

TÉRMINOS Y CONDICIONES GENERALES PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS DEL PROGRAMA ASISTENCIA 60+ DE SMART ASSISTANCE SERVICES

1. INTRODUCCION

a) **SMART ASSISTANCE SERVICES** con su programa **ASISTENCIA 60+** le provee asistencia médica, asistencia legal y servicios de referencias y coordinación ante cualquier situación de emergencia las 24 horas del día, los 365 días del año.

b) Por solicitud del **CLIENTE**, mediante el Centro de Atención de Servicio de **SMART ASSISTANCE SERVICES, INC** dispondrá de todos aquellos recursos necesarios para la inmediata atención de cualquier **EMERGENCIA** o solicitud de referencias, sujetándose para ello el presente documento.

c) El presente documento contiene los términos y condiciones del programa de prestación de servicios suscrito entre **SMART ASSISTANCE SERVICES, INC** y el **CLIENTE**.

d) La dirección física y postal de la oficina principal de **SMART ASSISTANCE SERVICES, INC** es: Metro Office Park, 8 Calle 1, Suite 306, Guaynabo PR 00968.

e) **FECHA DE INICIO**: El programa entrará en vigor a partir de 30 días calendario de haber sido suscrito; desde ese momento de vigencia el **CLIENTE** podrá utilizar los **SERVICIOS** de asistencia que se describen a continuación.

f) Salvo que se excedan los límites específicamente establecidos a continuación, el **CLIENTE** no tendrá que pagar suma alguna en adición a la especificada en el documento.

2. GLOSARIO DE TÉRMINOS

2.1 DEFINICIONES

Siempre que se utilicen letras mayúsculas en las presentes condiciones generales, los términos definidos a continuación tendrán el significado que aquí se les atribuye. En este documento los términos "usted" y "su" se refieren al **CLIENTE** que aparece en las Declaraciones. "Nosotros", "nos" y "nuestro" se refieren al **PROVEEDOR** que proporciona este programa de servicio. A continúan se detallan las definiciones que corresponden a los términos utilizados en el presente documento.

a) **SAS**: SMART ASSISTANCE SERVICES, INC.

b) **AGENTE**: Significa una persona, entidad o corporación que actúa como representante de **SAS** en la solicitud de este programa. El nombre del **AGENTE** es: _____.

c) **CLIENTE**: Es la persona física usuaria o persona natural mayor de 60 años que se ha suscrito al programa **ASISTENCIA**

60+, se encuentre en vigor, ha cumplido con todos los requisitos y ha pagado el precio correspondiente del presente programa, según se dispone en el presente documento. En caso de que el documento haya sido celebrado por una persona jurídica, se considerará como la persona física designada por dicha persona como el usuario del programa o **CLIENTE**.

d) **TITULAR**: significará el **CLIENTE**.

e) **SERVICIOS**: Los servicios de asistencia contemplados en el programa **ASISTENCIA 60+** y que se refiere el presente documento.

f) **SITUACIÓN DE ASISTENCIA**: Todo hecho, acto, accidente, que afecte al **CLIENTE** ocurrido en los términos y con las características y limitaciones establecidos en este documento, que dan derecho a la prestación de los **SERVICIOS**.

g) **EVENTO**: Es una **SITUACION DE ASISTENCIA** reportada inmediatamente por el **CLIENTE** que dé derecho a la prestación de uno de los **SERVICIOS**, de acuerdo a los términos y condiciones que se refiere el presente documento.

h) **ACCIDENTE**: El término **ACCIDENTE**, se refiere a todo acontecimiento que provoque daños materiales y/o corporales a un **CLIENTE**, causado única y directamente por una causa externa, violenta, repentina, fortuita y evidente que ocurra a un **CLIENTE**, durante la vigencia del presente documento.

i) **EMERGENCIA**: En términos a **EMERGENCIA**, se refiere a hecho súbito e imprevisto ocurrido de forma fortuita, reportada inmediatamente después del ocurrido, que ponga en riesgo la integridad física del **CLIENTE**, durante la vigencia del presente documento.

j) **FECHA DE INICIO**: Fecha a partir de la cual los **SERVICIOS** de asistencia que ofrece **SAS** estarán a disposición del **CLIENTE** al programa **ASISTENCIA 60+**. (Ver 1.e)

k) **PAIS DE RESIDENCIA**: Para fines de este documento, los **SERVICIOS** serán provisto en el país de Puerto Rico, excluyendo los municipios de Vieques y Culebra.

l) **REPRESENTANTE**: Persona autorizada por el **CLIENTE**, incluida en el programa **ASISTENCIA 60+** durante la vigencia del presente documento, para realizar cualquier gestión con el propósito de posibilitar la prestación de los **SERVICIOS**, siempre y cuando cumpla con todos los requisitos requeridos.

m) **RESIDENCIA PERMANENTE**: El domicilio principal que en el **PAIS DE RESIDENCIA** manifieste tener el **CLIENTE** y que haya notificado al **AGENTE**. Domicilio que será considerado como el del **CLIENTE** para los efectos de los **SERVICIOS** de asistencia objeto de estas condiciones generales.

n) **REFERENCIA**: Información actualizada y fehaciente concerniente a los rubros detallados en el presente documento, que es provista por **SAS** telefónicamente al **CLIENTE** a su solicitud.

o) **COORDINACIÓN:** Actividad administrativa provista por **SAS** que implica sincronizar distintas acciones y definir la manera más adecuada de aglutinar los recursos disponibles para cumplir con la solicitud del **CLIENTE** en relación a los rubros detallados en el presente documento.

p) **PROVEEDOR:** Empresa o persona física especializada en los rubros detallados en el presente documento, que en representación de **SAS** asista al **CLIENTE** en cualquiera de los servicios del programa **ASISTENCIA 60+**.

q) **AÑO PROGRAMA:** El periodo de doce (12) meses consecutivos, por el cual el **CLIENTE** afiliado adquiere o renueva el programa de **ASISTENCIA 60+**.

r) **ACOMPAÑANTE:** Servicios de cuidado personal que incluye asistencia al vestirse, aseo personal, preparación de alimentos, recordatorio de medicamento, que se ofrecen al **CLIENTE** que necesiten los **SERVICIOS** por encontrarse en una institución hospitalaria y que no requieran de una enfermera practica registrada o licenciada en una **SITUACIÓN DE ASISTENCIA**.

s) **CUIDADO EN EL HOGAR:** Es el cuidado que no requiere servicios continuos de personal experto, médicos o personal aliado a la salud y su asistencia es provista en el hogar. Incluye cuidado que mantiene o sirve principalmente para asistencia al vestirse, aseo personal, preparación de alimentos, recordatorio de medicamento, por razones de enfermedad física para personas que no pueden cuidarse propiamente que no requieren los **SERVICIOS** de una enfermera practica registrada o licenciada, y no necesiten ser hospitalizados.

3. BENEFICIOS DEL PROGRAMA

Cuando el **CLIENTE** tenga una **EMERGENCIA** que le da derecho a beneficios de este Programa tiene que reportarla al momento que surja dicha **EMERGENCIA** comunicándose al Centro de Atención de Servicio de **SAS**.

3.1. SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA

A) TRASLADO MÉDICO TERRESTRE DE NO URGENCIA

En caso de que el **CLIENTE** sufra una **SITUACION DE ASISTENCIA**, en la cual, necesite asistir a una cita médica programada con antelación, a solicitud del **CLIENTE**, **SAS** gestionará y cubrirá el costo del traslado medico terrestre de no urgencia, al lugar de la cita y su regreso. Este **SERVICIO** será provisto de Lunes a Sábado de 5:00am a 8:00pm. El Cliente debe comunicarse con **SAS** por lo menos ocho (8) horas antes de necesitar el **SERVICIO**.. Al **CLIENTE** comunicarse al Centro de Atención de Servicio de **SAS** para solicitar el **SERVICIO**, se le asignará un turno y se registrará en la ruta de transportación del día. El **PROVEEDOR** de **SAS** recogerá al **CLIENTE** en el lugar solicitado y lo llevará a la cita médica programada; todo dentro de unas horas aproximadas pre-acordadas.

El presente servicio se prestará hasta el siguiente límite: **CIENT DOLARES (\$75.00) POR EVENTO Y HASTA 3 EVENTOS POR AÑO**. El evento incluye el transporte al lugar de la cita y el transporte de regreso a su **RESIDENCIA PERMANENTE**.

Exclusiones al servicio. En el presente servicio no se contempla traslados de urgencia en ambulancia de ningún tipo, únicamente por necesidad programada. Si el **CLIENTE** necesita servicios urgentes de ambulancia debería llamar al 9-1-1. El traslado médico es válido únicamente para una (1) dirección física, provista por el **CLIENTE** al momento de solicitar el servicio. **SAS** no se hará responsable de hacer o confirmar la cita médica, solamente realizará la **COORDINACIÓN** del traslado médico terrestre de no urgencia. El costo del servicio está sujeto de varios factores como: la distancia a recorrer, si el afiliado pide el servicio de manera privada o si viajará con otros pasajeros, si viajará con un acompañante o viajará solo y/o el tipo de vehículo necesario, entre otros. **SAS** se compromete que antes de enviar el servicio de traslado, en caso de haber un excedente a ser pagado por el **CLIENTE**, se solicitará la autorización previa del **CLIENTE**. El excedente será pagado en forma inmediata por el **CLIENTE** con sus propios recursos al **PROVEEDOR**.

B) RECOGIDO Y ENTREGA DE RESULTADOS DE EXÁMENES DE LABORATORIO A DOMICILIO

En caso de que el **CLIENTE** sufra una **SITUACION DE ASISTENCIA**, en la cual, necesite el recogido y entrega de resultados de exámenes de laboratorio a domicilio, a solicitud del **CLIENTE**, **SAS** gestionará y coordinará la búsqueda y entrega de los resultados de exámenes solicitados por el **CLIENTE**, al laboratorio indicado por el **CLIENTE**. Al momento que el **CLIENTE** se realice los exámenes de laboratorio, el **CLIENTE** deberá autorizar a que un representante de **SAS** tenga el derecho de recoger dichos resultados, sin esta autorización el representante de **SAS** no podrá recoger dichos resultados y por ende, no podrá realizar el servicio de recogido de exámenes de laboratorio a domicilio. Es requisito que el **CLIENTE** confirme si los resultados de exámenes de laboratorio se encuentren listos para realizar la **COORDINACIÓN** con el **PROVEEDOR** de **SAS** en la búsqueda y el horario de entrega de resultados.

El presente servicio se prestará hasta el siguiente límite: **CINCUENTA DOLARES (\$50.00) POR EVENTO Y HASTA 2 EVENTOS POR AÑO**. El evento incluye el servicio de entrega y recogido de exámenes de laboratorio a su **RESIDENCIA PERMANENTE**.

Exclusiones al servicio. En el presente servicio no se contemplan recogido y entrega de laboratorios que no sean prescritos para el **CLIENTE**. El **CLIENTE** debe confirmar con su laboratorio el que sus resultados estén listos, pagados a su totalidad y autorizar a **SAS** realizar el recogido, antes de solicitar el servicio. **SAS** no podrá retener, almacenar los resultados de los exámenes de laboratorio, el **CLIENTE** deberá estar disponible al momento de efectuarse la entrega con el **PROVEEDOR** de **SAS**. Si el **CLIENTE** no está disponible tendrá que reembolsar directamente al **PROVEEDOR** por el costo del segundo viaje de entrega. El costo del servicio está sujeto de varios factores como: la distancia a recorrer, si el afiliado cambia la dirección física para el servicio, y/o el tipo de vehículo necesario, entre otros. **SAS** se compromete que antes de enviar el servicio, en caso de haber un excedente a ser pagado por el **CLIENTE**, se solicitará la autorización previa del

CLIENTE. El excedente será pagado en forma inmediata por el **CLIENTE** con sus propios recursos al **PROVEEDOR**.

C) RECOGIDO Y ENTREGA DE MEDICAMENTOS A DOMICILIO:

En caso de que el **CLIENTE** solicite el recogido y entrega de medicamentos a domicilio, **SAS** gestionará y coordinará la entrega del medicamento directamente al domicilio del afiliado luego de que el **CLIENTE** haya entregado su receta médica en la farmacia de su preferencia. El costo de los medicamentos será a cargo del **CLIENTE**. El **CLIENTE** lo debe dejar pago en su totalidad al momento de dejar la receta para que el representante de **SAS** pueda recogerlo sin problemas. Es requisito que el **CLIENTE** confirme si los medicamentos se encuentran listos para realizar la **COORDINACIÓN** con el **PROVEEDOR** de **SAS** en la búsqueda y el horario de entrega de medicamentos.

El presente servicio se prestará hasta el siguiente límite: **CINCUENTA DOLARES (\$50.00) POR EVENTO Y HASTA 2 EVENTOS POR AÑO.**

Exclusiones al servicio. En el presente servicio no se contemplan recogido y entrega de medicamentos que no sean prescritos para el **CLIENTE**.

Condiciones del servicio. El **CLIENTE** debe confirmar con su farmacia el que sus resultados estén listos, pagados a su totalidad y autorizar a **SAS** realizar el recogido, antes de solicitar el servicio. **SAS** no podrá retener, almacenar y/o guardar medicamentos, el **CLIENTE** deberá estar disponible al momento de efectuarse la **COORDINACION** con el **PROVEEDOR** de **SAS**. El costo del servicio está sujeto de varios factores como: la distancia a recorrer, si el afiliado pide el servicio de manera privada o si cambia la dirección física para el servicio, y/o el tipo de vehículo necesario, entre otros. **SAS** se compromete que antes de enviar el servicio, en caso de haber un excedente a ser pagado por el **CLIENTE**, se solicitará la autorización previa del **CLIENTE**. El excedente será pagado en forma inmediata por el **CLIENTE** con sus propios recursos al **PROVEEDOR**.

Si el **CLIENTE** no está presente al momento en cual coordinó la entrega con el **PROVEEDOR**, el **CLIENTE** tendrá que reembolsar directamente al **PROVEEDOR** por el costo del segundo viaje de entrega.

D) ACOMPAÑANTE NOCTURNO DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN:

En caso de que el **CLIENTE** sea internado en un hospital, a su solicitud, **SAS** proveerá un **ACOMPAÑANTE** nocturno durante la hospitalización. Este **SERVICIO** será provisto durante el horario de 6:00 pm a 6:00 am. Al **CLIENTE** comunicarse al Centro de Atención de Servicio de **SAS** para solicitar el **SERVICIO**, se le asignará un turno y se registrará un **ACOMPAÑANTE** que asistirá al lugar solicitado, todo dentro de unas horas aproximadas pre-acordadas.

El presente servicio se prestará hasta el siguiente límite: **SETENTA Y CINCO DOLARES (\$75.00) POR EVENTO Y 2 EVENTOS AL AÑO.**

Exclusiones del servicio. No incluye casa de cuidado, un hospicio, un centro de atención domiciliaria, o cualquier otra institución que no se encuentre reconocida por las leyes estatales o el Departamento de Salud. En el presente servicio no se contempla inyectar insulina, inyecciones, cambios tubos de "folley" o tubos nasogástricos, ni administra alimentación nasogástrica o práctica aspiraciones, ni limpiar úlceras o heridas húmedas. El cuidado es válido únicamente para una (1) dirección física, provista por el **CLIENTE** al momento de solicitar el servicio. El costo del servicio está sujeto de varios factores como: la distancia a recorrer, el horario seleccionado por el cliente, entre otros. Dependiendo de los costos del servicio, depende la cantidad de tiempo que se pueden brindar los servicios, puede ser de dos horas por **EVENTO** o hasta ocho o diez horas. **SAS** se compromete que antes de enviar el servicio de acompañante, en caso de haber un excedente a ser pagado por el **CLIENTE** se solicitará la autorización previa de éste. El excedente será pagado en forma inmediata por el **CLIENTE** con sus propios recursos al **PROVEEDOR**.

E) CUIDADORA A DOMICILIO

En caso de que el **CLIENTE** necesite **CUIDADO EN EL HOGAR** por alguna enfermedad, a su solicitud, **SAS** proveerá un auxiliar a su domicilio durante la **SITUACION DE ASISTENCIA**. Al **CLIENTE** comunicarse al Centro de Atención de Servicio de **SAS** para solicitar el **SERVICIO**, se le asignará un turno y se registrará un cuidador al lugar solicitado, todo dentro de unas horas aproximadas pre-acordadas.

El presente servicio se prestará hasta el siguiente límite: **SETENTA Y CINCO DOLARES (\$75.00) POR EVENTO Y 2 EVENTOS AL AÑO.**

Exclusiones del servicio. En el presente servicio no se contempla inyectar insulina, inyecciones, cambios tubos de "folley" o tubos nasogástricos, ni administra alimentación nasogástrica o práctica aspiraciones, ni limpiar úlceras o heridas húmedas. Tampoco no se utilizará al **PROVEEDOR** para realizar limpieza de la residencia u otras solicitudes no incluidas. El cuidado es válido únicamente para una (1) dirección física, provista por el **CLIENTE** al momento de solicitar el servicio. El costo del servicio está sujeto de varios factores como: la distancia a recorrer, el horario seleccionado por el cliente, entre otros. Dependiendo de los costos del servicio, depende la cantidad de tiempo que se pueden brindar los servicios, puede ser de dos horas por **EVENTO** o hasta ocho o diez horas **SAS** se compromete que antes de enviar el **SERVICIO**, en caso de haber un excedente a ser pagado por el **CLIENTE** se solicitará la autorización previa de éste. El excedente será pagado en forma inmediata por el **CLIENTE** con sus propios recursos al **PROVEEDOR**.

G) RECORDATORIO DE CITAS MÉDICAS

A solicitud del **CLIENTE**, **SAS** mantendrá un calendario electrónico con información de las citas médicas del **CLIENTE**. El día antes de la cita, **SAS** llamará al **CLIENTE** recordar su cita.

El presente servicio se prestará hasta el siguiente límite: **SIN LÍMITE DE COSTO Y 12 EVENTOS POR AÑO**

3.2 SERVICIOS DE REFERENCIAS

A) REFERENCIA DE ENFERMERA A DOMICILIO:

En caso de que el **CLIENTE** sufra una enfermedad o padecimiento agudo y que requiera la evaluación de una Enfermera, a solicitud del **CLIENTE**, **SAS** proporcionará información de enfermeras a domicilio, para realizar la evaluación sobre el estado o padecimiento del **CLIENTE**. **SAS** no se responsabiliza por los **SERVICIOS** médicos contratados directamente por el beneficiario o terceros.

El presente servicio se prestará hasta el siguiente límite: **COSTO PREFERENCIAL Y SIN LÍMITE DE EVENTOS**

B) REFERENCIAS MÉDICAS:

Cuando el **CLIENTE** necesite orientación médica, **SAS** le proporcionará información de médicos especialistas como odontólogos, cardiólogos, geriatras, dermatólogos, psiquiatras, etc. Queda entendido que no se emitirá diagnóstico, pero a solicitud del **CLIENTE** y a cargo del mismo se pondrán los medios necesarios para la obtención de un diagnóstico, ya sea organizando una visita personal de un médico, concertando una cita con un médico, o en un centro hospitalario, entendido esto, que los honorarios del médico que atienda al **CLIENTE** y cualquier otro gasto médico en que se incurra, será pagado por el **CLIENTE** con sus propios recursos y bajo su propio riesgo de las consecuencias que se deriven. **SAS** no asumirá responsabilidad alguna en relación con la atención prestada o falta de la misma por parte de los médicos o centros médicos contactados.

El presente servicio se prestará hasta el siguiente límite: **SIN LÍMITE DE COSTO Y SIN LIMITE DE EVENTOS POR AÑO**

C) CONEXIÓN CON NUMEROS DE EMERGENCIA:

Cuando el **CLIENTE** necesite conexión con números de **EMERGENCIA** como: bomberos, policía, defensa civil, centro de toxicología, centro nacional de intoxicaciones, emergencias radiológicas, servicios de asistencia comunitaria, transportes, servicios públicos (agua, electricidad, recolección de residuos, entes reguladores), organismos oficiales, etc., a solicitud del **CLIENTE**, **SAS** transferirá la llamada del **CLIENTE** con los organismos solicitados, en todos los casos **SAS** no asumirá responsabilidad alguna en relación con la atención prestada o falta de la misma por parte de los organismos contactados.

Aunque **SAS** provee este **SERVICIO** se le advierte al **CLIENTE** que en situaciones de emergencias el **CLIENTE** debe comunicarse directamente con el 9-1-1 para asegurar la respuesta más rápida de los servicios de emergencia del Estado.

El presente servicio se prestará hasta el siguiente límite **SIN LÍMITE DE COSTO Y SIN LIMITE DE EVENTOS POR AÑO**

D) TRANSMISION DE MENSAJES URGENTES

SAS se encargará de transmitir a petición del **CLIENTE** los mensajes urgentes que le soliciten derivados de una situación de **EMERGENCIA**. **SAS** no asumirá responsabilidad alguna en relación con la atención prestada o falta de la misma por parte del cliente.

Aunque **SAS** provee este **SERVICIO** se le advierte al **CLIENTE** que en situaciones de emergencias el **CLIENTE** debe comunicarse directamente con el 9-1-1 para asegurar la respuesta más rápida de los servicios de emergencia del Estado.

El presente servicio se prestará hasta el siguiente límite: **SIN LÍMITE DE COSTO Y SIN LIMITE DE EVENTOS POR AÑO**

E) REFERENCIAS Y COORDINACIÓN DE RESTAURANTES, CENTROS CULTURALES, CINES, TEATROS Y MUSEOS EN PUERTO RICO.

Quando el **CLIENTE** requiera de información sobre restaurantes y centros culturales (cines, teatros y museos), **SAS** proporcionara información que se encuentre disponible actualizada cercanos al lugar que el cliente solicite. **SAS** no asumirá responsabilidad alguna en relación con la atención prestada o falta de la misma por parte los referidos contactados. **SAS** no comprará taquillas o ni hará reservaciones para dichas actividades y los costos y cualquier otro gasto en que se incurran, serán pagados por el **CLIENTE** con sus propios recursos y bajo su propio riesgo de las consecuencias que se deriven.

El presente servicio se prestará hasta el siguiente límite: **SIN LÍMITE DE COSTO Y SIN LIMITE DE EVENTOS POR AÑO**

3.3 CONSULTORIA LEGAL TELEFONICA.

Los gastos en que incurra el **CLIENTE** por la prestación de los servicios profesionales contratados serán pagados con sus propios recursos. Estos **SERVICIOS** serán provistos de lunes a viernes de 8:00am a 5:00pm. En caso de ocurrir el accidente fuera de este horario, **SAS** proveerá dicho servicio el próximo día hábil.

A) CONSULTORIA LEGAL TELEFONICA EN DAÑOS Y PERJUICIOS:

SAS brindará orientación legal vía telefónica al **CLIENTE**, en caso de daños y perjuicios, específicamente a los **ACCIDENTES**, caídas, mala práctica o impericia médica que haya sufrido el **CLIENTE**. Este **SERVICIO** comprenderá asesoramiento para la primera intervención y no incluye la representación del **CLIENTE** ante los tribunales y/o agencias gubernamentales. El **CLIENTE** estará obligado a notificar vía telefónica a **SAS** dentro de las primeras veinticuatro (24) horas luego de la ocurrencia del accidente para que aplique este beneficio. **SAS** no será responsable por el resultado de las gestiones y defensas realizadas por parte del abogado que contrate directamente el **CLIENTE**.

El presente servicio se prestará hasta el siguiente límite: **SIN LÍMITE DE COSTO Y SIN LIMITE DE EVENTOS POR AÑO.**

B) CONSULTORIA LEGAL TELEFONICA EN CASO DE ROBO DE VEHÍCULO:

Si se presentara el robo total del vehículo del **CLIENTE**, **SAS** brindará información al **CLIENTE** o su **REPRESENTANTE**, de todas las gestiones que fueran necesarias ante las autoridades competentes y cualesquiera dependiendo del lugar donde se haya cometido el robo. El presente servicio se prestará hasta el siguiente límite: **SIN LÍMITE DE COSTO Y SIN LIMITE DE EVENTOS POR AÑO.**

C) CONSULTORIA LEGAL TELEFONICA EN CASO DE ROBO A DOMICILIO

Si se presentare el robo en la **RESIDENCIA PERMANENTE** del **CLIENTE**, **SAS** brindará información al **CLIENTE** o su **REPRESENTANTE**, de las gestiones que fueran necesarias ante las autoridades competentes y cualesquiera dependiendo de la gravedad de los daños cometidos en el robo.

El presente servicio se prestará hasta el siguiente límite: **SIN LÍMITE DE COSTO Y SIN LIMITE DE EVENTOS POR AÑO.**

D) CONSULTORIA LEGAL TELEFONICA EN CASO DE ROBO O PERDIDA DE DOCUMENTOS:

Si se presentare el robo o pérdida de documentos personales del **CLIENTE**, **SAS** formulará en compañía del **CLIENTE** o su representante legal, todas las denuncias que fueran necesarias ante las autoridades competentes y cualesquiera otras que sean necesarias dependiendo del lugar donde se haya cometido el robo, asimismo, hará todas las gestiones posibles ante las autoridades competentes para que los documentos que hayan sido robados, sean duplicados a la brevedad posible.

El presente servicio se prestará hasta el siguiente límite: **SIN LÍMITE DE COSTO Y SIN LIMITE DE EVENTOS POR AÑO.**

E) ASESORIA LEGAL EN CASO DE FALLECIMIENTO

En caso de fallecimiento del **CLIENTE** como resultado de un accidente de automóvil, **SAS** le designará un abogado para que le provea asesoramiento vía telefónica sobre los trámites a realizar luego de la ocurrencia del **ACCIDENTE**. Un **REPRESENTANTE** del **CLIENTE** deberá notificar oportunamente la ocurrencia del fallecimiento a consecuencia del accidente. Este servicio comprenderá asesoramiento para la primera intervención y no incluye la representación del **CLIENTE** ante los tribunales y/o agencias gubernamentales. El servicio aquí establecido se brindará **SIN LÍMITE DE EVENTOS.**

4. CASOS DE EXCEPCIÓN:

No son objeto de los **SERVICIOS**, las situaciones de asistencia que presenten las siguientes causas:

- A) La mala fe del **CLIENTE**, comprobada por el personal de **SAS**. **SAS** no tendrá que proveer los **SERVICIOS** si sospecha que el **CLIENTE**, está usando los **SERVICIOS** para beneficio de terceros.
- B) Los fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario, tales como inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas, huracanes, tempestades ciclónicas, etc.

C) Hechos y actos del hombre derivados del terrorismo, guerra, guerrilla, vandalismo, motín o tumulto popular, etc.

D) Hechos y actos de fuerzas armadas, fuerza o cuerpo de seguridad.

E) Accidentes relacionados a energía nuclear.

F) La falta de cooperación del **CLIENTE** para la recuperación de la caución exhibida por la empresa. **SAS** avisará al **AGENTE** de los **SERVICIOS** improcedentes por las causas arriba citadas para verificar si éste autoriza la prestación del servicio por la calidad del cliente de que se trate siempre que 24 por circunstancias de la hora y el día se pueda comunicar inmediatamente, de lo contrario se reportará al día siguiente hábil por escrito.

G) La ingestión de bebidas alcohólicas, sustancias controladas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos sin prescripción médica.

H) Enfermedades mentales.

I) Prácticas deportivas en competencia.

J) El incumplimiento de las obligaciones procesales que imponga la autoridad judicial como medida preventiva para asegurar la asistencia del **CLIENTE** en el procedimiento.

K) La falta de cooperación del **CLIENTE** para la recuperación de la caución exhibida por la empresa.

4.1. EXCLUSIONES:

A) Cuando el **CLIENTE** no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente el asunto.

B) Cuando el **CLIENTE** no se identifique como **CLIENTE** de **ASISTENCIA 60+**.

C) Cuando el **CLIENTE** incumpla cualquiera de las obligaciones indicadas en estas condiciones generales.

5. OBLIGACIONES DEL CLIENTE:

Con el fin que el **CLIENTE** pueda disfrutar de los **SERVICIOS** contemplados, el mismo deberá cumplir con las siguientes obligaciones:

A) Abstenerse de realizar gastos o arreglos sin haber consultado previamente con **SAS**, es decir cuando por alguna circunstancia el **CLIENTE** realice cualquier tipo de gasto o arreglo deberá solicitar autorización a **SAS** a fin de no realizar gastos innecesarios o gastos no restituibles posteriormente.

B) Dar aviso oportuno a **SAS** del cambio de **RESIDENCIA PERMANENTE** del **CLIENTE**. Queda entendido que en caso de que el **CLIENTE** establezca su residencia permanente en un lugar distinto al territorio del país en el cual contrató los **SERVICIOS**, la relación entre **SAS** y el **CLIENTE** se tendrá por extinta, con lo cual **SAS** se verá liberada de su obligación de prestar los **SERVICIOS** contemplados en las condiciones generales y el **CLIENTE** se verá liberado de su obligación de pagar las cuotas necesarias para recibir los **SERVICIOS** aquí establecidos.

C) Identificarse como **CLIENTE** ante los representantes de **SAS** o ante las personas que esta última compañía contrate con el propósito de prestar los **SERVICIOS** contemplados en estas condiciones generales.

D) Ser el **CLIENTE** activo de los **SERVICIOS** prestados por el **AGENTE** y permanecer al día en los pagos asociados a tal servicio.

E) Al momento de recibir el servicio el **CLIENTE** debe tener a la mano y presentar una identificación con foto al **PROVEEDOR**.

F) Registrar su **REPRESENTANTE** con **SAS**, y autorizar la divulgación de información médica a dicha **REPRESENTANTE**.

6. PROCESO GENERAL DE SOLICITUD DEL SERVICIO DE ASISTENCIA:

En caso de que un **CLIENTE** requiera de los **SERVICIOS** contemplados, se procederá de la siguiente forma:

A) El **CLIENTE** que requiera del servicio se comunicará con **SAS** a los números telefónicos especificados en estas condiciones generales.

B) El **CLIENTE** procederá a suministrarle al representante de **SAS** que atienda la llamada respectiva, los datos necesarios para identificarlo como **CLIENTE**, así como los demás datos que sean necesarios con el fin de poder prestar el servicio solicitado, tales como la ubicación exacta del **CLIENTE**; un número telefónico en el cual localizarlo; descripción por **CLIENTE** del problema que sufre, el tipo de ayuda que precise en relación con el cual se solicite un servicio. Al momento de recibir al prestador el **CLIENTE** deberá mostrar una identificación con fotografía.

Queda entendido que el personal de **SAS** únicamente prestará los **SERVICIOS** contemplados en estas Condiciones Generales, a las personas que figuren como **CLIENTE** en la última lista de **CLIENTES** activos del **AGENTE**. Del mismo modo, se deja constancia que los **SERVICIOS** relacionados al **CLIENTE**, únicamente se prestarán cuando sean solicitados por el **CLIENTE**, con derecho al plan "ASISTENCIA 60+".

C) Una vez cumplidos todos los requisitos indicados, **SAS** le prestará al **CLIENTE** los **SERVICIOS** solicitados a los cuales tenga derecho de conformidad con los términos, condiciones y limitaciones de las Condiciones generales. En caso de que el **CLIENTE** no cumpla adecuadamente con los requisitos indicados, **SAS** no asumirá responsabilidad ni gasto alguno relacionado con la no-prestación de los **SERVICIOS** relacionados las Condiciones Generales.-

7. PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS.

Queda entendido que **SAS** podrá prestar los **SERVICIOS** en forma directa, o a través de terceros con quienes dicha compañía contrate, bajo su responsabilidad.

8. CANCELACION DE SUSCRIPCION AL PROGRAMA. Este documento podrá ser cancelado en cualquier momento por **SAS** o por el **CLIENTE**.

A) En caso de cancelación, el **CLIENTE**, tendrá derecho a la parte no devengada del dinero que pagó por la suscripción al programa de **SERVICIOS**, calculada a pro rata sin ninguna

deducción y solicitada la devolución del dinero por parte del **CLIENTE**.

B) La solicitud de cancelación deberá ser canalizada por medio al Centro de Atención de Servicio de **SAS**.

9. DEVOLUCION DE DOCUMENTO DE SUSCRIPCION.

El **CLIENTE** que no se encuentre de acuerdo con las condiciones de uso y cubiertas de los **SERVICIOS** de asistencia proporcionados por **SAS**, consignadas en este documento, en su calidad de **CLIENTE**, deberá devolver este documento, dentro del término de diez (10) días, los cuales serán contados; desde la entrega del documento de **SERVICIOS** de asistencia al mismo, o, si este documento le fuere enviado por correo, dentro del término de veinte (20) días, contados desde la fecha de dicho envío.

En caso, de ser devuelto el presente documento, el mismo se entenderá como nulo y se reembolsará o acreditará al **CLIENTE** el equivalente al honorario completo correspondiente al programa de servicio, si es que este tiene costo para el **CLIENTE**, y se adicionará una penalidad de un diez (10%) por ciento mensual sobre el referido honorario, que se adicionará a cualquier reembolso o crédito requerido por esta sección, siempre y cuando que no se haga efectivo dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que el **CLIENTE** devuelva el documento de servicio a **SAS**.

SAS podrá en cualquier momento modificar, limitar, suprimir o adicionar los términos y condiciones de la prestación del servicio e incrementar el precio del servicio, lo cual será comunicado al **CLIENTE** por escrito. Si dentro de los veinte (20) días siguientes a la publicación de la modificación, limitación, supresión o adición el **CLIENTE** no solicitó su desafiliación se entenderá que acepta los nuevos términos y condiciones de prestación del servicio. El precio del servicio se incrementará automáticamente el primero (1) de enero de cada año en un porcentaje igual al índice de precios al consumidor acumulado del año inmediatamente anterior.

10. REEMBOLSO

Como caso de excepción, en relación con los casos de absoluta y comprobada urgencia o imposibilidad del **CLIENTE**, para cumplir con el procedimiento anteriormente señalado o previa autorización de **SAS** el **CLIENTE** podrá acudir directamente ante terceros a solicitar el servicio correspondiente, siempre y cuando se haya solicitado a **SAS**. En tal caso, **SAS** procederá a realizar una investigación por el tipo de reembolso solicitado por el **CLIENTE** de los gastos incurridos por el servicio no prestado de acuerdo con los límites y coberturas señalados en el presente documento. Queda entendido que con el fin que el **CLIENTE** tenga derecho al reembolso aquí establecido, deberá presentar la correspondiente solicitud dentro de un plazo máximo de las noventa y seis (96) horas siguientes a partir del momento en que se haya concretado el servicio, acompañada de los documentos solicitados por **SAS** por medio de correo postal.

11. PRECIO

El precio del presente programa de **SERVICIOS** es con recurrencia mensual estipulado por el **AGENTE**.

12. PRESTACION DE LOS SERVICIOS

Queda entendido que **SAS** podrá prestar los **SERVICIOS** en forma directa, o a través de terceros con quienes dicha compañía contrate, bajo su responsabilidad.

13. DIRECCION SMART ASSISTANCE SERVICES, INC.:

Metro Office Park, 8 Calle 1, Suite 306, Guaynabo PR 00968.
Teléfono (787) 625 1584 Fax (787) 781 5836

14. LEY "HIPPA" ("HEALTH INSURANCE PORTABILITY AND ACCOUNTABILITY ACT OF 1996")

La Ley HIPPA solo aplica a entidades que proveen servicios médicos y seguro para para cuidado a largo plazo. Sin embargo, **SAS** y sus **PROVEEDORES** protegerán la confidencialidad de la información relacionada a su salud del **CLIENTE** y no le brindará dicha información a terceros a menos que no sea aprobado por el **CLIENTE**. De igual forma, cuando sea necesario para obtener los **SERVICIOS**, el **CLIENTE** y/o su representante firmará las autorizaciones necesarias para que su proveedor médico le brinde la información necesaria a **SAS** o al **PROVEEDOR** para que se puedan brindar los **SERVICIOS**. **SAS** y/o el **PROVEEDOR** mantendrá la confidencialidad de la información.

Cuando el **CLIENTE** asigna a un representante, el **CLIENTE** acepta que se le pueda brindar información relacionado a su salud protegida por la Ley HIPPA a este representante.

15. GARANTÍAS, RENUNCIAS Y RECURSOS EXCLUSIVOS

SAS garantiza que los servicios serán prestados de forma profesional de conformidad con los estándares de la industria. Usted deberá notificar a **SAS** cualquier deficiencia de los servicios conforme a la garantía dentro de 48 horas contados a partir de la prestación del respectivo servicio descrito en la orden.

ESTA GARANTÍA ES EXCLUSIVA Y NO HAY OTRAS GARANTÍAS O CONDICIONES EXPRESAS O IMPLÍCITAS, INCLUSIVE GARANTÍAS O CONDICIONES DE COMERCIALIZACIÓN E IDONEIDAD PARA UN FIN EN PARTICULAR.

EN CASO DE QUE **SAS** INCUMPLA CON ALGUNA DE LAS GARANTÍAS, SU ÚNICO RECURSO Y LA RESPONSABILIDAD TOTAL DE **SAS** SERÁ UNA NUEVA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS QUE RESULTARON DEFICIENTES.

16. LIMITACIÓN DE RESPONSABILIDAD

SAS NO SERÁ RESPONSABLE POR CUALQUIER DAÑO INDIRECTO, INCIDENTAL, ESPECIAL, PUNITIVO O CONSECUENTE O POR LUCRO CESANTE, PÉRDIDA DE INGRESOS, INFORMACIÓN O USO DE INFORMACIÓN. LA RESPONSABILIDAD MÁXIMA DE SAS. POR CUALQUIER DAÑO Y PERJUICIO CONFORME A LO RELACIONADO CON

EL PRESENTE CONTRATO O SU DOCUMENTO DE PEDIDO, YA SEA CONTRACTUAL O EXTRA CONTRACTUAL, U OTRA, ESTARÁ LIMITADA A LAS TARIFAS QUE USTED LE HAYA PAGADO A SAS. BAJO ESTE CONTRATO, Y SI DICHOS DAÑOS RESULTAN DE SERVICIOS DEFICIENTES, TAL RESPONSABILIDAD SERÁ LIMITADA A LAS TARIFAS QUE USTED HAYA PAGADO POR LOS SERVICIOS DEFICIENTES QUE OCASIONARON LA RESPONSABILIDAD.

17. DERECHO APLICABLE.

Este contrato acuerdo será interpretado de acuerdo con las Leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, sin importar los principios de derecho aplicables a conflictos de leyes.

18. COMPROMISO Y RENUNCIA DE LA JURISDICCIÓN ORDINARIA.

En caso de diferencias, conflictos o disputas relacionadas con la ejecución, incumplimiento, interpretación o cualquier otro aspecto derivado del presente contrato, las partes se comprometen a resolver el conflicto conforme el siguiente procedimiento:

A) Compromiso de mediación: Las partes acuerdan acudir en primera instancia al proceso de mediación establecido en la reglamentación para resolver disputas comerciales bajo mediación de la American Arbitration Association.

B) Compromiso Arbitral: En caso de que el asunto no sea resuelto en un máximo de dos audiencias de mediación de no más de dos horas cada una de ellas, o en caso de que no se verifiquen las sesiones por ausencia de alguna de las partes, el asunto o controversia será resuelto mediante laudo definitivo e inapelable de conformidad con las Reglas y Reglamentos de Arbitraje Comercial de la American Arbitration Association, a cuyas normas las partes se someten en forma incondicional.

Queda entendido que la mediación podrá ser solicitada por cualquiera de las partes que intervengan en el presente contrato. La mediación será celebrada ante mediadores en Puerto Rico, según sea el caso. Las partes acuerdan que el laudo debe ser conforme a las leyes sustantivas del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

19. MODIFICACIONES.

SAS se reserva el derecho de modificar los servicios ofrecidos y los precios de dichos servicios. Dichos cambios se le notificarán al **CLIENTE** con 30 días de anticipación, el **CLIENTE** podrá escoger si cancela o permanece con los servicios, si no notifica por escrito su intención de cancelar y sigue pagando la mensualidad (si aplica), se entenderá que el **CLIENTE** ha aceptado dichas modificaciones.

20. VALIDEZ.

La invalidez, ilegalidad, nulidad o ineficacia de una o varias de las estipulaciones del presente contrato, declarada por la autoridad competente, no afectará la validez, legalidad y eficacia de las restantes estipulaciones.

21. FUERZA MAYOR.

El incumplimiento de las obligaciones contraídas bajo este contrato por las partes quedará excusado en los casos de Fuerza Mayor, lo cual se define como cualquier causa fuera del control de las partes o de cualquiera de éstas individualmente que les impida llevar a cabo parcial o totalmente las obligaciones contraídas en este contrato. Ello incluye, sin que constituya una limitación, situaciones tales como: desastres de la naturaleza (inundaciones, huracanes, terremotos y epidemias), de tal magnitud que impidan el cumplimiento de las obligaciones. La parte afectada por un evento de Fuerza Mayor deberá notificarlo inmediatamente a la otra parte, luego de lo cual tomará las medidas que corresponda y sea necesario para corregir la situación.