

MexVisit ®

SERVICE
GENERAL CONDITIONS

Travel, Medical and Vehicle
Assistance Benefits

POLICY FOR TRAVEL, MEDICAL AND VEHICLE ASSISTANCE BENEFITS.

PRELIMINARY STATEMENTS

- a) **BENEFICIARY** declares to have acquired a valid automobile insurance policy, which among its benefits includes Third Party Civil Liability coverage for Bodily Injury and Property Damage.
- b) The term of the assistance services shall be for the period stated in the declarations page of the INSURANCE POLICY WHERE THE PROVIDING OF THE SERVICES IS STATED.
- c) In order for an **EVENT** covered by this policy to be paid, the accident or emergency must have occurred within the Republic of Mexico and during the term of the policy, except for the request for travel information.
- d) Risks covered by this policy shall be limited only to the risks set forth in the Clauses of this document. No other risk shall be covered.
- e) The English version is a courtesy translation. The Spanish version states the official conditions and, in case of controversy, the Spanish version must be invariably used for interpretation.
- f) All **EVENTS** shall be reported before leaving Mexico. Any unreported **EVENTS** may be subject to a refusal of service and/or payment.
- g) The above mentioned statements are part of this policy.

GLOSSARY

BENEFICIARY refers to the owner or driver of the insured vehicle.

COMPANION(S) refers to the passenger(s) of the vehicle, provided that, he/she was or they were traveling in the insured vehicle when the event occurred.
Limited to four persons.

THE COMPANY: Integra Asistencia, S.A. de C.V.

VEHICLE: A private vehicle not exceeding a capacity of 3.5 metric tons.

EVENT: Incident or occurrence resulting in the providing of the service(s) and limited to each benefit, by the policy issued.

CLAUSES

CLAUSE ONE – ASSISTANCE IN MEXICO.

I.- The **COMPANY** shall provide assistance services according to the following terms:

II.- MEDICAL ASSISTANCE.- Medical Assistance shall consist of:

a) **COORDINATION AND MEDICAL REFERENCES IN MEXICO, 24 HOURS A DAY.-** If the **BENEFICIARY AND/OR COMPANIONS** require Medical Assistance, at the request of and payable by the **BENEFICIARY** the Medical Team of the **COMPANY** shall coordinate the medical assistance.

1. By making an appointment with a doctor or specialist at the doctor's office or
2. Arranging a personal visit of a doctor or specialist, or
3. Coordinating a doctor's appointment at a specialty clinic.

The **COMPANY** shall not provide a medical diagnosis, but upon request and payable by the **BENEFICIARY**, shall make available any necessary means for his/her attention.

The **COMPANY** shall provide this service in the main cities of Mexico. And in the event network providers are not available in the place where the **BENEFICIARY** is located, information about the closest available provider shall be given. **Unlimited number of events.**

The **COMPANY** shall not be liable regarding any assistance provided or lack of assistance thereof provided by doctors or medical providers.

b) **LAND MEDICAL TRANSFER.-** In the event the **BENEFICIARY AND/OR COMPANION(S)** become ill or involved in an accident that results in injuries or trauma and the Medical Team of the **COMPANY**, in coordination with the treating doctor(s) recommend hospitalization, the **COMPANY** shall coordinate and assume the cost of transfers by land ambulance of the **BENEFICIARY AND/OR COMPANION(S)** to the nearest hospital that may be suitable for the prescribed treatment. Limited to two events. If prescribed or due to medical reasons the transfer will be under medical supervision.

- c) **EMERGENCY AIR MEDICAL TRANSFER.-** In the event of a serious accident or grave illness occurring during the term of the policy resulting in a life threatening situation to the **BENEFICIARY AND/OR COMPANIONS**, as determined and certified by the Medical Team of the **COMPANY** and the treating doctor(s), the **COMPANY** shall coordinate and assume the cost of transfers by air ambulance of the **BENEFICIARY AND/OR COMPANION(S)** to the nearest and most suitable hospital for the treatment prescribed by and in accordance with the diagnosis provided by the treating doctor(s) and the Medical Team of the **COMPANY**.
- d) **REPATRIATION AFTER TREATMENT.-** If prescribed by the treating doctor(s) and prior consent by the medical team of the **COMPANY**, the **COMPANY** will arrange and assume the cost of repatriation for the **BENEFICIARY AND/OR COMPANION(S)** as follows:
1. Transfer in a commercial airline.
COMPANY shall organize and assume the cost of repatriation of the **BENEFICIARY AND/OR COMPANION(S)** as recommended and under the conditions, with the necessary equipment (stretcher, an extra seat, oxygen, etc.) prescribed by the treating doctor(s) in agreement with the **COMPANY'S** Medical Team.
- e) **ROUNDTRIP AND LODGING EXPENSES FOR A RELATIVE.-** In the event of hospitalization of the **BENEFICIARY** due to an accident or serious illness and if such hospitalization is expected to exceed 5 (five) days, the **COMPANY** shall coordinate and assume the cost of 1 (one) economy class, roundtrip ticket departing from the city of permanent residence of the **BENEFICIARY** for the person designated by the **BENEFICIARY** to accompany his/her during hospitalization. The **COMPANY** shall coordinate and assume lodging expenses of the same person up to \$60 US dollars per day, for 5 (five) days. If the **BENEFICIARY** dies, the **COMPANY** shall arrange and pay for the same benefits in order for a Relative to arrange for repatriation and/or burial of the remains of the deceased.
- f) **PAYMENT FOR THE RETURN OR CONTINUATION OF TRIP OF THE COMPANIONS.** If the **BENEFICIARY** is physically unable to continue his/her trip due to an automobile accident or in the event he/she passes away, the **COMPANY** will provide for the transportation of the travel companions of the **BENEFICIARY** to their place of residence. If necessary, when dealing with minors, the **COMPANY** will provide an adult companion for the children.

In the event the **BENEFICIARY** and or **COMPANIONS** decide to continue the trip, it shall be construed that they have waived this benefit and the **COMPANY** shall be released from responsibility and/or payment of this benefit.

The **COMPANY** shall coordinate and assume costs of the transportation expenses of the **COMPANIONS** in economy class to the permanent place of residence of the **BENEFICIARY**, by land or air transportation available at the site of the accident or illness.

g) PAYMENT OF HOTEL STAY DUE TO RECOVERY OF THE BENEFICIARY.- The **COMPANY** shall coordinate and assume the costs of lodging at the hotel chosen by the **BENEFICIARY** depending on availability, immediately after having been released from the hospital, provided a period of convalescence is prescribed by the treating doctor and in agreement with the Medical Team of the **COMPANY**. Such benefit shall be provided pursuant to the following:

1. That recovery starts immediately (the same day) after he/she has been released from the hospital or clinic.
2. The amount of the allowance provided for the benefit described in this clause is up to **\$60 US Dollars** per day up to a maximum of 10 consecutive days.
3. Lodging expenses shall only apply for the room without any personal or additional expenses, which shall always be paid for by the **BENEFICIARY AND/OR COMPANION(S)**.

h) MORTAL REMAINS REPATRIATION OR LOCAL BURIAL.- In the event of the decease of the **BENEFICIARY AND/OR COMPANION(S)**, the relatives or legal representative shall have two options;

1. - The **COMPANY** shall be entrusted with the necessary authority to process and transfer the body or mortal remains and will assume the costs of such transfer to the burial site at the place of permanent residence of the **BENEFICIARY AND/OR COMPANION(S)**.
2. - Upon request of the **BENEFICIARY'S AND/OR COMPANIONS'** legal representative, the **COMPANY** shall coordinate the burial and assume the corresponding expense at the place where the death occurred.

The COMPANY will provide a BASIC (economy) service through a provider in its network.

- i) **COORDINATION FOR AN EMERGENCY ODONTOLOGICAL ASSISTANCE.**- In the event that the **BENEFICIARY AND/OR COMPANION(S)** suffer acute pain or have dental problems which require urgent odontological treatment, the **COMPANY** will schedule an appointment with a specialist for the treatment of pain, infection and treatment of the affection. The cost of treatment will be paid by the **BENEFICIARY**.
- j) **COORDINATION TO REPLACE GLASSES OR CONTACT LENSES.**- In the event the **BENEFICIARY AND/OR COMPANION(S)** damage or loose their prescription eyeglasses or contact lenses, the **COMPANY** shall make an appointment with an ophthalmic optician in order to replace them. The cost of replacement shall be paid by the **BENEFICIARY**.

III.-TRAVEL ASSISTANCE IN MEXICO. - Travel assistance will consist of:

- a) **TOURIST INFORMATION.** - The **COMPANY** shall provide by telephone any information related to:
- Schedules of museums in Mexico.
 - Requirements of vaccinations and visas in other countries.
 - Weather in Mexico.
 - Sports and shows in some cities in Mexico.
- b) **TRIP INFORMATION.**- Upon request of **BENEFICIARY AND/OR COMPANION(S)**, the **COMPANY** shall provide by telephone any tourist information, such as:
- | | |
|----------------------|------------------------------|
| 1. - Travel Agencies | 8. - Shopping Centers |
| 2. - Weather | 9. - Events and exhibitions |
| 3. - Exchange Rates | 10. - Hotels and Restaurants |
| 4. - Main Holidays | 11. - Museums and Galleries |
| 5. - Sports Events | 12. - Nightclubs |
| 6. - Tickets | |
| 7. - Attractions | |

- c) **INFORMATION OF US STATE TRAVEL ADVISORY DEPARTMENT.-** Upon request of **BENEFICIARY AND/OR COMPANION(S)**, the **COMPANY** shall send by telephone, mail or fax, to **BENEFICIARY AND/OR COMPANION(S)**, any information generated during the term of coverage and/or trip to Mexico provided by the US State Department on trip warnings, public announcements and consular information.
- d) **CONTACT WITH EMBASSIES AND CONSULAR OFFICES.-** Upon request of **BENEFICIARY OR COMPANION(S)**, the **COMPANY** shall coordinate by telephone the contact with Embassies and Consular Offices in Mexico.
- e) **URGENT COMMUNICATION SERVICE.-** In the event of a medical emergency, the **COMPANY**, at **BENEFICIARY'S request** will keep the relatives, family doctor(s) or employer(s) of the **BENEFICIARY AND/OR COMPANION(S)** informed about the patient's condition. The cost of such communication will be paid by the **COMPANY**.

In no event, the **COMPANY** shall be liable for the content, accuracy and means by which such information is provided.

- f) **COORDINATION TO FILE A LOST DOCUMENT CLAIM.-** In the event of loss or theft of luggage and legal personal items of **BENEFICIARY AND/OR COMPANION(S)**, the **COMPANY** shall assist them to file a claim with authorities. If such belongings are recovered, the **COMPANY** will assume the cost of shipping to the place where the **BENEFICIARY AND/OR COMPANION(S)** are located or to the place of permanent residence subject to the terms and conditions of the courier contracted by the **COMPANY**; additional costs (taxes, fines, etc.), shall be paid by **BENEFICIARY AND/OR COMPANION(S)**.
- g) **FUNDS TRANSFER.-** In the event of accident or illness of **BENEFICIARY AND/OR COMPANION(S)**, the **COMPANY**, upon request of **BENEFICIARY AND/OR COMPANION(S)**, shall transfer funds up to a maximum amount of \$2,000 US Dollars, provided such funds are previously deposited with an authorized representative or at the offices of the **COMPANY**. This benefit is not a loan, and the service may only be used to transfer funds once between the **BENEFICIARY AND/OR COMPANION(S)** from one location to another.
- h) **EMERGENCY TRAVEL AGENCY.-** Upon request of **BENEFICIARY AND/OR COMPANION(S)** the **COMPANY** will make domestic hotel and

airline reservations in Mexico. The cost of such travel and/or lodging expenses will be paid by the **BENEFICIARY**.

IV.- EMERGENCY ROADSIDE ASSISTANCE IN MEXICO.- Consists of:

a) **BASIC ROADSIDE ASSISTANCE.-** In the event of a flat tire, running empty on fuel, needing to jumpstart the vehicle or being locked out of the covered vehicle, upon request of the **BENEFICIARY AND/OR COMPANIONS**, the **COMPANY** will arrange and assume the cost of sending assistance to resolve the above mentioned problems so that the vehicle may be enabled to continue. These services will be provided according to the following:

- Emergency fuel supply. In the event that the covered vehicle runs out of fuel the **COMPANY** will arrange and pay for bringing enough fuel to the vehicle so that the **BENEFICIARY** may drive it to the nearest gas station (within Mexico). The cost of the fuel will be paid by the **BENEFICIARY**. This benefit has a maximum of three events.
- Flat tire service. In the event the covered vehicle has a flat tire or the air pressure of any of the tires is too low to continue driving the **COMPANY** will arrange and pay for the service of inflating or changing the tire, provided the **BENEFICIARY** has a spare tire available and in good condition. Maximum three events.
- Jumpstart service. In the event the covered vehicle requires jumpstarting the **COMPANY** will arrange and pay for sending a mechanic to jumpstart the vehicle so that it may be driven to the nearest repair center. The **COMPANY** will not be liable for any damages caused by failure of electric systems in the covered vehicle. Maximum three events.
- Locksmith service. In the event that the Beneficiary is accidentally locked out of the covered vehicle or that the covered vehicle's keys are lost or stolen the **COMPANY** will arrange and pay to send a locksmith where the vehicle may be located to open it. The cost of any parts needing replacement or spare keys will be paid by the **BENEFICIARY**. Maximum three events.

The BENEFICIARY must at all times accompany the service provider designated by the **COMPANY**.

- b) **AUTOMOBILE DEALERSHIP REFERRALS.** - In the event of a mechanical breakdown of the insured VEHICLE, upon request by the **BENEFICIARY**, the **COMPANY** will provide information and/or referrals on AUTOMOBILE DEALERSHIPS close to the place where the mechanical breakdown occurred.
- c) **SHIPPING OF SPARE PARTS.**- In the event the vehicle is unable to operate due to a mechanical breakdown and the spare parts required for repair are not available locally, the **COMPANY** will coordinate and cover the costs of shipping of the parts up to an amount of \$300 US Dollars, provided the parts are available elsewhere. The actual cost of the spare parts will be paid by the **BENEFICIARY**.

The **COMPANY** shall notify the **BENEFICIARY** within eight hours of the request about the availability or not of the necessary spare parts, and if available the approximate time it will take for such parts to be made available. Shipping is limited within Mexico.

- d) **SHIPPING AND PAYMENT OF TOWING (TOW TRUCK).** - In the event of a mechanical breakdown disabling the insured vehicle from operating, the **COMPANY** will coordinate and cover the cost of towing, tow truck or flatbed to the closest repair shop in the city or location where the breakdown occurred (limited to \$300.00 US Dollars and/or two events not resulting from the same damage).

In the event the vehicle is towed, the **BENEFICIARY** or designated **COMPANION** must accompany the provider during towing.

In the event of significant damage to the insured vehicle, the **BENEFICIARY** will be entitled to the following services:

- e) **PAYMENT OF HOTEL.** - In the event of theft or damage, if the vehicle may not be repaired and made available within the first 24 hours and/or is not recovered within the 24 hours after the event, the **COMPANY**, within eight hours of occurred, shall coordinate and pay for up to two nights of hotel accommodations with a maximum of \$300 US Dollars FOR THE TWO NIGHTS. Personal expenses other than lodging shall be paid by the **BENEFICIARY**.
- f) **CAR RENTAL.**- If after the vehicle has been towed to the nearest repair shop, and its repair is estimated to take more than 36 hours, or in the event of total theft of the vehicle, and after the theft report has been filed with the authorities, if the vehicle is not recovered and made available for use within the first 36 hours after the event, the **COMPANY** shall coordinate and cover the expense of the rental of

a medium size vehicle, for up to two days per event, up to a maximum of two events. Rental of the vehicle shall be subject to rental terms and conditions, company acceptance policies and availability of the car in the city or location where the event occurred. If a rental vehicle may not be provided due to the aforementioned reasons, the **BENEFICIARY** may chose one of two alternatives:

1. Payment of Return (g)
2. Payment of Hotel (e)

In addition to the previously stated and if repair of vehicle requires more than 36 hours, **BENEFICIARY** may choose from one of the following services:

- g) **PAYMENT OF RETURN DUE TO VEHICLE BREAKDOWN.** - The **COMPANY** shall organize and pay transportation expenses of the **BENEFICIARY AND/OR COMPANION(S)** to the place of permanent residence. The **COMPANY** will provide each **COMPANION** a one-way economy class ticket by land or air transportation available at the place of the event. The **COMPANY** will provide the **BENEFICIARY** an economy class roundtrip ticket so that he/she may be able to return and pick up the vehicle.
- h) **TRIP CONTINUATION EXPENSES.**- The **COMPANY** shall organize and pay transportation expenses of the **BENEFICIARY AND/OR COMPANIONS** to continue the trip to their original destination, provided the total amount does not exceed the cost of return to the place of permanent residence. The **COMPANY** will provide each **COMPANION** a one-way economy class ticket by land or air transportation available at the place of the event. The **COMPANY** will provide the **BENEFICIARY** an economy class roundtrip ticket so that he/she may be able to return and pick up the vehicle.

V.- OBLIGATIONS OF THE BENEFICIARY.- The **BENEFICIARY AND/OR COMPANION(S)** have the following obligations:

- a) **ASSISTANCE REQUEST.**- In the event of an **EVENT** and before any action is taken, **BENEFICIARY AND/OR COMPANION(S)** must call **COMPANY** by dialing the 800 (toll free number) provided or make a collect call to the **COMPANY** providing the following data:
1. The location where the **EVENT** occurred, a telephone number where the **BENEFICIARY AND/OR COMPANION(S)** or their representatives may be contacted and all and any data requested by operator.

2. Name, **POLICY** number and effective date.
 3. Detailed description of the problem and the kind of assistance needed.
 4. Refrain from making any arrangement(s) or making any payment(s) without explicit authorization from the **COMPANY**.
- b) **PRECAUTIONS OR SAFETY MEASURES.- BENEFICIARY AND/OR COMPANION(S)** should take all and any actions necessary to avoid and/or minimize any damages or cause of need for assistance.
- c) **CLAIMS.** - Any claim resulting from an **EVENT** and/or related to an assistance situation must be filed in writing within 90 calendar days from the date the **EVENT** occurs and before leaving Mexico.

CLAUSE TWO - ASSISTANCE SERVICE EXCLUSIONS

The following shall be exclusions to provide the assistance service:

- a) **EVENTS OCCURRING DURING A TRIP OR VACATION MADE BY THE BENEFICIARY AND/OR COMPANIONS AGAINST MEDICAL ADVISE OR RECOMENTATION..**
- b) **IF THE BENEFICIARY AND/OR COMPANION(S) FAIL TO PROVIDE TRUE AND ACCURATE INFORMATION WHICH WOULD RESULT IN THE IMPOSSIBILITY OF PROVIDING THE ASSISTANCE.**
- c) **THE BENEFICIARY AND/OR COMPANION(S) SHALL NOT BE ENTITLED TO REIMBURSEMENT OF ANY EXPENSES FOR SERVICES REQUESTED WITHOUT PRIOR WRITTEN AUTHORIZATION FROM THE COMPANY AND WHEN THE REIMBURSEMENT REQUEST DOES NOT COMPLY WITH THE REQUIREMENTS AFOREMENTIONED.**
- d) **IF BENEFICIARY AND/OR COMPANION(S) FAIL TO EVIDENCE THEIR LEGAL CAPACITY AND RIGHT AS BENEFICIARY OF THE ASSISTANCE BENEFITS.**
- e) **IF BENEFICIARY AND/OR COMPANION(S) FAIL TO COMPLY WITH ANY OF THE OBLIGATIONS STATED HEREIN.**
- f) **IF THE PERSON DRIVING THE COVERED VEHICLE IS NOT THE BENEFICIARY OR A COMPANION.**
- g) **IF THE BENEFICIARY AND/OR COMPANIONS ARE NOT PRESENT AT THE PLACE OF THE EVENTS.**
- h) **WHEN COVERED VEHICLE HAS BEEN ILLEGALLY INTRODUCED IN THE COUNTRY.**
- i) **THE COMPANY SHALL NOT BE LIABLE FOR ANY DELAY OR NONCOMPLIANCE DUE TO AN ACT OF NATURE OR ACT OF GOD OR**

ADMINISTRATIVE OR POLITICAL ENVIRONMENT IMPEDING THE SERVICES WHERE THEY NEED TO BE PROVIDED.

- j) PROVIDERS PROVIDING THE ASSISTANCE SERVICES MAY BE INDEPENDENT CONTRACTORS, THEREFORE THE **COMPANY** SHALL BE LIABLE FOR PROVIDING THE SERVICES IN ACCORDANCE WITH THE PROVISIONS OF THIS POLICY, AND IN NO EVENT SHALL BE LIABLE FOR ANY DEFICIENCY INCURRED BY SUCH PROVIDERS, NOTWITHSTANDING THAT THEY MAY BE SELECTED BY THE **COMPANY**, AND HAVE THE APPROPRIATE SKILLS AND COMPETENCE ACCORDING TO THE SERVICE LEVEL OF THE PLACE, TIME AND CIRCUMSTANCE UNDER WHICH THE SERVICES ARE PROVIDED.
- k) THE FOLLOWING WILL NOT BE CONSIDERED MECHANICAL BREAKDOWN SITUATIONS FOR THE TOWING SERVICE: ALARM ACTIVATION, SCHEDULED MECHANICAL MAINTENANCE OR SERVICE, MAJOR REPAIRS AND/OR REPLACING OF SPARE PARTS BY THE **BENEFICIARY** AND/OR **COMPANION(S)** AND/OR THIRD PARTIES, LOW BATTERY, LOW FUEL AND VEHICLE FALLING IN A DITCH, MUD OR SAND.
- l) SERVICES ARE EXCLUDED IF DIRECTLY OR INDIRECTLY ARISING FROM:
 - 1. Strikes, war, foreign invasion or hostilities (declared war or not), rebellion, civil war, insurrection, terrorism, popular uprising, marches, radioactivity or similar beyond control.
 - 2. Self-inflicted injuries, suicidal attempts, suicide or aiding in suicide or criminal activity by **BENEFICIARY** and or any passenger of the covered vehicle.
 - 3. Mental, psychiatric or psychological illnesses.
 - 4. Pathological effects on adults or minors caused by the consumption of toxic substances, drugs and/or illegal or legal medication (unless under prescription).
 - 5. Altered vehicles other than factory or dealer installed, if these are the cause of the accident and/or emergency assistance situation.
 - 6. Intentional damage situations or criminal activities.
 - 7. Scheduled or unscheduled maintenance, repairs or modifications done to the covered vehicle by the **BENEFICIARY** or anyone else not qualified, if these influence directly or indirectly in the accident and/or emergency assistance situation.
 - 8. Towing will not be provided while cargo and/or injured passengers are on the covered vehicle. Service will not be provided also if the vehicle is in a ditch, cliff and or off-road.

9. Transporting pregnant women. Service will not be provided to women within the last 90 days of pregnancy.
10. Accidents, lesion or illnesses resulting from professional or official sporting competitions.
11. IF the **BENEFICIARY** or driver of the covered vehicle becomes a fugitive and/or leaves the scene of the accident.
12. Direct violations to current and applicable Federal and State Traffic Laws in force in Mexico.

CLAUSE THREE - REIMBURSEMENTS

BENEFICIARY AND/OR COMPANION(S) WILL NOT BE ENTITLED TO REIMBURSEMENT OF EXPENSES FOR ANY SERVICES REQUESTED WITHOUT PRIOR WRITTEN AUTHORIZATION FROM THE COMPANY AND NOT IN COMPLIANCE WITH THE FOLLOWING REQUIREMENTS:

- a) **BENEFICIARY** must notify of the expenses incurred and any concept before leaving Mexico no later than **10** calendar days after the **EVENT** giving rise to the assistance service.
- b) Under no circumstances any Air Medical Transfer expenses will be reimbursed.
- c) For all other medical assistance benefits, reimbursement shall apply only if the Medical Team of the **COMPANY** has the medical report and the treating doctor's information to verify compliance of the requisites needed to grant the benefits and/or in the event of clear emergency or life threatening situation to the **BENEFICIARY AND/OR COMPANIONS** for which third party assistance was needed.
- d) If applicable and when authorized the reimbursement will be made upon delivery of the original invoices issued in compliance with Mexican tax laws, in Mexican pesos, with applicable taxes clearly indicated and without corrections, annotations, scratches or any other damage to:

IN FAVOR OF: Integra Asistencia, S.A. de C.V.
ADDRESS Avenida Insurgentes Sur #688 7° piso
Colonia. Del Valle México, D.F. 03100

Federal Taxpayers'

Registration Number (RFC): IAS971216KG1

- e) It will be necessary to send to this same address an explanatory letter describing the **EVENT**, the reasons why a reimbursement is requested, proof of authorization to incur in the expense and request a reimbursement by **COMPANY**. Reimbursements will be made by means of a direct deposit to a bank account. The following information will be needed:

Beneficiary's Name

Beneficiary's Address

Beneficiary's Telephone

Bank Name

Bank Address

Bank Branch

Account Number

ABA/Routing Number or Swift Code (for international transfers)

CLABE (for domestic transfers within Mexico)

Send with copy of the policy declarations page and original invoices.

f) Reimbursement will be made in US Dollars at the exchange rate of date the payment is made posted by the bank issuing the deposit. Commissions and taxes shall be paid by the recipient(s) of the transfer(s).

CLAUSE FOUR - COMPETENCE

The parties agree that in the event controversy resulting in the interpretation of this **POLICY**, parties will waive to their local jurisdiction and subject themselves to the laws and authorities of Mexico City.

CLAUSE FIVE - LANGUAGE

The parties agree that official version of this **POLICY** is in Spanish. The English version is only provided as a courtesy translation.

MexVisit ®

**CONDICIONES
GENERALES DEL SERVICIO**

De los beneficios de asistencia médica, en viajes y vehicular

PÓLIZA DE ASISTENCIA DE LOS BENEFICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA, EN VIAJES Y VEHICULAR.

DECLARACIONES PRELIMINARES

- h) Declara **EL BENEFICIARIO** que ha adquirido una póliza de seguro de automóvil vigente, en la cual entre sus coberturas incluye la de Responsabilidad Civil por Daños a terceros en sus bienes y en sus personas.
- i) La duración de los servicios de asistencia será por el período indicado en la carátula de **LA PÓLIZA DEL SEGURO DONDE SE DERIVA LA PRESTACION DEL SERVICIO.**
- j) Para que un siniestro amparado por esta póliza sea pagado, el accidente o emergencia, denominado como **“EVENTO”** debe ocurrir en territorio mexicano y durante la vigencia de la póliza a excepción de la solicitud de información de viajes.
- k) Los riesgos cubiertos en esta póliza están limitados únicamente a los riesgos descritos en la Sección de Cláusulas. Ningún otro riesgo está cubierto.
- l) El texto en inglés es una cortesía. El texto en español contiene las condiciones oficiales y en caso de controversia se utilizará invariablemente el texto en español.
- m) Todos los **EVENTOS** deben ser reportados antes de salir de la Republica Mexicana. Cualquier siniestro no reportado puede ser sujeto a una negación de pago.
- n) Los puntos anteriores forman parte del texto de esta póliza.

GLOSARIO

EL BENEFICIARIO Se entenderá como tal al propietario o conductor del vehículo asegurado.

ACOMPañANTE (S): Se entenderá como tal a los ocupantes del vehículo siempre y cuando viajen en el vehículo contratado al momento de suceder el evento. Estos no podrán exceder de 4 personas.

LA COMPañÍA: Integra Asistencia, S.A. de C.V.

EL VEHÍCULO: Automotor particular no mayor de 3.5 toneladas.

EVENTO: Son los acontecimientos que darán inicio a la prestación del servicio y serán los limitados en cada servicio por póliza emitida.

CLÁUSULAS

CLÁSULA PRIMERA.- DE LA ASISTENCIA DENTRO DEL TERRITORIO MEXICANO.

I.- LA COMPañÍA brindará los servicios de asistencia al tenor de los siguientes términos:

II.- ASISTENCIA MÉDICA.- La asistencia médica consistirá en:

- i) **COORDINACION Y REFERENCIAS MÉDICAS EN TODA LA REPUBLICA MEXICANA LAS 24 HORAS DEL DIA.-** Cuando el **BENEFICIARIO Y/O LOS ACOMPañANTES** requieran Asistencia Médica, el Equipo Médico de **LA COMPañÍA**, previa solicitud y con cargo a **EL BENEFICIARIO** sin limite de eventos, coordinará la atención Médica ya sea:
 - i) Concertando una cita con un médico o especialista en su consultorio.
 - j) La visita personal de un médico especialista, o
 - k) La revisión o consulta en un centro hospitalario de especialidades.

LA COMPañÍA, no emitirá un diagnóstico medico, pero a solicitud del **BENEFICIARIO** y con cargo a éste, pondrá los medios necesarios para su atención.

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

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

- j) **TRASLADO MÉDICO TERRESTRE.-** En caso de que el **BENEFICIARIO Y/O ACOMPAÑANTE(S)** sufran una enfermedad o accidente que le provoque lesiones o traumatismos tales que el Equipo Médico de **LA COMPAÑÍA**, en contacto con el médico que lo atienda, recomienden su hospitalización, **LA COMPAÑÍA** gestionará y cubrirá el costo del traslado **del BENEFICIARIO Y/O ACOMPAÑANTE(S)** al centro hospitalario más cercano que resulte apropiado para el tratamiento requerido en ambulancia terrestre. Limitado a dos eventos.

Si fuera necesario por razones médicas, se realizará dicho traslado bajo supervisión médica.

- k) **TRASLADO MÉDICO AEREO DE EMERGENCIA.-** En caso de accidente o enfermedad grave que ponga en riesgo la vida **del BENEFICIARIO Y/O SUS ACOMPAÑANTE(S)** durante la vigencia de esta póliza y que el Equipo Médico de **LA COMPAÑÍA**, en contacto con el médico que lo atienda, recomienden su hospitalización y traslado, **LA COMPAÑÍA** organizará y tomará a su cargo el traslado al hospital más cercano y apropiado de acuerdo al tratamiento requerido por el medico tratante y el equipo medico de **LA COMPAÑÍA**, de acuerdo con el diagnóstico del médico tratante y el equipo médico de **LA COMPAÑÍA** según la naturaleza de las heridas o la enfermedad, por ambulancia aérea.

- l) **REPATRIACION DESPUES DEL TRATAMIENTO.-** Por indicación del médico tratante y bajo previo acuerdo del equipo medico de **LA COMPAÑÍA**, ésta pondrá a disposición **del BENEFICIARIO Y/O ACOMPAÑANTE(S))**:

m. Traslado en avión de línea comercial.

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

- n) **BOLETO REDONDO Y GASTOS DE HOSPEDAJE PARA UN FAMILIAR.-** En caso de hospitalización del **BENEFICIARIO** por causa de accidente o enfermedad grave y de que su hospitalización se prevea de una duración superior a 5 (cinco) días, **LA COMPAÑÍA** gestionará y cubrirá el costo de un boleto de ida y vuelta de clase económica con origen en la ciudad de

residencia permanente del **BENEFICIARIO** a una persona designada por el **BENEFICIARIO** a fin de acudir a su lado. **LA COMPAÑÍA** organizará y cubrirá los gastos de hospedaje de la persona designada hasta un máximo de \$ 60 USD por día, durante 5 (cinco) días naturales. Si el **BENEFICIARIO** falleciera, para efectos de recoger el cuerpo y efectuar los trámites correspondientes, **LA COMPAÑÍA** cubrirá la misma prestación.

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

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

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

- p) **PAGO DE HOTEL POR CONVALECENCIA DEL BENEFICIARIO - LA COMPAÑÍA** organizará y cubrirá el pago de hospedaje en un hotel escogido por el **BENEFICIARIO** y siempre que haya disponibilidad en el mismo, inmediatamente después de haber sido dado de alta del hospital, siempre y cuando esta prolongación sea prescrita por el médico tratante y el equipo médico de **LA COMPAÑÍA**. Este beneficio será proporcionado de acuerdo a los siguientes requisitos:

- q. Que la convalecencia se inicie inmediatamente (el mismo día) después de haber sido dado de alta del Hospital o Clínica.
- r. El monto de la compensación prevista en esta cláusula será de hasta **\$60 USD** diarios y hasta un máximo de 10 días consecutivos naturales.
- s. El pago de hospedaje solo se aplica al de la habitación, sin incluir gastos personales los cuáles serán siempre pagados por **EL BENEFICIARIO Y/O ACOMPAÑANTE(S)**.

- t) **TRASLADO POR FALLECIMIENTO O ENTIERRO LOCAL.-** En caso de fallecimiento del **BENEFICIARIO Y/O ACOMPAÑANTE(S)**, sus familiares o representantes tendrán dos opciones;

1. **LA COMPAÑÍA** se encargará de llevar a cabo las gestiones necesarias para el traslado del cuerpo y tomará a su cargo los gastos del envío de los restos hasta el lugar de inhumación en el lugar de residencia permanente de **EL BENEFICIARIO Y/O ACOMPAÑANTE(S)**.

2. A petición del representante del **BENEFICIARIO Y/O ACOMPAÑANTE(S)**, **LA COMPAÑÍA** se hará cargo de la inhumación en el lugar donde se haya producido el deceso **EN PAQUETE BASICO** que **LA COMPAÑÍA** tenga contratado con su red funeraria.

- u) **COORDINACIÓN PARA LA ASISTENCIA ODONTOLÓGICA POR EMERGENCIA.-** En el caso de que el **BENEFICIARIO Y/O ACOMPAÑANTE(S)** sufran problemas agudos que requieran tratamiento odontológico de urgencia, **LA COMPAÑÍA** organizará una consulta con un especialista que ayude con el tratamiento del dolor, infección y extracción de la pieza dental afectada. El costo del servicio derivado correrá por cuenta del **BENEFICIARIO Y/O ACOMPAÑANTE(S)**.

- v) **COORDINACIÓN PARA EL REEMPLAZO DE ANTEOJOS O LENTES DE CONTACTO.-** En caso de extravío o daño de los anteojos o lentes de contacto del **BENEFICIARIO Y/O ACOMPAÑANTE(S)**, **LA COMPAÑÍA** coordinará una cita con un optometrista para que tome su graduación y se proceda al reemplazo de los lentes. El costo derivado de los mismos correrá por cuenta del **BENEFICIARIO Y/O ACOMPAÑANTE(S)**.

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

- a) **INFORMACIÓN TURÍSTICA.-LA COMPAÑÍA** proporcionará telefónicamente información relacionada con:
- b) Horarios de museos en la República Mexicana.
- c) Requerimientos de vacunas y visas en otros países.
- d) Estado del tiempo en la República Mexicana.
- e) Eventos deportivos y espectáculos en algunas ciudades de México.

b) **INFORMACIÓN DE VIAJES.-** A solicitud del **BENEFICIARIO Y/O ACOMPAÑANTE(S)**, **LA COMPAÑÍA** proporcionará telefónicamente información turística como:

- | | |
|------------------------------|-----------------------------|
| 1.-Agencia de Viajes | 8.- Centros Comerciales |
| 2.-Clima | 9.- Eventos y expos. |
| 3.-Tipo de Cambio | 10.- Hoteles y Restaurantes |
| 4.-Principales Días Festivos | 11.- Museos y Galerías |
| 5.-Actividades Deportivas | 12.-Centros Nocturnos |
| 6.-Boletos | |
| 7.- Atracciones | |

c) **INFORMACIÓN DEL US STATE TRAVEL ADVISORY DEPARTMENT.-** A solicitud del **BENEFICIARIO Y/O ACOMPAÑANTE(S)**, **LA COMPAÑÍA** remitirá vía telefónica, mail o por fax al **BENEFICIARIO Y/O ACOMPAÑANTE(S)** información proporcionada por el Departamento de Estado de los EEUU, sobre alertas de viaje, anuncios públicos e información consular, durante su viaje por la República Mexicana.

d) **ENLACE CON EMBAJADAS Y CONSULADOS.-** A solicitud del **BENEFICIARIO Y/O ACOMPAÑANTE(S)**, **LA COMPAÑÍA** coordinará telefónicamente el enlace con Embajadas y Consulados en México.

e) **SERVICIO DE COMUNICACIÓN URGENTE.-** En caso de una situación de emergencia medica, a solicitud del **BENEFICIARIO** la **COMPAÑÍA** podrá mantener informado a los familiares, médico tratante o empresa en la que labore el **BENEFICIARIO Y/O ACOMPAÑANTE(S)** sobre el estado del paciente. El costo de las comunicaciones correrá por cuenta de **LA COMPAÑÍA**.

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

f) **COORDINACIÓN PARA DENUNCIAR DOCUMENTOS PERDIDOS.-** En caso de pérdida o robo de equipaje y artículos personales lícitos del **BENEFICIARIO Y/O ACOMPAÑANTE(S)**, **LA COMPAÑÍA** le asesorará para denunciar los hechos. Si los objetos fuesen recuperados, **LA COMPAÑÍA** se hará cargo del envío hasta el lugar donde se encuentre el **BENEFICIARIO Y/O ACOMPAÑANTE(S)** o hasta su residencia permanente sujetándose a los términos y condiciones de la mensajería especializada que contrate **LA**

COMPAÑÍA, los cargos adicionales (impuestos, multas, etc.) serán cubiertos por el **BENEFICIARIO Y/O ACOMPAÑANTE(S)**.

- g) **AVANCE DE FONDOS.-** En caso de accidente o enfermedad del **BENEFICIARIO Y/O ACOMPAÑANTE(S)**, **LA COMPAÑÍA** realizará, previa solicitud del **BENEFICIARIO Y/O ACOMPAÑANTE(S)**, un avance de fondos por un máximo de \$2,000 USD debiendo previamente depositarse la cantidad solicitada en las oficinas o con los representantes autorizados de **LA COMPAÑÍA**. Este servicio de ninguna manera es un préstamo de dinero, el servicio únicamente servirá para realizar una transferencia del dinero del **BENEFICIARIO Y/O ACOMPAÑANTE(S)** de una plaza a otra.
- h) **AGENCIA DE VIAJES DE EMERGENCIA.-** A solicitud del **BENEFICIARIO Y/O ACOMPAÑANTE(S)** y con cargo al mismo, **LA COMPAÑÍA** coordinará la reservación de vuelos y/o hoteles en la República Mexicana.

IV.- ASISTENCIA VEHICULAR DENTRO DE LA REPUBLICA MEXICANA.- La asistencia del vehículo asegurado consiste en:

- m) **AUXILIO VIAL BASICO.-** En caso de cambio de neumático por pinchadura, falta de gasolina o necesidad de paso de corriente del vehículo y a petición del **BENEFICIARIO**, **LA COMPAÑÍA** organizará y cubrirá el costo del envío de un prestador de servicios para solucionar las eventualidades mencionadas, de tal forma que el vehículo pueda movilizarse por sus propios medios. Los servicios se prestarán de acuerdo a lo siguiente:
- f) Servicio de abastecimiento de gasolina.- En caso de que el vehículo, por algún descuido se quedara sin gasolina, **LA COMPAÑÍA** organizará y pagará el envío de gasolina (usada en el territorio mexicano) suficiente para que el **BENEFICIARIO** llegue a la gasolinera más cercana. El costo de la gasolina correrá a cargo del propio **BENEFICIARIO**. Máximo tres eventos.
- g) Servicio de cambiar o inflar neumáticos.- En caso de que el vehículo sufriera una pinchadura de neumático o alguna de los neumáticos se encontrara tan bajo que impidiera continuar con el desplazamiento del mismo, **LA COMPAÑÍA** organizará y pagará el servicio para que se efectúe el cambio del neumático averiado por el propio de refacción, o bien, infle el neumático que se encuentre bajo. Máximo tres eventos.

- h) Servicio para pasar corriente.- En caso de que el vehículo se quedara sin energía eléctrica, impidiéndole continuar su desplazamiento, **LA COMPAÑÍA** organizará y pagará el envío de la ayuda necesaria para suministrarle corriente y permitir que continúe desplazándose por sus propios medios para llegar al taller más cercano para su reparación. **LA COMPAÑÍA** no se responsabiliza por los daños ocasionados a consecuencia de fallas en instalaciones eléctricas del vehículo asegurado. Máximo tres eventos.
- i) Servicio de cerrajero.- En caso de que por algún descuido, al **BENEFICIARIO** se le olvidaran las llaves dentro del vehículo o que se le extraviaran las llaves del vehículo asegurado, a solicitud del **BENEFICIARIO**, **LA COMPAÑÍA** organizará y pagará el envío de un cerrajero hasta el lugar donde se encuentre el vehículo asegurado para solucionar el problema. Las refacciones y duplicados de llave serán a cargo del **BENEFICIARIO**. Máximo tres eventos.

El BENEFICIARIO deberá acompañar en todo momento al prestador de servicios designado por **LA COMPAÑÍA**.

- n) **REFERENCIA DE AGENCIAS AUTOMOTRICES.**- En caso de que el **VEHÍCULO** asegurado sufriera una avería, a solicitud del **BENEFICIARIO**, **LA COMPAÑÍA** proporcionará información actualizada sobre **AGENCIAS AUTOMOTRICES** mas cercanas al lugar en donde se haya sufrido la avería.
- o) **ENVIO DE REFACCIONES.**- En caso de que el vehículo se encuentre inmovilizado por descompostura y que las piezas que se requieran para su reparación no se encuentren en la localidad, **LA COMPAÑÍA** organizará y pagará los gastos de envío de las mismas, si estas se encuentran disponibles en algún otro lado, hasta por un monto de envío de \$300 USD Dólares. El costo de las refacciones será a cargo del **BENEFICIARIO**.

LA COMPAÑÍA informará al **BENEFICIARIO** dentro de las siguientes ocho horas, de su contacto con **LA COMPAÑÍA**, sobre la disponibilidad de la pieza y si la hay o no en existencia así como del tiempo aproximado para hacerla llegar. Este evento se limita solo al interior de la Republica Mexicana.

- p) **ENVIO Y PAGO DE REMOLQUE (GRUA) .-** En caso de avería que no permita la circulación autónoma del vehículo, **LA COMPAÑÍA** gestionará y cubrirá el costo de los servicios de remolque, grúa o plataforma hasta el taller más cercano dentro de la ciudad o estado en el que haya sucedido el evento. (Monto máximo \$ 300 USD y dos eventos que no sean consecuencia de la misma avería.)

En todos los casos de remolque del vehículo es necesario que el **BENEFICIARIO** o un **ACOMPAÑANTE** estén con la grúa durante el traslado.

En caso de avería grave del vehículo asegurado **EL BENEFICIARIO** tendrá opción a los siguientes servicios:

- q) **PAGO DE HOTEL.-** En caso de robo o avería, si el vehículo no puede ser reparado y utilizado en las primeras 24 horas y no puede ser recuperado en las siguientes 24 horas de ocurrido el siniestro, LA **COMPAÑÍA** tomará a su cargo **OCHO HORAS** después de ocurrido el siniestro, por dos noches con un máximo de \$300 USD POR LAS DOS NOCHES, los gastos de hotel. Los gastos personales del hospedaje serán cubiertos por **EL BENEFICIARIO**.
- r) **RENTA DE AUTO.-** Si después de haber sido remolcado el vehículo al taller más cercano, su reparación requiriera de más de 36 horas, o en caso de robo total del vehículo, y después de levantar el acta de robo ante las autoridades, si éste no puede ser recuperado y utilizado en las primeras 36 horas de ocurrido el siniestro, LA **COMPAÑÍA** organizará y tomará a su cargo la renta de un vehículo de tipo mediano, hasta por dos días por evento, hasta un máximo de dos eventos. La renta del vehículo estará sujeta a las políticas de aceptación de la empresa arrendadora. Y siempre que haya disponibilidad del auto en la localidad en la que se haya sucedido el accidente, avería o robo del vehículo. En caso contrario, el **BENEFICIARIO** elegirá alguna de las otras dos opciones:

1. Pago de Regreso (g)
2. Pago de Hotel. (e)

Adicional a lo anterior y si la reparación del vehículo es más de 36 horas, podrá escoger uno de los siguientes servicios extras:

- s) **PAGO DE REGRESO POR AVERIA DEL VEHICULO.-** LA **COMPAÑÍA** organizará y tomara a su cargo los gastos de transporte del **BENEFICIARIO Y/O ACOMPAÑANTE(S)** al lugar de residencia permanente de la siguiente manera: Un boleto de regreso a cada acompañante en tarifa económica en el medio de transporte terrestre o aéreo disponible en el lugar del evento y un boleto viaje redondo en tarifa económica en el medio de transporte terrestre o aéreo disponible en el lugar del evento al **BENEFICIARIO** para que regrese por su vehículo.
- t) **GASTOS DE CONTINUACION DE VIAJE.-** LA **COMPAÑÍA** organizará y tomará a su cargo los gastos de continuación del viaje al lugar originalmente

previsto, siempre y cuando el monto total no sea mayor al costo de regreso al lugar de residencia permanente. La **COMPAÑÍA** proporcionara un boleto a cada acompañante en tarifa económica en el medio de transporte terrestre o aéreo disponible en el lugar del evento y un boleto viaje redondo en tarifa económica en el medio de transporte terrestre o aéreo disponible en el lugar del evento al **BENEFICIARIO** para que regrese por su vehículo.

u)

V.- DE LAS OBLIGACIONES DEL BENEFICIARIO O ACOMPAÑANTE (S).- EI BENEFICIARIO Y/O ACOMPAÑANTE (S) tendrán las siguientes obligaciones:

1. **SOLICITUD DE ASISTENCIA.-** En caso de un **EVENTO** y antes de iniciar cualquier acción, el **BENEFICIARIO Y/O ACOMPAÑANTE(S)** deben llamar al número 800 (sin costo) proporcionado o por cobrar a **LA COMPAÑÍA** facilitando los siguientes datos:
 - El lugar donde se encuentra, número de teléfono donde se puede contactar al **BENEFICIARIO Y/O ACOMPAÑANTE(S)** o su representante y todos los datos que el operador le solicite.
 - Nombre, número de **PÓLIZA** y vigencia.
 - Descripción detallada del problema que le aqueje y tipo de ayuda que requiere.
 - Abstenerse de hacer arreglos o gastos sin haber consultado a **LA COMPAÑÍA**.
2. **PRECAUCIONES O MEDIDAS DE SEGURIDAD.- EI BENEFICIARIO Y/O ACOMPAÑANTE(S)** están obligados a ejecutar todos los actos que tiendan a evitar o disminuir las situaciones de asistencia.
3. **RECLAMACIONES.-** Cualquier reclamación que resulte de un **EVENTO** y/o relativa a una situación de asistencia deberá ser presentada por escrito dentro de los 90 días naturales de la fecha en que se produzca el evento y antes de salir de la Republica Mexicana.

CLÁUSULA SEGUNDA - DE LAS EXCLUSIONES DEL SERVICIO DE ASISTENCIA

Serán causas excluyentes de los servicios de asistencia, los siguientes:

- a) LAS SITUACIONES DE ASISTENCIA OCURRIDAS DURANTE VIAJES REALIZADOS POR EL **BENEFICIARIO Y/O ACOMPAÑANTE(S)** EN CONTRA DE LA PRESCRIPCIÓN DE UN MÉDICO.

- b) CUANDO EL **BENEFICIARIO Y/O ACOMPAÑANTE(S)** NO PROPORCIONEN INFORMACIÓN VERAZ Y OPORTUNA, QUE POR SU NATURALEZA NO PERMITA ATENDER DEBIDAMENTE LA SITUACIÓN.
- c) EL **BENEFICIARIO Y/O ACOMPAÑANTE(S)** NO TENDRAN DERECHO AL REEMBOLSO DE GASTOS POR SERVICIOS SOLICITADOS SIN PREVIA AUTORIZACIÓN POR ESCRITO DE **LA COMPAÑÍA Y SIN QUE CUMPLA CON LOS REQUISITOS QUE SE MENCIONAN EN EL PRESENTE PÓLIZA.**
- d) CUANDO EL **BENEFICIARIO Y/O ACOMPAÑANTE(S)** NO ACREDITEN SU PERSONALIDAD COMO DERECHOHABIENTE DEL SERVICIO DE ASISTENCIA.
- e) CUANDO EL **BENEFICIARIO Y/O ACOMPAÑANTE(S)** INCUMPLAN CUALESQUIERA DE LAS OBLIGACIONES INDICADAS EN ESTE PÓLIZA.
- f) CUANDO CONDUCTOR DEL VEHICULO NO SE IDENTIFIQUE COMO EL **BENEFICIARIO O ACOMPAÑANTE.**
- g) CUANDO EL **BENEFICIARIO** NO SE ENCUENTRE EN EL LUGAR DE LOS HECHOS.
- h) CUANDO EL VEHÍCULO AMPARADO HAYA SIDO INTRODUCIDO ILEGALMENTE AL PAÍS.
- i) **LA COMPAÑÍA** NO SERÁ RESPONSABLE DE LOS RETRASOS O INCUMPLIMIENTOS DEBIDOS A CAUSAS DE FUERZA MAYOR O A LAS CARACTERÍSTICAS ADMINISTRATIVAS O POLÍTICAS DEL LUGAR EN QUE DEBAN PRESTARSE LOS SERVICIOS.
- j) LOS PROVEEDORES QUE PRESTAN LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA PUEDEN SER CONTRATISTAS INDEPENDIENTES, POR LO QUE, **LA COMPAÑÍA** SERÁ RESPONSABLE POR LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ACUERDO CON LO ESTIPULADO EN ESTE PÓLIZA, NO SERÁ EN NINGÚN CASO RESPONSABLE POR LAS DEFICIENCIAS EN QUE INCURRAN TALES PROVEEDORES, NO OBSTANTE QUE LOS MISMOS SEAN ELEGIDOS POR **LA COMPAÑÍA**, CUENTEN CON LA ADECUADA TITULACIÓN Y SEAN COMPETENTES SEGÚN LOS NIVELES DEL SERVICIO DEL LUGAR, MOMENTO Y CIRCUNSTANCIA EN QUE SE PRESTEN LOS SERVICIOS.
- k) NO SE CONSIDERA AVERIA PARA EL SERVICIO DE GRUA EL BLOQUEO POR ALARMA, LABORES DE MANTENIMIENTO, REVISIONES AL AUTOMOVIL, REPARACIONES MAYORES Y COMPOSTURA DE PARTES POR EL **BENEFICIARIO Y/O ACOMPAÑANTE(S)** O POR UN TERCERO. ACUMULADORES DESCARGADOS, GASOLINA, AUTOMOVIL ATASCADO EN CHARCOS Y EN ARENA.
- l) QUEDAN EXCLUIDOS LOS SERVICIOS CUANDO SEAN DERIVACIÓN DIRECTA O INDIRECTA DE:

- a. Huelgas, guerra, invasión, hostilidades (se haya declarado la guerra o no), rebelión, guerra civil, insurrección, terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radioactividad o cualquier otra causa de fuerza mayor.
- b. Autolesiones, intentos de suicidio, suicidio o participaciones del usuario y/o del vehículo amparado en actos criminales.
- c. Enfermedades psiquiátricas, psicológicas o de enajenación mental.
- d. Efectos patológicos, por el consumo de tóxicos, drogas, o fármacos menores o mayores, ya sean legales o ilegales (salvo por prescripción médica).
- e. Vehículos con modificaciones diferentes a las originales de fabricación, si éstas influyeran directamente en el accidente o la compostura.
- f. Cualquier percance intencional.
- g. Labores de mantenimiento, revisiones, reparaciones al vehículo amparado realizados directamente por el usuario o por terceros, si éstas influyeran directamente en el accidente o descompostura del vehículo amparado.
- h. No se remolcará el vehículo amparado con carga o con heridos, ni se harán maniobras si se encuentra atascado o atorado en baches o barrancos.
- i. No se dará servicio de traslado médico a mujeres embarazadas, durante los últimos noventa días antes de la fecha del parto.
- j. Todo tipo de accidentes, lesiones o enfermedades resultantes de actividades deportivas profesionales u oficiales.
- k. La fuga del usuario del lugar de los hechos.
- l. Violaciones directas al Reglamento de Tránsito Vigente y Aplicable en la entidad federativa y/o a la Ley General de Vías de Comunicación aplicable y vigente en la República Mexicana.

CLAUSULA TERCERA.- DE LOS REEMBOLSOS

EL BENEFICIARIO Y/O ACOMPAÑANTE(S) NO TENDRAN DERECHO AL REEMBOLSO DE GASTOS POR SERVICIOS SOLICITADOS SIN PREVIA AUTORIZACIÓN POR ESCRITO DE LA COMPAÑÍA Y CUMPLIENDO CON LOS SIGUIENTES REQUISITOS:

- a) El **BENEFICIARIO** debe de dar aviso de los gastos incurridos y conceptos antes de salir de territorio nacional y a más tardar **10** días naturales después de ocurrido el **EVENTO** que derivó el servicio de asistencia.
- b) Bajo ningún concepto se reembolsarán gastos de traslado médico aéreo.
- c) Para el resto de los beneficios de la asistencia médica únicamente procederá el reembolso si el Equipo Médico de la **COMPAÑÍA** tiene la información completa como lo es: el informe médico y datos del médico tratante para avalar que se cumplan los

requisitos para otorgar cada beneficio y en el caso de comprobada urgencia o en caso que se encontrara en riesgo su vida por lo que el asegurado haya tenido que recurrir a terceros para su asistencia.

d) En caso de que proceda y quede autorizado el reembolso. Únicamente se realizará el reembolso contra entrega de factura fiscal en original, sin tachaduras ni enmendaduras y emitidas en pesos mexicanos (M.N.):

A NOMBRE DE: INTEGRA Asistencia, S.A. de C.V.
DOMICILIO Avenida Insurgentes Sur #688 7° piso
Colonia. Del Valle México, D.F. 03100
RFC: IAS971216KG1

e) Es necesario enviar a dicha dirección una carta explicativa de la situación y razones por la que se solicita el reembolso y datos de la cuenta bancaria a la que se debe de realizar el depósito:

Nombre del Asegurado

Dirección del asegurado

Teléfono del asegurado

Nombre del Banco

Dirección del Banco

Sucursal del Banco

Número de cuenta

Código ABA ó Swift Code (para transferencias internacionales)

CLABE (en caso de transferencias nacionales)

Anexar copia de la carátula de la póliza y facturas originales.

f) El reembolso se realizará de acuerdo al tipo de cambio vigente en la institución bancaria en la fecha en que se genere el pago. Las comisiones e impuestos son a cargo del **BENEFICIARIO Y/O ACOMPAÑANTE(S)** receptores de la transferencia.

CLÁUSULA CUARTA - DE LA COMPETENCIA

Las partes convienen en que para en caso de controversia suscitada con motivo de la presente **PÓLIZA**, las partes renuncian a cualquier fuero o jurisdicción que les pudiere corresponder en razón de su domicilio presente o futuro, y se someten a la competencia de las leyes y autoridades de México, Distrito Federal.

CLÁUSULA QUINTA- IDIOMA

Las partes convienen que la versión oficial de esta **PÓLIZA** es en español. La versión en ingles se proporciona únicamente como cortesía.

ATMSafe Description of Coverage Protection You can Bank On

Coverage

We are providing you with ATMSafe Coverage in the event that the Insured is robbed while withdrawing funds from an ATM while covered under the policy and when traveling to, while in or when returning from Mexico. The ATMSafe Accidental Death, In-Hospital Indemnity Benefit, and ATMSafe Robbery Benefit will run concurrent with the term of your MexVisit policy commencing on your policy's effective date and terminating on your policy's expiration date.

Eligibility

Class Description

All residents of the United States or Canada with a Mexico Auto Insurance policy issued via International Insurance Group, Inc and who reside outside of Mexico at least 9 months out of the year.

Effective and Termination Dates

An Insured's coverage under this Policy begins on the Mexico auto insurance policy effective date.

An Insured's coverage under this Policy ends on the Mexico Auto Insurance policy expiration date.

Benefits and Coverage

Robbery Benefit- maximum benefit \$300

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

- a. a copy of the police report;
- b. a fully completed dated and signed (by the Insured) claim form;
- c. a copy of the ATM transaction receipt, showing the amount withdrawn, time, date and location of the ATM;
and
- d. confirmation from the financial institution records that the transaction occurred at the time, date and said location. The Robbery Benefit is limited to two benefits per Registered Card, per year.

Definitions

ATM - means an automatic electronic device designed to permit the Insured to interface with a financial institution without teller assistance using a Registered Card.

Benefit Schedule - means the Benefit Schedule section of the Master Application.

Covered Activity (ies) - means those activities set out in the Covered Activities section of the Master Application, with respect to which Insureds are provided accident insurance under this Policy.

; (2) for whom premium has been paid; and (3) while covered under this Policy.

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

Policy Exclusions

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

1. subsequent loss that arises out of the theft of a Registered Card, or from theft of captured information by any means from the ATM;
2. loss caused by an officer or employee of the financial institution;
3. any incident giving rise to a loss or potential loss involving the Insured's family members as perpetrators of the

- Robbery (for purposes of this exclusion, family members includes relatives as far removed as first cousins);
4. any costs, charges or expenses incurred by the Insured or by any financial institution, in establishing the existence of loss or potential loss provided under the Policy;
 5. cash left unattended;
 6. any loss resulting from use of a Registered Card for any reason other than the withdrawal of cash from an ATM;
 7. any loss resulting from the use of a Registered Card by anyone other than the Insured.

Claims

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

IMPORTANT NOTICE: This is only a brief description of the coverage(s) available under policy series C11695DBG. The Policy contains reductions, limitations, exclusions, and termination provisions. Full details of the coverage are contained in the Policy. If there are any conflicts between this document and the Policy, the Policy shall govern.

Underwritten by National Union Fire Insurance Company of Pittsburgh, Pa. its principal place of business in New York, NY. This is only a brief description of the coverage(s) available. Certain coverage may not be available in every state.