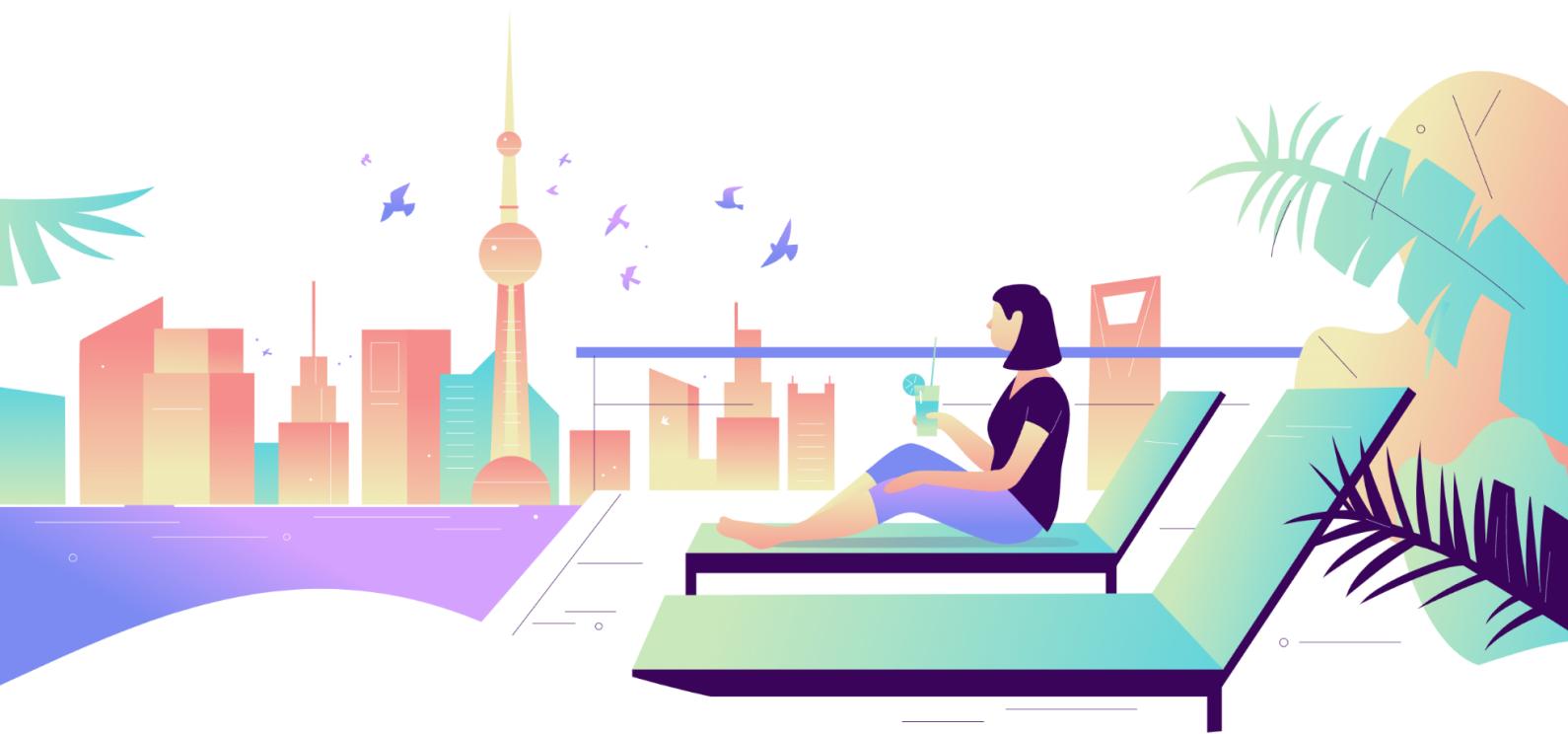


swisscare

Seguro Internacional de Viaje

Condiciones generales de seguro
ITVI-GIC-012026

Asegurado por





1. CONDICIONES GENERALES

- 1.1 Información para el asegurado
- 1.2 Requisitos y territorialidad
- 1.3 Persona asegurada
- 1.4 Importe del seguro
- 1.5 Solicitud y pago de la prima
- 1.6 Moneda y forma de pago
- 1.7 Validez de la cobertura y periodo de seguro
- 1.8 Cobertura de urgencia
- 1.9 Cancelación del seguro y devolución de la prima
- 1.10 Condiciones adicionales
- 1.11 Obligaciones en caso de siniestro
- 1.12 Reclamaciones contra terceros
- 1.13 Contactos y asistencia de emergencia
- 1.14 Exclusiones generales del Seguro

2. COBERTURA MÉDICA

- 2.1 Hospitalización
- 2.2 Tratamientos ambulatorios
- 2.3 Medicación
- 2.4 Ambulancia y transporte
- 2.5 Repatriación sanitaria
- 2.6 Capital por muerte accidental
- 2.7 Tratamiento dental de emergencia
- 2.8 Exclusión médica general

3. COBERTURA EN VIAJE

- 3.1 Cancelación del viaje
- 3.2 Equipaje
- 3.3 Billetes, pasaportes, tarjetas de crédito/débito
- 3.4 Búsqueda y salvamento
- 3.5 Evacuación

4. RESPONSABILIDAD CIVIL

- 4.1 Información sobre la cobertura
- 4.2 Limitación territorial
- 4.3 Condiciones de siniestro

5. PROCEDIMIENTOS JURÍDICOS

- 5.1 Legislación aplicable
- 5.2 Conciliación
- 5.3 Procedimiento de reclamación
- 5.4 Cláusula de sanción
- 5.5 Listado de sanciones

6. VALIDEZ

- 6.1 Validez de los términos y condiciones

7. GLOSARIO

- 7.1 Definiciones

8. LISTA DE COBERTURAS

- 8.1 Lista de coberturas



CONDICIONES GENERALES

1.1 Información para el asegurado

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 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 Travelgate no sustituye la participación en un régimen de seguro de enfermedad estatal o local, ni el cumplimiento de cualesquiera otros requisitos legislativos 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.

¿Qué riesgos están cubiertos y qué alcance tiene la cobertura del seguro?

La solicitud de seguro, el certificado y las correspondientes Condiciones Generales de Seguro (CGS) estipulan los eventos tras cuya ocurrencia el asegurador está obligado a efectuar un pago.

¿Qué coberturas del seguro se pagan?

El importe y/o el límite máximo y el tipo de coberturas del seguro se pueden deducir de la solicitud de seguro, del certificado y del GIC correspondiente. Lo mismo se aplica a las posibles franquicias o periodos de carencia.

¿Cuál es el importe de la prima?

El importe de la prima depende de la cobertura de seguro elegida y de los riesgos asegurados. Los detalles de la prima y los derechos y tasas legales figuran en el presupuesto, la solicitud de seguro o en el certificado y la nota de prima. Por lo general, la prima se paga una vez al año. Se pueden solicitar otras formas de pago, que pueden conllevar un suplemento. Si el contrato se rescinde anticipadamente, el corredor de seguros reembolsa la prima no gastada conforme a las disposiciones legales y contractuales.

¿Qué otras obligaciones tiene usted como asegurado?

Entre los deberes esenciales del tomador del seguro figuran los siguientes:

- en caso de siniestro, debe comunicarlo inmediatamente al asegurador;
- el tomador del seguro debe cooperar en las aclaraciones del asegurador, por ejemplo, en las aclaraciones en caso de siniestro (obligación de cooperar);



- en caso de siniestro, deben tomarse medidas razonables para mitigar la pérdida (obligación de mitigar la pérdida).

¿Cuándo empieza y termina su contrato de seguro?

El contrato comienza y termina en la fecha indicada en la solicitud de seguro y en el certificado. Si se ha emitido una prueba de seguro o una nota de cobertura provisional, el asegurador concederá la cobertura del seguro desde la fecha especificada en la misma hasta la entrega del certificado.

¿Por qué se procesan, transmiten y almacenan los datos personales y qué datos personales se procesan?

Adquisición y tratamiento de datos relativos a la actividad de transacciones de seguros, la comercialización, venta, administración, mediación de productos y la evaluación de seguros y riesgos, así como la tramitación de contratos de seguros y cualquier actividad secundaria asociada.

Los datos se adquieren, procesan, almacenan y suprimen física y/o electrónicamente de conformidad con la normativa del legislador. Los datos relativos a la correspondencia comercial deben conservarse durante al menos 10 años a partir de la finalización del contrato y los datos sobre siniestros durante al menos 10 años tras la finalización del siniestro.

En esencia, se tratan las siguientes categorías de datos: datos de interesados, datos de clientes, datos de contratos y siniestros, datos relacionados con la salud, datos de perjudicados y reclamantes, así como datos de cobro.

La aseguradora está autorizada a comunicar todos estos datos en la medida necesaria a coaseguradoras y reaseguradoras, organismos oficiales, compañías e instituciones aseguradoras, sistemas centrales de información de las aseguradoras, otras entidades del grupo de empresas, socios colaboradores, hospitales, médicos, peritos externos y otras partes implicadas para obtener información de todo ello. Esta autorización incluye, en particular, el almacenamiento físico y/o electrónico de datos, el uso de los datos para determinar la prima, evaluar el riesgo, procesar los eventos asegurados, combatir el abuso, preparar evaluaciones estadísticas y, dentro del grupo de empresas, incluidos los socios de cooperación, también para fines de marketing, incluida la creación de perfiles de clientes con el fin de ofrecer al solicitante productos individuales.

1.2 Admisibilidad y territorialidad

El seguro cubre a los residentes en la UE/EEE que viajen fuera de su país de origen o de residencia permanente y a las personas extranjeras que viajen a la UE/EEE por una duración máxima de 365 días (por ejemplo, por motivos turísticos o de negocios), excluida la zona de riesgo mencionada en el art. 1.10 D. Quedan excluidos los asegurados con residencia en Suiza.

El seguro no está disponible ni ofrece cobertura en los territorios de EE.UU. y Canadá.

La cobertura del seguro tampoco está disponible para las personas sujetas a controles de cambio o a normativas locales de concesión de licencias de seguros.

1.3 Persona asegurada

La persona que figura en el certificado de seguro, denominada en lo sucesivo "el asegurado".

1.4 Suma asegurada y franquicia

Las sumas aseguradas y las sumas parciales indicadas en estas condiciones generales de seguro son las sumas máximas pagaderas por el asegurador para todos los eventos y siniestros del seguro que se produzcan durante el periodo indicado en el certificado de seguro y en el resumen de coberturas.

1.5 Solicitud y pago de la prima

El seguro debe solicitarse y la prima pagarse a más tardar en el momento de la salida. Este certificado de seguro no se renueva automáticamente. Una nueva solicitud se considera una nueva póliza de seguro.

1.6 Divisa y forma de pago

La moneda utilizada en el seguro es el EUR. Las formas de pago de la prima del seguro son transferencia bancaria o tarjeta de crédito. El corredor de seguros y la aseguradora no soportan posibles gastos por transferencia bancaria, tarjetas de crédito o cambio de divisas. No se aceptan cheques como forma de pago.



1.7 Validez de la cobertura y periodo 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.

El periodo de cobertura del seguro se especifica en el certificado de seguro. Cuando el asegurado ha pagado la prima, el certificado ofrece cobertura desde el momento en que abandona su lugar de residencia para iniciar el viaje. El certificado de seguro expira cuando el asegurado regresa a su lugar de residencia (o cuando expira el certificado, si es antes de la fecha de regreso). La duración máxima del contrato es de 365 días.

Un viaje comienza en el momento en que la persona asegurada y/o su equipaje abandonan el domicilio real y finaliza en el momento en que la persona asegurada y/o su equipaje regresan al mismo. La cobertura de los tratamientos médicos de urgencia está cubierta desde el momento en que se llega al lugar de destino y hasta que se abandona el lugar de destino para regresar al país de origen.

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

1.8 Cobertura de emergencia

Todas las coberturas indicadas en las presentes condiciones de seguro y en el resumen de coberturas están cubiertas en caso de urgencia y/o emergencia médica. No están cubiertos los tratamientos médicos planificados considerados como no urgentes.

1.9 Anulación del seguro y devolución de la prima

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/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.

1.10 Condiciones adicionales

Se aplican las siguientes condiciones adicionales

- A El plazo para presentar una reclamación es de 90 días (desde la fecha del siniestro);
- B Los pagos recibidos indebidamente de la aseguradora deben devolverse en un plazo de 30 días a la compañía, incluidos los gastos en que haya incurrido la aseguradora por este concepto;
- C Las facturas del seguro son pagaderas antes de la fecha de inicio del seguro;
- D Para evaluar si un viaje a un país es o no razonable debido a huelgas, disturbios, guerras, atentados terroristas, epidemias, pandemias, etc., se aplicarán, por principio, las autoridades sanitarias locales o nacionales del país de destino o de viaje o del país de origen del asegurado. Asimismo, le aconsejamos que siga los consejos de viaje del Ministerio de Asuntos Exteriores (Países Bajos);
- E el asegurador paga sus coberturas en principio en EUR. Las divisas extranjeras se convierten al tipo de



cambio del día en que la persona asegurada abonó estos gastos.

1.11 Obligaciones en caso de siniestro

A El asegurado debe tomar todas las medidas antes y después del siniestro que puedan ayudar a evitar o mitigar las consecuencias y aclarar las circunstancias de los hechos/siniestros. La aprobación de la compañía es obligatoria para los siguientes tipos de siniestros:

- Repatriación, evacuación médica, escolta médica,
- Transporte entre dos hospitales o centros médicos. Las excepciones son el transporte de emergencia por tierra, aire o mar que sea médicaamente necesario y si no se puede organizar otro transporte razonable.
- El ingreso en un hospital para tratamiento hospitalario. El ingreso en un hospital debe notificarse siempre con antelación al Servicio de Alarma. Si el asegurado ha elegido y visitado un hospital y/o médico sin consultar al Servicio de Alarma antes de la visita, esto se considera un incumplimiento de las obligaciones y puede tener consecuencias en el reembolso del siniestro.

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

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

- ingreso en un hospital para tratamientos hospitalarios,
- búsqueda y salvamento.

En los dos casos anteriores, el Servicio de Alarma debe recibir inmediatamente los datos completos del hospital y/o de las autoridades para poder emitir una garantía de pago. El ingreso en un hospital debe notificarse siempre con antelación al Servicio de Alarma. Si el asegurado ha elegido y visitado un hospital y/o médico sin consultar previamente al Servicio de Alarma, esto se considera un incumplimiento de las obligaciones y puede tener consecuencias en el reembolso del siniestro.

El reembolso de los siniestros por parte del asegurador sólo se efectúa en las cuentas bancarias. El asegurado está obligado a mencionar en el formulario de solicitud de reembolso los datos bancarios en los que el asegurador debe efectuar el reembolso.

D Para todos los demás siniestros, deberá notificarse inmediatamente a la aseguradora mediante un formulario de siniestro cumplimentado y firmado, acompañado de todos los documentos necesarios, incluidos los siguientes:

- prescripción del facultativo,
- informe policial o de la autoridad,
- recibo de pago, recibos bancarios, etc.
- reserva/factura original,
- recibo original de diversos gastos cubiertos,
- certificado de defunción u otra confirmación equivalente (por ejemplo, informe de las autoridades locales o de la policía).

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

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.

E En caso de violación culpable de los deberes en relación con un siniestro, el asegurador tiene derecho a reducir la indemnización en la cuantía en que se habría reducido la indemnización en caso de un comportamiento conforme a dichos deberes.

F El asegurador no efectuará ningún pago si:

- se hacen declaraciones falsas,
- se ocultan hechos,
- se omiten las obligaciones (por ejemplo, informe sobre los hechos del caso y recibos), si el asegurador sufre alguna pérdida como consecuencia de ello.



G El asegurador no proporcionará ninguna cobertura y no efectuará ningún pago ni dará ninguna garantía de pago si no se emite ningún certificado de seguro tras la compra online. El asegurador 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 expedido y recibido por correo electrónico, que el importe abonado se ha cargado correctamente y que la información que figura en el certificado es correcta.

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

1.12 Reclamaciones contra terceros

A si el asegurado ha sido indemnizado por un tercero responsable o su seguro, se anula cualquier reembolso sobre la base del presente contrato. Si el asegurador ha intervenido en lugar del responsable, el asegurado debe ceder al asegurador sus créditos de responsabilidad civil hasta el importe de los desembolsos;

B en caso de seguro múltiple (seguro voluntario u obligatorio), el asegurador proporciona sus coberturas con carácter subsidiario, salvo que las Condiciones Generales de Seguro del otro asegurador contengan igualmente una cláusula subsidiaria. En ese caso, se aplicarán las disposiciones legales relativas al doble seguro;

C si el asegurado tiene un siniestro en otra póliza de seguro (seguro voluntario u obligatorio), la cobertura se limita a la parte de las coberturas del asegurador que exceden las del otro contrato de seguro;

C los costes sólo se reembolsarán una vez, aunque haya más de una póliza de seguro con compañías autorizadas.

1.13 Contactos y asistencia en caso de emergencia

Servicio de asistencia

El Servicio de Alarma es sólo para situaciones de emergencia.

Teléfono: +31 50 520 9780

Correo electrónico: alarmservice@anker.nl

Está a su disposición 24 horas al día, 7 días a la semana. Le asesoraremos sobre los pasos a seguir y organizaremos la ayuda necesaria.

Departamento de Siniestros

Comunique un siniestro en su cuenta personal en línea en www.swisscare.com o utilice la aplicación. Notifique siempre los siniestros lo antes posible.

Teléfono: +31 50 520 9974

Correo electrónico: swisscare@goudse.com

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

1.14 Exclusiones generales del seguro

No están asegurados todos los siniestros, eventos o tratamientos:

A en los que el evaluador (perito, médico, etc.) sea beneficiario directo o esté emparentado por nacimiento o matrimonio con la persona asegurada;

B que sean imputables a una consecuencia de actos de guerra o terrorismo;

C que sean consecuencia de un secuestro

D que sean consecuencia de disposiciones adoptadas por una autoridad pública

E que se produzcan con ocasión de la participación en

• competiciones, carreras, concentraciones o entrenamientos con vehículos,

• competiciones y entrenamientos relacionados con el deporte profesional o un deporte extremo,

• actos imprudentes (acciones temerarias), en los que el interesado se expone a sabiendas a un riesgo particularmente grande;

F que se produzcan conduciendo un vehículo sin el permiso de conducir legalmente exigido o en



ausencia de un acompañante legalmente requerido;

G que sean causados por acción u omisión deliberada o gravemente negligente o sean el resultado de la inobservancia del deber común de diligencia;

H que se produzcan bajo los efectos del alcohol, drogas, estupefacientes o productos farmacéuticos;

I que se produzcan con ocasión de la comisión intencionada o de la tentativa de comisión de delitos y faltas

J que se produzcan por la participación en deportes extremos

K que se produzcan en relación con el suicidio, la automutilación y la tentativa de suicidio

L que sean causados por rayos ionizantes de cualquier tipo, en particular como resultado de reacciones nucleares;

M en relación con una persona que se haya visto obligada a abandonar su país para huir de la guerra, la persecución o una catástrofe natural;

N cualquier coste incurrido fuera de la zona geográfica, excepto los definidos en el certificado.

O Epidemias y pandemias.

COBERTURA MÉDICA

2.1 Tratamientos en régimen de hospitalización

La hospitalización y/o el tratamiento hospitalario están cubiertos si son médicamente necesarios y no están excluidos según el art. 2.7

2.2 Tratamientos ambulatorios

Tratamiento por un médico o médicos autorizados a ejercer en el país en el que se le trata (médico tratante).

2.3 Medicación

Están cubiertos los medicamentos aprobados por las autoridades del Estado.

Los medicamentos y los apóritos 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 autorizado. Al declarar los gastos, debe presentar una carta de remisión / receta.

Los medicamentos prescritos deben adquirirse en la farmacia. La compra de más de un envase del mismo medicamento tiene que constar en la receta del profesional médico certificado.

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.

2.4 Ambulancia y transporte

El transporte por vía aérea, marítima o terrestre (ambulancia, helicóptero, barco, trineo...) está cubierto en caso de lesión grave, si es médicaamente necesario y si no se puede organizar otro transporte personal o público.

El transporte local en ambulancia entre hospitales debe ser prescrito por el médico tratante o el médico de la aseguradora.

El transporte en ambulancia tras un tratamiento fallido está cubierto hasta el centro de tratamiento adecuado más cercano. Es condición indispensable que el médico de la aseguradora, tras ponerse en contacto con el médico tratante, considere que dicho transporte en ambulancia es una medida necesaria y responsable.

2.5 Repatriación sanitaria

Repatriación a su domicilio/al hospital de su país de residencia. Es condición indispensable que el médico del asegurador, tras ponerse en contacto con el médico que le atiende, considere que dicho transporte es una medida necesaria y responsable. El asegurador decide, basándose en una evaluación médica de su estado, si debe ser trasladado a su domicilio en ambulancia, medio de transporte ordinario, ambulancia aérea, etc.,



la devolución de las maletas ordinarias, ropa, artículos de aseo, equipo fotográfico, etc. que haya tenido que dejar en el extranjero debido a la repatriación,

en caso de fallecimiento, la repatriación del cuerpo a la funeraria o crematorio, incluidos los gastos de las medidas reglamentarias, por ejemplo, embalsamamiento y ataúd de zinc, o los gastos derivados de la incineración y/o inhumación en el lugar de destino si así lo desean sus familiares cercanos. El seguro de viaje cubre un importe máximo correspondiente a los gastos de repatriación del cadáver.

Si, como consecuencia de una urgencia médica cubierta por el seguro, usted no ha podido seguir el itinerario o no ha podido regresar a su país de origen según lo previsto, y si no ha sido repatriado, el certificado de seguro cubre los gastos adicionales de:

- viaje en clase turista hasta el destino en el que a estas alturas debería encontrarse según su itinerario o viaje de regreso a su país de origen;
- el alojamiento en un hotel autorizado por el asegurador y las comidas por un importe máximo de 200,00 euros al día; no obstante, las comidas por un importe máximo de 40,00 euros al día cuando el médico que le atienda o el médico del asegurado considere que puede ser tratado como paciente ambulatorio en lugar de ser hospitalizado;
- además, el seguro de viaje cubre los gastos adicionales relacionados con el viaje de regreso de sus propios hijos/hijastros menores de 18 años que viajen con usted en la misma clase de transporte que sus padres/compañeros de viaje (no ambulancia aérea) si los padres y/o compañeros de viaje viajan todos a casa como consecuencia de una repatriación cubierta por el seguro.

2.6 Capital por muerte accidental

En caso de fallecimiento de la persona asegurada como consecuencia de un accidente de acuerdo con la cobertura de las presentes condiciones generales de seguro, el seguro cubre hasta la suma asegurada máxima indicada en el certificado de seguro un capital que se pagará a los herederos legales; salvo a los acreedores del fisco y de la herencia. Para definir quiénes son los herederos se aplica la legislación de los Países Bajos.

2.7 Tratamiento dental de emergencia

A El asegurador reembolsará los costos de asistencia dental en caso de daño a dientes naturales debido a un accidente. El asegurador solo reembolsará los costos si el tratamiento se realizó dentro de las 24 horas posteriores al accidente. El reembolso máximo se indica en la lista de prestaciones. Durante todo el periodo del seguro, la suma asegurada se garantiza como máximo una vez.

B El asegurador reembolsará la atención dental urgente a los dientes naturales si es necesaria para aliviar dolor agudo. El reembolso máximo se indica en la lista de prestaciones.

Dolor agudo significa que el tratamiento es necesario de manera inmediata. La factura del profesional debe indicar que se trata de un tratamiento de emergencia. No están asegurados los costos de revisiones y tratamientos planificables, como empastes, colocación de coronas, etc.

Exclusión médica general

El asegurador queda eximido de toda obligación de prestar sus servicios en los siguientes casos:

- A no se cubre ninguna enfermedad preexistente;
- B chequeos generales, comprobaciones rutinarias, medicina preventiva;
- C 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;
- D tratamiento de pacientes diagnosticados de VIH, independientemente del motivo de dicho tratamiento;
- E tratamiento o estancias tras el regreso al país de residencia
- F estancias en centros recreativos o balnearios
- G tratamiento y hospitalización cuando el médico del asegurador considere que el tratamiento puede esperar hasta su regreso al país de residencia;
- H continuación del tratamiento y hospitalización si se niega a ser repatriado cuando la repatriación haya sido decidida por el médico del asegurador;
- I repatriación organizada por usted mismo que la aseguradora no habría recomendado, si la repatriación hubiera sido organizada por la aseguradora;
- J usted no sigue las recomendaciones del médico que le atiende y/o del médico de la aseguradora;



- K la sustitución, renovación o reparación de miembros artificiales, prótesis dentales, gafas, lentes de contacto, audífonos u otros medios auxiliares;
- L estados de fatiga y agotamiento, trastornos mentales y psicosomáticos;
- M trastornos de los dientes y la mandíbula, coronas dentales, empastes, blanqueamiento, reemplazo de dientes y tratamientos relacionados (solo en caso de tratamiento de emergencia, con un máximo de 150 €);
- N tratamientos hospitalarios o ambulatorios planificados que no se consideren un tratamiento de urgencia;
- O los servicios o tratamientos en cualquier centro de cuidados de larga duración, balneario, hidroclínica, sanatorio, residencia de ancianos o residencia para la tercera edad que no sea un hospital según se define en la presente póliza;
- P cualquier coste relacionado con la enfermería a domicilio;
- Q el tratamiento de cualquier trastorno psicológico o psiquiátrico, y el tratamiento de la ansiedad, el estrés, la depresión y los estados fóbicos, salvo la hospitalización
- R todos los gastos relacionados con vitaminas, minerales y otros suplementos, incluidos los remedios homeopáticos, independientemente de que hayan sido prescritos o no.

COBERTURA EN VIAJES

3.1 Anulación del viaje

El asegurador garantiza la protección del seguro si la persona asegurada no puede iniciar el viaje reservado como consecuencia de uno de los sucesos que se enumeran a continuación, siempre que la solicitud se haya presentado a más tardar 7 días después de la reserva del viaje:

Enfermedad grave imprevista, lesión grave, complicación grave del embarazo, así como fallecimiento de una persona asegurada, de una persona que viaje con el asegurado, de una persona que no viaje con el asegurado, que puede ser cónyuge/pareja, hijo(s) o padres del asegurado.

El seguro ofrece cobertura:

El alcance del derecho a las coberturas viene determinado por la naturaleza del acontecimiento que provoca la anulación del viaje. Los sucesos anteriores o posteriores no se tienen en cuenta.

La cobertura nunca podrá exceder un máximo de 1.500 € (Comfort) o 3.500 € (Premium) por persona asegurada y por viaje, y un máximo de 4.500 € (Comfort) o 10.000 € (Premium) para todas las personas aseguradas combinadas, y hasta la participación de cada asegurado en el precio del viaje o estancia, independientemente del número de contratos celebrados con Anker.

El seguro no cubre:

- A si el prestador del servicio (compañía de viajes, arrendador, organizador, etc.) cancela el servicio acordado O debería haberlo cancelado por razones objetivas;
- B si la enfermedad o dolencia que ha dado lugar a la cancelación es una complicación o consecuencia de una operación ya prevista antes del inicio de la cobertura del seguro o en el momento en que se reservó el viaje;
- C si la enfermedad o las consecuencias de un accidente, una operación o un tratamiento médico ya existían en el momento de reservar el viaje y no se han resuelto en el momento de la salida;
- D en caso de anulación sin indicación médica, y si el certificado médico no se ha extendido en cuanto se ha podido determinar la aptitud para viajar;
- E si la anulación es consecuencia de una enfermedad mental o psicosomática;
- F si la solicitud se ha presentado más de 7 días después de la reserva del viaje.

3.2 Equipaje

- El seguro cubre todos los objetos llevados en el viaje para uso personal de la persona asegurada hasta la suma máxima de seguro indicada en el certificado de seguro para:
 - Robo y hurto
 - Daño, destrucción

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: el 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 reparación o sustitución;



- Si los artículos no pueden sustituirse por otros nuevos equivalentes, la determinación de los daños 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 los artículos 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.

El seguro no cubre los siguientes riesgos

- A Dinero en efectivo, todos los documentos de valor, programas informáticos, metales preciosos, piedras preciosas y perlas, sellos de correos, mercancías, muestras y piezas de arte, instrumentos musicales, vehículos de motor, remolques, embarcaciones, tablas de surf, veleros, caravanas, aviones, accesorios incluidos;
- B Objetos comprados o recibidos durante el viaje (es decir, recuerdos), que no formen parte de los objetos personales del viaje;
- C Objetos de valor que estén cubiertos por un seguro especial;
- D Objetos que se hayan olvidado, perdido o extraviado;
- E Teléfonos móviles, smartphones, iPhones.

3.3 Billetes, pasaportes, tarjetas de crédito/débito

El seguro de viaje cubre todo tipo de hurtos, robos y daños a billetes, pasaportes y tarjetas de crédito/débito hasta un seguro máximo indicado en el certificado y la tabla de coberturas.

El seguro de viaje cubre los gastos derivados de la obtención de nuevos billetes, tarjetas de crédito/débito y pasaportes. Los gastos incluyen el transporte necesario, tasas, fotos, etc., pero no la indemnización por el tiempo empleado en obtener nuevos billetes, etc.

3.4 Búsqueda y rescate

Importe máximo del seguro indicado en el certificado y en el cuadro de coberturas.

En caso de acción de búsqueda, la cobertura del seguro si se cumplen estos 3 criterios:

- se ha denunciado la desaparición de la persona desaparecida a la policía u otra autoridad pública durante al menos 24 horas;
- la persona desaparecida ha sido vista en un plazo de 120 horas (5 días);
- si las autoridades locales exigen un pago o una garantía de pago antes de iniciar la búsqueda.

El seguro cubre todos los gastos necesarios para llevar a cabo la búsqueda de la persona desaparecida durante un máximo de 14 días y dentro de un radio de 50 km del lugar donde se le vio por última vez.

En caso de acción de rescate, el seguro cubre si se cumplen estos 2 criterios

- se ha determinado el paradero de la persona desaparecida y
- las autoridades locales exigen que se efectúe el pago o se presente una garantía de pago antes de iniciar una operación de rescate.

Se aplica una franquicia del 10%, o al menos 500,00 euros, a cualquier siniestro cubierto por esta garantía.

El seguro no cubre los gastos de búsqueda y salvamento en caso de secuestro o captura/secuestro, que no se habrían producido si el asegurador hubiera organizado la operación de búsqueda o salvamento o si las autoridades públicas cubren dichos gastos para las personas no aseguradas.

Si es necesaria una operación de búsqueda o rescate, hay que ponerse en contacto con el asegurador. La aseguradora colabora con el Ministerio de Asuntos Exteriores de los Países Bajos y su red internacional cuando dicha cooperación se considera adecuada para la operación.

3.5 Evacuación

El seguro de viaje ofrece la cobertura indicada en el certificado de seguro y en el resumen de coberturas:

- A Las autoridades locales o el Ministerio de Asuntos Exteriores de los Países Bajos recomiendan u ordenan la evacuación o el regreso a casa debido al peligro inminente de catástrofes naturales, actos de terrorismo, guerra o condiciones bélicas en la zona en la que se encuentra el asegurado;
- B si el asegurado se encuentra en el lugar de destino del viaje cuando el Ministerio de Asuntos Exteriores de los Países Bajos emite un aviso de viaje negativo (código Naranja o Rojo) y el asegurado cae enfermo, tiene cobertura hasta que pueda abandonar la zona. Los gastos de repatriación al país de origen están asegurados.



C El asegurado está directa y personalmente expuesto a un acto de terrorismo

El seguro cubre los gastos derivados de la evaluación y/o los gastos adicionales derivados del viaje de regreso al país de residencia. Debe viajar lo antes posible. Además, el asegurador ofrece asesoramiento, orientación y asistencia en la planificación de una evacuación. En algunos casos, el asegurador sólo puede ofrecer una asistencia limitada, por ejemplo, en zonas de guerra.

El seguro no cubre

A si se entra en la zona después de que las autoridades locales, el departamento de asuntos exteriores de los Países Bajos o el departamento de salud pública de los Países Bajos lo hayan desaconsejado o hayan recomendado volver a casa/evacuación;

B en relación con un riesgo de epidemia potencialmente mortal contra la que exista una vacuna conocida.

RESPONSABILIDAD CIVIL

4.1 Información de Coberturas

El asegurador paga las consecuencias financieras de una responsabilidad civil e indemniza exclusivamente los daños materiales infligidos por el asegurado a un tercero durante su viaje fuera de su país de residencia.

4.2 Limitación territorial

Esta cobertura no es válida en los territorios de EE.UU. y Canadá.

4.3 Condiciones de reclamación

Para recibir cualquier indemnización de la aseguradora, el asegurado deberá aportar todos los documentos necesarios que demuestren su responsabilidad (documentos legales, informes policiales, facturas originales, etc.).

Se aplica una franquicia del 10% de cada siniestro.

El seguro no cubre:

A la responsabilidad de un empleado, un miembro de la familia o un allegado del asegurado;

B a objetos personales del asegurado, así como objetos dejados en custodia del asegurado por otra persona;

C a un daño derivado de un acto intencionado, o de la comisión de un acto bastante grave o incluso gravemente negligente;

D a un asunto comercial o profesional del asegurado;

E asuntos relativos a la posesión o alquiler de una propiedad o un bien inmueble (incluidas habitaciones de hotel, bungalows, etc.);

F asuntos relativos a la posesión y el uso de vehículos, aviones o barcos;

G todos los daños causados a smartphones, teléfonos móviles, iPhones, tabletas, iPads;

H las tasas judiciales derivadas de pleitos

I todos los daños físicos y mentales o lesiones al cuerpo humano y animal.

PROCEDIMIENTOS JURÍDICOS

5.1 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 según la normativa nacional no contenga condiciones incompatibles con la legislación de los Países Bajos.

Las coberturas de este seguro no obstaculizan la aplicabilidad de los estatutos legales y de la legislación de asistencia sanitaria básica obligatoria del país de acogida a los 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.

5.2 Conciliación

Antes de emprender cualquier acción judicial o arbitral, cada parte se compromete a ponerse en contacto con la otra parte, por escrito, en los diez (10) días siguientes al inicio del litigio, para encontrar una solución amistosa. En caso de que la conciliación resultara infructuosa, el asegurador 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.

5.3 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.
Apartado de correos 8002
9702 KA Groningen
Países Bajos

Teléfono: +3150 520 9974
Email: complaints@anker.nl

Kifid para asegurados privados

¿No hemos resuelto su queja satisfactoriamente? Entonces puede enviar su reclamación en un plazo de tres meses a partir de nuestra respuesta definitiva a su queja al Instituto Independiente de Reclamaciones sobre Servicios Financieros (Kifid).

Datos de la dirección:

KIFID
Apartado de correos 93257
2509 AG La Haya
Número de teléfono: +3170 333 8 999
www.kifid.nl

El asegurado también puede someter la diferencia de opinión a un tribunal de justicia. Las diferencias de opinión se someterán 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.

5.4 Cláusula de sanción

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

5.5 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.

VALIDEZ

6.1 Validez de los términos y condiciones

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

GLOSARIO

7.1 Definiciones

A efectos de este seguro, los siguientes términos se definen de la siguiente manera:

El extranjero	Se considera que el extranjero es un país distinto al país donde asegurado tiene su residencia permanente
Solicitante	El solicitante es la persona que solicita el seguro. El solicitante es responsable de verificar que la compra en línea se ha realizado correctamente y que el certificado se ha emitido y recibido por correo electrónico, que el importe pagado se ha cobrado correctamente y que la información que figura en el certificado es correcta.
Accidente	Un accidente es un efecto nocivo repentino y no intencionado de un factor externo inusual sobre el cuerpo humano que provoca un deterioro de la salud física, mental o psicológica o la muerte.
País de residencia	El país de residencia es el país en el que la persona asegurada tiene su lugar de residencia de derecho civil o domicilio habitual o tuvo por última vez su lugar de residencia de derecho civil o domicilio habitual antes del inicio de la estancia asegurada.
Emergencia	Es un suceso imprevisto o repentino, especialmente un peligro que exige remedio o acción inmediata.
Epidemia	Una epidemia es una enfermedad infecciosa que se produce a niveles superiores a la media y está limitada en el tiempo y el espacio (por ejemplo, la gripe).
Deporte extremo	<p>La práctica de disciplinas deportivas inusuales, en las que la persona afectada se expone a esfuerzos físicos y psicológicos muy grandes.</p> <p>Si el asegurado participa en los deportes indicados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • puenting (<i>bungee jumping</i>), espeleología (<i>caving</i>), 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 (<i>base jumping</i>), • 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, <i>bobsleigh</i>, <i>skeleton</i>, esquí fuera de pistas señalizadas (<i>off-piste</i>), descenso en trineo fuera de pistas abiertas al público, <i>rafting</i>, <i>canyoning</i>, • acrobacia aérea (<i>aerobatics</i>), vuelo sin motor (<i>gliding</i>), paracaidismo, ultraligero motorizado (<i>microlight</i>), ala delta (<i>hang gliding</i>), parapente (<i>paragliding</i>), <i>skysurfing</i>, vuelo en globo aerostático, • buceo con botella (<i>scuba diving</i>) 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 (<i>jet skiing</i>), surf competitivo, <i>hydrospeed</i>, <i>kitesurfing</i>, • deportes de defensa y combate competitivos, • conducción de automóviles, motocicletas o <i>karting</i>, • 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;

Negligencia grave	Se comete negligencia grave cuando una persona infringe una norma elemental de precaución que, en las mismas circunstancias, se habría impuesto a cualquier persona razonable.
País de origen	El país de origen es el país en el que el asegurado ha tenido residencia permanente o habitual antes de salir hacia el país de destino, tal como se indica en la póliza.
Hospital	Institución para el cuidado, examen y tratamiento de pacientes y/o heridos, generalmente reconocida como tal por las autoridades oficiales legalmente competentes.
Enfermedad	Por enfermedad se entiende cualquier deterioro de la salud física, mental o psicológica que no sea consecuencia de un accidente y que requiera un examen o tratamiento médico o dé lugar a una incapacidad laboral.
Tratamiento hospitalario	El tratamiento hospitalario es la cirugía de los pacientes cuyo estado requiere el ingreso en un hospital.
Asegurado	El asegurado es la persona nombrada en el certificado de seguro.
Urgencia médica	Una urgencia médica es una lesión o enfermedad aguda que supone un riesgo inmediato para la vida o la salud a largo plazo de una persona.
Tratamiento ambulatorio	El tratamiento ambulatorio es un tratamiento médico que no requiere ingreso en un hospital.
Enfermedades preexistentes	Por afección preexistente se entiende 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, tanto si se ha manifestado o sintomático, diagnosticado, tratado o revelado antes de la fecha de entrada en vigor del seguro como si no, 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 chequeo médico exhaustivo antes de suscribir un seguro.
Robo	Robo acompañado de amenazas o violencia.
Terrorismo	El término terrorismo significa cualquier acto de violencia o amenaza de violencia para alcanzar fines políticos, religiosos, étnicos, ideológicos o similares. El acto de violencia o la amenaza de violencia puede sembrar el miedo o el terror entre la población o parte de ella o influir en un gobierno o en las instituciones del Estado.
Vehículo	Un vehículo se considera como una máquina móvil, equipo deportivo o de ocio que lleva y/o transporta personas individualmente o en grupo por tierra, mar o aire.



LISTA DE COBERTURAS

Coberturas	Standard	Comfort	Premium
Moneda	EUR	EUR	EUR
Cobertura máxima por persona y viaje	100,000.00	250,000.00	500,000.00
Máximo de días por viaje	365	365	365
Duración del contrato	1-365 días	1-365 días	1-365 días
Territorialidad	En todo el mundo excl. Canadá y territorios de EE.UU.	En todo el mundo excl. Canadá y territorios de EE.UU.	En todo el mundo excl. Canadá y territorios de EE.UU.
País de residencia	No	No	No
Tratamientos de urgencia	Yes	Yes	Yes
Tratamientos hospitalarios	Yes	Yes	Yes
Tratamientos ambulatorios	Yes	Yes	Yes
Medicamentos recetados	Yes	Yes	Yes
Ambulancia y transporte	5,000.00	10,000.00	15,000.00
Repatriación médica	30,000.00	50,000.00	100,000.00
Capital por muerte accidental	10,000.00	20,000.00	30,000.00
		50% max. 1,500.00	80% max. 3,500.00
Cancelación del viaje	No	(50% max. 4,500.00 para todas las personas aseguradas combinadas)	(80% max. 10,000.00 para todas las personas aseguradas combinadas)
Maletas	No	1,000.00	2,000.00
Billetes, pasaportes, recuperación de tarjetas de crédito/débito	No.	100.00	200.00
Portátiles / tabletas	No	50% max 1,000.00	50% max 3,000.00
Búsqueda y rescate	10,000.00	20,000.00	30,000.00
Evacuación	10,000.00	20,000.00	30,000.00
Responsabilidad civil	50,000.00	100,000.00	200,000.00
Edad máxima de entrada	70	70	70

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.