

CUADRO DE COBERTURAS PROMERICA ASISTE		
SERVICIOS DE ASISTENCIA	LIMITES DE USO	
NUEVO! FITNESS ASSIST	MONTO MÁXIMO POR EVENTO	MONTO MÁXIMO POR EVENTO
TRASLADO EN AMBULANCIA POR ACCIDENTE EN COMPETENCIA Y PRACTICA DEPORTIVA	\$200.00	4
CONSULTA DE EMERGENCIA POR ACCIDENTE EN COMPETENCIA Y PRACTICA DEPORTIVA CON MEDICO FISIÓLOGO	\$100.00	
CHECK UP (MEDICO GENERAL) COMPLETO EN EL LUGAR, POR ACCIDENTE EN COMPETENCIA Y PRACTICA DEPORTIVA	\$100.00	
ORIENTACIÓN MEDICA TELEFÓNICA	SIN LIMITE	SIN LIMITE
INFORMACIÓN TELEFÓNICA		
COMPETENCIAS, CALENDARIOS, EVENTOS DEPORTIVOS Y OTROS	SIN LIMITE	SIN LIMITE
TIPS DE ENTRENAMIENTO CON PERSONAL TÉCNICO (ENTRENADORES GENERALES)		
INFORMACIÓN TELEFÓNICA EN NUTRICIÓN CON PERSONAL ESPECIALIZADO (NUTRICIONISTA GENERAL)		
ASISTENCIA TÉCNICA TELEFÓNICA PARA CONFIGURACIÓN DE APLICACIONES DE ENTRENAMIENTO Y COMPETENCIAS		

CONDICIONES GENERALES PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA DEL PROGRAMA  
“FITNESS ASSIST”

EL GRUPO ESPECIALIZADO DE ASISTENCIA GEA DE EL SALVADOR R, S.A. de C.V., será el único responsable de la prestación de los **SERVICIOS** de asistencia incluidos en el Programa “**PROMERICA ASISTE- FITNESS ASSIST**”, en los términos, forma, calidad y debida diligencia que se describen en las Condiciones Generales que se enuncian a continuación; por tanto, **BANCO PROMERICA, S.A.** no es responsable bajo ninguna circunstancia de la ejecución, forma, calidad y debida diligencia con que el personal de **GEA DE EL SALVADOR, S.A. DE C.V.** provea los **SERVICIOS** de asistencia.

1. GLOSARIO DE TÉRMINOS:

1.1 DEFINICIONES.

Siempre que se utilicen en las presentes condiciones generales, los términos definidos a continuación tendrán el significado que aquí se les atribuye.

A. **GEA:** GEA DE EL SALVADOR, S.A. DE C.V. Operador y responsable de los **SERVICIOS** de asistencia del programa **PROMERICA ASISTE**.

B. **BANCO PROMERICA:** BANCO PROMERICA, S.A.

C. **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO:** Es la persona física que haya aceptado afiliarse al programa de asistencia “**PROMERICA ASISTE- FITNESS ASSIST**” que presta **GEA** a través de **BANCO PROMERICA**, y que efectivamente se encuentre registrado en la base de datos que envíe para tal efecto **BANCO PROMERICA** a **GEA**. En caso que la aceptación de afiliarse al programa de asistencia “**PROMERICA ASISTE- FITNESS ASSIST**” que presta **GEA** a través de **BANCO PROMERICA** haya sido aceptado por una persona jurídica, se considerará como **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** a la persona física designada por dicha persona jurídica como usuario de los **SERVICIOS** de asistencia, quien podrá gozar de todos los **SERVICIOS** de conformidad con los términos, condiciones y limitaciones establecidas en este documento.

D. **BENEFICIARIO:** Dentro de éste rubro se entenderán como Beneficiarios del **AFILIADO** al cónyuge e hijos menores de 18 (dieciocho) años, quienes podrán gozar de todos los **SERVICIOS** a los que tiene derecho el **AFILIADO** de conformidad con los términos, condiciones y limitaciones establecidas en este documento.

E. **DEPORTE Y/O PRÁCTICA DEPORTIVA:** Es una actividad física, ejercida como juego o competición, cuya práctica supone entrenamiento y sujeción a normas, también como una rutina de recreación, pasatiempo, placer, diversión o ejercicio físico, por lo común al aire libre.

F. **DEPORTE EXTREMO:** Los deportes extremos son todos aquellos deportes, disciplinas o actividades de ocio, o profesional con algún componente deportivo que comportan una real o aparente peligrosidad por las condiciones difíciles o extremas en las que se practican, y que debido a sus circunstancias especiales o situaciones particulares implícitas como el peligro y la dificultad para realizarlos, se les consideran extremos

G. **SERVICIOS:** Los **SERVICIOS** de asistencia contemplados en el programa de asistencia “**PROMERICA ASISTE- FITNESS ASSIST**” y estipulados en el cuadro de cobertura del programa “**PROMERICA ASISTE- FITNESS ASSIST**” y cuyas definiciones se refieren en el presente documento.

“Todos estos **SERVICIOS** deben ser solicitados por el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** en el momento de la ocurrencia de la Situación de Asistencia”.

H. **ACCIDENTE o EMERGENCIA:** Todo acontecimiento que provoque daños corporales a un **AFILIADO y/o BENEFICIARIO** causado única y directamente por una causa externa no intencional, violenta, fortuita y evidente (excluyendo la enfermedad previa) que ocurra a un **AFILIADO y/o BENEFICIARIO** durante la vigencia del presente documento.

I. **SITUACIÓN DE ASISTENCIA:** Acontecimiento imprevisto o **ACCIDENTE** que provoque daños corporales a un **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** ocurrido en los términos y con las características y limitaciones establecidas en este documento y que den derecho a la

prestación de los **SERVICIOS**, de acuerdo a los términos y condiciones que se alude en el presente documento.

J. **EVENTO:** Toda **SITUACIÓN DE ASISTENCIA** en **EMERGENCIA** que se presente al **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**, siempre y cuando la causa que la origine sea independiente a cualquier otra solicitud previa de asistencia de los **SERVICIOS** en Cobertura del programa “**PROMERICA ASISTE- FITNESS ASSIST**”.

K. **FECHA DE INICIO:** Fecha a partir de la cual los **SERVICIOS** que ofrece **GEA** estarán a disposición de los **AFILIADO Y/O BENEFICIARIOS**. Esto es 48 (cuarenta y ocho) horas después de que el Cliente haya aceptado la afiliación al Programa de Asistencia “**PROMERICA ASISTE- FITNESS ASSIST**”.

L. **PAÍS DE RESIDENCIA:** Para fines de los **SERVICIOS**, la República de El Salvador.

M. **REPRESENTANTE:** Cualquier persona, sea o no acompañante del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** que realice gestión alguna para posibilitar la prestación de los **SERVICIOS**.

N. **EQUIPO MÉDICO:** Es el personal médico y demás equipo asistencial de **GEA**, o subcontratado por **GEA**, apropiado para prestar **SERVICIOS** de Asistencia Médica en urgencias médicas a un **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**, de acuerdo a los términos y condiciones del presente documento.

O. **EQUIPO TÉCNICO:** El personal asistencial apropiado contratado o subcontratado por **GEA** que esté gestionando y proporcionando los **SERVICIOS** al **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**, de acuerdo a los términos y condiciones del presente documento.

P. **MONTO Y NÚMERO MÁXIMO POR EVENTO:** Los **SERVICIOS** del presente documento serán prestados de acuerdo a los montos económicos y números máximos de eventos que se establecen para cada uno de los **SERVICIOS** detallados en el Cuadro de cobertura del Programa de Asistencia “**PROMERICA ASISTE- FITNESS ASSIST**”.

Q. **PROVEEDOR:** Es el personal (**MÉDICO Y/O TÉCNICO**) y demás equipo y personal asistencial de **GEA**, o subcontratado por **GEA**, apropiado para prestar los **SERVICIOS** a un **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**, de acuerdo a los términos y condiciones del presente documento.

R. **ENFERMEDAD:** Alteración de la salud, que no sea preexistente o crónica. Para efectos del **SERVICIO** se entiende por preexistencia cualquier lesión, **ENFERMEDAD** o dolencia que afecte al **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**, y que haya sido conocida o diagnosticada con anterioridad a la fecha de afiliación a los **SERVICIOS**. Por lo anterior a criterio de **GEA** no se prestarán los **SERVICIOS** del presente documento en situación de preexistencia, además si se presentan los siguientes supuestos, por mencionar pero sin limitar y a entera discreción de **GEA** su comprobación:

- Que la enfermedad haya sido diagnosticada por un médico en el momento y determine su preexistencia.
- Que la enfermedad pre existente haya sido aparente a la vista.
- Que por sus síntomas y signos, no pudo pasar desapercibida o como pre existente.
- Aquellas enfermedades por las que se hayan efectuado gastos o realizado algún diagnóstico que señale que dichos

síntomas o signos tuvieron inicio en fecha anterior a la afiliación de los **SERVICIOS**.

- En todos los casos, corresponde al **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** comprobar la no preexistencia.

S. **DÓLARES DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA:** La moneda de curso legal vigente en El Salvador.

T. **SERVICIOS ADICIONALES:** Los **SERVICIOS** no cubiertos dentro de las condiciones del presente documento pero que podrán ser brindados siempre que medie autorización expresa, telefónica o por escrito del personal autorizado por **BANCO PROMERICA**, y **GEA** deberá facturarle a **BANCO PROMERICA** la asistencia brindada, previamente autorizada.

U. **INFRAESTRUCTURA Y SEGURIDAD PÚBLICA O PRIVADA:** Conjunto de elementos y **SERVICIOS** públicos o privados tanto de carreteras, calles y/o accesos territoriales, así como de protección, seguridad y vigilancia que se consideran necesarios, seguros y básicos para llegar hasta el lugar en donde se encuentre el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** para brindarse los **SERVICIOS**. Las condiciones anteriormente descritas deben mantenerse hasta la conclusión de los mismos.

V. **ZONA DE ALTOS RIESGO:** Zona reconocida por la población que son vulnerables a la delincuencia común o a grupos de asociaciones ilícitas.

W. **TERRITORIALIDAD PARA LOS PRESENTE SERVICIOS DE ASISTENCIA:** *GEA proporcionará el SERVICIO indicado en la Zona Metropolitana de San Salvador y sus alrededores, Zona aledañas a carretera al puerto de La Libertad, y en las cabeceras departamentales de Santa Ana y San Miguel.*

## 2. SERVICIOS

Las coberturas de los **SERVICIOS** del presente documento serán prestados de acuerdo a los **MONTO ECONÓMICO Y NÚMERO MÁXIMO DE EVENTOS** que se establecen para cada uno de los **SERVICIOS** detallados en el Cuadro de cobertura del Programa de Asistencia “**PROMERICA ASISTE- FITNESS ASSIST**”, así como también en la Territorialidad delimitada para cada uno de los servicios a excepción de las **ZONAS DE ALTO RIESGO**.

Para los **SERVICIOS** que excedieren el **MONTO Y NÚMERO MÁXIMO** de **SERVICIOS** por cada período de doce (12) meses, **GEA** deberá, antes de dar el **SERVICIO**, comunicárselo al **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** e indicarle el costo, a fin de que éste lo autorice y pague al **PROVEEDOR** con sus propios recursos en el momento de recibir los **SERVICIOS**.

## 3. FITNESS ASSIST

Los **SERVICIOS** que se presentan a continuación son exclusivamente para el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** que sufran una **EMERGENCIA** mientras se encuentren entrenando o desarrollando una **PRÁCTICA DEPORTIVA** y/o participando en una competencia deportiva, y que la causa de la **EMERGENCIA O ACCIDENTE** sea derivada exclusivamente por la participación en los mismos.

En los presentes **SERVICIOS** únicamente se cubrirán **EMERGENCIAS** por **ACCIDENTES** sufridos en los siguientes tipos o líneas de **PRÁCTICA DEPORTIVA** comunes y de atletismo en El Salvador,

- a. Deportes de balón, bola y pelota (Baloncesto - Béisbol - Fútbol - Tenis - Voleibol - Softbol)
- b. Deportes de rutina diaria en la ciudad o al aire libre (Carreras - Caminata - Ciclismo)
- c. Otras prácticas



CONDICIONES GENERALES PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE  
ASISTENCIA DEL PROGRAMA  
“FITNESS ASSIST”



Natación (agua delimitada y estacionada) – gimnasia – rutinas de ejercicios aeróbicos en gimnasios

Las siguientes líneas de PRACTICAS Y/O **DEPORTE EXTREMO**, por mencionar pero sin delimitar, quedan excluidas de los presentes **SERVICIOS**:

- a. Deportes acuáticos
- b. Deportes aéreos
- c. Deportes de agarre o escala
- d. Deportes con animales
- e. Deportes ecuestres
- f. Deportes de motor
- g. Deportes de combate
- h. Deportes en patinaje
- i. Deportes en tablas
- j. Deportes de tiro

### 3.1 TRASLADO EN AMBULANCIA POR ACCIDENTE EN COMPETENCIA Y PRÁCTICA DEPORTIVA.

En caso que el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** sufra una **EMERGENCIA** médica a consecuencia de un **ACCIDENTE** ocurrido por la **PRÁCTICA DEPORTIVA** que este entrenando desarrollando, y/o en una competencia deportiva en la que este participando, que le provoque lesiones o traumatismos tales que requieran su hospitalización, previa autorización del **EQUIPO MÉDICO** de **GEA**, **GEA** coordinará y cubrirá el costo del traslado en ambulancia terrestre con el fin de lograr su estabilización y trasladarlo hasta el centro hospitalario más cercano, siempre y cuando exista la **INFRAESTRUCTURA** privada y de seguridad que lo permita. En caso de no existir, **GEA** coordinará el traslado por medio de los servicios médicos públicos en la localidad.

**GEA** no se hace responsable de los gastos en que incurra el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** en el centro médico donde este fuera trasladado, y estos gastos deberán correr por su propia cuenta.

### 3.2 CONSULTA DE EMERGENCIA POR ACCIDENTE EN COMPETENCIA Y PRACTICA DEPORTIVA CON MEDICO FISIATRA

En caso que el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** sufra una **EMERGENCIA** médica a consecuencia de un **ACCIDENTE** ocurrido por la **PRÁCTICA DEPORTIVA** que este entrenando desarrollando, y/o en una competencia deportiva en la que este participando que le provoque lesiones o traumatismos tales que requieran de la atención médica de un médico fisiatra previa autorización del **EQUIPO MÉDICO** de **GEA**, **GEA** coordinará y cubrirá el costo únicamente de la consulta médica por **EMERGENCIA** con el médico fisiatra recomendado por **GEA**,

**GEA** coordinará con la mayor celeridad posible la consulta con un médico Fisiatra para que lo examine y emita el diagnóstico inicial para realizar el tratamiento correspondiente el cual será por cuenta del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**.

**GEA** no se hace responsable de las consecuencias derivadas de estas consultas y los gastos en que incurra el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** correrán por su propia cuenta.

### 3.3 CHECK UP MEDICO (MEDICO GENERAL) EN EL LUGAR, POR ACCIDENTE EN COMPETENCIA Y PRACTICA DEPORTIVA

En caso que el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** sufra una **EMERGENCIA** médica a consecuencia de un **ACCIDENTE** ocurrido por la **PRÁCTICA DEPORTIVA** que este entrenando desarrollando, y/o en

una competencia deportiva en la que este participando que le provoque lesiones o traumatismos tales que requieran de la atención médica general en el lugar del **ACCIDENTE**, previa autorización del **EQUIPO MÉDICO** de **GEA**, **GEA** coordinará y cubrirá el costo únicamente de los honorarios médicos y la primer dosis de los medicamentos o insumos médicos que se utilicen o suministren en el lugar para la prestación del **SERVICIO** médico.

**GEA** coordinará con la mayor celeridad posible la consulta con un médico General para que lo examine y emita el diagnóstico inicial para realizar el tratamiento correspondiente el cual será por cuenta del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**.

El **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** en todo momento deberá supervisar la prestación de los **SERVICIOS**. El excedente por evento, será cubierto por el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** con sus propios recursos.

Por los **SERVICIOS** que excedieren el límite del **COSTO MÁXIMO O DEL NÚMERO MÁXIMO** de **SERVICIOS** por cada período de doce (12) meses, **GEA** deberá, antes de dar el **SERVICIO**, comunicárselo al **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** e indicarle el costo, a fin de que éste lo autorice y pague de su propio peculio.

### 3.4 ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA

Previo solicitud del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**, **GEA** brindará orientación médica telefónica, cualquier día de la semana las 24 (veinticuatro) horas del día, los trescientos sesenta y cinco (365) días del año, para que el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** pueda resolver sus consultas sobre alguna dolencia, malestar o daño corporal sufrido a causa de la **PRÁCTICA DEPORTIVA**.

**GEA** no se hace responsable de las consecuencias derivadas de estas orientaciones y los gastos en que incurra el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** correrán por su propia cuenta. Queda entendido que el **SERVICIO** se prestará como una orientación y el personal médico profesional en ningún momento diagnosticará o recetará a un paciente vía telefónica. Este **SERVICIO** será prestado de acuerdo a los montos y límites indicados en el cuadro de cobertura.

### 3.5 INFORMACIÓN TELEFÓNICA

#### 3.5.1 COMPETENCIAS, CALENDARIOS, EVENTOS DEPORTIVOS Y OTROS.

A solicitud del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**, **GEA** le proporcionará referencias de Competencias, Calendarios y eventos deportivos próximos, a fin de que el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** obtenga la información necesaria sobre el **DEPORTE** que practica.

**GEA** comunicará únicamente la información disponible y publica para tales fines, y no asumirá responsabilidad alguna en relación con la calendarización o cancelación de fechas, eventos y otros.

#### 3.5.2 TIPS DE ENTRENAMIENTO CON PERSONAL TÉCNICO (ENTRENADORES GENERALES)

Cuando el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** requiera orientación telefónica sobre Tips de Entrenamiento, **GEA** brindará dicha orientación telefónica con Entrenadores Generales, para que el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** pueda obtener la información necesaria.

**GEA** no se hace responsable de las consecuencias derivadas de estas orientaciones y los gastos en que incurra el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** correrán por su propia cuenta. Queda entendido que el **SERVICIO** se prestará como una orientación.

### 3.5.3 ORIENTACIÓN TELEFÓNICA EN NUTRICIÓN CON PERSONAL ESPECIALIZADO (NUTRICIONISTA GENERAL)

Prevía solicitud del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**, **GEA** brindará orientación con Nutricionistas Generales, cualquier día de la semana, los trescientos sesenta y cinco (365) días del año, para que el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** pueda resolver sus consultas sobre planes nutricionales.

**GEA** no se hace responsable de las consecuencias derivadas de estas orientaciones y los gastos en que incurra el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** correrán por su propia cuenta. Queda entendido que el **SERVICIO** se prestará como una orientación y el personal médico profesional en ningún momento diagnosticará o recetará a un paciente vía telefónica.

### 3.5.4 ASISTENCIA TÉCNICA TELEFÓNICA PARA CONFIGURACIÓN DE APLICACIONES DE ENTRENAMIENTO Y COMPETENCIAS

Prevía solicitud del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**, **GEA** brindará asistencia Técnica telefónica para aplicaciones de entrenamiento y competencias, cualquier día de la semana, los trescientos sesenta y cinco (365) días del año, para que el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** pueda resolver sus consultas e inconvenientes técnicos sobre el uso de aplicaciones, instalaciones y otra información técnica de aplicaciones deportivas o de entrenamiento.

**GEA** no se hace responsable de las consecuencias derivadas de estas asistencias Técnicas y los gastos en que incurra el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** correrán por su propia cuenta. Queda entendido que el **SERVICIO** se prestará como una orientación y asesoría por parte del personal técnico profesional.

## 4. LIMITACIONES A LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA

A todas las Condiciones Generales de este documento les son aplicables las exclusiones y limitaciones previstas para cada uno de los **SERVICIOS**.

Es entendido que además no quedarán cubiertos por las disposiciones de estas condiciones los siguientes:

- a) Los causados por mala fe del **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**.
- b) Averías, enfermedades o accidentes imputables a fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario, tales como inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas, temporales, derrumbes, caídas de cuerpos siderales y aerolitos, etc.
- c) Hechos y actos derivados de terrorismo, vandalismo común u organizado, motín o tumulto popular, daños intencionales, así como los causados por hostilidades, actividades de guerra declarada o no, invasión de enemigo extranjero, guerra interna, revolución, rebelión, insurrección, protesta, paro y situaciones que alteren la seguridad pública
- d) Hechos y actos de fuerzas armadas, fuerzas o cuerpos de seguridad en tiempos de paz o guerra.
- e) Los **SERVICIOS** que el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** haya gestionado, contratado y pagado por su cuenta sin previo consentimiento de **GEA**, salvo en caso de comprobada fuerza mayor que le impida comunicarse con la misma o con terceros encargados de prestar dichos **SERVICIOS**.
- f) Las enfermedades o lesiones derivadas de padecimientos crónicos, preexistentes y de las diagnosticadas con anterioridad.
- g) La asistencia y gastos solicitados por el padecimiento de una enfermedad o estados patológicos producidos por la ingestión voluntaria de alcohol, drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o

- medicamentos sin prescripción médica y tampoco la asistencia y gastos derivados de enfermedades mentales.
- h) Los relacionados con la adquisición y uso de prótesis, anteojos y asistencia por embarazo.
  - i) Cuando por orden de cualquier autoridad competente se impida la ejecución de los **SERVICIOS**.
  - j) Cuando el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente el asunto.
  - k) Cuando la persona no se identifique como **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**
  - l) Cuando el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** no incumpla cualquiera de las obligaciones indicadas en este documento
  - m) Casos fortuitos o de fuerza mayor, ambos comprobables, que impidan la prestación de los **SERVICIOS**.

### PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE LOS SERVICIOS

Con el fin de que el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** y/o **BENEFICIARIO** pueda disfrutar de los **SERVICIOS** contemplados, deberá cumplir con el siguiente procedimiento:

- a) Abstenerse de realizar gastos o arreglos sin haber consultado previamente con **GEA** e identificarse como **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** ante los funcionarios de **GEA** o ante las personas que esta última compañía contrate con el propósito de prestar los **SERVICIOS** contemplados en el presente documento.
- b) En caso de que un **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** requiera de los **SERVICIOS** a los que se refiere este documento, se procederá de la siguiente forma: se comunicará con **GEA** a través del número telefónico **2283-3323**, luego le suministrará al funcionario de **GEA** que atienda la llamada respectiva, todos los datos necesarios para identificarlo como **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**, así como los demás datos que sean necesarios con el fin de poder prestar el **SERVICIO** solicitado, tales como, por mencionar pero sin limitar, la ubicación exacta de la residencia o ubicación del accidente o siniestro, un número telefónico en el cual localizarlo, descripción del problema, el tipo de ayuda que precise.
- c) Una vez cumplidos todos los requisitos indicados, **GEA** le prestará al **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** los **SERVICIOS** solicitados a los cuales tenga derecho de conformidad con los términos, condiciones y limitaciones del presente documento.
- d) El **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** debe solicitar los **SERVICIOS** en el momento de la **EMERGENCIA**.

En caso de que el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO** no cumpla con los requisitos indicados, **GEA** no asumirá responsabilidad ni gasto alguno relacionado con los **SERVICIOS** del presente documento ante **BANCO PROMERICA** y el **AFILIADO Y/O BENEFICIARIO**.

### **PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS:**

Queda entendido que **GEA** podrá prestar los **SERVICIOS** en forma directa o a través de terceros con quienes dicha compañía contrate bajo su responsabilidad, siempre y cuando exista en la localidad que se solicita el **SERVICIO** y la **INFRAESTRUCTURA Y SEGURIDAD PÚBLICA O PRIVADA**, necesaria para prestar dichos **SERVICIOS**.