

# SEGURO DE ASISTENCIA AL VIAJERO



## SOLICITUD DE SEGUROS & DECLARACION JURADA DE SALUD

### I. Nuestros servicios

- Atención 24/7 en Central de Operaciones
- Activación de servicios de asistencia vía telefónica por cobro revertido o números telefónicos sin costo según país de destino, WhatsApp directo o correo electrónico.
- Producto de pago mensual: Cobertura activa (90 días corridos por viaje, viajes ilimitados en el año) de manera automática sin necesidad de activarlo por viaje
- Producto por viaje: Cobertura por viaje a tarifas netas
- Gerente de cuenta responsable para seguimiento y soporte
- Línea de atención exclusiva al asegurado en Paraguay
- Reintegros procesados desde oficina de Paraguay de manera directa con el beneficiario sin intervención de terceros.

### II. Producto de pago único, por viaje, por persona, por día

COBERTURA	BRONZE	GOLD	TITANIUM
Ámbito de cobertura	Latinoamérica	Mundial	Mundial
Límite de edad	85 años	90 años	85 años
Asistencia médica por accidente o enfermedad no preexistente	US\$ 15.000	US\$ 60.000	US\$ 150.000
Cobertura Integral Covid-19	Incluido	Incluido	Incluido
Telemedicina	Hasta 2 consultas	Hasta 2 consultas	Hasta 2 consultas
Odontología de urgencia	US\$ 200	US\$ 500	US\$ 750
Medicamentos recetados	US\$ 500	US\$ 1.000	US\$ 2.000
Traslado y repatriación sanitaria	Incluido	Incluido	Incluido
Repatriación funeraria	Incluido	Incluido	Incluido
Gastos de hotel acompañante	US\$ 200	US\$ 500	US\$ 750
Gastos de hotel por convalecencia / reposo forzoso	US\$ 200	US\$ 500	US\$ 2.000
Traslado de un familiar en caso de hospitalización	TKT Aéreo	TKT Aéreo	TKT Aéreo
Acompañamiento de menores	Incluido	Incluido	Incluido
Indemnización por extravío de equipaje en línea aérea regular	US\$ 250	US\$ 850	US\$ 1.200
Regreso anticipado por enfermedad, accidente y/o fallecimiento de un familiar	Incluido	Incluido	Incluido
Transferencia de fondos y fianza penal	US\$ 2.000	US\$ 5.000	US\$ 7.500
Asistencia legal por accidente de tránsito	US\$ 500	US\$ 1.000	US\$ 2.000
Transmisión de mensajes urgentes	Incluido	Incluido	Incluido
Primera atención médica en caso de enfermedad crónica o preexistente	US\$ 200	US\$ 500	US\$ 1.000
Prótesis y ortésis	US\$ 1.000	US\$ 3.000	US\$ 4.000
Asistencia para embarazadas hasta 32 semanas	Incluido	Incluido	Incluido
Indemnización por rotura de equipaje	US\$ 50	US\$ 100	US\$ 150
Gastos por vuelo demorado, cancelado, demora en la devolución del equipaje	No aplica	US\$ 200	US\$ 400
Servicio de concierge	Incluido	Incluido	Incluido
Deportes amateurs	No aplica	Incluido	Incluido
Seguro por muerte accidental en medio de transporte público	US\$ 100.000	US\$ 100.000	US\$ 150.000
Cobertura en cruceros	No aplica	Incluido	Incluido
Gastos de cancelación de viajes	US\$ 300	US\$ 700	US\$ 1.000

# SEGURO DE ASISTENCIA AL VIAJERO



COBERTURAS	DE 18 A 74 AÑOS	DE 75 A 90 AÑOS
SEGURO DE ASISTENCIA AL VIAJERO (INCLUYENDO COVID-19)	COSTO CONTADO	COSTO CONTADO
Bronze - por viaje, por persona, por día	US\$ 5,00	US\$ 10
Gold - por viaje, por persona, por día	US\$ 7,60	US\$ 15,20
Titanium - por viaje, por persona, por día	US\$ 11,00	US\$ 22,00

### III. Datos del Asegurado

APELLIDO Y NOMBRE: \_\_\_\_\_

PROFESIÓN / OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_

DOC. DE IDENTIDAD N°: \_\_\_\_\_ FECHA DE NAC: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ TELEFONO CELULAR: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ EMAIL: \_\_\_\_\_

LUGAR DE TRABAJO: \_\_\_\_\_ CARGO: \_\_\_\_\_

RUC DE LA EMPRESA: \_\_\_\_\_ ACTIV. DE LA EMPRESA: \_\_\_\_\_

DIRECCION COMERCIAL: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_ CONTACTO: \_\_\_\_\_

### IV. Beneficiarios

NOMBRE Y APELLIDO: \_\_\_\_\_ CI: \_\_\_\_\_ % DE INDEMNIZACIÓN \_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDO: \_\_\_\_\_ CI: \_\_\_\_\_ % DE INDEMNIZACIÓN \_\_\_\_\_

Autorizo a EUROP ASSISTANCE ARGENTINA S.A. a emitir a mi nombre o a la persona jurídica que represento/amos pólizas, endosos u otros documentos relacionados con la póliza utilizando firma facsimilar o firma digital, según corresponda a mi elección de la modalidad de la póliza. - Autorizo (amos) en forma expresa e irrevocable, otorgando suficiente mandato de conformidad a los términos del Art. 917 inc. a) del Código Civil, para que por propia cuenta o a través de la Superintendencia de Seguros, puedan recabar y/o proveer mi (nuestra) información en plaza. Además, me/nos comprometo (emos) a proveer las documentaciones solicitadas por la Compañía con relación a la apertura de expediente de identificación al cliente, al inicio o en cualquier momento de la relación comercial, y a las documentaciones que se deberán presentar para pagos por daños patrimoniales en virtud de la Póliza y/o de cualquier cesión de derechos o cambio de beneficiarios y/o anulación, de conformidad a la Resolución SEPRELAD 071/2019.-Convengo que esta propuesta una vez aceptada por la Compañía, pase a formar parte del contrato. Asumo la responsabilidad de pagar todos los importes originados por la emisión de la póliza, impuestos, recargos y demás gastos detallados en la liquidación, así como el importe de la prima hasta el día de su anulación o cancelación, -Autorizo otorgando suficiente mandato en los términos del Art. 917 Inc. a) del Código Civil, para en caso de un atraso superior a los 90 días en el pago de la prima incluyan mi nombre personal o Razón Social que represento, en Informconf. Una vez cancelada la deuda en capital, gastos e intereses, la eliminación de dicho Registro se realizará de acuerdo a lo dispuesto en las leyes vigentes.-Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el tomador si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza (Art. 1556º del Código Civil Paraguayo). –

# SEGURO DE ASISTENCIA AL VIAJERO



## DECLARACIÓN DE ORIGINES DE FONDOS

Declaro (amos) bajo Fe de juramento; que los fondos utilizados para la adquisición del bien objeto del presente, y el pago de la prima única y/o fraccionada, fueron originados con actividades lícitas, en virtud a la Ley 1015/97 "Que previene y reprime los actos ilícitos destinados a la Legitimación de Dinero o Bienes" sus modificaciones y reglamentos. Que los datos personales contenidos en el presente, corresponden a la verdad y me comprometo a notificar sobre los cambios que hubieren.

## PERSONA EXPUESTA POLITICAMENTE

¿Usted se desempeña o ha desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o en territorio nacional, como ser: jefe de estado o de gobierno; gobernador; intendente; concejal; líder político; funcionario público, judicial o militar de alta jerarquía; alto ejecutivo de empresas estatales o funcionario o miembro importante de partido político?

DETALLE DEL CARGO: \_\_\_\_\_

SI	NO
----	----

## V. ENVIO DE POLIZA

Deseo optar la contratación del seguro a través de:

Póliza  
Convencional

Póliza  
Digital

En caso de elegir la opción de envío por correo electrónico, la póliza será enviada de forma digital a la dirección de correo indicada por el asegurado según las siguientes instrucciones:

- Recibirá un correo electrónico informándole de la emisión de su nueva póliza.
- Recibirá un link de acceso para su descarga.
- Una vez que acceda al link, usted tendrá disponible todos los documentos de la póliza y la factura crédito en formato PDF, donde podrá visualizar, descargar o imprimir. Esta conexión quedara registrada con la fecha y hora de su acceso para su seguridad.
- **MUY IMPORTANTE:** cuando el texto de la póliza difiere del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el "ASEGURADO O TOMADOR" si no reclama dentro un mes de haber recibido la póliza (Artículo 1556 del Código Civil).

FECHA:...../...../.....

..... FIRMA DEL ASEGURADO

..... ACLARACION DE FIRMA

# SEGURO DE ASISTENCIA AL VIAJERO



## VI. DECLARACIÓN DE SALUD SIMPLIFICADA

Profesión (actividad exacta):..... Deportes:.....

Talla/Peso:.....

1. ¿Se le ha diagnosticado o tratado por enfermedad cardíaca o de las arterias coronarias, apoplejía, cáncer, diabetes, hepatitis, cirrosis, enfisema, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), infección VIH o SIDA, etc.? .....**Si** .....**No** Ampliar Respuesta:.....
2. Consumo de alcohol, tabaco o drogas? Indicar tipo o cantidad diaria .....**Si** .....**No** Ampliar Respuesta:.....
3. ¿Está o ha estado sometido a algún tratamiento médico, psiquiátrico o de rehabilitación? .....**Si** .....**No** Ampliar Respuesta:.....
4. ¿Está a la espera de realizarse algún tipo de prueba o investigación médica o de recibir los resultados? .....**Si** .....**No** Ampliar Respuesta:.....
5. ¿Se encuentra actualmente en situación de incapacidad o ha iniciado algún trámite para su obtención? .....**Si** .....**No** Ampliar Respuesta:.....
6. ¿Tiene alguna póliza en vigor o en proceso de tramitación? .....**Si** .....**No** Ampliar Respuesta:.....
7. ¿Ha contraído Usted el Covid-19 (SARS-CoV-2) o se encuentra en aislamiento por sospecha de contagio con el Covid-19 (SARS-CoV-2)? .....**Si** .....**No** Ampliar Respuesta:.....
8. ¿Ha experimentado en los últimos 14 días de manera repentina fiebre acompañada de alguno de los siguientes síntomas: tos, dificultades respiratorias, fatiga, debilidad/malestar, producción de esputo/expectoración (flemas), dolor de garganta, falta de apetito, dolores musculares? .....**Si** .....**No** Ampliar Respuesta:.....

Declaro que las respuestas son verdaderas y como tales reconozco aun cuando no estuviera escrita de mi puño y letra. Toda declaración falsa o reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurado aún hechas de buena fe, hacen nulo el seguro. Cuando el texto de la póliza difiere del contenido de la propuesta, la diferencia se considerará aprobada por el Tomador si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza (Art. 1556 C.C.)

### Teléfonos de Emergencia

En forma directa por Cobro Revertido, desde cualquier parte del mundo al (+ 54 11) 4814-9051. Alemania 0800-182-5971 - Brasil 0800-892-3011 - Chile 18-8800-801-025 - Colombia 01800-954- 7074 - Costa Rica 0800-054- 2051 - EE.UU 1855-272-3511 - España 900-995-402 - Francia 0800- 913-276 - Israel 180-945-2074 - Italia 0800-875-396 - México 01800-123- 8729 - Nueva Zelanda 0800-451-860 - Perú 0800-54902 - Reino Unido 0808-1012-179 - República Dominicana 1-800- 751-3464 - Sudáfrica 0800-984-141 - Venezuela 0800-100-5604 - WhatsApp 54 9 11 3314-2044.