo miedo o temor de daño físico o corporal al Beneficiario.

### 5. Exclusiones de la Cobertura

El Beneficio de Robo no será pagado por pérdidas totales o parciales que resulten de:

- a) Pérdida o extravío de la tarjeta de debito y/o crédito o por fraude o robo de la información confidencial que permita el acceso a las cuentas del Beneficiario mediante un Cajero Automático ATM;
- b) Pérdida causada por un oficial o empleado de la institución financiera;
- c) Cualquier incidente que de causa o razón de pérdida o posibilidad de pérdida que involucre a los familiares del Beneficiario como los autores del robo. Para efectos de esta exclusión, familiares incluye hasta los primos terceros;
- d) Los costos, cargos o gastos incurridos por el Beneficiario y/o cualquier institución financiera a fin de establecer la existencia de la pérdida o posibilidad de pérdida cubierta bajo este certificado;
- e) Dinero olvidado o sin resguardo;
- f) Cualquier pérdida que resulte del uso debido o indebido de una tarjeta de debito o crédito para algún propósito otro que para el retiro de dinero en Cajero Automático ATM;
- g) Cualquier pérdida que resulte del uso debido o indebido de una tarjeta de debito o crédito por cualquier persona que no sea el titular de la misma y el Beneficiario de este certificado.

### 6. Reclamaciones

El Beneficiario deberá notificar por escrito a la Compañía dentro de los 20 días siguientes a la pérdida o si por causa de fuerza mayor, en cuanto le sea posible. Las notificaciones escritas a la Compañía por parte del Beneficiario o en su representación a American International Companies, Accident and Health Claims Division, P. O. Box 15701, Wilmington, DE 19850-5701, con la información suficiente para identificar al Beneficiario serán consideradas como notificaciones y/o reclamaciones validas.

ATMSafe® Robbery es proporcionado por ATMSafe North America, LLC y Telmach Risk Management. Este beneficio es suscrito por National Union Fire Insurance Company of Pittsburgh, PA. y sus oficinas principales de negocio están en New York, NY.