



Seguro Médico Internacional Esencial

Condiciones generales de seguro
EMED-GIC-012026

Asegurado por





Índice

Información

Condiciones Generales del seguro

1. Requisitos y aceptación
2. Territorio
3. Disposiciones Generales
4. Fecha de inicio, duración, renovación y finalización del seguro
5. Pago de la prima
6. Obligaciones del asegurado
7. Plan hospitalario
8. Plan ambulatorio (opcional)
9. Asistencia
10. Lista de coberturas
11. Definiciones
12. Exclusiones
13. Siniestros
14. Rescisión del contrato
15. Ley aplicable
16. Validez



Información

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 las reclamaciones en nombre de la aseguradora.

Cumplimiento

Los productos y servicios del asegurador pueden no estar disponibles en todas las jurisdicciones y quedan expresamente excluidos de esta póliza cuando 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. El contrato no sustituye la participación en un régimen de seguro de enfermedad estatal o local ni el cumplimiento de cualquier otro requisito legislativo de cualquier país. El tomador del seguro/asegurado no debe dejar de cotizar a un régimen de seguro estatal a menos que haya recibido asesoramiento sobre los riesgos de hacerlo.

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

Orden de precedencia de las cláusulas de las condiciones generales de seguro

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.



Condiciones generales del seguro

1. Requisitos y aceptación del seguro

1.1 Requisitos

El seguro está destinado a todas las personas extranjeras residentes en la UE/EEE y a todos los residentes en la UE/EEE que se desplacen al extranjero, excluidos los territorios de EE.UU. y Canadá. La edad mínima para tener derecho a la cobertura del seguro es de 18 años. La edad máxima de acceso al seguro es de 49 años.

1.2 Aceptación

El asegurado se considera aceptado en el seguro una vez que ha solicitado con éxito el seguro, aceptado los términos y condiciones y pagado la prima del seguro antes de la fecha de inicio del seguro.

El asegurado es responsable de verificar que la compra y la transacción en línea se han tramitado correctamente, que la póliza de seguro se ha emitido y recibido por correo electrónico y que la información que figura en la póliza de seguro es exacta.

La aseguradora no se responsabiliza de los posibles errores técnicos en línea.

2. Cobertura Territorial

2.1 Área de cobertura

La cobertura se concede en todo el mundo, con exclusión de los territorios de Estados Unidos y Canadá. Los beneficios son aplicables en el país de destino del tomador del seguro/asegurado mencionado en el certificado de la póliza. Cualquier tratamiento fuera del país de destino está sujeto a la aprobación previa del asegurador.

El derecho a las prestaciones de la cobertura del seguro cesa en cuanto el asegurado entra en un territorio excluido del contrato de seguro o regresa a su país de origen.

3. Condiciones Generales

3.1 Aspectos principales

El contrato de seguro es un acuerdo mutuo entre el solicitante y el asegurador, que abarca todos los puntos clave de su relación. La base de este contrato consiste en la suma de declaraciones realizadas por el tomador del seguro, el asegurado o un representante legal, y establecidas en el contrato o en otros acuerdos.

Los puntos y criterios clave del contrato son los siguientes:

- a)** Deben tenerse en cuenta y aprobarse las condiciones generales del seguro;
- b)** El asegurador debe aceptar explícitamente la solicitud para que la póliza quede suscrita;
- c)** El asegurador debe haber recibido el pago íntegro de la prima; todas las comisiones bancarias, comisiones de tarjetas de crédito o cualquier otro gasto correrán a cargo del tomador del seguro/asegurado;



3.2 Póliza de seguros

Una póliza de seguro es el documento que confirma la existencia de un contrato de seguro entre el tomador/asegurado y el asegurador.

Con este documento, el asegurador confirma su voluntad de celebrar un acuerdo con el asegurado siempre que se cumplan todos los puntos clave del contrato, en particular solo después de que se haya pagado la prima de seguro.

3.3 Cambios en la cobertura del seguro

En caso de que el asegurado vaya a modificar la cobertura del seguro, se requiere una nueva solicitud de seguro.

3.4 Cambio de nombre o dirección

Cualquier cambio de nombre o dirección del tomador del seguro/asegurado debe notificarse por escrito a la aseguradora en un plazo de 30 días. Mientras tanto, seguirá siendo válida la última dirección conocida.

3.5 Derecho de cancelación

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

- El asegurador 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 denegó un visado (como una carta de rechazo de la embajada o consulado).
- El asegurado solo puede cancelar la póliza y solicitar el 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 utilizó el asegurado. Cualquier comisión bancaria o de tarjeta de crédito no será reembolsada.

El tomador del seguro/asegurado dispondrá de un plazo de catorce (14) días naturales para cancelar la póliza sin penalización alguna y sin indicar el motivo. 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.

3.6 Aceptación de los proveedores de servicios médicos

Sólo se tendrán en cuenta las facturas emitidas por prestadores de servicios médicos cualificados, que posean diplomas reconocidos y válidos del país en el que el asegurado está siendo tratado y donde están autorizados a ejercer.



3.7 Gastos cubiertos

Los servicios prestados en el contexto de las condiciones del seguro deben ser eficaces, adecuados y económicos. La eficacia, adecuación y rentabilidad deben estar científicamente probadas. En caso contrario, el asegurador se reserva el derecho de reducir razonablemente las prestaciones en consecuencia.

El tratamiento hospitalario y ambulatorio debe recibirse en el centro médico adecuado y quedan excluidos los tratamientos experimentales.

Los gastos médicos deben corresponder a los gastos habitualmente incurridos por un servicio o suministro similar y no exceder los gastos normales incurridos en las mejores condiciones prevalecientes para dicho servicio o suministro en la localidad donde se recibe el servicio o suministro. Si no pueden determinarse los gastos habituales y prevalecientes cobrados debido a la naturaleza inusual del servicio o suministro, el asegurador determinará hasta qué punto el cargo es razonable, teniendo en cuenta:

- La complejidad que entraña
- El grado de capacidad profesional requerido
- Cualquier otro factor relevante

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

Si no se han negociado condiciones especiales, como la consulta obligatoria de una red médica predefinida, el asegurado puede ser tratado por un médico titulado de su elección.

3.8 Gastos médicos y de asistencia

Todas las prestaciones indicadas en las presentes condiciones de seguro y en el cuadro general de coberturas están cubiertas exclusivamente en caso de urgencia.

Todos los tratamientos recibidos fuera del periodo de seguro no pueden reclamarse y no serán cubiertos ni reembolsados por el asegurador.

3.9 Coberturas parciales

Si el asegurado no se beneficia en absoluto o sólo parcialmente de la póliza de seguro, el asegurador no puede estar obligado a reembolsar las coberturas cubiertas en especie. Si los gastos ocasionados por un siniestro son inferiores a los establecidos en la póliza de seguro, el asegurado no tiene derecho a reclamar la diferencia.

Un copago significa que un determinado porcentaje de la cobertura correrá a cargo del asegurado.

3.10 Cantidad máxima asegurada

La suma asegurada máxima anual es el importe máximo cubierto durante el periodo de vigencia de la póliza.

En la lista de coberturas se indican las distintas prestaciones máximas por periodo de seguro.

3.11 Subsidiariedad

La cobertura es subsidiaria de las coberturas previstas por los seguros sociales obligatorios, otros ramos de seguros (por ejemplo, seguro de accidentes, seguro de enfermedad del país de origen), convenios de servicios o asociaciones de las que el asegurado sea parte o pague una cotización, siempre que estos últimos no ofrezcan al asegurado una protección suficiente.



4. Fecha de inicio, duración, renovación y finalización del seguro

4.1 Fecha de inicio del 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.

4.2 Duración del seguro

La duración de la cobertura se indica en la póliza de seguro; la duración mínima es de seis (6) meses y la máxima de dieciocho (18) meses.

El seguro comienza en la fecha de entrada en vigor del seguro, indicada en la póliza de seguro, y finaliza en la última fecha indicada en la póliza de seguro.

El asegurado puede contratar una nueva póliza de seguro para un nuevo periodo de seguro. La nueva solicitud está sujeta a las condiciones generales del seguro. Todas las reclamaciones relativas a la póliza anterior no pueden transmitirse ni cubrirse con la póliza recién adquirida. Esto incluye todas las condiciones como, por ejemplo, los períodos de carencia o las enfermedades preexistentes.

4.3 Finalización del seguro

La cobertura expira el mismo día que expira la póliza de seguro. Todos los tratamientos recibidos fuera de la duración de la póliza no están cubiertos.

Si una persona asegurada es ingresada en un hospital y la cobertura finaliza después de que expire la póliza, existe cobertura hasta la primera fecha posible de regreso al país de origen del asegurado.

En cualquier caso, la cobertura del seguro cesa una vez que el asegurado regresa a su país de origen indicado en el pasaporte.

Para el asegurado, el seguro de esta póliza finalizará automáticamente:

- si se convierte en ilegal que el asegurador proporcione cualquiera de las coberturas disponibles en virtud de este contrato;
- si se ha facilitado al asegurador información engañosa o si se ha ocultado información que debería haberse facilitado y que podría haber afectado a la evaluación por parte del Asegurador de los riesgos que se aseguran en virtud de este contrato;
- en caso de fallecimiento del asegurado.

5. Pago de la prima

5.1 Pago de las primas del seguro

Recibir el pago de la prima es una parte esencial de la póliza de seguro. La prima debe pagarse por adelantado para todo el periodo de seguro seleccionado.

Los impuestos y tasas establecidos por la legislación aplicable se añadirán al importe de la prima y deberán ser abonados en su totalidad por el tomador/asegurado.

En cualquier caso, la póliza de seguro sólo se emitirá una vez que el pago se haya abonado íntegramente en la cuenta bancaria del asegurador.

No se permite retener el pago de la prima para compensar algunas prestaciones pendientes.



La prima se calcula siempre para todo el periodo de seguro seleccionado.

5.2 Cláusula de salvaguardia

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 tienen ningún efecto sobre la validez de las demás cláusulas.

Para sustituir o completar la cláusula inválida o ausente, el asegurador 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 de las partes.

6. Obligaciones del asegurado

6.1 Seguro doble

Si el mismo riesgo está cubierto durante el mismo periodo de tiempo por más de un asegurador en la medida en que las sumas aseguradas combinadas superen el valor del seguro, el tomador del seguro/asegurado está obligado a informar inmediatamente por escrito a todos los aseguradores.

Si el tomador del seguro/asegurado ha omitido intencionadamente notificar al asegurador estos hechos o ha contratado un doble seguro con el fin de obtener un beneficio ilícito, el asegurador quedará en lo sucesivo automáticamente liberado de cualquier obligación contractual.

6.2 Aumento del riesgo

Un incremento del riesgo es importante si afecta a la evaluación del riesgo que se ha establecido durante el contrato de seguro. Son importantes todos los factores que puedan influir en la decisión del asegurador de aceptar el contrato o de aceptarlo en las condiciones acordadas (especialmente importante es el estado de salud del asegurado, las enfermedades pueden considerarse un incremento del riesgo, o si realiza actividades peligrosas, etc.).

Si el asegurado provoca un aumento significativo del riesgo durante la vigencia del seguro, el asegurador dejará de estar obligado por el contrato de seguro. El asegurado tiene la obligación de informar a la aseguradora inmediatamente por escrito.

Si el aumento del riesgo no ha sido causado por el asegurado, la póliza sólo se cancelará automáticamente si el asegurado ha omitido notificarlo a la aseguradora como se ha indicado anteriormente. Si el asegurado realiza dicha notificación, el asegurador se reserva el derecho de rescindir la póliza tras la notificación.

A excepción de los cambios en el estado de salud del asegurado que se produzcan después de la aceptación del seguro, el asegurado está obligado a informar a la aseguradora de cualquier cambio en las circunstancias o condiciones que puedan aumentar el riesgo de enfermedad o accidente (por ejemplo, actividad profesional peligrosa). La aseguradora podrá entonces proponer nuevas condiciones de seguro (en el plazo de un (1) mes tras haber recibido la notificación del incremento del riesgo) o cancelar la cobertura del seguro, en el plazo de un (1) mes, con carácter retroactivo desde el momento en que se inició el incremento del riesgo.

6.3 Comunicación inmediata del siniestro

En caso de siniestro inminente o declarado, todos los asegurados tienen la obligación de ponerse inmediatamente en contacto con el asegurador.

En caso de que la verificación de un siniestro ya no sea posible debido a que el asegurado no haya



notificado a la aseguradora a tiempo, y debido a esta notificación tardía un siniestro ya no pueda ser identificado o verificado, la aseguradora no reembolsará el siniestro que no pueda ser identificado o verificado.

En caso de asistencia médica, es obligatorio ponerse en contacto con el número de la central de alarma 24 horas al día, 7 días a la semana, lo antes posible una vez ocurrido el siniestro.

Tel : +3150 520 9780

Si el asegurado es totalmente incapaz de notificar inmediatamente al asegurador y se puede demostrar que un contacto personal o indirecto con el asegurador antes de consultar a un médico certificado en el momento del suceso era imposible debido a la situación de peligro para la vida del paciente, se considerará una notificación válida la realizada a tiempo por el tomador del seguro/asegurado, la policía, el hospital o cualquier parte implicada en el siniestro.

Todos los tratamientos en régimen de hospitalización (salvo los ingresos hospitalarios de urgencia) están sujetos a autorización previa por el Centro de Alarmas o el asegurador.

En caso de incumplimiento del requisito de preautorización, el asegurador tiene derecho a rechazar la reclamación presentada. En caso de hospitalización de urgencia, la aseguradora debe ser informada lo antes posible y, a más tardar, antes del alta hospitalaria.

6.4 Obligación de minimizar el siniestro

El asegurado está obligado a tomar todas las medidas razonables para evitar o minimizar cualquier siniestro

6.5 Consecuencias del incumplimiento de las obligaciones

Además de las consecuencias de la inobservancia de los artículos ya mencionadas, en caso de incumplimiento de las obligaciones contractuales puede aplicarse al asegurado la siguiente consecuencia:

Si el incumplimiento de las obligaciones se produce con intención de defraudar, el contrato con el asegurado será nulo de pleno derecho. El asegurador dejará de estar obligado a prestar servicios y prestaciones y podrá solicitar la devolución de los reembolsos ya percibidos por el asegurado. El asegurador no reembolsará las primas pagadas por el asegurado.

En caso de otras infracciones o cualquier incumplimiento de las obligaciones del asegurado, el asegurador tiene derecho a reducir la cobertura proporcionalmente a los daños derivados.

El tomador del seguro/asegurado es el único responsable de la ejecución de las obligaciones contractuales.

7. Hospitalización

7.1 Alojamiento

Están cubiertos los siguientes gastos de asistencia hospitalaria en un hospital y en el territorio contractual:

- a) Tratamiento hospitalario en un establecimiento médico público o semiprivado;
- b) Ingreso en un hospital o establecimiento quirúrgico;
- c) Gastos médicos originados durante la estancia hospitalaria como paciente ingresado;
- d) Cuidados intensivos en un establecimiento médico público o semiprivado;
- e) Alojamiento, quirófano y sala de recuperación en un establecimiento médico público o semiprivado.

Si no se han negociado condiciones especiales, como la consulta obligatoria de una red médica predefinida, el asegurado puede elegir entre las clínicas públicas o privadas, que cuentan permanentemente con



personal médico cualificado, que puede realizar un diagnóstico y que dispone de los medios diagnósticos y terapéuticos necesarios y trabaja con métodos científicamente reconocidos.

El reembolso de los gastos depende de la cobertura y de lo que se haya acordado por escrito cuando el asegurado informa a la aseguradora de la intención de someterse a un tratamiento hospitalario.

El asegurador ofrece cobertura para los servicios de exámenes médicos, métodos curativos y medicamentos generalmente aceptados por la medicina convencional. También se cubrirán los 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 cobertura hasta el importe ajustando la cobertura que debería pagarse por haberse utilizado métodos y medicamentos convencionales.

Si se considera un aborto legal según el Código Penal del país en cuestión y si el aborto se realiza de urgencia por peligro inminente para el cuerpo y el alma (angustia profunda) de la madre embarazada, la aseguradora pagará el aborto y se considerará una enfermedad.

7.2 Tratamiento psiquiátrico hospitalario y similar

El asegurador sólo reembolsará los gastos de psicoterapia en régimen de hospitalización si ha dado su autorización previa por escrito tras haber recibido una evaluación del propio perito del asegurador.

La psiquiatría y la psicoterapia se refieren al tratamiento de trastornos mentales o nerviosos, realizado por un psiquiatra o un psicólogo clínico. El trastorno debe estar asociado a una angustia actual o a un deterioro sustancial de la capacidad del individuo para funcionar en una actividad importante de la vida (por ejemplo, el empleo). Dicho trastorno debe ser clínicamente significativo y no estar desencadenado por un acontecimiento concreto, como un duelo, problemas de pareja o académicos o aculturación.

El trastorno debe cumplir los criterios de clasificación de un sistema de clasificación internacional como el Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM-IV) o la actual Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

La psicoterapia está cubierta según el contrato de seguro, siempre que el tratamiento sea prescrito y realizado por un médico titulado.

7.3 Gastos de laboratorios y rayos X

Las pruebas diagnósticas son investigaciones como radiografías o análisis de sangre, realizadas para determinar la causa de los síntomas presentados.

Están cubiertos los gastos de exámenes de laboratorio, radiografías, escáneres y resonancias magnéticas, si los prescribe un médico titulado por razones válidas.

7.4 Trasplante de órganos

El trasplante inevitable de un órgano está cubierto. Sin embargo, los gastos relacionados con la búsqueda de órganos de donantes compatibles (banco de órganos) no están incluidos en esta cobertura.

Se entiende por trasplante de órganos la intervención quirúrgica relativa a los siguientes trasplantes de órganos y/o tejidos: corazón, corazón/válvula, corazón/pulmón, hígado, páncreas, páncreas/riñón, riñón, médula ósea, paratiroides, trasplantes musculares/esqueléticos y de córnea.

No están cubiertos los gastos de adquisición de órganos.

7.5 Medicación

Los medicamentos aprobados por las autoridades del Estado están cubiertos según la lista de coberturas.



También están cubiertos los tratamientos homeopáticos. Sólo están cubiertos los medicamentos prescritos durante el tratamiento hospitalario.

Los medicamentos, apóstoles y equipos médicos deben ser prescritos por un médico colegiado u otro especialista concertado. No se tendrán en cuenta los médicos certificados que sean familiares del asegurado o del tomador del seguro.

Los medicamentos que no hayan sido prescritos por un profesional médico certificado no están cubiertos. Al declarar los gastos, debe presentar una carta de derivación / receta.

Los productos como alcohol puro para uso médico, algodón, protección solar, productos para el cuidado dental, champú, alimentos para dietas especiales, agua mineral, tipos especiales de vino, glándulas frescas o secas, anticonceptivos, cosméticos, productos sanitarios, antialopecia, repelente de insectos en spray, etc. son sustancias no médicas y, por tanto, no están cubiertas.

7.6 Asistencia a domicilio

La asistencia a domicilio o en un centro de convalecencia se refiere a la asistencia recibida en lugar de un tratamiento admisible en régimen de hospitalización o de día. El asegurador sólo abonará la prestación cuando el médico certificado tratante decida (y el asegurador esté de acuerdo) que es médicaamente necesario que el afiliado permanezca en un hogar de convalecencia o que cuente con la asistencia de una enfermera a domicilio. No están cubiertos los balnearios, centros de cura y balnearios ni los cuidados paliativos o de larga duración.

En sustitución de un tratamiento hospitalario, se cubrirá un importe diario por cada periodo de vigencia de la póliza.

7.7 Fisioterapia

Sólo está cubierta la fisioterapia prescrita durante el tratamiento hospitalario.

La fisioterapia prescrita se refiere al tratamiento efectuado por un fisioterapeuta colegiado tras haber sido remitido por un médico certificado. La fisioterapia se limita inicialmente a 6 sesiones, tras las cuales el médico remitente debe revisar el tratamiento. El máximo es de 10 sesiones al año.

Si se requieren más sesiones, debe presentarse a la aseguradora un informe de evolución que indique la necesidad médica de cualquier tratamiento adicional. La fisioterapia no incluye terapias como el método Rolfing, el masaje, el pilates, el fango y la terapia MILTA.

7.8 Utensilios quirúrgicos/médicos

Los utensilios quirúrgicos y médicos están cubiertos si han sido prescritos por un médico y dentro de los límites y el importe máximo definidos en la lista de coberturas del seguro.

7.9 Ayudas a la movilidad

Por ayuda médica prescrita se entiende cualquier instrumento, aparato o dispositivo que haya sido prescrito médicaamente como ayuda para la función o capacidad de la persona asegurada, como audífonos, ayudas para hablar (laringe electrónica), muletas o sillas de ruedas, soportes ortopédicos, miembros artificiales, suministros para estomas, medias de compresión graduada, así como soportes ortopédicos para el arco del pie. No están cubiertos los medios auxiliares médicos que forman parte de los cuidados paliativos o de larga duración.

7.10 Diálisis

El asegurador cubre la insuficiencia renal súbita resultante de una enfermedad o accidente y dentro de los límites y la cuantía máxima definidos en la lista de coberturas del seguro.



8. Tratamiento ambulatorio

8.1 Tratamiento ambulatorio de urgencia

El tratamiento ambulatorio de urgencia es un tratamiento recibido en una sala de urgencias tras un accidente o una enfermedad repentina, cuando el asegurado no puede, por necesidad médica, ser ingresado en un hospital como paciente interno.

El tratamiento debe recibirse en las 24 horas siguientes al suceso de emergencia.

8.2 Gastos de laboratorio y rayos X

Las pruebas diagnósticas son investigaciones como radiografías o análisis de sangre, realizadas para determinar la causa de los síntomas presentados.

Están cubiertos los gastos de exámenes de laboratorio, radiografías, escáneres y resonancias magnéticas, si han sido prescritos por un médico certificado por razones válidas.

8.3 Medicación

Los medicamentos aprobados por las autoridades estatales, los tratamientos homeopáticos, los apósitos para heridas y el material médico están cubiertos si los prescribe un médico colegiado u otro especialista concertado.

Los medicamentos prescritos deben adquirirse en la farmacia. La compra de más de un envase del mismo medicamento debe constar en la receta del médico colegiado.

Productos como alcohol puro para uso médico, algodón, protección solar, productos para el cuidado dental, champú, alimentos para dietas especiales, agua mineral, tipos especiales de vino, glándulas frescas o secas, anticonceptivos, cosméticos, productos sanitarios, anticaída, repelente de insectos en spray, etc. son sustancias no médicas y, por tanto, no están cubiertas.

8.4 Ayudas/equipos médicos

Por ayuda médica prescrita se entiende cualquier instrumento, aparato o dispositivo que haya sido prescrito médicaamente como ayuda para la función o capacidad de la persona asegurada, como audífonos, ayudas para hablar (laringe electrónica), muletas o sillas de ruedas, soportes ortopédicos, miembros artificiales, suministros para estomas, medias de compresión graduada, así como soportes ortopédicos para el arco del pie. No están cubiertos los medios auxiliares médicos que forman parte de los cuidados paliativos o de larga duración.

Los medios auxiliares prescritos como vendas y vendajes de soporte, medias de soporte, plantillas ortopédicas, tiritas de soporte, cintas correctoras, equipos ortopédicos de soporte de la parte superior del cuerpo, los brazos, las piernas, audífonos, laringe electrónica, brazos, piernas o pies artificiales están cubiertos en función del contrato de seguro.

Los costes de otros dispositivos médicos y sanitarios prescritos, como cualquier otro equipo, zapatos ortopédicos, aparatos para masajes, inhaladores, lámparas de infrarrojos y de luz azul para terapia, así como almohadillas térmicas, su instalación, uso y mantenimiento, no están cubiertos según el contrato de seguro.

8.5 Tratamientos dentales 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 el cuadro de coberturas. Durante toda la vigencia del seguro, la suma asegurada se asegura un máximo de una vez.

b. El asegurador reembolsará la asistencia odontológica de urgencia en dientes naturales si es necesaria para aliviar un dolor agudo. El reembolso máximo se indica en el cuadro 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.

9. Asistencia

9.1 Condiciones de asistencia

El asegurador prestará asistencia al tomador del seguro/asegurado dentro del ámbito legal y contractual durante el periodo contractual. El tomador del seguro/asegurado debe notificar inmediatamente a la aseguradora para obtener asistencia. No obstante, la prestación de asistencia de urgencia no prejuzga la decisión del asegurador relativa a la cobertura financiera con arreglo a las presentes condiciones generales de seguro.

9.2 Transporte en ambulancia (tierra, mar o aire)

En caso de urgencia médica, el asegurador cubre el transporte por vía aérea, marítima o terrestre hasta el centro adecuado más cercano. Se aplican la limitación y el importe máximo definidos en la lista de coberturas del seguro.

9.3 Transporte Médico

El término transporte médico significa que si el tratamiento de urgencia para el que está cubierto el asegurado no está disponible a nivel local, el asegurado puede ser transportado al centro adecuado más cercano. Sólo están cubiertos los gastos razonables y habituales de tratamiento y transporte que deben ser autorizados previamente por el asegurador. Si no se trata de una urgencia médica, el desplazamiento hasta y desde el centro médico no está cubierto. En todos los casos es obligatoria la autorización previa del asegurador.

El asegurador cubre los gastos por periodo de póliza para el transporte urgente por indicación médica con el fin de proporcionar al asegurado el tratamiento adecuado en el hospital más cercano posible o en un servicio médico autorizado.

Los gastos relacionados con la evacuación médica sólo se reembolsarán si el estado de salud del asegurado no permite el uso de transporte público o privado.

No se cubren los gastos relacionados con el transporte por periodo de póliza, en caso de:

- Una enfermedad o accidente provocado intencionadamente por el asegurado, automutilación o intento de suicidio;
- Adicción (por ejemplo, a las drogas) o alcoholismo;
- Estado etílico, embriaguez manifiesta o si se demuestra que el asegurado al estar implicado en un accidente tenía una tasa de alcohol en sangre superior a 0,5 g/lt. O si se demuestra que el asegurado ha consumido drogas de acuerdo con los límites legales.

El asegurador cubre los gastos de transporte, la cobertura del asegurador es subsidiaria de cualquier otro proveedor.



9.4 Repatriación sanitaria

Tan pronto como el estado del asegurado lo requiera, con la autorización del asegurado y con la autorización previa del asegurador, el asegurador organizará y pagará la repatriación al país de origen. Se aplican la limitación y el importe máximo definidos en la lista de coberturas del seguro.

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

El asegurador se hará cargo de los gastos de repatriación razonables y habituales efectivamente ocasionados por el transporte. Se aplican la limitación y el importe máximo definidos en la lista de coberturas del seguro.

9.5 Repatriación de restos mortales

En caso de fallecimiento del asegurado, el asegurador organizará la repatriación de los restos mortales desde el lugar de su fallecimiento hasta el lugar de los funerales dentro de su país de residencia o país de origen. La repatriación se efectuará de conformidad con las leyes nacionales y los convenios internacionales aplicables.

El asegurador cubrirá los gastos de traslado de los restos mortales y se hará cargo de todas las formalidades necesarias para el transporte de los restos mortales. Se aplican la limitación y el importe máximo definidos en la lista de coberturas del seguro.

9.6 Búsqueda y rescate

El asegurador cubre los gastos de búsqueda y/o salvamento incurridos por las autoridades competentes hasta la suma definida en la lista de coberturas del seguro.



10. Lista de coberturas

Suma máxima asegurada
EUR 500'000

Tratamientos hospitalarios	EMED
Alojamiento	Semi-Privado
Médicos y especialistas	100%
Cirujanos y anestesistas	100%
Enfermería a domicilio	100%
Medicación	100%
Tratamiento psiquiátrico hospitalario	100%
Trasplante de órganos	EUR 150'000
Instrumental quirúrgicos/médicos	100%
Fisioterapia	100%
Ayudas a la movilidad	100%
Escaner TAC, RMN y PET	100%
Diálisis	EUR 15'000
Tratamiento Oncológico	EUR 100'000
Tratamiento Ambulatorio	
Consultas de medicina general Especialista, rayos X, pruebas de laboratorio, Medicación prescrita	EUR 5'000
Ayudas/equipos médicos	EUR 300
Tratamiento dental de urgencia	EUR 500
Asistencia	
Transporte en ambulancia (aéreo, marítimo o terrestre)	EUR 10'000
Repatriación sanitaria	EUR 30'000
Transporte Médico	EUR 30'000
Búsqueda y rescate	EUR 10'000
Repatriación de restos mortales	EUR 30'000
Asistencia 24 / 7	incluida



11. Definiciones

11.1 Hospitalización

Ingreso en un establecimiento hospitalario para una intervención médica durante un periodo mínimo de 24 horas.

Se entiende por alojamiento hospitalario una sala general o una habitación semiprivada.

Las habitaciones de lujo, ejecutivas y suites no están cubiertas. El alojamiento incluye los gastos por servicios, como los cuidados generales de enfermería, que se producen en relación con la estancia hospitalaria.

El hospital incluye también las clínicas y unidades médicas gestionadas por médicos titulados y personal médico que tratan a pacientes enfermos o lesionados.

No se incluyen los hoteles de bienestar y los baños termales, los establecimientos para personas mayores y enfermos crónicos, así como los establecimientos sociosanitarios y similares que no son adecuados para el tratamiento de enfermedades agudas.

11.2 Tratamiento Ambulatorio

El tratamiento ambulatorio se refiere al tratamiento dispensado en la consulta o cirugía de un médico, terapeuta o especialista certificado que no requiere que el paciente sea ingresado en un hospital.

La cirugía ambulatoria es un procedimiento quirúrgico realizado en una consulta, hospital, centro de día o departamento ambulatorio que no requiere el ingreso del paciente en un hospital.

11.3 Centro de estabilización

El lugar al que se lleva al asegurado tras un siniestro para preparar su traslado o repatriación.

11.4 Urgencia

Una urgencia constituye la aparición de una afección médica repentina e imprevista que requiere asistencia médica urgente. Sólo se cubrirá el tratamiento que se produzca en las 24 horas siguientes al acontecimiento de emergencia.

Además, deben ser:

- Esencial para identificar o tratar la afección, enfermedad o lesión de un paciente.
- Coherente con los síntomas del paciente, el diagnóstico o los tratamientos de la enfermedad subyacente.
- Coherente con el diagnóstico y el tratamiento médico habitual de una enfermedad o lesión cubierta.
- De acuerdo con la práctica médica generalmente aceptada y las normas profesionales de atención médica en la comunidad médica en ese momento.
- Necesario por razones distintas a la comodidad o conveniencia del paciente o de su médico.
- De valor médico probado y demostrado.
- Se considera el tipo y nivel de servicio más adecuado.
- Proporcionados en un centro adecuado, en un entorno adecuado y en un nivel de atención adecuado para el tratamiento de la afección médica de un paciente.
- Prestado sólo durante un periodo de tiempo adecuado.
- Las tarifas son justas y razonables para el tratamiento.
- El tratamiento no puede tener carácter experimental, de investigación o de investigación.



Tal y como se utiliza en esta definición, el término "adecuado" significará tener en cuenta la seguridad del paciente y la rentabilidad.

11.5 Accidente

Un accidente es una lesión que es el resultado de un acontecimiento inesperado, independiente de la voluntad del asegurado y que se produce por una causa ajena a su voluntad. La causa y los síntomas deben ser médica y objetivamente definibles, permitir un diagnóstico y requerir terapia.

11.6 Enfermedad repentina

Cualquier cambio negativo no intencionado en la salud que requiera un examen profesional, tratamiento o atención médica y que no se deba a un accidente o a una enfermedad preexistente.

11.7 Enfermedad crónica

Una afección crónica se define como una enfermedad, dolencia o lesión que presenta una o más de las siguientes características:

- Es recurrente
- No tiene cura conocida y generalmente reconocida
- En general, se considera que no responde bien al tratamiento
- Requiere tratamiento paliativo
- Requiere supervisión o vigilancia prolongada
- Provoca incapacidad permanente

11.8 Enfermedad aguda

Enfermedad que puede responder rápidamente a un tratamiento destinado a devolver al asegurado al estado de salud que tenía inmediatamente antes de sufrir la enfermedad, dolencia o lesión, o que conduce a una recuperación total.

11.9 Consulta

Una consulta es cualquier consulta o conversación con un médico o especialista titulado y la expedición de cualquier receta.

11.10 Médico titulado

Médico titulado en medicina o cirugía reconocido por la Organización Mundial de la Salud y legalmente autorizado para ejercer en el país en el que se dispensa el tratamiento.

Los honorarios de un médico certificado se refieren al tratamiento no quirúrgico realizado o administrado por un médico certificado.

11.11 Especialista

Un médico titulado, debidamente autorizado y reconocido como tal por las autoridades competentes del país en el que se administra el tratamiento.

11.12 Anestesista

Un anestesista es un médico titulado o un técnico formado para administrar anestésicos.



11.13 Medicación

Fármacos, medicamentos y dispositivos correctivos (incluidas las prótesis cuando se utilizan como parte integrante de una intervención quirúrgica) prescritos por un facultativo o especialista certificado.

11.14 Patología

Pruebas realizadas para ayudar a determinar o evaluar la naturaleza de la enfermedad y los cambios en la estructura y las funciones provocados por la enfermedad.

11.15 Enfermedad psiquiátrica

Tratamiento de un trastorno mental llevado a cabo por un psicólogo clínico. El trastorno debe estar asociado a una angustia actual o a un deterioro sustancial de la capacidad del individuo para funcionar en una actividad importante de la vida (empleo).

Dicho trastorno debe ser clínicamente significativo y no una mera respuesta esperada a un acontecimiento concreto, como el duelo, los problemas de relación o académicos y la aculturación.

El trastorno debe cumplir los criterios de clasificación de un sistema de clasificación internacional como el Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM-IV) o la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

11.16 Tratamiento

Cualquier procedimiento quirúrgico de urgencia o intervención médica necesaria para curar o aliviar una enfermedad aguda.

Por tratamiento complementario se entienden los tratamientos terapéuticos y de diagnóstico que existen fuera de las instituciones donde se enseña la medicina occidental convencional. Dicha medicina incluye el tratamiento quiropráctico, la osteopatía, la homeopatía y la acupuntura practicada por terapeutas autorizados.

Por tratamiento oncológico se entienden los honorarios de especialistas, pruebas diagnósticas, radioterapia, quimioterapia y gastos hospitalarios incurridos en relación con la planificación y realización del tratamiento del cáncer, desde el momento del diagnóstico.

11.17 Guerra y terrorismo

Guerra:

- conflicto armado, declarado o no, entre un Estado y otro, una invasión o un estado de sitio.
- también se consideran actos de guerra: todas las acciones similares, el uso de la fuerza militar por parte de una nación soberana para alcanzar determinados fines económicos, geográficos, nacionalistas, políticos, raciales, religiosos o de otro tipo.
- guerra civil: conflicto armado entre dos (2) o varias partes pertenecientes a un mismo Estado, cuyos miembros son de diferente origen étnico, religión o ideología.
- También se consideran actos de Guerra civil: una rebelión armada, una revolución, una sedición, una insurrección, un golpe de Estado, las consecuencias de la ley marcial y el cierre de fronteras ordenado por el gobierno o por las autoridades locales.

Terrorismo:

- cualquier uso real o amenaza de uso de la fuerza o violencia dirigida o causante de daños, lesiones, perjuicios o perturbaciones;
- comisión de un acto peligroso para la vida humana o la propiedad, contra cualquier individuo, propiedad o gobierno, con el objetivo declarado o no de perseguir intereses económicos, étnicos, nacionalistas, políticos, raciales o religiosos, independientemente de que dichos intereses sean declarados o no;



- no se considerarán actos terroristas los robos u otros actos delictivos cometidos principalmente para obtener un beneficio personal, ni los actos derivados principalmente de relaciones personales previas entre el autor o autores y la víctima o víctimas.

El terrorismo incluirá cualquier acto que sea verificado o reconocido por el gobierno (pertinente) como un acto de terrorismo.

Descripción de las prestaciones:

Con respecto a los riesgos y consecuencias de Guerra y Terrorismo, todas las consecuencias de la participación activa del asegurado en operaciones de guerra y terrorismo quedan explícitamente excluidas de toda cobertura. En caso de que el asegurado sea víctima de actos de guerra y terrorismo sin ninguna participación activa por parte del asegurado o sus beneficiarios en estos actos, el asegurado está cubierto dentro de los límites y los topes de la cobertura. Las coberturas optionales del seguro (fallecimiento accidental e invalidez) no son válidas cuando el asegurado (o la persona a su cargo cubierta) viaja hacia o desde un país o una parte de un país del que se sabe públicamente que se encuentra en estado de guerra o guerra civil, o reside en dicho país, en el momento en que se producen los daños (lesiones corporales o fallecimiento) al asegurado o a las personas a su cargo cubiertas. En caso de que el asegurado, mientras se encuentra en el extranjero, se enfrente a la aparición repentina e imprevista de una nueva guerra (o estallido de la misma) o de situaciones y actos bélicos, la cobertura del seguro seguirá siendo válida durante catorce (14) días a partir del inicio de las hostilidades.

11.18 Enfermedades preexistentes

Se entiende por afección preexistente cualquier lesión, dolencia, enfermedad u otra afección, trastorno o dolencia física, médica, mental o nerviosa que, con razonable certeza médica, existiera en el momento de la solicitud del seguro o en cualquier momento durante los seis meses anteriores a la fecha de entrada en vigor del seguro, independientemente de que se haya manifestado o sintomático, diagnosticado, tratado o revelado con anterioridad a la fecha de entrada en vigor del seguro, incluidas las complicaciones o consecuencias posteriores, crónicas o recurrentes relacionadas con la misma o derivadas de ella.

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

11.19 Tomador del seguro

El tomador del seguro es la persona física o jurídica que suscribe la póliza de seguro por cuenta propia o ajena y que, en consecuencia, es responsable del pago de las primas. En caso de que el seguro sea suscrito por el tomador del seguro en nombre de otra persona, el asegurado es considerado el único beneficiario de cualquier prestación del seguro y puede reclamar en consecuencia.

11.20 Asegurado

El asegurado es una persona física beneficiaria de las coberturas del contrato de seguro.

11.21 Limitaciones de edad

Las personas físicas sólo pueden solicitar y suscribir un contrato de seguro después de haber cumplido 18 años.

Las solicitudes y suscripciones solo se aceptan hasta los 49 años.

11.22 Familiares y allegados

Un pariente cercano es una persona que tiene una relación estrecha con el asegurado, aunque no necesariamente esté emparentada con él.



11.23 Terceros

Una persona que no tenga ningún tipo de parentesco con el asegurado, ni sea cónyuge o compañero de piso, ni tenga una relación laboral, ni sea un órgano de una entidad jurídica relevante.

11.24 País de origen

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

11.25 País de destino

El país de destino es el lugar al que el asegurado pretende viajar durante el viaje.

11.26 Aclaraciones sobre viajes a destinos clasificados como negativos

¿Va a viajar a un destino para el que el Ministerio de Asuntos Exteriores de los Países Bajos ha emitido un aviso de viaje negativo (código naranja o rojo)? Entonces su seguro no le cubre si decide ir de todos modos. ¿Va a un destino donde el Ministerio de Asuntos Exteriores de los Países Bajos ha emitido una recomendación de viaje negativa (código naranja o rojo)? ¿Y está enfermo? Entonces tiene cobertura para los gastos médicos hasta que pueda abandonar la zona. Los gastos de repatriación a su país de origen no están asegurados.

12. Exclusiones

Los siguientes acontecimientos no están cubiertos:

- Si el asegurado comete un delito, una infracción o actúa de forma temeraria que dé lugar al siniestro;
- Si el asegurado toma drogas y/o alcohol y/o productos alucinógenos y sustancias tóxicas que provoquen o contribuyan al siniestro.
- Si se producen efectos nocivos para la salud del asegurado derivados de la producción y el uso, intencionado o no, de sustancias químicas, biológicas, bioquímicas, electromagnéticas destinadas a ser utilizadas como arma (independientemente de posibles causas concurrentes), así como daños debidos a radiaciones nucleares o de cualquier otro tipo.
- Si el siniestro se ha producido fuera del territorio fijado en la póliza o contrato de seguro o fuera del periodo efectivo de cobertura.
- Si el asegurado participa en 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 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 skiing), surf competitivo, hydrospeed, kitesurfing,

- deportes de defensa y 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;
- Practicar deporte profesionalmente o en el marco de una competición oficial organizada por una asociación deportiva para la que se expide una licencia, además de entrenarse con vistas a participar en competiciones;
 - Ignorar las prohibiciones oficiales o las normas oficiales relativas a la práctica segura de una determinada actividad deportiva y/o recreativa;
 - Participar en una carrera automovilística a cualquier nivel.
 - Enfermedad/trastorno, incluidas sus consecuencias, de un accidente debido a una guerra o a condiciones bélicas o las derivadas del servicio militar en un país que no figure específicamente en la lista.;
 - Enfermedades o accidentes y sus consecuencias provocados intencionadamente;
 - Tratamientos de médicos, dentistas y hospitales certificados que se hayan excluido explícitamente del paquete de servicios que se notifiquen al asegurado o a la persona que tome decisiones en su nombre.
 - Tratamiento ambulatorio en un balneario o centro termal.
 - Cuidados y tratamientos prestados por el cónyuge, por los suegros o por los descendientes, o por un pariente próximo;
 - Cualquier cirugía estética, sus consecuencias o complicaciones;
 - Peritajes, certificados, pruebas escritas, dictámenes, instrucciones o presupuestos emitidos por el proveedor en la medida en que deban ser presentados por el asegurado a la aseguradora;
 - En caso de que un peritaje médico independiente solicitado por la aseguradora considere que los servicios prestados no son eficaces, adecuados y económicos;
 - Pruebas de aptitud, pruebas y servicios educativos;
 - Servicios para trastornos o enfermedades mentales que no se consideren urgencias;
 - Servicios relacionados con el abuso de drogas y alcohol, incluida la enfermería privada o especial, o servicios prestados por un médico;
 - Síndrome cerebral crónico, senilidad, retraso mental;
 - En caso de que los servicios prestados para el tratamiento o cualquier otro tipo de asistencia superen los costes médicos realmente necesarios, el asegurador puede reducir las prestaciones de forma que se alcance una cuantía aceptable. El asegurador también tiene derecho a reducir las prestaciones si otro tipo de asistencia médica, menos costosa, hubiera sido igual de adecuada;



- Cualquier servicio, prueba, tratamiento, medicamento y/o procedimiento de fertilidad/infertilidad y el embarazo derivado de dicho tratamiento;
- Cualquier gasto relacionado 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 del uso o las complicaciones resultantes de medidas anticonceptivas, de esterilización o de aborto.
- Todos los tratamientos dentales (excepto los de urgencia);
- Quedan excluidas todas las enfermedades preexistentes;
- Accidentes causados por los síntomas de la epilepsia y la malaria;
- Epidemias y pandemias

13. Siniestros

Se consideran siniestros todos los sucesos involuntarios que ocurren dentro del periodo de cobertura y en las condiciones especificadas en el contrato de seguro y que hacen que el asegurador cumpla con la obligación de proporcionar cobertura al asegurado dentro de las obligaciones legales y contractuales.

Todos los tratamientos ambulatorios deberán pagarse por adelantado y podrán reclamarse posteriormente. El asegurador reembolsará los gastos médicos cubiertos, razonables y habituales hasta los límites definidos en las presentes condiciones generales del seguro tras la recepción del formulario de solicitud de reembolso y de las pruebas escritas pertinentes y completas de los gastos médicos. Los reembolsos se efectuarán al asegurado, pero si éste ha fallecido, el pago se efectuará a discreción del asegurador, o a cualquier persona que presente pruebas satisfactorias de que tiene derecho a dicho pago. Las prestaciones pueden asignarse directamente a los hospitales.

13.1 ¿Qué hacer en caso de emergencia?

El Servicio de Alarma es sólo para situaciones de emergencia. Puede ponerse en contacto con nosotros, por ejemplo, en caso de repatriación, accidente, tratamiento clínico (ambulatorio) en un hospital, hospitalización y su regreso por indicación médica.

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 Siniestros se encarga de sus reclamaciones por acudir al médico cuando estés enfermo.

Puedes dar parte de los daños en tu cuenta personal online en www.swisscare.com o utilizar la app. Informa siempre de los daños lo antes posible.

Teléfono: +31 50 520 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 entregar.

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 coberturas 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 de los siniestros deben pagarse por adelantado antes de que el asegurador proceda al reembolso, salvo:

- Ingreso en un hospital para tratamientos hospitalarios
- Búsqueda y salvamento

En estos casos, se deben facilitar inmediatamente a la aseguradora los datos completos del hospital o de las autoridades para establecer una garantía de pago. Las solicitudes de reembolso de la aseguradora sólo se abonan en cuentas bancarias. El asegurado debe mencionar en el formulario de reclamación los datos bancarios en los que el asegurador debe efectuar el reembolso.

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 tienen que 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 esta información.

Todas las facturas y honorarios deben presentarse a la aseguradora inmediatamente después de su recepción.

El asegurador tiene derecho a reembolsar al portador autorizado o remitente de los documentos correctos y completos.

Los gastos de tratamientos en moneda extranjera se convertirán al valor del día (fecha de recepción) en EUR. Los gastos inherentes a transmisiones y traducciones se deducirán de las prestaciones. El asegurador no cubre los gastos de envío de dinero ni los impuestos.

Confidencialidad médica

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.

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 se vea perjudicada en un interés razonable como consecuencia del incumplimiento de las obligaciones por parte del tomador del seguro y/o asegurado mencionado, Anker podrá, no obstante, deducir del pago del seguro las pérdidas y/o daños sufridos, o los gastos en que se haya incurrido como consecuencia de los mismos.

c) Si el tomador del seguro o el asegurado 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.

13.2 Documentación

Todos los documentos deben presentarse a la aseguradora lo antes posible, pero a más tardar 365 días después de la ocurrencia del siniestro, acreditada mediante sello postal o certificación oficial, el asegurado debe 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.

En caso de accidente, el asegurado debe facilitar un parte de accidente y/o declaraciones redactadas por las autoridades policiales, los bomberos o cualquier otro servicio de emergencia, así como:

- fecha y descripción detallada de las circunstancias y lugar del accidente;
- identidad de las personas implicadas, así como de los testigos y posibles responsables;
- informe oficial de las autoridades locales (policía u otras)

Medicamentos y otras recetas para la farmacia;

Facturas de los tratamientos médicos a los que se haya sometido el asegurado, cualquier estancia en un hospital y compras de medicamentos;

Además, el asegurado y el tomador del seguro deben facilitar al asegurador cualquier otra información y prueba relativa al siniestro que pueda contribuir a aclarar las circunstancias del mismo y permitir una estimación del alcance de sus consecuencias, siempre que deban conocer dicha información.

Con el fin de esclarecer las circunstancias del siniestro anunciado, y para estimar el alcance de sus consecuencias y comprobar su veracidad, el asegurador se reserva el derecho de solicitar, al asegurado y a cargo de éste, informaciones, hechos y pruebas complementarias. Si el asegurador formula esta solicitud por escrito, se puede conceder un plazo de al menos treinta días (requerimiento formal) para recibir estos documentos. Si el asegurado deja transcurrir el plazo, habrá perdido todos los derechos sobre el siniestro.

A petición de la aseguradora, el asegurado debe someterse a un reconocimiento médico realizado por un médico titulado designado y pagado por la aseguradora.

13.3 No transferibilidad de los créditos

Los derechos del asegurado derivados o que puedan derivarse del contrato de seguro no pueden transferirse ni retenerse como depósito. En particular, los derechos a las prestaciones derivadas del contrato de seguro no pueden transferirse a un familiar, un hospital, un organismo de cobro de deudas, una empresa, un tomador de seguros, un compañero de trabajo o una autoridad, etc.

13.4 Subrogación

El asegurador tiene pleno derecho a subrogarse en las prestaciones pagadas en el marco del presente contrato de seguro. Los derechos y reclamaciones de cualquier persona física o jurídica que se beneficie total o parcialmente de la cobertura prevista en el contrato de seguro, tal y como se establece en las condiciones del seguro, frente al tercero responsable del suceso, pasarán al asegurador hasta el nivel de la indemnización y los costes pagados por el asegurador con vistas al cumplimiento del presente contrato de



seguro.

En caso de que el asegurado tenga derecho a una indemnización por parte de un tercero y sin perjuicio de la subrogación contractual, este derecho deberá transmitirse por escrito al asegurador hasta el nivel del importe de las coberturas que el asegurado pueda recibir del tercero. Así pues, este derecho pasará a la aseguradora. Si el asegurado renuncia al derecho a la indemnización o a su garantía relativa, sin acuerdo previo de la aseguradora, ésta quedará liberada de toda obligación hasta el importe que el asegurado hubiera percibido o hubiera podido percibir del tercero.

Por lo tanto, cuando se le pida que confirme este derecho al Asegurador con el fin de ayudarle a recuperar de un tercero cualquier cantidad pagada o que vaya a ser pagada por el Asegurador al Asegurado o gastos realizados por cuenta del Asegurado, el Asegurado estará obligado a proporcionar esta confirmación por escrito al Asegurador.

Cualquier defensa inherente a la póliza de seguro, que el Asegurador pueda oponer al Tomador del Seguro, podrá oponerse también al Asegurado, sea quien fuere.

13.5 Coordinación de prestaciones - otros seguros

Si el asegurado tiene derecho a un reembolso por parte de otro asegurador o sistema de seguridad social, la cobertura se aplicará sobre la diferencia entre los gastos médicos subvencionables y el reembolso efectuado por el otro asegurador. No obstante, en caso de que el seguro se ofrezca como seguro complementario, el importe reembolsado por el otro seguro se deducirá del importe del reembolso. En cualquier caso, el asegurado debe adjuntar copias de las facturas médicas correspondientes y las notas de liquidación (con detalles del importe reembolsado) facilitadas por el otro asegurador o el sistema de seguridad social correspondiente. El reembolso total de un siniestro nunca superará el importe total de los gastos efectivamente efectuados por el asegurado.

13.6 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.

13.7. Tratamiento y protección de datos - consultas

El tomador del seguro/asegurado autoriza a la aseguradora a tratar todos los datos necesarios para su base de datos y los datos necesarios para la tramitación de siniestros. El contrato de seguro está sujeto al cumplimiento del Reglamento General de Protección de Datos (RGPD). Este reglamento se aplica en relación con cualquier dato personal procesado en relación con este contrato de seguro. Todas las partes implicadas ofrecerán garantías suficientes con respecto a las medidas técnicas y organizativas que rigen el tratamiento de datos que se llevará a cabo y, por lo tanto, aplicarán medidas técnicas y organizativas para proteger contra el tratamiento no autorizado o ilícito de dichos datos y contra la pérdida o destrucción accidental de los mismos o los daños que sufran.

La aseguradora recopila y conserva información personal con el fin de suscribir y administrar el contrato de seguro. Toda la información personal se trata con la máxima confidencialidad y con los niveles de seguridad adecuados. La información estará protegida contra la divulgación accidental o no autorizada. La aseguradora sólo revelará la información si la ley lo permite, si lo autoriza el asegurado o para evitar fraudes.

Cualquier dato inexacto o engañoso será corregido lo antes posible. Los principios anteriores se aplican independientemente de si la información es digital o analógica.

14. Rescisión del contrato



Además de las cláusulas legales y contractuales que permiten declarar/rescindir el contrato nulo, rescindirlo con carácter retroactivo, rescindirlo con efecto inmediato y rescindirlo en un determinado plazo diferente, una actitud culposa no intencionada del tomador/asegurado dará derecho al asegurador a rescindir la póliza de seguro en el plazo de un (1) mes desde el momento en que el asegurador tenga conocimiento de la irregularidad.

Cuando el asegurado regrese a vivir y/o a trabajar en su país de origen, finalizando así el periodo de residencia en el extranjero, el tomador/asegurado deberá notificar al asegurador por escrito, mediante carta o correo electrónico, la fecha exacta del traslado a su país de origen. El contrato de seguro y las coberturas se extinguirán automáticamente el día en que el asegurado se traslada definitivamente a su país de origen, incluso si la aseguradora no ha sido debidamente informada.

15. 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 de 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 9974

Email: complaints@anker.nl

Kifid para aseguradores 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 La Haya

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.

Cláusula sancionadora

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 figuran en listas de sanciones nacionales o internacionales. En tal caso, el asegurador no podrá 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 notificará al tomador del seguro. En tal caso, el contrato de seguro se considerará nunca existente y no podrán derivarse derechos de cobertura ni de indemnización.

16. Validez

Las presentes condiciones de seguro son válidas a partir del 01.2026 y sustituyen a todas las condiciones anteriores que regulaban el mismo producto.

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.