BNF

interasistencia

Asistencia al Viajero

Brindamos soluciones a cualquier situación imprevista que se presente durante el viaje, solucionando inconvenientes para que su estadía sea mejor

Conceptos

Beneficiario del Servicio:

Tarjeta habientes titulares de VISA/MASTERCARD emitidas por el Banco, de hasta 70 años.

- Titular, Cónyuge e Hijos menores de 18 años, que viajen conjuntamente
- Adicionales

Vigencia del Beneficio:

- Exterior hasta 90 días
- Territorio Paraguayo hasta 30 días

Cubrimos:

- ✓ Enfermedades repentinas y agudas
- ✓ Accidentes
- ✓ Están excluidas las enfermedades pre-existentes.
- ✓ COVID 19 – contraído en país de destino.

interasistencia

Como Solicitar la Asistencia

El beneficiario deberá comunicarse con INTERASISTENCIA, al número telefónico exclusivo para la asistencia.

Número: + 595 21 249 4360

Desde Operaciones se realizada la corroboración de datos del Cliente para posterior coordinación de la Asistencia medica.

interasistencia

DESCRIPCION DE LAS PRESTACIONES

Topes de Cobertura

	Tope de Cobertura	
Afinidades	**Exterior**	**Interior**
CLASICA	10.000	1.200
ORO	20.000	1.200
PLATINUM	35.000	1.200

Cobertura en caso de COVID-19 incluida dentro del tope.

interasistencia

Prestaciones

AMBITO NACIONAL *Clasica / Oro */ Platinum**

Se considera a partir de los 40 km. fuera del domicilio declarado al banco por el beneficiario.

Asistencia Médica - USD 1.200

Traslado Sanitario en caso de accidente o enfermedad - incluido

Atención Odontológica de urgencia – USD 150

Medicamentos Ambulatorios – USD 100

Repatriación de Restos y traslado de los acompañantes - incluido

Servicio de Información Pre-Viaje -

***Asistencia de Cerrajero para Vehiculo –** 1 evento por Semestre (2 al año) Gs. 150.000 Oro y Platinum

interasistencia

Prestaciones

AMBITO INTERNACIONAL *Clasica / Oro* / Platinum**

Asistencia médica - USD 10.000 / 20.000 / 35.000

Transporte o repatriación sanitaria.

Medicamentos ambulatorios - USD 100 / 300 / 300

Atención odontológica en urgencia - USD 150 / 200 / 300

***Prolongación de la estancia del beneficiario en el extranjero por accidente o enfermedad –** USD 50 / 100 por dia, hasta 10 dias

Repatriación de restos y traslado de los acompañantes

interasistencia

Prestaciones

AMBITO INTERNACIONAL *Clasica / Oro* / Platinum**

***Desplazamiento de un familiar del beneficiario -** Inlcuido

***Estancia de un familiar del beneficiario -** USD 100 / 150 por dia, hasta 5 dias

***Regreso anticipado por fallecimiento de un familiar directo -** incluido

***Asistencia legal en materia de accidente de transito**

- Adelanto Honorarios de abogados USD 1.500
- Anticipo de fianza USD 2.500

Localización de equipaje

***Demora de Equipaje –** USD 250 (solo Platinum)

***Compensación económica por perdida de equipaje –** USD 60/kg, hasta máximo 20kg

interasistencia

EXCLUSIONES

Asistencia al Viajero

EXCLUSIONES

- Tratamientos
- Enfermedades Mentales
- Enfermedades derivadas por ingestión de drogas, alcohol, medicamentos no recetados.
- Embarazo y parto superior a 6 meses
- Suicidio
- Repatriación de Restos por viaje con fines de tratamiento medico
- Consecuencias derivas de la practica de deportes extremos o peligrosos y/o profesionales
- Gastos de prótesis, ortesis, accesorios complementarios
- Visitas medicas de control
- Beneficiario cuya residencia habitual sea en el extranjero
- Y mas.

interasistencia

REINTEGROS

Requisitos para que se haga efectivo el reintegro

1. El cliente se debe comunicar al call center para avisar cada percance que tuvo dentro del tiempo establecido:

- ✓Asistencia Médica: dentro de las 48horas
- ✓Perdida de equipaje: dentro de las 24horas

2. El cliente tiene hasta 60 días corridos a partir del día 1 de su regreso al país, para solicitar el reintegro.

3. Completar formulario en su totalidad

4. Anexar los comprobantes correspondiente a su viaje y la atención medica recibida. (reporte medico, diagnóstico, facturas originales, comprobantes de pago, sello de salida y entrada al país.)

interasistencia

interasistencia

PLANILLA DE PEDIDOS DE REINTEGRO VIAJERO

FECHA RECEPCIÓN EN LA ENTIDAD: ..... / ..... /.....

FECHA ENTREGA A INTERASISTENCIA: ..... / ..... /.....

Núm. Teléfono que llamó para asistencia: .....

Nombre operador que atendió su llamado: .....
(al momento de solicitar asistencia)

Nº de tarjeta que brindó al momento de la asistencia: .....

Tipo de tarjeta: Clásica ☐ Oro ☐ Platinum ☐ Infinite ☐ Black ☐ Otra ☐.....

DATOS DEL CLIENTE:

Nombre y apellido del titular de la tarjeta: .....

Nombre y apellido del paciente: .....

Relación sanguínea entre el titular y el paciente:.....

Domicilio: .....

Teléfonos de contacto: ..... / ..... / .....

Fecha inicio del viaje: ..... / ..... / ..... Fecha de regreso a Paraguay: ..... / ..... / .....

País donde requirió la asistencia: .....

Monto reclamado: ..... Moneda: .....

RELATO BREVE DE LO OCURRIDO:

_____

_____

_____

Reconozco que son documentos indispensables para el reintegro de los gastos los detallados abajo y que sin ellos la entidad no iniciará ningún trámite solicitando la cobertura por reintegro:

Marcar sólo documentos entregados.

ASISTENCIA MÉDICA

A) Reporte médico o relatorio médico. ☐

B) Epicrisis o historial médico en caso de internación. ☐

C) Facturas originales

* Atención médica / Honorarios médicos / Internación ☐
* Compra de medicamentos ☐
* Análisis / Estudios médicos ☐

D) Pasajes o comprobantes de entrada y salida del país. ☐

PÉRDIDA DE EQUIPAJE

A) Ticket de embarque del equipaje. ☐

B) Doc. de denuncia de la pérdida de equipaje en la compañía aérea. ☐

C) Doc. de la compañía aérea reconociendo la pérdida del equipaje. ☐

D) Pasajes o comprobantes de entrada y salida del país. ☐

OTROS CASOS

_____ ☐

_____ ☐

OBS.: En todos los casos deberá venir acompañado de copia de cédula del titular y del beneficiario asistido.
El análisis del caso inicia a partir de la entrega completa del legajo.

* FIRMA CLIENTE QUE ENTREGA

* FIRMA DE QUIEN RECIBE EN LA ENTIDAD

** Las firmas por parte del cliente y entidad son de caracter obligatorio.*

..... ACLARACIÓN DE FIRMA

..... ACLARACIÓN DE FIRMA Y SELLO

interasistencia

interasistencia

Asunción, 14 de diciembre del 2021

CERTIFICADO DE COBERTURA

Por medio del presente certificamos que _____ con C.I Civil Nº: _____, titular de una tarjeta de crédito **CL** Nº XXXXX*****XXXX emitida por **BANCO NACIONAL DE FOMENTO**, cuenta con el servicio de asistencia al viajero brindado por la empresa **INTERASISTENCIA S.A.**, para casos de accidente, enfermedad súbita o urgencias médicas y odontológicas sobrevenidas con posterioridad al inicio del viaje. **La cobertura también es aplicada en caso de contraer Covid-19 durante el viaje y su cobertura está incluida dentro del tope de la asistencia de la tarjeta**. Destacamos que dichos beneficios son para **viajes al exterior de una duración máxima de 90 días** por viaje, a partir de la fecha de **salida de la República del Paraguay**.

El límite de cobertura del servicio de asistencia al viajero es de Dólares Estadounidenses cincuenta mil **(USD 10.000,00).**

En caso de necesitar asistencia se debe comunicar en el momento de la emergencia al teléfono **(+59521) 249 4360**.

Las condiciones de la cobertura, y los límites, se encuentran en el sitio web de su Banco.

Se extiende el presente certificado a solicitud de la interesada a los efectos de su presentación ante las autoridades migratorias del país a ser visitado.

Este documento **no** es un certificado de garantía de pago de cobertura médica.

Fabrice Fretes
Ejecutivo de Cuentas
INTERASISTENCIA S.A.

interasistencia

Dejá a mi cargo.

interasistencia