

MAPFRE | SEGUROS GUATEMALA, S.A. que en adelante se denominará “la Aseguradora”, con el objeto de celebrar el contrato del seguro conteniendo las siguientes condiciones:

CONDICIONES GENERALES

SEGURO DE VIAJE

CLÁUSULA PRIMERA – DEL CONTRATO

Al presente contrato de seguro le son aplicables las disposiciones de la Ley de la Actividad Aseguradora y el Código de Comercio de Guatemala relacionadas con el contrato de seguro, las que prevalecerán sobre el contenido de este contrato de seguro.

CLÁUSULA SEGUNDA – DEFINICIONES

Para los efectos de la interpretación y aplicación del presente Contrato de Seguro, se establecen las definiciones siguientes:

Accidente: Todo suceso súbito e imprevisto que derive de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado, que ponga en peligro la integridad y salud del mismo, que ocurra dentro del periodo de vigencia del Plan contratado y siempre durante el transcurso del viaje y que ocasione en el asegurado una lesión corporal.

También se consideran como accidentes la asfixia por ingestión de materias líquidas o sólidas no alimenticias y las lesiones que sean consecuencia de intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos causados por un accidente cubierto por la póliza.

Actividad criminal: Cualquier acto o hecho que realice, participe o coparticipe el asegurado y que esté fuera de la ley de acuerdo al país en el que se encuentre el asegurado.

Anexo: es el documento que se adhiere a una póliza de seguro en el que se modifican las condiciones generales y/o adicionan coberturas al plan de seguro.

Asegurado: Es aquella persona que obtiene el beneficio de la cobertura del plan contratado.

Asegurado Principal: Es el asegurado que representa a sus dependientes económicos y que ha quedado reconocido como tal en los registros de La Aseguradora.

Beneficiario: Persona o personas designadas por el asegurado para hacer efectivo el cobro de la indemnización de la póliza.

Central de Asistencia: Centro de atención al asegurado por medio del cual se coordinan todas las utilizaciones de los beneficios establecidos en el presente condicionado.

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 1501 del 2017, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.



Comercializador Masivo: Persona jurídica legalmente constituida en el país que cuente con uno o más establecimientos para realizar la venta de seguros de forma masiva y con quienes la aseguradora celebre un contrato mercantil de comercialización.

Contratante: Persona individual que celebra el contrato de seguro para sí o para terceros y es el responsable del pago de la prima.

Deducible: Cantidad o porcentaje establecido en la póliza cuyo importe ha de superarse para que se pague una reclamación. Si el importe de la reclamación es inferior al deducible, ese importe correrá por completo a cargo del Asegurado; en una pérdida que sea procedente, si es superior, La Aseguradora solo indemnizará el exceso de aquél.

Dependiente y/o Acompañante: Se referirá solamente a aquellos que cumplan con los requisitos de elegibilidad y que sean:

- a) El cónyuge legítimo, o en su defecto la persona que esté viviendo en calidad de compañero permanente del Asegurado.
- b) Los hijos solteros del Asegurado.

Duración de Viaje: Se entiende como duración de viaje desde el momento en que el asegurado sale de su lugar de residencia habitual, los días consecutivos que permanece en el viaje y hasta el momento en que regresa de su viaje al lugar de residencia habitual, siempre y cuando no haya desviaciones ni demoras o se rompa el nexo por algún acto personal. Para establecer el período de días consecutivos por cada viaje, se tomarán como base las fechas de salida y de regreso al lugar de residencia habitual del asegurado. En todos los casos el asegurado deberá acreditar fehacientemente la fecha de salida y la duración del viaje, pudiendo la Aseguradora requerir la presentación de toda la documentación que le sea necesaria para efectuar dicha acreditación. La negativa por parte del asegurado a presentar dicha documentación, libera a la Aseguradora de prestar servicio alguno.

Emergencia médica: Condición patológica de carácter súbito y repentino que requiere de una atención inmediata.

Enfermedad: Toda alteración de la salud (dolencia, padecimiento o patología) sufrida de forma súbita, que se manifiesten después del inicio del viaje, cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico legalmente reconocido durante la vigencia del plan contratado y que no esté comprendida dentro de los dos grupos siguientes:

1. **Enfermedad congénita:** es aquella que existe en el momento del nacimiento como consecuencia de factores hereditarios o afecciones adquiridas durante la gestación.
2. **Enfermedad preexistente:** es la padecida por el Asegurado con anterioridad a la fecha de contratación de la póliza, conocida o no por el Asegurado.

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 1501 del 2017, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.



Enfermedad Aguda: Proceso corto y relativamente severo de alteración del estado del cuerpo o alguno de sus órganos, que pudiere interrumpir o alterar el equilibrio de las funciones vitales, pudiendo provocar dolor, debilidad u otra manifestación extraña al comportamiento normal del mismo.

Enfermedad grave: es una alteración de la salud que implique hospitalización y que, a juicio del equipo médico de la Aseguradora imposibilite la iniciación del viaje del asegurado o su continuación en la fecha prevista o conlleve riesgo de muerte.

Fortuito: Suceso por lo común dañoso, que acontece por azar, sin poder imputar a nadie su origen.

Fuerza Mayor: hecho que impide que la voluntad de dos partes sea llevada a cabo, este siempre debe ser de carácter imprevisible y ocurrir de manera excepcional. Además debe ser ajeno a cualquiera de las dos partes que pretendan realizar un acto, se considera que se trata de fuerza mayor cuando no se puede impedir.

Grupo Familiar: Se refiere al Asegurado Principal en conjunto con sus dependientes asegurados.

Lugar de residencia habitual: localidad en la que el Asegurado reside habitualmente, que salvo indicación expresa en las condiciones particulares o especiales, deberá estar necesariamente en Guatemala, y a la que se realizarán las repatriaciones y retornos urgentes previstos en esta póliza.

Medicamentos ambulatorios: Todos los medicamentos recetados o suministrados al paciente sin hospitalización. Se requiere receta médica.

Material ortopédico: piezas anatómicas o elementos de cualquier naturaleza utilizados para prevenir o corregir las deformaciones temporales o permanentes del cuerpo (bastones, collarín cervical, silla de ruedas).

Material de osteosíntesis: piezas o elementos metálicos o de cualquier otra naturaleza empleados para la unión de los extremos de un hueso fracturado, o para soldar extremos articulares, mediante intervención quirúrgica y que sea reutilizable.

Muerte Accidental: Fallecimiento del asegurado que se produce a consecuencia directa de un accidente.

Plan Contratado: Se refiere al conjunto de coberturas y beneficios que el Asegurado ha escogido y que constan en la carátula de la póliza, identificados con los nombres: Platinum Individual, Platinum Grupo, Gold Individual, Gold Grupo, Silver Individual, Silver Grupo, Receptivo Individual, Receptivo Grupo, Student, Euroschengen, Nacional y Business Plus.

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 1501 del 2017, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.



Prótesis: todo elemento de cualquier naturaleza, que reemplaza temporal o permanentemente la ausencia de un órgano, tejido, fluido orgánico, miembro o parte de alguno de éstos. A título de ejemplo, tienen esa consideración los elementos mecánicos o biológicos tales como recambios valvulares cardíacos, sustituciones articulares, piel sintética, lentes intraoculares, los materiales biológicos (córnea), los fluidos, geles y líquidos sintéticos o semisintéticos sustitutos de humores o líquidos orgánicos, reservorios de medicamentos, sistema de oxigenoterapia ambulantes, etc.

Viaje: Se define como tal, el trayecto que comprende entre la salida del Asegurado de su país de residencia habitual, de manera temporal por motivo de placer, de negocios o de estudios hasta su regreso nuevamente a su país de residencia habitual.

Viaje receptivo: se entiende como viaje receptivo cuando una persona realizar un viaje cuyo origen es el extranjero y su destino es Guatemala.

CLÁUSULA TERCERA – COBERTURAS

Los derechos otorgados por el presente contrato podrán utilizarse las durante las 24 horas del día siempre y cuando la ocurrencia del evento objeto de cobertura se encuentre dentro del período vigencia de la póliza y el asegurado se encuentre o se haya encontrado de viaje.

COBERTURA DE VIAJE: Bajo la cobertura de Viaje se cubrirán los siguientes Beneficios:

BENEFICIO DE ASISTENCIA MÉDICA Y HOSPITALARIA: la Aseguradora prestará asistencia médica al asegurado durante el viaje, por accidente o enfermedad sobrevenida durante la vigencia del Plan contratado, encargándose de organizar y asumir los gastos que se generen de dicha asistencia. El asegurado tendrá derecho a lo siguiente:

- 1. Atención en consultorio o en domicilio temporal para atender situaciones de urgencias en caso de enfermedad aguda o en caso de accidente:** la Aseguradora asumirá los costos de honorarios médicos y medicamentos que se originen del envío de un médico de parte de la central de asistencia al domicilio temporal del asegurado o, si se requiere, la Central de Asistencia lo remitirá al consultorio más cercano.
- 2. Atención por especialistas:** la Aseguradora coordinará a través de la Central de Asistencia y su equipo médico, la atención con los especialistas cuando sea indicada por los médicos de urgencia y asumirá los costos de la atención de acuerdo a las coberturas del Plan contratado.
- 3. Gastos por hospitalización y honorarios médicos:** la Aseguradora asumirá los gastos de hospitalización y honorarios médicos en que incurra el asegurado, por causa de enfermedad o accidente súbito e imprevisto ocurrido durante el transcurso del viaje y mientras esté vigente el Plan contratado.

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 1501 del 2017, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.



El monto máximo de gastos médicos por todos los servicios detallados en el presente punto tiene un límite máximo establecido según el Plan contratado y descrito en el *cuadro de coberturas y beneficios*.

BENEFICIO DE GASTOS DE MEDICAMENTOS: En caso de enfermedad o accidente del Asegurado, la Aseguradora se hará cargo del importe de los productos farmacéuticos prescritos por el facultativo que le asiste mientras se encuentre desplazado y que están directamente relacionados con la patología objeto de la asistencia, ya sea ambulatoria o por internamiento. El monto de esta cobertura tiene un tope máximo establecido según la cobertura del Plan contratado.

BENEFICIO DE GASTOS ODONTOLÓGICOS: La Aseguradora se hará cargo de los gastos de la atención odontológica de urgencia como consecuencia de un accidente o de problemas odontológicos críticos que requiera una atención de urgencia, mientras el asegurado se encuentre de viaje. El monto de este beneficio tiene un tope máximo establecido según el Plan contratado. Este beneficio se limita sólo al tratamiento del dolor, infección y extracción de la pieza dentaria que requiera tratamiento de urgencia.

BENEFICIO DE GASTOS DE TERAPIA DE RECUPERACIÓN FÍSICA: En caso de accidente del Asegurado mientras se encuentre de viaje, la Aseguradora se hará cargo de las terapias para la recuperación física del Asegurado indicada por el médico que le haya asistido en el evento clínico que le dio origen a la lesión física. El número y valor de cada una de las sesiones deberán ser aprobadas por la Aseguradora. El monto máximo de esta cobertura tiene un tope máximo establecido según el Plan contratado.

BENEFICIO DE TRASLADO MÉDICO DE EMERGENCIA: Si durante el transcurso del viaje el Asegurado sufre un accidente o enfermedad súbita e imprevista que le ocasione una condición médica crítica y el tratamiento prestado en el lugar de hospitalización no fuere el más adecuado, según el criterio del médico tratante, la Aseguradora coordinará y pagará los gastos de transporte médico del Asegurado hasta el centro hospitalario más cercano y apropiado según la naturaleza de las heridas o de la enfermedad. La Aseguradora, a través de su equipo médico, será la que decida a qué centro sanitario se traslada al Asegurado en función de la situación o gravedad en la que éste se encuentre y cuál es el medio de transporte más idóneo. Este beneficio tendrá un límite máximo por todos los conceptos de acuerdo con el Plan contratado.

BENEFICIO DE REPATRIACIÓN DE HERIDOS O ENFERMOS: Si durante el viaje, el Asegurado sufre un accidente o una enfermedad súbita e imprevista, y una vez atendido y tratado médicamente por los profesionales de la entidad sanitaria respectiva, éstos determinan que es conveniente suspender el viaje regular y realizar una repatriación médica, la Aseguradora se encargará de organizar en coordinación con su equipo médico el traslado del Asegurado hasta la ciudad de domicilio en su país de residencia habitual. El equipo médico de la Aseguradora mantendrá los contactos telefónicos necesarios con el centro médico y con los facultativos que atienden al

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 1501 del 2017, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.



Asegurado, y decidirá de acuerdo con éstos, los medios de transporte más idóneos sujeto a las condiciones de tiempo, lugar y estado clínico del Asegurado. Esta prestación tendrá un límite máximo por todos los conceptos de acuerdo con el Plan contratado.

BENEFICIO DE GASTOS DE HOTEL POR CONVALECENCIA: La Aseguradora tomará a su cargo únicamente los gastos de alojamiento y alimentación en un hotel del Asegurado convaleciente cuando por enfermedad o accidente haya permanecido internado en un hospital y precise prolongar la estadía por prescripción del médico tratante y la misma haya sido aceptada y autorizada por el equipo médico de la Aseguradora. El monto máximo de esta cobertura y su limitación por día será determinado por el Plan contratado. Quedan excluidos de esta cobertura cualquier tipo de gastos adicionales al alojamiento tales como: Bebidas alcohólicas, servicio de lavandería, artículos de cuidado personal y entretenimiento.

BENEFICIO DE GASTOS DE DESPLAZAMIENTO DE ACOMPAÑANTE (IDA Y REGRESO): En caso de que la hospitalización del Asegurado, motivada por un accidente o enfermedad, sea superior a cinco días, la Aseguradora se hará cargo del traslado de una persona desde el lugar de residencia habitual del Asegurado, incluyendo el importe del viaje de ida y vuelta (clase económica) al lugar de hospitalización. El límite máximo de este beneficio estará determinado por el Plan contratado.

BENEFICIO DE GASTOS DE ESTANCIA DE ACOMPAÑANTE: En caso de que la hospitalización del Asegurado, motivada por un accidente o enfermedad, sea superior a cinco días, la Aseguradora se hará cargo de los gastos de hotel del acompañante desplazado y a quien se haya facilitado el transporte indicado anteriormente. El monto máximo de este beneficio será el indicado en el Plan contratado. Están excluidos de este beneficio cualquier tipo de gastos adicionales al alojamiento tales como: Bebidas alcohólicas, servicio de lavandería y otros servicios adicionales.

BENEFICIO DE REGRESO EN FECHA DIFERENTE: Cuando por la ocurrencia de un accidente o de enfermedad del Asegurado calificada por el médico tratante como grave y confirmada por los médicos de la Aseguradora, o por muerte del cónyuge, padre, madre o hijos, en el país de residencia, este deba adelantar o postergar su viaje, la Aseguradora se hará cargo del costo del ticket de regreso, hasta la ciudad de residencia, siempre y cuando el Asegurado no pueda efectuar tal regreso con el boleto aéreo original, o de la diferencia de tarifa que deba pagar por cambio de fecha. Es imprescindible que el boleto original sea de ida y regreso, de tarifa reducida por fecha fija o limitada para regreso, y que no sea posible respetar esta fecha. El Asegurado deberá aportar los justificantes o certificados del hecho que hubiera producido la interrupción del viaje: certificado de defunción cuando la causa es la muerte de un familiar, devolución del ticket o el comprobante certificado del diferencial pagado a la línea aérea. El límite máximo de esta cobertura estará determinado por el Plan contratado.

BENEFICIO DE TRASLADO DE FUNCIONARIO (IDA Y REGRESO): En caso de viaje por motivos profesionales y cuando se produzca un accidente o una enfermedad del Asegurado que obligue a

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 1501 del 2017, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.



su hospitalización y que previa confirmación del equipo médico de la Aseguradora, le impida proseguir con su agenda laboral objeto de su viaje, su empresa podrá designar otro funcionario que lo reemplace para continuar su gestión. La Aseguradora pagará el boleto aéreo de ida y vuelta en clase económica. El funcionario de reemplazo deberá adquirir un plan de seguro de viaje vigente hasta la misma fecha que el Asegurado principal o reemplazado.

BENEFICIO DE RETORNO DE MENORES: Si los menores de dieciséis (16) años que viajan con el Asegurado y por causa de un accidente o enfermedad o traslado de éste, quedan desatendidos y no pudieran continuar el viaje, la Aseguradora organizará su regreso y pagará la tarifa aérea en clase económica para su retorno al país de residencia, proporcionando una persona que los acompañe, siempre y cuando los menores no puedan efectuar tal regreso con el boleto aéreo original. Si fuese necesario continuar el viaje la Aseguradora pagará un pasaje en clase económica, más los gastos que genere dicho regreso, para que un familiar se haga cargo del menor y lo regrese al país de residencia.

BENEFICIO DE TRASLADO/REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES: La Aseguradora se hará cargo de todas las tramitaciones y gastos de transporte que demande la repatriación de restos por fallecimiento del asegurado durante la vigencia de su cobertura, de los gastos de ataúd provisorio, y gastos de funeraria necesarios para la repatriación de los restos hasta el lugar de inhumación, en el país de origen, o si fuera necesario de la cremación en el lugar del fallecimiento. Queda a exclusivo criterio de la Aseguradora la elección de los prestadores de los servicios a utilizar para el traslado de restos. Se excluye de este beneficio el pago de los gastos de inhumación, o ceremonia funeraria.

BENEFICIO DE REEMBOLSO POR VUELO DEMORADO O CANCELADO: La Aseguradora reembolsará al Asegurado, hasta los montos establecidos en el Plan contratado o su equivalente en moneda local contra presentación de comprobantes fehacientes de: gastos de comidas, refrigerios, hotelería, comunicaciones realizadas en el lapso de la demora si su vuelo de línea aérea regular es demorado por más de seis (6) horas y siempre y cuando no tenga otra alternativa de transporte dentro de las 6 horas desde la hora de partida programada por su vuelo original. Para acceder a este beneficio, se deberá comunicar desde el aeropuerto donde se encuentre con la Central de Asistencia inmediatamente después de confirmarse la demora o cancelación de su vuelo original y deberá posteriormente presentar una constancia escrita de la línea aérea de la demora o cancelación sufrida. Este beneficio queda excluido por las siguientes causas: si el Asegurado viaja con pasaje aéreo sujeto a disponibilidad de espacio o si la demora, por huelga convocada por empleados propios o de empresas subcontratadas por la compañía aérea y/o de los aeropuertos, la cancelación o negación de embarque que se produce por caso fortuito o de fuerza mayor que impida a la aerolínea cumplir su itinerario normal.

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 1501 del 2017, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.



BENEFICIO DE LOCALIZACIÓN Y ENVÍO DE EQUIPAJES Y EFECTOS PERSONALES: La Aseguradora asesorará al Asegurado para la denuncia del robo o extravío de su equipaje y efectos personales, colaborando en la gestión para su localización. En caso de recuperación de dichos bienes, la Aseguradora se encargará de su envío hasta el lugar del viaje previsto por el Asegurado o hasta su lugar de residencia habitual.

BENEFICIO DE ASISTENCIA LEGAL: La Aseguradora proporcionará el contacto de asistencia legal al Asegurado en aquellos eventos derivados de un accidente de tránsito. En todos los casos la relación contractual quedará exclusivamente establecida entre el Asegurado y el profesional designado. La Aseguradora es ajena a esta relación, no asumirá responsabilidad alguna con motivo de la designación, ya se origine en el desempeño de la labor del abogado, o en cualquier otra circunstancia.

En caso de que durante el viaje el Asegurado tenga un problema de tipo legal con motivo de imputársele responsabilidad por un accidente de automóvil que no tenga relación con actividades comerciales, ni esté relacionado con cargos de tráfico y/o posesión de drogas, armas, estupefacientes, enervantes o cualquier otra acción criminal, la Aseguradora pagará los honorarios de abogados que le asesoraran en los trámites iniciales de defensa. Este beneficio ampara tales honorarios hasta el valor indicado en el Plan elegido. De igual manera si el Asegurado requiriese asistencia legal para realizar reclamos o hacer demandas a terceros por daños u otra compensación a raíz del Accidente, la Aseguradora pondrá a su disposición un abogado que lo asesorará en la emergencia planteada. Queda establecido que corre por cuenta exclusiva del Asegurado la contratación de sus servicios profesionales así como el pago de todos los honorarios y gastos que el caso genere.

BENEFICIO DE ANTICIPO DE FIANZAS: La Aseguradora garantizará en calidad de préstamo al Asegurado, hasta la suma global contratada de acuerdo al Plan elegido, el pago de una fianza legal exigida por las autoridades para su libertad condicional, cuando el Asegurado fuera detenido imputándosele una responsabilidad en un accidente de tránsito, siempre que el mismo no se trate de cargos por tráfico y/o posesión de drogas, armas, estupefacientes, enervantes o cualquier otra acción criminal. Esta cobertura está sujeta a la verificación de dichos cargos tanto nacional como internacionalmente. Si durante el proceso el Asegurado no asiste a cualquier citación del tribunal o entidad judicial respectiva, la Aseguradora podrá exigir el reintegro inmediato del préstamo. En cualquier circunstancia, el Asegurado deberá reintegrar a la Aseguradora o a la persona natural o jurídica que este le indique, el préstamo otorgado perentoriamente dentro de los noventa (90) días calendario siguientes al desembolso realizado.

BENEFICIO DE COMPENSACIÓN DE GASTOS POR CANCELACIÓN DE VIAJE: Sí antes de iniciar el viaje, y a causa del fallecimiento u hospitalización no menor de 72 horas del Asegurado o de un familiar en primer grado de consanguinidad (padre, madre, hijos) o cónyuge viajando o no con el

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 1501 del 2017, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.



Asegurado, la Aseguradora reembolsará al Asegurado o a sus herederos legales hasta un 100% de los pagos realizados por motivo de viaje y que no sean sujetos a reintegro por el proveedor de acuerdo al valor establecido en el Plan contratado. Siempre y cuando los costos de transporte y/o alojamiento hayan sido pagados con anticipación, que el Plan haya sido adquirido simultáneamente con estos y que la cancelación del viaje sea notificada antes de las 48 horas posteriores a la ocurrencia del hecho. Se hace constar expresamente que la Aseguradora no se responsabiliza de los gastos de cancelación, cuando se produzca como consecuencia de una condición médica preexistente y/o congénita conocida o no por el causante de la cancelación. La Aseguradora se reserva el derecho de usar su propio equipo médico para la verificación de cualquier enfermedad o accidente que dé lugar a esta prestación para la calificación de su gravedad y su relación con la cancelación del viaje, así como a solicitar los documentos de soporte necesarios. Este beneficio inicia en el momento que el Asegurado haya pagado el viaje y finaliza en el momento del inicio del mismo. La Aseguradora indemnizará al Asegurado hasta por la suma establecida en la tabla de coberturas y valores asegurados, en boletos aéreos y en porción terrestre en los términos usualmente empleados en el mercado turístico, cuando el valor de los mismos no sean reembolsables por parte de la agencia de viajes u operador turístico.

BENEFICIO DE COMPENSACIÓN POR DEMORA O EXTRAVÍO DE EQUIPAJE SUPERIOR A 36 HORAS:

Si el Asegurado sufriera el extravío de su equipaje facturado durante su transporte en aerolínea comercial de un vuelo Internacional, este debe ser notificado inmediatamente antes de salir del lugar de retiro de equipajes del aeropuerto y solicitar un comprobante de notificación de pérdida del transportista (Property Irregularity Report “PIR”). Al mismo tiempo debe notificar a la Aseguradora. Si su equipaje no fuera recuperado dentro de las 36 horas siguientes a la notificación, la Aseguradora le reconocerá los gastos incurridos en la compra de artículos necesarios hasta el valor indicado en el Plan contratado, sujeto a la presentación de los comprobantes justificativos y el documento de reporte del transportista (PIR).

BENEFICIO DE INDEMNIZACIÓN COMPLEMENTARIA POR PÉRDIDA DE EQUIPAJE FACTURADO: Si el Asegurado sufriera la pérdida definitiva de su equipaje facturado durante su transporte en aerolínea comercial de un vuelo Internacional, la Aseguradora le reconocerá al Asegurado un complemento sobre la indemnización que corresponda pagar a la línea aérea, según el peso del equipaje extraviado hasta la suma que se indica en el Plan contratado. La Aseguradora efectuará la indemnización al Asegurado sólo cuando el transportista haya reconocido la pérdida y abonado la indemnización que determine. Para proceder a realizar al pago, es necesario que el Asegurado suministre el documento justificativo de la pérdida (PIR Property Irregularity Report), el comprobante de liquidación de pago por parte de la línea aérea y Fotocopia del boleto aéreo.

Para el cumplimiento de este beneficio es indispensable que se cumplan los siguientes requisitos:

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 1501 del 2017, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.



- a) Que el equipaje se haya perdido en el trayecto y durante un vuelo Internacional de una aerolínea comercial.
- b) Que el equipaje haya sido facturado, registrado y despachado por la línea aérea.
- c) Que la línea aérea haya indemnizado al Asegurado.

CLAUSULA CUARTA – BENEFICIOS ADICIONALES SIN COSTO:

A solicitud del asegurado se podrán prestar los siguientes beneficios sin costo:

INFORMES DE TRÁMITES DE VISADO, ESTADO DE TIEMPO Y VACUNAS: El asegurado podrá solicitar información acerca de los trámites de visa para cada país, estado de tiempo, información acerca de las vacunas que acostumbran a pedir como requisito para el turismo en ciertos países.

INFORMES DE TRÁMITES DE DOCUMENTOS EXTRAVIADOS EN EL EXTERIOR: Si el Asegurado sufriera la pérdida de los documentos en el exterior, la Aseguradora lo asesorará sobre los requerimientos y procedimientos necesarios para la sustitución o reposición de tales documentos.

TRANSMISIÓN DE MENSAJES URGENTES: La Aseguradora se encargará de transmitir los mensajes, urgentes o justificados del asegurado, relativos a cualquiera de los eventos cubiertos.

CONTACTO CON SU MÉDICO DE CABECERA: Si por solicitud del asegurado que habiendo sufrido un accidente o una enfermedad originada o no por una preexistencia, requiere un contacto con su médico de cabecera, la Aseguradora pondrá a su disposición el Servicio de Atención al Cliente para localizarlo y cubrirá los gastos originados para efectuar el contacto telefónico.

CLÁUSULA QUINTA – EXCLUSIONES GENERALES

Exclusiones para la cobertura de Viaje:

Con carácter general a todas las coberturas y beneficios, quedan excluidas del presente contrato las consecuencias que tuviera el asegurado por su participación directa de los hechos siguientes:

- a) Aquellos en los cuales se compruebe la existencia de actos delictivos, dolo, negligencia grave o imprudencia temeraria.
- b) Las consecuencias de las acciones del Asegurado en estado de enajenación mental o bajo tratamiento psiquiátrico.
- c) Los fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario tales como: inundaciones, terremotos, desprendimientos, corrimientos de tierra, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas atípicas, caídas de cuerpos siderales y aerolitos, y en general cualquier fenómeno atmosférico, meteorológico, sísmico o geológico de carácter extraordinario.
- d) Hechos derivados de terrorismo motín o tumulto popular.

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 1501 del 2017, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.



- e) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas del Orden Público o Cuerpos de Seguridad.
- f) Las guerras, con o sin declaración previa, y cualesquiera conflictos o intervenciones internacionales con uso de la fuerza o coacción.
- g) Los derivados de la energía nuclear radiactiva.
- h) Los que se produzcan con ocasión de la participación en apuestas, desafíos o riñas.
- i) Los que se produzcan con ocasión de la participación en competiciones, prácticas deportivas, y pruebas preparatorias o entrenamientos.
- j) La práctica de los siguientes deportes: automovilismo y motociclismo en cualquiera de sus modalidades, caza mayor, submarinismo con uso de pulmón artificial, navegación en aguas internacionales en embarcaciones no destinadas al transporte público de pasajeros, hípica, escalada, espeleología, boxeo, lucha en cualquiera de sus modalidades, artes marciales, paracaidismo, aerostación, vuelo libre, vuelo sin motor y, en general, cualquier deporte o actividad recreativa de carácter notoriamente peligroso.
- k) La participación en competiciones o torneos organizados por federaciones deportivas u organismos similares.
- l) La práctica del esquí y/o deportes afines, salvo que se haya pactado expresamente su cobertura.
- m) La utilización, como pasajero o tripulante, de medios de navegación aérea no autorizados para el transporte público de viajeros, así como de helicópteros.

Además de las anteriores exclusiones, no son objeto de la cobertura de Viaje de este seguro las prestaciones siguientes:

- n) Los Servicios que el Asegurado haya concertado por su cuenta sin el previo consentimiento de la Aseguradora salvo caso de fuerza mayor o urgente necesidad siempre que lo reporte a la Central de Asistencia dentro de las 24 horas de ocurrido el siniestro.
- o) Los Gastos de asistencia médica y hospitalaria dentro del territorio de Guatemala aun cuando la asistencia se haya originado en el extranjero durante la vigencia del Plan contratado. La presente exclusión no aplica para el plan Receptivo.
- p) La Muerte producida por suicidio, lesiones y secuelas que se ocasionen en su tentativa.
- q) La Muerte o lesiones originadas directa o indirectamente por hechos punibles o acciones dolosas del Asegurado.
- r) Los gastos, que no sean a consecuencia de un accidente, ocurridos durante un viaje iniciado dándose cualquiera de las siguientes circunstancias:
 - 1. Antes de la entrada en vigor de este seguro.
 - 2. Con la intención de recibir tratamiento médico por enfermedad preexistente.
 - 3. Con posterioridad al diagnóstico de una enfermedad terminal.

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 1501 del 2017, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.



4. Sin autorización médica previa, habiendo estado el Asegurado bajo tratamiento o control médico dentro de los doce meses previos al inicio del viaje.
- s) Las derivadas de la renuncia o retraso, por parte del Asegurado o personas responsables por él, del traslado propuesto por la Aseguradora y acordado por su servicio médico.
- t) Las relativas a equipajes que no vayan suficientemente embalados o identificados, así como equipajes frágiles o productos perecederos.
- u) Los gastos producidos una vez que el Asegurado se encuentre en su lugar de residencia habitual.

Exclusiones médicas y hospitalarias:

Quedan expresamente excluidos del Beneficio de gastos médicos y gastos por accidentes, los siguientes eventos:

1. Las agudizaciones de enfermedades preexistentes, congénitas y/o recurrentes, conocidas o no por el Asegurado, así como también sus consecuencias y agudizaciones. Las mismas serán determinadas por el departamento médico de la Aseguradora. Queda a criterio de la Aseguradora asumir o no la primera consulta a fin de determinar o desestimar la preexistencia.
2. La asistencia por enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión voluntaria del alcohol, drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos adquiridos sin prescripción médica.
3. Afecciones, lesiones y sus consecuencias o complicaciones producto de tratamientos y atenciones no brindadas por profesionales no pertenecientes al equipo médico de la Aseguradora.
4. Los estados de embarazo, parto, complicación del mismo o interrupción voluntaria del embarazo, tanto si el embarazo ha tenido lugar durante el viaje como si era anterior al inicio del mismo.
5. Toda implantación, reposición y/o reparación de prótesis de cualquier tipo, artículos de ortopedia, audífonos, gafas, lentes de contactos.
6. Los trasplantes de cualquier tipo de órganos o tejidos.
7. Las enfermedades mentales, trastornos psiquiátricos, depresiones o por cualquier tipo de enfermedad mental o nerviosa.
8. Asistencia médica –hospitalaria si el gasto médico se lleva a cabo en contra de la opinión de un médico.
9. Los chequeos o exámenes médicos de rutina.
10. Tratamientos cosméticos, cirugía estética o reconstructiva o tratamientos de disminución de peso.
11. Tratamientos de rehabilitación o terapia de recuperación física que no sea causado por un accidente durante el viaje, y que no sea lo establecido en la cobertura del Plan contratado.

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 1501 del 2017, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.



12. Todo tipo de enfermedades endémicas y/o epidémicas, así también como SIDA y VIH.
13. Hipertensión arterial y todas sus consecuencias y derivaciones, así como los controles de tensión arterial.
14. Enfermedades infecciosas, tales como la del sueño, malaria, paludismo, fiebre amarilla y, en general, enfermedades de cualquier naturaleza, desvanecimientos, síncope, ataques de apoplejía, epilepsia o epileptiformes.
15. Lesiones derivadas de acciones intencionales, tanto en agresiones como contra sí mismo, así como incitación a terceros a cometerlas en perjuicio del Asegurado.
16. Las lesiones derivadas de la práctica de deportes de alto riesgo.
17. Las lesiones producidas por la participación directa o indirecta en manifestaciones y/o protestas.
18. Lesiones que sean consecuencia de intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos ocasionados por un accidente no cubierto por la póliza.

CLÁUSULA SEXTA – PAGO DE PRIMA Y PERIODO DE GRACIA

El Asegurado Principal es responsable del pago puntual de la prima. La prima es pagadera en la fecha de inicio de vigencia de la Póliza o en cualquier otra fecha de pago que haya sido autorizada por la Aseguradora. El Comercializador Masivo podrá cobrar la prima concepto de seguro. El Asegurado Principal es responsable del pago sin necesidad de requerimiento previo por parte de la Aseguradora o del comercializador masivo.

Si el pago de la prima no es recibido en la fecha de pago, la Aseguradora concederá un *período de gracia* de treinta (30) días calendario contados a partir del día siguiente a la fecha en que debió efectuarse el pago. Si la prima no es recibida por la Aseguradora o por el comercializador masivo antes de que termine el período de gracia, esta póliza y todos sus beneficios se considerarán terminados en la fecha original del vencimiento de la prima. En este último caso, ningún beneficio será proporcionado durante el período de gracia.

CLÁUSULA SÉPTIMA – BENEFICIARIO

En virtud del presente contrato queda entendido y convenido, que el Asegurado Principal puede nombrar uno o más beneficiarios para la Cobertura de Muerte Accidental, y tiene derecho a modificarlos las veces que desee, sin necesidad del consentimiento de los mismos.

La indemnización por las pérdidas amparadas en las coberturas de Viaje cubierta por la presente póliza, serán pagaderas al Asegurado Contratante de la póliza.

CLÁUSULA OCTAVA – VIGENCIA DE LA PÓLIZA

El presente contrato tiene vigencia a partir del momento en que el asegurado sale de su país de residencia habitual del día de inicio de vigencia indicado y hasta el momento en que el asegurado

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 1501 del 2017, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.



regrese a su país de residencia habitual del día de fin de vigencia indicado, dicha vigencia corresponderá a las fechas que se indiquen en el plan contratado.

Para las pólizas contratadas bajo el plan Receptivo, el contrato tendrá vigencia a partir del momento en que el asegurado ingrese a territorio guatemalteco del día indicado de inicio de vigencia, hasta el momento en que el asegurado salga del territorio guatemalteco del día indicado de fin de vigencia, dicha vigencia corresponderá a las fechas que se indiquen en el plan contratado.

Planes con Vigencia extendidas:

Planes con vigencia anual: La vigencia de un año será a partir de la hora 00:00 del día en el que se realice la activación y cubrirá todos los viajes al extranjero que el Asegurado realice durante este periodo, no pudiendo permanecer por más de noventa (90) días continuos fuera del país por cada viaje dependiendo del plan contratado.

Dentro del año de vigencia no están amparados los periodos en los que el Asegurado permanezca en territorio guatemalteco.

Vigencia Plan Student: La vigencia regirá a partir de la hora 00:00 del día en el que se realice la activación, y se extenderá hasta los días adquiridos y pagados según la tarifa establecida y hasta un máximo de 365 días consecutivos por viajes. Los límites indicados en cada plan son aplicables por el periodo total de la vigencia del plan adquirido mientras se encuentre fuera de su país de residencia habitual y no por número de eventos.



CLÁUSULA NOVENA – OBLIGACIONES DEL ASEGURADO AL MOMENTO DE UN SINIESTRO

En caso de surgir un evento cubierto por el presente contrato, el Asegurado deberá solicitar siempre la Asistencia vía telefónica a la Central de Asistencia, a cualquiera de los números indicados en la carátula y constancia de Seguro de la póliza, debiendo indicar el nombre del Asegurado, lugar donde se encuentra, número de teléfono y tipo de asistencia que precisa.

Las llamadas telefónicas podrán ser de cobro revertido, y en los lugares en que no fuere posible hacerlo así, el Asegurado podrá recuperar a su regreso el importe de las llamadas realizadas para este fin, contra la presentación de los recibos correspondientes.

En cualquier caso, no podrán ser atendidos los reembolsos de asistencias prestadas por servicios ajenos a la Aseguradora.

CLÁUSULA DÉCIMA – PAGO DE RECLAMO

El Asegurado deberá tener en cuenta las siguientes circunstancias al hacer uso de su derecho de indemnización:

1. Las indemnizaciones fijadas en las coberturas serán en todo caso complementarias a los contratos o pólizas que pudiere tener el asegurado cubriendo el mismo riesgo.

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 1501 del 2017, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

2. Los reembolsos por parte de la empresa transportadora comercial correspondientes a pasaje no consumido, pero reconocido por la Aseguradora bajo el beneficio de transporte o repatriación, deberá reintegrarse a La Aseguradora.
3. Así mismo respecto a los gastos de desplazamiento de las personas aseguradas, La Aseguradora solo se hará cargo de los gastos adicionales que exija el evento, en los que excedan los previstos inicialmente por los Asegurados.
4. Las prestaciones de carácter médico y de transporte sanitario deben efectuarse previo acuerdo del médico que atiende al Asegurado con el equipo médico de La Aseguradora.
5. El Asegurado se guardará el deber de reclamar aquellas prestaciones a las que tenga derecho, de acuerdo con el Régimen General de la Seguridad Social o en su caso de cualquier régimen especial de esta u organismos o regímenes sustitutivos, quedando obligado a reintegrar a La Aseguradora aquellos importes a los que haya tenido derecho bajo esta cobertura.
6. Las prestaciones, servicios, asistencias, derechos y responsabilidades derivadas del presente contrato, se limitan exclusivamente al tiempo para el cual han sido contratadas. No obstante en caso de ocurrencia de un accidente o enfermedad, dentro de la vigencia del contrato cuya recuperación hospitalaria se extienda más allá de la misma, La Aseguradora reconocerá únicamente los gastos de hospitalización y alimentación en los que incurra el Asegurado, hasta un máximo de cinco (5) días posteriores al vencimiento de la vigencia contratada.
7. Los beneficios de Gastos de hotel por convalecencia, gastos de estancia de acompañante, regreso en fecha diferente, reembolso por vuelo demorado o cancelado, compensación de gastos por cancelación de viaje, compensación por demora o extravío de equipaje y el de indemnización complementaria por pérdida de equipaje facturado, se pagarán por medio de reembolso en las oficinas de la Aseguradora o en las oficinas del comercializador masivo previo autorización de la Aseguradora, todos los demás beneficios se pagarán por pago directo por medio de la Aseguradora donde el Asegurado no tendrá que realizar ningún pago adicional.
8. Todo reclamo deberá ser coordinado a través de la Central de Asistencia, la cual dará las indicaciones y coordinará lo necesario para la atención del asegurado.
9. No habrá reembolso de gastos realizados con proveedores fuera de la red de atención que se coordine por medio de la central de asistencia.



CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA – TERMINACIÓN ANTICIPADA

Este contrato podrá darse por terminado anticipadamente mediante notificación por escrito con quince días calendario de antelación a la fecha en que se pretenda cesar sus efectos. La Póliza terminará a las doce horas meridiano (medio día) del día señalado.

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 1501 del 2017, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

Cuando el Asegurado lo dé por terminado, la Aseguradora tendrá derecho a la parte de la prima que corresponda al tiempo durante el cual el seguro hubiere estado en vigor devolviendo al asegurado la prima no devengada de la póliza surtiendo efecto la terminación en la fecha que sea presentada la notificación por parte del asegurado.

Cuando la Aseguradora lo de por terminado, lo hará mediante notificación fehaciente al Asegurado surtiendo efecto la terminación del seguro después de 15 días de practicada la notificación.

La Aseguradora realizará la devolución de la prima no devengada de la póliza que se encuentre vigente a la fecha de terminación, siempre y cuando no haya tenido ni un solo siniestro, surtiendo efecto la terminación del seguro después de 15 días de practicada la notificación.

La Aseguradora podrá cancelar la póliza sin devolución de prima, una vez realizada indemnización al Asegurado derivada de la activación de alguna cobertura o beneficio de su póliza de Seguro.

CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA – RENOVACIÓN

La vigencia es exclusivamente por el período contratado en el plan elegido por el asegurado y no existirá la renovación de la póliza.

CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA – PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este contrato prescribirán en dos (2) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en los artículos 917 y 918 del mismo cuerpo legal.

CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA – PROCEDIMIENTO PARA LA RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Las controversias entre las partes que surjan a consecuencia de reclamaciones o de la interpretación de las cláusulas del presente contrato, deberán ser resueltas por ambas partes a través del proceso de conciliación. Si no se llega a un acuerdo, la controversia será dirimida en los Tribunales de la Ciudad de Guatemala, República de Guatemala, renunciando las partes al fuero de sus domicilios.

CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA – NOTIFICACIONES

Toda notificación entre la Aseguradora o el comercializador masivo y el asegurado deberá hacerse por escrito a los últimos domicilios registrados en la póliza, y es obligación de las partes notificar cualquier cambio de domicilio durante la vigencia de la misma.

CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA – LÍMITES DE EDAD Y EDAD INEXACTA

El asegurado no debe ser menor de un (1) año de edad, ni mayor de setenta (70) años de edad, al momento de solicitar el seguro.

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 1501 del 2017, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.



Los dependientes elegibles son el (la) Cónyuge o el (la) Conviviente del Asegurado Principal y los hijos a partir del primer año de edad. En todos estos casos, el vínculo se demostrará aportando a la solicitud los documentos de identificación respectivos.

A partir de los dieciocho (18) años de edad, es requisito que los hijos dependientes sean estudiantes a tiempo completo en un centro educativo acreditado en el momento en que la póliza es emitida y que dependen económicamente del Asegurado Principal, pueden ser Asegurados Dependientes hasta cumplir los veinticuatro (24) años de edad.

La Aseguradora se reserva el derecho de solicitar una certificación o constancia de estudios por escrito por parte de la universidad o institución donde asiste el hijo (a) dependiente, según sea el caso.

En el caso de declaración inexacta en la edad del Asegurado Principal y/o cualquier dependiente, la Aseguradora sólo podrá dar por terminado el Contrato, si la edad real estuviere fuera de los límites de admisión fijados por la Aseguradora.

Si la edad real del Asegurado estuviere dentro de los límites de admisión fijados por la Aseguradora únicamente se procederá a registrar la corrección en los registros de la Aseguradora.

Si la edad del Asegurado estuviera fuera de los límites de elegibilidad de la Aseguradora se procederá a la devolución de la prima no devengada.

Para los cálculos mencionados en este artículo se aplicarán las tarifas que hubieran estado en vigor al tiempo de la celebración del Contrato.



CLÁUSULA DÉCIMO SÉPTIMA – OTROS SEGUROS

Si al momento de la reclamación del beneficio por emergencia médica otorgado en la presente póliza estuviera amparada total o parcialmente por otros seguros, en esta u otras aseguradoras o instituciones, el asegurado no podrá recibir más del cien por ciento (100%) de los gastos reales incurridos, sea por un seguro o por la suma de varios.

Es obligación del Contratante y/o Asegurado informar a la Aseguradora de otros seguros que tengan la misma índole.

CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA - SUBROGACIÓN

La Aseguradora, una vez efectuadas las prestaciones, podrá ejercitar los derechos y acciones que por razón del siniestro correspondieran al Asegurado frente a las personas responsables del mismo, hasta el límite de aquellas, y sin que tal derecho pueda ejercitarse en perjuicio del Asegurado. El Asegurado será responsable de los perjuicios que, con sus actos u omisiones, pueda causar a la Aseguradora en su derecho a subrogarse.

La Aseguradora no tendrá derecho a la subrogación contra ninguna de las personas cuyos actos y omisiones den origen a responsabilidad del Asegurado, de acuerdo con la ley, ni contra el

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 1501 del 2017, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

causante del siniestro que sea, respecto del Asegurado, pariente en línea directa o colateral dentro del tercer grado civil de consanguinidad, padre adoptante e hijo adoptivo que convivan con el Asegurado. Esta norma no tendrá efecto si la responsabilidad proviene de dolo.

CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA - LUGAR Y PAGO DE INDEMNIZACIÓN

Para los casos de reembolso, la Aseguradora hará el pago de la indemnización en sus oficinas o a través del comercializador masivo en el curso de los diez (10) días calendario siguientes a la fecha en que haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

CLÁUSULA VIGÉSIMA - DISPOSICIONES LEGALES

La presente póliza es ley entre las partes. En las materias y puntos no previstos y resueltos en este contrato tendrán aplicación las disposiciones contenidas en las leyes de la República de Guatemala.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMERA – LÍMITE TERRITORIAL

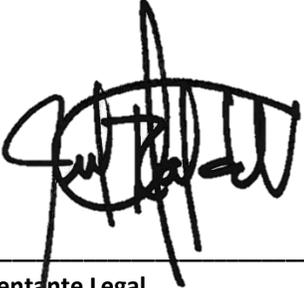
Las coberturas referidas se extenderán a cualquier país del mundo, siempre que la permanencia del asegurado en el extranjero, por motivo del viaje, no sea superior al período de días contratado.

CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA – MONEDA

Todos los pagos realizados por el Asegurado Principal y la Aseguradora, deben ser ejecutados en la moneda estipulada en la Carátula de la Póliza.

CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCERA – REHABILITACIÓN

Si la póliza ha sido cancelada o anulada, no aplicará la rehabilitación.

f) 
Representante Legal
MAPFRE Seguros Guatemala, S. A.

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 1501 del 2017, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

