

IHI VIAJE DE NEGOCIOS

CONDICIONES DE LA PÓLIZA

De conformidad con la Ley danesa sobre contratos de seguro

ÍNDICE

- Art. 1 Aceptación del seguro
- Art. 2 Fecha de inicio
- Art. 3 Quién está cubierto por el seguro
- Art. 4 Dónde es efectiva la cobertura
- Art. 5 Qué cubre el seguro
- Art. 6 Cobertura de gastos médicos
- Art. 7 Cobertura de Evacuación Médica
- Art. 8 Cobertura de Repatriación Compasiva de Emergencia
- Art. 9 Cobertura de Acompañamiento por Parientes y de Expatriación Compasiva de Emergencia
- Art. 10 Accidente Personal
- Art. 11 Equipaje
- Art. 12 Equipaje retrasado
- Art. 13 Excepciones a la compensación
- Art. 14 Cómo presentar una reclamación
- Art. 15 Cobertura por terceras partes
- Art. 16 Pago de la prima
- Art. 17 Información necesaria para la Compañía
- Art. 18 Cesión, cancelación y cese
- Art. 19 Litigios, fuero, etc.

ART. 1 ACEPTACIÓN DEL SEGURO

- 1.1 International Health Insurance danmark a/s, que en adelante será denominada la Compañía, decidirá si el seguro puede aceptarse. Para que el seguro se acepte y la responsabilidad de la Compañía sea efectiva, la solicitud de admisión debe haber sido aprobada por la Compañía.
- 1.2 El seguro sólo podrá tomarse en una base anual, y sólo por un período máximo de doce (12) meses.
- 1.3 La duración máxima de cada viaje por persona es de doce (12) meses.

ART. 2 FECHA DE INICIO

- 2.1 El seguro permanecerá vigente siempre que la prima haya sido abonada antes de la fecha de su entrada en vigor. El seguro será así mismo efectivo durante el período estipulado tanto en los documentos de la póliza como en la tarjeta de seguro.
- 2.2 El derecho de compensación entrará en vigor a partir de la fecha de inicio del seguro.

ART. 3 QUIÉN ESTÁ CUBIERTO POR EL SEGURO

- 3.1 El seguro sólo podrá ser tomado por una empresa (el tomador del seguro), y cubrirá a los empleados (los asegurados) que viajen por parte de la empresa. El seguro podrá ser extendido, e incluir:
 - a) consejos administrativos, miembros de familia que viajen con el asegurado, y otras personas que viajen por parte de la empresa;
 - b) viajes de negocio y viajes de ocio combinados;Cualquier extensión de estas deforminaciones tendrá que ser indicada en los documentos de la póliza.
- 3.2 El seguro no cubrirá a cualquier asegurado que haya cumplido los ochenta (80) al momento de viajar.

ART. 4 DÓNDE ES EFECTIVA LA COBERTURA

- 4.1 El seguro ofrece cobertura en todo el mundo.
- 4.2 El seguro no ofrece cobertura en el país donde el asegurado tenga su domicilio permanente.

ART. 5 QUÉ CUBRE EL SEGURO

- 5.1 El seguro cubrirá los gastos médicos incurridos por el asegurado durante el período de vigencia del mismo de acuerdo con la lista de beneficios. La cobertura del seguro no excederá la suma asegurada de USD 300.000/EUR 250.000/CHF 400.000.
- 5.2 Si el tomador del seguro ha adquirido cobertura suplementaria de equipaje, el seguro cubrirá la sustracción, la pérdida o el retraso del equipaje, véanse los Arts. 11 y 12 al respecto. La extensión del seguro deberá estar indicada en los documentos de la póliza.

ART. 6 COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS

- 6.1 El seguro cubrirá los gastos médicos incurridos por el asegurado en caso de enfermedad o lesión grave.
- 6.2 Tratamientos llevados a cabo por médicos y especialistas autorizados, hospitalización prescrita, medicamentos prescritos y transporte local hasta y desde el lugar de tratamiento estarán cubiertos por el seguro al cien por ciento.
- 6.3 Tratamientos realizados por fisioterapeutas y quiroprácticos, prescritos por un médico autorizado, serán cubiertos al cien por ciento; no obstante, sin exceder USD 2.500/EUR 2.000/CHF 3.400, por asegurado.
- 6.4 Tratamientos provisionales dentales analgésicos realizados por dentistas autorizados estarán cubiertos hasta un máximo de USD 200/EUR 165/CHF 270, por asegurado.
- 6.5 El seguro no cubrirá los gastos médicos por tratamiento de enfermedades preexistentes, crónicas o recurrentes, si el asegurado:
 - a) Ha sido hospitalizado, durante el período de los seis meses antes de la salida y/o el comienzo del período de seguro,
 - b) Ha recibido tratamiento de un médico (exceptuando los chequeos de rutina), durante el período de los seis meses antes de la salida y/o el comienzo del período de seguro,
 - c) Ha cambiado su medicación, durante el período de los seis meses antes de la salida y/o el comienzo del período de seguro,
 - d) No ha recibido tratamiento médico, se ha negado a o ha dejado de recibir tratamiento, aún sabiendo el asegurado que había que tratar la enfermedad, o que ésta había empeorado;
 - e) Ha sido desahuciado o negado el tratamiento;

- f) Está esperando a recibir tratamiento, o ha sido remitido a otro lugar de tratamiento;
- g) No ha asistido a los controles médicos que le hayan sido indicados con anterioridad.

El seguro no cubrirá los gastos por control, tratamiento y medicina en relación con la estabilización o regulación de una enfermedad preexistente, crónica o recurrente. El seguro no cubrirá la necesidad de un tratamiento predispuerto antes de la salida.

- 6.6 Los tratantes, bien sean médicos, especialistas, etc, deben tener licencia profesional en el país donde ejercen.
- 6.7 La Compañía tiene derecho a exigir que el asegurado sea repatriado para recibir tratamiento en el país de su residencia, si los consultores médicos de la Compañía y el médico tratante están de acuerdo en que el tratamiento puede ser pospuesto hasta que el asegurado haya sido trasladado a su país de residencia.

ART. 7 COBERTURA DE EVACUACIÓN MÉDICA

- 7.1 Se reembolsarán los gastos razonables incurridos por concepto de evacuación médica del asegurado en caso de producirse una enfermedad grave y aguda, una lesión grave o el fallecimiento del asegurado. Véase también a este respecto el Art. 6.5.
- 7.2 La cobertura estará sujeta a que el médico tratante y el consultor médico de la Compañía se hayan puesto de acuerdo en la necesidad de trasladar al asegurado; y en tal caso, con respecto a que el asegurado debe ser trasladado al país de residencia o a otro lugar de tratamiento.
- 7.3 Se cubrirá, como máximo, un solo transporte en el transcurso de una enfermedad.
- 7.4 En caso de fallecimiento del asegurado, se reembolsarán los gastos en concepto de transporte al domicilio del fallecido, así como las imposiciones legales, tales como el embalsamamiento y un ataúd de zinc.

A este respecto los parientes tendrán las siguientes opciones:

- a) La incineración del fallecido y el transporte de la urna al domicilio, o
- b) El transporte del fallecido al domicilio.

Así mismo, se reembolsarán los gastos de repatriación de dos de los parientes convocados o compañeros de viaje del fallecido. La Compañía compensará, como máximo, los gastos de viaje equivalentes al precio de un pasaje en avión en clase económica.

- 7.5 La Compañía no será responsable ni de retrasos ni de restricciones en relación con el transporte causados por fenómenos meteorológicos, problemas mecánicos, restricciones impuestas por autoridades públicas o por el piloto, u otras situaciones ajenas a la Compañía.
- 7.6 Si el asegurado ha sido evacuado a fin de recibir tratamiento, se reembolsarán los gastos del viaje de vuelta. Si el asegurado opta por viajar a su domicilio, la Compañía sólo cubrirá los gastos de viaje, si el pasaje de vuelta del asegurado ya no es válido. El viaje de vuelta deberá efectuarse, a más tardar, una semana después de concluido el tratamiento, siempre y cuando no haya expirado el período de cobertura a la hora de iniciarse el vuelo de regreso. Se cubrirán entonces como máximo, los gastos de viaje equivalentes al precio de un pasaje en avión en clase económica.

ART. 8 COBERTURA DE REPATRIACIÓN COMPASIVA DE EMERGENCIA

- 8.1 El seguro cubrirá en caso de que el asegurado haya de terminar prematuramente su permanencia en el extranjero a razón de que un pariente cercano deba ser hospitalizado en el mismo país de residencia o muera como resultado de una enfermedad o una lesión seria y aguda que ocurre después del embarque del asegurado.

Un pariente cercano se define como el cónyuge que reside y está registrado en la misma dirección que el asegurado, los hijos, los yernos, las nueras, los nietos, los padres, los abuelos, los suegros, o los hermanos.

- 8.2 Solamente será cubierto un único transporte por enfermedad.
- 8.3 No se efectuará la compensación si el lesionado en cuestión es un compañero de viaje que ya ha sido repatriado.
- 8.4 Se cubrirá la repatriación sólo si la nueva hora de llegada corresponde a doce (12) horas, como mínimo, antes de la hora de llegada del asegurado originalmente prevista.
- 8.5 Se otorgará la compensación, dentro de lo razonable, de los gastos de viaje adicionales, equivalentes al precio de un pasaje en avión en clase económica, como máximo.

ART. 9 COBERTURA DE ACOMPAÑAMIENTO POR PARIENTES Y DE EXPATRIACIÓN COMPASIVA DE EMERGENCIA

- 9.1 El seguro cubrirá acompañamiento en el caso de una enfermedad grave y aguda, una lesión grave o el fallecimiento y/o la evacuación médica del asegurado, siempre y cuando el consultor médico de la Compañía y el médico tratante se hayan puesto de acuerdo en que la duración de la hospitalización será de cinco (5) días y cinco (5) noches como mínimo, o en que la condición del asegurado amenaza su vida.

- 9.2 El asegurado tendrá derecho a invocar un máximo de dos personas para acompañarlo(a). Los acompañantes pueden ser o bien compañeros de viaje o parientes que hayan sido invocados desde su país de residencia para acompañar al asegurado.
- 9.3 La Compañía compensará, como máximo, los gastos de viaje equivalentes al precio de un pasaje de vuelta en avión en clase económica para cada persona trasladada. Además, se compensará un máximo de USD 300/EUR 250/CHF 400 por día por cada persona trasladada o compañero de viaje, por concepto de gastos de alojamiento, pensión y transporte local.

ART. 10 ACCIDENTE PERSONAL

- 10.1 Si el asegurado ha elegido la cobertura de accidente personal, la compensación será abonada por el seguro en el caso de un accidente que cause la muerte del asegurado, la pérdida de un miembro, la pérdida de la vista, la pérdida de extremidades o la minusvalidez permanente y total. La causa tiene que ser directa y sin influencia de enfermedad alguna.
- 10.1.1 Un accidente se define como un:
Evento ocasional que ocurre independientemente de la intención del asegurado, y el cual tiene un impacto repentino, externo y violento en el cuerpo, resultando en un siniestro corporal demostrable.
- 10.2 Excepciones a la compensación:
- Cualquier enfermedad o condición médica preexistente manifiesta, aunque la enfermedad o la condición haya surgido del accidente, o haya sido agravada por el mismo;
 - Cualquier accidente causado por una enfermedad;
 - Cualquier condición agravada por un accidente causado por una condición preexistente o una enfermedad imprevista posteriormente contraída;
 - Cualquier consecuencia de tratamiento médico, que no sea necesario, de un accidente incluido en la cobertura de la póliza ;
 - Si el asegurado es menor de dieciocho (18) años, la compensación abonada en el caso de muerte se limitará a USD 3.000;
 - Si el asegurado es mayor de setenta y cinco (75) años, la compensación abonada en caso de muerte o minusvalidez se limitará a un 50% de la suma asegurada.
- 10.3 La compensación, en caso de muerte, será abonada en un 100% con respecto a la suma asegurada, cuando un accidente tenga como resultado directo la muerte dentro de un término de un año después del accidente.
A no ser que la Compañía haya recibido instrucciones escritas en contrario, la suma asegurada será abonada a la familia directa del asegurado; es decir el (la) cónyuge del (de la) asegurado(a). Si no hubiera cónyuge, los hijos del asegurado; y en inexistencia de hijos, el conviviente del asegurado, siempre y cuando dicha convivencia haya sido registrada por un mínimo de dos (2) años y en la misma dirección del asegurado; o, en caso de no existir conviviente, los beneficiarios del asegurado.
Si la compensación, en el caso de minusvalidez, ha sido abonada como consecuencia del accidente, la cantidad de compensación pagadera será la cantidad que exceda al pago ya abonado.
- 10.4 La compensación, en caso de pérdida de un miembro, pérdida de la vista, pérdida de extremidades, o minusvalidez permanente y total, será abonada en tanto que el daño resulte en la minusvalidez del asegurado dentro del primer año después del accidente.
- La pérdida de un miembro tiene que ser pérdida por separación o pérdida total e irreparable del manejo de una mano desde la muñeca o por encima de la misma, o de un pie desde el tobillo o por encima del mismo. La compensación será del 100% de la suma asegurada.
 - La pérdida de la vista supone la pérdida de uno o de ambos ojos, certificada como total e irrevocable por un practicante calificado, especializado en óptica, y aprobado por la Compañía. En el caso de la pérdida de la vista de un solo ojo, la compensación abonada será del 50% de la suma asegurada. En el caso de la pérdida de la vista en ambos ojos, la compensación será del 100%.
 - La pérdida de extremidades supone, por su parte, la separación permanente y física, o total e irreparable del manejo de un dedo, o parte de éste, de una oreja, la nariz o parte de ella, o un órgano genital o parte de este. La compensación será del 25% de la suma asegurada.
 - Como minusvalidez permanente y total se entiende aquella por la cual el asegurado no es capaz de seguir con su negocio u ocupación normal, en todos sus aspectos, en un período de doce (12) meses calendario, y al final de este período será certificado por dos médicos calificados, aprobados por la Compañía como una condición desesperada, y sin mejoría. Si el asegurado no tiene negocio u ocupación, la minusvalidez le tendrá que inmovilizar de modo que lo confine en su residencia, donde el asegurado no sea capaz de seguir sus quehaceres normales. La compensación será del 100% de la suma asegurada.

- 10.5 El asegurado tendrá que permanecer bajo tratamiento médico, y acatar las instrucciones del médico.
- 10.6 La Compañía tiene derecho a obtener información de cualquier médico que esté tratando o haya tratado al asegurado; así como a someter al asegurado a tratamiento de un médico elegido por ella, y en caso de muerte, exigir una autopsia.

ART. 11 EQUIPAJE

- 11.1 Si el asegurado ha adquirido cobertura suplementaria de equipaje, la empresa tendrá que compensar al asegurado lo siguiente:
Equipaje, dinero efectivo, pasajes, cheques de viaje, tarjetas de crédito, títulos de valor y pasaportes.
La definición de equipaje incluye maletas, prenda de vestir, artículos de tocador, libros, equipos fotográficos y teléfonos celulares. Equipaje de cualquier tipo comercial, incluyendo muestras del viajero, existencias y colecciones del comerciante, no forman parte de la cobertura. Bicicletas, equipo deportivo y accesorios al efecto no serán incluidos.
Reembolso de cualquier objeto individual nunca podrá exceder el 50% de la suma asegurada. El reembolso máximo de equipos fotográficos y joyería será de un 50% de la suma asegurada.
- 11.2 Equipaje será cubierto hasta en un 100% en los siguientes casos:
 - a) Incendio, sustracción por robo de una habitación de hotel cerrada, una vivienda en el extranjero, y/o una caja fuerte ambas cerradas con llave;
 - b) Sustracción, observada en tanto cometida, de objetos de valor llevados por el asegurado;
 - c) Sustracción de un maletero o un portaequipajes separado del compartimiento de los pasajeros de un vehículo de motor, o de un barco, cerrados con llave;
 - d) La pérdida de equipaje registrada (prueba del registro será necesaria). La compensación no podrá ser abonada antes de un mes después de la pérdida.
- 11.3 Dinero en efectivo, pasajes y títulos de valor serán abonados hasta en un 10% de la suma asegurada. Sin embargo, sólo en los siguientes casos:
 - a) Incendio, sustracción por robo de una habitación de hotel cerrada, una vivienda en el extranjero bajo llave, o una caja fuerte también bajo llave;
 - b) Sustracción, observada en cuanto cometida, de objetos de valor llevados por el asegurado;
 - c) Sustracción de un maletero o un portaequipajes separado del compartimiento de los pasajeros de un vehículo de motor, o de un barco, cerrados con llave.
- 11.4 La compensación de los objetos de valor del asegurado será calculada según las siguientes normas:
 - a) El seguro cubrirá el coste de reposición de los artículos comparable a los nuevos, si no tienen más de dos (2) años (se debe presentar pruebas).
 - b) Para artículos con más de dos (2) años, o adquiridos de segunda mano, o dañados, para su compensación se fijará el coste de la reposición del artículo como nuevo, menos un deducible razonable por el deterioro debido a la antigüedad, desgaste, desuso o cualquier otra circunstancia. Esta norma también será aplicable en el caso de artículos sin documentación de antigüedad y valor.
 - c) La Compañía tiene derecho, no obligación, a dar compensación por naturaleza.
 - d) Cobertura de carretes, grabaciones de videos y cassetes y objetos similares, será limitada a las materias primas.
 - e) El seguro cubrirá el coste de la reposición de pasajes, cheques de viaje, tarjetas de crédito, títulos de valor y pasaportes. Los costes incluyen gastos necesarios de transporte, recargos, fotos etc.; pero ninguna compensación por el tiempo utilizado para la reposición de esos artículos.
- 11.5 El seguro no cubrirá:
 - a) Equipaje olvidado, perdido o extraviado;
 - b) Sustracción de equipaje no vigilado eficientemente;
 - c) Sustracción de un vehículo de motor, una caravana, un remolque, una habitación de hotel, un apartamento en el extranjero, una vivienda o un barco no cerrado con llave;
 - d) Sustracción de un vehículo de motor, una caravana o un remolque, una habitación de hotel o una vivienda en el extranjero, los cuales no presenten signos visibles de una entrada forzada, incluyendo el robo al que se ha tenido acceso con llave correcta o falsa;
 - e) Cualquier pérdida en conexión con el abuso de tarjetas de crédito o cheques de viaje;
 - f) La pérdida de equipaje transportado por separado;
 - g) Cualquier pérdida indirecta.

- 11.6 La Compañía sólo estará obligada a dar compensación, si los artículos del asegurado han sido tratados y guardados con cuidado, y si el asegurado ha permanecido atento.
- 11.7 Cualquier sustracción o robo, tendrá que ser informado a la autoridad policial más próxima. Si, en circunstancias excepcionales, no es posible notificar a la autoridad policial del lugar, por ejemplo en caso de salida inminente, la Compañía tendrá que ser notificada lo antes posible, inmediatamente después del regreso del asegurado.

ART. 12 EQUIPAJE RETRASADO

- 12.1 Si el asegurado ha adquirido cobertura suplementaria de equipaje, la póliza amparará gastos razonables de la compra de artículos esenciales como prendas de vestir, artículos de tocador y medicamento esencial en casos donde el equipaje se retrase más de cinco (5) horas, después de la hora de la llegada, y en el destino fuera del país de residencia.
- 12.2 Este beneficio sólo será abonado si el asegurado:
- Provee documentación original (en forma de un "Property Irregularity Report") del transportista, comunicando que el equipaje no ha llegado en la hora y fecha previstas, e indicando la propia hora y fecha de llegada;
 - Ya ha realizado una compra compensatoria antes de que el equipaje haya sido entregado;
 - Provee documentación original de los gastos sufragados en forma de recibos fechados, comprobantes de compra o semejantes.
- 12.3 La póliza no cubrirá el alquiler o la compra de equipo deportivo. Además, pérdidas indirectas tampoco estarán cubiertas.
- 12.4 La cobertura no es aplicable si el siniestro ocurre a la llegada del asegurado a su país de residencia.

ART. 13 EXCEPCIONES A LA COMPENSACIÓN

- 13.1 La Compañía no será responsable de la compensación de los gastos relacionados con, causados por o incurridos como consecuencia de:
- Cualquier enfermedad, lesión, debilidad o minusvalidez físicas, así como sus secuelas, que hayan surgido o mostrado síntomas antes de la fecha de inicio del seguro (véase también el Art. 6.5);
 - Todo tratamiento y cirugía estética, a no ser que haya sido médicamente prescrito y aprobado por la Compañía,
 - Tratamiento recreacional;
 - Problemas dentales preexistentes y tratamiento dental que no sea analgésico ni provisional y que pueda ser postergado hasta el regreso a casa;
 - Dentaduras;
 - Enfermedades venéreas, SIDA, enfermedades relacionadas con el SIDA, y enfermedades relacionadas con los anticuerpos HIV (seropositivo);
 - Asistencia médica y de maternidad requerida después del octavo mes (36 semanas) de embarazo y después del cuarto mes, es decir dieciocho (18) semanas, cuando el embarazo sea resultado de algún tipo de tratamiento de fertilidad, y/o si espera más que un (1) hijo;
 - Aborto provocado que no sea prescrito por un médico;
 - Abuso de alcohol, drogas y/o medicamentos;
 - Lesión física que el asegurado mismo se infiera intencionalmente;
 - Tratamiento por médicos naturistas, medicamentos naturistas y otros métodos de tratamiento alternativo;
 - Tratamiento por enfermedad o lesiones causadas directa o indirectamente durante la participación activa en guerra, invasión, acción de enemigo extranjero, hostilidades (con o sin declaración de guerra), guerra civil, acciones terroristas, rebelión, revolución, insurrección, perturbación del orden público, poder militar o poder usurpado, ley marcial, motines o la acción de cualquier autoridad legítimamente constituida, u operaciones militares, navales o aéreas (con o sin declaración de guerra);
 - Reacciones nucleares o lluvias radiactivas;
 - Tratamiento realizado por el asegurado, su cónyuge, padres o hijos o cualquier tratamiento recibido en una entidad perteneciente a cualesquiera de las personas citadas;
 - Epidemias sujetas a la gestión de las autoridades públicas;
 - Tratamiento por psicólogo, a no ser que sea prescrito por el médico tratante en conexión con una situación de emergencia;
 - Chequeos médicos rutinarios;

- r) La resistencia a o la falta de cumplimiento de las órdenes del consultor médico de la Compañía y del médico tratante;
- s) La resistencia a la evacuación médica (véase también el Art. 6.7);
- t) Vacunas y otros tratamientos preventivos;
- u) Transporte que no haya sido organizado por la Compañía. Sin embargo, serán cubiertos los gastos equivalentes a la cantidad que la Compañía hubiera reembolsada si hubiera sido notificada sobre el transporte;
- v) Tratamiento y exámenes que pueden esperar hasta la llegada del asegurado a casa;
- x) Habitación privada en hospital, a no ser médicamente prescrita y aprobada por la Compañía.

ART. 14 CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN

- 14.1 Se otorgará la compensación una vez que la Compañía haya aprobado la cobertura de los gastos por el seguro y previa presentación de un Formulario de Solicitud de reembolso debidamente diligenciado y acompañado de las facturas originales y especificadas, así como los recibos de pago y/u otra documentación relevante.
- 14.2 En ningún caso, el importe de la compensación excederá el importe de la factura. Si el asegurado recibe una compensación por parte de la Compañía que excede el importe que le corresponde, el asegurado estará obligado a devolver de inmediato a la Compañía la suma excedente. El importe adeudado se descontará de toda compensación efectuada posteriormente por la Compañía.
- 14.3 El pago de compensación estará limitado a los precios habituales, razonables y de costumbre para el área o el país donde se efectúe el tratamiento.
- 14.4 La Compañía deberá ser notificada de inmediato en caso de fallecimiento, hospitalización, repatriación de emergencia, evacuación médica o acompañamiento, y tal notificación deberá incluir información médica sobre la enfermedad/lesión. Toda notificación deberá realizarse por teléfono o correo electrónico al Servicio de Emergencia 24 horas. La Compañía reembolsará todos los gastos relacionados con dicha notificación.
- 14.5 Se deberá presentar la reclamación a la Compañía de inmediato y a más tardar treinta (30) días después de la expiración del seguro.
- 14.6 Cualquier queja sobre la tramitación de reclamaciones por parte de la Compañía deberá notificarse en el término de treinta (30) días a partir de la recepción del importe de la compensación.

ART. 15 COBERTURA POR TERCERAS PARTES

- 15.1 En caso de tener otra cobertura médica u otra póliza de seguro, esto deberá ser declarado ante la Compañía al solicitar un reembolso.
- 15.2 En estas circunstancias la Compañía coordinará los pagos con otras compañías y la Compañía no será responsable de liquidar un importe mayor que la parte proporcional.
- 15.3 Si los gastos son cubiertos en su totalidad o bien parcialmente por cualquier plan, programa o parecido, fundado por el estado, la Compañía no será responsable del importe cubierto.
- 15.4 El titular del seguro y cualquier otra persona asegurada se comprometen a cooperar con la Compañía y notificar a la Compañía inmediatamente de cualquier reclamación o derecho contra terceras partes.
- 15.5 Asimismo, el titular del seguro y cualquier otra persona asegurada mantendrán a la Compañía informada y tomarán las medidas correspondientes para reclamar ante terceras partes y salvaguardar los intereses de la Compañía.
- 15.6 En todos los casos la Compañía tendrá el pleno derecho de subrogación.

ART. 16 PAGO DE LA PRIMA

- 16.1 Las primas, incluyendo las de renovación, serán determinadas por la Compañía y deberán pagarse por adelantado para el período anual completo del seguro, antes de la salida del asegurado.
 - 16.2 El tomador del seguro será responsable del pago puntual de la prima a la Compañía.
 - 16.3 Si la prima no ha sido abonada antes de la fecha de inicio del seguro y/o el período renovado, éste no entrará en vigor, y la Compañía no será responsable.
 - 16.4 Una devolución de la prima sólo será posible si la Compañía recibe una solicitud escrita con anterioridad a la fecha de inicio del seguro. Una vez pasada la fecha de inicio del seguro, la prima se considerará completamente devengada y no será reembolsable.
- Sin embargo, los días de viaje no utilizados podrán ser transferidos una vez, del primer período de seguro al siguiente, si la Compañía lo aprueba.

ART. 17 INFORMACIÓN NECESARIA PARA LA COMPAÑÍA

- 17.1 El tomador del seguro y/o el asegurado estarán obligados a comunicar a la Compañía cualquier cobertura de gastos médicos o cualquier cobertura similar de otra compañía de seguro.
- 17.2 El tomador del seguro y/o el asegurado estarán obligados, además, a notificar a la Compañía sobre todas las informaciones asequibles y necesarias para la tramitación, por parte de ésta, de las reclamaciones presentadas por el asegurado.
- 17.3 Así mismo, la Compañía se reservará el derecho de conseguir información sobre el estado de salud del asegurado y de dirigirse a cualquier hospital, médico, etc, que atienda o haya atendido al asegurado por enfermedades o trastornos físicos o psíquicos. La Compañía se reservará además, el derecho de obtener cualquier historial médico u otros reportes e informes escritos sobre el estado de salud del asegurado.

ART. 18 CESIÓN, CANCELACIÓN Y CESE

- 18.1 Nadie podrá, sin el previo consentimiento por escrito de la Compañía, dar en prenda o ceder sus derechos conforme al seguro.
- 18.2 El seguro podrá ser cancelado por el tomador del seguro o por la Compañía, con efectividad a partir de la fecha del aniversario de la póliza, previo aviso de un (1) mes. Si no, el seguro se renovará automáticamente en cada aniversario del seguro.
En referencia a un arreglo de reclamación, el seguro podrá ser cancelado por el tomador del seguro, o por la Compañía, previo aviso de catorce (14) días después del arreglo de la reclamación.
- 18.3 La responsabilidad de la Compañía cesará automáticamente con la expiración del período de seguro. Con la expiración del seguro cesará el derecho de compensación.
- 18.4 El período de seguro podrá prolongarse hasta cuarenta y ocho (48) horas sin necesidad de pagar, por esa razón, prima adicional, si la vuelta del asegurado es aplazada sin que el asegurado sea responsable del retraso.
- 18.5 En caso de que el tomador del seguro o el asegurado, hayan dado informaciones incorrectas de modo fraudulento o hayan ocultado hechos que se consideren de importancia para la Compañía, en el momento de suscribir el seguro o posteriormente, el contrato de seguro quedará nulo y sin efecto para la Compañía.
- 18.6 En el caso de que el asegurado abandone su empleo con el tomador de seguro, la cobertura del seguro cesará inmediatamente.
- 18.7 La Compañía podrá detener o suspender un producto del seguro bajo previo aviso de tres (3) meses antes del aniversario de la póliza.

ART. 19 LITIGIOS, FUERO, ETC.

- 19.1 Cualquier litigio que pudiera derivarse de o relacionarse con el presente contrato de seguro será resuelto de conformidad con la legislación danesa, teniendo como fuero Copenhague. La Compañía está afiliada a Ankenævnet for Forsikring (la Comisión de Apelación de Seguros).

Válido a partir del 1 de enero de 2003.

Se reserva el derecho de errores u omisiones.

WWW.IHI.DK

Palaegade 8 • DK-1261 Copenhague K • Dinamarca

Tel: +45 33 15 30 99 • Fax: +45 33 32 25 60

e-mail: ihi@ihi.dk • No. Reg. CVR 88076516

TELÉFONO EMERGENCIA DE 24 HORAS: +45 33 15 33 00

E-MAIL EMERGENCIA: EMERGENCY@IHI.DK



International
Health
Insurance
danmark a/s