

SECURITY PASS'PORT

Condiciones Generales de la Póliza de Viaje Internacional

Tabla de prestaciones.....	3
1 Definiciones.....	8
2 Requisitos para ser asegurado.....	16
3 Periodo de cobertura	17
4 Condiciones relativas a las primas.....	17
5 Seguro médico y asistencia	18
6 Cobertura por fallecimiento & invalidez por accidente	26
7 Asistencia en viaje	27
8 Seguro de equipaje	29
9 Responsabilidad civil privada y gastos judiciales.....	32
10 Exclusiones.....	35
11 Procedimientos para la tramitación de reclamaciones.....	39
12 Deber de informar.....	41
13 Aviso relativo a protección de datos.....	42
14 Quejas.....	45
15 Disposiciones finales.....	45
Anexo 1. Tabla de depreciación	47
Anexo 2. Deportes y otras actividades de ocio	48

Esta versión de las Condiciones Generales es una traducción de la versión original en inglés. En caso de litigio entre las partes, prevalecerá la versión inglesa.

Tabla de prestaciones

Las prestaciones y los límites que se indican a continuación están sujetos a las condiciones, restricciones y exclusiones que se estipulan en la Póliza de Seguro.

Si usted está cubierto como asegurado en una póliza “Security Pass’Port complementaria del seguro local”, las siguientes prestaciones estarán solo disponibles una vez que se hayan utilizado íntegramente las prestaciones correspondientes incluidas en el seguro local hasta la suma asegurada prevista en este o bien si no estuvieran previstas esas prestaciones en el seguro local.

Sección 1. Cobertura de asistencia médica y de transporte

Suma Asegurada por Asegurado por año	1.000.000 € (reducida a 100.000 € para la cobertura de Ocio, Deportes y Otras Actividades descrita en el Apéndice 2)
<p>La expresión “pago íntegro” que se indica más adelante significa que los gastos se pagarán o reembolsarán hasta el límite de la Suma Asegurada, siempre que esos gastos sean ordinarios, habituales y razonables y el tratamiento aplicado sea necesario según criterio médico.</p> <p>Las cantidades que se indican a continuación constituyen el límite hasta el cual, en su caso, se reembolsarán los costes pagados o los gastos en que se incurra por cada concepto, siempre que esos costes o gastos sean ordinarios, habituales y razonables y el tratamiento aplicado sea necesario según criterio médico.</p> <p>Cuando se hace referencia a número de visitas/días/noches significa que el reembolso se calculará sobre el número efectivo de visitas/días/noches, aunque hasta el límite que se indique a continuación.</p> <p>Una sola póliza no puede exceder los 364 días de cobertura para ciudadanos estadounidenses que vayan a un programa en el extranjero.</p> <p>Por “billete” se entiende un billete de tren de primera clase o un billete de avión de tarifa económica.</p>	

<p>Tratamiento médico ambulatorio y hospitalización (exceptuando las prestaciones especificadas en otras secciones de esta Tabla de Prestaciones)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulta médica • Habitación doble en hospital y comidas • Unidad de cuidado intensivo, unidad de cuidado cardiovascular, sala de urgencias, unidad de reanimación postoperatoria • Gastos de anestesia y otros gastos hospitalarios • Servicios de cirujano y cirujano asistente: asistencia ambulatoria y hospitalaria • Pruebas preparatorias • Servicios varios cirugía mayor ambulatoria • Radiodiagnóstico y laboratorio, diagnóstico por imagen, MRT/TAC. • Ambulancia (transporte terrestre o aéreo) • Materiales médicos (vendas/apósitos quirúrgicos, vendas de yeso, escayola, etc.) • Medicamentos sujetos a prescripción médica (no incluidos productos disponibles sin prescripción, ej. anticatarrales, vitaminas, etc.) 	<p>Pago íntegro Número ilimitado de tratamientos</p> <p>Aplicable solo en EE.UU.: franquicia de 150 \$ si se utiliza sala de urgencias en hospital para asistencia no urgente (a petición del paciente)</p>
<p>Tratamiento de enfermedad crónica (preexistente o diagnosticada por primera vez durante la vigencia de este seguro) o tratamiento de enfermedad preexistente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cubierto únicamente si la enfermedad o la afección diera lugar repentinamente a un episodio agudo o a una complicación 	<p>25.000 € solo para tratamiento del dolor y los procedimientos médicos necesarios para eliminar el riesgo inmediato para la vida del paciente</p>
<p>Tratamiento de enfermedad mental La prestación depende de la duración del seguro</p> <ul style="list-style-type: none"> • menos de 3 meses • 3 a 6 meses • más de 6 meses 	<ul style="list-style-type: none"> • no está cubierto • 300 € • 600 €
<p>Rehabilitación, fisioterapia y quiropráctica La prestación depende de la duración del seguro</p> <ul style="list-style-type: none"> • menos de 3 meses • 3 a 6 meses • más de 6 meses • después de un accidente 	<ul style="list-style-type: none"> • 200 € • 200 € • 400 € • Pago íntegro
<p>Urgencia odontológica (alivio del dolor) La prestación depende de la duración del seguro</p> <ul style="list-style-type: none"> • menos de 3 meses • 3 a 6 meses • más de 6 meses 	<ul style="list-style-type: none"> • 200 € • 400 € • 800 €
<p>Asistencia odontológica por accidente (incluida ortodoncia), si un diente natural en buen estado sufre una rotura como resultado de un accidente, incluido un accidente sufrido en un viaje de regreso al país de origen)</p>	<p>440 € por diente / 1.300 € por siniestro</p>
<p>Gastos ópticos (gafas/lentes) como resultado de un accidente</p>	<p>420 €</p>

Traslado por urgencia médica	Pago íntegro
Repatriación de los restos mortales • Coste del féretro	Pago íntegro • 2.000 €
Presencia de una persona allegada en caso de fallecimiento	• billete de ida y vuelta para 1 persona: 1.400 € • alojamiento: 75 € por noche, 14 días
Desplazamiento urgente de acompañante: esta prestación depende de la duración de la hospitalización • hospitalización: más de 3 días • hospitalización: más de 7 días	• billete de ida y vuelta para 1 persona: 2.000 € alojamiento: 75 € por noche por persona, 15 días • billete de ida y vuelta para 2 personas: 4.000 € alojamiento: 105 € por noche para 2 personas, 15 días
Prolongación de la estancia por estado de salud del Asegurado	150 € por noche, 10 días
Prolongación de la estancia de la persona acompañante por estado de salud del Asegurado	150 € por noche, 10 días
Repatriación médica una vez estabilizado el paciente	Pago íntegro, billete sencillo en clase económica
Regreso de la persona acompañante del Asegurado	Pago íntegro, billete sencillo en clase económica
Envío de medicamentos necesarios si no están disponibles en el país de destino	Costes del envío
Envío de un médico insitu en el extranjero	Pago íntegro
Regreso de urgencia al país de origen: Las prestaciones dependen de la duración del seguro • Menos de 5 meses • 5 meses o más	• billete sencillo • billete de ida y vuelta en cualquier caso, máximo de 10.000 €

<p>COVID-19</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prueba PCR de detección del virus de COVID-19 por prescripción médica en caso de síntomas confirmados. • Tratamiento de infección por COVID-19, incluidas hospitalización y medicación. • Transporte local y gastos de traslado médico, si lo permiten las autoridades locales y puede disponerse de medios de transporte especializados. • Complicaciones resultantes. <p>Exclusiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas rápidas de anticuerpos (ejemplo, pruebas de cribado poblacional por las autoridades sanitarias para seguimiento de inmunidad de rebaño). • Pruebas realizadas por el propio Asegurado sin prescripción médica. • Pruebas requeridas por las autoridades para el cruce de frontera del país (ejemplo, pruebas PCR) 	<p>Con sujeción a los límites establecidos en otras secciones de la Tabla de Prestaciones</p>
--	---

Sección 2. Fallecimiento y pérdida anatómica y funcional por accidente

Fallecimiento accidental	15.000 €
Pérdida anatómica y funcional por accidente	hasta 100.000 €, dependiendo de la gravedad

Sección 3. Asistencia en viaje

<p>Asistencia en caso de pérdida o sustracción de documentación personal en el extranjero</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asesoramiento sobre los trámites y procedimientos necesarios para mitigar el daño personal y recibir duplicados de los documentos perdidos, enviando mensajes y solicitudes. • Adelanto de dinero en efectivo 	<ul style="list-style-type: none"> • Pago íntegro • 1.000 €
Reembolso de gastos de reposición de documentación personal	200 €
Transmisión de mensajes urgentes en el extranjero	Pago íntegro
<p>Asistencia jurídica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adelanto de fianzas • Gastos de defensa jurídica 	<ul style="list-style-type: none"> • 7.500 € • 3.000 €
Gastos de búsqueda y rescate	2.000 € por persona 15.000 € por siniestro en que estén implicados varios miembros Asegurados
Retraso del medio de transporte de más de 24 horas	70 € por cada día completo (24 horas) de retraso / máximo 420 €

Sección 4. Seguro de equipaje

Pérdida, sustracción o deterioro del equipaje <ul style="list-style-type: none"> • Artículos no valiosos • Artículos valiosos 	3.000 € <ul style="list-style-type: none"> • 350 € por artículo • 700 € por artículo
Retraso en el transporte del equipaje de más de 24 horas	200 € por persona 1.000 € por siniestro en que estén implicados varios miembros Asegurados

Sección 5. Seguro de responsabilidad civil

Suma asegurada por Asegurado (todas las líneas combinadas)	500.000 €
1. Daños corporales, daños materiales	Pago íntegro
2. Gastos de asistencia jurídica, defensa y procedimiento judicial	20.000 € por litigio, con límite mínimo para la intervención de 380 €

Límite máximo por póliza y por siniestro

Si varios Asegurados tienen derecho a una indemnización por el mismo siniestro, el importe total de las prestaciones a pagar por la Aseguradora no podrá exceder de 20.000.000 €, impuestos incluidos, por siniestro para todas las prestaciones y el conjunto de los Asegurados. Si el importe total de las prestaciones excediese de este límite total, se pagarán las prestaciones a los Asegurados hasta ese límite, siendo indemnizado cada Asegurado (incluido usted) en la proporción que sus daños o gastos tengan con respecto al importe total de los daños o gastos sufridos como consecuencia de ese evento por todos los Asegurados cubiertos por esta Póliza.

1 Definiciones

Abuso de alcohol o estupefacientes: cualquier forma de consumo patológico de alcohol o sustancias estupefacientes que afecte al comportamiento social o al desempeño de un trabajo o que produzca dependencia psicológica evidenciada por síntomas físicos si se dejan de consumir.

Abuso de sustancias: abuso, consumo excesivo o dependencia del alcohol, drogas o sustancias químicas.

Accidente con vehículo de motor: la colisión no intencionada entre dos vehículos de motor, el choque de un vehículo de motor con un objeto estático o el atropello de una persona por un vehículo, con resultado de lesiones, fallecimiento o daños materiales.

Accidente o accidental: conjunto de circunstancias originadas por causas externas, de manera súbita e imprevista, fortuitas, involuntarias y que no sean resultado de una enfermedad o su tratamiento, acaecidas durante la vigencia de este seguro, como resultado de las cuales, contra la voluntad del Asegurado, se produce un daño corporal en su persona o se produce su fallecimiento. Constituyen accidentes, entre otros sucesos, los siguientes: actos ilegales de terceros (incluidos atentados terroristas); un intento de rescate de personas o medio de transporte en peligro; inhalación de gas o vapor, así como la absorción de sustancias tóxicas o agresivas; lesión o daño en músculos por un esfuerzo de máxima intensidad; congelación y ahogamiento.

Acompañante: otra persona asegurada que acepte permanecer con usted para acompañarle durante su hospitalización, siempre que el acompañamiento se considere necesario según criterio médico y sea aprobado por el Servicio de Asistencia.

Actividades académicas o de investigación a tiempo completo: Si el asegurado está matriculado y participa en un programa educativo, de formación profesional, de intercambio cultural o de formación.

Aseguradora o nosotros:

Aseguradora:

KOOPERATIVA poisťovňa, a. s., Vienna Insurance Group, sociedad válidamente constituida y existente conforme a la legislación de Eslovaquia, con domicilio en Štefanovičova 4, 816 23 Bratislava, Eslovaquia, y número de referencia de seguro 00 585 441.

Cirugía o procedimiento quirúrgico: Procedimiento invasivo o de diagnóstico; tratamiento de una enfermedad o lesión mediante actuaciones manuales o con instrumentos que realiza un médico al paciente, que se encuentra bajo anestesia general o local.

Congénita: estado físico anómalo o afección presente en el nacimiento, ya sea heredado o causado por el entorno.

Cónyuge: el cónyuge legal, no separado legalmente ni divorciado, o la pareja de hecho.

Cuarentena individual: periodo durante el cual el Asegurado, de acuerdo con la normativa general impuesta por las autoridades competentes, debe permanecer aislado debido a su estado de salud o por haber estado en contacto directo con una persona diagnosticada de COVID-19 u otra enfermedad infecciosa peligrosa.

Desastre natural: inundación, huracán, tornado, terremoto, avalancha de lodo, tsunami, corrimiento de tierra, erupción volcánica, incendio, incendio forestal o tormenta de nieve, por causas naturales.

Enfermedad: afección, trastorno, alteración de la salud, patología, anomalía, dolencia, defecto, incapacidad, deformidad, defecto de nacimiento, defecto congénito, sintomatología, síndrome, infección, padecimiento o cualquier otro estado médico, físico o de salud, pero no incluye problemas de aprendizaje, de actitud o de comportamiento. Todas las enfermedades que se manifiesten simultáneamente o sobrevengan después de una enfermedad padecida con anterioridad, y que, directa o indirectamente, estén relacionadas o se deriven de las mismas causas o causas relacionadas o, como consecuencia de estas o unas de otras, se consideran una misma enfermedad. Asimismo, si sobreviene posteriormente una enfermedad como resultado o por causas iguales o relacionadas con las de una enfermedad anterior, la enfermedad posterior se considerará continuación de la anterior y no una enfermedad aparte. Cualquier complicación o estado que se derive de una enfermedad por la que el Asegurado estuviera ya siendo tratado se considerará parte de la enfermedad original.

Enfermedad mental y trastorno mental y nervioso: cualquier clase de enfermedad mental, trastorno nervioso o desorden emocional que denota, de manera general, la existencia de una enfermedad cerebral con síntomas relacionados especialmente con el comportamiento; trastorno psiquiátrico o de la personalidad, evidenciado por un comportamiento anómalo; enfermedad o desorden de conducta que se manifiesta mediante un comportamiento que se desvía de la norma social. Los trastornos mentales o nerviosos incluyen, entre otros: psicosis; depresión; esquizofrenia; trastorno afectivo bipolar; cualquier enfermedad o estado, sea o no por una causa orgánica, que esté clasificado como desorden mental en la actual edición de la clasificación internacional de enfermedades publicada por el Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales del país de acogida; y cualesquier otras enfermedades psiquiátricas y mentales descritas en la edición actual del manual de diagnóstico y estadístico sobre desórdenes mentales (*Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders*) publicado por el regulador local del país de acogida. No están incluidas en la categoría de enfermedades mentales y desórdenes nerviosos las dificultades de aprendizaje, los problemas de actitud o los problemas disciplinarios.

Enfermedad preexistente: cualquier clase de patología, enfermedad, lesión, dolencia, enfermedad mental o desorden nervioso, con independencia de la causa, incluidas patologías congénitas, crónicas, complicaciones o secuelas sobrevenidas o recurrentes relacionadas con esas patologías o enfermedades o que se deriven de ellas, que, con razonable seguridad médica, existían en el momento de la solicitud, se hubieran manifestado previamente o no o cuya sintomatología se hubiera iniciado con anterioridad, o fueran conocidas, diagnosticadas, notificadas o tratadas con anterioridad a la contratación de esta Póliza. Este término incluye en concreto, aunque no exclusivamente, las patologías, enfermedades, lesiones, enfermedades mentales o desórdenes nerviosos para los cuales se hubiera recomendado o recibido asesoramiento médico, diagnóstico, atención o tratamiento o respecto a los cuales una persona prudente habría buscado tratamiento en algún momento antes de la Fecha de Efecto de la Póliza, así como cualquier complicación o efecto continuado médicamente reconocido relacionado con una medicación, como, por ejemplo, exámenes de control, investigaciones, medicación, cambio de clase de medicación o de dosificación y, en general, todo tipo de exámenes médicos y pruebas de laboratorio, radiodiagnóstico, etc. relacionado con ese estado. Las enfermedades preexistentes no están cubiertas por esta Póliza, salvo en caso de tratamiento de urgencia.

Enfermedad profesional: enfermedad o lesión causada por o durante el desempeño de trabajo por cuenta ajena o cuenta propia por el Asegurado. La enfermedad profesional no es una enfermedad contagiosa contraída por la exposición a compañeros de trabajo o por un riesgo al que un trabajador hubiera podido también estar expuesto fuera del trabajo. Una enfermedad profesional no es una enfermedad ordinaria a la que el público pueda también estar expuesto, salvo que se trate de una enfermedad que se contraiga por una complicación y un incidente natural de una enfermedad profesional, o salvo que haya una exposición constante propia del trabajo ejecutado que hace de esa enfermedad un riesgo inherente a ese puesto de trabajo.

Equipaje: bolsas de viaje, maletas y baúles, y su contenido, exceptuando las prendas que lleve puestas el Asegurado. Se consideran también equipaje los objetos de valor y de valor especial de acuerdo con la definición que sigue a continuación:

a. Objetos de valor:

Equipamiento deportivo, cámaras, material de fotografía, película o equipos informáticos y teléfonos móviles, equipos para grabación o producción audiovisual y sus accesorios.

b. Objetos de valor especial:

Joyas, relojes, pieles, metales y piedras preciosos y semipreciosas y perlas cuando están engarzadas en piezas de joyería.

Familiar: su cónyuge, pareja o cualquier persona con la que usted mantenga una unión civil y con la que conviva en el mismo domicilio. Sus hijos e hijas, padre, madre, uno de sus abuelos, uno de sus suegros, sus hermanos y hermanas. Su país de residencia debe ser el mismo que el del asegurado.

Fecha de entrada en vigor de la Póliza (Fecha de inicio de la cobertura): la fecha especificada en el Certificado de Seguro Individual del Asegurado, en la que entra en vigor el seguro, con independencia de las renovaciones posteriores.

Fecha de vencimiento de la Póliza (Fecha de finalización de la cobertura): la fecha especificada en el Certificado de Seguro Individual del Asegurado, a partir de la cual la Póliza deja de tener validez.

Franquicia: la cantidad de los gastos reembolsables de la que usted debe hacerse cargo y a partir de la pasará a ser obligación de la Aseguradora. La franquicia se aplica a usted por separado. Si el proveedor nos remite una factura por servicios sujetos a franquicia que incluya el importe de esta, podremos decidir abonar el importe íntegro facturado, pero, en ese caso, usted deberá reembolsarnos el importe de la franquicia.

Gasto cubierto: equivale a prestación aplicable.

Gastos razonables y habituales: los gastos más comunes que se cobran por servicios profesionales, medicamentos, procedimientos, aparatos, suministros o tratamientos similares en el área en el que se ocasiona el gasto. Se entiende por gasto más común aquel cuyo importe es el menor de los siguientes:

- a. la cantidad efectiva cobrada por el Proveedor de Servicios;
- b. el precio negociado; o
- c. el cargo que habría realizado el Proveedor de Servicios por un servicio o suministro equiparable, realizado por otros Proveedores de Servicios en la misma área geográfica, según determinación razonable de la Aseguradora por el mismo Servicio o Suministro.

Gastos reembolsables: gastos razonables y habituales por servicios o suministros en que usted incurra para someterse a un tratamiento necesario según criterio médico de una lesión o una enfermedad. Los gastos reembolsables deben ocasionarse dentro del Periodo de cobertura.

Hijo(s): sus hijos o hijas biológicos, adoptados (o que estén bajo su techo con fines de adopción), en régimen de acogimiento, hijastros u otros sobre los que usted tenga la custodia legal (deberá presentar documentación que lo acredite). El hijo debe residir con Usted y debe existir una relación materno/paternal. En caso de que usted comparta la custodia física del hijo con otro progenitor, no se exigirá el requisito de convivencia en el mismo domicilio que usted.

Hospital: institución con licencia, habilitación o autorización concedida por el país de que se trate que:

- a. Desarrolle las actividades propias de un hospital de acuerdo con la legislación vigente para la asistencia, el tratamiento y la prestación de servicios hospitalarios para personas enfermas o accidentadas.
- b. Esté acreditada por *The Joint Commission*, organización estadounidense para la acreditación de servicios sanitarios.
- c. Preste servicios de asistencia 24 horas por personal colegiado de enfermería (R.N.) de servicio o de guardia.
- d. Tenga en plantilla uno o varios médicos habilitados disponibles en todo momento.
- e. Proporcione servicios organizados de diagnóstico, tratamiento y cirugía,
- f. en sus propias instalaciones o
- g. en instalaciones con las que tenga un concierto para su utilización.
- h. No tenga como principal actividad la de prestar servicios en geriátricos, residencias para mayores, centro de convalecencia o establecimiento similar y que no utilice ninguna sección o ala aparte para prestar esos servicios.
- i. No sea un centro para asistencia a personas con adicción a estupefacientes o con alcoholismo o para personas mayores.

El término hospital también incluye entidades financiadas públicamente vía impuestos, que no están obligadas a tener instalaciones quirúrgicas. Y no incluye centros, secciones especiales, plantas u otras zonas destinadas a prestar cuidados o formación académica, de residencia o cuidado de mayores, o que tenga como objeto central ofrecer tratamiento o servicios para enfermedades mentales o adicciones, salvo por lo indicado expresamente.

Hospitalización: permanencia en un hospital durante un periodo superior a 24 horas por prescripción médica, durante la cual se proporcionan habitación, comidas y cuidados generales, por todo lo cual el hospital cobra una cantidad diaria.

Lesión: daño corporal que se produce, directamente y con independencia de una enfermedad o dolencia, como consecuencia de un accidente. Todas las lesiones sufridas por una misma persona en un solo accidente, incluidos todos los daños relacionados y síntomas recurrentes de las lesiones se considerarán una única lesión.

Médico o facultativo o cirujano debidamente acreditado: persona acreditada para el ejercicio de la medicina. A estos efectos, debe ejercer dentro de la licencia o acreditación concedida conforme a las leyes del territorio en que practique la medicina y prestar únicamente los servicios médicos para los que esté autorizado por su licencia o acreditación. No le incluye a usted ni a ningún miembro de su familia o pariente.

Medicamentos/medicamentos bajo prescripción: 1) medicamentos bajo prescripción médica y con dispensación expresamente restringida; 2) medicamentos bajo formulación magistral en los que al menos un componente es un medicamento bajo prescripción médica y con dispensación expresamente restringida; 3) cualquier otro medicamento que, bajo la legislación estatal o federal puede dispensarse únicamente con prescripción por escrito de un médico; y 4) insulina inyectable. Sin embargo, las medicinas que pueden dispensarse sin prescripción médica, como aspirina, vitaminas, anticatarrales (para rinitis, catarro y gripe), productos homeopáticos y hierbas, productos de bienestar físico, aditivos alimentarios, productos dietéticos y cualquier fármaco experimental están excluidos, aunque hayan sido prescritos por un médico.

La prescripción (receta) del médico de un medicamento debe contener los datos siguientes:

- a. Nombre y apellidos del médico o nombre, dirección y teléfono de la clínica ambulatoria.
- b. Fecha de prescripción.
- c. Nombre completo y edad del paciente.
- d. Nombre del medicamento o instrucciones para su dispensación (producto farmacéutico ya producido o indicaciones a la farmacia para su formulación).

- e. Caducidad de la prescripción (indicada por el médico). Si la fecha de caducidad de la prescripción no se especifica o no está establecida por la normativa local aplicable, se considerará que tiene validez durante un mes desde la fecha de la prescripción.
- f. Firma del médico.
- g. Sello personal del médico (si dispone de uno).
- h. Sello de la farmacia o del proveedor del medicamento (si dispone de uno).

Montañismo: el deporte, la afición o la profesión de andar, hacer senderismo y escalar montañas, 1) utilizando arneses, cuerdas, crampones o piolets, o 2) ascendiendo hasta una altura igual o superior a 4.500 metros.

Necesario según criterio médico: tratamiento, medicamento, aparato, servicio, procedimiento o suministro que:

- a. sea necesario y conveniente para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o una lesión; y
- b. sea prescrito u ordenado por un médico o proporcionado por un hospital; y
- c. se realice de la forma menos costosa que requiera esa enfermedad o lesión; y
- d. sea conforme con las prácticas médicas y quirúrgicas imperantes en el lugar en que se realice el tratamiento; y
- e. no resulte excesivo en cuanto a su alcance, duración o intensidad proporcionar un tratamiento seguro y adecuado.

Cuando se aplique esta expresión a un ingreso hospitalario, significará que el diagnóstico o el tratamiento de síntomas o de una enfermedad o lesión no puede llevarse a cabo con seguridad sin que el paciente pernocte en el centro.

Nota:

- a. La compra o el alquiler de aparatos de aire acondicionado, purificadores de aire, equipo de transporte motorizado, escaleras mecánicas o ascensores en viviendas particulares, piscinas o productos para estas, y equipos generales para la práctica de ejercicio físico no se consideran necesarios según criterio médico. Un servicio o un suministro no se considerará necesario según criterio médico si pudiera haberse utilizado un diagnóstico o un tratamiento alternativo menos intensivo o más adecuado. La Aseguradora puede considerar como gasto reembolsable el coste de la opción alternativa.
- b. El hecho de que un médico concreto prescriba, ordene, recomiende o apruebe un servicio, un suministro o un nivel de asistencia no hace, por sí mismo, que sea necesario según criterio médico ni que constituya un gasto cubierto por esta Póliza.
- c. Un tratamiento, medicamento, aparato, procedimiento, suministro o servicio no se considerará necesario según criterio médico si:
 - 1. es experimental u objeto de investigación o tiene fines de estudio;
 - 2. se proporciona con fines educativos o a conveniencia del Asegurado o de sus familiares, el médico, el hospital o cualquier otro Proveedor de Servicios;
 - 3. excede en cuanto a alcance, duración o intensidad del nivel de asistencia necesario para proporcionar un diagnóstico o un tratamiento seguro y adecuado y cuando el tratamiento se administra únicamente como cuidado de mantenimiento o preventivo;
 - 4. podría haberse omitido sin que afectase negativamente al estado de la persona o la calidad de la asistencia médica;
 - 5. implica el uso de un producto sanitario, medicamento o sustancia no aprobado oficialmente por el regulador local del país de acogida o la autoridad equivalente de otros países.
 - 6. puede proporcionarse de manera segura al paciente a un menor coste por un profesional médico diferente o mediante un tratamiento más conservador.

Paciente ambulatorio: el paciente que recibe asistencia en un hospital u otro centro proveedor de servicios médicos, incluido un centro de cirugía ambulatoria o la consulta de un médico, por una enfermedad o lesión, sin pernoctar y por la que no se le cobrará habitación y comida.

Paciente hospitalizado: cuando el Asegurado queda ingresado en un hospital y se le cobra por habitación y comida.

País de destino/extranjero: cualquier país que el asegurado visite durante el Periodo de cobertura, distinto del país en el que tenga fijada su residencia permanente y principal.

País de origen: el país en el que el asegurado tenga fijada su residencia habitual (domicilio).

Pariante: se refiere al cónyuge, progenitor, hermano, hijo, abuelo, nieto, hijastro, hermanastro, miembro de la familia política (padres, hijo, hija, hermano, hermana), tío, tía, sobrino, sobrina, tutor legal, guardián o primo del Asegurado.

Patología o enfermedad crónica: enfermedad o secuela de una lesión o una afección que cause cambios patológicos irreversibles y que reúna dos o más de las siguientes características:

- a. no existe cura reconocida que se conozca o, después de un tratamiento, vuelve o es probable que vuelva a manifestarse;
- b. es permanente (se prolonga indefinidamente);
- c. requiere seguimiento, consultas, controles, exámenes o pruebas a largo plazo o la toma de medicación indefinidamente;
- d. el Asegurado necesita rehabilitación o un entrenamiento especial para vivir con esa enfermedad o secuela.

Para mayor claridad, el término “enfermedad crónica” incluye cualquier tipo de cáncer o tumor.

Periodo de cobertura: el periodo de cobertura que la Aseguradora proporciona al Asegurado, que comienza en la Fecha de entrada en vigor de la Póliza (Fecha de Inicio de la cobertura) y finaliza en la Fecha de vencimiento de la Póliza (Fecha de finalización de la cobertura).

Persona allegada: Persona física designada por usted o uno de sus beneficiarios con residencia en su país de origen.

Pieza dental natural en buen estado: pieza dental completa o adecuadamente reconstruida; con buena función y sin afecciones periodontales o de otro tipo; no más susceptible de sufrir un daño que un diente que no ha recibido nunca un tratamiento y que no necesita tratamiento por ningún motivo que no sea el de la lesión accidental. Un diente anteriormente reconstruido por medio de una corona, una incrustación inlay o una restauración de porcelana, o que haya recibido tratamiento de endodoncia no se considera una pieza dental natural en buen estado.

Póliza: el presente documento, en el que se recogen el contrato de seguro colectivo, su solicitud y cualquier anexo, cobertura adicional o modificación en vigor durante el Periodo de cobertura.

Prestación aplicable: la prestación o prestaciones cuyo pago debe hacer la Aseguradora para el reembolso de gastos que sean necesarios según criterio médico; de suministros; por asistencia o tratamiento; por enfermedad o daños corporales; de gastos ocasionados por prescripción u orden de un facultativo; de gastos razonables y habituales; que se hayan ocasionado durante el Periodo de cobertura y que no excedan de la Suma Asegurada.

Prima(s): el precio que debe pagar el Asegurado a la Aseguradora para recibir las prestaciones objeto de esta Póliza.

Procedimiento: práctica, conjunto de actuaciones o tratamiento que se ha de seguir después de obtenido un diagnóstico.

Proveedor: término que engloba a hospitales, centros quirúrgico ambulatorios, hospitales psiquiátricos, centros comunitarios de salud mental, residencias de mayores, clínicas de tratamientos psiquiátricos, centros de maternidad, médicos, odontólogos, quiroprácticos, facultativos médicos debidamente acreditados, personal colegiado de enfermería, laboratorios médico, empresas de servicios asistenciales, empresas de ambulancias terrestres o aéreas o cualquier otro centro que la Aseguradora apruebe.

Proveedor del Cuadro Médico: cualquier Proveedor de asistencia sanitaria que, en el momento en que se presten los servicios cubiertos al Asegurado, tenga suscrito un contrato con nosotros para participar como Proveedor de servicios incluido en el cuadro médico o como Proveedor preferente en el cuadro de Proveedores y que especifiquemos que es un Proveedor preferente en el plan del Asegurado.

Seguro: la protección que se proporciona bajo esta Póliza.

Servicio de Asistencia: administrador independiente designado por el Tomador de la Póliza para la prestación de los servicios de tramitación de siniestros cubiertos por esta Póliza.

Servicio(s): hace referencia a las pruebas, tratamientos, terapias, uso de aparatos, procedimientos, técnicas, equipos, suministros, productos, remedios, vacunas, productos biológicos, productos farmacéuticos, compuestos químicos y otros servicios que se presten o proporcionen por indicación de un médico o un proveedor de servicios.

Suma Asegurada: el límite máximo de la indemnización o el reembolso que la Aseguradora está obligada a pagar al Asegurado.

Suministro: los productos considerados necesarios para el tratamiento de una enfermedad o lesión.

Tarjeta de Asegurado: la tarjeta que emitimos al asegurado con información esencial sobre su seguro. La tarjeta es propiedad de la Aseguradora y es intransferible. La posesión de esta tarjeta no acredita que la persona que la tenga en su poder esté cubierto o protegido por esta Póliza.

Tercero: persona o entidad que no es el Asegurado, dependientes del Asegurado, familiar, pariente o empleado del Asegurado.

Terrorismo o actividad terrorista: acto o actos de cualquier persona o grupo de personas cometidos por motivos políticos, religiosos, ideológicos o similares con la intención de influir en un gobierno o de infundir terror en la población o cualquier parte de esta. Constituye terrorismo, entre otros actos, el uso de la fuerza o la violencia o la amenaza de su uso. Los autores de actos de terrorismo pueden actuar por sí solos o en nombre de cualquier organización o gobierno.

Tomador de la Póliza: dhig GmbH, debidamente designada por la Aseguradora para la contratación y administración de esta Póliza que le da cobertura a usted y a los demás Asegurados.

Trabajo en prácticas en una empresa: Están cubiertos los periodos de trabajo en prácticas en una empresa como estancia en el extranjero. El trabajo en prácticas equivale a estancia en el extranjero del Asegurado durante un periodo máximo de 18 meses consecutivos (salvo condiciones especiales) con el objetivo de:

- a. realizar un programa de trabajo en prácticas en una empresa, que puede o no ser remunerado, bajo un contrato de estudio con prácticas laborales, dependiendo de la normativa local,

- b. o realizar un viaje de estudios a una universidad extranjera como parte de un programa organizado entre centros de enseñanza superior.

El trabajo en prácticas y los viajes de estudio deben tener como resultado que el Asegurado obtenga una formación cualificada.

Traslado / transporte por urgencia médica: a) si su estado de salud requiere el traslado inmediato desde donde usted se encuentra (por falta de instalaciones médicas adecuadas) hasta el centro médico adecuado más próximo en el que pueda recibir tratamiento médico; b) si, después de recibir tratamiento en un centro médico local, su estado de salud requiere su traslado acompañado de un profesional sanitario cualificado a su país de origen para seguir recibiendo tratamiento médico o para su recuperación; o c) si se dan ambas situaciones.

Tratamiento de urgencia: tratamiento médico que deba aplicarse en relación con una urgencia médica, necesario para el alivio inmediato de un síntoma agudo o que, en opinión del médico, no pueda retrasarse hasta el regreso a su país de origen.

Tratamiento médico (tratamiento): cualquier clase de examen físico, procedimiento y servicio, ambulatorio u hospitalario, así como una consulta con un médico, como consecuencia de una alteración de la salud que se manifiesta por primera vez o empeora, con un cuadro agudo o con síntomas que aparecen y que habrían dado a una persona prudente motivos para solicitar diagnóstico, consulta, asistencia o tratamiento.

Unidad de cuidado intensivo: unidad para la atención de problemas cardiovasculares u otra unidad o área de un hospital que cumpla los requisitos de la comisión conjunta para la acreditación de hospitales (*Joint Commission on Accreditation of Hospitals*) para unidades de cuidado especial.

Urgencia: enfermedad o lesión por la que usted necesite tratamiento inmediato en el centro más próximo posible. La dolencia debe manifestarse con síntomas agudos lo suficientemente graves (incluido dolor severo) como para requerir atención médica inmediata, sin la cual, una persona prudente no experta en la materia que posea un conocimiento medio de salud o medicina podría suponer que:

- a. Su vida o su salud corriera un peligro grave o, en el caso de una mujer embarazada, un peligro grave para su salud o la de su hijo no nacido.
- b. Sus funciones corporales quedaran gravemente afectadas.
- c. Un órgano o una parte del cuerpo resultada gravemente dañado.

Usted / Asegurado: la persona remitida al Tomador de la Póliza para su inclusión en esta Póliza y que cumple los requisitos para ser Asegurado, con respecto a la cual se ha pagado íntegramente la prima del Seguro y cuya cobertura bajo esta Póliza está en vigor. A petición del Asegurado se le puede emitir un Certificado de Seguro Individual que confirme su inclusión en la Póliza.

Vehículo de motor: cualquier clase de vehículo autopropulsado y cualquier combinación de vehículo autopropulsado con unidades de remolque, que se utilicen o puedan utilizarse físicamente en cualquier clase de vías públicas de circulación para el transporte de personas o productos.

Vía de circulación: cualquier vía pública, carretera, calle y caminos, incluidos puentes, viaductos y otras estructuras, que se utilicen o estén destinados para ser utilizados por el público general para la circulación de vehículos o tráfico rodado como uso principal.

2 Requisitos para ser asegurado

Todos los ciudadanos que sean estudiantes, profesores visitantes, investigadores, au-pair, estudiantes en prácticas, asistentes a escuelas de idiomas o participantes en programas lingüísticos, de inmersión lingüística u otros similares, con una edad mínima de 6 años que estén residiendo temporalmente fuera de su país de origen y realicen actividades educativas o de investigación a tiempo completo pueden recibir cobertura dentro de esta Póliza; sin embargo, estas personas deben seguir desarrollando actividades educativas o de investigación a tiempo completo mientras se encuentren fuera de su país de origen durante el Periodo de cobertura.

- 2.1 La Aseguradora se reserva el derecho a consultar la documentación correspondiente para comprobar si se siguen cumpliendo los requisitos para ser Asegurados. Si descubriese que ya no se cumplen las condiciones, el Seguro quedará automáticamente cancelado para esa persona.
- 2.2 Para los estudiantes menores de 18 años, el progenitor o el tutor legal del estudiante debe proporcionar a la organización patrocinadora la documentación debidamente cumplimentada que se indica a continuación:
 - a. Formulario de Autorización Parental cumplimentado y firmado por el progenitor o el tutor legal.
 - b. Consentimiento de vacunación.
 - c. Formulario de Compromiso Estudiante-Progenitor cumplimentado y firmado por el estudiante y el progenitor o el tutor legal.
 - d. Formulario de solicitud del estudiante cumplimentada y firmada por el estudiante y el progenitor o el tutor legal.
 - e. Compromiso de buen comportamiento del estudiante.

Para estudiantes menores de 18 años, el progenitor o el tutor legal debe firmar la solicitud y contratar la póliza en nombre del estudiante.

3 Periodo de cobertura

3.1 Su Seguro entrará en vigor en la fecha que tenga lugar más tarde de las siguientes:

- a. la Fecha de entrada en vigor de la Póliza;
- b. la fecha en que la Aseguradora reciba una solicitud o un formulario de admisión debidamente cumplimentado;
- c. el momento en que usted salga del espacio aéreo de su país de origen,

siempre que se haya realizado el pago íntegro de la prima; no obstante, el punto “c” no será de aplicación si se produjera el supuesto dentro de la cobertura de “Retraso del medio de transporte de más de 24 horas” (Sección 3 de la Tabla de Prestaciones).

3.2 Su Seguro finalizará en la fecha que tenga lugar antes de las siguientes:

- a. la fecha en que ya no reúna los requisitos para ser Asegurado;
- b. la fecha de regreso a su país de origen (salvo cuando se indique expresamente otra cosa en estas Condiciones Generales del Seguro);
- c. la fecha en que se cumpla un periodo de 364 días desde la Fecha de entrada en vigor de la cobertura;
- d. la fecha indicada en el Certificado de Seguro Individual o la Tarjeta de Asegurado emitidos por el Tomador de la Póliza;
- e. la fecha en que adquiera residencia permanente en su país de destino.

3.3 Ampliación temporal de la cobertura en el país del domicilio

Si regresara a su país de origen para disfrutar de un periodo de vacaciones no superior a 30 días dentro del periodo del seguro indicado en su Certificado de Seguro Individual, y siempre que tenga billete de vuelta, seguirá cubierto por este Seguro durante ese periodo de estancia en su país de origen. Esta ampliación de cobertura seguirá sujeta a las condiciones, límites y exclusiones de esta Póliza y no se aplica a ciudadanos estadounidenses y canadienses que estudian en el extranjero.

3.4 Periodo de cobertura adicional

Usted puede solicitar un nuevo periodo de cobertura, sujeto al examen y la aprobación del Tomador de la Póliza. Esta opción está disponible siempre que continúe cumpliendo los requisitos para ser Asegurado. Debe tener en cuenta que las tarifas y las prestaciones pueden cambiar para cada nuevo Periodo de cobertura. Las solicitudes de prórroga deben recibirse dentro de los cinco (5) días anteriores al vencimiento del Periodo de cobertura en curso. Podrá contratarse cobertura para periodos adicionales sucesivos de 366 días y se aplicarán las tarifas vigentes en el momento de la solicitud (no podrá combinarse con ninguna otra póliza si se excede este límite). Para la tramitación de posibles siniestros posteriores, se utilizará la Fecha de entrada en vigor de la Póliza inicial para determinar posibles enfermedades preexistentes.

4 Condiciones relativas a las primas

4.1 Primas:

La Aseguradora se compromete a proporcionar cobertura a cambio del pago de las primas que determine para cada organización participante, conforme a la Tabla de Prestaciones y al periodo de cobertura de cada Asegurado. Las fechas de pago de las primas son el primer día de cada mes, salvo que se indique otra cosa en la Póliza. El pago de la prima que se realice por adelantado o para varios meses no afectará en modo alguno el condicionado de la Póliza.

4.2 Periodo de gracia:

Se establece un periodo de gracia de 31 días para cada prima a contar desde la fecha de su vencimiento. La cobertura seguirá vigente durante este periodo, siempre que el Tomador de la Póliza o la organización participante pague todas las primas vencidas antes del último día del periodo de gracia y a menos que se haya enviado notificación, de acuerdo con la cláusula sobre RESOLUCIÓN, de la intención de poner fin a la cobertura objeto de la Póliza. La cobertura finalizará si no se paga la prima al término del periodo de gracia.

4.3 Devolución de la prima:

Si decide cancelar esta Póliza, podrá hacerlo dentro de los 28 días siguientes a la recepción de la Póliza y recibirá la devolución del importe íntegro de la prima que hubiera abonado, siempre que no haya comenzado su viaje y que no haya notificado ningún siniestro bajo esta Póliza. Si la organización participante desea cancelar la Póliza de un Asegurado tras ese periodo o después de que el Asegurado haya comenzado su viaje, recibirá la parte proporcional de la prima pagada correspondiente a la parte de la cobertura no consumida, siempre que no se haya notificado ningún siniestro. Si se hubiera notificado un siniestro, o se hubiera producido un incidente que pudiera dar lugar a una reclamación, la Aseguradora no reembolsará ninguna cantidad de la prima.

5 Seguro médico y asistencia

5.1 Alcance de la cobertura

5.1.1 La Aseguradora abonará los gastos reembolsables en que usted incurra como resultado de una enfermedad o una lesión, con sujeción a los límites y las franquicias que se establecen en la Tabla de Prestaciones y a las condiciones y exclusiones que se estipulen en esta Póliza, siempre que se cumplan las condiciones siguientes:

- a. Los gastos reembolsables han de ocasionarse por cualquiera de los servicios mencionados en la Tabla de Prestaciones.
- b. El accidente que dio lugar a la lesión debió producirse dentro del Periodo de cobertura (si la reclamación tiene como objeto daños corporales por accidente), o bien la enfermedad se ha diagnosticado por primera vez o la enfermedad crónica ha desarrollado súbitamente un cuadro agudo o dado lugar a una complicación dentro del Periodo de cobertura (si la reclamación es debido a una enfermedad).
- c. Usted debe estar siendo atendido por un médico cuando se ocasionen los gastos reembolsables.
- d. El tratamiento inicial de una enfermedad o una lesión debe tener lugar dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de la lesión o la manifestación de la enfermedad.

Las prestaciones médicas cuyo pago está cubierto por esta Póliza están sujetas a los límites específicos que se indican en la Tabla de Prestaciones. Todas las coberturas y los costes indicados en la Tabla de Prestaciones están expresados en euros.

5.1.2 Las prestaciones que aquí se enumeran no incluirán en ningún caso cantidades superiores al importe de lo que constituyen gastos razonables y habituales. Si el coste fuera superior a lo que se entiende como gastos razonables y habituales, la diferencia no será reconocida como gasto reembolsable. Todos los gastos se considerarán ocasionados en la fecha en que se proporcionen los servicios o los suministros de los que se originen los gastos o el cargo.

5.1.3 La Aseguradora proporcionará las prestaciones descritas en esta Póliza a todos los Asegurados por todas las prestaciones aplicables que se especifican en la sección Descripción de Prestaciones de esta Póliza.

5.1.4 Los gastos médicos correspondientes al tratamiento de un episodio agudo de una enfermedad quedarán cubiertos por este Seguro hasta la recuperación del Asegurado, salvo que resulte ser un síntoma de una enfermedad crónica.

Una enfermedad crónica (sea preexistente o que se diagnostique por primera vez durante la vigencia de este seguro) está excluida de la cobertura de este seguro, a menos que súbitamente se manifieste en un cuadro agudo o tenga una complicación; en estos casos, este seguro solo cubrirá lo necesario para alivio del dolor y la actuación médica necesaria para eliminar cualquier riesgo inminente para la vida del Asegurado, con un límite de 25.000,00 (veinticinco mil) euros, quedando excluido de este seguro cualquier tratamiento (de larga duración) o asistencia posterior. Se entiende que hay riesgo inminente cuando puede producirse la muerte del Asegurado si no hay intervención médica dentro de las 48 horas siguientes, de acuerdo con la opinión consensuada del médico que lo atiende y un médico designado por el Servicio de Asistencia.

5.2 Requisito de autorización previa

5.2.1 Solo podrá reclamarse el reembolso de ciertos gastos ocasionados en determinadas circunstancias si el tratamiento o el servicio ha sido preautorizado por el Servicio de Asistencia. Usted o su médico o su representante legal estarán siempre obligados a obtener la autorización previa del Servicio de Asistencia en las situaciones siguientes:

- a. Traslado médico o repatriación.
- b. Hospitalización o tratamiento ambulatorio o la práctica de cirugía mayor ambulatoria.
- c. Cualquier procedimiento médico que requiera anestesia.
- d. Examen preoperatorio del Asegurado.
- e. Visita a domicilio de un médico.
- f. Cuidados de enfermería a domicilio (cuando el Asegurado requiera más de 4 visitas de personal de enfermería).
- g. Pruebas diagnósticas o consultas médicas, si el coste equivalente puede llegar a exceder el 500 (quinientos) euros.
- h. Cualquier enfermedad cuyo tratamiento pudiera tener un coste equivalente superior a 5.000 (cinco mil) euros.
- i. Tratamiento relacionado con una enfermedad crónica o una enfermedad preexistente.
- j. Sepelio.

5.2.2 Usted, su médico o su representante legal deberán proporcionar el Formulario de Autorización Previa, que podrán obtener del Servicio de Asistencia, como mínimo 5 días naturales antes de la fecha prevista de la situación que va a requerir autorización previa, salvo en el caso de ingreso en un hospital o la visita de un médico a domicilio por una urgencia médica. El Formulario de Autorización Previa o notificación equivalente deberá contener la siguiente información:

- a. diagnóstico;
- b. descripción del tratamiento requerido;
- c. nombre y dirección del hospital al que su médico le deriva para someterse al tratamiento;
- d. duración prevista de la hospitalización;
- e. costes estimados del tratamiento.

5.2.3 Si no se cumpliera el requisito de autorización previa, el Servicio de Asistencia se reserva el derecho a reducir la prestación al importe de los gastos ordinarios, habituales y razonables por el tratamiento y la asistencia en circunstancias normales, aunque en no más del 25%. Sin embargo, si un tratamiento o servicio médico previamente autorizado no resultara ser necesario según criterio médico, no podrá reclamarse el reembolso de los gastos que ocasione.

5.2.4 En caso de requerir evacuación médica u hospitalización de urgencia, el requisito de autorización previa puede reemplazarse por una autorización posterior, es decir, el Asegurado o el Tomador de la Póliza, o bien sus representantes autorizados, deberán informar al Servicio de Asistencia de la situación

(por teléfono, correo electrónico o correo postal con confirmación de entrega) lo antes que resulte posible, y en cualquier caso en un plazo máximo de 48 horas desde el ingreso del Asegurado en el hospital.

5.3 Cuadro médico

5.3.1 Salvo cuando se trate de tratamientos recibidos en caso de urgencia médica, solo quedarán cubiertos por este seguro los tratamientos prestados por un Proveedor del Cuadro Médico designado por la Aseguradora y que hayan sido aprobados para el Asegurado, entre los que se encuentran:

- | | |
|--|---|
| 1. Amputaciones | 9. Hemofilia |
| 2. Cánceres | 10. Inmunodeficiencia |
| 3. Accidentes cardiovasculares | 11. Quemaduras graves de tercer grado |
| 4. Accidentes cerebrovasculares (ACV, apoplejía) | 12. Lesiones graves en la cabeza |
| 5. Problemas respiratorios crónicos | 13. Fracturas múltiples o politraumatismo |
| 6. Coma | 14. Esclerosis múltiple |
| 7. Diabetes | 15. Desórdenes neurológicos |
| 8. Enfermedad renal en fase terminal | |

Nota: Esta lista no es exhaustiva y es meramente orientativa.

5.3.2 Debe ponerse en contacto con el Servicio de Asistencia mediante el teléfono o el correo electrónico indicados en su Tarjeta de Asegurado si su problema de salud se corresponde con cualquiera de los citados en esta lista. Que el tratamiento lo proporcione un Proveedor del Cuadro Médico no garantiza que vaya a recibir las prestaciones del seguro, ni que el Proveedor facture directamente al Servicio de Asistencia.

5.3.3 Puede también contactar con el Servicio de Asistencia para determinar el lugar más adecuado para recibir el tratamiento, de acuerdo con:

- el lugar en el que usted se encuentre;
- la naturaleza de los síntomas y signos; y
- la posible urgencia de su situación.

5.4 Otras condiciones aplicables a la cobertura de hospitalización

5.4.1 La cirugía opcional que pueda ser aplazada hasta su regreso a su país de origen no está cubierta por este seguro.

5.4.2 En el momento de su ingreso en el hospital, deberá presentar su Tarjeta de Asegurado y proporcionar cualquier información adicional que requiera el hospital para su admisión.

5.4.3 El reembolso de gastos para tratamientos de urgencia en situaciones que no se consideren de urgencia médica estará sujeto a la franquicia especificada en la Tabla de Garantías.

5.4.4 Solo se considerarán gastos reembolsables los que se enumeran específicamente en la lista siguiente de gastos, siempre que se hayan ocasionado dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha del accidente o de la manifestación de la enfermedad y que no tengan la consideración de gastos excluidos:

- Los gastos cobrados por un hospital por habitación y comidas, personal de enfermería de planta y otros servicios, incluidos los servicios profesionales -con la excepción de servicios personales que no sean de naturaleza médica-, y siempre que esos gastos no excedan el cargo medio del hospital por habitación doble y comidas.
- Gastos de Unidad de Cuidados Intensivos y servicios de enfermería.

- c. Gastos de diagnóstico, tratamiento y cirugía cobrados por un médico. Nota: la cirugía que no esté prescrita por el cirujano y que no sea realizada por el cirujano en un plazo de diez (10) días desde el accidente o el diagnóstico de la enfermedad no se considera urgencia.
- d. Gastos de quirófano.
- e. Coste y administración de anestesia.
- f. Gastos de medicación, servicios de radiodiagnóstico, pruebas y servicios de laboratorio, uso de radioterapia y de isótopos radiactivos, oxígeno, sangre, transfusiones, pulmón de acero y tratamiento médico.
- g. Fisioterapia, siempre que la haya recetado un médico para el tratamiento de una dolencia específica, y sea administrada por un fisioterapeuta con licencia (si lo cubre su plan).
- h. Vendajes y medicamentos que solo puedan obtenerse con la receta de un médico o cirujano.
- i. Transporte local urgente al o desde el hospital más próximo o al o desde el hospital más próximo con los servicios necesarios para el tratamiento requerido. Este transporte deberá realizarse en ambulancia terrestre con licencia dentro del área metropolitana en la que usted se encuentre en el momento de utilizar el servicio. Si usted se encuentra en una zona rural, podrá considerarse gasto reembolsable, hasta el límite de la Suma Asegurada, el transporte en ambulancia aérea con licencia hasta la zona metropolitana más próxima.

Si fuera necesario practicar una cirugía para que usted pueda desarrollar su vida con normalidad, pero sin que haya urgencia médica, el Servicio de Asistencia podrá, a su exclusivo criterio, ofrecerle el regreso a su país de origen para el procedimiento quirúrgico y para todo el proceso de rehabilitación que necesite (no obstante, cubierto únicamente hasta la Fecha de vencimiento de la Póliza). En este caso, en la prestación que se le pague estará incluido el coste de un billete de avión ida y vuelta en clase turista, que deberá utilizarse dentro de los tres (3) meses siguientes a la fecha de la prescripción del cirujano y dentro del programa. La no aceptación de esta oferta liberará a la Aseguradora de la obligación de pagar los gastos médicos en los que usted incurra en el país de destino.

- j. En el supuesto de que su hospitalización se prolongue más allá del Periodo de cobertura establecido en la Póliza, la Aseguradora solo cubrirá los gastos médicos ocasionados después de finalizado el Periodo de cobertura si:
 - usted contrata una cobertura adicional (que prolongue la duración del Periodo de cobertura inicial) en las condiciones establecidas en esta Póliza;
 - esa cobertura adicional no es superior a un periodo de treinta (30) días; y
 - tiene como único fin cubrir el tratamiento médico necesario para eliminar un riesgo inminente para su vida y estabilizar su estado de salud (esta cobertura adicional o prolongación del Periodo de cobertura inicial no podrá utilizarse para una enfermedad no relacionada, complicaciones o un diagnóstico secundario).

En caso de que su Periodo de cobertura no se prolongase, la Aseguradora puede, a su entera elección, ofrecerle regresar a su país de origen (en cuyo caso, el tratamiento posterior no estaría cubierto por este seguro). La no prolongación del Periodo de cobertura liberará a la Aseguradora de la obligación de pagar los gastos médicos en que pudiese incurrir en el país de destino.

5.5 Otras condiciones aplicables a la cobertura de tratamiento de enfermedad mental

5.5.1 Solo se considerarán gastos cubiertos los que se enumeran específicamente en la lista siguiente de gastos, ocasionados como resultado del tratamiento o la medicación necesarios por la manifestación de una enfermedad mental, en régimen ambulatorio u hospitalario, y que no tengan la consideración de gastos excluidos:

- a. Los gastos cobrados por un hospital por habitación y comidas, personal de enfermería de planta y otros servicios, incluidos los servicios profesionales -con la excepción de servicios personales que no sean de naturaleza médica-, y siempre que esos gastos no excedan el cargo medio del hospital o institución psiquiátrica por habitación doble y comidas.
- b. Gastos de diagnóstico y tratamiento médico.
- c. Coste y administración de anestesia.

- d. Gastos de medicación, servicios de radiodiagnóstico, pruebas y servicios de laboratorio, oxígeno y tratamiento médico.
- e. Medicamentos que solo puedan obtenerse con receta médica.

5.5.2 La enfermedad mental debe manifestarse por primera vez durante el Periodo de cobertura.

5.5.3 Esta cobertura debe ser aprobada por el Servicio de Asistencia. Si no utiliza el Servicio de Asistencia para la obtención de estos servicios, no tendrá derecho a recibir las prestaciones correspondientes.

5.6 Otras condiciones aplicables a la cobertura de rehabilitación, fisioterapia y quiropráctica

5.6.1 Se pagarán las prestaciones de la cobertura de fisioterapia cuando tengan prescripción médica y el tratamiento lo proporcione un fisioterapeuta con licencia. Los servicios quiroprácticos podrán quedar cubiertos si los receta un médico para el alivio de dolor y siempre que se realicen las correspondientes placas y cualquier otro diagnóstico por imagen para confirmar que esos tratamientos son necesarios según criterio médico. El Servicio de Asistencia permitirá la realización de tres (3) sesiones sin tratamiento prescrito. Cualquier otro número de sesiones adicionales a esas tres (3) primeras estará sujeto a la prescripción de un tratamiento en el que el médico indique la frecuencia y la duración.

5.6.2 Esta cobertura debe ser aprobada por el Servicio de Asistencia. Si no utiliza el Servicio de Asistencia para la obtención de estos servicios no tendrá derecho a recibir las prestaciones correspondientes.

5.7 Otras condiciones aplicables a la cobertura de urgencia odontológica (alivio del dolor)

5.7.1 Esta Póliza puede cubrir un tratamiento de urgencia para el alivio del dolor de una pieza dental natural en buen estado o una infección de las encías. Cualquier tratamiento posterior podrá quedar cubierto hasta un importe máximo de 100 euros. Todas las solicitudes de reembolso relacionadas con la cobertura odontológica deben incluir una placa de rayos X de la pieza dental o la encía. Los gastos por la realización de las placas se reembolsarán según el coste habitual en la zona geográfica en la que se encuentre el odontólogo que realizó el tratamiento.

5.7.2 Esta cobertura debe ser aprobada por el Servicio de Asistencia. Si no utiliza el Servicio de Asistencia para la obtención de estos servicios no tendrá derecho a recibir las prestaciones correspondientes.

5.7.3 Exclusiones específicas de esta cobertura:

- a. No está cubierta la rotura de un diente mientras come o muerde un objeto extraño.
- b. No se aceptarán las solicitudes de reembolso de gastos que se presenten sin la placa de rayos X requerida.
- c. No están cubiertas las revisiones dentales rutinarias, las enfermedades o patologías preexistentes, incluidas las caries, el trabajo de restauración, la ortodoncia, el equipamiento odontológico, restauración y preparativos de corona, coronas, trabajo de reconstrucción o cualquier otro tratamiento no relacionado con el alivio de dolor.

5.8 Otras condiciones aplicables a la cobertura de asistencia odontológica por accidente

5.8.1 La Aseguradora puede hacerse cargo del coste de los servicios de un odontólogo o un cirujano dental cuya intervención sea necesaria para un tratamiento de urgencia de una pieza dental natural en buen estado por daños resultantes de un accidente cubierto (únicamente están cubiertas las lesiones causadas por contacto externo con un objeto extraño). Además, se prestarán también servicios de ortodoncia por daños causados por un accidente. Sin embargo, si el tratamiento de ortodoncia no se realiza en el país de destino debido al estado de salud o la edad del Asegurado en un plazo de treinta (30) días desde la fecha del accidente, esta Póliza será secundaria a cualquier otro seguro sanitario que tenga contratado en su país de origen.

5.8.2 Esta cobertura debe ser aprobada por el Servicio de Asistencia. Si no utiliza el Servicio de Asistencia para la obtención de estos servicios no tendrá derecho a recibir las prestaciones correspondientes.

5.8.3 Exclusiones específicas de esta cobertura: un diente roto o astillado, o un empaste o amalgama que se suelta o se cae mientras come, mastica chicle o muerde no se consideran, en ningún caso, un accidente o resultado de un accidente a los efectos de esta Póliza.

5.9 Otras condiciones aplicables a la cobertura de gastos ópticos (gafas/lentes) como resultado de un accidente

Si se rompen unas gafas (excluidas las gafas de sol) a causa de un accidente, es decir, la rotura hace imposible utilizar unas gafas o lentes de contacto, le reembolsaremos el coste de un nuevo par de gafas hasta el límite especificado en la Tabla de Prestaciones. Esta cobertura está condicionada a la presentación del recibo original de compra de un nuevo par de gafas (excluidas las gafas de sol) o lentes de contacto.

5.10 Otras condiciones aplicables a la cobertura de traslado por urgencia médica

- 5.10.1 En caso de urgencia, y cuando en la localidad no se proporcione un tratamiento médico adecuado, esta Póliza cubre el traslado por urgencia médica al centro médico más próximo que pueda proporcionar la asistencia adecuada. Si hubiera posibilidad de conseguir tratamiento localmente, pero usted prefiriera recibirlo en otra parte, los gastos de traslado a otro Proveedor de servicios médicos, aun cuando fuera aprobado por el Servicio de Asistencia, correrán de cuenta del Asegurado.
- 5.10.2 En caso de urgencia, el Servicio de Asistencia se reserva el derecho a decidir a qué Proveedor médico se trasladará al Asegurado, así como el medio de transporte (que los médicos consideren necesario o conveniente). Si usted decide no ser tratado en el centro seleccionado por el Servicio de Asistencia, será su responsabilidad organizar su traslado médico y solo se reembolsarán los gastos razonables y habituales.
- 5.10.3 Finalizado el tratamiento y si según criterio médico le es posible viajar, la Aseguradora también se hará cargo del coste del viaje de vuelta, en tarifa económica, a su país de origen.
- 5.10.4 El traslado por urgencia médica solo se autorizará si se considera que usted puede viajar en avión. Si usted se niega a ser trasladado habiendo sido declarado apto para viajar en avión, los gastos adicionales que se ocasionen después de esa negativa correrán de su cuenta.
- 5.10.5 Si usted no es declarado médicamente apto para viajar en avión antes de la Fecha de vencimiento de la Póliza, los gastos adicionales que se ocasionen después de la Fecha de vencimiento de la Póliza correrán de su cuenta.

5.11 Otras condiciones aplicables a la cobertura de Repatriación de los restos mortales

- 5.11.1 En caso de producirse el fallecimiento del Asegurado como consecuencia de una lesión accidental o de una enfermedad, esta Póliza cubrirá: (i) el coste del transporte de sus restos mortales o sus cenizas a su país de origen, con toda la documentación necesaria o (ii) el coste de enviar la urna al país de origen.
- 5.11.2 Esta cobertura está sujeta a los límites siguientes:
 - a. La cobertura se limita a los gastos de embalsamamiento, a un contenedor legalmente apto para el transporte, los gastos de envío y las formalidades oficiales necesarias.
 - b. No están cubiertos los gastos de inhumación y ceremonia funeraria.
 - c. Deberá presentarse el certificado de defunción original y copias de cualquier pago realizado por servicios de cremación cuando se realice una solicitud de reembolso.
 - d. Esta cobertura debe ser aprobada por el Servicio de Asistencia. Si no utiliza el Servicio de Asistencia para la obtención de estos servicios no tendrá derecho a recibir las prestaciones correspondientes.

5.12 Otras condiciones aplicables a la cobertura de presencia de una persona allegada en caso de fallecimiento

- 5.12.1 Si usted se encontrase solo en el país de destino y fuera necesaria la presencia de un familiar o allegado para el reconocimiento del cadáver y las formalidades de repatriación o cremación, este Seguro se hará cargo de organizar su transporte ida y vuelta, así como de los gastos derivados de su estancia en el lugar donde usted se encontrase, con los límites que se indican en la Tabla de Prestaciones.

5.13 Otras condiciones aplicables a la cobertura de desplazamiento urgente de acompañante

- 5.13.1 La Aseguradora se encargará de organizar y pagar transporte ida y vuelta en clase económica y el coste de alojamiento (hotel) para las siguientes personas y en los siguientes casos:
 - a. Si su hospitalización va a prolongarse más de tres (3) días, de una (1) persona que usted elija de su país de origen para que permanezca con usted mientras se encuentre hospitalizado.

- b. Si su hospitalización va a prolongarse más de siete (7) días, de dos (2) personas que usted elija de su país de origen para que permanezcan con usted mientras se encuentre hospitalizado.
 - c. El coste del alojamiento no puede exceder de los límites especificados en la Tabla de Prestaciones.
- 5.13.2 El periodo de acompañamiento por urgencia médica no podrá exceder de 15 días, incluidos los de viaje. Los gastos que sobrepasen los 15 días serán responsabilidad exclusiva del Asegurado o de su acompañante.
- 5.13.3 Esta cobertura debe ser aprobada y organizada por el Servicio de Asistencia. Si no utiliza el Servicio de Asistencia para la obtención de estos servicios no tendrá derecho a recibir las prestaciones correspondientes.
- 5.13.4 El acompañante o los acompañantes deberán volver a su lugar de origen en un plazo máximo de cinco (5) días desde que el Asegurado sea dado de alta del hospital. La fecha del alta será la que conste en la factura del hospital.
- 5.13.5 Esta cobertura no puede combinarse con la cobertura de “Prolongación de la estancia de la persona acompañante”.

5.14 Otras condiciones aplicables a la cobertura de prolongación de la estancia del asegurado

- 5.14.1 Si el Servicio de Asistencia recomendase la prolongación de su estancia en el lugar donde se encontrase del país de destino debido a su estado de salud, La Aseguradora se encargará de organizar su alojamiento y de pagar sus gastos adicionales en caso de tener que quedar inmovilizado en ese lugar.
- 5.14.2 El Asegurado también quedará cubierto si ha de cumplir un periodo de cuarentena individual en el lugar de su estancia y, por ese motivo, no puede regresar a su país de origen. Sin embargo, no recibirá ninguna prestación si se decretase una cuarentena (confinamiento) a nivel nacional o regional debido a una epidemia o una pandemia (estas circunstancias se reconocen como evento de fuerza mayor y liberan a la Aseguradora de su responsabilidad).
- 5.14.3 Nuestra cobertura es efectiva hasta la fecha en que usted regrese a su país de origen, aunque se le pagará al Asegurado la prestación correspondiente hasta el límite indicado en la Tabla de Prestaciones.
- 5.14.4 Esta cobertura no puede combinarse con la de “desplazamiento urgente de acompañante”.

5.15 Otras condiciones aplicables a la cobertura de prolongación de la estancia de la persona acompañante

- 5.15.1 Si fuese necesaria su hospitalización durante su estancia o el Servicio de Asistencia recomendase una prolongación de su estancia debido a su estado de salud, La Aseguradora se encargará de organizar y pagar los costes del alojamiento adicional de miembros de su familia (si también fuesen asegurados) o de un Asegurado que no sea miembro de su familia y que permanezca con usted (persona acompañante).
- 5.15.2 La persona acompañante también se beneficiará de esta cobertura en caso de tener que guardar un periodo de cuarentena individual en el lugar en que usted se encuentre y, por ese motivo, no pueda regresar a su país de origen. Sin embargo, no recibirá ninguna prestación si se decretase una cuarentena (confinamiento) a nivel nacional o regional debido a una epidemia o una pandemia (estas circunstancias se reconocen como evento de fuerza mayor y liberan a la Aseguradora de su responsabilidad).
- 5.15.3 Nuestra cobertura es efectiva hasta el término de su hospitalización, aunque se pagará la prestación correspondiente hasta el límite indicado en la Tabla de Prestaciones.
- 5.15.4 Esta cobertura no puede combinarse con la de “desplazamiento urgente de acompañante”.

5.16 Otras condiciones aplicables a la cobertura de repatriación médica una vez estabilizado el paciente

- 5.16.1 Al término de su hospitalización o su inmovilización en el destino y una vez los médicos a cargo confirmen que está estabilizado, la Aseguradora se encargará de organizar su regreso a su país de

origen, así como el de los miembros de su familia que sean también asegurados o del Asegurado que no sea familiar suyo que le estuviera acompañando, siempre que hayan permanecido con usted.

5.16.2 La Aseguradora correrá con los gastos de un nuevo billete de regreso a su país de origen si el Asegurado o los otros asegurados que permanecieron con él no pueden utilizar el billete obtenido inicialmente.

5.17 Otras condiciones aplicables a la cobertura de regreso de la persona acompañante del Asegurado

5.17.1 En el marco de la cobertura de traslado por urgencia médica o de la de repatriación de sus restos mortales, la Aseguradora organizará y se hará cargo del regreso de la persona acompañante a su país de origen.

5.18 Otras condiciones aplicables a la cobertura de envío de medicamentos necesarios si no están disponibles en el país de destino

5.18.1 Si, durante su estancia en el extranjero, no le es posible encontrar medicamentos que le hubieran sido recetados por su médico antes de la salida de su país y fueran esenciales para su estado de salud, la Aseguradora se encargará de buscar dichos medicamentos y se hará cargo de los gastos de envío hasta el lugar en que usted se encuentre.

5.18.2 En cualquier caso, el coste de los medicamentos recetados y su despacho por aduanas seguirá siendo responsabilidad del Asegurado.

5.18.3 La Aseguradora se encargará de adelantar el coste de los medicamentos y del despacho de aduana si usted o un tercero deposita una fianza.

5.19 Otras condiciones aplicables a la cobertura de envío de un médico insitu en el extranjero.

5.19.1 Si las circunstancias lo requiriesen, el Servicio de Asistencia podrá decidir enviar a un médico al lugar en que se encuentre el Asegurado con el fin de determinar qué debe hacerse para su repatriación.

5.20 Otras condiciones aplicables a la cobertura de regreso de urgencia al país de origen

5.20.1 En caso de fallecimiento accidental, accidente con riesgo para su vida o enfermedad con riesgo para la vida de un familiar del Asegurado en su país de origen tras su llegada al país de destino y en caso de no poder utilizar el billete de vuelta inicialmente obtenido a su país de origen, la Aseguradora se encargará de la organización y los costes del viaje ida y vuelta a su país de origen, en clase económica.

5.20.2 Esta cobertura debe ser aprobada por el Servicio de Asistencia. Si no utiliza el Servicio de Asistencia para la obtención de estos servicios no tendrá derecho a recibir las prestaciones correspondientes.

5.21 Reembolso de gastos médicos en el país de origen después de la repatriación organizada por nuestro Servicio de Asistencia:

5.21.1 Esta cobertura del seguro tiene una vigencia máxima de 30 días desde la repatriación al país de origen, siempre que esa repatriación haya sido organizada por nuestro Servicio de Asistencia y el tratamiento médico continúe en el país de origen, pero su coste no estuviera cubierto íntegramente por el seguro sanitario obligatorio, el sistema de la Seguridad Social o el sistema de salud de su país de origen o de cualquier seguro médico particular del que usted fuera beneficiario.

6 Cobertura por fallecimiento & invalidez por accidente

- 6.1 En caso de que una lesión accidental produzca la pérdida de un miembro, órgano o función, tal como se especifica en la tabla siguiente, esta Póliza pagará una indemnización cuya cuantía será igual a un porcentaje de la Suma Asegurada (que consta en la Tabla de Prestaciones, en la sección de Fallecimiento accidental y pérdida anatómica y funcional por accidente), con sujeción a las condiciones y exclusiones que se establezcan en esta Póliza. Si un tercero fuera responsable de la pérdida que sufra el Asegurado, la Aseguradora pagará la indemnización al Asegurado y se reserva el derecho a ejercer todos sus derechos de subrogación.

Descripción de la pérdida	Porcentaje de la Suma Asegurada
Pérdida de la capacidad de habla y audición	100%
Pérdida del habla y de una mano, pérdida de un pie o pérdida de la visión de un ojo	100%
Pérdida de audición y pérdida de una mano, pérdida de un pie o pérdida de la visión de un ojo	100%
Pérdida de ambas manos, pérdida de ambos pies, pérdida de la visión o combinación de dos cualesquiera de pérdida de mano, de pie o de visión de un ojo	100%
Cuadriplejía	100%
Paraplejía	75%
Hemiplejía	50 %
Pérdida de mano, pérdida de pie o pérdida de visión de un ojo (uno cualquiera de cada supuesto)	50%
Monoplejía	25%
Pérdida de pulgar y de dedo índice de la misma mano	25%

En caso de que se produjera un accidente durante la vigencia de su seguro y, como consecuencia de los daños sufridos, el Asegurado falleciese dentro de los 24 meses siguientes al accidente y no hubiese reclamado ninguna de las indemnizaciones descritas en la tabla anterior, la Aseguradora pagará a sus herederos legales 15.000 euros.

6.2 No acumulativas

La cobertura por fallecimiento y la cobertura por pérdida anatómica y funcional constituyen una misma y única cobertura: la de accidente personal. Por ello, en caso de fallecimiento posterior al accidente después de la declaración de cualquier pérdida anatómica o funcional consecuencia de ese mismo accidente, la indemnización que pague la Aseguradora por la pérdida se deducirá de la que deba pagarse posteriormente en caso de fallecimiento.

6.3 Compromiso máximo: límite de cobertura por siniestro

En caso de que se acepte dar cobertura a favor de varios Asegurados que sean víctimas del mismo siniestro, la Aseguradora se hará cargo hasta un límite máximo de 2.500.000 euros por el conjunto de todas las indemnizaciones que esté obligado a pagar por la cobertura de fallecimiento y pérdida anatómica y funcional. Si el importe de las indemnizaciones calculadas de acuerdo con el apartado 5.21.1 con respecto a todas las

personas aseguradas afectadas por el mismo siniestro fuera superior al equivalente de 2.500.000 euros, todas las indemnizaciones se reducirán en un porcentaje igual, a fin de que el total resultante de esas indemnizaciones no supere el equivalente de 2.500.000 euros.

7 Asistencia en viaje

7.1 Asistencia en caso de pérdida o sustracción de documentación en el extranjero

7.1.1 En caso de pérdida o sustracción de sus documentos personales, la Aseguradora puede proporcionarle información sobre los siguientes aspectos:

- a. Procedimiento de cancelación y de los números de teléfono de los servicios de cancelación de las distintas tarjetas que posea;
- b. Denuncias de pérdida o sustracción (dónde realizar las denuncias);
- c. Asistencia para la renovación (dónde ir, documentos que se deben proporcionar, direcciones, plazos de obtención, etc.).

7.1.2 La Aseguradora también puede proporcionar al Asegurado con un anticipo de efectivo para que pueda realizar compras de primera necesidad hasta los límites indicados en la Tabla de Prestaciones.

7.2 Reembolso de los gastos de reposición de documentación personal

7.2.1 Sus documentos de identidad, permiso de conducir, pasaportes, tarjetas o títulos de transporte local y urbano de uso local solo se reembolsarán en caso de Agresión o Sustracción. Los gastos de reexpedición de documentos de identidad, pasaportes y permisos de conducir, tarjetas o títulos de transporte local y urbano se reembolsarán, previa presentación de la declaración de robo y de la denuncia ante las autoridades locales, que deberán acompañarse de la factura pagada del coste de reexpedición, hasta los límites indicados en la Tabla de Prestaciones.

7.3 Transmisión de mensajes urgentes

7.3.1 Si le resulta físicamente imposible transmitir un mensaje urgente, y siempre y cuando lo solicite, la Aseguradora puede encargarse de transmitir cualquier mensaje a sus familiares o allegados y viceversa.

7.4 Asistencia jurídica en el extranjero

7.4.1 Si es objeto de un procedimiento judicial a raíz de una infracción involuntaria de la legislación local ocurrida fuera de su país de origen y que haya tenido lugar en el ámbito privado, es decir, por actos no relacionados con el ejercicio de una actividad profesional, la Aseguradora se compromete a aplicar las siguientes prestaciones en su beneficio:

7.4.2 Adelanto de fianza penal

Adelantaremos, previa presentación de un depósito de garantía o la firma de un reconocimiento de deuda, la posible fianza penal que pueda ser exigida por las autoridades judiciales locales para su puesta en libertad o para permitirle evitar su encarcelación, hasta los límites indicados en la Tabla de Prestaciones. Este anticipo se entregará directamente a la autoridad judicial local o a cualquier órgano o persona que esta designe. El Asegurado estará obligado:

- a. a designarnos directamente como destinatarios de los fondos en caso de reembolso de la fianza acordada por la autoridad judicial y, en caso de reembolso enviado directamente al Asegurado, a devolvernos inmediatamente el importe reembolsado;
- b. a reembolsar los fondos adelantados en los treinta (30) días siguientes a la fecha en que la resolución judicial adquiera fuerza ejecutiva;
- c. en cualquier caso, a reembolsarnos en un plazo de sesenta (60) días a contar desde la fecha de abono.

- 7.4.3 Gastos de representación legal
La Aseguradora se hará cargo de los gastos de representación legal hasta los límites indicados en la Tabla de Prestaciones.

7.5 Gastos de búsqueda y rescate

- 7.5.1. De ser necesarios, el Seguro cubrirá el reembolso de los gastos de búsqueda y rescate que se produzcan para localizar y evacuar al Asegurado al centro de acogida más cercano, por parte de empresas debidamente autorizadas y provistas de los medios necesarios.
- 7.5.2. Podemos anticipar dichos gastos en su nombre, hasta los límites indicados en la Tabla de Prestaciones.
- 7.5.3. La cobertura entra en vigor en la fecha de salida de su Viaje y finaliza automáticamente en la fecha de regreso de su Viaje.
- 7.5.4. Las siguientes exclusiones se aplican además de las Exclusiones Generales:
- Los gastos de búsqueda y rescate resultantes de la inobservancia de las normas de prudencia establecidas por los explotadores del emplazamiento y/o de las disposiciones reglamentarias que rigen la actividad que practique el Asegurado.
 - Los gastos de búsqueda y rescate originados por la práctica de un deporte profesional, la participación en una expedición o una competición.

7.6 Retraso en el medio de transporte

- 7.6.1 La Aseguradora cubrirá por cada hora de demora por persona y por viaje de Ida hasta la cantidad indicada en la Tabla de Prestaciones los gastos de comidas y bebidas incurridos en la terminal de salida o estación, y de alojamiento en el hotel si la salida de los medios de transporte público programados para los que tenga reserva tienen un retraso de al menos 24 horas en la hora de llegada programada, debido a una avería mecánica o técnica. de los medios de transporte público programados reservados por el Asegurado para su Viaje.
- 7.6.2 Esta cobertura se aplica previo cumplimiento de las formalidades de confirmación del vuelo en el plazo de tiempo requerido por el Operador Turístico. En caso de desacuerdo,
- Para los Vuelos Regulares, nos remitiremos a la “Guía Oficial de las Aerolíneas” para determinar las horas del vuelo y de conexión.
 - Para vuelos chárter, billetes de tren o viajes en barco, las horas de salida, conexiones y destinos son los que se muestran en el billete del Asegurado.

7.7 Las siguientes exclusiones se aplican además de las Exclusiones Generales:

- Cualquier retraso en el trayecto de vuelta;
- Todos los costes o gastos que cualquier transportista o proveedor de servicios deba reembolsarle, le haya reembolsado o le vaya a reembolsar, así como todas las sumas pagadas a modo de resarcimiento por el operador turístico o proveedor de servicios;
- Cualquier retraso debido a la retirada temporal o permanente de una aeronave, que haya sido ordenada:
 - Por las autoridades aeroportuarias,
 - Por las autoridades de aviación civil,
 - Por un organismo similar;
- Cualquier retraso anunciado más de 24 horas antes de la fecha de salida;
- Cualquier denegación de embarque por overbooking;
- Cualquier pérdida del vuelo cuya reserva del Asegurado estuviera confirmada, independientemente del motivo;
- Cualquier acontecimiento por el cual el operador turístico pudiera ser considerado responsable en aplicación de la Orden 2017-1717;
- Las reclamaciones de indemnización cuando el Asegurado no haya cumplido las condiciones contractuales de la agencia de viajes, el operador turístico o el transportista;

- i. Las reclamaciones de indemnización cuando no haya obtenido declaración por escrito de los transportistas (o sus agentes) que acredite la duración y el motivo del retraso;
- j. Una huelga o conflicto social o un retraso en el control del tráfico aéreo en curso o anunciado antes de la fecha en la que usted hizo sus preparativos de viaje y/o antes de la fecha en la que el Asegurado suscribió esta póliza;
- k. Cese de servicio (temporal o no) de una aeronave o navío por recomendación de la autoridad aeronáutica, una autoridad portuaria o cualquier otro organismo similar en cualquier país;
- l. Vuelos chárter privados.

8 Seguro de equipaje

8.1 Seguro de equipaje y efectos personales durante el viaje

- 8.1.1 Si sus efectos personales se dañan o pierden exclusivamente por sustracción, robo, agresión, accidente de tráfico, o si la empresa transportista los maltrata durante su viaje a o desde su país de destino, tendrá derecho a su reembolso hasta el límite indicado en el apartado 4 de la Tabla de Prestaciones, y con sujeción a las condiciones y exclusiones especificadas en esta Póliza.
- 8.1.2 Cuando el deterioro o pérdida de equipaje se deba al maltrato de la empresa transportista, la Aseguradora interviene a título secundario. La cobertura principal la presta la empresa transportista. La reclamación se deberá hacer inmediatamente ante la empresa transportista. La cantidad no reembolsada por la empresa transportista podrá ser reclamada a la Aseguradora. Si la empresa transportista deniega su reclamación basándose en el hecho de que el Asegurado no presentó una reclamación o que la reclamación no se haya presentado dentro de plazo, también denegaremos su reclamación ya que intervenimos a título secundario con respecto a la empresa transportista.
- 8.1.3 El reembolso contemplado en este apartado se ofrece por:
- a. La pérdida o deterioro de Equipaje u objetos de valor y de valor especial que se han facturado correctamente o confiado al transportista o al operador turístico en transportes o traslados organizados.
 - b. Robo del equipaje u objetos de valor y de valor especial de un vehículo cerrado con llave forzando la cerradura entre las 7.00 y las 21.00 (hora local).
 - c. En caso de sustracción, la cobertura será de aplicación siempre y cuando el equipaje y los objetos de valor y de valor especial estén bajo su supervisión directa, en su habitación o colocados en consigna privada.
 - d. Los objetos de valor especial solo están cubiertos por sustracción y solo cuando los lleva con usted o se colocan en una caja fuerte en su habitación o en la caja fuerte del hotel.

La cantidad de reembolso de costes de los objetos de valor y de valor especial será el valor en el momento de la compra con una deducción correspondiente a la depreciación según los años que tiene el objeto y está sujeto a los límites indicados en la Tabla de Prestaciones. Consulte el Anexo 1 de la Tabla de Depreciación, teniendo en cuenta que:

- a. Si el objeto se puede reparar a un coste inferior, solo cubriremos los gastos de reparación.
 - b. El valor original (de compra) de un objeto se debe justificar con documentos como ser un recibo o un extracto bancario/de tarjeta de crédito o un certificado de garantía. La no presentación de documentación que justifique el valor original podría invalidar su reclamación y esta se podría denegar.
- 8.1.4 Sus obligaciones en el caso de que se pierda, se robe o se deteriore el equipaje son:
- a. Si el equipaje se pierde, roba o daña durante la manipulación por parte de un operario, empresa transportista, autoridad u hotel, el Asegurado deberá dirigirse a ellos por escrito indicando los detalles del incidente.
 - b. Si el equipaje se pierde, roba o daña durante la custodia de una aerolínea, deberá:
 - obtener un Parte de Irregularidad de Equipaje (PIR) de la aerolínea,

- reclamar por escrito a la aerolínea dentro de los plazos que los agentes transportistas establezcan (conservando una copia),
 - conservar todos los billetes y etiquetas de facturación para reclamar la correspondiente indemnización.
- c. Debe presentar un recibo original o prueba de propiedad de los objetos para acreditar su reclamación. Si no se cumplen los requisitos que anteceden, se podrá denegar su reclamación o el reembolso se podrá reducir.
- 8.1.5 En caso de recuperación de la totalidad o parte de objetos extraviados o sustraídos, deberá avisarnos de ello de inmediato. Si la recuperación de los objetos tiene lugar:
- a. Antes del pago de la indemnización, deberá retomar posesión de dichos objetos. Solo estamos obligados al pago de una indemnización correspondiente al deterioro que hayan podido sufrir y a los gastos que usted haya sufragado, con nuestro consentimiento para la recuperación de dichos objetos.
 - b. Tras el pago de la indemnización, el Asegurado dispondrá, desde la fecha de recuperación, de un plazo de treinta días para optar por tomar posesión o renunciar a la totalidad o parte de los objetos recuperados. Pasado dicho plazo, los bienes pasarán a ser de nuestra propiedad.
- 8.1.6 En caso de tomar posesión de ellos, se revisará el pago computando los bienes de los que tome posesión según su valor el día de la recuperación y, si procede, el Asegurado tendrá la obligación de devolver la parte sobrante de indemnización que haya percibido.
- 8.1.7 En cuanto sepa que el bien extraviado o sustraído obra en poder de una persona, debe avisarnos en un plazo de ocho días.

8.2 Exclusiones específicas en el seguro de equipaje perdido, robado o deteriorado

Las siguientes exclusiones se aplican además de las Exclusiones Generales (Apartado 10):

- a. dinero en efectivo, papel moneda, títulos y valores de cualquier clase, títulos de transporte, documentos, documentación comercial, tarjetas magnéticas, tarjetas de crédito;
- b. llaves, excepto las de su domicilio en el país de origen o de la casa de la familia de acogida;
- c. perfumes, productos perecederos, encendedores, bolígrafos, cigarrillos, puros, vinos, alcoholes y licores y, en general, productos alimenticios;
- d. medicamentos;
- e. prótesis de toda clase, prótesis dentales, gafas y lentes de contacto, y material médico, salvo si se deterioran con ocasión de un accidente grave que cause lesiones físicas;
- f. radios de vehículos;
- g. cuadros, objetos de arte y de fabricación artesanal, antigüedades e instrumentos musicales;
- h. discos compactos, videojuegos y sus accesorios;
- i. sustracciones y destrucciones de equipajes ocurridas en su país de origen;
- j. sustracciones cometidas sin fuerza en cualquier vivienda que no esté cerrada, cubierta y con llave;
- k. sustracciones de toda clase o deterioros en acampadas, hangares, embarcaciones de recreo de uso privado, o caravanas y remolques;
- l. equipajes sustraídos o destruidos que se han dejado desatendidos en un lugar público o en un local al que múltiples ocupantes pueden entrar;
- m. bienes encomendados a terceros o que estén a cargo de terceros, tales como depositarios; no obstante, no se considerarán bienes encomendados a terceros los equipajes entregados a un transportista o encomendados a un operador turístico o a un hotel;
- n. Objetos olvidados, extraviados (salvo por una empresa transportista) o intercambiados;
- o. destrucciones debidas a un defecto propio, desgaste anormal o natural, o daños causados por roedores, insectos o parásitos;
- p. deterioro debido a la influencia de la temperatura o la luz o resultante del derramamiento de líquidos, materias grasas, colorantes, corrosivas, inflamables o explosivas que formen parte del contenido del equipaje asegurado;
- q. deterioro resultante de roces, arañazos, desgarros o manchas;

- r. deterioro de objetos frágiles tales como cristalería, cristales, porcelana, terracota, estatuas, cerámica, vidrio, alabastro, ceras, gres, mármol y cualesquiera enseres similares, a menos que resulte de una sustracción o intento de sustracción;
- s. embargo, incautación, confiscación, decomiso, destrucción o secuestro ordenados por cualquier autoridad pública.

8.3 Seguro de equipaje y efectos personales durante el viaje o estancia en el domicilio de la familia anfitriona

Si sus efectos personales se dañan o se pierden por sustracción, robo, agresión, o accidente de tráfico durante su estancia en la residencia o propiedad de la familia anfitriona, la Aseguradora se encargará de su reembolso hasta el límite indicado en el apartado 4 de la Tabla de Prestaciones, y con sujeción a las condiciones y exclusiones especificadas en esta Póliza:

- 8.3.1 La garantía se abonará si el Seguro de hogar o de vehículo de la familia de acogida tiene una franquicia o si sus pertenencias no están cubiertas por dicho seguro.
- 8.3.2 Si usted ya ha iniciado el viaje o se aloja en una residencia en el campus u hotel, solo se reembolsará el daño causado por fuego o agua, debido a que el seguro primario por robo lo ofrece el hotel o las instalaciones de la residencia.
- 8.3.3 En caso de robo, deberá denunciar la Pérdida inmediatamente a la policía, empresa transportista, hotel, etc.
- 8.3.4 Deberá presentar copia de la denuncia al Servicio de Asistencia junto con su solicitud de reembolso. El Servicio de Asistencia aceptará solo la denuncia oficial de robo/pérdida o denuncia policial. Deberá presentar una denuncia detallada ante la policía. Este requisito es obligatorio para poder tramitar su reclamación. Al presentar una reclamación de un bien, deberá también proporcionar una descripción detallada del bien junto con la fecha de compra y el valor. Se requieren recibos, facturas u otro justificante del valor. Los bienes robados o dañados se valorarán teniendo en cuenta la disminución del valor al momento de la Pérdida. Consulte la Tabla de Depreciación en el Anexo 1.
- 8.3.5 Solo en caso de agresión o robo se reembolsarán los gastos incurridos para la obtención de los documentos de identidad, permiso de conducir o pasaportes.
- 8.3.6 Deberá presentar su reclamación ante el Servicio de Asistencia en un plazo de 5 días a partir de la pérdida/robo/deterioro de su bien.
- 8.3.7 Bienes excluidos de la cobertura de seguro:
Instrumentos musicales, bicicletas, armas y equipos de caza (aunque sea prestado), bienes perdidos o abandonados, gafas, lentes de contacto, miembros artificiales/prótesis, medios de pago (cheque, tarjeta de crédito, monedas, divisas), sellos, manuscritos, entradas para conciertos, documentos legales/profesionales, billetes de transporte, llaves, móviles, animales, vehículos de motor, barcos.
- 8.3.8 No se cubre lo siguiente:
 - a. si las joyas se pierden durante la práctica de deportes o no se llevan puestas.
 - b. si el robo se produce en recintos no cerrados con llave.
 - c. si se deja el bien durante cualquier periodo de tiempo en un vehículo descapotable, una tienda de campaña o en un remolque.
 - d. si el bien está visible en el interior de cualquier vehículo.
 - e. si se deja el bien desde las 21.00 hasta las 7.00 en cualquier vehículo.
 - f. si el vehículo no ha sido forzado.
 - g. por el desgaste natural o debido a influencias meteorológicas.
 - h. por daños causados por polillas y roedores.
 - i. por daños debido a un embalaje inapropiado.
 - j. por bienes confiscados por cualquier autoridad.
 - k. por pérdida de documentos de identidad, permisos de conducción, o pasaportes (salvo que sea víctima de una agresión o robo) o pérdida de billetes de transporte local.
 - l. por daños ocasionados por líquidos transportados.

- m. por daños ocasionados por una caída accidental.
- n. debido a la negligencia del asegurado incluyendo, sin limitación, bolsas desatendidas en zonas públicas (por ejemplo, recintos donde puedan tener acceso otras personas además de usted).

8.4 Demora en la entrega del equipaje

- 8.4.1 Bajo esta póliza, la Aseguradora indemnizará **hasta el máximo fijado en la Tabla de Prestaciones** por todos los **Asegurados** que viajen juntos, por los gastos de sustitución de ropa de urgencia, medicamentos y artículos de aseo si el **Equipaje** facturado se ha extraviado temporalmente durante el tránsito del **Viaje de Ida** y no le ha sido entregado en el plazo de 24 horas desde su llegada, siempre y cuando se obtenga una declaración por escrito de la aerolínea informando del número de horas que el **Equipaje** se ha demorado.
- 8.4.2 Si la pérdida es permanente, la cantidad se deducirá del importe final a abonar de acuerdo con el apartado Seguro de equipaje perdido, robado o dañado.
- 8.4.3 Deberá obtener un certificado por escrito del transportista (por ejemplo, la aerolínea) confirmando el número de horas que se **Equipaje** se ha demorado. El Asegurado deberá:
 - a. obtener un Parte de Irregularidad de Equipaje (PIR) de la aerolínea o sus agentes,
 - b. enviar la declaración del incidente a la aerolínea por correo en el plazo mencionado por el transportista conservando una copia,
 - c. conservar todos los títulos de transporte y etiquetas de facturación para reclamar una indemnización;
 - d. mantener en lugar seguro las facturas originales de sus compras de urgencia, el gasto que enviará para reembolso.

Si no se cumplen los requisitos que anteceden, se podrá denegar su reclamación o el reembolso se podrá reducir.

- 8.4.4 Todas las cantidades solo son válidas para gastos reales con un recibo que excedan de la indemnización abonada por el transportista.
- 8.4.5 Las cantidades que figuran en la Tabla de Prestaciones corresponden al total de cada retraso, independientemente del número de Asegurados que viajen juntos.
- 8.4.6 Las siguientes exclusiones específicas para el seguro de demora en la entrega del equipaje son de aplicación además de las Exclusiones Generales (Apartado 10):
 - a. Reclamaciones no relacionadas con su Viaje de Ida.
 - b. Solicitudes de indemnización por demora, incautación o decomisado ordenadas por aduanas u otra autoridad.
 - c. Reclamaciones por demora del equipaje enviados como flete o conocimiento de embarque.
 - d. Los costes o gastos que cualquier transportista o proveedor de servicios deba reembolsarle, le haya reembolsado o le vaya a reembolsar, conforme a un sistema de indemnización que es contractual o está definido por las normas.
 - e. Reembolso de los objetos comprados después de la devolución de su equipaje.
 - f. Reclamaciones de reembolso de gastos no justificados mediante facturas detalladas.
 - g. Reclamaciones en las que no tenga un certificado por escrito del transportista (o sus agentes), confirmando el número de horas que su equipaje se demoró y cuándo se le entregó.
 - h. Compras realizadas más de 4 días después de la llegada real al destino.

9 Responsabilidad civil privada y gastos judiciales

Esta cobertura únicamente será de aplicación si el Asegurado no estuviera cubierto por ningún seguro de responsabilidad civil contratado con otra entidad.

9.1 Hecho asegurado

Este seguro tiene efecto únicamente en el país de destino. La Aseguradora se hará cargo, hasta el límite indicado en la Sección 5 de la Tabla de Prestaciones, de las indemnizaciones que el Asegurado esté obligado legalmente

a satisfacer de acuerdo con la legislación del país de destino en caso de daños corporales, daños materiales o pérdidas económicas que el Asegurado cause a terceros en el curso de su vida privada o que causen las personas de las que sea responsable o las cosas o animales que estén bajo su custodia, así como de daños materiales causados a un objeto que le hubiera confiado su familia de acogida durante su estancia o por la práctica por el Asegurado de un deporte peligroso (se adjunta como Anexo 2 una lista de deportes peligrosos), siempre y cuando el hecho que diera lugar al daño se produjera durante el viaje y estando este seguro en vigor.

9.1.1 Obligación del Asegurado en caso de producirse un hecho asegurado

El Asegurado solo podrá admitir o llegar a un acuerdo sobre los daños de acuerdo con nuestro consentimiento preliminar por escrito (consentimiento de la Aseguradora o del Servicio de Asistencia con autorización de la Aseguradora).

- a. El Asegurado está obligado a informar de todos y cada uno de los daños causados a las autoridades competentes (por ejemplo, policía o departamento de bomberos), si las circunstancias en las que se produjeron los daños son susceptibles de haber constituido un acto delictivo. El Asegurado también está obligado a proporcionar declaraciones de testigos, orales y por escrito (con indicación de su nombre y apellido, dirección y descripción del caso) para su incorporación en el informe oficial que elaboren las autoridades competentes.
- b. El Asegurado está obligado a enviarnos la copia del informe oficial realizado por las autoridades competentes en cuanto las circunstancias lo permitan.
- c. El Asegurado está obligado a tratar con nosotros la designación de cualquier servicio jurídico, seguir nuestras instrucciones y respetar nuestra decisión de designar a un abogado para la representación de sus intereses.
- d. El Asegurado está obligado a proporcionarnos inmediatamente toda la información y documentos necesarios relacionados con el acaecimiento del hecho asegurado (por ejemplo, informe policial, nombre y dirección de las personas lesionadas o los testigos y sus declaraciones por escrito, prueba de la cuantía de los daños ocasionados) que nosotros solicitemos.

9.1.2 Reembolso

- a. En caso de producirse un hecho asegurado, nos haremos cargo del pago de la indemnización hasta el límite indicado en la Tabla de Prestaciones.
- b. La cuantía de la indemnización está limitada por la extensión de los daños por los que se exija responsabilidad al Asegurado frente al perjudicado.
- c. La cuantía de los daños se deberá acreditar debidamente a la Aseguradora.

9.2 Gastos judiciales y de defensa legal en el extranjero

Con sujeción a nuestro consentimiento previo, nos haremos cargo del pago de los gastos derivados de las causas judiciales que se produzcan en el país de destino, con el fin de organizar la defensa o los recursos del Asegurado, incluidos gastos de investigación, gastos de informes policiales, informes del depositario judicial, honorarios de peritos o profesionales técnicos, honorarios de abogado y costes no sujetos a tributación. **Están excluidas las sanciones o multas que se impongan al Asegurado.**

Para defensa: los gastos ocasionados por procedimientos judiciales para defensa del Asegurado cuando el Asegurado sea objeto de un procedimiento iniciado por un tercero ante tribunales penales como consecuencia de un delito cometido en relación con un evento cubierto por la garantía de responsabilidad civil privada en el extranjero.

Para recursos: los gastos ocasionados por procedimientos judiciales en los que el Asegurado pretenda ejercer un derecho de recurso con un tercero cuando el Asegurado haya sufrido daños, siempre que los daños estén cubiertos por otras secciones de esta Póliza.

9.2.1 Gastos judiciales específicos. Procedimiento en el extranjero

Si se interpusiera un procedimiento judicial contra el Asegurado, este nos deberá otorgar los poderes más amplios para la defensa del procedimiento y el ejercicio, en su caso, del derecho de recurso ante los tribunales civiles pertinentes o bien unirse a nosotros en nuestra defensa y nuestro ejercicio de recurso en cuanto a intereses civiles ante los tribunales penales pertinentes. El Asegurado deberá remitirnos, cuando lo solicitemos,

la notificación de emplazamiento o cualquier escrito o documento extrajudicial y procesal que se envíe o se dé traslado al Asegurado.

Si el Asegurado no cumpliera estas obligaciones, abonaremos la indemnización a las partes perjudicadas o sus sucesores, pero nos reservamos el derecho a proceder judicialmente contra el Asegurado para recuperar las cantidades en exceso pagadas a los terceros como resultado de la falta de cooperación del Asegurado.

9.2.2 Acuerdo extrajudicial en caso de discrepancia con respecto a la cobertura de gastos judiciales en el extranjero

En caso de discrepancia sobre el fundamento de los derechos del Asegurado o sobre las medidas que se vayan a adoptar para la resolución del litigio, las partes pueden decidir de mutuo acuerdo designar a un mediador o, si no llegaran a un acuerdo, someter la designación al tribunal competente en el domicilio de la víctima. Los gastos que se ocasionen serán abonados por nosotros, salvo que el tribunal decida otra cosa.

Si, en contra de nuestra opinión o, en su caso, de la opinión del mediador, el Asegurado decide iniciar un procedimiento judicial y obtener una solución más favorable que la propuesta inicialmente por nosotros o por el mediador, nosotros nos haremos cargo de los gastos del procedimiento judicial sumados a otros gastos legales cubiertos **hasta el límite indicado en la Tabla de Prestaciones.**

9.3 Acuerdo extrajudicial y admisión de responsabilidad

No podrá presentarse ninguna reclamación contra nosotros basada en una admisión de responsabilidad o un acuerdo extrajudicial que se hayan realizado sin nuestro consentimiento previo. De igual modo, admitir la gravedad de un hecho o el cumplimiento del simple deber de asistencia no podrá considerarse admisión de responsabilidad.

9.4 Presentar una reclamación

El Asegurado podrá presentar una reclamación al Servicio de Asistencia **dentro de los diez (10) días hábiles siguientes** a la fecha en que tenga conocimiento del evento que diera origen a la reclamación.

9.5 Exclusiones específicas del seguro de responsabilidad civil y gastos judiciales

Las siguientes exclusiones serán de aplicación además de las Exclusiones Generales (Apartado 8):

- a. daños causados a los familiares del Asegurado o a personas empleadas por el Asegurado, con o sin contrato;
- b. daños causados por las obligaciones profesionales del Asegurado o en el desempeño de obligaciones profesionales por personas empleadas por el Asegurado;
- c. daños causados a animales u objetos pertenecientes al Asegurado o que se le hubieran confiado o prestado;
- d. daños resultantes de sustracción, desaparición o apropiación indebida;
- e. daños resultantes de una violación de la confianza, calumnia o difamación;
- f. daños causados por la posesión o utilización de medios de transporte, aeronaves o embarcaciones;
- g. daños resultantes de actividades de caza, todos los deportes mecánicos (vehículos de motor, motocicletas y, en general, cualquier vehículo terrestre autopropulsado) y todos los deportes aéreos;
- h. accidentes causados por la práctica de los siguientes deportes: *bobsleigh*, escalada, *skeleton* (trineo), montañismo, descenso sobre *luge*;
- i. daños causados a terceros como resultado de la organización, preparación o participación en una competición organizada en representación de una federación deportiva, sujeta a autorización administrativa o con obligación legal de cobertura de seguro;
- j. daños causados durante la actividad profesional del Asegurado o cualquier otra actividad remunerada de este o durante su participación en una actividad organizada por una institución o una comunidad local;
- k. daños resultantes de la responsabilidad del Asegurado como autor de delitos cometidos bajo el efecto de las drogas, en estado de ebriedad o de intoxicación alcohólica o como resultado de su participación en una apuesta, desafío o pelea;
- l. daños a segundas residencias o a campos de deportes o de juego de los que el Asegurado sea copropietario o arrendatario temporal;

- m. los costes de reparación o sustitución de tuberías, válvulas y accesorios incorporados en sistemas de suministro de agua y de calefacción, cuando sean la causa del daño;
- n. daños causados al medio ambiente (por ejemplo, por contaminación de agua, suelo, aire, daños a la flora o la fauna, etc.);
- o. daños causados a cosas que hayan sido alquiladas, arrendadas o puestas bajo custodia;
- p. daños causados a otra persona, sea o no por negligencia, introduciendo o esparciendo una enfermedad infecciosa humana o animal, o una enfermedad de origen vegetal;
- q. daños causados por vulneración de derechos personales o derechos de propiedad intelectual o industrial relacionados con marcas, diseños, nombres comerciales o patentes;
- r. indemnización por daños morales o daños causados al prestigio de una entidad.

Por último, pérdidas en Irán, Cuba, Corea del Norte, Siria, Venezuela, Bielorrusia, Rusia y Ucrania.

10 Exclusiones

Salvo que se estipule otra cosa en el Certificado de Seguro Individual o en cualquier otra parte del contrato de seguro, no se pagará ninguna prestación como resultado de o en relación con cualquiera de los supuestos siguientes:

- 1. Enfermedades o patologías preexistentes.
- 2. Lesión o episodio agudo de una enfermedad que no se presente al Servicio de Asistencia para su cobro en un plazo de sesenta (60) días desde la administración del tratamiento.
- 3. Gastos de tratamiento que no sea necesario según criterio médico.
- 4. Servicios prestados sin ningún coste para el Asegurado.
- 5. Tratamiento que exceda de la cuantía de gastos razonables y habituales.
- 6. Gastos por cirugía o tratamientos que tengan carácter experimental o de investigación o se realicen con fines de estudio.

A los efectos de esta Exclusión, se entiende por experimental o de investigación cualquier medicamento, aparato o procedimiento médico o tratamiento si:

- a. El medicamento o el aparato no puede ser comercializado legalmente sin la aprobación del regulador local del país de acogida, y no han recibido la aprobación para su comercialización en el momento de ser suministrado, o bien tiene la aprobación del regulador local del país de acogida, pero no existe evidencia de su eficacia para el uso propuesto en estudios realizados expertos en revistas médicas publicadas en Estados Unidos.
- b. El documento de consentimiento informado utilizado con el medicamento, el aparato, el procedimiento médico o el tratamiento indica que forma parte de un ensayo clínico, una fase experimental o una fase de investigación o si ese documento se requiere legalmente.
- c. El medicamento, el aparato, el procedimiento médico o el tratamiento o el documento de consentimiento informado utilizado con cualquiera de ellos ha sido revisado y aprobado por el comité de estudio y revisión de la entidad que administra el tratamiento o cualquier otro órgano con una función similar o si la legislación estatal o federal requiere la realización de esa revisión y aprobación.
- d. Existen pruebas fiables de que el medicamento, el aparato, el procedimiento médico o el tratamiento es objeto de ensayos clínicos en curso en Fase I o Fase II, forma parte de un grupo que participa en un proceso de investigación, estudio experimental o estudio de ensayos clínicos en Fase III o está en estudio para determinar la dosis máxima tolerada, su toxicidad, su seguridad, su eficacia o su eficacia comparada con un medio ordinario de tratamiento o diagnóstico.
- e. Existen pruebas fiables de que la opinión predominante entre expertos en relación con el medicamento, el aparato, el procedimiento médico o el tratamiento es que es necesario seguir realizando estudios o ensayos clínicos para determinar la dosis máxima tolerada, su toxicidad, su seguridad, su eficacia o su eficacia comparada con un medio ordinario de tratamiento o diagnóstico.

A los efectos de esta definición, por “pruebas fiables” se entienden informes y artículos publicados en revistas médicas y científicas de prestigio; protocolos escritos por el centro que administra el tratamiento para el estudio de esencialmente el mismo medicamento, aparato, procedimiento médico o tratamiento; o el consentimiento informado por escrito utilizado por el centro u otra entidad para estudiar esencialmente el mismo medicamento, aparato, procedimiento médico o tratamiento.

El Servicio de Asistencia decidirá si el medicamento, el aparato o el procedimiento médico es experimental o de investigación según los criterios precedentes. La Aseguradora tomará la decisión final de si un servicio o un suministro es experimental o de investigación.

7. Servicios, suministros o tratamiento, incluido cualquier periodo de hospitalización, que no haya sido recomendados, aprobados y certificados como necesarios y razonables según criterio médico.
8. Suicidio o intento de suicidio, actos de autodestrucción, autolesiones o la tentativa de cualquiera de estos actos, esté o no sujeto a enajenación mental (puede variar según el estado en el que resida el Asegurado).
9. Guerra, terrorismo, hostilidades u operaciones bélicas similares (haya o no declaración de guerra), invasión, acto de un enemigo que no sea de la nacionalidad del Asegurado o del país en que tenga lugar, guerra civil, motín, rebelión, insurrección, revolución, derrocamiento del gobierno legalmente constituido, desórdenes sociales que alcancen proporción o naturaleza de levantamiento, por fuerzas militares u otras para la usurpación del poder, explosiones de armamento militar, utilización de armas nucleares, químicas o biológicas de destrucción masiva, cualquiera que sea la forma en que se distribuyan o combinen, asesinato o agresión que posteriormente se demuestre más allá de una duda razonable que ha sido obra de agentes de un estado extranjero, se haya declarado o no la guerra con ese estado. También están excluidos los daños o gastos de cualquier naturaleza que se produzcan, directa o indirectamente, a los que haya contribuido, sean causados por o resultado de o relacionados con cualquier actuación que se realice para controlar, impedir o suprimir cualquiera de las situaciones descritas en este apartado. En el supuesto de que cualquier parte de esta exclusión no sea válida o aplicable, esa parte se considerará suprimida y el resto seguirá estando en vigor.

A los efectos de esta Exclusión:

- a. Utilización de armas nucleares de destrucción masiva significa el uso de cualquier explosivo nuclear, arma o dispositivo o la emisión, vertido, dispersión, fuga o escape de material fisible que emita un nivel de radiactividad capaz de causar daños incapacitantes o la muerte a personas o animales.
 - b. Utilización de armas químicas de destrucción masiva significa la emisión, vertido, dispersión, liberación o escape de cualquier compuesto químico sólido, líquido o gaseoso que, distribuido adecuadamente, es capaz de causar daños incapacitantes o la muerte a personas o animales.
 - c. Utilización de armas biológicas de destrucción masiva significa la emisión, vertido, dispersión, liberación o escape de cualquier microorganismo patógeno (generador de enfermedades) o toxina de origen biológico (incluidos organismos genéticamente modificados y toxinas sintetizadas químicamente) capaces de causar daños incapacitantes o la muerte a personas o animales.
10. Lesiones producidas durante la participación en actividades deportivas profesionales, incluidos, entre otros, el evento, los juegos, la práctica, el acondicionamiento y cualquier otra actividad relacionada con el deporte profesional.
 11. Exámenes físicos rutinarios, inmunizaciones u otras revisiones cuando no existan indicios objetivos o problema de salud, y pruebas de laboratorio o de radiodiagnóstico, incluidas vacunas, gafas, lentes de contacto, audífonos, prótesis y miembros artificiales.
 12. Diagnóstico o tratamiento de la articulación temporomandibular.
 13. Gastos de terapias de trastornos profesionales, del sueño, del habla, de ocio o musical.
 14. Servicios, suministros o tratamiento prescritos, practicados o administrados por un pariente del Asegurado o cualquiera de sus familiares o cualquier persona que viva con el Asegurado. Incluye, entre otros, medicación bajo prescripción y pruebas diagnósticas.

15. Cirugía opcional que pueda ser aplazada hasta el regreso del Asegurado a su país de origen, cuando el objetivo del viaje sea buscar asesoramiento médico, tratamiento o cirugía.
16. Tratamiento y colocación de implantes o dentaduras o dientes postizos, pruebas normales de audición y el suministro de audífonos o implantes auditivos, gastos odontológicos excepto por lo previsto expresamente en la cobertura de odontología.
17. Cirugía ocular, refracción ocular, revisión de ojos, gafas, lentes de contacto, salvo que el resultado del tratamiento por complicaciones de una lesión accidental cubierta se produjera durante el Periodo de cobertura.
18. Cirugía plástica o estética (incluso desviación del tabique nasal), salvo que el resultado del tratamiento por complicaciones de una lesión accidental cubierta se produjera durante el Periodo de cobertura hasta el límite máximo establecido para esa prestación.
19. Tratamiento relacionado con el consumo excesivo o la dependencia de alcohol, sustancias estupefacientes o productos químicos o el uso de cualquier droga o narcótico. Lesiones sufridas o completa incapacidad producidas por el consumo de bebidas alcohólicas, productos químicos, estupefacientes o narcóticos, salvo que fueran administrados por recomendación de un médico y el narcótico se ingiriese en la dosis específicamente indicada por el médico, a menos que se establezca otra cosa en esta Póliza.
20. Lesiones sufridas o incapacidad completa debidas total o parcialmente a los efectos de la intoxicación con bebidas alcohólicas o drogas, que no sean sustancias ingeridas de acuerdo con la dosis específicamente indicada por el médico.
21. Cualquier clase de desorden mental o nervioso o curas de reposo, salvo cuando estén cubiertos por esta Póliza.
22. Problemas de aprendizaje, alteración de la actitud o problemas disciplinarios.
23. Anomalías congénitas y trastornos producidos por ellas.
24. Epidemia y pandemia, salvo por lo que se estipule en la Tabla de Garantías.
25. Gastos relacionados con o resultantes de lesión o enfermedad autoinfligida intencionadamente.
26. Gastos médicos relacionados con o resultantes de la comisión de un delito o un acto ilícito.
27. Deportes y actividades no mencionados expresamente en el Anexo 2 como cubiertos por este seguro.
28. Traslado por urgencia médica como consecuencia de una enfermedad o lesión mientras el Asegurado está en una embarcación en un lago, río o mar.
29. Embarazo o enfermedad causada por embarazo, parto o aborto espontáneo; aborto espontáneo causado por un accidente o complicaciones del embarazo; asistencia postparto, salvo que esté cubierto por esta Póliza.
30. Medicamentos, tratamiento o procedimiento que favorezcan o impidan la concepción o impidan el parto, incluidos, entre otros, inseminación artificial, tratamiento de infertilidad o impotencia, esterilización o su reversión.
31. Tratamiento para trasplante de tejido de órgano humano y el tratamiento relacionado.
32. Enfermedades profesionales, incluidas, entre otras, las relacionadas con exposición al amianto y sus secuelas, como asbestosis y mesotelioma.
33. Lesión causada por la utilización por el Asegurado de un vehículo de motor sin tener la debida licencia para ello en el territorio en el que tenga lugar el accidente con vehículo de motor.
34. Gastos ocasionados en relación con el viaje al país de destino para buscar tratamiento médico para una patología.
35. Gastos cubiertos ocasionados durante un viaje después de que el médico del Asegurado limitara o restringiera los viajes.
36. Pérdida o daños (incluidos daños corporales o fallecimiento) y gastos asociados como resultado directo de la utilización o la explosión de cualquier dispositivo, arma o material que emplee fisión nuclear, fusión nuclear o energía radiactiva o agentes químicos, biológicos, radiológicos o similares, sea en tiempo de paz o de guerra, y con independencia de quién cometa el acto o de cualquier otra causa o evento que contribuya simultáneamente o con posterioridad.

37. Tratamiento para enfermedades de transmisión sexual y patologías o enfermedades relacionadas, sean preexistentes o se diagnostiquen durante o inmediatamente después de un periodo cubierto por esta Póliza; operaciones de cambio de sexo o para el tratamiento de disfunción sexual o reasignación de sexo.
38. Programas de adelgazamiento o el tratamiento de la obesidad, incluido cableado de mandíbula y todas las formas de cirugía de bypass intestinal.
39. Gastos ocasionados por el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), el complejo relacionado con el SIDA (ARC) o el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).
40. Programas de ejercicio, estén o no prescritos o recomendados por un médico.
41. Tratamiento requerido como resultado de complicaciones o secuelas de un tratamiento o una dolencia no cubiertos por este seguro.
42. Gastos de viajes, salvo lo previsto en las coberturas de traslado por urgencia médica, repatriación de restos mortales o desplazamiento urgente de acompañante.
43. Diagnóstico o tratamiento como resultado de la exposición a radiación nuclear o materiales radioactivos no médicos.
44. Diagnóstico o tratamiento de acné, lunares y acrocordones, enfermedad de glándulas sebáceas, seborrea, quistes sebáceos, enfermedad inespecífica de las glándulas sebáceas, hipertrofia y atrofia de la piel, nevus.
45. Tratamiento, servicios o suministros que sean administrados por o bajo la supervisión de un médico y productos que pueden adquirirse sin prescripción médica.
46. Tratamiento de la apnea del sueño u otros desórdenes del sueño.
47. Hernia de cualquier tipo.
48. Lesión sufrida durante un vuelo como piloto, copiloto, piloto en formación, operador o miembro de la tripulación en cualquier clase de aeronave, o durante el embarque o el aterrizaje.
49. Lesión mientras viaja como pasajero o piloto en cualquier aeronave (a) que no tenga un certificado de aeronavegabilidad válido y en vigor y (b) no esté pilotada por una persona que tenga un certificado de competencia válido y en vigor para la conducción de esa aeronave.
50. Servicio en el ejército, la marina o las fuerzas aéreas de cualquier país.
51. Volar en una aeronave mientras realiza acrobacias o vuelo de especialistas, carreras o pruebas de resistencia.
52. Volar en cualquier aeronave propulsada por cohete.
53. Volar en una aeronave que se esté utilizando para fumigar cosechas, plantar semillas o riego, en labores de extinción de incendios, exploración, inspección de canalizaciones o torres eléctricas, cualquier forma de caza o agrupación de rebaños, fotografía aérea, publicidad o cualquier fin experimental.
54. Volar en una aeronave que realice un viaje para el que necesite un permiso especial o una dispensa de la autoridad competente de aviación civil, incluso aunque se conceda.
55. Estar bajo la influencia del alcohol o haber consumido estupefacientes o narcóticos, salvo que haya sido prescrito por un médico o cirujano debidamente acreditado.
56. Lesión ocasionada o que se ocasione mientras el Asegurado comete o trata de cometer un delito y a la que contribuya que esté implicado en una ocupación ilegal.
57. Mientras conduce o pilota en cualquier clase de competición.
58. Aborto.

10.1 Restricciones de la cobertura del seguro en determinadas circunstancias

10.1.1 Accidentes de automóviles

Esta cobertura es aplicable una vez se hayan utilizado todas las demás clases de seguros (por ejemplo, seguro de automóvil o seguro privado u obligatorio asociado a vehículos) y no hayan cubierto algunos de sus gastos médicos.

Por tanto, cualquier reclamación de daños debe dirigirse primero a la compañía o compañías de seguros de automóviles de todos los conductores y vehículos implicados en el accidente.

Para poder beneficiarse de nuestra cobertura para gastos no reembolsados, el Asegurado debe presentar una declaración por escrito de las compañías de seguros implicadas en la que certifiquen que se ha consumido toda la cobertura prevista en sus pólizas.

10.1.2 Accidentes en el lugar de trabajo

En caso de accidente en el trabajo, esta cobertura será aplicable después de satisfecha la indemnización por la póliza de seguro de responsabilidad del empleador o del seguro médico o de vida del grupo patrocinado por el Empleador.

10.1.3 Seguro y permiso de conducción

Con esta póliza de seguro usted tiene cubiertos únicamente los gastos médicos cuando conduce un automóvil como parte de un programa de enseñanza de la conducción supervisado por un profesor profesional.

Esta cobertura de gastos médicos es aplicable únicamente al Asegurado.

ESTE SEGURO NO CUBRE RESPONSABILIDAD CIVIL NI DAÑOS A TERCEROS, SUS BIENES O SUS VEHÍCULOS.

El seguro de asistencia médica solo tendrá validez si el Asegurado está conduciendo bajo la supervisión de un instructor profesional, como parte de un programa de enseñanza. El asegurado estará también cubierto durante el examen oficial, bajo el control directo del inspector estatal.

El viaje a y desde el examen para el permiso de conducción no se considera parte del programa de enseñanza y, por tanto, no está cubierto.

11 Procedimientos para la tramitación de reclamaciones

- 11.1 El seguro que se describe en esta Póliza será de aplicación una vez se hayan hecho efectivo los demás seguros válidos y exigibles, y únicamente una vez consumidas esas otras garantías.
- 11.2 La cobertura disponible a través de otras pólizas de seguro que reembolsen gastos médicos será siempre principal respecto a la que proporciona esta Póliza. Si no hubiera otras coberturas válidas y exigibles de ninguna otra fuente, este seguro se hará cargo de los gastos cubiertos hasta los límites indicados en esta Póliza, y la Aseguradora se reserva el derecho a revisar y, en su caso, subrogarse en cualquier cobertura no declarada, fuera conocida o no por el Asegurado.
- 11.3 La Aseguradora no se hace responsable de la calidad de la asistencia recibida de cualquier centro o persona. Esta Póliza no le da al Asegurado ningún derecho o acción contra nosotros que se base en un acto u omisión por parte de un hospital, un proveedor, un médico o cualquier otro prestador de asistencia o de servicios.
- 11.4 Todas las solicitudes de reembolso o de prestación están sujetas al criterio de gasto razonable y habitual, según determine el Servicio de Asistencia, y se tramitarán en el orden en que sean recibidas por el Servicio de Asistencia. Para recibir el pago solicitado, las reclamaciones deben remitirse en un formato que el Servicio de Asistencia considere aceptable.
- 11.5 Cuando se produzca su ingreso en el hospital, este informará al Servicio de Asistencia, que, a su vez, comprobará si tiene derecho a cobertura y a las prestaciones que ofrece esta Póliza. El hospital podrá enviar una reclamación y nosotros la abonaremos directamente. Al Asegurado se le facturarán únicamente los gastos que no estén cubiertos por esta Póliza. Si el hospital no optase por el pago directo, el Asegurado deberá pagar al hospital y presentar a continuación una solicitud de reembolso.
- 11.6 Todas las solicitudes de reembolso deberán ser presentadas por el Asegurado o su representante legal a través de la página web indicada en su Tarjeta de Asegurado en un plazo máximo de sesenta (60) días desde la fecha del servicio. Se admitirán copias de los documentos justificativos de la solicitud siempre que no sea altere la integridad de los documentos. Sin embargo, nos reservamos el derecho a solicitar los originales de los documentos que creamos conveniente.

Si no se recibiera la reclamación completa dentro de dicho plazo de sesenta (60) días, la reclamación podrá quedar reducida o incluso invalidada. Sin embargo, no se producirá esta reducción o invalidación si:

- a. puede demostrarse que no fue posible presentarla dentro de ese plazo de sesenta (60) días por motivos justificados; y

- b. puede demostrarse también que la notificación se envió lo antes posible.

En caso de reclamación, el Asegurado debe consultar la página web de AVI, cuya dirección consta en su Certificado de Seguro y su Tarjeta de Asegurado.

Todas las reclamaciones deben incluir:

- a. El nombre del reclamante.
- b. La especialidad del médico.
- c. Descripción detallada del servicio prestado (visitas a consulta, cirugía, etc.).
- d. Facturas originales detalladas, con los honorarios del médico y membrete del médico o el hospital. La factura debe incluir nombre completo del paciente, fecha de nacimiento, diagnóstico (tipo de enfermedad), fecha de la visita, tipo de tratamiento, cargo del médico y prueba de pago satisfactoria (recibo de tarjeta de crédito).
- e. Las prescripciones de medicamentos deben indicar claramente el nombre del paciente, el precio del medicamento y la cantidad prescrita. Se requerirá copia de la receta del médico.
- f. En caso de hospitalización, el Asegurado debe adjuntar las notas o informes médicos del hospital, así como la autorización previa que le enviamos. El Asegurado debe comprobar que en la factura se detallan los gastos de la habitación individual o doble.
- g. En caso de fallecimiento, se adjuntará copia compulsada del certificado de defunción.

11.7 Una vez recibida la documentación acreditativa por escrito de los gastos ocasionados, el Servicio de Asistencia o AVI:

- a. abonará las prestaciones cubiertas por la Póliza; o
- b. notificará por escrito al Asegurado (o a la persona que reclame en su nombre) las razones para rechazar la reclamación; o
- c. notificará por escrito al Asegurado (o a la persona que reclame en su nombre) que es necesario presentar información adicional para la revisión o el pago de la reclamación conforme a las condiciones de esta Póliza.

11.8 Examen físico y autopsia

Durante el proceso de revisión de una reclamación o de pago de las prestaciones, tenemos derecho a encargar a un médico de nuestra elección que examine al Asegurado en las ocasiones que considere necesario. Nos reservamos también el derecho a solicitar una autopsia en caso de fallecimiento. En dichos casos, la Aseguradora se hará cargo de los gastos del examen o de la autopsia.

11.9 Recuperación de cualquier cantidad pagada en exceso

Si se pagasen prestaciones en exceso o por error, la Aseguradora tendrá derecho a recuperar la cantidad pagada en exceso o por error por cualquiera de los siguientes métodos:

- a. solicitar el reembolso, en una cantidad única, del exceso pagado o de la cantidad pagada por error; o
- b. deducir del importe de cualquier indemnización a pagar por la Póliza la cantidad pagada en exceso o por error.

11.10 Recuperación de prestaciones

Nos reservamos el derecho a reclamar al Asegurado el reembolso de cualquier prestación que le hubiéramos pagado por lesiones que estuvieran cubiertas por:

- a. un seguro de indemnización por accidente en el trabajo o cobertura legal similar; o
- b. un seguro de responsabilidad del empleador.

Se supondrá que el Asegurado tiene en su poder esas prestaciones, a menos que nos demuestra que esas prestaciones le fueron denegadas.

11.11 Derecho de reembolso o de subrogación

Si se abonasen al Asegurado los gastos por enfermedad o lesión producida por negligencia de un tercero, la Aseguradora tendrá derecho a que se le reembolsen todas las prestaciones que se hubieran abonado por ese concepto con cargo al importe íntegro de la indemnización percibida por el Asegurado, sus progenitores, si fuera menor de edad, o su representante legal del tercero negligente por esos mismos gastos, ya fuera por vía judicial, acuerdo extrajudicial o conciliación como resultado de esa enfermedad o lesión. Nosotros nos subrogamos en el derecho a reclamar al tercero negligente o a su asegurador el importe de las prestaciones

abonadas por nosotros por esa enfermedad o lesión. El Asegurado debe proporcionar cualquier información o asistencia o los documentos que consideremos razonablemente necesarios para poder ejercer nuestros derechos previstos en este apartado. Esta condición es de aplicación admita o no el tercero su responsabilidad.

11.12 Acciones judiciales

No podrá interponerse ninguna acción judicial para recuperar una cantidad adeudada en virtud de esta Póliza dentro de los sesenta (60) días siguientes a la presentación de una reclamación debidamente cumplimentada. No puede interponerse ninguna acción judicial después de un año desde la fecha en que deba presentarse una reclamación debidamente cumplimentada.

12 Deber de informar

- 12.1 El Asegurado debe responder con la debida diligencia y exactitud a las preguntas que le formule el Tomador de la Póliza en el momento de suscribir la Póliza de Seguro, en sus renovaciones, etc., y asegurarse de que la información que facilite es exacta y completa. Debe declarar al Tomador de la Póliza todas las circunstancias de las que tenga conocimiento (incluidas las declaradas en la solicitud de seguro) y que sean necesarias para la asunción del riesgo del seguro por medio de la Póliza (es decir, todas las circunstancias que podrían influir en la decisión de la Aseguradora de aceptar el riesgo o en las condiciones bajo las cuales se acepta ese riesgo). Cuando el Tomador de la Póliza toma una decisión sobre las condiciones conforme a las cuales puede asegurarse a una persona dentro de la Póliza, confía plenamente en la información proporcionada por el Asegurado o su representante legal.
- 12.2 Si el Tomador de la Póliza determina que, al suscribir la Póliza o en su renovación, usted ha proporcionado intencionadamente, o de forma negligente, al Tomador información falsa, engañosa o incompleta, la Aseguradora tendrá derecho a:
- dar por nulo ese seguro individual desde el principio;
 - rechazar todas las reclamaciones que se presenten en virtud del seguro;
 - retener la prima del seguro recibida;
 - exigir el reembolso de todas las prestaciones que hubiera pagado el Tomador de la Póliza en virtud de la Póliza;
 - exigir el reembolso de todos los demás gastos y daños que hubiera sufrido el Tomador por ese motivo.

El Tomador le notificará a usted las decisiones precedentes por escrito o por correo electrónico.

- 12.3 Si el Tomador determina que usted ha proporcionado indebidamente al Tomador información falsa, engañosa o incompleta, y usted todavía no hubiera comunicado todavía ninguna reclamación, el Tomador, a su entera discreción, tendrá derecho a:
- dar por nulo ese seguro individual desde el principio, negarse a pagar cualquier reclamación que reciba y devolver la prima de seguro recibida; o
 - proponer cambios a las condiciones de la póliza teniendo en cuenta la información completa y exacta de la que ya dispusiera.

El Tomador le notificará a usted o a su representante legal por escrito o por correo electrónico si ha tomado la decisión del punto (a) o del punto (b). Si, dentro de los 10 días siguientes a la recepción de la notificación del Tomador en la que se le comunica que ha decidido la opción (b), usted no acepta la propuesta del Tomador, la Póliza quedará automáticamente cancelada de acuerdo con lo indicado en el punto (a).

- 12.4 Si el Tomador determina que (en el momento de suscribir la Póliza o en sus renovaciones, etc.) usted ha proporcionado indebidamente información falsa, engañosa o incompleta y usted ya hubiera presentado una reclamación al Tomador dentro de la Póliza, el Tomador propondrá (por escrito o por correo electrónico) que se realicen cambios en las condiciones de la Póliza teniendo en cuenta la información exacta y completa. Si, dentro de los 10 días siguientes a la recepción de la notificación del Tomador, usted no acepta la propuesta del Tomador, la Póliza quedará automáticamente cancelada, y la Aseguradora tendrá derecho a:
- rechazar todas las reclamaciones que se presenten en virtud de la Póliza;
 - retener la prima recibida;

- c. exigir el reembolso de todas las prestaciones que hubiera pagado el Tomador en virtud de la Póliza;
 - d. exigir el reembolso de todos los demás gastos y daños que hubiera sufrido el Tomador por ese motivo
- 12.5 Si usted o alguien que actúe en su nombre presenta una reclamación falsa, fraudulenta o deliberadamente exagerada, o si usted o cualquier persona en su nombre ha utilizado medios o mecanismos fraudulentos para obtener una prestación dentro de la Póliza (por ejemplo, un siniestro causado de forma fraudulenta o que se ha exagerado o que se respalda por medio de una declaración u otro medio fraudulento), la Aseguradora:
- a. no estará obligada a pagar esa reclamación;
 - b. exigirá que cualquier cantidad pagada por el Tomador con respecto a esa reclamación sea devuelta al Tomador;
 - c. podrá, mediante notificación dirigida a usted, considerar la póliza finalizada con efecto desde la fecha del acto fraudulento.

Si la Aseguradora ejerciera el derecho contemplado en el punto (c) anterior:

- no asumirá ninguna responsabilidad frente a usted con respecto a cualquier evento que tuviera lugar después del acto fraudulento. Por evento se entiende cualquier hecho del que nazca una obligación de la Aseguradora de conformidad con la Póliza (como el acaecimiento de un siniestro, la presentación de una reclamación o la notificación de una posible reclamación); y
- no estará obligado a devolver ninguna parte de la prima del Seguro pagada.

13 Aviso relativo a protección de datos

- 13.1 Para la formalización, aplicación y renovación de la Póliza, la Aseguradora y el Tomador de la Póliza necesitarán los datos personales de las personas que vayan a ser incluidos en la Póliza como Asegurados, y sus dependientes. Los datos personales que se soliciten serán adecuados, pertinentes y limitados al fin para el que se necesitan. Si los Asegurados o sus dependientes no desean proporcionar esos datos al Tomador, este no podrá atender la solicitud y formalizar la Póliza (por ejemplo, ofrecer condiciones personalizadas, redactar la Póliza, tramitar las reclamaciones, etc.).

El tratamiento de datos personales en relación con la Póliza estará sujeto al Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (el Reglamento General de Protección de Datos). En consecuencia, todas las definiciones y términos que se utilizan en esta Póliza con respecto al Tratamiento de Datos Personales se interpretarán en relación con el Reglamento General de Protección de Datos.

- 13.2 Los siguientes datos personales de interesados serán sometidos a tratamiento en relación con la Póliza:
- a. nombre completo;
 - b. edad/fecha y lugar de nacimiento;
 - c. género;
 - d. dirección y otros datos de contacto (país de residencia, datos relacionados con planes para salir del país de residencia, país de origen, dirección de correo electrónico, números de teléfono);
 - e. datos identificativos: número de documento de identidad (por ejemplo, número de pasaporte), documento de identidad;
 - f. datos relacionados con la seguridad social (incluido número de la tarjeta y otros datos relacionados);
 - g. afiliación a una organización (por ejemplo, cuando el Tomador ofrece asegurar a sus miembros dentro de la Póliza);
 - h. datos relacionados con el viaje;
 - i. direcciones de IP cuando visita la página web de la Aseguradora o del Tomador sin desactivar las cookies;
 - j. nacionalidad, ciudadanía;
 - k. estado civil;

- l. datos relacionados con el empleo: datos relativos a la profesión o la labor que desempeña (actual y anterior), fecha de inicio y finalización de su empleo, vacaciones, embarazos y otros datos del tiempo de trabajo y fuera del trabajo;
- m. firma, fotografía;
- n. resultados de consultas a registros de antecedentes penales para la prevención del fraude y las actividades terroristas, si fuera obligatorio y lo requiriese la legislación aplicable;
- o. dependientes, cónyuge, pareja, datos de familia;
- p. datos bancarios y otros datos económicos y fiscales relacionados (incluidas copias de tarjetas bancarias, tarjetas de crédito o débito y datos de cuentas bancarias);
- q. historial de salud y médico, datos personales relacionados con el estado de salud, como datos de tratamientos médicos, productos y servicios proporcionados a interesados; datos resultantes de informes médicos o de certificados de defunción; historial de reclamaciones médicas, datos de salud física y psicológica o de patologías; etc.;
- r. otros datos personales que puedan proporcionar el interesado o el Tomador de la Póliza.

Los datos personales que se traten en relación con la Póliza se obtendrán directamente de los interesados o, indirectamente, de terceros (familiares y representantes, el Tomador, mediadores de seguros, médicos, Proveedores, instituciones oficiales y otros terceros autorizados para comunicar esos datos personales).

- 13.3 Para más información sobre la forma en que se tratarán los datos personales en relación con la Póliza puede consultar la sección de condiciones de la página web www.dhig.net.
- 13.4 El responsable del tratamiento de los datos personales de las personas que se aseguren, los Asegurados y sus dependientes será la Aseguradora. Los datos de contacto de la Aseguradora se indican en la Póliza.
- 13.5 El Tomador de la Póliza es el encargado del tratamiento de datos personales, designado por la Aseguradora. El Tomador puede designar a otros encargados, cuando lo considere necesario, para el tratamiento de datos personales a efectos del apartado 13.8 de esta política.
- 13.6 A los efectos establecidos en el apartado 13.8 de la Política, los datos personales podrán comunicarse a reaseguradores, coaseguradores, consultores médicos, el Servicio de Asistencia, otros Proveedores, consultores técnicos, proveedores de servicios de administración de seguros, abogados, auditores, asesores financieros y fiscales, bancos e investigadores de fraude, así como a las autoridades supervisoras estatales.
- 13.7 Los datos de contacto del delegado de protección de datos son: dpo@dhig.net.
- 13.8 Los datos personales son recogidos por el Tomador o en su nombre y podrán ser utilizados por el Tomador o las personas designadas por este (siguiendo las instrucciones del Tomador) para la ejecución y la administración de la Póliza (incluidas, entre otras, las actividades de suscripción y de tramitación de siniestros), la administración de recobros de deudas, la mediación de seguros, fines de investigación o estadísticos, prevención del fraude, el cumplimiento de obligaciones legales y la redistribución del riesgo de aseguramiento (para el caso de reaseguro o coaseguro).
- 13.9 La legitimación para el tratamiento de datos personales en relación con la Póliza es la siguiente:
 - a. El tratamiento es necesario para la ejecución de la Póliza; incluye actividades como la de suscripción; comunicación al Tomador ofertas, ofertas de renovación, información sobre presupuestos, evaluación de solicitudes de seguro individual o cuestionarios de salud cumplimentados por los Asegurados, sus dependientes o personas que deseen asegurarse; la gestión y administración de la Póliza; la tramitación de reclamaciones y la prestación de otros servicios a los Asegurados y sus dependientes.
 - b. El consentimiento del interesado o el consentimiento expreso del interesado: este consentimiento es necesario (por ejemplo) para las actividades de tratamiento de datos personales relacionados con la salud.
 - c. El tratamiento es necesario para el cumplimiento de obligaciones legales; por ejemplo, cuando la Aseguradora tiene la obligación legal o regulatoria de utilizar esa información personal.
 - d. El tratamiento es necesario para proteger intereses vitales de los interesados o de otras personas físicas.

- e. El tratamiento es necesario por interés legítimo; por ejemplo: (a) si la Aseguradora tiene una necesidad económica pertinente de tratar datos personales y esa necesidad no perjudica al Asegurado o sus dependientes. La Aseguradora se basará en el interés legítimo para actividades como el mantenimiento de sus registros; el desarrollo y la mejora de sus productos y servicios y para proporcionar información sobre sus productos y servicios al Tomador de la Póliza y a los Asegurados; o (b) si la Aseguradora o el Tomador necesitan utilizar esa información personal para hacer valer, ejercer o defender sus derechos legales. La Aseguradora o el Tomador no utilizará su legítimo interés para tratar datos personales de interesados cuando prevalezcan los derechos y libertades de estos.
- 13.10 Los datos personales pueden ser tratados dentro o fuera del Espacio Económico Europeo (EEE) por las partes especificadas en el apartado 13.6, con sujeción siempre a las restricciones contractuales relativas a la confidencialidad y la seguridad, en línea con las leyes y reglamentos aplicables en materia de protección de datos. Si se transfieren datos personales fuera del EEE se garantizará la adopción de medidas adecuadas de protección para esa transferencia (por ejemplo, cláusulas tipo de protección de datos aprobadas por la Comisión Europea) de conformidad con la legislación aplicable. No se comunicarán datos personales a partes que no estén autorizadas para su tratamiento. El Tomador no utilizará información personal para transmitirla a cualquier otra persona con fines de promoción de productos o servicios sin el consentimiento expreso del interesado.
- 13.11 Cuando lo permita la legislación o la normativa aplicable, el interesado tendrá los siguientes derechos:
- a. Derecho a acceder a sus datos personales para conocer el origen de los datos y los fines del tratamiento, los datos del responsable y del encargado o encargados del tratamiento y las partes a las que podrían comunicarse.
 - b. Derecho a retirar el consentimiento prestado en cualquier momento, cuando el tratamiento de sus datos personales se base en dicho consentimiento.
 - c. Derecho a actualizar o corregir sus datos personales de forma que siempre sean exactos.
 - d. Derecho a eliminar sus datos personales de los registros si ya no fueran necesarios para los fines antes indicados, con sujeción a la obligación legal de conservación de datos personales.
 - e. Derecho a restringir el tratamiento de sus datos personales en determinadas circunstancias, por ejemplo, si el interesado hubiera presentado objeciones a la exactitud de sus datos, durante el tiempo necesario para verificar su exactitud.
 - f. Derecho a obtener sus datos personales en formato electrónico.
 - g. Derecho a solicitar la portabilidad de datos.
 - h. Derecho a presentar una reclamación ante la autoridad pertinente de protección de datos.

El interesado podrá ejercer sus derechos poniéndose en contacto con el Tomador de la Póliza en data@dhig.net, indicando su nombre, número de póliza, el Tomador de la Póliza, dirección de correo electrónico y la finalidad de la solicitud. Cuando lo permita la legislación o la normativa aplicable, el interesado tendrá derecho a oponerse al tratamiento y solicitar el fin del tratamiento de sus datos en relación con la Póliza. En esos casos, se pondrá fin al tratamiento, salvo que la legislación y la normativa aplicable dispongan otra cosa.

- 13.12 Los datos personales recogidos a efectos de esta Póliza se conservarán durante un periodo de tiempo igual a la duración del Periodo de cobertura (incluidas sus renovaciones) y durante los 10 años siguientes a la finalización de la Póliza, salvo en aquellos casos en que sea obligado un periodo mayor de conservación por posibles litigios, peticiones de las autoridades competentes o el cumplimiento de la normativa legal. Una vez finalizado el periodo de conservación, los datos se eliminarán o anonimizarán.
- 13.13 Con el fin de impedir la comisión de fraudes y el blanqueo de capitales, el Tomador podrá comprobar los datos personales con agencias de prevención de actividades defraudatorias y sitios web de sanciones, que pueden registrar las búsquedas. También pueden realizarse búsquedas en las bases de datos de otros aseguradores. Si se sospecha la existencia de fraude, se comunicará la información con otros aseguradores. Otros usuarios de las agencias de prevención pueden utilizar esta información para sus propios procesos de decisión.
- 13.14 El Tomador de la Póliza también podrá realizar consultas sobre solvencia en algunos casos. Más información en nuestra Política de Protección de Datos, para conocer más detalles sobre la forma en que puede utilizarse la información registrada en las agencias de prevención de fraude.

El Tomador de la Póliza puede utilizar herramientas automatizadas para evaluar la solicitud individual de seguro o el cuestionario de salud, así como para los procesos de tramitación de reclamación. Si el interesado se opone a la toma de decisiones de forma automatizada no se le podrá ofrecer el presupuesto del seguro.

14 Quejas

- 14.1 Si el Asegurado tiene alguna duda o queja (incluidas quejas relacionadas con el Servicio de Asistencia o los Proveedores contratados por el Tomador de la Póliza), deberá primero llamar al teléfono de servicio de asistencia que se indica en la Póliza. Si la duda o la queja no se resolviese a satisfacción del Asegurado, podrá contactar con el Tomador por correo electrónico en complaints@dhig.net.

El Tomador de la Póliza atenderá la queja en cuanto sea posible y presentará a la persona en cuestión una respuesta en un plazo razonable desde que se formuló la queja y, en cualquier caso, no más tarde de 60 días naturales.

15 Disposiciones finales

15.1 Información confidencial

De acuerdo con esta política, la siguiente información se considerará confidencial:

- el importe de la prima del Seguro que se pague por la Póliza y las condiciones especiales de seguro que se hayan pactado, en su caso, entre las partes contratantes de la Póliza;
- los datos personales tratados en relación con la Póliza;
- otros datos que se identifiquen como confidenciales de acuerdo con las leyes, el sentido común o la práctica empresarial ordinaria.

Salvo por las excepciones previstas en la Póliza, el Tomador, el Asegurado y sus dependientes deberán adoptar medidas suficientes para evitar la comunicación de la información confidencial a terceros, autorizados o no autorizados.

15.2 Legislación aplicable

La legislación específica aplicable con respecto a la Póliza, así como los tribunales competentes para la resolución de conflictos, serán los de Austria.

15.3 Correspondencia

La correspondencia por escrito entre el Tomador de la Póliza y el Asegurado deberá remitirse por correo electrónico o correo postal. El remitente se hará cargo de los gastos de sus envíos.

15.4 Idioma de la correspondencia

El Tomador de la Póliza, la Aseguradora y los Asegurados se comunicarán en inglés, salvo que se indique expresamente otra cosa en la Póliza.

15.5 Cambios en la normativa fiscal

El Tomador de la Póliza no se hará responsable de las consecuencias que puedan tener los cambios posibles en la normativa fiscal aplicable a la Aseguradora o los Asegurados.

15.6 Circunstancias fuera del control razonable

El Tomador de la Póliza y la Aseguradora no serán responsables del incumplimiento o el retraso en el cumplimiento de sus obligaciones derivadas de la Póliza que sea causado o que se produzca como consecuencia de circunstancias ajenas a su control razonable, es decir, causas de fuerza mayor, que incluirán, entre otras, situaciones impredecibles, imprevistas o inevitables como condiciones meteorológicas extremas, terremotos, tormentas, rayos, incendio, hundimiento, epidemia, pandemia, atentados terroristas, estallido de hostilidades militares (haya o no guerra declarada), motines, explosiones, huelgas u otros conflictos laborales, desórdenes sociales, sabotaje, desorganización en las autoridades gubernamentales o financieras, averías en redes de telecomunicación o sistemas de transferencia de fondos y cualquier otro acto ajeno al control del Tomador de la Póliza).

Para mayor aclaración, la Aseguradora y el Tomador de la Póliza quedarán liberados de las obligaciones que les incumban por la Póliza si el cumplimiento de estas obligaciones resulte imposible por la aplicación de sanciones internacionales.

15.7 Cumplimiento de sanciones

No se considerará que ningún asegurador o reasegurador proporciona cobertura y ningún asegurador o reasegurador estará obligado a pagar o proporcionar ninguna prestación prevista en esta Póliza si la prestación de esa cobertura, pago o prestación le expone a cualquier sanción, prohibición o restricción de conformidad con las resoluciones de Naciones Unidas o las sanciones comerciales o económicas, leyes o normativas de la República de Bulgaria, la República de Eslovaquia, la Unión Europea, el Reino Unido o Estados Unidos de América (siempre que no infrinja ninguna normativa o legislación nacional específica aplicable al asegurar o reasegurador abajo firmante).

Anexo 1. Tabla de depreciación

Antigüedad del objeto	Objetos de valor especial		Objetos de valor		
	Joyas/metales preciosos/piedras preciosas y semipreciosas /Perlas	Relojes/pieles	Cámara/equipo de fotografía /ordenador/móviles/equipos de grabación o producción audiovisual y accesorios	Efectos personales (ropa, complementos u otros)	Equipamiento deportivo
Hasta 12 meses	0%	0%	0%	0%	0%
1 año	0%	20%	30%	30%	20%
2 años	0%	30%	40%	40%	30%
3 años	0%	40%	50%	50%	40%
4 años	0%	50%	60%	60%	50%
5 años	0%	60%	70%	70%	60%
6 años	0%	70%	80%	80%	70%
7 años	0%	80%	90%	90%	80%
8 años	0%	90%	100%	100%	90%
9 años y más	0%	100%	100%	100%	100%

Anexo 2. Deportes y otras actividades de ocio

(La Aseguradora se hace cargo hasta el límite de 100.000 por persona al año)

Este seguro cubre los **deportes y las actividades de ocio**, que se refiere a las actividades que se realizan como diversión o para relajarse, no necesitan un entrenamiento especial y el Asegurado no incrementa el riesgo de daños corporales o fallecimiento. Este seguro también cubre la participación en **deportes practicados en centros de enseñanza secundaria sujetos a regulación especial, parroquias y en ligas amateur**, en el caso de que el Asegurado sea estudiante, esté matriculado a tiempo completo y participe en estos deportes como parte de la actividad escolar. En consecuencia, están cubiertos por este seguro los siguientes deportes y actividades:

• Aerobic, <i>Jazzercise</i> , Baile, Yoga
• Fútbol americano
• Vehículos anfibios
• Carrera <i>barefoot</i>
• Béisbol, Baloncesto
• Bolos
• Calistenia
• Animación
• Campo a través
• Ciclismo, Ciclocrós, Descenso, Ciclismo de montaña, <i>Mountain boarding</i>
• Buceo (hasta 5 metros de profundidad sin certificación PADI de buceo autónomo o equivalente, o hasta 30 metros con certificación PADI o equivalente)
• Esgrima
• Hockey sobre hierba
• <i>Frisbee</i>
• Golf
• Gimnasia
• Senderismo por debajo de los 3.500 metros de altura
• Equitación (solo rutas, sin saltos, competiciones, doma o carreras)
• Hockey sobre hielo
• Carrera
• <i>Kickball</i>
• <i>Lacrosse</i> (solo deporte escolar)
• Justas náuticas
• Vela, navegación en solitario a más de 20 millas del refugio
• Patinaje (en línea), Patinaje sobre ruedas
• Remo

<ul style="list-style-type: none"> • Vela, Kayak/Piragüismo
<ul style="list-style-type: none"> • Softball
<ul style="list-style-type: none"> • Trineo, Esquí (en trazados marcados y despejados solo, Sin saltos, acrobacias, acrobacias aéreas, half-pipe o mogul, carreras ni esquí fuera de los límites indicados. Ver otras exclusiones más abajo.) Snowboard, Sandboarding
<ul style="list-style-type: none"> • Fútbol
<ul style="list-style-type: none"> • Squash
<ul style="list-style-type: none"> • Surf/Natación/Esquí acuático
<ul style="list-style-type: none"> • Tenis
<ul style="list-style-type: none"> • Rugby modificado
<ul style="list-style-type: none"> • Atletismo
<ul style="list-style-type: none"> • Voleibol
<ul style="list-style-type: none"> • Waterpolo
<ul style="list-style-type: none"> • Descenso en aguas bravas / Piragüismo hasta el nivel 3 incluido
<ul style="list-style-type: none"> • Lucha libre, Artes marciales

Este seguro no cubre la práctica de deportes profesionales ni de actividades o deportes peligrosos o extremos, es decir, actividades que requieren un mayor grado de conocimiento o preparación y que tienen un riesgo más elevado de lesión o fallecimiento. Siguen algunos ejemplos de estos deportes:

<ul style="list-style-type: none"> • Saltos en Bungee, saltos Base (con o sin paracaídas) Parkour
<ul style="list-style-type: none"> • Conducir un carro de golf
<ul style="list-style-type: none"> • Conducir un vehículo de motor
<ul style="list-style-type: none"> • Buceo a profundidades superiores a 5 metros sin certificación PADI de buceo autónomo o equivalente o a profundidades superiores a 30 metros con certificación PADI o equivalente. Volar 24 horas después de bucear
<ul style="list-style-type: none"> • Esquí extremo/ snowboard extremo (no se permiten saltos, acrobacias, acrobacias aéreas, half-pipes, moguls, carreras o esquí fuera de los límites indicados, ni esquí de estilo libre)
<ul style="list-style-type: none"> • Volar como piloto al mando, piloto en formación o vuelo deportivo (solo puede volar como pasajero en un avión habilitado para el transporte de pasajeros)
<ul style="list-style-type: none"> • Senderismo / trekking por encima de los 3.500 metros de altura
<ul style="list-style-type: none"> • Caza, Tiro con arco, ballesta, uso de cualquier tipo de arma de fuego (cualquier dispositivo que dispare un proyectil de cualquier tipo)
<ul style="list-style-type: none"> • Montañismo que requiera equipo de escalada especializado o por encima de 3.500 metros de altitud, rpel
<ul style="list-style-type: none"> • Motos, motos de nieve, ciclomotores, scooters, ATV's o cualquier vhculo motorizado de dos o tres ruedas, wave runners, jet skis u otros aparatos deportivos acuáticos con motor, estn o no en movimiento, deportes de motor, carreras o competiciones automovilísticas, motocross.
<ul style="list-style-type: none"> • Parapente, Paracaidismo, Ala delta, Parapente, Esquí con cometa
<ul style="list-style-type: none"> • Rafting de aguas bravas/piragüismo (por encima del nivel de Clase 3)

Otros deportes que no estn incluidos en ninguna de las tablas anteriores se consideran excluidos, se practiquen o no como amateur, ocio o en contexto escolar.