

ASISTENCIA EN VIAJE INTERNACIONAL

CONTENIDO

- CONTENIDO 2
- I. INTRODUCCIÓN 3
- II. BENEFICIARIO / EDAD LÍMITE 4
- III. VIGENCIA – VALIDEZ 5
- IV. VALIDEZ GEOGRÁFICA 6
- V. PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR ASISTENCIA - CENTRALES DE ASISTENCIAS 6
- VI. OBLIGACIONES DEL BENEFICIARIO 6
- VII. OBLIGACIONES ASUMIDAS POR MOK 8
- VIII. PROCESO DE REEMBOLSOS 8
- IX. MONEDA DE ALCANCES Y SERVICIOS 9
- X. DEFINICIÓN DE LOS BENEFICIOS..... 9
- XI. EXCLUSIÓNes APLICABLES A TODOS LOS BENEFICIOS..... 27
- XII. SUBROGACIÓN 29
- XIII. CIRCUNSTANCIAS EXCEPCIONALES DE INEJECUCIÓN INIMPUTABLE 30
- XIV. RECURSO..... 30
- XV. RESPONSABILIDAD..... 30
- XVI. CADUCIDAD - RESOLUCIÓN – MODIFICACIÓN..... 31
- XVII. DEFINICIONES Y/O GLOSARIO DE TÉRMINOS 31

CONDICIONES GENERALES DE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA MEDICA EN VIAJE INTERNACIONAL MOK

Invitamos a los Beneficiarios de un voucher o plan de asistencia **MOK** a leer estas Condiciones Generales antes de emprender su viaje. En las siguientes páginas, encontrará las Condiciones Generales, Condiciones Particulares y Exclusiones, así como las instrucciones que le permitirán un mejor uso de los beneficios y servicios contratados.

I. INTRODUCCIÓN

Todos los servicios proporcionados por este plan de asistencia son cubiertos a través de MOK, compañía cuyo objeto principal es el de proporcionar, entre otros, servicios de asistencia médica, jurídica y personal únicamente en casos de EMERGENCIAS en el transcurso de un viaje internacional durante el periodo de vigencia del plan contratado.

ACEPTACIÓN DEL BENEFICIARIO

Las Condiciones Generales aquí detalladas, junto con la documentación complementaria, estarán a disposición del Beneficiario en el momento de la contratación del plan, constituyendo un contrato de asistencia al viajero proporcionado por MOK. Al adquirir el plan, el Beneficiario declara haber leído y comprendido las presentes condiciones, y su aceptación queda formalizada mediante cualquiera de los siguientes actos:

1. El pago de los servicios contratados.
2. El uso o el intento de uso de cualquiera de los servicios contratados.

En ambos casos, el Beneficiario reconoce que ha elegido, leído y que acepta todos los términos y condiciones de los servicios expresados en las presentes Condiciones Generales y que las mismas rigen la relación entre las partes en todo momento convirtiéndose en un contrato de adhesión.

Con cualquiera de estos actos, el Beneficiario reconoce haber elegido, leído y aceptado los términos y condiciones establecidos en estas Condiciones Generales, los cuales regirán la relación entre las partes durante toda la vigencia del plan, constituyendo un contrato de adhesión.

Es de entenderse y aceptarse por el Beneficiario que los planes de MOK no constituyen un seguro ni un producto afín, ni forman parte de un programa de seguridad social, medicina prepagada o un servicio médico ilimitado. Por lo tanto, MOK no tiene como objetivo ofrecer atención médica integral ni un tratamiento definitivo para enfermedades sean o no preexistentes o crónicas. Los servicios de asistencia médica proporcionados por MOK se limitan exclusivamente a tratamientos de urgencia para enfermedades agudas, y están destinados a la asistencia primaria en situaciones de emergencia durante el viaje, en casos de enfermedades o condiciones médicas claras, comprobables y agudas que impidan la normal continuación del viaje, siempre que dichas condiciones no se encuentren en la lista de exclusiones.

Estos planes están diseñados para asegurar la recuperación inicial y primaria del Beneficiario, permitiéndole continuar su viaje en condiciones físicas adecuadas. No están destinados, ni se prestan para los eventos que se indican en las EXCLUSIONES descritas en este documento, que incluyen, pero no se limitan a:

- **Procedimientos médicos electivos:** Cualquier intervención o tratamiento médico no urgente o no necesario para la recuperación inmediata del beneficiario.
- **Chequeos médicos de rutina** o pruebas que no hayan sido previamente autorizadas por la Central de Servicios de Asistencia.
- **Tratamientos o procedimientos para condiciones benignas o de largo plazo:** Atenciones médicas que no sean consideradas de carácter urgente o que corresponden a condiciones médicas crónicas o preexistentes que no requieran tratamiento inmediato para la continuidad del viaje.

Toda asistencia o tratamiento cesará y no será responsabilidad de **MOK** una vez que el Beneficiario regrese a su lugar de residencia o cuando expire el período de validez del plan elegido, salvo las excepciones que se indican más adelante. La adquisición por parte de un Beneficiario de uno o más voucher no produce la acumulación de los beneficios ni del tiempo en ellos contemplados, en estos casos solo podrán aplicarse los topes establecidos en el voucher que primero haya sido emitido.

Nota: El Beneficiario entiende y acepta que este plan es un producto de asistencia en viajes, y que, en caso de ser ofrecido a través de una compañía de seguros, no constituye un seguro médico internacional.

MODIFICACIÓN DE LA VIGENCIA / VALIDEZ

Una vez que haya comenzado la vigencia del voucher, el Beneficiario no podrá realizar cambios ni ampliaciones en el producto contratado, ni solicitar la anulación del voucher por ninguna causa o en ninguna circunstancia. No obstante, lo anterior, en el caso de que el Beneficiario decida extender su viaje de manera imprevista, podrá solicitar la emisión de un nuevo voucher MOK, MULTI ASSIST se reserva el derecho exclusivo de aprobar o rechazar dicha solicitud de renovación, sin necesidad de justificar su decisión, y conforme a las siguientes condiciones:

- a. El Beneficiario podrá solicitar la renovación de su voucher máximo 4 días antes de terminar la vigencia del voucher original, el cual se emitirá bajo previa autorización de la central de asistencia.
- b. El Beneficiario podrá renovar su voucher con un plan que tenga la misma o mayor cobertura del primero, no se emitirá con cobertura menor a la contratada originalmente.
- c. El Beneficiario deberá solicitar autorización para la emisión de un nuevo voucher exclusivamente al agente emisor con el cual contrató la asistencia original o de haber sido comprado en página web, a través del formulario de "Contacto" en la misma, indicando la cantidad de días que desea contratar, el agente emisor está obligado a informar a **MOK** que se trata de una emisión en destino y solicitará la autorización a la Central de Asistencia para el nuevo período de contratación.
- d. La solicitud de emisión de un nuevo voucher deberá efectuarse antes de la finalización de la vigencia del voucher original.
- e. El Beneficiario deberá realizar el pago del nuevo voucher al momento de la emisión.

El nuevo plan de su servicio de asistencia en viajes y su correspondiente voucher emitido en las condiciones referidas en esta cláusula no podrá ser utilizado bajo ningún concepto, para iniciar o continuar el tratamiento y/o asistencia de problemas que ya hubieran surgido durante la vigencia del primer voucher original y/o anteriores o antes de la vigencia del nuevo plan y/o voucher, independientemente de las gestiones o tratamientos en curso que hayan sido autorizados por **MOK** o por terceros. Toda asistencia médica tratada durante la vigencia del primer voucher pasará automáticamente a ser considerada como preexistencia durante la vigencia del segundo voucher y por lo tanto no será asumida por **MOK**.

En caso de que la solicitud se realice habiendo terminado la vigencia del voucher inicial o el pasajero ya se encuentre por fuera de su país de origen al momento de la contratación, la renovación será expedida con 3 (tres) días de carencia y por gastos médicos de Covid-19 será de 15 (quince) días, únicamente tras haber recibido la agencia emisora/operadora turística y demás, autorización expresa de la Central de Servicios de Asistencia.

II. BENEFICIARIO / EDAD LÍMITE

El Beneficiario es la persona natural cuya identidad aparece registrada en el plan de asistencia, y es el único titular de los derechos y beneficios derivados de dicho plan hasta la fecha de su aniversario según la edad límite establecida por el tipo de plan adquirido. A partir de esta fecha, el Beneficiario perderá todo derecho a acceder a los beneficios, prestaciones de asistencia y cualquier reembolso o reclamación originada por eventos ocurridos con posterioridad a tal fecha.

Las prestaciones o beneficios contemplados en el plan contratado son intransferibles y, por lo tanto, solo pueden ser solicitados por el Beneficiario. Para acceder a los mismos, este deberá acreditar su identidad mediante la presentación del voucher, la carta asociada o el voucher correspondiente, así como los documentos de viaje necesarios para verificar la vigencia y aplicabilidad de los servicios solicitados.

El Beneficiario podrá utilizar los servicios contratados hasta las 00:00 horas del día de su aniversario según la fecha de su nacimiento, conforme a lo estipulado en el plan adquirido. A partir de esa hora, se extinguirán todos sus derechos a los beneficios del plan, así como a cualquier reclamo o reembolso relacionado con eventos ocurridos después de esa fecha. A modo de ejemplo, si un Beneficiario tiene 84 años, se considera que sigue teniendo esa edad hasta el día anterior al cumplimiento de los 85 años.

III. VIGENCIA – VALIDEZ

La vigencia de un plan corresponde al período de tiempo en el que el beneficiario puede acceder a los beneficios establecidos en el plan de asistencia médica MOK. este período se inicia a las 00:00 horas del día de inicio de validez del plan y se extiende hasta las 23:59 horas del último día de validez, tal como se indica en el voucher adquirido por el beneficiario. una vez que expire la vigencia del plan, cesarán automáticamente todos los beneficios, servicios o prestaciones, incluyendo aquellos que hayan comenzado antes o durante la vigencia del plan.

Los planes “Viajes Cortos” tendrán una duración máxima de 90 días consecutivos de cobertura. Por otro lado, los planes “Larga Estadía” ofrecerán una cobertura de hasta 365 días consecutivos.

Nota: Los planes “Estudiantiles” están disponibles exclusivamente para personas que se encuentren actualmente estudiando o que vayan a cursar estudios. Para acceder a estos planes, se requerirá la presentación de un certificado o carnet de escolaridad, así como una carta de aceptación o matrícula en una institución educativa.

Los planes de asistencia “Anuales Multiviajes” tendrán una vigencia de 365 días consecutivos; sin embargo, el Beneficiario no podrá permanecer fuera de su país de residencia habitual por más de 30, 45, 60 o 90 días por cada viaje realizado, según lo estipulado en el plan adquirido. En el momento de solicitar asistencia, la Central de Servicios de Asistencia de MOK podrá requerir al Beneficiario el envío de una copia de su pasaporte, por fax o correo electrónico, para verificar la fecha de salida de su país de residencia o la fecha de ingreso al país desde donde solicita asistencia.

Es importante señalar que los planes MOK operan bajo la modalidad de días corridos, lo que significa que, una vez iniciada la vigencia de un plan, no es posible interrumpirlo. Además, los días no utilizados dentro del voucher no son reembolsables. En caso de interrupción de la vigencia del plan, este caducará y no podrá ser reactivado.

El plan de asistencia está destinado exclusivamente a fines turísticos. En ningún caso podrá ser utilizado por personas que se desplacen al exterior para realizar actividades profesionales. En caso de que el motivo del viaje del Beneficiario sea la realización de trabajos o actividades que impliquen un riesgo profesional como labores de alta especialización en las que se exponga la vida, manipulación de sustancias peligrosas, uso de maquinaria pesada o equipos que operen con gases, presión de aire o fluidos hidroneumáticos, o trabajos que requieran habilidades físicas especiales MOK quedará eximido de toda responsabilidad por la provisión de servicios y cubrirá exclusivamente los costos originados por tales actividades si estas ocurren bajo la responsabilidad de un plan de riesgos profesionales del empleador.

Esta normativa también aplica a aquellas personas que no se encuentren vinculadas laboralmente con una empresa y que actúen de manera independiente o en una situación migratoria o laboral irregular.

Asistencia Médica Posterior a la Finalización del Período de Cobertura

En aquellos casos en los que el Beneficiario se encuentre hospitalizado debido a una enfermedad y/o accidente cubierto por MOK al momento de la finalización de la vigencia del plan, se cubrirán únicamente los gastos de hospitalización relacionados con dicha enfermedad y/o accidente, bajo los siguientes términos:

- Hasta un máximo de ocho (8) días adicionales contados a partir de la fecha de finalización de la vigencia del voucher, o
- Hasta el agotamiento de la cobertura contratada, lo que ocurra primero, o
- Hasta que el médico tratante firme el alta del Beneficiario dentro de los ocho (8) días de prórroga de cobertura, lo que suceda primero.

- Cualquier asistencia o tratamiento médico cesará y quedará fuera de la cobertura de MOK una vez que el Beneficiario regrese a su lugar de residencia habitual o, en su defecto, al expirar la vigencia del plan adquirido, salvo las excepciones anteriormente mencionadas.

Nota 1: En el caso de que el Beneficiario ya se encuentre en el país de destino y solicite la autorización para la emisión de un plan de asistencia en viajes, siempre que dicha solicitud sea aprobada por la Central de Servicios de Asistencia, se aplicará un plazo de carencia de tres (3) días para el inicio de la cobertura.

Nota 2: Los pasajeros que permanezcan en el país de destino por un período superior a dos (2) años no podrán adquirir un nuevo plan de asistencia, ya que serán considerados como residentes en dicho país.

IV. VALIDEZ GEOGRÁFICA

La cobertura geográfica del plan será de carácter mundial, según lo estipulado en el voucher adquirido. Independientemente de la ubicación del Beneficiario, se le brindará cobertura conforme al plan contratado. No obstante, se excluye de esta cobertura el país de residencia habitual del Beneficiario.

V. PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR ASISTENCIA - CENTRALES DE ASISTENCIAS

En caso de que el Beneficiario requiera asistencia, deberá ponerse en contacto con la Central de Servicios de Asistencia de MOK, sin importar su ubicación geográfica, siempre en conformidad con las disposiciones de las presentes Condiciones Generales.

Para comunicarse con la Central de Servicios de Asistencia, el Beneficiario deberá hacer la llamada a través de un número de teléfono habilitado para llamadas a cobro revertido o directamente a los números de contacto proporcionados por MOK para cada país. En caso de que el Beneficiario incurra en costos por realizar la llamada, MOK procederá a reembolsar dicho monto, siempre que el Beneficiario conserve y presente el comprobante o factura que refleje el cobro correspondiente a uno de los números habilitados indicados.

Es obligación del Beneficiario informar inmediatamente de cualquier emergencia. Si por algún motivo el Beneficiario no pudiera hacerlo personalmente, podrá ser comunicado por un acompañante, amigo o familiar. En cualquier caso, la notificación de emergencia debe realizarse dentro de las 24 horas siguientes al incidente.

En el caso de que el Beneficiario se encuentre en altamar y, por lo tanto, no pueda comunicarse directamente con la Central de Asistencia, deberá informar el hecho médico en un plazo máximo de 24 horas tras su desembarque en el primer puerto disponible.

El incumplimiento de esta obligación resultará en la pérdida automática de cualquier derecho de reclamación por parte del Beneficiario.

Para poder comunicarse a la central de servicios de asistencias lo puede realizar a través de:



WhatsApp (únicamente mensajes):
+57 316 526 0814



Correo para asistencias
asistencias.travel@grupomok.com



Llamada por cobrar desde cualquier lugar del mundo
(+57-601)-5801514 ó (+57-601)-5801420
Bogotá - Colombia



Chat On-line
A través de la página web
www.moktravelassist.com.co hacer clic en el ícono "Chat de asistencia"



Escanea para solicitar asistencia

Los teléfonos indicados estarán a tu servicio los 7 días de la semana, las 24 horas, todo el año

VI. OBLIGACIONES DEL BENEFICIARIO

Para acceder a los servicios cubiertos por el plan de asistencia, el Beneficiario deberá cumplir con las siguientes obligaciones:

1. **Autorización previa de la Central de Servicios de Asistencia:** El Beneficiario deberá solicitar y obtener autorización de la Central de Servicios de Asistencia de MOK antes de realizar cualquier acción o incurrir en gastos relacionados con los beneficios cubiertos por el plan adquirido. En aquellos casos donde no se haya solicitado ni obtenido dicha autorización, no procederán reembolsos ni se otorgarán derechos a reclamaciones.
2. **Notificación imprescindible:** Se establece que la notificación a la Central de Servicios de Asistencia es indispensable, incluso si el problema o la situación de salud se ha resuelto de forma independiente. MOK no asumirá los costos de ninguna asistencia sin haber recibido previamente el conocimiento y la autorización de la Central de Servicios de Asistencia.
3. **Grabación de comunicaciones:** El Beneficiario acepta y consiente expresamente que MOK se reserve el derecho de grabar y auditar las conversaciones telefónicas que considere necesarias para la correcta prestación de sus servicios. Además, el Beneficiario acepta que dichos registros puedan ser utilizados como prueba en caso de controversias relacionadas con la asistencia prestada.
4. **Notificación en caso de emergencia:** Si el Beneficiario o un tercero no pudiera comunicarse con la Central de Servicios de Asistencia por razones ajenas a su voluntad antes de recibir asistencia, deberá informar a la Central dentro de las 24 horas siguientes al evento, salvo que se presente una situación de Fuerza Mayor, caso en el cual, deberá comunicarse inmediatamente cese la situación o más tardar dentro de las 24 horas siguientes. El incumplimiento de este requisito resultará en la pérdida automática de cualquier derecho a reclamar o solicitar indemnización.
5. **Aceptación de recomendaciones médicas y repatriación:** El Beneficiario se compromete a aceptar y seguir las soluciones o recomendaciones proporcionadas por la Central de Servicios de Asistencia. En aquellos casos en los que, por indicación médica, se considere necesario, el Beneficiario deberá consentir su repatriación a su país de origen, siempre que su condición médica lo permita.
6. **Proveer documentación y comprobantes:** El Beneficiario deberá proporcionar toda la documentación necesaria para confirmar la procedencia del caso, así como los comprobantes originales de gastos que pudieran ser considerados para reembolso por MOK. Además, deberá proporcionar toda la información médica relevante (incluida la previa al inicio del viaje) que permita a la Central de Servicios de Asistencia evaluar el caso y tomar decisiones sobre la asistencia a otorgar.
7. **Autorización para la divulgación de información médica:** Cuando sea requerido por MOK, el Beneficiario deberá autorizar la divulgación de su historia clínica completando y firmando el formulario de Autorización de Divulgación de Información Médica ("Record Release Form"). Este documento deberá ser firmado y enviado por fax a la Central de Servicios de Asistencia. Asimismo, el Beneficiario otorga una autorización absoluta e irrevocable para que MOK pueda solicitar, en su nombre, cualquier información médica relevante a los profesionales médicos, tanto en el país de destino como en el país de residencia del Beneficiario, con el fin de evaluar la aplicabilidad de las exclusiones o restricciones relacionadas con enfermedades preexistentes o condiciones que hayan dado lugar a la solicitud de asistencia.
8. **Recomendación adicional:** Se recomienda encarecidamente a los Beneficiarios que completen siempre el Formulario de Autorización cuando se registren en un centro médico, ya que esta acción puede facilitar significativamente los procedimientos de reembolso o la toma de decisiones sobre casos que involucren el estudio del historial médico del paciente.

Nota importante: En algunos países, en particular en Estados Unidos y en Europa, debido a la estandarización informática, muchos centros médicos (hospitales, clínicas, consultorios, laboratorios, entre otros) pueden enviar facturas o reclamos de pago a los pacientes, incluso después de que las cuentas hayan sido pagadas o saldadas. En tales casos, el Beneficiario deberá notificar a la Central de Servicios de Asistencia, ya sea llamando a los números habilitados o enviando un correo electrónico a sac.viaje.scotiabank@grupomok.com, para que se realice la gestión correspondiente y se aclare la situación con el proveedor del servicio.

VII. OBLIGACIONES ASUMIDAS POR MOK

1. **Cumplimiento de prestaciones y beneficios:** MOK se compromete a cumplir con las prestaciones y beneficios establecidos en las Condiciones Generales del plan contratado por el Beneficiario, siempre que se encuentren dentro del período de vigencia del voucher correspondiente.
2. **Exoneración por caso fortuito o fuerza mayor:** MOK queda expresamente liberado, exento y excusado de toda obligación y responsabilidad en aquellos casos en los que el Beneficiario sufra daños o requiera asistencia como consecuencia de caso fortuito o fuerza mayor, tales como, sin limitarse a estos ejemplos, catástrofes naturales, terremotos, inundaciones, tormentas, guerras internacionales o guerras civiles, tanto declaradas como no declaradas, rebeldías, insurrecciones civiles, actos de guerrilla, hostilidades, represalias, conflictos bélicos o sociales, embargos, huelgas, movimientos populares, lockouts, actos de sabotaje, terrorismo, disturbios laborales, acciones de autoridades gubernamentales y otros eventos similares. Igualmente, se excluyen aquellos inconvenientes o demoras derivados de la terminación, interrupción o suspensión de servicios de comunicación. En tales casos, una vez superadas las circunstancias excepcionales, MOK se compromete a cumplir con sus obligaciones de manera inmediata y dentro del plazo más corto posible.
3. **Reembolsos y compensaciones:** MOK se compromete a analizar cada solicitud de reembolso que reciba, con el fin de determinar su procedencia y, en su caso, realizar la compensación o reintegro de acuerdo con los límites y cobertura establecidos en el plan contratado por el Beneficiario. Los reembolsos y demás compensaciones asumidas por MOK en el marco de este contrato podrán ser realizados en moneda local, de acuerdo con las condiciones especificadas.

VIII. PROCESO DE REEMBOLSOS

Es requisito indispensable que el pasajero se haya comunicado, ya sea telefónicamente o por cualquiera de los medios de contacto proporcionados en su voucher, con la central de asistencia dentro de las 24 horas posteriores a la ocurrencia del evento. Los documentos solicitados y cualquier otro que se considere pertinente por parte del Departamento Médico, el Departamento de Reembolsos y la Central de Servicios de Asistencias, serán de exclusiva responsabilidad del beneficiario, quien deberá recabarlos y enviarlos a la Central de Servicios de Asistencias y/o al Departamento correspondiente para su revisión y aprobación.

El procedimiento para procesar un reembolso será el siguiente:

- a) El formato de solicitud de reembolsos será enviado por nuestro operador de la central de asistencias, el correo de contacto con el departamento de reembolsos es: reembolsosenviaje@grupomok.com.
- b) El Beneficiario tendrá un plazo máximo de treinta (30) días continuos desde la fecha de finalización de la vigencia del voucher para presentar los documentos y comprobantes necesarios para iniciar el proceso de reembolso. Transcurrido este plazo, no se aceptarán documentos para tramitar ninguna solicitud de reembolso.
- c) Una vez recibidos los documentos, MOK dispondrá de cinco (5) días continuos para solicitar cualquier documentación adicional que sea necesaria y que no haya sido entregada por el Beneficiario.
- d) Una vez que se haya recibido toda la documentación requerida, MOK procederá con la evaluación del caso durante un período máximo de quince (15) días hábiles, emitiendo una carta de aprobación o denegación de la solicitud de reembolso.
- e) Si se aprueba el reembolso, MOK se compromete a realizar el pago dentro de los 15 días hábiles siguientes a la recepción de los datos completos, para proceder con la transferencia.

Nota: Los pagos de reembolsos realizados directamente por MOK, a su discreción, podrán realizarse mediante transferencia bancaria, giro postal o cheque. Los costos asociados al envío del giro postal, la emisión del cheque y cualquier cargo derivado de la agencia de giro postal o el banco de MOK serán asumidos por MOK. Sin embargo, los gastos adicionales generados por el banco del Beneficiario serán de su responsabilidad.

En caso de que la moneda en la que se originó el gasto sea distinta a la indicada en el voucher de asistencia, la conversión se efectuará tomando como referencia el tipo de cambio vigente en la fecha en que ocurrió el evento que motiva el reintegro.

Respecto al pago del reintegro, si la moneda en la que se originó el gasto es distinta a la moneda local, el reembolso se realizará en la moneda local correspondiente al país de residencia del beneficiario, utilizando el tipo de cambio oficial en la fecha de emisión de la resolución que apruebe el reembolso por parte de la Central de Servicios de Asistencia.

En los casos en los que la moneda de origen del gasto coincida con la moneda local, el reembolso se efectuará en la misma moneda, sin necesidad de conversión.

Moneda Local: Se entiende como la moneda oficial del país de residencia del pasajero.

IX. MONEDA DE ALCANCES Y SERVICIOS

Los beneficios proporcionados por MOK están sujetos a los límites de cobertura establecidos en el voucher adquirido por el Beneficiario, y se expresan en dólares americanos (USD) o euros (EUR), dependiendo del plan seleccionado y de la cobertura geográfica contratada. Los detalles completos de los beneficios y sus límites de cobertura se encuentran especificados en el punto X del presente documento.

X. DEFINICIÓN DE LOS BENEFICIOS

Algunos beneficios pueden estar disponibles únicamente en ciertos productos ofrecidos por MOK. Es importante que el Beneficiario verifique en su voucher los beneficios específicos y los topes de cobertura contratados. En el caso de que un beneficio no figure en el voucher, esto indicará que el producto elegido no incluye dicho servicio.

Los beneficios adquiridos en su plan se rigen bajo la modalidad de MONTO MÁXIMO GLOBAL, lo que implica un límite para todas las coberturas del plan contratado, especificado como 'Monto Máximo Global'. Es decir, los gastos incurridos durante el viaje serán cubiertos hasta dicho monto. En caso de que los gastos de la asistencia superen este monto, el Beneficiario deberá asumir la diferencia.

A. MÉDICOS

ASISTENCIA MÉDICA POR ACCIDENTE/ ENFERMEDAD O CONDICIÓN MÉDICA NO PREEXISTENTE Y/O CRÓNICA

- **Consultas Médicas:** Serán proporcionadas en caso de accidente, enfermedad o cualquier condición médica aguda e imprevista que no sea preexistente y/o crónica.
- **Atención por Especialistas:** La atención especializada será brindada únicamente cuando haya sido indicada y autorizada previamente por el Departamento Médico de la Central de Servicios de Asistencia de MOK, o por el médico tratante asignado por dicha central.
- **Exámenes Médicos Complementarios:** Se realizarán únicamente cuando hayan sido indicados y autorizados con antelación por el Departamento Médico de la Central de Servicios de Asistencia.
- **Internación:** La internación será proporcionada de acuerdo con la naturaleza de la lesión o enfermedad del Beneficiario, y siempre que el Departamento Médico de la Central de Servicios de Asistencia así lo prescriba. La internación se realizará en el centro médico más cercano al lugar donde se encuentre el Beneficiario. Este beneficio es exclusivo para el Beneficiario del plan de asistencia y no cubrirá ningún gasto adicional, como alojamiento, alimentación para acompañantes en el hospital o clínica, entre otros.
- **Intervenciones Quirúrgicas:** Se autorizarán únicamente cuando sean consideradas como emergencias, es decir, en situaciones en las que el tratamiento no pueda ser diferido ni pospuesto hasta el regreso del Beneficiario a su país de origen. La autorización será emitida por el Departamento Médico de la Central de Servicios de Asistencia.

- **Terapia Intensiva y Unidad Coronaria:** Se proporcionará asistencia en unidades de cuidados intensivos o unidades coronarias siempre que la naturaleza de la enfermedad o lesión así lo requiera, y con la previa autorización del Departamento Médico de la Central de Servicios de Asistencia.

Nota: La Central de Servicios de Asistencia se reserva el derecho de determinar el tratamiento más adecuado entre las opciones propuestas por el cuerpo médico y/o autorizar la repatriación del Beneficiario a su país de residencia, siempre que su condición médica lo permita. En caso de que, a juicio de los médicos tratantes de la Central de Servicios de Asistencia, sea posible que el Beneficiario regrese a su lugar de residencia para recibir tratamiento prolongado, cirugía programada o intervenciones no urgentes, se procederá con la repatriación. El Beneficiario deberá aceptar esta medida; en caso de rechazo, perderá todos los beneficios derivados de su plan de asistencia con MOK.

ASISTENCIA MÉDICA POR COVID 19

El Beneficiario deberá contactar obligatoriamente con la Central de Servicios de Asistencia para coordinar la atención médica, la cual se realizará a través de una consulta virtual por Telemedicina. Si, tras la evaluación inicial, el Departamento Médico determina que el Beneficiario presenta síntomas relacionados con COVID-19, la Central de Servicios de Asistencia organizará la consulta médica pertinente de acuerdo con los protocolos de seguridad y salud vigentes en el país correspondiente, cubriendo los gastos incurridos hasta el tope máximo indicado en el voucher.

Los siguientes gastos estarán cubiertos bajo dicho tope:

- **Gastos Hospitalarios por COVID-19:** En caso de que el Beneficiario requiera internación hospitalaria para estabilizar su condición debido a COVID-19.
- **Gastos de Respirador Mecánico:** Si el Departamento Médico, en conjunto con el médico tratante, considera necesario el uso de respirador mecánico, la Central de Servicios de Asistencia autorizará y cubrirá este gasto.

IMPORTANTE: Este beneficio NO se gestionará bajo la modalidad de reintegro.

ASISTENCIA MÉDICA POR ENFERMEDAD PREEXISTENTE Y/O CRÓNICA

En aquellos casos en los que el Beneficiario adquiera específicamente una cobertura para emergencias derivadas de condiciones preexistentes y/o crónicas, dicha cobertura será válida únicamente hasta el monto especificado en el voucher. La cobertura para enfermedades crónicas y/o preexistentes cubre los siguientes escenarios:

- **Episodios agudos o eventos impredecibles:** Se cubrirán situaciones de descompensación de enfermedades crónicas y/o preexistentes, así como episodios agudos o condiciones previamente asintomáticas que resulten impredecibles. Esta cobertura está diseñada exclusivamente para la atención médica de emergencia durante el viaje, siempre que el episodio no pueda ser diferido hasta el regreso del Beneficiario a su país de residencia.
- **Tratamiento adecuado:** La Central de Asistencias se reserva el derecho de determinar el tratamiento más adecuado entre las opciones propuestas por el cuerpo médico, así como la repatriación del Beneficiario a su país de residencia, si la condición médica lo requiere y la repatriación es viable. La repatriación será considerada como la solución más apropiada en casos en los que el tratamiento implique una evolución a largo plazo, cirugías programadas o intervenciones no urgentes. El Beneficiario está obligado a aceptar la repatriación; en caso de rechazo, perderá todos los beneficios ofrecidos por el plan de asistencia.

- **Exclusiones:** Esta cobertura no incluirá el inicio ni la continuación de tratamientos, procedimientos diagnósticos o terapéuticos que no estén directamente relacionados con el episodio agudo e impredecible. Además, no se cubrirán condiciones relacionadas con enfermedades de transmisión sexual, como la sífilis, gonorrea, herpes genital, VIH/SIDA, entre otras. Tampoco se cubrirán tratamientos para procedimientos de diálisis, trasplantes, tratamientos oncológicos, psiquiátricos, ni para la adquisición de audífonos, anteojos, lentes de contacto, puentes dentales, marcapasos, desfibriladores implantables, respiradores externos, dispositivos implantables, equipos desechables específicos, o enfermedades causadas por el consumo de sustancias ilícitas, drogas, alcohol, medicamentos no prescritos, o el abuso de sustancias y lesiones sufridas como consecuencia de un acto ilícito no están cubiertas en ninguna circunstancia.

Obligaciones del Beneficiario:

1. **Cumplimiento de las indicaciones médicas:** El Beneficiario deberá seguir estrictamente todas las instrucciones médicas proporcionadas por el médico tratante asignado por MOK, incluyendo la administración adecuada de los medicamentos prescritos.
2. **Consulta médica previa:** Si el Beneficiario está interesado en contratar un plan que incluya cobertura para emergencias de condiciones preexistentes, deberá consultar previamente con su médico personal en su país de residencia antes de iniciar el viaje. El médico deberá proporcionar una confirmación por escrito que indique que el Beneficiario se encuentra en condiciones de realizar el viaje y participar en las actividades programadas sin riesgos para su salud.
3. **Prohibición de viajar tras diagnóstico terminal:** El Beneficiario no podrá emprender el viaje si ha recibido una prohibición de viajar por tener un diagnóstico de enfermedad terminal.
4. **Estabilidad médica:** Para acceder a la cobertura por condiciones preexistentes, el Beneficiario deberá haber estado estable por un periodo mínimo de 12 meses antes de su viaje.

Si se determina que el viaje tiene como finalidad el tratamiento de una condición crónica o preexistente, la Central de Asistencias podrá denegar la cobertura.

Entre las enfermedades crónicas y/o preexistentes definidas en la presente cláusula cabe mencionar, a título ilustrativo y sin que la siguiente mención tenga ningún carácter limitativo respecto a otras enfermedades crónicas y/o preexistentes igualmente excluidas: litiasis renal, litiasis vesicular, diabetes, flebitis, trombosis venosa profunda, y úlceras de cualquier etiología. (La enumeración es taxativa y no enunciativa).

CARDIOVASCULARES

- Hipertensión arterial con o sin compromiso de órgano blanco.
- Artropatía obstructiva periférica y aneurismas, no resueltos.
- Cardiopatía isquémica.
- Valvulopatías congénitas o adquiridas.
- Miocardiopatías (dilatadas, hipertróficas y/o restrictivas)
- Arritmias diagnosticadas o crónicas (fibrilación auricular, flutter auricular, arritmias ventriculares).
- Postulantes portadores de marcapasos cardíaco o cardio desfibriladores.
- Vasculares periféricas tales como insuficiencia venosa periférica y enfermedad arterial oclusiva.

ONCOLÓGICAS

- Tumores benignos no resueltos o malignos pasibles de tratamiento medicamentoso, quirúrgico, radiante o de alta complejidad en cualquier orden que se trate, y cuyo intervalo libre de enfermedad no supere los 5 años posteriores a la última terapéutica realizada.

OTORRINOLARINGOLÓGICAS

- Otopatías (hipoacusias neurosensoriales, Otosclerosis, otitis media crónica, otopatía adhesiva, síndromes vertiginosos vestibulares).
- Laringopatías (disfonías orgánicas).
- Rinosinusal (mucocele, poliposis rino-sinusal).
- Misceláneas (malformaciones craneofaciales, secuelas en tratamiento craneofaciales, estenosis traqueal post-intubación prolongada).

OFTALMOLÓGICAS

- Enfermedades crónicas (glaucoma, retinitis pigmentaria, queratocono).

- Enfermedades de inmunodeficiencia.
- Asma Postrasplantes.
- Cardíacos, cardiopulmonares, hepáticos, renales, renopancreáticos, pulmonares y de médula ósea.

NEUROLÓGICAS

- Enfermedades o accidentes cerebrovasculares, incluidas malformaciones arterio-venosas (se excluye aneurismas tratados quirúrgicamente o por embolización, sin secuela, evaluando última angiografía de vasos cerebrales que demuestren la ausencia de otros aneurismas).
- Enfermedades Neurológicas desmielinizantes.
- Enfermedades degenerativas del Sistema Nervioso Central (incluidas patologías extrapiramidales, demencias, ataxias, atrofas musculares, paraplejías espásticas).
- Miopatías hereditarias y congénitas, distrofias musculares, miasteniagravis.
- Polineuropatías y ataxias hereditarias.
- Enfermedades neurológicas congénitas.
- Secuelas neurológicas postraumáticas, postinfecciosas, perinatales.
- Epilepsias refractarias a la medicación.

OSTEOARTICULARES

- Malformaciones congénitas o adquiridas.
- Deformaciones congénitas o adquiridas.
- Osteopatías: Degenerativas y/o tumorales.
- Columna con compromiso neurológico.

HEMATOLÓGICAS

- Leucemias.
- Linfomas.
- Hemofilias.
- Anemias hemolíticas.
- Aplasias medulares.
- Síndromes mieloproliferativos.
- Síndromes linfoproliferativos.

PSIQUIÁTRICAS

- Síndromes depresivos.
- Demencias.
- Neurosis grave.
- Psicosis.
- Adicción.
- Bulimia.
- Anorexia.
- Autismo.
- Trastorno de ansiedad.

DIGESTIVAS

- Úlcera péptica o gástrica.
- Síndromes de Malabsorción.
- Cirrosis hepática y sus concomitantes.
- Pancreatitis crónicas.
- Enfermedad inflamatoria intestinal.
- Enfermedad biliar no resuelta.
- Hepatitis crónicas.

ENFERMEDADES URINARIAS

- Enfermedades renales con compromiso de parénquima.
- Enfermedades obstructivas del árbol urinario.
- Trasplantados.
- Insuficiencia renal crónica (en plan o no de diálisis).

ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO

- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).
- Asma.
- Enfermedad fibroquística.
- Hipertensión pulmonar.
- Fibrosis pulmonar.

ENFERMEDADES ENDOCRINAS

- Enfermedades endocrinas descompensadas.
- Diabetes insulino dependiente.
- Diabetes no insulino dependiente con compromiso de órgano blanco.
- Amenorrea y/o irregularidades menstruales.

MOK no tomará a su cargo exámenes tendientes a evaluar la condición médica de las enfermedades preexistentes y/o para descartar su relación con la afección que motiva la asistencia. Enfermedades inmunológicas o con compromiso inmunológico se consideran patologías crónicas y/o preexistentes, tanto sea éste consecuencia de la misma enfermedad o de las drogas utilizadas para algún tratamiento.

ASISTENCIA PSICOLOGICA

MOK ofrece un servicio de apoyo psicológico disponible las 24 horas del día para los Beneficiarios que, debido a circunstancias excepcionales como repatriación sanitaria, el fallecimiento de un familiar cercano o la ocurrencia de una catástrofe natural, hayan experimentado alteraciones emocionales significativas durante su viaje. Este servicio tiene como finalidad proporcionar asistencia emocional en momentos de alta tensión, buscando aliviar el impacto psicológico de estos eventos.

Es importante destacar que este servicio no sustituye ni puede reemplazar la atención directa y especializada de un psicólogo o psiquiatra. En consecuencia, no se debe utilizar como base para realizar diagnósticos ni para iniciar tratamientos o automedicación. El Beneficiario deberá consultar a los profesionales correspondientes en su caso particular para una evaluación y tratamiento adecuado.

DEPORTES AMATEUR

MOK ofrece cobertura para la práctica de los siguientes deportes cuando son realizados en calidad de aficionados y con fines recreativos o de ocio:

- Deportes ecuestres.
- Deportes de nieve (esquí, snowboard, etc.).
- Deportes de equipo (fútbol, baloncesto, etc.).
- Artes marciales.
- Campeonatos de tiro (en rangos regulados).
- Deportes acuáticos (surf, kitesurf, buceo recreativo hasta 15 metros con supervisor, natación, patinaje, etc.).

Nota: Queda expresamente excluida de cobertura cualquier lesión resultante de la práctica profesional de deportes o en torneos o competencias de carácter competitivo, incluyendo torneos juveniles o actividades programadas con fines lucrativos. En estos casos, el Beneficiario deberá adquirir una cobertura adicional o un upgrade en el plan de asistencia, en función del propósito competitivo o profesional del viaje.

EMERGENCIA DENTAL

Dentro de los límites de cobertura establecidos en el plan contratado, MOK se encargará de los gastos derivados de la atención odontológica en caso de urgencia dental, que resulten de un trauma, accidente o infección, limitándose exclusivamente a:

- El tratamiento del dolor relacionado con la urgencia.
- La extracción de piezas dentarias afectadas por infección o trauma.

Se excluyen expresamente de la cobertura los siguientes tratamientos odontológicos:

- Tratamientos de conductos,
- Reemplazo de calzas,
- Colocación de coronas,
- Instalación de prótesis dentales,
- Sellados dentales,
- Limpiezas dentales,
- Diseños de sonrisa, y
- Cualquier otro tratamiento no específicamente detallado en estas condiciones generales.

GASTOS MÉDICOS POR COMPLICACIONES DE EMBARAZO

En los límites de cobertura que lo incluyan expresamente en las Condiciones Particulares **MOK** sólo asumirá gastos de asistencia médica (incluyendo chequeos médicos de emergencia y ecografías) por complicaciones claras e imprevisibles que pudieran surgir vinculadas al embarazo, incluyendo partos prematuros y abortos espontáneos hasta la semana 26 de gestación inclusive, únicamente hasta el tope indicado en su voucher por este concepto y siempre y cuando el plan de asistencia de Beneficiario se encuentre vigente.

Para acceder al beneficio, el beneficiario debe notificar a la Central de Asistencia de MOK dentro de las 24 horas de sucedida la emergencia y proporcionar los informes médicos pertinentes. La cobertura se limita a los gastos directamente relacionados con la emergencia médica, incluyendo hospitalización, intervenciones quirúrgicas urgentes y tratamientos médicos necesarios para estabilizar la condición de la madre o el feto.

El monto de la cobertura no excederá el establecido en el voucher del beneficio. En caso de que el beneficiario reciba algún reembolso de terceros, como aseguradoras, MOK podrá subrogarse en los derechos del beneficiario hasta el monto de los gastos cubiertos. Este beneficio no se aplicará en embarazos de alto riesgo preexistentes ni en casos donde la complicación sea resultado de un procedimiento no emergente. MOK no será responsable por los resultados de los procedimientos médicos, quirúrgicos o tratamientos realizados en el marco de este beneficio, ya que dichos servicios serán prestados bajo la responsabilidad exclusiva de los profesionales y entidades médicas correspondientes.

Nota: La edad mínima para acceder a este beneficio es de 19 años y la edad máxima es de 45 años.

Exclusiones Particulares: Se encuentran expresamente excluidos los tratamientos de los eventos que se detallan a continuación:

- a) No cubre consultas rutinarias, ecografías, exámenes preventivos ni otros servicios relacionados con el embarazo que no sean emergencias, tales como cesáreas electivas o partos programados.
- b) Tampoco cubre los gastos derivados del turismo de parto ni aquellos relacionados con el desplazamiento para dar a luz en otro país.
- c) Controles ambulatorios vinculados al embarazo de curso normal, así como consultas médicas o estudios relacionados; partos y cesáreas de curso normal y a término.
- d) Abortos provocados.
- e) Los gastos médicos y de cualquier otro tipo relacionados con el recién nacido (como por ejemplo y sin que esta enumeración sea taxativa no enunciativa, neonatología, alimentación, hospitalización del neonato por complicaciones o causas diferentes al nacimiento, etc.).
- f) Atenciones ambulatorias o programadas posterior a finalizada la atención inicial de la urgencia o emergencia.

MEDICAMENTOS RECETADOS

Dentro de los límites de cobertura establecidos en el plan contratado, MOK cubrirá los gastos de los medicamentos recetados por el médico tratante de la Central de Servicios de Asistencia, siempre que éstos sean previamente autorizados.

Los gastos realizados por el Beneficiario para la compra de medicamentos autorizados serán reembolsados dentro de los límites de la cobertura una vez que el Beneficiario haya regresado a su país de residencia, y siempre que se presenten los comprobantes originales de compra, así como el informe médico que detalle el diagnóstico recibido y la receta correspondiente.

Es importante que el Beneficiario solicite estos documentos al médico tratante, ya que la falta de presentación de estos podrá dar lugar a la no aprobación del reembolso.

Exclusiones: Los gastos por medicamentos relacionados con enfermedades preexistentes y/o crónicas no serán cubiertos por MOK, incluso si han sido prescritos por el médico tratante de la Central de Servicios de Asistencia. Igualmente, se excluyen los medicamentos destinados a tratar enfermedades mentales, psiquiátricas o emocionales, incluso cuando la consulta médica haya sido autorizada por el Departamento Médico de MOK.

Tampoco serán cubiertos los gastos de medicamentos anticonceptivos, incluyendo pastillas anticonceptivas, inyecciones anticonceptivas, dispositivos intrauterinos (DIU) o cualquier otro método de planificación familiar, incluso si han sido prescritos por el médico tratante.

Nota: Las prescripciones médicas para el tratamiento de los síntomas iniciales de una condición médica serán cubiertas únicamente durante los primeros 30 días de tratamiento.

ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA/ VIDEOCONFERENCIA (MÉDICO VIRTUAL)

Los Beneficiarios de MOK tienen acceso a un servicio de orientación médica remota a través de conferencias telefónicas o videoconferencias (sujeto a disponibilidad). A través de este servicio, un profesional de la salud brindará recomendaciones médicas sobre cómo manejar los síntomas que el Beneficiario pueda estar experimentando, permitiendo la atención en su hogar, cuando sea apropiado.

En función de la naturaleza y severidad de los síntomas descritos por el Beneficiario, el profesional podrá recomendar la consulta inmediata en centros de urgencias o salas de emergencias para una evaluación más detallada y adecuada.

B. TRASLADOS

TRASLADO SANITARIO Y/O REPATRIACIÓN SANITARIA

En situaciones de emergencia o urgencia médica, y cuando lo considere necesario la Central de Servicios de Asistencia, se organizará el traslado del Beneficiario al centro sanitario más cercano, utilizando el medio de transporte que el Departamento Médico de MOK determine como más adecuado, según la naturaleza de la lesión o enfermedad.

Es importante señalar que, incluso en los casos en que se trate de emergencias o urgencias médicas, el traslado sanitario deberá ser previamente solicitado y autorizado por MOK. El incumplimiento de esta norma eximirá a MOK de asumir la cobertura de dicho traslado.

Repatriación Sanitaria se define como el traslado del Beneficiario enfermo o accidentado desde el lugar en el que se encuentre hasta el aeropuerto de ingreso en el país de residencia habitual, que es el país en el que se emitió el voucher. Este traslado será autorizado exclusivamente por el Departamento Médico de MOK, y en ninguna circunstancia podrá ser realizado por el Beneficiario o sus familiares sin una autorización escrita previa de MOK. En caso de que el Beneficiario o sus familiares decidan proceder con la repatriación por su cuenta, sin la debida autorización, MOK no asumirá ninguna responsabilidad sobre los gastos ni consecuencias derivadas de dicha acción, quedando eximida de cualquier reclamo al respecto.

En los casos en que el Departamento Médico de MOK, en conjunto con el médico tratante, estime necesaria la repatriación, esta se realizará utilizando el medio de transporte más adecuado, pudiendo ser un avión comercial en clase turista, sujeta a disponibilidad de cupos. Además, MOK cubrirá los gastos adicionales derivados de cambios en las fechas del pasaje o la compra de un nuevo pasaje si el original no es modificable. La repatriación incluirá, si fuera necesario, el traslado en ambulancia u otro medio adecuado para el estado de salud del Beneficiario, aprobado por el Departamento Médico de MOK.

Exclusiones: No se cubrirán los gastos de repatriación sanitaria cuando la causa de la repatriación derive de una enfermedad preexistente y/o crónica o de un evento que se encuentre dentro de las exclusiones generales de la cobertura, a menos que el plan contratado contemple específicamente la cobertura para condiciones preexistentes y/o crónicas. Este beneficio solo será aplicable dentro del periodo de vigencia del voucher.

REPATRIACIÓN FUNERARIA

En caso de fallecimiento del Beneficiario durante la vigencia de su tarjeta MOK, y siempre que el fallecimiento no sea causado por un evento excluido en las condiciones generales, MOK organizará y sufragará los gastos de repatriación funeraria. Esto incluirá:

- ✓ Féretro provisional simple obligatorio para el transporte internacional,
- ✓ Los trámites administrativos necesarios para la repatriación,
- ✓ El transporte del cuerpo por el medio que se considere más adecuado, hasta el aeropuerto de ingreso al país de residencia habitual del fallecido, siempre que no se exceda del tope especificado en la tabla de beneficios del plan contratado.

Si el Beneficiario o sus familiares lo desean, podrán optar por la cremación del cuerpo, en cuyo caso también se incluirán los trámites administrativos correspondientes y el traslado de las cenizas hasta el país de residencia habitual del fallecido.

Exclusiones:

- ✓ Los gastos del féretro definitivo,
- ✓ Los gastos de los trámites funerarios,
- ✓ Los traslados terrestres o aéreos dentro del país de residencia, y
- ✓ La inhumación en el país de residencia, no estarán cubiertos por MOK.

Asimismo, MOK no se hará responsable de los gastos relativos a la repatriación funeraria en caso de que el fallecimiento sea consecuencia de:

- ✓ Suicidio,
- ✓ Intoxicación por alcohol o drogas,
- ✓ Enfermedad o condición médica preexistente, crónica o recurrente.

Este beneficio tampoco incluye los gastos de regreso de familiares o acompañantes del fallecido, por lo que MOK no cubrirá ningún gasto relacionado con el transporte de terceros.

TRASLADO DE UN FAMILIAR EN 1º. GRADO DE CONSANGUINIDAD POR HOSPITALIZACIÓN DEL BENEFICIARIO

En caso de que el Beneficiario viaje solo y su hospitalización se prolongue por más de diez (10) días, MOK cubrirá los gastos de un pasaje aéreo en clase turista, sujeto a la disponibilidad de espacio, para un familiar de primer grado de consanguinidad que lo acompañe.

Si dicha cobertura está incluida en la tabla de beneficios del producto contratado, el Beneficiario tendrá derecho, además, a un apoyo de gastos de hotel para el familiar acompañante, de hasta USD 80.00 (ochenta dólares estadounidenses) por día, por un máximo de siete (7) días o hasta el alta médica del paciente, lo que ocurra primero. Se aclara que estas dos coberturas podrán ser gestionadas a través del procedimiento de reintegro con previa autorización de la Central de Servicios de Asistencia.

Condiciones importantes: Los gastos de hotel cubiertos están limitados exclusivamente al hospedaje simple, sin incluir ningún otro concepto adicional como alimentación, servicios de lavandería, telefonía, minibar u otros gastos similares. Entiéndanse como familiares en primer grado de consanguinidad o afinidad los siguientes: padres, hijos, cónyuge, hijos del cónyuge y suegros.

ACOMPAÑAMIENTO DE MENORES DE 15 AÑOS

En el caso de que un Beneficiario viaje acompañado exclusivamente por menores de quince (15) años, quienes también sean Beneficiarios de un plan de asistencia MOK, y debido a una enfermedad o accidente debidamente constatado por el Departamento Médico de la Central de Servicios de Asistencia, se vea incapaz de atender a dichos menores, MOK se encargará de la organización y el desplazamiento de los menores hasta su domicilio habitual en el país de origen del Beneficiario, utilizando el medio de transporte que se considere más adecuado, conforme a las circunstancias.

Para acceder a este servicio el Beneficiario deberá suministrar la información y documentación necesaria para que el menor pueda trasladarse, teniendo en cuenta la regulación migratoria de los países de origen y destino. En caso de que por las disposiciones legales de cada país no sea posible el traslado del menor, MOK no estará obligado a prestar el servicio.

La cobertura se limita exclusivamente a los costos de traslado del menor, por lo tanto, no se cubrirán gastos adicionales, como gastos de transporte de un tercero, alojamiento, alimentación, etc.

ACOMPAÑAMIENTO A MAYORES DE 75 AÑOS

En caso de que un Beneficiario viaje acompañado exclusivamente por uno o más adultos mayores de setenta y cinco (75) años, quienes también sean Beneficiarios de un plan de asistencia, y que, debido a una enfermedad o accidente debidamente verificados por el Departamento Médico de la Central de Servicios de Asistencia, se vea imposibilitado de atender a dichos acompañantes, MOK se compromete a organizar y cubrir el traslado de los adultos mayores a su domicilio habitual en el país de origen, utilizando el medio de transporte que considere más adecuado y oportuno según las circunstancias. Para acceder a este servicio el Beneficiario deberá suministrar la información y documentación necesaria para que el menor pueda trasladarse, teniendo en cuenta la regulación migratoria de los países de origen y destino. En caso de que por las disposiciones legales de cada país no sea posible el traslado del menor, MOK no estará obligado a prestar el servicio.

La cobertura se limita exclusivamente a los costos de traslado del menor, por lo tanto, no se cubrirán gastos adicionales, como gastos de transporte de un tercero, alojamiento, alimentación, entre otros.

GARANTIA DE VIAJE DE REGRESO

En caso de que el Beneficiario haya sido hospitalizado debido a un accidente o enfermedad y se haya visto obligado a cambiar la fecha de su tiquete de avión de regreso a su país de origen, dentro de las 24 horas siguientes de haber recibido el alta médica, deberá informar a la Central de Servicios de Asistencias. Si su pasaje original de regreso no le permitiera el cambio gratuito de fecha, MOK tomará a su cargo la diferencia que correspondiese o el costo de un nuevo pasaje de regreso en clase turista.

Este beneficio solo aplicará para vuelos en clase turista operados por aerolíneas comerciales, y será válido únicamente si el cambio de fecha es autorizado previamente por la Central de Servicios de Asistencia. El beneficiario deberá seguir los procedimientos establecidos, que incluyen notificar a la Central de Servicios de Asistencia dentro de las 24 horas siguientes a la ocurrencia del evento cubierto, presentar la documentación requerida para justificar la modificación del viaje, y cumplir con cualquier otra solicitud que la Central de Servicios de Asistencia estime necesaria para la validación del beneficio.

Nos reservamos el derecho de solicitar documentación adicional si así lo consideramos necesario para procesar la solicitud, incluyendo, pero no limitado a, informes médicos, comprobantes de gastos y cualquier otro documento que permita verificar la legitimidad del cambio de viaje y su relación con el evento cubierto.

En caso de que el beneficiario no cumpla con los procedimientos establecidos o no proporcione la documentación requerida en los plazos y condiciones solicitadas, el beneficio podrá ser denegado.

Este beneficio no cubrirá otros costos adicionales relacionados con el cambio de viaje, tales como alojamiento, comidas, impuestos, tasas o cualquier otro gasto ajeno a la diferencia tarifaria del boleto de transporte.

GASTOS DE HOTEL POR CONVALECENCIA

Si, conforme a la recomendación del médico tratante, en común acuerdo con el Departamento Médico de la Central de Servicios de Asistencia, el Beneficiario ha estado hospitalizado durante al menos cinco (5) días y debe continuar con reposo obligatorio tras el alta médica, MOK cubrirá los gastos de alojamiento en un hotel hasta el monto estipulado en el plan de asistencia, con un límite de diez (10) días. Esta cobertura se limita exclusivamente al Beneficiario del plan, y no cubre gastos de acompañantes. Se aclara que esta cobertura podrá ser gestionada a través del procedimiento de reintegro con previa autorización de la Central de Servicios de Asistencia.

Exclusiones:

- ✓ MOK no se hará responsable de los gastos derivados de convalecencia cuando la internación haya sido producto de una enfermedad o condición preexistente y/o crónica del Beneficiario.
- ✓ La cobertura de hotel se limita exclusivamente a los costos de hospedaje. No se cubrirán gastos adicionales como alimentación, servicios de lavandería, llamadas telefónicas (salvo las realizadas a la Central de Servicios de Asistencia), etc.

REGRESO ANTICIPADO POR SINIESTRO GRAVE EN EL DOMICILIO

En caso de un incendio, explosión, inundación o robo con daños en el domicilio del Beneficiario, mientras éste se encuentra de viaje, y si no hubiera otra persona que pueda hacerse cargo de la situación, MOK cubrirá la diferencia de costo del pasaje aéreo de regreso en clase turista del Beneficiario a su país de residencia habitual, en caso de que su pasaje original no permita un cambio gratuito de fecha. La asistencia estará sujeta a la presentación de la denuncia policial correspondiente, la cual debe ser presentada en la Central de Servicios de Asistencia dentro de un plazo de veinticuatro (24) horas tras el evento. La solicitud de asistencia deberá ser autorizada previamente por la Central de Servicios de Asistencia, y no se aceptarán solicitudes de reembolso sin justificación adecuada.

SUSTITUCIÓN DE EJECUTIVO

En el caso de que el Beneficiario se encuentre en un viaje de negocios en el extranjero y, debido a una emergencia médica grave, se vea imposibilitado de continuar con sus actividades profesionales, MOK cubrirá el costo del pasaje aéreo en clase turista (sujeto a disponibilidad de plazas) para la persona que su empresa designe como sustituto. Asimismo, se cubrirán los gastos de hotel del sustituto hasta un máximo de USD 80 (ochenta dólares) diarios, durante un máximo de cinco (5) días.

VIAJE DE REGRESO POR FALLECIMIENTO DE FAMILIAR EN PRIMER GRADO CONSANGUINIDAD

En caso de fallecimiento de un familiar directo (padre, madre, cónyuge, hijo o hermano) del Beneficiario, residente en el país de residencia habitual del Beneficiario, y cuando este deba retornar de manera urgente a su país, MOK cubrirá la diferencia en el costo de un pasaje aéreo de regreso, únicamente si el pasaje original fue adquirido a una tarifa reducida y el mismo está sujeto a fecha fija o limitada de regreso.

Esta asistencia estará condicionada a la presentación del certificado de defunción del familiar y un documento que acredite el parentesco.

C. EQUIPAJE

COMPENSACIÓN POR DEMORA EN DEVOLUCIÓN DE EQUIPAJE EN LÍNEA AÉREA COMERCIAL

MOK reembolsará al Beneficiario, cuya cobertura lo contemple, los gastos de Artículos De Primera Necesidad adquiridos durante la demora en la entrega de su equipaje. Para hacer efectivo este beneficio, el Beneficiario debe presentar los comprobantes originales de compra y cumplir con las siguientes condiciones:

1. **Reclamo previo:** Las compras deben haberse realizado después de las 6 horas después desde la llegada del vuelo, siempre y cuando haya presentado el reclamo pertinente con la aerolínea y notificado a la Central de Servicios de Asistencia, proporcionando el número P.I.R. correspondiente otorgado por la aerolínea.

2. **Tiempo de demora:** Esta prestación solo se brindará si el equipaje no ha sido localizado dentro de las seis (6) horas siguientes a la llegada del vuelo. Este plazo se refiere exclusivamente al tiempo hasta la localización del equipaje.
3. **Exclusiones:** No se otorgará compensación si la demora o pérdida de equipaje ocurre en vuelos de conexión o en un vuelo de regreso al país de origen o residencia habitual del Beneficiario.

En caso de que el equipaje sea declarado perdido definitivamente por la aerolínea, se deducirá del monto de reembolso por compensación por pérdida de equipaje la cantidad previamente abonada por los gastos de este beneficio.

Este servicio opera bajo el régimen de reintegro, previa autorización de la Central de Servicios de Asistencia, y estará sujeto a los tiempos establecidos para los trámites de reintegro.

Instrucciones en caso de demora de equipaje:

- a) Inmediatamente constatada la falta de equipaje, el Beneficiario deberá dirigirse a la aerolínea o al personal responsable en el área de equipajes del aeropuerto. Deberá solicitar y completar el Formulario P.I.R. (Informe de Pérdida de Equipaje).
- b) Una vez lo anterior, el Beneficiario deberá comunicarse inmediatamente o a más tardar dentro de las siguientes 12 horas después de obtenido el PIR, con la Central de Servicios de Asistencia para informar la situación.

Al regresar a su país de origen y dentro del plazo establecido para el procedimiento de Reintegro indicado en este condicionado, el Beneficiario deberá presentar la siguiente documentación a través de los medios indicados por la Central de Asistencia:

- ✓ Formulario P.I.R.
- ✓ Comprobantes de compra de Artículos De Primera Necesidad (ropa y artículos de higiene).
- ✓ Itinerario original de vuelo.

Nota: La compensación por demora en la devolución de equipaje se otorgará por bulto o carga, y no por persona.

COMPENSACIÓN POR PÉRDIDA DE EQUIPAJE EN LÍNEA AÉREA COMERCIAL

MOK compensará al Beneficiario de forma complementaria, hasta el límite máximo especificado en la tabla de beneficios correspondiente al plan contratado, en caso de pérdida definitiva del equipaje en el viaje, para lo cual se atenderán las siguientes condiciones y requisitos:

1. **Notificación:** El Beneficiario debe haber notificado el hecho a la Compañía Aérea antes de abandonar el aeropuerto donde se registró la pérdida, y obtener el Formulario P.I.R. (Informe de Pérdida de Equipaje). Una vez lo anterior, el Beneficiario deberá comunicarse inmediatamente o a más tardar dentro de las siguientes 12 horas después de obtenido el PIR, con la Central de Servicios de Asistencia para informar el extravío.
2. **Requisitos del vuelo:** La pérdida de equipaje debe haber ocurrido durante el transporte en un vuelo regular internacional. Este beneficio no aplica en vuelos nacionales, vuelos chárteres o fletados, vuelos en aeronaves privadas o militares, o en vuelos sin itinerario fijo publicado y que no operen regularmente. Tampoco aplica en vuelos domésticos en el extranjero.
3. **Equipaje registrado:** El equipaje debe haber sido debidamente registrado, etiquetado y despachado en la bodega del avión. Este servicio no aplica en caso de la pérdida de equipaje de mano, equipaje de cabina, o cualquier otro artículo que no haya sido registrado ante la aerolínea y transportado en la bodega del avión.
4. **Período de pérdida:** La pérdida debe haber ocurrido entre el momento en que el equipaje fue entregado al personal autorizado de la aerolínea para ser embarcado y el momento en que debió ser devuelto al pasajero al finalizar el viaje.
5. **Responsabilidad de la aerolínea:** La aerolínea debe haber aceptado su responsabilidad por la pérdida del equipaje y haber indemnizado al Beneficiario conforme a su política interna de compensación. MOK no podrá indemnizar al Beneficiario si aún no ha recibido la indemnización de la aerolínea.

6. Exclusiones: No se contempla compensación por pérdidas de equipaje ocurridas en transportes terrestres en el extranjero.
7. **Límites de compensación:** La compensación por pérdida total de equipaje se limitará a un solo bulto completo, faltante de forma definitiva, y a un solo Beneficiario afectado. Si el bulto extraviado pertenece a varios Beneficiarios, la compensación será prorrateada entre ellos, siempre y cuando se incluya la información de los números de billetes de cada uno y el número de voucher. No se indemnizarán faltantes parciales de equipaje.
8. **Opción de indemnización de la aerolínea:** En caso de que la aerolínea ofrezca al Beneficiario la opción de elegir entre recibir una compensación económica o un pasaje u otro medio de compensación, MOK abonará al Beneficiario la compensación económica por la pérdida del equipaje, una vez que dicha opción haya sido ejercida por el pasajero.

Es importante destacar que, en casos de extravío de equipaje, la aerolínea o empresa transportadora es la responsable directa de la pérdida. MOK actúa como intermediario facilitador entre la aerolínea y el pasajero, por lo que no podrá ser considerada responsable directa de la pérdida ni de la búsqueda del equipaje. Las aerolíneas se reservan el derecho de aceptar o rechazar los reclamos dirigidos a MOK y, en general, pueden exigir que los reclamos sean presentados directamente por los pasajeros, sin intervención de la empresa de asistencia.

La compensación por pérdida de equipaje se abonará exclusivamente en el país donde se contrató el plan de asistencia.

Al regresar a su país de origen y dentro del plazo establecido para el procedimiento de Reintegro indicado en este condicionado, el Beneficiario deberá presentar, por el medio indicado por la Central de Asistencia (ya sea enlace, canales oficiales de MOK), la siguiente documentación:

- ✓ Formulario P.I.R. (Informe de Pérdida de Equipaje) original.
- ✓ Documento de identidad o pasaporte.
- ✓ Voucher de asistencia.
- ✓ Copia original del recibo de indemnización de la aerolínea (cheque, comprobante de pago, etc.).
- ✓ Pasajes aéreos.

MOK solo podrá proceder con el reembolso por concepto de indemnización por pérdida de equipaje una vez que la aerolínea responsable haya indemnizado debidamente al Beneficiario. No se indemnizará al Beneficiario sin la comprobación del pago realizado por la aerolínea.

Nota: La indemnización otorgada al Beneficiario será complementaria a la proporcionada por la aerolínea, conforme a lo estipulado en el voucher correspondiente al plan contratado. En el caso de indemnización complementaria, el monto a reembolsar se determinará como la diferencia entre lo abonado por la aerolínea y el monto estipulado en el plan, sin superar el límite máximo indicado para este concepto en el voucher. No se aplicará compensación si la indemnización de la aerolínea iguala o supera el límite máximo establecido en el voucher. La compensación se otorgará por bulto de equipaje y no por persona.

COMPENSACIÓN POR PÉRDIDA DE EQUIPAJE EN CRUCEROS

MOK compensará al Beneficiario que haya contratado un plan de asistencia con una voucher de asistencia, tal como se especifica al final del presente documento. En caso de pérdida de equipaje durante un viaje en crucero, el Beneficiario que se encuentre cubierto por un plan de asistencia de MOK que contemple este beneficio complementario, recibirá una compensación por la diferencia entre el monto abonado por la aerolínea y el tope de cobertura especificado en el plan. En ningún caso, el monto total de la compensación excederá el límite de cobertura establecido en el plan de asistencia.

Para poder acceder a este beneficio, se deberán cumplir las siguientes condiciones:

1. **Notificación a la naviera y a MOK:** El Beneficiario deberá notificar el incidente a la naviera y a la Central de Servicios de MOK antes de abandonar el puerto donde ocurrió la pérdida, siguiendo las instrucciones detalladas más adelante.

2. **Extravío de equipaje en crucero:** El equipaje debe haberse extraviado durante su transporte a bordo de un crucero. Este beneficio no será aplicable si la pérdida ocurre en un crucero que no tenga un itinerario fijo o que no opere regularmente.
3. **Registro y despacho del equipaje:** El equipaje debe haber sido debidamente registrado, etiquetado y despachado en la bodega de la embarcación, así como entregado correctamente al personal de la naviera en el despacho del terminal. MOK no cubrirá por la pérdida de equipaje de mano, cabina o cualquier otro bulto que no haya sido debidamente registrado ante la naviera y transportado en la bodega del barco.
4. **Periodo de pérdida del equipaje:** La pérdida debe haber ocurrido entre el momento en que el equipaje fue entregado al personal autorizado de la naviera para su embarque y el momento en que debió ser devuelto al pasajero al finalizar el viaje.
5. **Responsabilidad de la naviera:** La naviera debe haber asumido su responsabilidad por la pérdida del equipaje y haber abonado o compensado al Beneficiario conforme a sus políticas. MOK no cubrirá al Beneficiario hasta que este haya recibido la compensación de la naviera. No se cubrirán pérdidas ocurridas durante el transporte terrestre en los puertos.
6. **Límites de la compensación:** La compensación por la pérdida total del equipaje se limitará a un solo bulto completo perdido de manera definitiva y a un único Beneficiario afectado. Si el bulto perdido estuviera registrado a nombre de varios Beneficiarios, la compensación se prorrateará entre ellos, siempre que se incluyan los números de billetes correspondientes a cada uno. En ningún caso se cubrirán faltantes parciales de equipaje.
7. **Responsabilidad de la naviera:** En caso de extravío de equipaje, la naviera o la empresa transportadora es la entidad directamente responsable. MOK actuará exclusivamente como intermediario facilitador entre la naviera o la compañía transportadora y el pasajero, y no será considerada responsable directa por la pérdida ni por la búsqueda del equipaje. La naviera se reserva el derecho de aceptar o rechazar las reclamaciones presentadas a través de MOK y puede requerir que el reclamo sea gestionado directamente por el pasajero sin la intervención de MOK.
8. **Exclusión de faltantes parciales:** Las compensaciones solo se otorgarán por pérdida total de un bulto completo de equipaje. MOK y sus compañías beneficiarias no cubrirán los faltantes parciales de equipaje.
9. **Ubicación de la compensación:** Las compensaciones por pérdida total de equipaje se abonarán únicamente en el país donde se contrató la asistencia de MOK. Al aceptar este acuerdo, el Beneficiario autoriza el descuento de cualquier gasto bancario o financiero resultante de las transacciones correspondientes.
10. **Demora de equipaje:** Se deja constancia de que MOK no cubrirá en caso de demoras en la entrega del equipaje.

Nota importante: La compensación por pérdida de equipaje se aplica por bulto o carga extraviada, y no por persona.

COMPENSACIÓN POR ROTURA DE EQUIPAJE

En caso de que el equipaje del Beneficiario sufra daños que expongan los elementos contenidos en su interior, o si las cerraduras del mismo son violadas con los mismos efectos, MOK procederá a otorgar una compensación conforme a los topes establecidos en el producto contratado, siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

- 1) La rotura debe haberse producido entre el momento en que el equipaje fue embarcado y el momento en que debió ser entregado al Beneficiario al desembarcar.
- 2) El Beneficiario deberá haber informado sobre el daño a la Central de Servicios de Asistencia de MOK dentro de las 24 horas siguientes al incidente.

- 3) El Beneficiario debe presentar la denuncia correspondiente emitida por la aerolínea o naviera, así como los comprobantes originales de las reparaciones realizadas o de la reposición del equipaje afectado.

ORIENTACIÓN EN CASO DE EXTRAVÍO O ROBO DE DOCUMENTOS Y EQUIPAJES

MOK brindará asesoría telefónica al Beneficiario en caso de extravío o robo de su equipaje, documentos y efectos personales, dándole las instrucciones para que el Beneficiario interponga las denuncias respectivas, y realice los trámites ante las autoridades pertinentes. Este servicio se limita a la orientación telefónica, por lo tanto, **MOK** no realizará ninguna gestión ante las autoridades competentes ni elaborará documentos para tal efecto.

Para poder acceder a este beneficio, el incidente debe ser reportado a la Central de Servicios de Asistencia de **MOK** dentro de las 24 horas posteriores al suceso.

D. VUELOS O CRUCEROS

CONTINUACIÓN VIAJE/ CRUCERO

MOK cubrirá el costo de un boleto de clase económica, un solo sentido, desde el puerto de embarque hasta el siguiente puerto de escala del crucero contratado, bajo las siguientes circunstancias:

- 1) Si el Beneficiario pierde la salida programada del crucero debido a una demora en un vuelo de conexión superior a seis (6) horas respecto al horario originalmente programado, siempre que se presente la documentación pertinente, incluido el informe de la aerolínea (PIR).
- 2) Si el Beneficiario debe ser retirado del crucero por emergencias médicas que comprometan su integridad física.
- 3) En caso de que el Beneficiario no pueda embarcar debido a una enfermedad presentada antes del embarque, y tras recibir tratamiento, se le permita continuar el viaje, siempre que se presenten los documentos que certifiquen tanto la incapacidad para abordar como el alta médica correspondiente.

Este beneficio se abonará como reintegro, previa acreditación de los documentos que respalden las situaciones descritas.

GASTOS POR VUELO DEMORADO O CANCELADO

Si el vuelo del Beneficiario fuera demorado por más de seis (6) horas consecutivas a la programada originalmente, y siempre y cuando no exista otra alternativa de transporte durante ellas, **MOK TRAVEL ASSIST** reintegrará hasta el tope de cobertura convenido en razón de gastos de hotel, comidas y comunicaciones realizadas durante la demora y contra la presentación de sus comprobantes originales, acompañados de un certificado de la compañía aérea reflejando la demora o cancelación sufrida por el vuelo del Beneficiario.

Este beneficio no se brindará si el vuelo fuese en un aeropuerto ubicado en las proximidades de la ciudad de residencia habitual así la distancia sea superior a 100 kms o dentro de la ciudad de residencia habitual del Beneficiario; tampoco si el Beneficiario viajara con un pasaje sujeto a disponibilidad de espacio. Este servicio no se aplica si la cancelación se debe a la quiebra y/o cesación de servicios de la línea aérea.

PERDIDA DE VUELO POR CUALQUIER MOTIVO

En caso de que el Beneficiario pierda su vuelo de conexión internacional o de vuelos directos, debido a causas ajenas a la cancelación o demora por parte de la aerolínea, **MOK** asumirá, hasta el límite máximo de responsabilidad contratado, los gastos relacionados con penalidades, compra de nuevos billetes aéreos, alimentación, llamadas telefónicas y gastos de hotel.

Esta cobertura será válida incluso para vuelos nacionales, con las siguientes exclusiones:

- 1) Vuelos iniciados en la ciudad de residencia habitual del pasajero, o vuelos cuyo origen se encuentre a menos de 100 km de la ciudad de residencia habitual del Beneficiario.
- 2) La notificación del incidente debe ser realizada el mismo día en que ocurre la pérdida de vuelo, comunicándose directamente con MOK desde el aeropuerto en cuestión.

DEMORA DE VUELO = SALA VIP (POR RETRASO SUPERIOR A 60 MINUTOS)

Los Beneficiarios de MOK que experimenten una demora superior a 60 minutos en el vuelo programado podrán acceder a las Salas VIP disponibles en los aeropuertos. Para hacer efectivo este beneficio, se deberán cumplir los siguientes requisitos:

- El Beneficiario debe haber contratado un plan de asistencia con un valor igual o superior a USD 30.000.
- El Beneficiario debe registrar los vuelos programados con una antelación mínima de 7 horas antes del vuelo, a través de nuestra Central de Servicios de Asistencia.

E. LEGALES

ASISTENCIA LEGAL POR ACCIDENTE DE TRÁNSITO

MOK cubrirá hasta los límites establecidos en el plan contratado, los gastos por honorarios legales derivados de la defensa civil o penal del Beneficiario en relación con un accidente de tránsito, para controvertir su responsabilidad en la causa del mismo.

TRANSFERENCIA DE FONDOS PARA FIANZA LEGAL EN CASO DE ACCIDENTE DE TRÁNSITO

Si el Beneficiario fuese encarcelado como resultado de un accidente de tránsito ocurrido durante su viaje, MOK gestionará la transferencia de los fondos necesarios para el pago de la fianza penal, siempre y cuando la familia del Beneficiario deposite previamente el monto correspondiente en la oficina de MOK. Para estos efectos los familiares o el Beneficiario deberán suministrar la documentación suficiente y necesaria para realizar esta operación y soportar el ingreso del dinero recibido por MOK para el posterior pago de la Fianza.

El costo asumido por MOK corresponderá únicamente al valor de la transferencia realizada en favor del Beneficiario. Esta cobertura se aplicará una única vez durante la vigencia del plan de asistencia, sin importar la duración de dicho plan.

F. BENEFICIOS COMPLEMENTARIOS

ASISTENCIA CONCIERGE

El servicio de conserjería de MOK está disponible las 24 horas del día, los 365 días del año, para ayudar a los Beneficiarios en la obtención de entradas para espectáculos, organización de viajes, renta de vehículos, reservas para obras de teatro y cualquier otra solicitud de información relacionada con los principales destinos turísticos del mundo.

Es importante aclarar que el Beneficiario será responsable de cubrir todos los costos y gastos relacionados con los servicios solicitados a través del servicio de conserjería, el cual tiene únicamente un carácter informativo.

CANCELACIÓN DE VIAJE CONTRATADO

MOK cubrirá, conforme al plan contratado, las penalidades derivadas de la cancelación anticipada de viajes como tours, paquetes turísticos, excursiones, boletos aéreos y cruceros, hasta el límite de cobertura estipulado.

Para ser acreedor de este beneficio, el Beneficiario deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- 1) Contratación del plan de asistencia dentro de las 72 horas posteriores a la adquisición del paquete turístico y/o crucero, y siempre y cuando no se haya iniciado el periodo de penalidades publicado por la agencia de viajes o la naviera.
- 2) Notificación de la cancelación a la Central de Servicios de Asistencia en un plazo máximo de 24 horas después del evento que cause la cancelación.
- 3) Presentación de la documentación requerida por MOK para evaluar la cobertura, incluyendo, pero no limitándose a: informe médico, partida de defunción, cartas de los prestadores del servicio, facturas, recibos de pago, entre otros documentos pertinentes (ver requisitos específicos para cruceros).
- 4) El Beneficiario deberá presentar toda la documentación dentro de un plazo de treinta (30) días continuos a partir de la fecha del evento que motiva la cancelación. No se aceptarán solicitudes de reintegro ni documentación presentada fuera de dicho plazo.

Notas adicionales:

- ✓ En los planes Anuales Multiviajes, el beneficio de cancelación se renovará en cada viaje, conforme a las condiciones del plan de asistencia contratado. Este beneficio no es aplicable para Beneficiarios mayores de 74 años.
- ✓ No se cubren eventos previos a la emisión del Plan de Asistencia. En el caso de un mismo evento que involucre a más de una reserva y afecte a varios Beneficiarios, la responsabilidad máxima de compensación de MOK será de CUARENTA MIL DÓLARES NORTEAMERICANOS (USD 40,000.00) como monto máximo global por el mismo siniestro. Si el total de las compensaciones supera este monto, las compensaciones se distribuirán proporcionalmente entre los afectados.

Cancelación de un Viaje de Crucero Antes de su Inicio

En el caso de cancelación de un viaje de crucero antes de su inicio, el Beneficiario deberá:

1. Notificar inmediatamente por escrito a la naviera su decisión de cancelar, obteniendo un comprobante que indique claramente la fecha de dicha notificación.
2. Obtener de la naviera las Condiciones Generales de contratación del crucero, donde se especifique el procedimiento y las penalidades por cancelación anticipada.
3. Obtener de la naviera un comprobante que detalle el monto de la penalidad aplicable al contrato de crucero y, si corresponde, el monto del reintegro.
4. Una vez obtenida la documentación pertinente, el Beneficiario deberá enviar por escrito a MOK una explicación detallada de la causa o causas que motivaron la cancelación, junto con la documentación correspondiente para su verificación y posible reintegro.

Causas justificadas para la cancelación del viaje de crucero incluyen:

1. Fallecimiento, accidente o enfermedad grave no preexistente del Beneficiario o un familiar de primer grado de consanguinidad (padres, hijos, hermanos) o cónyuge, siempre y cuando dicha condición sea validada por el Departamento Médico de la Central de Servicios de Asistencia.
2. Convocatoria como parte, testigo o jurado de un tribunal.
3. Daños graves a la propiedad del Beneficiario (por incendio, robo, hurto, o desastres naturales) que lo obliguen a permanecer en su residencia habitual o en su lugar de trabajo.
4. Cuarentena médica que impida al Beneficiario viajar fuera de su país de origen.
5. Despido laboral comprobado del Beneficiario posterior a la contratación del plan.

6. Convocatoria de emergencia para la prestación de servicio militar, médico o público.
7. Epidemias, catástrofes naturales o cenizas volcánicas.
8. Cancelación por razones ajenas al Beneficiario, si el acompañante (familiar de primer grado de consanguinidad o cónyuge) que debía viajar con él también se ve obligado a cancelar su participación en el viaje por alguna de las causas mencionadas anteriormente.

Este beneficio es aplicable desde la contratación del plan de asistencia y finaliza al momento de inicio de la vigencia del voucher. No aplica para Beneficiarios mayores de 74 años.

Notas:

1. Se excluye cualquier evento que haya ocurrido antes de la emisión del Plan de Asistencia.
2. En caso de que el mismo evento afecte a múltiples reservas o Beneficiarios, la responsabilidad máxima de MOK no excederá de USD 40,000.00, siendo repartida proporcionalmente entre las compensaciones a realizar.

LÍNEA DE CONSULTAS 24 HORAS

Los Beneficiarios de un plan de MOK podrán solicitar a la Central de Servicios de Asistencia información sobre obligaciones consulares, requisitos sanitarios, aspectos turísticos y cualquier otra información relevante para el país de destino. Además, tendrán acceso a un servicio de conserjería para asistencia en la reserva de hoteles, restaurantes, eventos deportivos y culturales, entre otros.

ROBO O PERDIDA DE PASAPORTE DURANTE EL VIAJE

En caso de robo o pérdida del pasaporte del Beneficiario durante su viaje, MOK entregará al Beneficiario conforme a lo establecido en el plan contratado, la suma de dinero que corresponda hasta el límite indicado en la tabla de beneficios, cubriendo los gastos derivados de la reposición del pasaporte.

Para poder acceder a este beneficio, el incidente debe ser reportado a la Central de Servicios de Asistencia de MOK dentro de las 24 horas posteriores al suceso. Asimismo, el Beneficiario deberá presentar ante MOK el comprobante de denuncia emitido por las autoridades competentes, tanto en el país de origen como en el país de destino, como prueba de la ocurrencia del robo o pérdida.

TRANSMISIÓN DE MENSAJES URGENTES

MOK se encargará de transmitir los mensajes urgentes y debidamente justificados, relacionados con cualquiera de los eventos cubiertos por las prestaciones detalladas en estas condiciones generales.

SEGURO DE MUERTE ACCIDENTAL

En caso de fallecimiento o incapacidad permanente del beneficiario como consecuencia directa, exclusiva e inmediata de un accidente ocurrido mientras se encuentre viajando en calidad de pasajero, con pasaje pago, en un medio de transporte público legalmente autorizado para el traslado de pasajeros en rutas establecidas a nivel nacional o internacional, MOK gestionará el pago del monto indicado en el voucher de asistencia a los beneficiarios designados, conforme a las condiciones y límites establecidos en el voucher de asistencia.

Se considerará fallecimiento inmediato aquel que ocurra dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días posteriores a la fecha del accidente.

En ningún caso, el monto total pagadero bajo el voucher de asistencia excederá la suma establecida en el "Plan de asistencia" y no se abonará más de un beneficio en relación con un solo accidente para el evento de Muerte de Accidental.

Exclusiones:

No se pagará indemnización en los siguientes casos:

- a. Cuando la Lesión Corporal Accidental sea resultado de una enfermedad, dolencia o condición médica preexistente que no esté directamente relacionada con el accidente.
- b. Lesiones o daños causados por un proceso degenerativo, condición natural o causa gradual.
- c. Cuando el Beneficiario haya alcanzado los 76 años de edad en el momento del accidente.
- d. En casos donde el Beneficiario sufra de enfermedades mentales, trastornos psíquicos, ansiedad, estrés, depresión, alcoholismo, uso indebido de drogas (fuera de prescripción médica para tratamientos legítimos) o cualquier intento de suicidio o autolesión.
- e. El Beneficiario se exponga innecesariamente a peligro, salvo que sea para salvar vidas humanas o en circunstancias que no impliquen conductas delictivas o ilegales.
- f. Actividades aéreas y vuelos no comerciales (excepto como pasajero en un avión de línea regular o aeronave contratada con licencia).
- g. Uso de vehículos motorizados de dos ruedas, a menos que el conductor esté debidamente autorizado con licencia vigente y el vehículo cuente con los requisitos legales de seguridad, incluyendo el uso de casco.
- h. El Beneficiario se encuentre en violación de las leyes de tránsito del país en el que ocurra la Lesión Corporal Accidental.
- i. Guerra, ya sea declarada o no, salvo que el Beneficiario no participe activamente en los conflictos bélicos.
- j. Participación en actividades militares, servicio aéreo o servicio nacional, así como operaciones militares.
- k. Terrorismo que involucre armas nucleares, dispositivos químicos, biológicos o radiactivos.
- l. Exposición a radiación ionizante o contaminación por radiactividad de materiales nucleares o residuos de la combustión de dichos materiales.
- m. Actividades de alto riesgo, tales como deportes extremos o competencias (incluyendo, pero no limitado a, paracaidismo, escalada en roca, montañismo, deportes motorizados, actividades acuáticas en aguas bravas, buceo a profundidades superiores a 30 metros, entre otras).

Documentación Requerida:

Para el reclamo por indemnización, los beneficiarios deberán presentar la siguiente documentación en un plazo no mayor a 30 días desde el fallecimiento o la ocurrencia del accidente:

- ✓ Formulario de reclamación debidamente diligenciado.
- ✓ Registro civil de nacimiento y cédula de ciudadanía (DNI) o pasaporte del beneficiario.
- ✓ Registro civil de defunción.
- ✓ Informe de la autoridad competente en caso de muerte accidental o violenta.
- ✓ Formulario de conocimiento dMOK por cada beneficiario.
- ✓ Documentos que acrediten la calidad de beneficiario.
- ✓ Fotocopia de cédula de ciudadanía de los beneficiarios. En caso de menores de edad, se deberá presentar el registro civil de nacimiento.
- ✓ Declaración extra-juicio en la que se establezca:
 - Estado civil del fallecido.
 - Existencia de cónyuge o compañero(a) permanente.
 - Identificación de los hijos.

- Afirmación expresa de que no existen hijos adicionales con derechos superiores.
- Identificación de los beneficiarios con nombre completo y número de cédula.

MOK se reserva el derecho de solicitar documentos adicionales en caso de ser necesario. Este derecho también aplica para amparos adicionales.

Condiciones de Pago de Beneficios:

En ningún caso se pagará más de un beneficio por accidente para el Beneficiario, ni se sumarán indemnizaciones por muerte relacionada con el mismo evento.

Tras el pago de cualquier beneficio por muerte, no existirá más responsabilidad para MOK en relación con el Beneficiario durante el periodo de vigencia del voucher de asistencia.

Limitación de Responsabilidad: Después del pago de la indemnización correspondiente, MOK no tendrá más obligación con respecto al Beneficiario durante el mismo período de cobertura del voucher de asistencia.

XI. EXCLUSIÓN APLICABLES A TODOS LOS BENEFICIOS

Quedan expresamente excluidos del sistema de asistencia **MOK** los eventos siguientes:

1. Enfermedades crónicas o preexistentes, ya sean definidas, recurrentes o diagnosticadas antes del inicio de la vigencia del plan y/o del viaje, independientemente de si eran conocidas por el Beneficiario o no. Esto incluye sus agudizaciones, secuelas y cualquier consecuencia directa o indirecta, incluso si tales afecciones se presentan por primera vez durante el viaje. Se advierte que el Beneficiario puede adquirir un servicio adicional para cubrir enfermedades preexistentes y/o crónicas.
2. Enfermedades, lesiones o complicaciones derivadas de tratamientos realizados por personas o profesionales no autorizados por el Departamento Médico de la Central de Servicios de Asistencia MOK.
3. Tratamientos alternativos o complementarios, como la homeopatía, acupuntura, quinesioterapia, curas termales, podología, manicura, pedicura, entre otros.
4. Lesiones o enfermedades causadas por actividades del Beneficiario relacionadas con actos criminales, ilegales o penales, tales como peleas, riñas o flagelaciones, entre otros (salvo que se tratase de un caso de legítima defensa comprobada con reporte policial), huelga, actos de vandalismo o tumulto popular en que el Beneficiario hubiese participado como elemento activo. El intento de o la comisión de un acto ilegal y, en general, cualquier acto doloso o criminal del Beneficiario, incluido el suministro de información falsa o diferente de la realidad
5. Tratamientos para enfermedades o estados patológicos provocados por el consumo intencional de sustancias tóxicas (drogas), narcóticos, alcohol o por la utilización de medicamentos sin la debida prescripción médica.
6. Gastos relacionados con prótesis, órtesis, equipos médicos o dispositivos tales como prótesis dentales, lentes, audífonos, sillas de ruedas, muletas, anteojos, etc. Se advierte que el Beneficiario puede adquirir un servicio adicional que cubre los gastos por prótesis y órtesis,
7. Eventos derivados de entrenamientos, prácticas deportivas no profesionales o participación en competiciones deportivas, ya sean profesionales o amateurs. Además, quedan expresamente excluidos los eventos relacionados con la práctica de deportes de alto riesgo, extremos o peligrosos, tales como motociclismo, automovilismo, boxeo, polo, esquí acuático, buceo (a profundidades superiores a 15 metros), ala delta, karting, cuatrimotos, alpinismo, escalada, parapente, kayak, bádminton, baloncesto, voleibol, judo, tiro al arco, espeleología, caza, entre otros. También se excluyen deportes practicados fuera de las pistas o lugares reglamentarios autorizados por las respectivas federaciones. Se advierte que el Beneficiario puede adquirir un servicio adicional que cubre la Práctica de deportes Amateurs expresa y taxativamente mencionados en las condiciones de ese servicio.

8. Embarazo y parto, incluidas las complicaciones derivadas durante y después del embarazo. Asimismo, se excluyen los exámenes ginecológicos y los abortos independientemente de su causa u origen.
9. Enfermedades mentales y trastornos psicológicos, incluyendo, pero no limitándose a, neurosis, psicosis u otros trastornos de salud mental y sus consecuencias.
10. Afecciones derivadas del consumo de bebidas alcohólicas de cualquier tipo.
11. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y virus de inmunodeficiencia humana (VIH), en todas sus formas, secuelas y consecuencias, así como cualquier otra enfermedad de transmisión sexual o infecciones relacionadas, salvo que haya sido autorizado expresamente por la Central de Servicios de Asistencia.
12. Eventos naturales catastróficos tales como tsunamis, terremotos, huracanes, ciclones, inundaciones, eventos de radiación nuclear o radioactividad, y cualquier otro fenómeno natural o provocado por la humanidad que sea considerado un desastre nacional, regional o local debido a su magnitud o gravedad.
13. Suicidio o intento de suicidio, así como lesiones autoinfligidas por el Beneficiario o sus familiares, o cualquier acto de imprudencia grave o irresponsabilidad manifiesta por parte del Beneficiario.
14. Eventos relacionados con actos de guerra, invasiones, terrorismo, hostilidades o cualquier acción militar (ya sea declarada o no), así como cualquier implicación en motines, manifestaciones o disturbios civiles, sin importar si fueron organizados o espontáneos. Esto incluye cualquier alteración grave del orden público, ya sea en el ámbito civil o militar.
15. Actos de mala fe o malintencionados por parte del Beneficiario o sus representantes legales.
16. Exámenes médicos de rutina o preventivos, tales como chequeos generales, exámenes de diagnóstico, radiológicos, de laboratorio o de otros medios cuyo propósito sea establecer si una enfermedad es preexistente.
17. Gastos por transporte, ya sea público o privado, desde el lugar de hospedaje del Beneficiario hasta el centro hospitalario o consulta médica, a menos que dichos gastos hayan sido expresamente autorizados por la Central de Servicios de Asistencia.
18. Enfermedades derivadas de deformaciones congénitas, ya sean conocidas o desconocidas por el Beneficiario.
19. Lesiones o accidentes ocurridos en vuelos no comerciales o no autorizados, tales como aviones privados, vuelos chárteres o no reglamentarios.
20. Lesiones o enfermedades derivadas de peleas o riñas (excepto en casos de legítima defensa demostrada con reporte policial), huelgas, vandalismo, tumultos populares o cualquier otro acto ilícito o doloso perpetrado por el Beneficiario.
21. Enfermedades endémicas, pandémicas o epidémicas y las asistencias relacionadas con estas, en países con o sin emergencia sanitaria, cuando el Beneficiario no haya seguido las recomendaciones o restricciones de viaje, tratamiento profiláctico o vacunación emitidas por las autoridades sanitarias competentes.
22. Gastos médicos no autorizados por la Central de Servicios de Asistencia, incluidos aquellos que no hayan sido previamente consultados.
23. Afecciones relacionadas con el ciclo menstrual, como adelantos, retrasos, sangrados anormales u otros trastornos relacionados.
24. Enfermedades hepáticas tales como cirrosis, abscesos, entre otras afecciones hepáticas.

25. Exámenes o hospitalizaciones para pruebas de esfuerzo o chequeos preventivos no relacionados con emergencias médicas.
26. Cualquier tipo de hernias y sus complicaciones.
27. Secuestro o su intento, así como los gastos derivados de cualquier situación de secuestro.
28. Riesgos profesionales: si el motivo del viaje es la realización de actividades laborales que impliquen riesgos profesionales, o si se trata de lesiones derivadas de esfuerzos repetitivos o enfermedades osteomusculares relacionadas con el trabajo, lesión por trauma continuado o continuo, etc., o similares, tanto como sus consecuencias post tratamiento inclusive quirúrgicos en cualquier tiempo.
29. Lesiones derivadas del uso de vehículos, incluidos bicicletas, motocicletas y vehículos sin licencia de conducción, casco o seguro contratado.
30. Accidentes o enfermedades ocurridos en países en guerra, ya sea civil o internacional (por ejemplo, Afganistán, Irak, Sudán, Somalia, Corea del Norte, etc.).
31. Situación migratoria o laboral ilegal del Beneficiario, incluyendo trabajo no declarado en el país desde el cual se solicita asistencia, o actividades laborales no autorizadas por las autoridades locales.
32. Fisioterapias relacionadas con dolencias originadas por accidentes laborales, enfermedades crónicas y/o preexistentes o degenerativas de huesos o músculos, salvo que sean autorizadas previamente por el Departamento Médico de la Central de Servicios de Asistencia y estén relacionadas con un accidente no laboral. En ningún caso se cubrirán más de diez (10) sesiones de fisioterapia.

Tratamiento de Enfermedades Preexistentes y/o crónica y Relevación de Responsabilidad

En caso de que se determine que el motivo del viaje del Beneficiario esté relacionado con el tratamiento en el extranjero de una enfermedad preexistente y/o crónica, y si dicho tratamiento guarda alguna vinculación directa o indirecta con la dolencia previa que originó el viaje, MOK quedará exonerada de la obligación de prestar los servicios establecidos en el presente acuerdo.

En este sentido, MOK se reserva el derecho de investigar y determinar la conexión entre el hecho que motiva la asistencia y la afección preexistente y/o crónica que haya originado el viaje.

Convenio de Competencia: Ambas partes, en virtud de la relación contractual entre el Beneficiario del voucher y el proveedor de los servicios, acuerdan que cualquier controversia relacionada con la interpretación de los términos del presente contrato, así como cualquier reclamo judicial que no pueda resolverse amistosamente entre las partes, deberán ser sometidos a la jurisdicción que se determine, puede ser Colombia o el estado de Florida.

Servicios no acumulativos y/o Intervención de otras empresas: MOK no proporcionará los servicios de asistencia descritos en el PLAN DE ASISTENCIA MÉDICA del CERTIFICADO DE VIAJE, ni reembolsará ningún tipo de gasto, si el Beneficiario ha solicitado o solicitado previamente prestaciones por el mismo problema o afección a cualquier otra entidad aseguradora, compañía o proveedor, ya sea antes, durante o después de haber requerido dichos servicios al proveedor en cuestión.

XII. SUBROGACIÓN

En cumplimiento de las obligaciones derivadas de las Condiciones Generales de los Servicios de MOK, y hasta el monto total de los gastos que hayan sido desembolsados por parte de esta entidad, MOK quedará automáticamente subrogada en los derechos y acciones que puedan corresponder al Beneficiario o a sus herederos frente a terceros responsables, ya sean personas físicas o jurídicas, o entidades públicas u oficiales, en virtud de los hechos que originaron la asistencia prestada.

El Beneficiario se compromete a reembolsar de inmediato a MOK cualquier cantidad que haya recibido de la parte responsable del accidente y/o de su(s) compañía(s) de seguros en concepto de adelantos a cuenta de la indemnización final que el Beneficiario pueda tener derecho a recibir. Este reembolso se efectuará hasta el monto total de los importes que MOK haya cubierto.

A continuación, se detallan los sujetos comprendidos en la subrogación de los derechos y acciones:

- a. Terceros responsables del accidente (de tránsito o de cualquier otro tipo) y sus respectivas compañías de seguros.
- b. Empresas de transporte en relación con la restitución total o parcial del precio de pasajes no utilizados, cuando MOK haya asumido el traslado del Beneficiario o sus restos.
- c. Otras compañías aseguradoras, asistencia doras que cubran el mismo riesgo o contingencia.

Importante: El Beneficiario cede irrevocablemente a MOK todos los derechos y acciones descritos en la presente cláusula. El Beneficiario se obliga a realizar todos los actos jurídicos necesarios para formalizar la subrogación o cesión de los derechos a favor de MOK dentro de un plazo de tres (3) días hábiles a partir de la notificación de la solicitud de cesión. En caso de que el Beneficiario se niegue a suscribir la cesión de derechos o a prestar colaboración para formalizar la subrogación, MOK quedará exonerada de cualquier obligación de pago o reembolso relacionado con los gastos de asistencia originados por el incidente. Asimismo, MOK estará subrogado en los derechos y acciones que correspondan al Beneficiario por los hechos que hayan motivado su intervención, hasta la cobertura total de los costos de los servicios prestados.

Cesión a Terceros: MOK se reserva el derecho de ceder, total o parcialmente, los derechos derivados de la relación contractual con el Beneficiario, así como las obligaciones de prestación de servicios, a terceras entidades jurídicas especializadas en el ramo de la asistencia a empresas. El Beneficiario reconoce y acepta esta posibilidad, renunciando expresamente a ser notificado de tales cesiones con carácter previo.

XIII. CIRCUNSTANCIAS EXCEPCIONALES DE INEJECUCIÓN INIMPUTABLE

Ni **MOK**, ni su red de prestadores de servicios, serán responsables ni podrán ser objeto de reclamaciones o exigencias por los retrasos o incumplimientos derivados de causas ajenas a su control, tales como casos fortuitos o fuerza mayor, incluyendo pero no limitándose a: catástrofes naturales, huelgas, guerras, invasiones, actos de sabotaje, hostilidades, rebeliones, insurrecciones, terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones populares, situaciones de radioactividad, o cualquier otro evento similar que impida el cumplimiento de las obligaciones contractuales. En estos casos, MOK se compromete a hacer todo lo posible para reanudar la prestación de los servicios en el plazo más corto posible, siempre que la situación que justifique el incumplimiento continúe existiendo.

XIV. RECURSO

MOK se reserva el derecho de exigir al Beneficiario el reembolso de cualquier gasto realizado indebidamente, en caso de que se hayan prestado servicios que no estén contemplados en este contrato, o si los mismos se hayan solicitado fuera del período de vigencia del plan de asistencia contratado. Esto también incluye cualquier pago efectuado por el Beneficiario en su nombre o por cuenta de MOK sin la debida autorización o fuera de los términos del acuerdo.

XV. RESPONSABILIDAD

El servicio proporcionado por MOK conforme a los términos establecidos en las presentes Condiciones Generales y en el Contrato de Asistencia en Viaje, tiene como único propósito facilitar al Beneficiario el acceso a profesionales médicos, odontológicos, farmacéuticos, legales y/o de asistencia general. MOK no será en ningún caso responsable, directa ni indirectamente, por cualquier reclamación derivada de los servicios prestados por dichos profesionales, quienes actúan bajo su exclusiva responsabilidad.

En este sentido, MOK no será responsable ni indemnizará al Beneficiario por daños, perjuicios, lesiones o enfermedades que puedan derivarse de la prestación de los servicios solicitados. Los profesionales y personas designadas por MOK para asistir al Beneficiario serán considerados agentes de este, sin que ello dé lugar a acciones legales contra MOK por cualquier circunstancia derivada de dicha designación.

Si bien MOK se esfuerza por poner a disposición del Beneficiario a los mejores profesionales y recursos, MOK no será considerada responsable, en su totalidad o en parte, por la disponibilidad, calidad, resultados, falta de atención, servicios médicos, ni por la mala praxis de los profesionales o entidades prestadoras de los servicios. Estas condiciones escapan completamente al control de MOK.

XVI. CADUCIDAD - RESOLUCIÓN – MODIFICACIÓN

Cualquier reclamación que busque hacer efectivas las obligaciones asumidas por MOK en virtud de las presentes Condiciones Generales, deberá ser presentada por escrito y en debida forma dentro de un plazo máximo improrrogable de treinta (30) días continuos calendario, contados a partir de la fecha de finalización de la vigencia del voucher. Si transcurre dicho plazo sin que se haya presentado la reclamación, se considerará que han caducado automáticamente todos los derechos que el Beneficiario pudiera haber ejercido.

XVII. DEFINICIONES Y/O GLOSARIO DE TÉRMINOS

A continuación, enumeramos las definiciones de los términos usados en estas Condiciones Generales, para un mayor entendimiento de los Beneficiarios de un plan **MOK**:

A

Accidente: Se entiende por accidente el evento que causa un daño corporal al Beneficiario, provocado por agentes externos, imprevistos, fuera de control, que se encuentran en movimiento, son violentos, visibles y de carácter súbito. En cualquier referencia al término "accidente", se considerará que la lesión o afección resultante fue directamente originada por estos agentes, sin la intervención de otras causas. Quedan excluidos de la cobertura los accidentes derivados de descuido, provocación o la omisión de medidas preventivas por parte del Beneficiario. Si el daño corporal es consecuencia de causas diferentes a las mencionadas, el Beneficiario tendrá cobertura limitada conforme al monto de Asistencia Médica por Enfermedad estipulado en el plan adquirido.

Accidente grave: Se considera accidente grave aquel que resulta en la amputación de cualquier parte del cuerpo; fracturas de huesos largos (fémur, tibia, peroné, húmero, radio y cúbito); trauma craneoencefálico; quemaduras de segundo o tercer grado; lesiones severas en las manos, como aplastamientos o quemaduras; lesiones graves en la columna vertebral que involucren la médula espinal; lesiones oculares que afecten la agudeza visual o el campo de visión; o lesiones que afecten la capacidad auditiva. En general, se trata de cualquier accidente en el que esté en riesgo la vida del paciente.

B

Beneficiario: Entiéndase como beneficiario exclusivamente el titular del voucher

C

Catástrofe: Se define como un suceso trágico que altera de manera significativa el orden normal de las circunstancias, afectando a un número considerable de personas y causando grandes daños o perjuicios.

Central de servicios de asistencia: Es el centro encargado de coordinar la prestación de los servicios solicitados por el Beneficiario en relación con su asistencia. Se trata de un equipo de profesionales que supervisa, controla y coordina todos los aspectos relacionados con los servicios a ser brindados, tomando las decisiones pertinentes sobre los temas médicos y las solicitudes de asistencia, de acuerdo con las condiciones generales y conforme a los protocolos establecidos.

D

Departamento médico: Grupo de profesionales médicos de MOK que intervienen y toman decisión en todos los asuntos y/o prestaciones brindadas o que vayan a brindarse de conformidad con las presentes Condiciones Generales.

Deportes amateurs: Se refiere a la práctica deportiva realizada por aficionados, con fines recreativos y/o de ocio, sin ánimo de lucro, fuera del ámbito competitivo profesional y que nos impliquen un alto riesgo.

Deportes profesionales: Son aquellos deportes practicados con o sin fines lucrativos, en el marco de competencias organizadas, como torneos Intercolegiados, campeonatos u otras actividades deportivas de alto riesgo.

E

Emergencia: Entiéndase como una situación de peligro o desastre que requiere una acción inmediata. En lo que respecta a temas médicos entiéndase como emergencia una situación en la que la vida, órganos o funciones vitales del paciente están en peligro inminente y requieren atención inmediata para prevenir la muerte o secuelas graves. Ejemplos comunes incluyen ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares, hemorragias severas o dificultades respiratorias.

Enfermedad o condición médica aguda: Se entiende como una alteración repentina y relativamente severa del estado de salud del cuerpo o de uno de sus órganos, que interrumpe o pone en riesgo el equilibrio de las funciones vitales. Esta condición puede provocar dolor, debilidad u otros síntomas anómalos que desvían al organismo de su comportamiento normal.

Enfermedad congénita: Se define como cualquier patología que está presente desde el nacimiento, es decir, una afección que ya existía en el momento del parto.

Enfermedad crónica: Se refiere a cualquier proceso patológico de carácter continuo, recurrente y persistente, con una duración superior a los 30 días, que afecta al bienestar del Beneficiario de forma prolongada.

Enfermedad médica preexistente: Todo proceso físico patológico que reconozca un origen o una etiología anterior a la fecha de inicio de la vigencia del plan o del viaje (o la que sea posterior), y que pueda ser objetivado mediante métodos diagnósticos reconocidos y de uso común en la mayoría de los países (por ejemplo: Doppler, resonancia magnética, cateterismo, radiología, entre otros). Se entiende que una enfermedad es preexistente si requiere de un período de formación, incubación o gestación en el organismo del Beneficiario antes de la fecha en que inició su viaje, reconociendo que dicho estado o proceso patológico existía dentro del organismo antes de subirse al avión o al medio de transporte en la fecha de la entrada en vigor del servicio de asistencia, aun cuando la sintomatología se presente por primera vez después de haber iniciado el viaje. Ejemplos comunes de preexistencias incluyen, pero no se limitan a, cálculos renales o biliares, obstrucciones vasculares, enfermedades respiratorias como el asma o enfisema pulmonar, VIH, hipertensión, glaucoma, cataratas, nefritis, úlceras gástricas, trastornos metabólicos como la diabetes, enfermedades hepáticas (cirrosis), micosis genitales, entre otros. Estos procesos son considerados preexistentes independientemente de si el Beneficiario era consciente de ellos, siempre que dichos trastornos hayan existido antes de la vigencia del plan de asistencia.

Enfermedad o condición médica recurrente: Se refiere al regreso, repetición o aparición de la misma enfermedad o condición médica después de haber sido previamente tratada o diagnosticada, y cuya recurrencia puede o no estar relacionada con el tratamiento previo.

Enfermedad o condición médica repentina o imprevista: Se define como cualquier enfermedad o condición médica que se presenta de manera súbita e inesperada, no prevista, que surge después de la fecha de inicio de la vigencia del plan de asistencia médica para viajes MOK.

Enfermedad grave: Se considera una enfermedad grave cualquier alteración significativa o desviación del estado fisiológico del cuerpo, que afecta una o más de sus partes, y que se manifiesta a través de síntomas y signos característicos. La evolución de una enfermedad grave puede ser previsible o impredecible, y puede resultar en secuelas, permanentes o no, que limiten parcial o totalmente la capacidad del individuo para realizar sus actividades habituales. En algunos casos, puede ser necesario el apoyo de otras personas para realizar las tareas esenciales de la vida diaria.

F

Fuerza mayor: Se entiende por fuerza mayor aquel evento o circunstancia que, debido a su imprevisibilidad o imposibilidad de resistir, exime a una de las partes de cumplir con sus obligaciones contractuales. Este evento, además, puede originarse a causa de la intervención de un tercero, sin que ninguna de las partes involucradas pueda evitarlo. Adicionalmente, en los casos que aplique constituyen situaciones de fuerza mayor las siguientes: i. compromiso del estado neurológico con o sin alteración del estado de conciencia del Beneficiario, ii. eventos asociados a una emergencia respecto de la situación de salud que pone en peligro inmediato la vida del Beneficiario o la función de un órgano, iii. interrupción o suspensión de los servicios de comunicación.

G

Gastos de primera necesidad: Son aquellos gastos realizados para la adquisición de productos de uso personal e intransferible. Estos incluyen exclusivamente: ropa (tanto exterior como interior), calzado, artículos de higiene personal (shampoo, acondicionador, jabón líquido, en barra o en polvo, cepillo de dientes, pasta dentífrica, desodorante, crema de afeitar, máquinas de afeitar, productos de higiene femenina) y maquillaje. Cualquier otro gasto que no esté incluido en esta lista se considerará como excluido de la cobertura.

M

Médico tratante: Profesional médico provisto o autorizado por la Central de Servicios de Asistencia de **MOK** que asiste al Beneficiario en el lugar donde se encuentra este último.

MOK: Entidad responsable de coordinar la prestación de los servicios de asistencia al viajero que se detallan en el CERTIFICADO o VOUCHER durante la estadía del Beneficiario en la ciudad de destino.

Moneda local: Se entiende como la moneda oficial del país de residencia del Beneficiario.

Monto máximo global: Es la suma de gastos que MOK abonará y/o reembolsará por todo concepto y por todos los servicios brindados en virtud de las presentes Condiciones Generales.

P

Paciente estable: Término utilizado para describir a un paciente cuyo estado de salud no ha sufrido variaciones recientes. En este contexto, implica que los síntomas y signos del paciente permanecen constantes, sin alteraciones significativas.

Plan o producto de asistencia: Es el conjunto específico de servicios de asistencia en viaje proporcionados por MOK, el cual detalla de manera exhaustiva los servicios disponibles, así como sus limitaciones en cuanto a montos, alcance geográfico, y edad del Beneficiario.

Plazo o período de carencia: Se entiende como el intervalo de tiempo durante el cual no se activa ninguna de las coberturas del plan contratado. Este período se calcula en días, contados a partir de la fecha de inicio de la vigencia del voucher, siempre y cuando el Beneficiario ya se encuentre fuera de su residencia habitual en el momento de la contratación.

T

Topes máximos: Son los montos máximos establecidos en el voucher para cada servicio de asistencia, según el plan contratado por el Beneficiario. Estos límites de cobertura están indicados expresamente en el documento y varían según el tipo de servicio y producto adquirido.

U

Urgencia médica: Es una situación en la que una persona requiere atención médica rápida, pero su vida no está en peligro inmediato. Aunque no implique un riesgo vital, retrasar la atención puede agravar la condición del paciente o causar complicaciones. Ejemplos incluyen fracturas menores, infecciones graves o dolores intensos que no comprometen funciones vitales.

V

Voucher: Es el documento emitido al momento de la compra del plan de asistencia MOK, que contiene los datos del Beneficiario y que debe ser presentado a la Central de Servicios de Asistencia en caso de que se requiera la prestación de cualquier servicio relacionado con la asistencia contratada.



Más valor para tus clientes

Carrera 10 # 97 A - 13 Of. 301 Torre A

Edificio: Bogotá Trade Center

Teléfono: +57 601 580 22 10

www.grupomok.com

MOK