

swisscare

Seguro médico Internacional para Estudiantes en Europa

Condiciones generales de seguro
ISIE-GIC-012026

Asegurado por

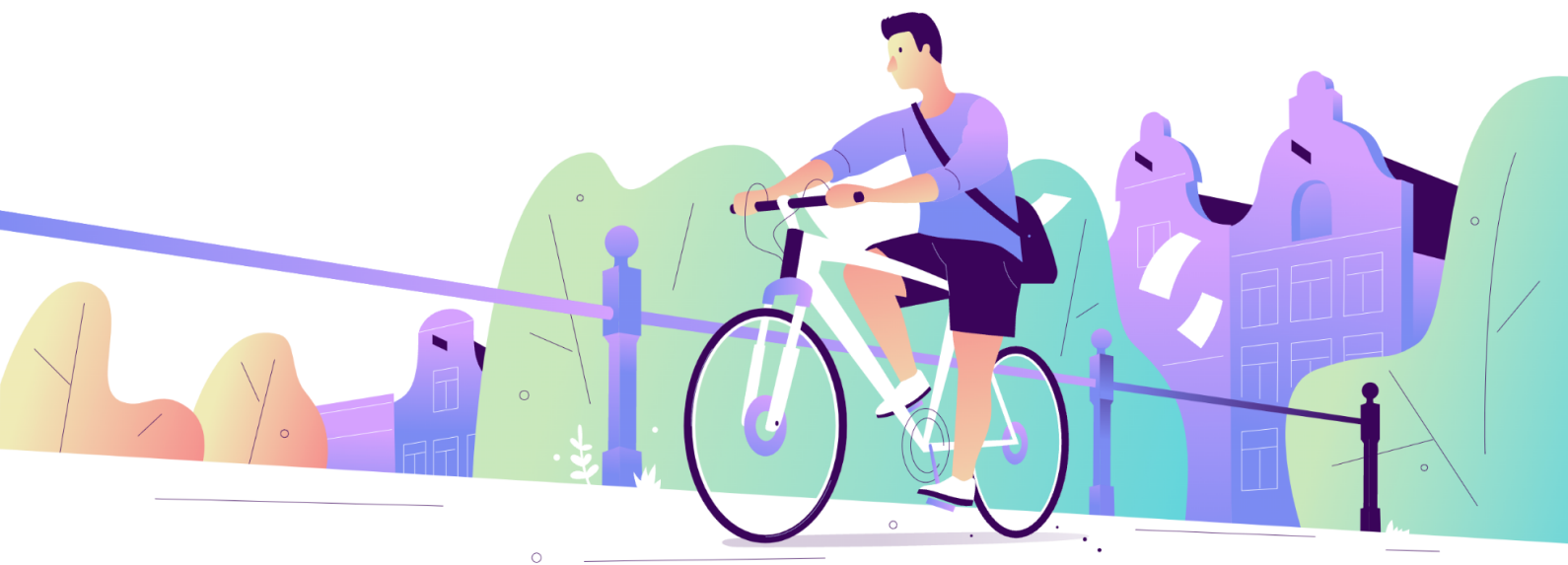




Tabla de contenidos

Información importante

- 1. Definiciones**
 - 1.1 ¿Quién es el asegurador?
 - 1.2 ¿Quién es el tomador del seguro?
 - 1.3 ¿Quién es el asegurado?
 - 1.4 ¿Qué se entiende por "familia"?
 - 1.5 ¿Quién es un familiar?
 - 1.6 ¿Qué es un tercero?
 - 1.7 ¿Qué es una solicitud de seguro?
 - 1.8 ¿Qué es un certificado de seguro?
 - 1.9 ¿Qué es un contrato de seguro?
 - 1.10 ¿Qué es una póliza de seguro?
 - 1.11 Destino y territorio
 - 1.12 ¿Qué es un siniestro?
 - 1.13 ¿Qué es un accidente?
 - 1.14 ¿Qué es una enfermedad repentina?
 - 1.15 ¿Qué es una enfermedad preexistente?
 - 1.16 ¿Qué es una "central de alarma"?
 - 1.17 ¿Qué es una hospitalización?
 - 1.18 ¿Qué es un centro de tratamiento de urgencia?
 - 1.19 ¿Qué se entiende por "equipaje"?
 - 1.20 ¿Qué son los efectos personales?
 - 1.21 ¿Qué se entiende por objetos preciosos?
 - 1.22 ¿Qué son los objetos de valor?
 - 1.23 ¿Qué es una indemnización?
 - 1.24 ¿Qué es una franquicia (deducible)?
 - 1.25 ¿Qué es el país de origen?
 - 1.26 Tratamiento médico de urgencia

- 2. Disposiciones generales**
 - 2.1 Base jurídica
 - 2.2 Objeto de la cobertura y hechos asegurados
 - 2.3 Duración de la póliza
 - 2.4 Periodos de cobertura
 - 2.5 Cobertura de urgencia
 - 2.6 Primas
 - 2.7 Anulación y reembolso de la prima de seguro
 - 2.8 Coberturas parciales
 - 2.9 Subrogación y tercero responsable
 - 2.10 Subsidiariedad de la cobertura del seguro
 - 2.11 Intransferibilidad de las deudas a terceros
 - 2.12 Obligaciones del asegurado
 - 2.13 Consecuencias del incumplimiento de las obligaciones
 - 2.14 Doble aseguramiento
 - 2.15 Incumplimiento de la obligación de información
 - 2.16 Agravación del riesgo
 - 2.17 Alcance de los gastos cubiertos
 - 2.18 Exclusiones generales
 - 2.19 Limitación general de la cobertura
 - 2.20 Importe máximo de indemnización por caso
 - 2.21 Modificación de las condiciones del seguro
 - 2.22 Cláusula de divisibilidad
 - 2.23 Rescisión del contrato
 - 2.24 Prescripción
 - 2.25 Régimen jurídico
 - 2.26 Validez



- 3. Asistencia**
 - 3.1 Territorial
 - 3.2 Coberturas
 - 3.3 Límites

- 4. Gastos médicos**
 - 4.1 Coberturas
 - 4.2 Reconocimiento de los proveedores de servicios médicos
 - 4.3 Hospitalización
 - 4.4 Gastos de laboratorio y radiografías
 - 4.5 Medicación
 - 4.6 Fisioterapia prescrita tras la hospitalización
 - 4.7 Tratamiento odontológico de urgencia
 - 4.8 Alcance de las coberturas del seguro
 - 4.9 Limitaciones y exclusiones

- 5. Retraso del equipaje**
 - 5.1 Servicio en caso de retraso del equipaje
 - 5.2 Limitaciones y exclusiones

- 6. Pérdida o robo de equipaje**
 - 6.1 Servicios para el seguro de equipaje
 - 6.2 Limitaciones especiales de la cobertura del seguro
 - 6.3 Obligaciones del asegurado

- 7. Responsabilidad civil**
 - 7.1 Cobertura
 - 7.2 Explicaciones
 - 7.3 Procedimiento
 - 7.4 Condiciones de indemnización
 - 7.5 Limitaciones especiales de la cobertura del seguro

- 8. Capital en caso de accidente**
 - 8.1 Límite de edad
 - 8.2 Coberturas relativas al pago de un capital en caso de accidente
 - 8.3 Pago del capital en caso de fallecimiento
 - 8.4 Pago del capital en caso de invalidez
 - 8.5 Parámetros de indemnización
 - 8.6 Limitaciones
 - 8.7 Obligaciones en caso de siniestro

Lista de Coberturas



Información importante

El asegurador

Anker Insurance Company n.v., con domicilio social en Paterswoldseweg 812 en 9728 BM Groningen, en las presentes condiciones de la póliza denominada "Anker". Anker está registrada en la Autoridad de los Mercados Financieros (AFM) con el número 12000661 y está autorizada por el De Nederlandsche Bank ("DNB").

El proveedor de asistencia y el servicio de alarma

B.V. Nederlandse Hulpverleningorganisatie - SOS International, Rietbaan 40, 2908 LP, Capelle aan den IJssel, Países Bajos, es responsable de la asistencia médica durante el periodo de seguro o en el marco de otros eventos enumerados en el contrato de seguro. La cobertura y las condiciones se determinan en el contrato de seguro, en cualquier acuerdo adicional por escrito, en los CGS y en las disposiciones legales vigentes aplicables.

Se aplicarán las CGS. En nombre y a petición del asegurador, B.V. Nederlandse Hulpverleningorganisatie - SOS International proporciona asistencia de emergencia y acceso a las personas aseguradas.

Departamento de Siniestros

De Goudse Verzekeringen, Bouwmeesterplein 1, 2801 BX Gouda, Países Bajos, se encarga de tramitar los siniestros en nombre de la aseguradora.

Conformidad

Los productos y servicios de los aseguradores pueden no estar disponibles en todas las jurisdicciones y están expresamente excluidos de esta póliza donde estén prohibidos por la legislación aplicable, incluidas, entre otras, las leyes anticorrupción y los programas de sanciones económicas. Cualquier cobertura de este tipo será nula y sin efecto. La póliza Studentpass no sustituye la participación en un plan de seguro médico estatal o local, ni el cumplimiento de cualquier otro requisito legislativo de cualquier país.

El asegurador y el tomador del seguro/asegurado acuerdan que, salvo que se indique explícitamente en las presentes CGS de la póliza de seguro, ninguno de ellos, ni nadie que actúe en su nombre, ha ofrecido o proporcionado nada de valor en relación con esta póliza de seguro.

Orden de precedencia de las cláusulas de los GIC

Las cláusulas generales sólo son válidas en la medida en que no entren en contradicción o conflicto con las disposiciones y cláusulas de los distintos tipos de cobertura. En caso de contradicción o conflicto, la cláusula de la cobertura específica prevalecerá sobre la cláusula general.

1. Definiciones

1.1 ¿Quién es el asegurador?

Anker Insurance Company n.v., con domicilio social en Paterswoldseweg 812 en 9728 BM Groningen, en las presentes condiciones de la póliza denominada "Anker". Anker está registrada en la Autoridad de los Mercados Financieros (AFM) con el número 12000661 y está autorizada por el De Nederlandsche Bank ("DNB").

1.2 ¿Quién es el tomador del seguro?

La persona física o jurídica que solicita y suscribe la póliza de seguro en su propio nombre o en nombre de un tercero y que, en consecuencia, es responsable del pago de la prima de seguro.

Cuando el seguro se contrata para un tercero, el asegurado es el único beneficiario. Los compromisos que el asegurado haya podido contraer con terceros no afectan a las partes del contrato, aunque dichos compromisos hayan influido en su firma.

1.3 ¿Quién es el asegurado?

La persona que se beneficiará de la cobertura del seguro.

El término genérico "asegurado" y los términos correlativos se utilizarán indistintamente en el texto siguiente para referirse a ambos sexos.

El seguro se aplica exclusivamente a las personas o grupos de personas designadas como beneficiarios en el contrato de seguro o en una lista nominativa que forma parte del contrato de seguro. La edad mínima de acceso es de 18 años



y la edad máxima de acceso es de 59 años.

El asegurado puede ser un estudiante, becario, au pair, académico, investigador o un miembro de su familia (cónyuge - hijos) que estudie en la UE/EEE o un residente en la UE/EEE que estudie en el extranjero.

1.4 ¿Qué se entiende por "familia"?

Dos adultos y sus hijos menores de 18 años, identificados en el contrato de seguro.

1.5 ¿Quién es un familiar directo?

Parientes por consanguinidad y afinidad en primer o segundo grado y la pareja de hecho del asegurado.

Se trata de los parientes por consanguinidad o afinidad:

Consanguinidad en primer grado

- a. padres y padres adoptivos
- b. hijos e hijos adoptivos.

Consanguinidad en segundo grado

- a. abuelos
- b. nietos
- c. hermanos y hermanas.

Parentesco en primer grado

- a. suegros y suegros adoptivos
- b. los hijos e hijos adoptivos de la pareja de hecho
- c. la pareja de hecho de los hijos y de los hijos adoptivos.

Parentesco en segundo grado

- a. los abuelos de la pareja de hecho
- b. los nietos de la pareja de hecho
- c. los hermanos y hermanas de la pareja de hecho.

1.6 ¿Qué es un tercero?

Persona que no tiene ningún tipo de parentesco con el asegurado, no es su cónyuge ni su compañero de piso y no está vinculada a él por trabajo ni funciona como órgano de la empresa.

1.7 ¿Qué es una solicitud de seguro?

La solicitud presentada por el solicitante al asegurador con vistas a celebrar un contrato de seguro. Esta solicitud no significa que se haya celebrado el contrato.

El hecho de que el asegurador haya enviado el formulario de solicitud de seguro al solicitante no constituye una oferta para contratar un seguro ni puede sustituir a una póliza de seguro.

1.8 ¿Qué es un certificado de seguro?

Documento que la aseguradora expide al solicitante, previa petición, para que éste pueda dirigirse a las autoridades (consulados, etc.) con el fin de realizar los trámites necesarios. Con este documento, que sólo se emite tras recibir el pago de la prima, la aseguradora declara su voluntad de celebrar un acuerdo con el solicitante siempre que se cumplan posteriormente todos los puntos esenciales del contrato. Una confirmación no es un contrato de seguro. El asegurador tiene derecho a dar la información pertinente a los terceros interesados en caso de reembolso de primas.

1.9 ¿Qué es un contrato de seguro?

El contrato de seguro es una declaración mutuamente acordada entre el solicitante y el asegurador que incluye todos los puntos esenciales de la relación contractual.

A continuación se mencionan los puntos esenciales del contrato de seguro:

- a. revisión y aprobación de los GIC en vigor;
- b. cumplimentación y firma del formulario de solicitud de seguro y de los posibles anexos;
- c. pago de la prima en su totalidad por el asegurado - los gastos que puedan producirse al efectuar el pago corren a cargo del asegurado;
- d. aceptación de la solicitud por el asegurador y voluntad de celebrar un contrato.

Un contrato de seguro a terceros nunca puede cubrir ni interpretarse que cubre simultáneamente al tomador del seguro y a un tercero.

1.10 ¿Qué es una póliza de seguros?

Documento que confirma y prueba la existencia de un contrato de seguro y registra los derechos y obligaciones de



las partes.

1.11 Destino y territorio

El país de destino es el lugar al que el asegurado tiene previsto desplazarse durante el viaje.

El territorio es la zona geográfica o política, definida en el contrato de seguro y en las CGS aplicables, en la que entran en vigor las obligaciones contractuales y dentro de la cual se encuentra el lugar de destino.

El asegurado está cubierto en todo el mundo, incluido el espacio Schengen, pero fuera del país de origen. Países como los territorios de EE.UU. y Canadá no entran dentro de los territorios cubiertos y están excluidos de cualquier cobertura de seguro.

1.12 ¿Qué es una reclamación?

Acontecimiento involuntario por el que se puede reclamar un seguro, que se produce dentro del periodo y en las condiciones especificadas en el contrato de seguro y que hace que el asegurador cumpla la obligación de prestar servicios al asegurado dentro de las limitaciones legales y contractuales.

1.13 ¿Qué es un accidente?

Cualquier acontecimiento súbito, inesperado e involuntario que afecte al cuerpo humano y por el que se pueda reclamar una indemnización como consecuencia de una fuente violenta y externa que cause daños corporales al asegurado y pueda identificarse objetivamente.

1.14 ¿Qué es una enfermedad repentina?

Cualquier cambio negativo no intencionado de la salud del asegurado que requiera una consulta, tratamiento o cuidados médicos y que no sea consecuencia de un accidente ni se deba a una enfermedad preexistente.

1.15 ¿Qué es una enfermedad preexistente?

Se define como condición preexistente toda lesión, enfermedad, dolencia, trastorno o afección física, médica, mental o nerviosa que, con una certeza médica razonable, existiera en el momento de la solicitud del seguro o en cualquier momento durante los seis meses previos a la fecha de entrada en vigor del seguro, haya o no sido previamente manifestada o sintomática, diagnosticada, tratada o revelada antes de dicha fecha.

Esto incluye cualquier complicación o consecuencia posterior, crónica o recurrente relacionada con dicha condición o derivada de ella, incluyendo, entre otras, la diabetes, el asma, el síndrome premenstrual (SPM), el trastorno disfórico premenstrual (TDPM), la hipertensión o los trastornos de la tiroides.

Esta definición también se aplica en caso de agravamiento de una condición preexistente o de una condición médica causada por una condición preexistente.

Se recomienda encarecidamente que el asegurado se someta, a sus expensas, a un chequeo médico completo antes de suscribir un seguro.

1.16 ¿Qué es un servicio de asistencia?

Se refiere a los medios de asistencia y al equipo formado por médicos, técnicos y operarios que la aseguradora pone a disposición de los asegurados para ofrecer un servicio 24 horas al día, 365 días al año.

Teléfono: +3150 520 9780

Email: alarmservice@anker.nl

1.17 ¿Qué es una hospitalización?

Ingreso en un establecimiento hospitalario (hospitalización) por un periodo de 24 horas o más para un tratamiento de urgencia inaplazable. Un hospital es una institución para el cuidado, examen y tratamiento de pacientes y/o heridos, generalmente reconocida como tal por las autoridades oficiales legalmente competentes.

1.18 ¿Qué es un centro de tratamiento de urgencia?

El lugar al que se lleva al asegurado tras un siniestro con el fin de prepararlo para su traslado o repatriación.

1.19 ¿Qué se entiende por "equipaje"?

Maletas u otros contenedores (bolsas de viaje, mochilas, etc.) y los efectos personales que contengan.

1.20 ¿Qué son los efectos personales?

Artículos destinados al uso personal del asegurado durante el viaje, es decir, ropa, zapatos, artículos de aseo, etc..



1.21 ¿Qué se entiende por objetos preciosos?

Objetos fabricados con o que contengan metales preciosos (platino, oro, plata), piedras preciosas o perlas o cualquier otra sustancia valiosa (marfil, ámbar, etc.).

1.22 ¿Qué son los objetos de valor?

Objetos que no son preciosos pero que siguen teniendo un valor de mercado, como pieles, obras de arte (cuadros, estatuas, etc.), gafas, prismáticos, cámaras, videocámaras, equipos audiovisuales, equipos informáticos, vídeos, equipos deportivos (esquí, raquetas de tenis, palos de golf, tablas de surf, etc.).

1.23 ¿Qué es la indemnización?

La indemnización implica cubrir los costes de todos los servicios que el asegurador debe prestar en caso de siniestro. Los límites máximos de las prestaciones especificados por los GIC, así como la lista de coberturas que se aplican a cada aspecto de la cobertura.

1.24 ¿Qué es una franquicia (deducible)?

La cantidad fija especificada en la póliza que corre a cargo del asegurado en caso de siniestro.

1.25 ¿Qué es el país de origen?

El país de origen es el país en el que el asegurado ha tenido su residencia permanente o habitual antes de partir hacia el país de destino como se menciona en la póliza.

1.26 Tratamiento médico de urgencia

Esta cláusula cubre los tratamientos médicos de urgencia que sean médicamente necesarios y que se hayan producido durante el periodo de cobertura del seguro, como consecuencia de que el asegurado haya sufrido una lesión corporal o haya enfermado durante el periodo de seguro y que no puedan posponerse hasta el regreso al país de origen del asegurado, y que no estén cubiertos por ninguna otra fuente, incluida cualquier caja de prestaciones hospitalarias o médicas. Por tratamientos médicos debe entenderse:

- a. Todos los tratamientos médicos de urgencia necesarios efectuados por médicos y/o cirujanos, sus prescripciones, exámenes y gastos similares directamente relacionados con el tratamiento médico;
- b. Todos los tratamientos médicos o quirúrgicos razonables en la sala pública o en la habitación semiprivada de un hospital mientras sea necesaria la asistencia o el tratamiento en un hospital;
- c. Todos los desplazamientos razonables de una ambulancia para trasladar al asegurado al hospital más cercano en caso de que el asegurado sufra una discapacidad que haga inviable el uso del transporte público.

Sólo se reembolsará una solicitud en virtud de esta cláusula si ha sido prescrita por un médico colegiado.

2. Disposiciones generales

2.1 Base jurídica

El contrato de seguro se rige por las presentes CGS, así como por la lista de coberturas que se considera parte integrante del contrato de seguro. Se aplicarán las disposiciones generales siempre que las disposiciones especiales que sean de aplicación no especifiquen lo contrario.

2.2 Objeto de la cobertura y hechos asegurados

Objeto de la cobertura:

- a. El asegurador proporciona asistencia, dentro del marco legal y contractual, en caso de situaciones difíciles o de emergencia durante un viaje o una visita dentro del territorio definido en el contrato de seguro.
- b. De acuerdo con las obligaciones contractuales, el asegurador prestará ayuda inmediata, ya sea en metálico o en especie, al asegurado cuando éste se encuentre en dificultades como consecuencia de un evento asegurado, tal y como se define en el contrato de seguro.
- c. La prestación de ayuda de emergencia no excluye la posibilidad de recibir ayuda de acuerdo con el contrato de seguro. No obstante, el asegurador sólo tomará la decisión tras haber recibido toda la documentación e información necesarias.
- d. Esta cobertura de seguro complementa los seguros de la Seguridad Social, así como otros seguros que el asegurado haya suscrito y sean insuficientes. Lo mismo ocurre con otros servicios prestados por la afiliación a una asociación.

Los sucesos asegurados son sucesos no excluidos por los GIC que se producen fuera del país de origen durante la vigencia de la póliza y que están cubiertos por las condiciones del contrato de seguro.

2.3 Duración de la póliza

La duración de la póliza es el periodo de tiempo, acordado previamente por las partes del contrato de seguro, dentro



del cual el asegurado puede tomar uno o varios periodos de cobertura. Un periodo de cobertura es el tiempo efectivo que el asegurado viaja y permanece en el extranjero. Toda la estancia debe tener lugar dentro de la duración de la póliza.

La duración máxima del contrato de seguro es de 12 meses.

2.4 Periodos de cobertura

El periodo de cobertura se establece en el contrato de seguro.

La cobertura del seguro entrará en vigor cuando el asegurador haya aceptado la solicitud e informado al solicitante de las condiciones en las que se emitirá el seguro y se haya abonado al asegurador la prima acordada.

En cualquier caso, el asegurado deberá acreditar la condición de estudiante mediante un certificado de inscripción / matrícula, así como la condición de residente temporal o equivalente con un visado o permiso de residencia.

En cualquier caso, el familiar asegurado (cónyuge o hijos) deberá acreditar la condición de estudiante de la persona a su cargo mediante un certificado de inscripción/inscripción, así como la condición de residente temporal o su equivalente con visado o permiso de residencia.

En cualquier caso, el periodo de cobertura comenzará, como muy pronto, a medianoche (12 h) de la fecha de inicio de la duración de la póliza y finalizará, como muy tarde, a medianoche (12 h) del día de finalización de la duración de la póliza.

Si una persona asegurada es ingresada en un hospital y la cobertura finaliza tras la expiración de la póliza, habrá cobertura hasta la primera fecha posible de regreso al país de origen del asegurado.

2.5 Cobertura de emergencia

Todas las prestaciones indicadas en las presentes condiciones de seguro y en el resumen de coberturas están cubiertas en caso de urgencia y/o emergencia médica. Si el asegurado viaja con el propósito de recibir tratamiento, y los tratamientos fueron el único motivo o uno de los motivos para iniciar el viaje, no hay cobertura a menos que hubiera una aprobación previa otorgada por el Servicio de Alarma. No están cubiertos los tratamientos médicos planificados considerados como no urgentes.

2.6 Prima

La recepción del pago de la prima por parte del asegurador es una parte esencial del contrato de seguro, independientemente del método de pago.

El pago de las primas debe efectuarse en su totalidad, los posibles gastos de transacción corren a cargo del asegurado.

El seguro debe solicitarse y la prima pagarse a más tardar en el momento de la salida.

2.7 Anulación y reembolso de la prima del seguro

El asegurado puede cancelar el seguro y solicitar un reembolso si se cumplen las dos condiciones siguientes:

- La aseguradora reembolsará la prima si el asegurado u otra persona elegible puede demostrar con documentos oficiales que el asegurado no puede viajar. Esto incluye:
 - un certificado médico,
 - un certificado de defunción,
 - una citación de la policía, tribunal o gobierno,
 - o justificante de que al asegurado se le negó una visa (como una carta de rechazo de la embajada o consulado).
- El asegurado solo puede cancelar la póliza y solicitar un reembolso antes de la fecha de inicio de la cobertura, indicada en el certificado de seguro. Después de esa fecha, la cancelación y el reembolso ya no serán posibles.

Si se aprueba un reembolso, este se realizará utilizando el mismo método de pago y la misma moneda que el asegurado haya utilizado. Cualquier comisión bancaria o de tarjeta de crédito no será reembolsada.

El tomador/asegurado dispondrá de un plazo de catorce (14) días naturales para rescindir la póliza sin penalización alguna y sin necesidad de justificación. El plazo de derecho de desistimiento comenzará a contar desde el día de la celebración del contrato online. El tomador/asegurado tendrá derecho a la devolución de la totalidad de la prima abonada, siempre que no haya presentado ninguna reclamación. La póliza de seguro no podrá cancelarse después de la fecha de inicio de la misma.



Para cumplir este plazo basta con que el tomador/asegurado envíe su notificación de rescisión por correo postal o electrónico a la aseguradora. No se devuelve la prima una vez transcurrido el plazo de anulación de catorce días naturales.

2.8 Coberturas parciales

Si el asegurado no utiliza o sólo utiliza parcialmente las coberturas proporcionadas por el asegurador, éste no está obligado a suministrar una compensación en metálico ni servicios alternativos de ningún tipo.

Si los costes derivados de un siniestro son inferiores a los especificados en el contrato de seguro, el asegurado no tiene derecho a reclamar la diferencia.

2.9 Subrogación y tercero responsable

Los derechos y demandas de cualquier persona física o jurídica que se beneficie total o parcialmente de las garantías previstas en la póliza de seguro, tal y como se indica en las presentes CGS, contra el tercero responsable del siniestro, pasarán al asegurador hasta el nivel de la indemnización pagada por el asegurador.

El asegurador se subroga, dentro de los límites de las coberturas y derechos contractuales de todas las personas físicas y jurídicas, beneficiarias o partes de las garantías de seguro mencionadas en las CGS, en los derechos y litigios del asegurado contra los terceros responsables del daño, tras la prestación de asistencia o el pago de indemnizaciones.

Si, por culpa del asegurado, la subrogación ya no puede producir sus efectos a favor del asegurador, éste podrá reclamar al asegurado la restitución de la indemnización pagada, hasta el límite del perjuicio sufrido.

Salvo en caso de delito doloso, el asegurador no podrá repetir contra los descendientes, ascendientes, cónyuge o parientes más próximos directamente emparentados con el asegurado, ni contra las personas que vivan en el domicilio de éste, sus invitados o miembros del personal doméstico.

2.10 Subsidiariedad de la cobertura de seguro

El asegurador sólo intervendrá una vez agotada la cobertura concedida por otros organismos de previsión, seguro y asistencia o servicios de seguridad social a los que tenga derecho el asegurado.

2.11 Intransferibilidad de las deudas a terceros

No se puede transferir ningún derecho o deuda derivado del contrato de seguro. En particular, el beneficiario no puede ceder ningún derecho a un familiar, hospital, empresa, asegurado, compañero de trabajo, autoridades, etc.

2.12 Obligaciones del asegurado

El Servicio de asistencia es sólo para situaciones de emergencia. Puede ponerse en contacto con nosotros, por ejemplo, en caso de repatriación, accidente, hospitalización tratamiento clínico (ambulatorio) en un hospital, hospitalización y su regreso por indicación médica. **Importante:** el reembolso de estos costes requiere el permiso expreso del servicio de alarmas

Servicio de Asistencia

Teléfono: +31 50 520 9780

Email: alarmservice@anker.nl

Estará a su disposición 24 horas al día, 7 días a la semana. Le asesoraremos sobre los pasos a seguir y organizaremos el apoyo necesario.

Departamento de Siniestros

El Departamento de Reclamaciones gestiona sus reclamaciones. Por ejemplo, los daños en el equipaje y los gastos de visita al médico en caso de enfermedad. Puede notificar un daño en tu cuenta personal online en www.swisscare.com o utilizar la app. Notifique siempre los daños lo antes posible.

Teléfono: +3150 520 9974

Email: swisscare@goudse.com

Estamos a su disposición de lunes a viernes en horario de oficina. Le asesoraremos sobre cómo comunicar un siniestro y qué datos debe facilitar.



¿Qué hacer en caso de emergencia?

Para poder beneficiarse del asesoramiento y los servicios de este seguro, es necesario ponerse en contacto con el Servicio de Alarma inmediatamente después del siniestro y antes de realizar cualquier consulta.

Esta llamada telefónica previa debe realizarse de inmediato, ya que es una de las obligaciones fundamentales que debe cumplir el asegurado. El asegurado reconoce y acepta, que el asegurador, el Servicio de Alarma, o cualquier tercero que sea mandatado por el asegurador, le proporcionará asesoramiento, y/u otros servicios, como prestaciones del seguro. El incumplimiento de este requisito conllevará la pérdida de los derechos del asegurado o de cualquier beneficiario a la reclamación o a las prestaciones.

Si el asegurado se encuentra en la imposibilidad absoluta de notificar inmediatamente al asegurador y se puede demostrar que un contacto personal o indirecto con el Servicio de Alarma antes de consultar a un médico en el momento del suceso era imposible debido a la situación de riesgo vital del asegurado, una notificación rápida razonable por parte del asegurado, el tomador del seguro, la policía, el hospital o cualquier parte del incidente se considerará una notificación válida.

Pago por adelantado de todos los gastos

Todos los gastos por siniestros deben abonarse por adelantado antes de que el asegurador proceda al reembolso, salvo:

- Ingreso en un hospital para tratamientos en régimen de hospitalización
- Búsqueda y rescate

En los casos anteriores, se deben facilitar inmediatamente al asegurador los datos de contacto completos del hospital o de las autoridades para establecer una garantía de pago.

Los reembolsos de la aseguradora sólo se efectúan en cuentas bancarias. El asegurado debe mencionar en el formulario de reclamación los datos bancarios en los que el asegurador debe efectuar el reembolso.

Documentos e información que deben facilitarse en caso de siniestro

Todos los documentos deben presentarse a la aseguradora lo antes posible; no obstante, a más tardar 365 días después de la ocurrencia del siniestro, acreditada mediante sello postal o certificación oficial, el asegurado deberá facilitar a la aseguradora, espontáneamente y a sus expensas, los documentos solicitados que se enumeran a continuación. Transcurrido el plazo de 365 días, ninguna reclamación tendrá derecho a reembolso y, en consecuencia, el asegurado perderá el derecho al reembolso. El asegurado deberá, por iniciativa propia y a sus expensas, proporcionar al asegurador los documentos originales solicitados que se enumeran a continuación:

- a. el parte de accidente y/o las declaraciones elaboradas por las autoridades policiales, los bomberos o cualquier otro servicio de emergencia;
- b. A petición de la aseguradora o del asesor médico del tramitador de siniestros, se podrá solicitar al asegurado una autorización para obtener información médica del médico tratante.
- c. recetas de cualquier medicamento o cualquier otro medio auxiliar médico prescrito;
- d. facturas originales de tratamiento médico, hospitalización y compra de medicamentos;
- e. original de la reserva/factura;
- f. en caso de fallecimiento, un certificado de defunción expedido por las autoridades competentes.

Se aceptan documentos escaneados de buena calidad legible. La aseguradora se reserva el derecho de solicitar documentos originales si lo considera necesario.

IMPORTANTE: Todos los documentos que se presenten deben estar traducidos al inglés. La aseguradora se reserva el derecho a denegar el reembolso si no se traducen los documentos requeridos.

Además, el asegurado y el tomador del seguro deben facilitar a la aseguradora, por iniciativa propia, cualquier otra información y prueba relacionada con el accidente que pueda ayudar a aclarar las circunstancias del siniestro y a estimar el alcance de las consecuencias, siempre que la aseguradora deba conocer dicha información.

El asegurador no efectuará ningún pago ni dará ninguna garantía de pago si no se emite ningún certificado de seguro tras la compra en línea. La aseguradora y el corredor de seguros declinan toda responsabilidad en caso de errores técnicos durante la compra en línea. Por ejemplo, se ha efectuado un cargo en la tarjeta de crédito pero no se ha emitido ninguna póliza/certificado.

Es responsabilidad del solicitante comprobar que la compra en línea se ha realizado correctamente y que el certificado se ha emitido y recibido por correo electrónico, que el importe abonado se ha cargado correctamente y



que la información que figura en el certificado es correcta.

Confidencialidad médica

A petición de la aseguradora o del asesor médico del tramitador de siniestros, se puede solicitar al asegurado una autorización para obtener información médica del médico tratante.

2.13 Sanciones en caso de incumplimiento de las obligaciones

a. El tomador del seguro no podrá derivar derecho alguno de este seguro si él y/o la persona asegurada incumplen una o varias de sus obligaciones frente a Anker y, como consecuencia de ello, perjudican los intereses de Anker. El tomador del seguro y la persona asegurada están obligados en todo caso a cumplir las obligaciones incorporadas en las presentes condiciones de póliza y en el Procedimiento de Reclamación.

b. En caso de que Anker no resulte perjudicada en un interés razonable como consecuencia del incumplimiento de las obligaciones por parte del tomador del seguro y/o de la persona asegurada antes mencionados, Anker podrá, no obstante, deducir del pago del seguro los daños sufridos o los gastos en que se haya incurrido como consecuencia de los mismos.

c. Si el tomador del seguro o la persona asegurada incumple sus obligaciones frente a Anker, con intención de engañarla, se extinguirán todos los derechos a las prestaciones del seguro y/o a la prestación de servicios, salvo que el engaño no justifique la pérdida de derechos.

2.14 Doble seguro

Si el mismo interés está asegurado contra el mismo riesgo y durante el mismo periodo de tiempo por más de un asegurador, de modo que las sumas aseguradas combinadas superan el valor del seguro, el asegurado está obligado a informar al asegurador sin demora y por escrito sobre este hecho.

Si el asegurado ha omitido la notificación intencionadamente o si ha suscrito el doble seguro con la intención de recibir una ventaja pecuniaria ilegal, el asegurador no estará obligado por el contrato de seguro.

2.15 Falta de divulgación

Si la persona que presenta la solicitud de seguro, durante la celebración del contrato de seguro, ha omitido o declarado información imprecisa de un factor de riesgo importante que el asegurado conocía o debería haber conocido, el asegurador tiene derecho a rescindir el contrato de seguro por escrito en el plazo de cuatro semanas desde que el asegurador ha tenido conocimiento de la infracción por parte del asegurado de la obligación de notificación. Además, se extingue la obligación del asegurador de indemnizar los daños ya producidos, siempre que la omisión o incorrecta notificación del factor de riesgo significativo haya influido en la producción o alcance de los daños. Si la obligación ya se ha cumplido, el asegurador tiene derecho a la restitución.

2.16 Agravamiento del riesgo

Se considera que una agravación es significativa si afecta a un factor importante de la evaluación del riesgo que se haya establecido durante la redacción del contrato de seguro. Son importantes todos los factores que puedan influir en la decisión del asegurador de aceptar el contrato de seguro o de aceptarlo en determinadas condiciones (especialmente el estado de salud del asegurado o sus actividades peligrosas, etc.).

Si el asegurado provoca una agravación significativa del riesgo durante la duración del seguro, el asegurador dejará de estar obligado por el contrato de seguro. El asegurado tiene la obligación de informar inmediatamente a la aseguradora llamando a la Central de Alarmas y, a continuación, enviando una carta o un correo electrónico a la aseguradora.

Si la agravación del riesgo no ha sido causada por el asegurado, sólo dará lugar a la rescisión automática del contrato de seguro si el asegurado ha omitido notificarlo a la aseguradora como se indica en el párrafo anterior. Si el asegurado realiza dicha notificación, el asegurador se reserva el derecho a rescindir el contrato de seguro en los 14 días siguientes a la notificación.

2.17 Alcance de los gastos cubiertos

Los servicios prestados en el contexto de los GIC deben ser eficaces, adecuados y económicos. Cada una de estas tres características debe estar científicamente probada. De no ser así, el asegurador se reserva el derecho de reducir razonablemente la indemnización en consecuencia.

Las limitaciones y sumas máximas definidas en el contrato de seguro respectivamente la lista de coberturas son aplicables a cada cobertura por separado.

2.18 Exclusiones generales

Las siguientes situaciones quedan excluidas del ámbito de aplicación del seguro, de modo que el asegurador



queda liberado de toda obligación de indemnización o prestación:

- a. si el asegurado comete un crimen o delito que dé lugar al siniestro;
- b. los efectos sobre la salud derivados de radiaciones ionizantes (irradiación nuclear);
- c. los daños a la salud o corporales derivados de la fabricación consciente o inconsciente de sustancias químicas, biológicas o bioquímicas o del uso de las mismas o de ondas electromagnéticas como armas (sin perjuicio de eventuales causas colaterales). Todos los riesgos derivados de ABC - armas, energía nuclear y otras radiaciones ionizantes;
- d. todo siniestro derivado de un caso fortuito (fuerza mayor) o de una catástrofe natural derivada de la intensidad inhabitual de un agente natural (por ejemplo, erupciones volcánicas, impacto de meteorito, maremoto, terremoto). Excepto en casos médicos (fractura de pierna/brazo);
- e. si el asegurado realiza actividades peligrosas que puedan influir en la evaluación del riesgo;
- f. si el asegurado participa en alguno de los siguientes deportes:
 - deportes extremos: puenting (*bungee jumping*), espeleología (*caving*), piragüismo o kayak extremo (en rápidos de clase superior a V, ríos de clase superior a II, o en mares y océanos a más de dos millas de la costa), navegación a vela (transoceánica o en solitario a más de 20 millas de un refugio), salto BASE (*base jumping*),
 - deportes de montaña: alpinismo, escalada (excepto en muros artificiales con medidas de seguridad), escalada en roca, senderismo en solitario por encima de los 3.000 metros, salto de esquí, *bobsleigh*, *skeleton*, esquí fuera de pistas señalizadas (*off-piste*), descenso en trineo fuera de pistas abiertas al público, *rafting*, *canyoning*,
 - deportes aéreos: acrobacia aérea (*aerobatics*), vuelo sin motor (*gliding*), paracaidismo, ultraligero motorizado (*microlight*), ala delta (*hang gliding*), parapente (*paragliding*), *skysurfing*, vuelo en globo aerostático,
 - deportes acuáticos: buceo con botella (*scuba diving*) como parte de una competición deportiva o de ocio realizado por una persona que no posee un certificado PADI o equivalente y que no está acompañada por un profesional, moto acuática (*jet ski*), surf competitivo, *hydrospeed*, *kitesurfing*,
 - deportes de defensa y de combate competitivos,
 - deportes de motor: conducción de automóviles, motocicletas o *karting*,
 - accidentes de navegación aérea, salvo que el asegurado sea un simple pasajero a bordo de una aeronave cuyo propietario y piloto dispongan de todas las autorizaciones y licencias requeridas,
 - participación en competiciones deportivas o entrenamientos, así como la práctica deportiva en el marco de un club o federación con carácter profesional.;
- g. conflictos armados, guerra civil, disturbios, conmociones civiles internas, levantamientos o motines, conforme a las definiciones presentadas por la Asociación Neerlandesa de Aseguradores (Verbond van Verzekeraars) el 2 de noviembre de 1981 ante el registro del Tribunal del Distrito de La Haya.;
- h. revolución, actos de sabotaje, gamberrismo o vandalismo; huelgas, bloqueos de carreteras establecidos durante manifestaciones masivas y, en términos generales, disturbios de cualquier tipo y medidas adoptadas para restablecer el orden público;
- i. epidemias y pandemias;
- j. si el asegurado toma drogas y/o alcohol y/u otros productos alucinógenos que conduzcan o contribuyan al siniestro;
- k. suicidio o intento de suicidio;
- l. si el siniestro ocurre en un país excluido del contrato de seguro o si ocurre fuera del periodo de vigencia de la cobertura.

2.19 Limitación general de la cobertura

No obstante las demás exclusiones, el asegurador tiene derecho a denegar la indemnización y la prestación de servicios y, si lo considera necesario, a rescindir el contrato en los siguientes casos:

1. si el asegurado o cualquier tercero no informa inmediatamente del siniestro a la Central de Alarmas del asegurador;
2. si el asegurador no da su aprobación previa antes de organizar y aceptar la responsabilidad de asistencia o tratamiento, hospitalización o adquisición de medicamentos por parte del asegurado;
3. si el asegurado no facilita a la aseguradora la información y los documentos originales necesarios o no los presenta en el plazo previsto;
4. no están cubiertas las enfermedades preexistentes;
5. los incidentes, molestias y complicaciones relacionados con el embarazo cuando el riesgo era conocido o podía preverse razonablemente antes de la fecha de partida;
6. si el asegurado no notifica al asegurador la existencia de otro seguro que cubra los mismos riesgos y en caso de no divulgación;



7. si el asegurado no adopta las medidas que razonablemente cabría esperar para evitar una agravación sustancial del riesgo y prevenir así la ocurrencia del siniestro en primer lugar;
8. cualquier negativa a cooperar.

Si el asegurado o cualquier persona que tome decisiones en nombre del asegurado declina aceptar los servicios contractuales (por ejemplo, oferta de repatriación) propuestos en caso de siniestro, el contrato quedará suspendido. Los gastos ocasionados por la declinación del asegurado a los servicios del asegurador serán asumidos íntegramente por el asegurado. Si el asegurado cambia de opinión antes de que finalice el periodo de cobertura, asumirá todos los gastos relacionados con una negativa anterior a aceptar las prestaciones del asegurador (por ejemplo, los gastos inducidos por la prolongación de la hospitalización, etc.), así como si cambia de opinión.

Bajo pena de caducidad de cualquier derecho contractual, el asegurado y el tomador del seguro se abstienen de interferir en la tramitación del siniestro por parte del asegurador sin el consentimiento previo por escrito de este último.

2.20 Importe máximo de indemnización por caso

Los pagos de indemnización por parte del asegurador por evento básico (independientemente del número de los mismos daños resultantes directa o indirectamente) se limitarán según el contrato de seguro y la cobertura elegida, estándar, confort o prima y estarán sujetos a las limitaciones de la lista de coberturas.

Todos los daños causados o resultantes de una catástrofe o de un acontecimiento natural ocurrido dentro de las 168 horas consecutivas siguientes (por ejemplo, tsunami, inundaciones, erupciones volcánicas, así como cenizas volcánicas que bloqueen el espacio aéreo para los aviones, corrimientos de tierras, tornados, ciclones o acontecimientos similares) se consideran un solo acontecimiento de daños, independientemente del número de asegurados afectados. Si la indemnización supera el importe máximo de indemnización estipulado en la póliza de seguro, los beneficiarios recibirán cada uno una indemnización a prorrata.

2.21 Modificación de las condiciones del Seguro

El asegurador tiene derecho a modificar las condiciones del seguro, incluidas las de un contrato ya celebrado, si:

- a. la administración de salud pública ordena modificaciones permanentes;
- b. las autoridades administrativas o judiciales declaran inválidas o anulan las condiciones existentes
- c. se produzcan cambios o derogaciones de las leyes o reglamentos en los que se basan las condiciones del seguro;
- d. se produzca un cambio en la legislación o en la práctica administrativa o judicial que afecte a la interpretación de las condiciones y a la validez del contrato o de algunas de sus cláusulas;

Para evitar una pérdida desproporcionada, tanto desde el punto de vista jurídico como económico del asegurado, las nuevas condiciones deberán ser lo más parecidas posible a las originales.

Las nuevas condiciones se comunicarán al asegurado a más tardar 3 meses antes de su entrada en vigor, salvo caso de urgencia, fuerza mayor (caso fortuito) u obligación legal, administrativa o judicial que no admita demora.

A falta de rescisión del contrato de seguro por el asegurado o el tomador del seguro, se considerarán adoptadas las nuevas condiciones de seguro.

Corresponde al asegurador, en cualquier momento y sin previo aviso, modificar los términos o la elección de palabras de las condiciones, aunque sólo sea para excluir determinados errores tipográficos o inexactitudes materiales evidentes, para deshacerse de posibles incertidumbres de interpretación, para explicar un determinado pasaje del texto ya discutido o para cambiar las condiciones exclusivamente a favor del asegurado.

2.22 Cláusula de salvedad

La invalidez actual o la invalidación futura de una de las disposiciones que figuran en las condiciones del seguro y la aparición de un vacío legal (laguna) no cuestionan la validez de las demás cláusulas.

Para sustituir o añadir la cláusula inválida o que falta, la aseguradora añadirá una cláusula que tenga sentido y que esté dentro de los márgenes de posibilidad y tolerancia y lo más cerca posible del contenido original del contrato entre las partes.

2.23 Rescisión del contrato

En caso de ajuste de las primas o de cualquier otra modificación de las condiciones del seguro que permita expresamente la rescisión del contrato, el asegurado tiene derecho a rescindir el contrato por correo certificado enviado al corredor de seguros en el plazo de un mes tras la recepción de la notificación relativa a dichas



modificaciones. En este caso, la rescisión entrará en vigor en la fecha en que entren en vigor las modificaciones previstas.

Además de las cláusulas legales y contractuales que permiten declarar/dejar sin efecto el contrato, la rescisión retroactiva, la rescisión con efecto inmediato y la rescisión con un plazo diferente, la falta involuntaria del tomador del seguro o del asegurado dará derecho a la aseguradora a aplicar las siguientes consecuencias:

- a. el contrato se rescindirá en el plazo de un mes a partir del momento en que el asegurador tenga conocimiento del comportamiento culpable;
- b. el asegurador podrá proponer la modificación del contrato con efecto retroactivo desde la fecha en que tuvo conocimiento del incumplimiento, en el plazo de un mes desde que tuvo conocimiento del comportamiento culpable. Si la otra parte rechaza las modificaciones propuestas o no las acepta en el plazo de quince días desde la recepción de la propuesta, el asegurador podrá resolver el contrato en el plazo de los quince días siguientes.

Si en el marco de un contrato de seguro que cubre a varios asegurados se cumplen las condiciones para la rescisión sólo para algunos de los asegurados, el derecho de rescisión sólo puede ser válido para los afectados.

Si el tomador del seguro rescinde el contrato para todos los asegurados o sólo para algunos de ellos, deberá demostrar, si desea validar la rescisión, que dichos asegurados han sido debidamente informados de esta intención y la han aceptado. Si desean reintegrar el seguro relativo a su persona, pueden hacerlo por correo certificado al corredor de seguros en un plazo de 2 meses tras la rescisión del contrato por el tomador del seguro.

El contrato de seguro se extingue automáticamente con el fallecimiento, la quiebra y la insolvencia oficial del tomador del seguro. No obstante, los asegurados tienen derecho a renovar el contrato según las condiciones indicadas en el apartado 5. El plazo será de 2 meses a contar desde el día del fallecimiento, la quiebra o la notificación de insolvencia oficial del antiguo tomador del seguro.

2.24 Prescripción

Las reclamaciones derivadas del contrato de seguro están sujetas a un plazo de dos años, a contar desde el hecho/suceso/incidente que desencadena la obligación de indemnizar.

2.25 Legal

Legislación aplicable

Las partes acuerdan que la póliza de seguro se regirá por la legislación de los Países Bajos, siempre y cuando otra legislación aplicable conforme a la normativa nacional no contenga condiciones incompatibles con la legislación de los Países Bajos.

Las prestaciones de este seguro no obstaculizan la aplicabilidad de las disposiciones legales y de la legislación básica obligatoria en materia de asistencia sanitaria del país de acogida a las que se refieren las presentes condiciones del seguro y que, por tanto, forman parte integrante del contrato de seguro dentro de los límites de estas referencias.

Conciliación

Antes de emprender cualquier acción judicial o arbitral, cada parte se compromete a ponerse en contacto con la otra parte, por escrito, en un plazo de diez (10) días desde el inicio del litigio, para encontrar una solución amistosa. En caso de que la conciliación resultara infructuosa, la aseguradora se compromete a poner a disposición del asegurado un procedimiento de oposición interno gratuito. No obstante, el inicio de este procedimiento no suspende el curso de los plazos o demoras legales o contractuales.

Procedimiento de reclamación

Si tiene alguna queja sobre el nivel de servicio recibido en virtud de esta póliza de seguro, puede ponerse en contacto con la siguiente instancia:

Anker Insurance Company n.v.
P.O. Box 8002
9702 KA Groningen
Países Bajos
Teléfono: +3150 520 99 74
E-mail: complaints@anker.nl

Kifid para asegurados privados

¿No hemos resuelto su queja a su satisfacción? En ese caso, puede enviar su reclamación en el plazo de tres meses a partir de nuestra respuesta definitiva a su reclamación al Instituto Independiente de Reclamaciones sobre Servicios



Financieros (Kifid).

Dirección:
KIFID
PO Box 93257
2509 AG The Hague
Teléfono: +3170 333 8 999
www.kifid.nl

El asegurado también puede someter la discrepancia a un tribunal. En tal caso, el litigio se someterá a un tribunal competente de los Países Bajos.

En caso de procedimiento judicial, el litigio relativo a la interpretación y ejecución del presente contrato será competencia exclusiva de los Países Bajos. Esto no afecta a la aplicación de las disposiciones obligatorias, convencionales o legales relativas al lugar de jurisdicción. Además, las partes son libres, mediante acuerdo por escrito, de hacer uso de la posibilidad de arbitraje por uno o tres árbitros.

En caso de procedimiento judicial, el litigio relativo a la interpretación y ejecución del presente contrato se somete a la jurisdicción exclusiva de los Países Bajos. Esto no impide la aplicación de las disposiciones obligatorias, convencionales o legales, relativas al lugar de jurisdicción. Además, las partes siguen siendo libres de utilizar, mediante acuerdo por escrito, la posibilidad de arbitraje de uno o tres árbitros.

Cláusula de sanción

No se considerará que el asegurador proporciona cobertura y no será responsable de pagar ninguna reclamación ni de proporcionar ninguna prestación en virtud del presente documento en la medida en que la provisión de dicha cobertura, el pago de dicha reclamación o la provisión de dicha prestación exponga a dicho asegurador a cualquier sanción, prohibición o restricción en virtud de las resoluciones de las Naciones Unidas o de las sanciones, leyes o reglamentos comerciales o económicos de los Países Bajos, la Unión Europea, el Reino Unido o los Estados Unidos de América.

Listado de sanciones

El asegurador está obligado a verificar si el tomador del seguro y/o la(s) persona(s) asegurada(s) incluidas en este contrato aparecen en listas de sanciones nacionales o internacionales. En tal caso, el asegurador no tiene permitido celebrar ni continuar la relación contractual. La verificación podrá realizarse de forma retroactiva.

El contrato de seguro solo será válido una vez que el asegurador haya comprobado que no existen sanciones impuestas al tomador del seguro y/o a la(s) persona(s) asegurada(s). El contrato entrará en vigor a partir de la fecha de inicio indicada en la póliza. Si el tomador del seguro y/o la(s) persona(s) asegurada(s) aparecen en una lista de sanciones, el asegurador lo notificará al tomador. En tal caso, se considerará que el contrato de seguro nunca ha existido y no podrán derivarse de él derechos de cobertura ni de indemnización.

2.26 Validez

Las presentes GIC entrarán en vigor a partir del 01.2026 y sustituirán a todas las versiones anteriores de las GIC.

3. Asistencia

El asegurador prestará asistencia al asegurado, dentro del ámbito legal y contractual, cuando éste se encuentre en situación de urgencia médica al viajar fuera de su país de origen.

Siempre que el asegurador esté inmediatamente informado y tenga la posibilidad objetiva de intervenir, el asegurador prestará asistencia inmediata al asegurado cuando éste se encuentre en situación de urgencia médica como consecuencia de un evento asegurado, en los casos y condiciones especificados en el contrato de seguro. No obstante, la prestación de asistencia de urgencia no prejuzga la decisión del asegurador en cuanto a la cobertura financiera según las CGS.

Esta ayuda puede consistir en servicios. Los servicios y prestaciones de la cobertura de riesgos colindantes tienen por objeto facilitar los servicios y prestaciones de la cobertura principal.

3.1 Territorio

El asegurado está cubierto cuando viaja fuera de su país de origen a partir del primer kilómetro. El territorio cubierto es: todo el mundo, excepto los territorios de Estados Unidos y Canadá.

3.2 Coberturas

Están cubiertas las siguientes coberturas de asistencia:

Page 14 | 25

Asegurado por





a. Búsqueda y salvamento en mar y montaña

El asegurador indemniza los gastos de búsqueda y/o rescate incurridos por las autoridades competentes hasta la suma definida en el contrato de seguro respectivamente la lista de coberturas.

b. Repatriación y evacuación sanitaria

Tan pronto como el estado del asegurado lo requiera y siempre que los médicos responsables del asegurado den su consentimiento, el asegurador se hará cargo del traslado al hospital apropiado más cercano en caso de accidente o urgencia médica. Se aplican las limitaciones y los importes máximos definidos en el contrato de seguro o en la lista de coberturas.

Tan pronto como lo permita el estado del asegurado que haya sufrido una enfermedad repentina o un accidente, y siempre que los médicos responsables del asegurado den su consentimiento, el asegurador organizará y pagará su repatriación a su país de origen o de destino. Se aplican las limitaciones y los importes máximos definidos en el contrato de seguro o en la lista de coberturas.

Si el asegurado o sus familiares deciden no ser repatriados al país de origen o de destino, el asegurador organizará la repatriación al domicilio.

El asegurador tiene derecho a elegir el medio de transporte que considere más apropiado (aéreo, terrestre o marítimo).

El asegurador indemnizará los gastos de repatriación razonables y habituales efectivamente ocasionados por el transporte. Se aplican las limitaciones y los importes máximos definidos en el contrato de seguro o en la lista de coberturas.

Las coberturas de evacuación médica y/o, en caso necesario, repatriación, sólo pueden proporcionarse con la aprobación del equipo médico del asegurador en estrecha colaboración con los médicos que tratan al asegurado o los médicos del centro de estabilización de urgencia.

c. Repatriación de restos mortales

En caso de fallecimiento del asegurado durante el viaje o la visita, el asegurador organizará la repatriación de los restos mortales -si es materialmente factible- desde el lugar de su fallecimiento hasta el lugar de los funerales dentro de su país de domicilio o residencia habitual. La repatriación se llevará a cabo de conformidad con las leyes nacionales y los convenios internacionales aplicables.

El asegurador cubrirá los gastos de traslado de los restos mortales hasta el importe máximo definido en el contrato de seguro y la lista de coberturas y se hará cargo de todos los trámites necesarios para el transporte de los restos mortales.

Cuando sea objetivamente necesario para hacer posible el transporte, el asegurador cubrirá los siguientes gastos hasta un importe máximo de 5.000,00 euros: relacionados con la conservación inicial del cuerpo, mantenimiento, colocación en ataúd, arreglos específicamente relacionados con el transporte, servicios de conservación exigidos por la ley, gastos de preparación y ataúd para el modelo más sencillo requerido para el transporte y de acuerdo con las leyes locales e internacionales. Quedan excluidos los costes relacionados con el embalsamamiento, el entierro, la ceremonia funeraria u otros gastos.

d. Acompañamiento médico

Durante el traslado o, en caso necesario, la repatriación, el asegurado es acompañado y asistido por personal médico y/o paramédico con los conocimientos necesarios para poder atender al asegurado según lo soliciten los expertos médicos del asegurador.

e. Asesoramiento médico a distancia

En caso de que el asegurado requiera asesoramiento médico a distancia de la asistencia médica, el asegurador no se hace responsable del dictamen emitido por el médico ni de las consecuencias que pueda acarrear.

f. Indicación de especialistas médicos locales

Si un primer examen revela que el asegurado se encuentra en estado crítico y requiere la intervención de un especialista, el asegurador facilitará al asegurado, a petición de éste o del médico que trate al paciente en el lugar donde se haya producido el siniestro, el nombre de un médico especializado en el campo médico correspondiente, siempre que dicho especialista exista en la región. El asegurador no podrá ser considerado responsable del tratamiento médico y sus posibles consecuencias.



g. Envío urgente de medicamentos

El asegurador organizará e indemnizará el envío de medicamentos, que hayan sido prescritos por un profesional médico reconocido, necesarios para tratar al asegurado si no pueden adquirirse en el país en el que ha tenido lugar el siniestro. Por supuesto, esto está sujeto a la condición de que el medicamento pueda adquirirse en Holanda y pueda utilizarse legalmente en el país de destino. Quedan excluidos los gastos de prescripción por un profesional médico certificado.

h. Transmisión de mensajes urgentes

El asegurador se compromete a transmitir gratuitamente mensajes urgentes por cuenta del asegurado a cualquier persona en el país de origen o destino del asegurado y designada por éste si el asegurado no es capaz de comunicarse con la persona designada.

i. Repatriación de otros asegurados implicados en el mismo siniestro

El asegurador organizará e indemnizará los gastos de repatriación de cualquier asegurado implicado en el mismo siniestro si no puede regresar por el medio de transporte previsto, siempre que también esté asegurado con el mismo asegurador para la misma cobertura.

j. Gastos de desplazamiento de los familiares

Si el asegurado requiere hospitalización durante al menos 7 días antes de su traslado o repatriación, el asegurador organizará e indemnizará un viaje de ida y vuelta en clase turista para que un familiar se desplace hasta el hospital en cuestión. El reembolso máximo de los gastos de alojamiento de este último figura en la lista de coberturas.

k. Anticipo de una cantidad en caso de imposibilidad objetiva de devolución

En caso de que el asegurado acredite un caso de fuerza mayor u otra causa objetiva y grave de impedimento para regresar al domicilio o residencia habitual dentro del periodo de cobertura y en plazo, el asegurador anticipará un máximo de 1.000,00 euros.

Para hacer frente a los gastos derivados de la prolongación involuntaria de la estancia en el país de destino. El asegurado se comprometerá ante el asegurador a reembolsar el anticipo dentro de los 30 días siguientes al regreso al domicilio o residencia habitual.

3.3 Limitaciones

Además de las excepciones y exclusiones ya especificadas, el asegurador no proporcionará ningún servicio ni prestación por las consecuencias de las siguientes situaciones:

- a. si el asegurado se comporta de forma abusiva solicitando al asegurador que organice un traslado o repatriación cuando en realidad sufre una afección o lesión menor que podría tratarse in situ y que no impediría al asegurado continuar el viaje o la estancia;
- b. accidentes causados por drogas y alcohol
- c. tratamiento de pacientes diagnosticados de VIH, independientemente del motivo de dicho tratamiento;
- d. extirpación o trasplantes de órganos, tejidos o células;
- e. consultas relacionadas con la fecundación in vitro o métodos similares; embarazo y sus consecuencias;
- f. la fuga y el secuestro
- g. la práctica de deportes de forma profesional o en el marco de una competición oficial organizada por una asociación deportiva para la que se haya expedido una licencia, así como el entrenamiento con vistas a la participación en competiciones
- h. hacer caso omiso de las prohibiciones oficiales o de las normas oficiales relativas a la práctica segura de una determinada actividad deportiva y/o recreativa
- i. participar en una competición automovilística de cualquier nivel, con motocicletas de potencia superior a 125 cm³;
- j. cualquier tipo de caza
- k. gastos de comidas en restaurantes
- l. los gastos por exceso de equipaje en caso de repatriación en una compañía aérea comercial, así como los gastos de aduana;
- m. si el asegurado tiene intención de establecerse en el territorio donde se produjo el siniestro (solicitud de asilo, matrimonio, reagrupación familiar, etc.).

4. Gastos médicos

El asegurador cubrirá los gastos médicos y hospitalarios de urgencia derivados de una enfermedad repentina o un accidente que se produzca cuando el asegurado se encuentre de viaje fuera de su país de origen, hasta los importes máximos definidos en el contrato de seguro y la lista de coberturas.

4.1 Coberturas

El asegurador indemnizará los gastos de urgencia médica derivados de un ingreso hospitalario tras un accidente o una enfermedad repentina ocurridos durante un viaje fuera del país de origen hasta el importe especificado en el



contrato de seguro.

4.2 Reconocimiento de los proveedores de servicios médicos

En caso de tratamiento, sólo se tendrán en cuenta las facturas de profesionales cualificados que posean un diploma reconocido y válido del país en el que el asegurado esté siendo tratado y donde estén autorizados a ejercer.

4.3 Tratamiento hospitalario (hospitalización)

Se cubren los siguientes gastos de asistencia hospitalaria en régimen de internado, en función de la calidad de la norma básica del territorio contractual:

- a. tratamiento en régimen de hospitalización en un establecimiento médico público o privado;
- b. ingreso en un hospital e intervención quirúrgica
- c. los gastos médicos (y paramédicos) originados durante la estancia hospitalaria como paciente ingresado.

El asegurado puede elegir entre una clínica pública o privada, dotada permanentemente de personal médico cualificado, que practique la anamnesis y que disponga de los medios diagnósticos y terapéuticos necesarios y trabaje con métodos científicamente reconocidos. El reembolso de los gastos incurridos depende del asegurador y de lo que se haya acordado por escrito cuando el asegurado informó al asegurador de la intención de someterse a un tratamiento que requiera una hospitalización en un establecimiento que no sólo ofrezca tratamientos médicos necesarios para la salud del asegurado, sino también tratamientos sanitarios y de convalecencia.

El asegurador cubre las prestaciones por exámenes médicos (previa aprobación de la asistencia médica), métodos curativos y medicamentos generalmente aceptados por la medicina convencional. Además, el asegurador proporcionará coberturas por métodos y medicamentos que hayan demostrado su eficacia en la práctica cuando no existan o no puedan aplicarse métodos o medicamentos convencionales. No obstante, el asegurador puede reducir la indemnización y las prestaciones adaptando el importe a lo que habría costado la medicación y los métodos convencionales.

4.4 Gastos de laboratorio y rayos X

Los gastos de exámenes de laboratorio, radiografías, resonancias magnéticas serán indemnizados si los prescribe un profesional médico certificado por razones válidas.

4.5 Medicación

Están cubiertos los medicamentos aprobados por las autoridades del Estado.

Los medicamentos y los apósitos para heridas deben ser prescritos por un profesional médico certificado y autorizado. No se tendrán en cuenta los profesionales médicos que sean familiares o parientes cercanos del asegurado o tomador del seguro.

No se cubren los medicamentos que no hayan sido prescritos por un profesional médico certificado y autorizado. Al declarar los gastos, debe presentar una carta de remisión / receta.

El medicamento prescrito debe comprarse en la farmacia. La compra de más de un envase del mismo medicamento debe constar en la receta del médico.

Los productos como el alcohol puro para uso médico, el algodón, la protección solar, los productos para el cuidado dental, el champú, los alimentos para una dieta especial, el agua mineral, las clases especiales de vino, las glándulas frescas o secas, los anticonceptivos, los cosméticos, los productos sanitarios, los productos anticaída, el spray repelente de insectos, etc. son sustancias no médicas y, por tanto, no están cubiertas.

4.6 Fisioterapia prescrita tras una hospitalización

Solo se cubre la fisioterapia prescrita por un profesional médico certificado, posterior y directamente derivada de una hospitalización de emergencia. El importe cubierto está definido en la lista de prestaciones.

4.7 Tratamiento dental de urgencia

a. El asegurador reembolsará los gastos de asistencia odontológica en caso de daños en los dientes naturales debidos a un accidente. El asegurador sólo reembolsará los gastos si el tratamiento se ha realizado en las 24 horas siguientes al accidente. El reembolso máximo figura en la lista de coberturas. Durante toda la vigencia del seguro, la suma asegurada se asegura un máximo de una vez.

b. El asegurador reembolsará la asistencia dental urgente en dientes naturales si es necesaria para aliviar dolores agudos. El reembolso máximo se indica en la lista de coberturas.

Dolor agudo significa que el tratamiento es necesario inmediatamente. La factura del facultativo debe demostrar



que se trata de un tratamiento de urgencia. No están asegurados los costes de las revisiones y los tratamientos planificables como el empaste de caries, la colocación de una corona, etc.

4.8 Alcance de las coberturas del seguro

Las tarifas habituales en el territorio del tratamiento definen la cuantía y la duración de las coberturas del seguro.

El asegurado puede ser tratado por un profesional médico establecido y reconocido de su elección.

4.9 Limitaciones y exclusiones

Las siguientes limitaciones y exclusiones son aplicables adicionalmente a las exclusiones y limitaciones ya mencionadas:

- los reconocimientos médicos generales, análisis o investigaciones similares, así como cualquier tratamiento realizado por el asegurado, su médico o el establecimiento hospitalario en el que haya sido ingresado y que no haya sido aprobado previamente por el personal médico del asegurador. No están cubiertos los tratamientos y otros servicios prestados por personas pertenecientes a su familia, cónyuge o pariente más próximo;
- consultas espontáneas con un especialista;
- el tratamiento de síntomas no causados por una afección patológica debidamente diagnosticada;
- el tratamiento de una enfermedad preexistente y de sus consecuencias o complicaciones;
- trastornos de los dientes y la mandíbula, corona dental, empastes, blanqueamiento, sustitución de un diente y tratamientos relacionados (sólo en caso de tratamiento de urgencia);
- tratamiento de los síntomas de una enfermedad o lesión que cualquier persona razonable hubiera atendido inmediatamente y antes de la fecha de inicio efectiva del contrato de seguro; gastos relacionados con una enfermedad o lesión que no estuvieran estabilizadas en el momento de la salida;
- afecciones de origen mental, psicológico o psiquiátrico, así como sus síntomas y consecuencias
- dolencias ocurridas durante el viaje realizado con fines de diagnóstico y/o tratamiento;
- los gastos de asistencia y tratamiento con carácter terapéutico no reconocidos en la jurisdicción nacional del país de residencia;
- las consecuencias de situaciones que entrañen los siguientes riesgos: infección, en el contexto de epidemias, exposición a agentes biológicos infecciosos, agentes químicos, agentes incapacitantes, neurotoxinas, siempre que las autoridades sanitarias locales o nacionales del país de destino o de viaje hayan ordenado una cuarentena;
- los gastos hospitalarios y médicos a partir del día en que el asegurador tenga la posibilidad y el derecho de organizar la repatriación del asegurado;
- adquisición de medicamentos por parte del asegurado que no hayan sido prescritos por un médico autorizado por el asegurador;
- gastos relacionados con el embarazo, la maternidad (incluidos los cuidados prenatales, el parto y los cuidados postnatales), el aborto (voluntario o terapéutico) y cualquier complicación derivada de los mismos, así como el uso de o las complicaciones resultantes de medidas anticonceptivas, de esterilización o de aborto; ;
- gastos relacionados con ayudas ópticas (gafas, lentes de contacto, etc.), implantes ópticos o prótesis;
- cirugía o tratamiento por razones estéticas o similares;
- gastos de rehabilitación, fisioterapia y kinesioterapia, quiropráctica; gastos de cura termal y talasoterapia;
- gastos asociados a la compra de vacunas y gastos de vacunación;
- vacunación estándar, salvo en caso de urgencia.
- enfermedades de transmisión sexual (ETS) y/o infecciones de transmisión sexual (ITS), así como los gastos de laboratorio relacionados.
- tratamiento de afecciones cutáneas, como acné y eccema.

Además, el asegurado no está cubierto:

- si se realiza un viaje en contra de la recomendación médica;
 - tras haberse diagnosticado una enfermedad terminal;
 - si el asegurado tiene la intención de obtener tratamiento médico para una enfermedad preexistente;
 - si el asegurado emprende un viaje durante una enfermedad o un periodo de incapacidad laboral;
 - si el asegurado emprende un viaje durante un embarazo que supere el séptimo mes desde la concepción;
- si el asegurado emprende un viaje cuando un médico ha recomendado una intervención quirúrgica que aún no se ha realizado.

Esta cobertura adicional complementa los seguros obligatorios de la Seguridad Social, así como otros seguros que el asegurado haya contratado anteriormente si han resultado insuficientes. Lo mismo ocurre con otros servicios prestados por la afiliación a una asociación.

5. Retraso del equipaje

En caso de retraso del equipaje, el asegurador indemnizará los gastos de ayuda provisional para artículos de primera



necesidad y de primera necesidad (bolsa de aseo) según la lista de coberturas.

5.1 Equipaje retrasado

Si el equipaje facturado del asegurado no llega al destino dentro de las 16 horas, el asegurador reembolsará los gastos razonables incurridos por el asegurado para la compra de ropa esencial, medicamentos necesarios y artículos de aseo. El beneficio máximo es de 300 € por asegurado.

Esta cobertura no se aplica si el retraso ocurre cuando el asegurado regresa al país de origen o a su lugar de residencia.

5.2 Limitaciones y exclusiones

Además de las exclusiones y limitaciones ya mencionadas, en las siguientes situaciones el asegurador no está obligado a prestar ningún servicio o prestación:

- retrasos de vuelos fletados. Sólo se consideran asegurados y cubiertos los vuelos regulares que hagan públicas sus horas de despegue y llegada. En caso de objeción, se aplica la "Guía ABC World Airways" como referencia de las horas de salida y llegada de los aviones y sus correspondencias;
- si se produce un retraso del equipaje cuando el asegurado se encuentra de regreso en su país de origen;
- si el asegurado no informa, dentro de las 16 horas posteriores a haber sido notificado del retraso o la pérdida de su equipaje, a la persona responsable de la aerolínea;
- en caso de que las aduanas o las instituciones gubernamentales confisquen o retengan el equipaje;
- si el asegurado no ha presentado previamente una reclamación en el mostrador de la compañía aérea.

Además, el asegurador declina la indemnización de los artículos, si

- las compras indispensables, así como la ropa y los artículos de aseo, se compraron sólo dos días después de la llegada efectiva al aeropuerto de destino;
- las compras indispensables, así como la ropa y los artículos de aseo, se compraron sólo después de que el equipaje retrasado fuera entregado por una empresa de transporte al asegurado en el lugar de destino;
- el asegurado no facilita a la aseguradora documentación que demuestre que se ha efectuado un anuncio de reclamación en el mostrador de la compañía aérea.

6. Pérdida o robo de equipaje

En caso de pérdida involuntaria, daño, robo o hurto del equipaje, el asegurador indemnizará al asegurado hasta el importe máximo pagadero indicado en la lista de coberturas. Existe una franquicia de 250,00 euros por siniestro.

6.1 Compensación

El asegurador pagará el siguiente valor de los objetos del equipaje según las sumas máximas aseguradas que figuran en la lista de coberturas:

- Para todos los artículos que no tengan más de un año: valor del artículo nuevo;
- Para los artículos con más de un año de antigüedad: el valor actual de mercado;
- Si los objetos del equipaje pueden repararse o sustituirse, el asegurador tiene derecho a reembolsar el coste de la reparación o sustitución;
- Si los artículos no pueden sustituirse por otros nuevos equivalentes, la determinación del daño se basará en el valor de mercado;
- La indemnización por daños se concederá hasta los importes máximos asegurados, independientemente del valor total de los objetos del equipaje;
- El asegurado deberá demostrar la posesión, el valor y la antigüedad de las piezas de equipaje, por ejemplo, mediante una factura de compra original. Si no se dispone de una factura de compra original, el asegurador reembolsará un máximo del 60% del valor de mercado.

6.2 Limitaciones especiales de la cobertura del seguro

Además de las exclusiones y limitaciones ya mencionadas, se aplican las siguientes limitaciones y exclusiones: en las siguientes situaciones el asegurador no presta ningún servicio ni prestación:

- equipajes y efectos personales durante su manipulación por una empresa de transporte. Tales reclamaciones deben presentarse primero a la compañía de transporte. Para tramitar la reclamación necesitamos la notificación de siniestro registrada en la empresa de transporte;
- documentos registrados en cinta, película o cualquier otro medio, así como colecciones de cualquier tipo; sistemas de alarma y drones; material informático, incluyendo software y hardware; teléfonos y dispositivos electrónicos móviles, como smartphones, tabletas y auriculares, junto con sus accesorios; material de oficina o profesional; llaves, bolígrafos, encendedores y dispositivos que produzcan humo; bicicletas, remolques, autocaravanas y cualquier otro vehículo o medio de transporte; gafas y lentes de contacto;
- pasaportes, documentos de identidad, autorizaciones de residencia y otros documentos de viaje o de identidad;
- billetes y títulos de transporte;
- objetos de valor que no se guarden bajo llave o en lugar seguro fuera del tiempo en que se utilicen;



- f. joyas, metales y piedras preciosas, otros objetos de valor que no estén en una caja fuerte cuando no se utilicen
- g. objetos de arte con valor de coleccionista;
- h. todos los objetos comprados durante el viaje, incluidos los recuerdos;
- i. objetos dejados en un vehículo (incluso cerrado con llave);
- j. billetes, cheques y cheques de viajero, así como otros valores negociables y tarjetas de crédito;
- k. tarjetas para comprar gasolina, sellos, muestras comerciales y productos comerciales, entradas para eventos o espectáculos.

Además, el asegurador no está obligado a prestar servicios en caso de:

- a. confiscación y retención del equipaje por las autoridades aduaneras, administrativas o policiales;
- b. accidentes causados por fumadores, goteo o derrame de líquidos, deterioro o material defectuoso;
- c. accidentes causados por insectos, otros animales o por las condiciones climáticas;
- d. daños indirectos ocasionados por un derecho de uso fallido, multas.

6.3 Obligaciones del asegurado

Para obtener el derecho a la indemnización, el asegurado está obligado a transmitir inmediatamente la reclamación por escrito al asegurador mediante la entrega de los siguientes documentos:

- a. el aviso de siniestro registrado en el transportador;
- b. el informe del daño firmado por la policía en el lugar del daño;
- c. el informe de cualquier testigo
- d. copia de la reclamación presentada al director del hotel, al transportista o al depositario del objeto dañado;
- e. factura original de los gastos de reparación;
- f. la factura original que pruebe la adquisición del objeto de la reclamación indicando la fecha y el precio; el recibo de la adquisición de la moneda extranjera.

7. Responsabilidad civil

El asegurador cubrirá la responsabilidad en caso de daños que el asegurado haya sufrido durante su viaje fuera de su país de origen según el contrato de seguro.

7.1 Cobertura

El asegurador se hace cargo de las consecuencias financieras de la responsabilidad e indemniza los daños infligidos por el asegurado a un tercero durante una estancia fuera del país de origen en relación con

- a. lesiones (incluidos fallecimiento e invalidez), causadas a un tercero (excluido el asegurado o un miembro de su familia);
- b. daños materiales (incl. pérdida), que el asegurado haya causado a un bien mueble (bienes muebles) de un tercero.

7.2 Explicaciones

En caso de que este siniestro esté cubierto, el asegurador determinará el importe del siniestro teniendo en cuenta las sumas legalmente debidas en el país en el que haya tenido lugar el suceso.

Esta cobertura no es válida en los territorios de Estados Unidos y Canadá.

7.3 Procedimiento

Con este contrato el asegurado cede todos los derechos a la aseguradora para dirigir un procedimiento ante las jurisdicciones civiles, incluido el derecho a ejercer un recurso.

En caso de acción penal, el asegurador tiene derecho a intervenir y dirigir la defensa del asegurado, sin ninguna restricción de derechos, reservándose el derecho a recurrir o impugnar una decisión.

Si después del siniestro el asegurado no ha cumplido sus obligaciones, el asegurador seguirá indemnizando al tercero perjudicado. No obstante, el asegurador puede reclamar al asegurado el reembolso de las sumas abonadas.

Los gastos adicionales (de procedimiento, reconocimientos, etc.) no se deducen de la suma máxima asegurada. En caso de condena al pago de una tasa superior a la suma máxima asegurada, el asegurado deberá correr con los gastos.

7.4 Condiciones de indemnización

Antes de reconocer cualquier responsabilidad o proporcionar una indemnización, el asegurado debe obtener previamente la aprobación por escrito del asegurador para todos los casos.

Menos la franquicia de 250,00 euros por evento, la indemnización por daños corporales infligidos a un tercero no podrá superar la suma de 500.000,00 euros En caso de daños materiales y/o inmateriales (daños de un objeto o de un



animal o cualquier pérdida del derecho de uso de un bien mueble) no podrá superar la suma de indemnización de 100.000,00 euros.

7.5 Limitaciones especiales de la cobertura del seguro

Las siguientes limitaciones y exclusiones son aplicables adicionalmente a las exclusiones y limitaciones ya mencionadas, el asegurador no está obligado a proporcionar ninguna indemnización, servicios o coberturas si los daños se deben o pueden referirse a:

- a. la responsabilidad de un empleado, un miembro de la familia o un allegado del asegurado;
- b. los objetos personales del asegurado, así como los objetos dejados en custodia del asegurado por otra persona o los objetos dejados en el coche del asegurado mientras estaba bajo su control;
- c. animales y objetos pertenecientes al tercero o dejados bajo su custodia;
- d. daños derivados de un acto intencionado, o de la comisión de un acto bastante grave o incluso gravemente negligente;
- e. como asunto comercial o profesional del asegurado;
- f. asuntos relativos a la pertenencia y/o posesión de bienes muebles o inmuebles (se exceptúan los asuntos relativos a una segunda residencia fuera del domicilio o país de residencia habitual);
- g. asuntos relativos a la propiedad, posesión y uso de vehículos, aviones o barcos;
- h. tasas judiciales derivadas de pleitos.

8. Capital en caso de accidente

El asegurador indemniza a tanto alzado (capital) en caso de accidente con resultado de muerte o invalidez según el contrato de seguro.

8.1 Límite de edad

El pago de un capital por accidente sólo se efectuará si el asegurado tenía más de 16 años y menos de 60 el día de la celebración del contrato de seguro.

8.2 Servicios relativos al pago de una cantidad a tanto alzado por accidente

El asegurador pagará una cantidad a tanto alzado en caso de accidente con resultado de muerte o invalidez.

En el marco de este riesgo la cobertura de un accidente se define de la siguiente manera:

Toda lesión corporal involuntaria causada al Asegurado, derivada de una acción brusca, repentina e inesperada con causa externa, con exclusión de una enfermedad aguda o crónica.

8.3 Pago del capital en caso de fallecimiento

Se abonará el capital estipulado en la póliza de seguro siempre que el asegurado haya fallecido a consecuencia del accidente en los 12 meses siguientes al mismo. La indemnización máxima no superará la suma mencionada en el contrato de seguro. En cuanto a los menores de 16 años, la indemnización no superará una suma máxima de 20.000 euros.

Por lo general, el capital a tanto alzado se pagará a los herederos legales, salvo que el asegurado haya decidido otra cosa en un testamento escrito legalmente vinculante.

En caso de que el asegurado sufra un accidente que concluya con su fallecimiento, se abonará el capital estipulado en la póliza menos la suma que ya se haya pagado por su invalidez a raíz del mismo accidente.

8.4 Pago del capital en caso de invalidez

El capital se calculará con arreglo a los principios que se enumeran a continuación, siempre que el asegurado sufra, en los 12 meses siguientes al accidente, alteraciones inalterables de su salud física y mental derivadas de dicho accidente.

El capital en caso de invalidez está sujeto a los importes máximos indicados en la póliza de seguro y se calcula en función del grado de invalidez:

- a. enfermedad mental incurable y completa, ceguera total, parálisis permanente y completa permanente, amputación o pérdida de dos miembros 100%;
- b. pérdida total o ceguera de un ojo 25%;
- c. sordera total e incurable de ambos oídos 40%;
- d. sordera completa e incurable de un oído 15%;
- e. amputación o incapacidad total de las extremidades:



- brazo, antebrazo o mano 50%
 - índice 10%;
 - otros dedos 5%;
 - dos dedos (excepto pulgar e índice) 8%.
- f. amputación o invalidez completa de miembros:
- muslo (por encima de la rodilla) 50%;
 - Parte de la pierna por debajo de la rodilla 45%;
 - un pie 40%;
 - dedo gordo del pie 5%;
 - cualquier otro dedo 1%.

Se considera que la invalidez es total (100 %) cuando el asegurado está incapacitado de forma permanente para trabajar o no puede ejercer ninguna actividad remunerada durante los 12 meses siguientes al accidente. La invalidez parcial se da cuando la capacidad del asegurado se ve considerablemente limitada mientras trabaja o sigue cualquier actividad remunerada.

En caso de pérdida o incapacidad total de uso de una de sus extremidades (mano por encima de la muñeca, pie por encima del tobillo), lo que significa una pérdida irrevocable del uso de una mano, brazo o pierna, el asegurador puede calcular la indemnización a pagar en función de un grado menor de incapacidad.

8.5 Parámetros de compensación

Sólo se tendrá en cuenta la incapacidad funcional efectiva de un miembro o del órgano afectado a pesar de la profesión que ejerce o ejercía el asegurado.

No se indemnizará la pérdida de un miembro u órgano que no funcionara correctamente antes del accidente. Los daños en miembros u órganos que no funcionaran correctamente antes del accidente sólo se indemnizarán pagando la diferencia entre la funcionalidad antes y después del accidente, si existiera.

Si más de una parte de un miembro resulta dañado por el mismo accidente, el importe de la indemnización por cada parte dañada del miembro no puede superar el importe que se habría pagado por la pérdida total de un miembro.

Los daños físicos y psíquicos no enumerados en el catálogo anterior se indemnizarán de acuerdo con los siguientes criterios: el estado fisiológico del asegurado; la falta de cuidados y tratamiento que se deban a una cierta negligencia del asegurado; los efectos que el accidente habría tenido en una persona sana e ileso que se beneficie de un tratamiento médico sensato.

8.6 Límites

Además de las exclusiones y limitaciones ya mencionadas, se aplican las siguientes limitaciones y exclusiones: el asegurador no está obligado a prestar ningún servicio ni a indemnizar si las consecuencias de los siguientes hechos provocan invalidez o fallecimiento:

- a. un acto delictivo intentado o consumado por el asegurado;
- b. accidentes durante un vuelo (todo tipo de aviones) del país de origen al país de destino y del país de destino al país de origen;
- c. los accidentes debidos a la práctica de un deporte en el marco de una competición oficial organizada por una asociación deportiva para la que se expide una licencia, así como el entrenamiento con vistas a la participación en una competición;
- d. accidentes debidos al ejercicio de una profesión manual o durante la caza
- e. misiones humanitarias, situaciones bélicas o guerra;
- f. daños físicos derivados de enfermedad
- g. daños corporales resultantes de ensayos o de la utilización de armas atómicas, químicas o bacteriológicas, rayos X, radio y enriquecimiento de radio, así como sus derivados, a menos que las heridas se hayan producido en el marco de la manipulación de un aparato defectuoso o por mal manejo del equipo, o sean consecuencia del tratamiento necesario a causa del accidente asegurado;
- h. en caso de aneurisma, apoplejía cerebral, parálisis o delirium tremens, trastorno mental, enfermedad del cerebro o de la médula espinal, así como sordera o ceguera ya existentes;
- i. accidentes causados por el uso de una motocicleta de potencia superior a 125 cm³



j. accidentes causados por utilizar una motocicleta de 125 cm³ o menos como conductor o pasajero, cuando no se llevaba casco en el momento del accidente. En este caso, la cobertura se limita a un máximo de 5.000,- euros.

8.7 Obligaciones en caso de siniestro

a. En caso de discapacidad

Para tener derecho a los servicios del asegurador o a una indemnización, el asegurado debe notificarlo al asegurador en los 5 días siguientes a la ocurrencia del suceso. El asegurador se reservará el derecho de ordenar en cualquier momento un examen médico por uno de sus propios médicos o por un especialista de renombre. Los gastos resultantes correrán a cargo del asegurador.

b. En caso de fallecimiento

Los herederos legítimos están obligados a notificar al asegurador el fallecimiento y sus orígenes/causas en un plazo de 24 horas. Además, tendrán que aceptar lo antes posible que un médico forense designado por la aseguradora realice una autopsia.

Los gastos resultantes (si los hubiera) correrán a cargo de la aseguradora. La notificación del fallecimiento debe realizarse aunque ya se haya producido la notificación del accidente o de una invalidez.

c. Documentación que debe presentarse

Los documentos deben enviarse a la aseguradora en un plazo máximo de 30 días tras su expedición. Los documentos en cuestión son los siguientes

- a. un informe médico original detallado
- b. el parte de accidente y/o los atestados redactados por las autoridades;
- c. el certificado de defunción original o un documento legalizado.



Lista de coberturas

COSTES MÉDICOS	Standard	Comfort	Premium
Territorios cubiertos	En todo el mundo, excepto territorios de EE.UU. y Canadá, Se incluyen los países Schengen		
Importe máximo por acontecimiento	€ 50,000.00	€ 150,000.00	€ 500,000.00
Tratamiento hospitalario/Hospitalización	incluido	incluido	incluido
Alojamiento en hospitales	Estancia semiprivada	Estancia semiprivada	Estancia semiprivada
Tratamiento ambulatorio	incluido	incluido	incluido
Medicamentos y material de prescripción (hospitalización y centro de día)	incluido	incluido	incluido
Honorarios quirúrgicos, anestesia y gastos de quirófano	incluido	incluido	incluido
Aparatos quirúrgicos y prótesis	incluido	incluido	incluido
Servicios de rehabilitación	€ 1,000.00	€ 2,000.00	€ 3,000.00
TAC, resonancia magnética, PET y TAC-PET (hospitalización)	incluido	incluido	incluido
Servicios de día y cirugía ambulatoria	incluido	incluido	incluido
Costes médicos y medicamentos con receta	incluido	incluido	incluido
Honorarios de especialistas	incluido	incluido	incluido
Tarifas de diagnóstico	incluido	incluido	incluido
Fisioterapia prescrita tras la hospitalización	Max. € 20.00 al día durante un máximo de 15 días		
Tratamiento dental de urgencia suma máxima por evento	€ 300.00	€ 500.00	€ 1,000.00
EQUIPAJE	Standard	Comfort	Premium
Territorios cubiertos	En todo el mundo, excepto territorios de EE.UU. y Canadá Se incluyen los países Schengen		
Importe máximo por acontecimiento	€ 2,000.00	€ 2,500.00	€ 3,500.00
Pérdida, daños, robo o hurto de equipaje (Deducible de 250,00 euros por siniestro)	€ 1,000.00	€ 1,500.00	€ 2,500.00
Equipaje atrasado > 16h	Max. € 300.00	Max. € 300.00	Max. € 300.00
MUERTE ACCIDENTAL O INVALIDEZ	Standard	Comfort	Premium
Territorios cubiertos	En todo el mundo, excepto territorios de EE.UU. y Canadá, Se incluyen los países Schengen		
Importe máximo por acontecimiento	€ 50,000.00	€ 50,000.00	€ 50,000.00
En caso de fallecimiento	€ 25,000.00	€ 25,000.00	€ 25,000.00
En caso de discapacidad	€ 50,000.00	€ 50,000.00	€ 50,000.00



RESPONSABILIDAD CIVIL	Standard	Comfort	Premium
Territorios cubiertos	En todo el mundo, excepto territorios de EE.UU. y Canadá, Se incluyen los países Schengen		
Importe máximo por acontecimiento	€ 500,000.00	€ 500,000.00	€ 500,000.00
Daños corporales a terceros	€ 500,000.00	€ 500,000.00	€ 500,000.00
Daños materiales / inmateriales	€ 100,000.00	€ 100,000.00	€ 100,000.00

ASISTENCIA MÉDICA	Standard	Comfort	Premium
Territorios cubiertos	En todo el mundo, excepto territorios de EE.UU. y Canadá, Se incluyen los países Schengen		
Importe máximo por acontecimiento	€ 250,000.00	€ 250,000.00	€ 250,000.00
Evacuación médica de urgencia	€ 150,000.00	€ 150,000.00	€ 150,000.00
Repatriación sanitaria	€ 50,000.00	€ 50,000.00	€ 50,000.00
Ambulancia local	€ 5,000.00	€ 5,000.00	€ 5,000.00
Asistencia médica durante el transporte	incluido	incluido	incluido
Búsqueda y salvamento en mar y montaña	€ 30,000.00	€ 30,000.00	€ 30,000.00
Indicación de especialistas médicos locales	incluido	incluido	incluido
Repatriación de restos mortales	€ 30,000.00	€ 30,000.00	€ 30,000.00
Gastos de acompañamiento del familiar del repatriado	€ 80.00 al día durante un máximo de 7 días		
Gastos de alojamiento para acompañar a familiares alojados en el hospital	€ 500.00	€ 1,000.00	€ 2,000.00
Billete de avión para un familiar que visite al asegurado en el hospital	incluido	incluido	incluido
Repatriación del acompañante que viaja con el asegurado	incluido	incluido	incluido
Anticipo de fondos de emergencia a reembolsar por el asegurado	€ 1,000.00	€ 1,000.00	€ 1,000.00
Envío de mensajes urgentes	incluido	incluido	incluido
Asesoramiento médico a distancia	100%	100%	100%

En caso de duda, o conflicto respecto de la interpretación de los términos del presente documento o de diferencia entre los términos de la versión española y la inglesa, la versión en lengua inglesa del mismo prevalecerá sobre la versión del mismo en idioma español.