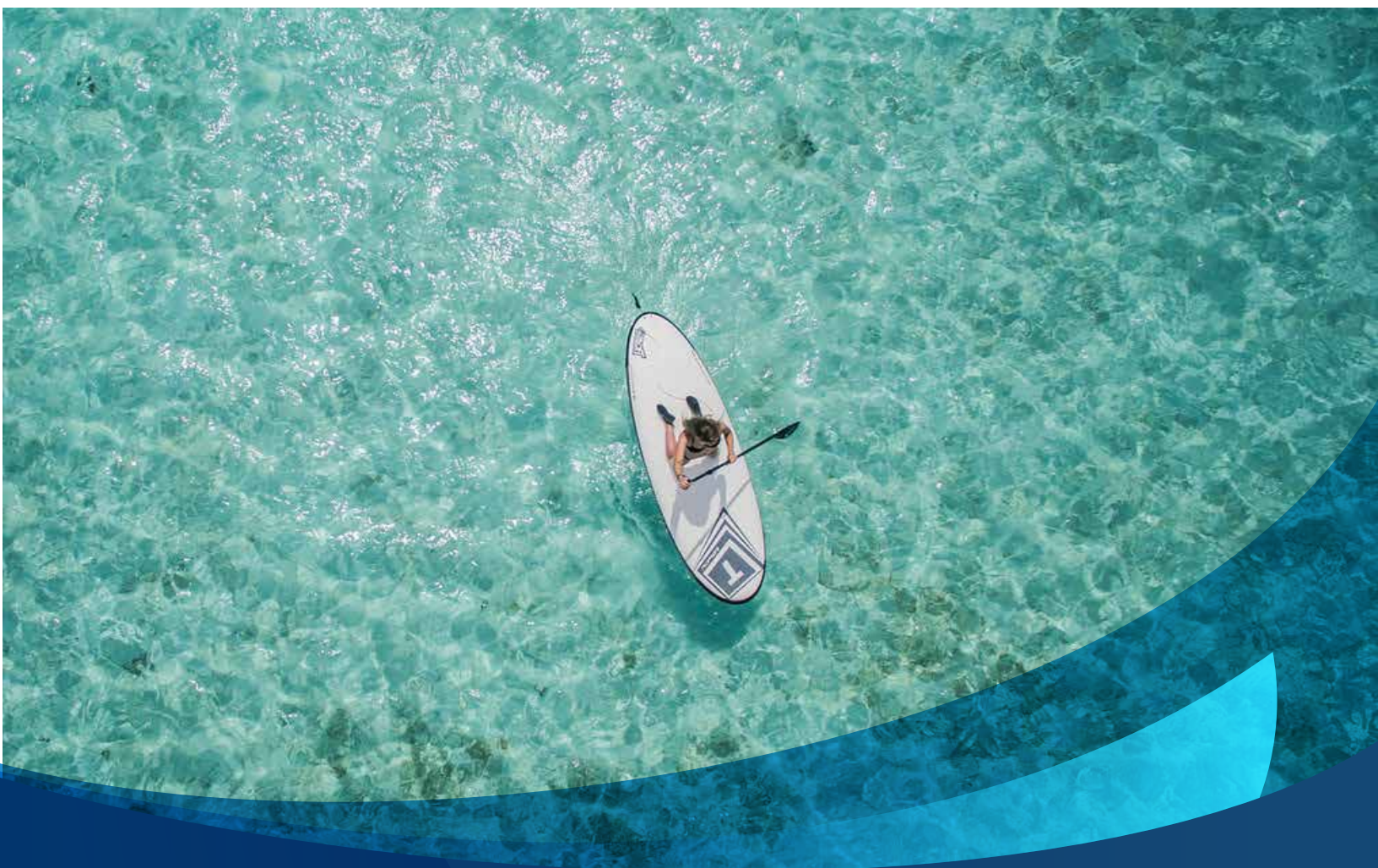


PLANES POR VIAJE



“ YOU NEVER KNOW ”

Beneficios Planes por Viaje

BENEFICIOS	\$50.000	\$100.000
GASTOS MEDICOS POR ENFERMEDAD	USD 50.000	USD 100.000
GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE	USD 50.000	USD 100.000
GASTOS MEDICOS POR HOSPITALIZACION	USD 50.000	USD 100.000
GASTOS MÉDICOS POR ENFERMEDAD PREEXISTENTE O CRONICA	USD 500	USD 500
MEDICAMENTOS	INCLUIDOS	INCLUIDOS
EMERGENCIA DENTAL	USD 300	USD 500
REPATRIACION FUNERARIA	USD 50.000	USD 50.000
ACOMPAÑAMIENTO DE MENORES	Ticket Aéreo	Ticket Aéreo
EVACUACION MEDICA	USD 50.000	USD 50.000
VIAJE DE REGRESO POR FALLECIMIENTO DE FAMILIAR	Ticket Aéreo	Ticket Aéreo
COMPENSACION POR PERDIDA DE EQUIPAJE	USD 1.200	USD 1.200
TRASLADO DE FAMILIAR POR HOSPITALIZACION	Ticket Aéreo + Hotel (\$100 por día hasta 5 días)	Ticket Aéreo + Hotel (\$100 por día hasta 5 días)
DEMORA DE EQUIPAJE (6 Horas)	USD 300	USD 500
CANCELACION DE VIAJE	USD 1.000	USD 1.500
INTERRUPCION DE VIAJE	USD 1.000	USD 1.000
GASTOS DE HOTEL POR CONVALECENCIA	USD 1.200	USD 1.500
PERDIDA DE CONEXION AEREA INTERNACIONAL	USD 200	USD 300
DEMORA DE VUELO	USD 100	USD 300
MENSAJES URGENTES	INCLUIDOS	INCLUIDOS
SUBSTITUCION DE EJECUTIVO	Ticket aéreo + Hotel (80 por día, max 5 días)	Ticket aéreo + Hotel (100 por día, max 5 días)
LINEA DE CONSULTAS 24/7	INCLUIDO	INCLUIDO
ASISTENCIA LEGAL POR ACCIDENTE DE TRANSITO	USD 1.000	USD 2.000
PERDIDA DE PASAPORTE	USD 250	USD 300
PÉRDIDA DE EMBARQUE EN CRUCERO	Ticket Aéreo	Ticket Aéreo
ORIENTACION EN CASO DE PERDIDA DE DOCUMENTOS	INCLUIDO	INCLUIDO
LIMITE DE EDAD	85 años. De 70 a 85 años paga el 100% adicional	85 años. De 70 a 85 años paga el 100% adicional

Plan de 50.000 \$	
Edades	Precio
0-69	7,5
70-85	15
Plan de 100.000 \$	
Edades	Precio
0-69	9,5
70-85	19
<p>-CUBRE HASTA EL MONTO TOPE DE BENEFICIO DE ASISTENCIA MÉDICA POR ACCIDENTE. -NUEVO UPGRADE DE ENFERMEDADES PREEXISTENTES 25% EXTRA DEL PLAN DE USD 100K HASTA USD 5K DE SUMA ASEGURADA -UPGRADE (FUTURA MAMA) 25% DEL PRECIO DEL PLAN A PAGAR (No aplica para estudiantes) / CUBRE UNICAMENTE POR EMERGENCIA HASTA LA SEMANA 32. -UPGRADE "DEPORTES TIENE UN 50% DE PRECIO EXTRA (No aplica para estudiantes)</p>	

Beneficios asistenciales adicionales de Adquisición (UPGRADE)

Los Titulares tendrán la opción de adquirir adicionalmente y conjuntamente, pero no por separado, beneficios asistenciales adicionales a los establecidos para cada plan de asistencia en particular de OPEN INSURANCES, mediante el pago de un complemento al precio del plan original, todo ello de acuerdo con lo establecido y precios de la oferta pública en la plataforma web de OPEN INSURANCES. Los montos máximos por plan y por tipo de beneficio adicional se especifican adelante en detalle.

A) UPGRADE DE ASISTENCIA MÉDICA POR ENFERMEDAD PREEXISTENTE

En forma excepcional y solamente cuando el Titular incluyera por compra el beneficio o Upgrade de asistencia médica por enfermedad preexistente, OPEN INSURANCES asumirá los cargos por las asistencias médicas derivadas de tal condición del Titular, hasta un máximo equivalente al cincuenta por ciento (50%) del monto determinado en el respectivo plan para el beneficio de Gastos Médicos por Enfermedad.

Para tener derecho a la adquisición y disfrute del referido beneficio anterior, el Titular deberá comprobar que la condición que sufre en forma preexistente y crónica, se ha mantenido demostradamente estable por lo menos durante los seis (6) meses anteriores a la compra del plan/voucher que lo incluya, entendiéndose dentro de las enfermedades que la ocasionan enfermedades incurables, no contagiosas o que funcionalmente produzcan un desorden orgánico, el cual obligue al Titular a cambiar su modo de vida. Dentro de las mismas enfermedades se incluyen la hipertensión, diabetes, mellitus, patologías renales, enfermedades del colágeno, enfermedades de degeneración osteoarticulares, enfermedades autoinmunes, patologías psiquiátricas y todas aquellas diagnosticadas en o durante los seis (6) meses anteriores y que pueda ser demostrado mediante un certificado de historia clínica legalmente válido y al cual se le pueda demostrar que se le ha hecho seguimiento médico por lo menos en dos (2) ocasiones durante dicho lapso anterior a la compra del voucher/plan, en donde conste el presente beneficio específicamente.

Documentos requeridos en caso de una asistencia internacional:

- a.** Antecedentes clínicos refrendados por una institución médica o personal médico debidamente certificado en el país de origen que muestre los últimos dos (2) exámenes médicos, durante los seis (6) meses anteriores a la compra del voucher, referentes a la patología declarada preexistente, cuya autenticidad pueda ser certificada y cuyo contenido respalda la ausencia de cambios en el curso normal de la enfermedad.
- b.** Pruebas de laboratorio, imágenes diagnósticas y herramientas de diagnóstico de apoyo relevantes para la patología declarada como preexistente.
- c.** Información de contacto válida con respecto al tratamiento de médicos o instituciones durante el último año para validar la información proporcionada sobre la patología declarada como preexistente.

Exclusiones de esta cobertura:

- El inicio o la continuación de tratamientos, procedimientos de diagnóstico, de investigación, o conducta diagnóstica y terapéutica, que no están relacionados con el episodio agudo y no previsto.
- Toda enfermedad relacionada con la transmisión sexual, incluyendo, pero no limitando a la sífilis, gonorrea, herpes genital, clamidia, el virus del papiloma humano tricomonas vaginales, tricomoniasis, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), entre otros.
- Procedimientos permanentes tales como diálisis, transfusiones, apósitos, cambio de catéteres, dispositivos de liberación de fármacos y similares.
- Etapas terminales de las enfermedades crónicas no contagiosas.
- Visitas, procedimientos u hospitalizaciones por enfermedades crónicas no contagiosas que aparezcan por primera vez durante la vigencia del plan o que no hayan sido divulgadas al principio de dicho plazo y que puedan ser objetivamente comprobadas a través de los hábitos habituales, accesibles y frecuentes mundialmente (incluyendo, pero no limitado a: pruebas de laboratorio, Doppler, resonancia magnética nuclear, cateterización, etc.).
- Los procedimientos de diálisis, trasplantes, oncología y tratamiento psiquiátrico, audífonos, anteojos, lentes de contacto, puentes dentales, marcapasos, desfibriladores implantables, respiradores para pacientes externos, dispositivos implantables, equipo desechable específica, etc. enfermedades causadas por la ingestión de drogas, narcóticos, medicamentos que se toman de forma fiable sin receta, alcoholismo, etc.
- Las lesiones sufridas durante un acto ilícito.
- El Titular no podrá iniciar ni recibirá cobertura en ningún viaje después de recibir un diagnóstico terminal.

Obligaciones del Titular bajo este beneficio:

- 1.** El Titular deberá seguir todas las instrucciones médicas dadas por el médico tratante asignado por OPEN INSURANCE y tomar todos los medicamentos como forma prescrita y necesaria.
- 2.** Si el Titular sufre alguna(s) de las siguientes condiciones: cualquier tipo de cáncer, enfermedades del corazón, enfermedad pulmonar crónica y / o enfermedad hepática crónica, deberá consultar con su médico personal en su país de origen y antes de iniciar el viaje, afín de obtener una certificación confirmatoria por escrito, de que está en condiciones de viajar por todo el lapso de días protegidos, por el medio de transporte elegido, en el destino(s) elegido(s) y que la condición de su paciente no representa un inconveniente para participar y desarrollar todas las actividades programadas en dicho viaje.

En caso de que se determine el motivo del viaje fue el tratamiento en el extranjero para una condición crónica o preexistente, la Dirección Central de Emergencias negará cobertura.

B) UPGRADE FUTURA MAMÁ.

Este beneficio podrá ser adquirido para mujeres embarazadas que tengan hasta máximo 32 semanas de gestación. Para proceder a la adquisición de este beneficio adicional a un plan OPEN INSURANCES, se debe solicitar una certificación del médico ginecólogo/obstetra de la Titular donde indique la capacidad de la misma para hacer el viaje sin riesgo aparente. El beneficio aplica básicamente para las emergencias relacionadas con el embarazo y que se presenten durante el viaje, incluyendo controles de emergencia, ecografías de urgencia, asistencias médicas por enfermedades ocasionadas por su situación de embarazo, partos de emergencia por enfermedad o accidente que ponga en riesgo la vida de la madre o del hijo, abortos o cualquier tipo y cualquier asistencia médica derivada de la situación de embarazo. Esta prestación solo tendrá una vigencia máxima de 30 días, contados a partir del inicio del viaje al exterior. El monto máximo será el especificado en el plan de asistencia que haya adquirido el Titular por este concepto puntualmente.

Exclusiones particulares a este beneficio:

- a. Controles, ecografías, consultas médicas en general, estudios médicos, etc., que sean parte de los controles rutinarios del proceso de embarazo y no sean considerados de emergencia.
- b. Partos y cesáreas de curso normal y en término.
- c. Gastos médicos relacionados con el recién nacido.
- d. Cuando se compruebe que el motivo del viaje es para atender su parto en el exterior.
- e. Cuando se compruebe que la venta del voucher se realizó posterior a la semana 32 de embarazo.

C) BENEFICIO DE PRACTICA DEPORTIVA ADICIONAL:

Este beneficio se podrá adquirir opcionalmente y con cargo adicional a un voucher/plan de OPEN INSURANCES. El mismo proporciona cobertura para los siguientes deportes practicados en forma de recreativa (aficionado): Ski/snowboard y deportes de invierno practicado dentro de las instalaciones de regulación en pistas reglamentarias de acceso controlado, ski acuático, pesca en aguas costeras, gimnasia artística, scuba diving, kayaking nivel 3 y 4, hockey de campo, patinaje sobre hielo, paseos a caballo, ciclismo en pistas, maratones, hockey en patines, canotaje. El monto máximo será el especificado en el plan de asistencia que haya adquirido el Titular por este concepto puntualmente.

MAXIMOS MONTOS DE BENEFICIOS PARA LOS PLANES ADICIONALES POR UPGRADE

UPGRADE DE ASISTENCIA MÉDICA POR ENFERMEDAD PREEXISTENTE: Equivaldrá específicamente para los Planes Por Viajes, hasta el diez por ciento (10%) del monto máximo que se establece en el beneficio de Asistencia Médica por Enfermedad no Preexistente del plan adquirido, a ser asumidas por OPEN INSURANCES para todas las emergencias en conjunto derivadas de dicha condición médica y por todo el lapso de vigencia del viaje, con un tope de veinticinco mil dólares (US\$25.000). En el caso de los Planes Anuales Multiviajes el monto máximo de veinticinco mil dólares (US\$25.000) cubrirá todo el lapso de vigencia del plan y no por viaje.

UPGRADE FUTURA MAMÁ: Equivaldrá específicamente para los Planes Por Viajes, hasta el diez por ciento (10%) del monto máximo que se establece en el beneficio de Asistencia Médica por Enfermedad no Preexistente del plan adquirido, a ser asumidas por OPEN INSURANCES para todas las emergencias en conjunto derivadas de dicha condición médica y por todo el lapso de vigencia del viaje, con un tope de diez mil dólares (US\$10.000).

PRACTICA DEPORTIVA: Para los Planes Por Viaje y Anuales Multiviajes, el monto máximo a que alcanzará el beneficio adicional en caso de accidentes ocasionados en la práctica de estos deportes, será el cincuenta por ciento (50%) del monto máximo que por asistencia médica en caso de accidente contemple el plan adquirido por el Titular por la vigencia del Plan y no por evento.

X. PLANES ESPECIALES:

PLAN FAMILIAR: Es un forma de comercialización mediante la cual OPEN INSURANCES brinda a sus clientes la posibilidad de adquirir sus planes de asistencia para todos los integrantes de un mismo grupo familiar, abonando solamente el precio correspondiente a algunos de ellos, siendo sin cargo para el resto. Los precios y condiciones de comercialización aplicables a la modalidad "PLAN FAMILIAR" pueden variar según el tipo y vigencia del plan adquirido, el destino del viaje y la cantidad de integrantes del grupo familiar, conforme a información disponible. **MUY IMPORTANTE:** Cuando se hayan adquirido productos OPEN INSURANCES bajo la modalidad de "PLAN FAMILIAR", todos y cada uno de los topes monetarios estipulados en el voucher y Condiciones Particulares, correspondientes al plan elegido y adquirido, serán de aplicación conjunta para todos los integrantes del grupo familiar, con la única excepción de casos de asistencia médica brindada en Europa para los cuales los topes monetarios estipulados en el voucher serán de aplicación individual para cada integrante del grupo familiar. En virtud de ello (salvo la única excepción arriba indicada) cuando los gastos originados en la asistencia brindada a uno o más integrantes de dicho grupo familiar, alcancen uno o más topes estipulados en el Plan/Voucher elegido, OPEN INSURANCES no asumirá ningún gasto adicional por ese mismo concepto. Asimismo cuando los planes adquiridos bajo esta modalidad incluyan alguno de los seguros previstos en las presentes Condiciones Generales, todos y cada uno de los topes monetarios estipulados para cada riesgo en el plan/voucher elegido y adquirido serán de aplicación conjunta para todos los integrantes del grupo familiar. en virtud de ello, en caso de siniestro la compañía aseguradora abonará la indemnización que corresponda a prorrata entre los integrantes de dicho grupo familiar.

XI. PROCESOS DE REEMBOLSOS.

OPEN INSURANCES se obliga a analizar cada solicitud de reembolso para determinar si es procedente y en consecuencia reintegrar los montos que correspondieren de acuerdo a las presentes Condiciones Generales y montos de beneficios del Plan contratado o adjudicado. Todas las compensaciones y/o reintegros y/o demás gastos que vayan a asumirse por OPEN INSURANCES, en el marco del presente contrato, serán abonados en U.S. Dólares o moneda local a opción del Titular. Los comprobantes necesarios para determinar la procedencia del reembolso deberán incluir: facturas originales de los profesionales y/o centros médicos intervinientes en la asistencia con clara indicación de diagnóstico, historia clínica, formulario de ingreso en caso de internación emitido por el establecimiento asistencial, detalle de prestaciones y facturas de farmacias con descripción de medicamentos adquiridos, que deberán ser coincidentes en calidad y cantidad con los prescriptos por el profesional actuante en la ocasión.

Los tiempos establecidos para el procesamiento de un reembolso son:

1. Siempre y cuando la Central de Asistencia haya autorizado gastos a pagar por el Titular directamente al proveedor de un servicio, el Titular tiene hasta treinta (30) días continuos a partir de ocurrido el evento o suceso que dio origen a la asistencia para presentar la documentación y respaldos necesarios para iniciar el proceso del reembolso. Después de ese plazo, no se aceptarán documentos para tramitar ningún reembolso.
2. Una vez recibidos los documentos, OPEN INSURANCES tiene hasta cinco (5) días continuos para solicitar cualquier documento adicional o faltante que no haya sido entregado por el Titular.
3. Con todos los documentos necesarios en mano, OPEN INSURANCES procederá durante los siguientes cinco (5) días hábiles a analizar el caso y emitir la carta de aprobación o negación de dicho reembolso.
4. Siendo procedente el reembolso, OPEN INSURANCES procederá a efectuar el pago en 30 días hábiles, posteriores a la fecha de recepción de los datos completos vía escrita para la realización de la transferencia bancaria a la cuenta del Titular.
5. Los reembolsos pagados directamente por OPEN INSURANCES pueden hacerse a través de transferencia bancaria, giro postal o cheque. OPEN INSURANCES asumirá los gastos generados por la agencia de giro postal, el envío del cheque, así como los cobros directos de su entidad bancaria; cargos adicionales realizados por el banco del Titular serán cubiertos por el mismo. Para el caso específico de eventos ocurridos en los Estados Unidos de América, donde se proceda por reembolso de gastos pagados por el Titular, los valores de referencia a utilizar serán los que en dicho país se conocen como "Usual and Customary amount", los cuales no necesariamente sean los facturados. Estos gastos le serán reembolsados por OPEN INSURANCES contra la presentación de comprobantes fehacientes y hasta el límite indicado en su voucher/plan. Estos comprobantes deberán incluir: facturas originales de los profesionales y/o centros médicos intervinientes en la asistencia con clara indicación de diagnóstico, historia clínica, formulario de ingreso en caso de internación emitido por el establecimiento asistencial, detalle de prestaciones y facturas de farmacias con descripción de medicamentos adquiridos, que deberán ser coincidentes en calidad y cantidad con los prescriptos por el profesional actuante en la ocasión.

XII. SEGUROS.

A. GENERALIDADES: OPEN INSURANCES ha contratado las coberturas que obsequia a los titulares de sus planes de asistencia con la empresa de reaseguro ARCH REINSURANCE LTD, con base en Bermuda, cuya póliza cubre el 100% del riesgo derivado de las solicitudes de seguro que se han ofrecido. La póliza se encuentran en la sede de OPEN INSURANCES y a la disposición de los Titulares.



@openinsurances



www.openinsurances.com