



MYHEALTH INTERNATIONAL

CONDICIONES GENERALES 2023

Ref: MHI Cov 23A
Actualización: Septiembre 2022



 Si tiene cualquier duda acerca de su póliza, permanecemos a su escucha para asesorarle y simplificar todos sus trámites.

Zona Asia-Pacífico	Zona Europa, África y Oriente Medio	Zona América
APRIL International Care - Bangkok Tel: +66 (0) 2022 9180 Email: info.expats@april-international.com De lunes a viernes de 8.30 h a 18 h	APRIL International Care - Paris Tel: +33 (0) 173 02 93 93 Email: info.expats@april-international.com De lunes a viernes de 8.30 h a 18 h	APRIL International Care - Mexico Tel: +52 (55) 52 80 13 37 Email: info.expats@april-international.com De lunes a viernes de 8.30 h a 18 h

También puede dirigirse a nuestros asesores por:



**Facebook
Messenger**

SUMARIO

1. DEFINICIONES	p.3
1.1 DEFINICIONES COMUNES A TODAS LAS GARANTÍAS	p.3
1.2 DEFINICIONES ESPECÍFICAS DE LA GARANTÍA DE GASTOS SANITARIOS	p.4
1.3 DEFINICIONES ESPECÍFICAS DE LA GARANTÍA DE AYUDA A LA REPATRIACIÓN	p.4
1.4 DEFINICIONES ESPECÍFICAS DE LA GARANTÍA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PRIVADA	p.5
1.5 DEFINICIONES ESPECÍFICAS DE LA GARANTÍA DE CAPITAL POR FALLECIMIENTO Y PÉRDIDA TOTAL IRREVERSIBLE DE AUTONOMÍA	p.5
1.6 DEFINICIONES ESPECÍFICAS DE LA GARANTÍA DE INDEMNIZACIÓN POR BAJA LABORAL POR CAUSA MÉDICA	p.5
2. GARANTÍAS Y TERRITORIALIDAD DE LA PÓLIZA	p.6
2.1 ¿QUÉ GARANTÍAS CUBRE SU PÓLIZA?	p.6
2.2 ¿DÓNDE ESTÁ USTED CUBIERTO?	p.6
3. ¿QUIÉNES PUEDEN SER BENEFICIARIOS DE LA PÓLIZA?	p.7
4. FECHA DE EFECTO, DURACIÓN Y RENUNCIA A LA PÓLIZA	p.8
4.1 ¿CUÁNDO ENTRA EN VIGOR LA PÓLIZA?	p.8
4.2 PLAZOS DE CARENCIA APLICABLES A LA PÓLIZA	p.8
4.3 DURACIÓN DE LA COBERTURA Y RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA	p.8
4.4 ¿CESE DE LAS GARANTÍAS DE LA PÓLIZA?	p.8
4.5 ¿CÓMO SE RENUNCIA A LA PÓLIZA?	p.9
5. PRIMAS	p.10
5.1 ¿CÓMO SE DETERMINA EL IMPORTE DE LAS PRIMAS?	p.10
5.2 FORMAS DE PAGO	p.10
5.3 ¿QUÉ SUCEDE EN CASO DE IMPAGO DE PRIMAS?	p.10
6. EVOLUCIÓN DE SU PÓLIZA	p.11
6.1 ¿CÓMO MODIFICAR LA PÓLIZA?	p.11
6.2 ¿QUÉ INFORMACIÓN DEBE PONER EN NUESTRO CONOCIMIENTO?	p.11
7. ¿QUÉ CUBRE LA PÓLIZA Y CÓMO ACOGERSE A LAS COBERTURAS?	p.11
7.1 GASTOS SANITARIOS	p.11
7.2 AYUDA A LA REPATRIACIÓN	p.14
7.3 RESPONSABILIDAD CIVIL PRIVADA	p.19
7.4 CAPITAL POR FALLECIMIENTO Y PÉRDIDA TOTAL E IRREVERSIBLE DE AUTONOMÍA	p.20
7.5 INDEMNIZACIÓN POR BAJA LABORAL POR CAUSA MÉDICA	p.22
8. ¿QUÉ SE EXCLUYE DE LA PÓLIZA?	p.26
9. DISPOSICIONES GENERALES	p.30

1. DEFINICIONES

La terminología del ámbito asegurador es técnica y por ello, para facilitarle la adecuada comprensión del funcionamiento de su póliza, le brindamos las definiciones esenciales de los términos utilizados.

Cada uno de los términos que aparecen a continuación tendrá el siguiente significado siempre que aparezca en cursiva y con mayúscula inicial:

1.1. DEFINICIONES COMUNES A TODAS LAS GARANTÍAS

- A** **ACCIDENTE:** toda lesión corporal no intencionada por parte del *Asegurado* procedente de la acción brusca, repentina, violenta, fortuita e imprevisible de una causa externa. Con arreglo al artículo 1353 del Código Civil francés, le corresponde a *Usted* presentar la prueba del *Accidente* y de la relación directa de causa-efecto entre éste y los gastos incurridos.
- ADHERENTE:** persona física o jurídica que se adhiere al contrato de seguro colectivo de adhesión facultativa suscrito por la asociación contratante y asume las obligaciones correspondientes, en particular el pago de las cuotas. Sus datos de contacto se indican en el *Certificado de Seguro*. El *Adherente* se adhiere al contrato ya sea por sí mismo, como representante legal de un asegurado o como representante legal de la empresa adherente.
- AÑO DE SEGURO:** período de doce meses consecutivos que empieza en la *Fecha de efecto* de la póliza.
- ASEGURADO PRINCIPAL:** persona física a la que se concede el seguro y en cuyo favor se otorgan las garantías de la póliza, designada por "Usted" en este documento.
- ASISTENCIA MÉDICA:** que ha requerido consulta médica y/o prescripción para exámenes médicos y/o tratamiento médico.
- AUTORIDAD MÉDICA:** toda persona con titulación vigente en medicina o cirugía y autorizada a ejercer en las especialidades que le sean propias en el país en que *Usted* se encuentre.
- C** **CERTIFICADO DE SEGURO:** documento con valor de certificado de seguro que le remitimos al *Adherente* y que corrobora su conformidad con la póliza MyHealth International y donde constan principalmente los *Asegurados*, la *Fecha de efecto*, las garantías y las modalidades seleccionadas. El *Certificado de seguro* corresponde a las condiciones particulares de la póliza.
- CONDICIÓN MÉDICA:** Degradación del estado de salud o enfermedad.
- CÓNYUGE:** el marido o la mujer del *Asegurado principal*, no divorciado/a ni separado/a judicialmente en virtud de sentencia firme, o la pareja de hecho del *Asegurado principal* legalmente constituida (Pacte Civil de Solidarité; artículo 515-1 del Código Civil francés) entre ambos vigente en la fecha del *Siniestro*. Se considera que la pareja notoria del *Asegurado Principal* tiene calidad de *Cónyuge* si se acredita su condición como pareja de hecho y su inscripción en el *Certificado de Seguro*. podrá ostentar la condición de *Cónyuge* si dicha circunstancias se acredita.
- D** **D.R.O.M.** (departamentos y regiones de ultramar): Guadalupe, Guayana Francesa, Martinica, Mayotte y Reunión.
- E** **ENFERMEDAD:** toda alteración del estado de salud establecida por una autoridad médica competente.
- ENFERMEDAD REPENTINA:** toda alteración de la salud comprobada por una *Autoridad médica* competente y de carácter repentino e imprevisible.
- ENFERMEDAD PREEXISTENTE:** Afección médica o patología diagnosticada o asistida médicamente, o explorada por exámenes médicos y/o tratada antes de la fecha de la firma de su Solicitud de Suscripción (incluyendo su Cuestionario de Salud). Se considera *Enfermedad Preexistente* cualquier afección de este tipo o sintomática sometida a asistencia médica y de la que usted ha tenido conocimiento, o de la que habría podido tener razonablemente conocimiento, en el momento de la suscripción del presente contrato.
- EXCLUSIONES:** aquello que no está cubierto por la póliza de seguro. Todas las pólizas conllevan exclusiones de garantías.
- F** **FECHA DE EFECTO:** Fecha de entrada en vigor de la póliza. Dicha fecha consta en el Certificado de seguro.
- HIJO A CARGO:** su hijo (o el de su *Cónyuge*) soltero y a cargo, a efectos tributarios, hasta los 21 años. También están cubiertos los hijos menores de 28 años que cursen estudios aunque no residan en el domicilio familiar, siempre y cuando residan en la misma zona de cobertura que usted.
- N** **NOSOTROS:** APRIL International Care France.
- P** **PAÍS DE COBERTURA:** país(es) que conste(n) en su *Certificado de seguro* como país(es) de destino y país(es) de cobertura.
- PAÍS DE NACIONALIDAD:** país que conste en su pasaporte o cualquier otro documento oficial de identidad en el epígrafe «Nacionalidad».
- PAIS DE ORIGEN:** el país de residencia del asegurado antes de su expatriación, o su país de nacionalidad, diferente del país de expatriación.
- PAÍSES EXCLUIDOS:** por razón de sucesos que podrían acaecer en ellos, la cobertura queda excluida para determinados países. La lista completa de países excluidos se halla disponible en el sitio www.april-international.com o solicitándola sin más en el +33 (0)1 73 02 93 93 por correo electrónico a info.expats@april-international.com. Dicha lista de países excluidos puede verse sujeta a cambios.
- PATOLOGIA:** Afección o enfermedad
- PRIMA:** suma que paga el Adherente en concepto de las garantías que le concede la entidad aseguradora.
- S** **SINIESTRO:** suceso, enfermedad o Accidente que ponga en ejecución la garantía estando vigente la póliza.
- SÍNTOMA:** Manifestación funcional, observable o percibida, que represente la declaración de una enfermedad o de un estado de salud y que permita su diagnóstico.

1.2. DEFINICIONES ESPECÍFICAS DE LA GARANTÍA DE GASTOS SANITARIOS

- A** **ATENCIÓN A DOMICILIO:** atención de enfermería recibida inmediatamente después o sustitutiva de una *Hospitalización* o una

asistencia ambulatoria en el hospital. Esta atención está cubierta si el médico tratante decide que, por razones médicas, una/o enfermera/o debe estar presente en el domicilio del paciente al menos una vez al día. Esta asistencia está sujeta al *Acuerdo previo* de nuestro Médico Asesor.

AUTORIZACIÓN PREVIA: las *Hospitalizaciones* y los actos médicos superiores a 2.000 €/USD están sometidos a la *Autorización previa* de nuestro consejo médico. Por ello, deberá remitirnos un presupuesto detallado y un formulario llamado «*Solicitud de autorización previa*», mínimo 5 días antes de proceder a dichos actos. En caso de *Hospitalización*, le rogamos solicite a su médico que complete el formulario denominado «*Certificado médico confidencial*». Se aplicará una penalidad del 50 % a su reembolso en caso de omitirse dicho trámite.

ASEGURADO (USTED): cada una de las personas físicas beneficiarias de las garantías de gastos sanitarios de la presente póliza. Esto es, *Usted* y aquellos de sus familiares que cumplan con los requisitos para ser asegurados. Y en tal concepto constan en el *Certificado de seguro*. Por «familiares» suyos se entienden el *Cónyuge* y los *Hijos a cargo*.

C CERTIFICADO MÉDICO CONFIDENCIAL: cuestionario médico que es obligatorio devolvemos relleno por su facultativo antes de toda *Hospitalización* (o lo antes posible en caso de *Accidente* o de urgencia) a efectos de recabar nuestra *Autorización previa*. Se aplicará una *Franquicia* del 50 % a su reembolso en caso de omitirse dicho trámite.

CNS: Caisse Nationale de Santé du Luxembourg, el seguro de enfermedad obligatorio de Luxemburgo.

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y EL PARTO: por un lado, se trata de las complicaciones que acaezcan en el transcurso del período prenatal del embarazo, y en atención a ello estarán cubiertos los siguientes supuestos: embarazo ectópico, diabetes gestacional, Preeclampsia, aborto espontáneo, riesgos de aborto espontáneo y mortinato o mola. Asimismo, estarán cubiertas las siguientes patologías, aparecidas durante el parto y que requieran atención obstétrica: hemorragia posparto y retención placentaria.

COSTES RAZONABLES Y HABITUALES: los costes de los gastos sanitarios se consideran razonables y habituales cuando no superan las tarifas que suelen aplicarse a un servicio o tratamiento idéntico en la localidad en que sean prestados. Los gastos médicos varían mucho en función del país, o incluso según los profesionales o centros médicos de una misma localidad: unos aplican tarifas más elevadas que otros, por una calidad de servicio equiparable. Para ahorrarle este tipo de abusos y gracias a nuestro conocimiento exhaustivo de los sistemas de salud locales, tenemos elaboradas bases de datos donde introducimos constantemente tarifas usuales desde más de 20 años y que actualizamos cada año. Si consideramos que una solicitud de reembolso es inapropiada, nos reservamos el derecho a reducir o rechazar su importe.

E ENFERMEDADES GRAVES: accidentes cerebrovasculares, cánceres, diabetes de tipo 1, hepatitis C, infección por VIH, infarto de miocardio, insuficiencia renal crónica terminal, legionelosis, enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Charcot, enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, miocardiopatía, miopatías, poliartritis progresiva crónica, esclerosis múltiple, SIDA.

F FRANQUICIA: importe que tiene que sufragar *Usted* en el pago de un Siniestro

G GASTOS REALES: todos los gastos sanitarios que se le facturen.

H HOSPITALIZACIÓN: estancia (médica o quirúrgica) en un centro hospitalario (público o privado) superior a 24 horas, consecutivamente a un *Accidente* o una enfermedad.

HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO (HAD): es una hospitalización a tiempo completo acto seguido a una estancia hospitalaria, organizada en el domicilio del paciente por un médico coordinador y en colaboración con el hospital donde el paciente ha estado ingresado. El médico coordinador interviene solo o recurre a otros colegas para llevar a cabo actos médicos técnicos y complejos. Organiza las intervenciones de otros profesionales sanitarios, por ejemplo, enfermeros o fisioterapeutas, así como, en su caso, la instalación de dispositivos médicos de supervisión o asistencia, como aparatos respiratorios o de seguimiento de las constantes vitales. Proporcionar medicamentos en la cama del paciente, incluida la quimioterapia, es parte de los servicios de una HAD. Esta asistencia está sujeta al *Acuerdo previo* de nuestro Médico Asesor.

HOSPITALIZACIÓN DIURNA: hospitalización inferior a 24 horas con concesión de cama, pero sin pernoctación en el centro hospitalario.

M MÉDICAMENTE NECESARIO: un servicio que es necesario para el diagnóstico o tratamiento de una afección médica y que se basa en la práctica médica actual generalmente aceptada. Un servicio no se considerará médicamente necesario si se realiza únicamente por conveniencia del proveedor del servicio o del asegurado y/o no es adecuado respecto a los síntomas del asegurado, y/o es superior en extensión, duración o intensidad al grado de asistencia necesario para diagnosticar o tratar de manera apropiada una afección médica.

P PAGO DIRECTO DE GASTOS DE HOSPITALIZACIÓN: puede acogerse al abono directo de sus gastos de *Hospitalización* (*Hospitalización* superior a 24 horas u *Hospitalización diurna*), sin adelantar pago alguno, si tiene *Usted* un seguro desde el primer €/USD o complementario a la CFE, sin perjuicio del estudio de su *Certificado médico confidencial*. Podrá *Usted* acogerse a dicho servicio marcando los números de emergencia que accesible desde su aplicación o presentando su tarjeta de asegurado en el centro hospitalario.

U URGENCIA MÉDICA: toda alteración repentina e imprevisible del estado de salud necesitando una comprobada por una autoridad médica competente, que requiere una atención médica de emergencia (en 48 horas) por lo cual un aplazamiento podría generar una severa agravación del estado de salud.

V VACUNAS PARA VIAJES: vacunas obligatorias o recomendadas según el país de expatriación: Rotavirus (gastroenteritis), Cólera, Encefalitis transmitida por garrapatas, Encefalitis Japonesa, Fiebre Amarilla, Fiebre Tifoidea, Hepatitis A, Hepatitis B, Hepatitis C, Leptospirosis, Meningitis, Rabia, Tuberculosis.

1.3. DEFINICIONES ESPECÍFICAS DE LA GARANTÍA DE AYUDA A LA REPATRIACIÓN

- A** **ACTO DE TERRORISMO O DE SABOTAJE, ATENTADO:** todo acto clandestino que tenga una motivación ideológica y/o política, llevado a cabo individual o colectivamente y dirigido contra personas o entidades públicas o privadas con el fin de:
- perpetrar un acto criminal destinado a atentar contra la vida de terceros;
 - impresionar a la población y crear un ambiente de inseguridad general;
 - desorganizar el funcionamiento del transporte público o trastornar el funcionamiento de empresas o instituciones que fabriquen o transformen bienes o presten servicios.
- AGRESIÓN:** toda lesión corporal sufrida involuntariamente por el *Asegurado*, procedente de un acto voluntario, repentino y brutal de otra persona o grupo de personas.
- ALLEGADO:** toda persona que *Usted* o alguno de sus derechohabientes designe y esté domiciliada en su *País de nacionalidad*.
- ASEGURADO (USTED):** véase la definición del apartado 1.2.
- C** **CONSOLIDACIÓN:** estabilización del estado de salud de una persona víctima de un *Accidente* o que sufra una enfermedad.
- D** **DAÑO CORPORAL:** toda lesión física que sufra una persona.
- E** **EQUIPAJES:** bolsas de viaje, maletas, efectos u objetos personales del *Asegurado* que éstas contengan, así como todo otro objeto facturado por un transportista.
- EQUIPO MÉDICO:** estructura adecuada para cada caso concreto y definido por el médico regulador de Europ Assistance France.
- F** **FAMILIAR:** su *Cónyuge*, hijo, hermano, hermana, padre, madre, suegros, nietos, abuelos o su tutor legal domiciliados en su *País de nacionalidad*.
- FUERZA MAYOR:** cualquier circunstancia imprevisible, irresistible y ajena.

1.4. DEFINICIONES ESPECÍFICAS DE LA GARANTÍA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PRIVADA

- A** **ASEGURADO:** véase la definición del apartado 1.2.
- D** **DAÑOS CORPORALES:** daños a la integridad física de las personas.
- DAÑOS INMATERIALES:** todo daño que no sea corporal y material y que sea consecuencia directa e inmediata de *Daños corporales* o *materiales* asegurados.
- DAÑOS MATERIALES:** daños a la estructura o a la sustancia de la cosa y resultantes de un suceso cubierto por garantía.
- F** **FRANQUICIA:** véase la definición del apartado 1.2.
- R** **RESPONSABILIDAD CIVIL:** obligación legal que toda persona tiene de reparar los daños causados a terceros.

1.5. DEFINICIONES ESPECÍFICAS DE LA GARANTÍA DE CAPITAL POR FALLECIMIENTO Y PÉRDIDA TOTAL IRREVERSIBLE DE AUTONOMÍA

- A** **ASEGURADO (USTED):** El *Asegurado* principal y/o su *cónyuge* si éste es si mismo expatriado.
- B** **BENEFICIARIO:** persona(s) física(s) escogida(s) por el *Asegurado* para recibir un capital en caso de fallecimiento. Salvo disposición en contrario vigente a la fecha de fallecimiento del *Asegurado*, el capital garantizado corresponderá a su *Cónyuge* supérstite no divorciado ni separado judicialmente o pareja de hecho supérstite legalmente constituida; en su defecto, a sus hijos nacidos o por nacer, vivos o representados a efectos sucesorios; y, en su defecto, a sus demás herederos. Si el *Asegurado* desea que el capital garantizado no se adjudique según la cláusula que antecede o si, durante la vigencia de la póliza, desea designar a uno o varios *Beneficiarios* más, deberá designarlos a su libre elección y declararlos a la aseguradora. Dicha designación podrá otorgarse en instrumento privado o escritura pública. Para evitar todo riesgo de homonimia y facilitar la búsqueda del *Beneficiario* o *Beneficiarios* designados, el *Asegurado* deberá aportar respecto a cada uno de ellos todas aquellas aclaraciones que posibiliten su identificación exacta, y en especial su nombre, apellidos, fecha y lugar de nacimiento. Le informamos de que, al adherirse o en caso de cambio posterior de su designación, ponemos a disposición de los *Asegurados* un impreso titulado «Designación de *Beneficiario*» que contiene recomendaciones de interés acerca de la adjudicación del beneficio del seguro por fallecimiento. **Toda designación o cambio de designación no puesto en nuestro conocimiento no surtirá efecto frente a Nosotros. Advertimos al Asegurado de la necesidad de actualizar periódicamente su designación de Beneficiario(s) de libre elección.** Con la conformidad del *Asegurado*, toda adjudicación en calidad de *Beneficiario* podrá ser objeto de aceptación, al término de un plazo de al menos 30 días desde la fecha de efecto de la adhesión a la póliza cuando la designación se efectúe a título gratuito.
- Mientras el *Asegurado* permanezca en vida, dicha aceptación deberá formalizarse bien mediante un apéndice firmado por la aseguradora, el *Asegurado* y el *Beneficiario* o bien mediante escritura pública o instrumento privado firmado por el *Asegurado* y el *Beneficiario*. La aceptación sólo será oponible a la entidad aseguradora en caso de habersele notificado por escrito. La justificación de tal notificación corresponderá a la persona que vaya a beneficiarse. **Se advierte de que la adjudicación otorgada en favor de un Beneficiario determinado será irrevocable una vez aceptada por éste en los términos que anteceden.**
- Un instrumento privado es un documento de redacción libre, elaborado por una de las partes del mismo y firmado por todos sus participantes. Deberá haber tantos originales como participantes. El instrumento privado podrá estar o no registrado en la oficina tributaria competente. Una escritura pública es un documento otorgado ante un fedatario público y firmado ante éste por todas las partes del mismo. La apertura del derecho de los *Beneficiarios* al capital garantizado estará supeditada a su supervivencia dos días después de la fecha de fallecimiento del *Asegurado*. Para la garantía por pérdida total e irreversible de autonomía, el *Beneficiario* es el *Asegurado*.

1.6. DEFINICIONES ESPECÍFICAS DE LA GARANTÍA DE INDEMNIZACIÓN POR BAJA LABORAL POR CAUSA MÉDICA

- A** **ASEGURADO (USTED):** El *Asegurado* principal y/o su *cónyuge* si éste es si mismo expatriado.
- C** **CONSOLIDACIÓN:** estabilización duradera del estado de salud del *Asegurado*, que no evolucione ni a mejora ni a

empeoramiento.

El estado de salud se considerará asimismo consolidado siempre que resulte posible valorar el grado de invalidez permanente total o parcial.

F

FRANQUICIA: período de baja laboral que no abre derecho al pago de indemnizaciones por la entidad aseguradora.

2. GARANTÍAS Y TERRITORIALIDAD DE LA PÓLIZA

2.1 ¿QUÉ GARANTÍAS CUBRE SU PÓLIZA?

La adhesión a la presente póliza le garantiza, con arreglo a las ofertas y garantías seleccionadas, una cobertura de gastos sanitarios:

- desde el primer €/USD **o bien**
- complementaria a la CFE (Caisse des Français de l'Étranger) **o bien**
- complementaria a la Seguridad Social francesa (y cualquier régimen obligatorio francés).
- complementaria a la CNS (Caisse Nationale de Santé du Luxembourg)

La garantía de ayuda a la repatriación básica está incluida en su garantía de gastos sanitarios. Además, puede suscribir las siguientes garantías opcionales:

- Ayuda a la repatriación completa y responsabilidad civil privada;
- Capital por fallecimiento y pérdida total e irreversible de autonomía;
- Indemnización por baja laboral por causa médica (esta garantía conlleva la selección previa de la garantía de capital por fallecimiento y pérdida total e irreversible de autonomía).

Se pueden suscribir únicamente la garantía de ayuda a la repatriación (básica y completa) y la responsabilidad civil (vida privada).

2.2 ¿DÓNDE ESTÁ USTED CUBIERTO?

En cuanto a la garantía de gastos sanitarios y ayuda a la repatriación básica:

Las garantías tienen validez todo el año en los *Países de cobertura* que consten en su *Certificado de seguro*.

Las garantías también son válidas todo el año en la(s) zona(s) de cobertura en la(s) que están los *Países de cobertura* que consten en su *Certificado de seguro*.

Hay que 6 zonas de cobertura:

Zona 1: Japón, Singapur.

Zona 2: Brasil, Chile, China, Hong Kong, Reino Unido, San Bartolomé, San Martín, Suiza.

Zona 3: Alemania, Andorra, Armenia, Australia, Austria, Azerbaiyán, Bielorrusia, Camboya, Canadá Chipre, Costa Rica, Dinamarca, Emiratos Árabes Unidos, Ecuador, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Feroe (Islas), Finlandia, Georgia, Gibraltar, Grecia, Hungría, Islas Vírgenes Británicas, Irlanda, Islandia, Israel, Italia, Letonia, Liechtenstein, Lituania, Malta, México, Moldavia, Noruega, Nueva Zelanda, Países Bajos, Polonia, República Checa, San Marino, Suecia, Svalbard y Jan Mayen, Taiwán, Tailandia, Vaticano, Venezuela

Zona 4: Bélgica, Francia y Francia de ultramar (Guadalupe, La Reunión, Martinica, Mayotte y Guayana Francesa), Luxemburgo, Mónaco

Zona 5: Todos los países no listados en las zonas 0,1,2,3 y 4.

Además, independientemente del área de cobertura elegida, las prestaciones son válidas en todo el mundo (incluso en su País de nacionalidad si no está en su área de cobertura) en caso de Accidente o Emergencia Médica durante estancias temporales, por razones no médicas, que no superen los 90 días consecutivos.

Situación particular: Si el país de destino es Bélgica, Luxemburgo o Mónaco, la cobertura se extiende a Italia y Francia para los tratamientos programados y de urgencia.

En la zona de cobertura 5: las garantías tienen validez todo el año en los países de la zona 5 (incluido su País de nacionalidad si está situado en dicha zona). Se amplían en Francia (incluido D.R.O.M.) para estancias temporales no superiores a 90 días consecutivos. Nota: la atención prestada en Francia en clínicas y hospitales privados estará cubierta hasta los *Costes razonables y habituales*. Asimismo, las garantías tienen validez en caso de *Urgencia médica o Accidente* en las estancias temporales inferiores a 90 días consecutivos en las zonas 0, 1, 2, 3 y 4 (incluido su País de nacionalidad si se encuentra en alguna de dichas zonas).

Si el adherente planea una estancia superior a 90 días consecutivos fuera de los países de cobertura, deberá informar APRIL con el fin de adaptar su prima al nuevo país de cobertura.

En cuanto a las garantías de ayuda a la repatriación completa, responsabilidad civil privada, capital por fallecimiento, pérdida total e irreversible de autonomía e indemnización por baja laboral por causa médica:

Las garantías gozan de validez todo el año en el mundo entero (incluido su *País de nacionalidad*), salvo *Países excluidos*.

En función de los acontecimientos que puedan tener lugar, se excluye la cobertura de determinados países.

La lista completa de *Países excluidos* puede consultarse en el sitio web www.april-international.com o solicitarse llamando al +33 (0)1 73 02 93 93 o por correo electrónico a info.expat@april-international.com. Esta lista de países excluidos está sujeta a cambios.

3. ¿QUIÉNES PUEDEN SER BENEFICIARIOS DE LA PÓLIZA?

Para poder acogerse a esta póliza, debe *Usted*:

- > tener una edad, en la *Fecha de efecto* de la póliza:
 - entre 16 y 64 años para la asistencia sanitaria, la asistencia a la repatriación y la cobertura de la responsabilidad civil en las zonas 0, México y Tailandia,
 - entre 10 y 70 años para la asistencia sanitaria, la asistencia a la repatriación y la cobertura de la responsabilidad civil en las zonas 1 y 2,
 - entre 10 y 74 años para la asistencia sanitaria, la asistencia a la repatriación y la cobertura de la responsabilidad civil en las zonas 3, 4 y 5 (excepto México y Tailandia),

Las edades mínimas para la cobertura sanitaria, la asistencia de repatriación y la responsabilidad personal sólo se aplican a los niños asegurados solos en una póliza. Puede asegurar a sus hijos por debajo de estas edades mínimas siempre que usted esté asegurado.

- > entre 18 y 65 años para las garantías de Capital por fallecimiento y pérdida total e irreversible de autonomía y la garantía de Indemnización por baja laboral por causa médica
- > en el caso de garantías complementarias a la CFE (Caisse des Français de l'Étranger) o a la Seguridad Social, estar afiliado a la CFE y dado de alta en el régimen de enfermedad / maternidad y en el de accidentes laborales de la CFE o estar dado de alta en la Seguridad Social francesa (o régimen homólogo francés) durante la vigencia de la póliza.
- > para las prestaciones adicionales al CNS, estar afiliado al CNS y beneficiarse del régimen de enfermedad/maternidad en esta calidad,
- > para las garantías de capital por fallecimiento y pérdida total e irreversible de autonomía e indemnización por baja laboral por causa médica, adjunte a su adhesión una copia de su documento de identidad (documento nacional de identidad o pasaporte);
- > en cuanto a la garantía de indemnización por baja laboral por causa médica, ejercer una actividad laboral no sujeta a ordenación del tiempo o las condiciones de trabajo por razones de salud;
- > haber cumplido con los trámites médicos previstos en la póliza y, en particular, haber rellenado y firmado el Cuestionario de salud como máximo 3 meses antes de la *Fecha de efecto*.

Supuesto especial en caso de destino a Francia (D.R.O.M. Incluidos) – Protección Universal por Enfermedad (PUMA)

Si reside *Usted* en Francia de forma estable e ininterrumpida durante más de 3 meses y/o ejerce en Francia una actividad por cuenta ajena o propia, puede acogerse a la protección universal por enfermedad, que le garantiza el derecho a cobertura de sus gastos sanitarios por parte de la Seguridad Social francesa.

Si suscriba una póliza de APRIL con reembolso de gastos desde el primer euro y posteriormente cumple los requisitos de cobertura de PUMA, podremos modificar su póliza para ofrecerle una cobertura complementaria a dicha PUMA.

Es *Usted* quien debe comprobar si es destinatario y cumple los requisitos de PUMA. Para más información acerca de las condiciones de afiliación, visite: <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/principes/protection-universelle-maladie>.

Asimismo podrán quedar cubiertos por esta póliza aquellos de sus familiares que figuren en el *Certificado de seguro* y cumplan los siguientes requisitos:

En cuanto a las garantías de gastos sanitarios, ayuda a la repatriación y responsabilidad civil privada:

- > su *Cónyuge*;
- > sus *Hijos a cargo*.

Agregar a un Hijo a cargo al contrato:

- > ***Sí usted tiene cobertura de Maternidad desde al menos 12 meses consecutivos:***
 - > Para que su hijo quede cubierto al nacer sin formalidad médica, envíenos su solicitud de afiliación junto a un **certificado de nacimiento dentro de los 30 días posteriores** al nacimiento.
 - > **Pasado este plazo**, se afiliará al recién nacido **a reserva de la aceptación de nuestro servicio médico:**
 - o Se le pedirá un **cuestionario de salud** y un **certificado de hospitalización por parto**.
 - o La adhesión del recién nacido solo podrá ser efectiva, como plazo mínimo, a partir del día siguiente a nuestra *Aceptación médica*.

A tener en cuenta: si es necesario un estudio en profundidad, la adhesión se hará efectiva, como plazo mínimo, a partir del día de la aceptación de las condiciones particulares comunicadas.

- > ***Sí usted no tiene cobertura de Maternidad (o la tiene desde menos de 12 meses):*** envíenos su solicitud de afiliación junto a un **cuestionario de salud** y un **certificado de hospitalización por parto**. La adhesión del recién nacido solo podrá ser efectiva, como plazo mínimo, a partir del día siguiente a nuestra *Aceptación médica*.

A tener en cuenta: si es necesario un estudio en profundidad, la adhesión se hará efectiva, como plazo mínimo, a partir del día de la aceptación de las condiciones particulares comunicadas.

Para los recién nacidos por gestación subrogada, así como para los menores adoptados tutelados por un centro o una familia de acogida, tenga en cuenta que la afiliación estará sujeta a un estudio médico completo y podrá requerirse un cuestionario o un certificado médico de salud. La cobertura comenzará en la fecha de aceptación, a reserva del acuerdo emitido y de las condiciones de aceptación transmitidas.

La adhesión se basa en sus declaraciones y las del Adherente y en la buena fe de las partes.

La adhesión está supeditada a nuestra aceptación médica. Nos reservamos la posibilidad de solicitar trámites médicos complementarios con arreglo a las respuestas dadas en el Cuestionario de salud.

Si usted (o un familiar suyo) presenta un riesgo agravado, podremos (profesional o médico) vernos en la necesidad de establecer condiciones particulares para aceptarle, o bien de rechazarle.

4. FECHA DE EFECTO, DURACIÓN Y RENUNCIA A LA PÓLIZA

4.1 ¿CUÁNDO ENTRA EN VIGOR LA PÓLIZA?

Su fecha de suscripción corresponde a la *Fecha de efecto* de entrada en vigor de las garantías, que usted ha indicado en su Solicitud de adhesión. Esta se aplica muy pronto el día de recepción del expediente de adhesión completo (incluyendo la Solicitud de adhesión y el Cuestionario de salud de todos los Asegurados rellenados y firmados), con la condición suspensiva del pago de la primera Prima. Si su expediente requiere un estudio médico, su póliza dará comienzo como muy pronto el día de su aceptación médica. Si ha optado por una cobertura complementaria a la CFE o la Seguridad Social francesa, su cobertura será efectiva siempre que sus derechos correspondientes al régimen básico estén en vigor.

Su *Fecha de efecto* en vigor aparece en el Certificado de seguro que se pone a su disposición a través del acceso seguro a su Espacio Cliente.

4.2 PLAZOS DE CARENCIA APLICABLES A LA PÓLIZA

Las garantías surten efecto para cada uno de los *Asegurados* en la *Fecha de efecto* de la póliza, sin perjuicio de la aplicación de los *Plazos de carencia* siguientes con respecto a la garantía de gastos sanitarios:

- > 3 meses en el caso de los gastos de salud dental, de periodoncia y de endodoncia;
- > 6 meses en el caso de los gastos de prótesis y de implantes dentales, de ortodoncia, de óptica (lentillas, montura, cristales y tratamiento de la miopía por láser);
- > 12 meses para los gastos relacionados con la maternidad y con la reproducción médicamente asistida.

Todos los gastos asumidos por tratamientos o actos prescritos con anterioridad a la *Fecha de efecto* de la póliza o durante los *Plazos de carencia* están definitivamente excluidos de las garantías y no abren derecho a prestación alguna. Los *Plazos de espera* pueden derogarse previo estudio para *Médecin-Conseil* (excluyendo maternidad) si acredita *Usted* haber sido beneficiario de garantías de «gastos sanitarios» al menos equivalentes a las de la póliza *MyHealth International* durante el mes anterior a la fecha de entrada en vigor de la póliza.

Dicha abrogación de los *Plazos de carencia* está sometida a nuestra conformidad previo estudio del Certificado de cancelación que nos haya remitido *Usted* acompañado del desglose de las garantías de las que fuera *Usted* beneficiario con anterioridad.

4.3 DURACIÓN DE LA COBERTURA Y RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA

La adhesión a la presente póliza es efectiva por un período de 12 meses. La adhesión se renovará por tática reconducción en la fecha de aniversario de su póliza, por un plazo de un año, siempre que los convenios suscritos con las aseguradoras de la póliza permanezcan vigentes.

Podrá *Usted* renovar sus garantías cada año cualesquiera que sean su edad, estado de salud o la magnitud de sus gastos médicos. La adhesión a las garantías de gastos sanitarios ayuda a la repatriación y responsabilidad civil privada es válida durante tanto tiempo como *Usted* desee; es decir, las aseguradoras no podrán rescindir su póliza salvo en los casos mencionados en el apartado 4.4.

Nos comprometemos a informar al Adherente de toda modificación de las garantías, grados de reembolso, exclusiones y condiciones de gestión de la póliza (tres meses antes de cada vencimiento anual), así como de toda modificación tarifaria (dos meses antes de cada vencimiento mensual). La *Prima* podrá variar en la fecha de aniversario de su póliza según su edad, *País de cobertura*, grado de garantías o de *Franquicia* o de *reembolso*.

Todo cambio aportado a la cobertura ofrecida o a las condiciones de gestión de la póliza surtirá efecto en la fecha de aniversario de la póliza. A falta de respuesta por su parte en un plazo de 30 días, la póliza se renovará automáticamente por un plazo de un año, con la condición suspensiva del pago correspondiente.

4.4 CESE DE LAS GARANTÍAS DE LA PÓLIZA

- a) en caso de rescisión en la fecha de vencimiento anual (fecha aniversario del contrato) por parte del Suscriptor de acuerdo con el artículo L.113-12 del Código de Seguros, con 60 días de antelación;
- b) en caso de rescisión infra-anual por parte del Suscriptor, en cualquier momento tras 12 meses de suscripción. Su rescisión entrará en vigor 30 días después de la recepción de la notificación;
- c) en caso de rescisión 30 días después de la recepción de las nuevas condiciones de cobertura;

Para ejercer su derecho de rescisión, el Suscriptor puede notificar su solicitud a APRIL International Care France por las siguientes vías:

- correo postal o certificado a la siguiente dirección: Service Courrier - 1 rue du Mont - CS 80010 - 81700 Blan - FRANCIA;

- a través del formulario de contacto disponible en su Espacio Cliente seleccionando el motivo "Pedir una rescisión";
- o por correo electrónico a care@april-international.com;

o en su defecto por cualquier otro medio previsto en el artículo L.113-14 del Código de Seguros.

- d) en caso de impago de las Primas (remítase al apartado 5.4);
- e) en caso de denuncia rescisoria del convenio por la aseguradora o la Association des Assurés APRIL al vencimiento anual (en cuyo caso dicha Asociación se compromete a informar de ello a cada Adherente);
- f) tan pronto como deje Usted de cumplir con los requisitos para ser asegurado (remítase al apartado 3). La rescisión operará al término del período vigente y a más tardar en un plazo de 30 días una vez recibida la notificación, siempre que conste la recepción de un justificante;
- g) en caso de suscribirse una cobertura complementaria a la CFE o la Seguridad Social francesa, tan pronto como deje Usted de estar afiliado a la CFE o la Seguridad Social francesa (o a un régimen homólogo francés). En tal caso, la rescisión surtirá efecto un mes después de la notificación escrita recibida por nuestro Servicio de Atención al Cliente;
- h) una vez que cumpla Usted la edad de 65 años en el caso de garantías de capital por fallecimiento, pérdida total e irreversible de autonomía e indemnización por baja laboral por causa médica y Exoneración del pago de la prima.
- i) cuando deje Usted expatriado, presentando un documento oficial que lo acredite (por ejemplo, un certificado de afiliación a la Seguridad Social de su País de nacionalidad o una copia de su nuevo contrato laboral). La rescisión surtirá efecto como muy pronto el 1 del mes siguiente al de la recepción de su solicitud acompañada del justificante oficial;

En caso de rescisión por parte del asegurador o de la Asociación en el supuesto previsto en el apartado e), el asegurador se compromete a ofrecer, a petición del Adherente, un contrato de mantenimiento individual de las garantías de gastos sanitarios equivalentes a las vigentes en la fecha de rescisión, previo pago de la cotización indicada por el asegurador. Transcurrido un plazo de 2 años a partir de la fecha efectiva de su adhesión al contrato, las mismas disposiciones son aplicables a las garantías de capital por deceso y pérdida total e irreversible de autonomía e indemnización de baja laboral por causas médicas.

Sanciones en caso de falsa declaración

Tanto si se trata de declaraciones que hayan de hacerse en la adhesión o de las que deban hacerse estando vigente la póliza, toda reticencia o falsa declaración intencionada, toda omisión o declaración inexacta en la declaración del riesgo, conllevará la aplicación, según los casos, de lo dispuesto en los artículos L.113-8 y L.113.9 del Código de Seguros francés. Por añadidura, toda omisión, reticencia, falsa declaración intencionada o no en la declaración del Siniestro, omisión de declaración de otros seguros acumulativos, empleo como justificantes de documentos inexactos, o uso de medios fraudulentos, expone al Asegurado y al Adherente a una privación de garantías y a la rescisión de la póliza.

Nos reservamos la facultad de actuar por vía judicial para obtener la reparación del perjuicio que se nos haya causado. Se le solicitará la devolución de todas aquellas prestaciones que se le hayan abonado indebidamente en virtud de esta póliza.

4.5 ¿CÓMO SE RENUNCIA A LA PÓLIZA?

La firma de la Solicitud de adhesión no constituye un compromiso definitivo para el Adherente.

Si el Adherente formaliza la adhesión a raíz de una propuesta de contratación a domicilio:

Se aplicarán las siguientes disposiciones, recogidas en el artículo L.112-9-I. del Código de Seguros francés: *«Toda persona física a quien se le proponga una contratación en su domicilio, su residencia o su lugar de trabajo, y que con arreglo a ello firme una propuesta de seguro o una póliza con fines ajenos al marco de su actividad comercial o profesional, tiene la facultad de renunciar a ella por carta certificada con solicitud de acuse de recibo durante un plazo de catorce días naturales completos contados desde el día de otorgamiento de la póliza, sin necesidad de justificar motivos ni sufragar penalización alguna. (...) Una vez que haya tomado conocimiento de un siniestro cubierto por la garantía de la póliza, el suscriptor ya no podrá ejercer dicho derecho de renuncia».*

Si el Adherente ha formalizado la adhesión a distancia (por teléfono o Internet):

El Adherente tiene la posibilidad de renunciar a su adhesión en un plazo de 14 días contados desde el día del establecimiento del contrato.

En cuanto a las garantías de capital por fallecimiento, pérdida total e irreversible de autonomía e indemnización por baja laboral por causa médica:

La firma de la Solicitud de adhesión no constituye un compromiso definitivo para el Adherente. El Adherente puede renunciar a su adhesión en un plazo de 30 días desde la fecha de recepción del *Certificado de seguro*. La renuncia hace que desaparezca con carácter retroactivo la póliza, que se considerará no haber existido nunca. En este caso, se reembolsarán al Adherente los importes que haya abonado, si los hubiere, en un plazo de entre 30 y 90 días contados desde la fecha de recepción de la solicitud. Si el Asegurado solicita la ejecución de las garantías durante dicho plazo de 30 días, el derecho de renuncia dejará de ser aplicable.

En todos los casos, para ejercer dicho derecho de renuncia:

El Adherente debe informarnos de su decisión de renuncia a la póliza por medio de una declaración desprovista de ambigüedad dentro del plazo antedicho.

Para ello basta con rellenar el formulario de renuncia de la página 25 o con remitir a APRIL International Care France una

carta redactada conforme a esta plantilla:

«D./Dña..... (nombre y apellidos, dirección), suscrito/a,
declara renunciar a su adhesión a la póliza «MyHealth Internacional» n.º.....
Dado en el día
Firma

En caso de renuncia, el *Adherente* sólo estará sujeto al pago de la *Prima* correspondiente al período en que se corrió el riesgo, período que se calculará hasta la fecha de la rescisión. Es nuestra obligación reembolsar al *Adherente* el saldo restante a más tardar en un plazo de treinta días desde la fecha de rescisión.

No obstante, la totalidad de la *Prima* se adeudará si el *Adherente* ejerce su derecho de renuncia cuando un *Siniestro* que ponga en ejecución la garantía de la póliza se haya producido durante el plazo de renuncia.

5. PRIMAS

La adhesión a esta póliza no le exime de las primas correspondientes al régimen obligatorio a que pudiera estar adscrito y que deba abonar.

5.1 ¿CÓMO SE DETERMINA EL IMPORTE DE LAS PRIMAS?

La *Prima* se actualiza cada año en la fecha de aniversario de la póliza de acuerdo con la edad del *Asegurado*.

La edad del *Asegurado* que se computa para las *Primas* del primer año es la edad del *Asegurado* a la *Fecha de efecto* de la póliza. En cada año subsiguiente, la edad del *Asegurado* que se computa para las *Primas* es la edad del *Asegurado* en la fecha de aniversario de la póliza.

Los impuestos vigentes a cargo del *Adherente* están incluidos en la *Prima*. Todo cambio del tipo impositivo de tales impuestos conllevará una modificación del importe de la *Prima*. La divisa seleccionada en la adhesión determina la divisa de gestión de su póliza, tanto para el pago de las primas como para los reembolsos. En caso de optar por una cobertura complementaria a la CFE o la Seguridad Social francesa, no está disponible el dólar estadounidense.

La *Prima* puede actualizarse en la fecha de aniversario de la póliza con arreglo a los resultados técnicos del grupo asegurado. La composición del grupo considera la edad alcanzada, la profesión, el país de residencia y las garantías y modalidades seleccionadas. El estado de salud del *Asegurado*, así como su gasto médico, no computan a la hora de determinar su *Prima*.

En caso de modificación del grado de cobertura seleccionado en la adhesión a instancias del *Adherente*, se computará a efectos de la *Prima* la edad del *Asegurado* en la fecha de entrada en vigor de dicha modificación.

5.2 FORMAS DE PAGO

Las *Primas* son pagaderas por adelantado en euros o dólares estadounidenses, anualmente, semestralmente, trimestralmente, o mensualmente, según la forma de pago que haya escogido el *Adherente*:

- > tarjeta bancaria - Paypal
- > mediante cheque si la divisa es el euro
- > transferencia bancaria (los gastos de transferencia corren a cargo del *Adherente*)
- > domiciliación SEPA (cuenta en euros domiciliada en un país de la zona SEPA). No disponible si la divisa es el dólar estadounidense. El pago mensual sólo está disponible en caso de domiciliación SEPA y no está disponible para el pago de la primera prima.

5.3 ¿QUÉ SUCEDE EN CASO DE IMPAGO DE PRIMAS?

De no pagarse una *Prima* en 60 días desde su vencimiento, remitiremos al *Adherente* una carta certificada de requerimiento. Dicha carta conllevará la suspensión de las garantías. Tras un nuevo plazo de 10 días, resolveremos de pleno derecho la póliza. Asimismo, podremos reclamar por vía judicial el pago de las *Primas* pendientes de abono.

En caso de requerimiento por impago, pasará a ser exigible de inmediato la *Prima* correspondiente a todo el año, con arreglo al Código de Seguros francés.

Le informamos de que el impago y la rescisión de la póliza por impago no hacen desaparecer la deuda. Haremos cuanto esté en nuestra mano para obtener el pago de las *Primas* pendientes y podremos recurrir a una empresa especializada en el cobro de efectos impagados de ámbito internacional. Los recargos por gastos de gestión correspondientes a nuestras acciones o las de nuestros proveedores correrán de cuenta del *Adherente*.

En caso de pago del importe que aparezca en la carta de requerimiento, tras suspensión de las garantías y antes de la rescisión, las garantías volverán a entrar en vigor el día siguiente al del pago, a mediodía (12.00).

Los gastos asumidos durante el período de suspensión de las garantías no podrán dar lugar a reembolso alguno amparándose en la presente póliza, ni siquiera una vez abonada la *Prima*.

6. EVOLUCIÓN DE SU PÓLIZA

6.1 ¿CÓMO MODIFICAR LA PÓLIZA?

El *Adherente* puede modificar la zona, las garantías, la fórmula, la moneda y las opciones elegidas inicialmente.

Esta solicitud puede someterse a estudio por parte del asegurador, y el *Adherente* podrá estar sujeto a nuevas formalidades médicas previstas en el contrato.

- a) En caso de modificación del importe de la Franquicia anual, el nivel de reembolso (90%/80%/100%) o la moneda del contrato:
- la modificación entra en vigor en la próxima fecha de aniversario del contrato, a reserva de aceptación de la aseguradora
- b) En caso de modificación del tipo de cobertura, garantías, zonas, fórmula:
- la modificación entra en vigor no antes al final del período en curso previa recepción de la solicitud de modificación y a reserva de aceptación de la aseguradora.
 - el cambio a un nivel superior de una garantía, fórmula o zona de cobertura es efectivo por un periodo mínimo de 12 meses consecutivos.
 - el cambio a una fórmula que ofrezca importes de reembolso inferiores solo es posible después de 1 año de adhesión a la fórmula anterior (excepto en caso de modificación de la situación familiar o de cambio de país de residencia).
 - los importes fijos (dental, óptica, etc.) no son acumulables en caso de cambio de fórmula de gastos sanitarios durante la adhesión.

El Adherente puede modificar en todo momento las garantías, zonas y modalidades que hubiera escogido inicialmente. La entrada en vigor se producirá como muy pronto en un plazo de 30 días una vez recibida su solicitud de modificación, salvo que solicite modificar el importe de la Franquicia anual, del grado de reembolso o la divisa de la póliza. En estos tres casos, la modificación surtirá efecto en la próxima fecha de aniversario de la póliza.

En caso de aumento de las garantías o de cambio de una zona de cobertura por otra superior, podrá someterse a los trámites médicos adicionales que prevea la póliza. Las solicitudes de modificación serán efectivas durante un plazo mínimo de 12 meses consecutivos.

Se advierte no obstante de que el cambio por una modalidad que ofrezca importes de reembolso inferiores será posible únicamente tras un año de adhesión a la modalidad anterior (salvo en caso de cambio de su estado civil o de su País de destino). En caso de cambio de modalidad de cobertura de gastos sanitarios estando vigente la póliza, los módulos (dental, óptica [...]) sujetos a tope no son acumulativos.

6.2 ¿QUÉ INFORMACIÓN DEBE PONER EN NUESTRO CONOCIMIENTO?

El *Asegurado* y el *Adherente* deben informarnos por escrito de todo cambio de estado, situación, dirección (**por defecto, la correspondencia remitida a la última dirección conocida surtirá todos los efectos**), así como en caso de cambio de actividad profesional o de cese de actividad profesional.

7. ¿QUÉ CUBRE LA PÓLIZA Y CÓMO ACOGERSE A LAS COBERTURAS?

Seguros acumulativos:

Los reembolsos de la entidad aseguradora y de toda entidad pública o privada no podrán exceder el importe de los gastos realmente abonados. Las garantías acumulativas surten efectos dentro del límite de cada garantía, cualquiera que sea su fecha de suscripción. Dentro de dicho límite, puede *Usted* obtener la indemnización dirigiéndose a la entidad de su elección.

BAJO PENA DE PRIVACIÓN DE DERECHOS, DEBE USTED DECLARAR LOS SEGUROS ACUMULATIVOS. DICHA OBLIGACIÓN ES VÁLIDA DURANTE TODA LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

La limitación de los reembolsos al importe de los gastos realmente abonados la determina la aseguradora para cada concepto o acto garantizado.

Es *Usted* beneficiario de las siguientes garantías, siempre que consten en su *Certificado de seguro*.

7.1 GASTOS SANITARIOS

Los gastos sanitarios se cubrirán dentro del límite de los *Gastos reales* y de los *Costes razonables y habituales*, teniendo presente el país/ciudad en el que se hayan efectuado.

Ponemos a su disposición una red de profesionales de salud que cobran gasto con *Costos razonables y habituales*. Si *Usted* recibe tratamiento en un hospital o de un profesional sanitario que no es miembro de la red APRIL International, estará sujeto a una penalidad del 20% aplicable al importe de su reembolso si el costo de su tratamiento supera las normas locales (excepto en caso de urgencias vitales).

Encontrará información sobre la red sanitaria de APRIL International

- en su Guía del Asegurado y en su aplicación móvil Easy Claim

- con nuestros equipos: están a su disposición para ayudarle en todas sus tramites respectoa su salud.

7.1.1 TIPOS DE REEMBOLSOS Y SUS IMPORTES

En caso de cobertura complementaria a la CFE, a la CNS o a un régimen de seguro básico francés, solo se garantizan los gastos sanitarios cubiertos por esta organización.

Los reembolsos de APRIL International se realizan previa deducción de los reembolsos realizados por una de las organizaciones mencionadas y dentro de los límites de las garantías suscritas. Estos límites se expresan con la participación del régimen de seguro básico francés al que Usted esté suscrito (Seguridad Social francesa o régimen francés equivalente), la CFE o la CNS.

El reembolso integral se aplica únicamente para determinadas disposiciones no cubiertas por su seguro básico pero previstas en el cuadro de garantías (ver Anexo 1):

- habitación particular
- cama de acompañamiento para menores de 18 años
- consultas con psicoterapeutas
- medicina alternativa: osteopatía, quiropráctica, ergoterapia, psicomotricidad, etiópatas, homeópatas, acupuntores, fitoterapeutas y medicina tradicional china
- consultas con logopedas
- consultas con dietistas
- importe fijo para automedicación
- teleconsulta
- ciertos tratamientos dentales (por ejemplo implantes)
- lentes de contacto no cubiertas por el organismo mencionado.

Los gastos se reembolsarán concepto por concepto según la oferta, las garantías y el grado de reembolso escogidos, con arreglo a la tabla de garantías (véase Anexo 1). Para los gastos sanitarios facturados en divisa distinta del euro o el dólar estadounidense, el tipo de cambio aplicado será el vigente a la fecha de acaecimiento del *Siniestro*. Sólo podrán indemnizarse los gastos correspondientes a actos practicados durante el período de cobertura.

Ponemos a su elección cinco ofertas de cobertura de gastos sanitarios de acuerdo con su grado de exigencia: Emergency, Basic, Essential, Comfort y Premium. La fórmula Basic no está disponible para una cobertura en la zona 0. Según cada oferta, el *Adherente* puede elegir entre las siguientes garantías:

Emergency

Hospitalización y ayuda a la repatriación básica

Basic

Hospitalización y ayuda a la repatriación básica

Hospitalización y ayuda a la repatriación básica + Medicina corriente

Hospitalización y ayuda a la repatriación básica + Medicina corriente + salud Óptica y Dental

Essential, Comfort y Premium:

Hospitalización y ayuda a la repatriación básica

Hospitalización y ayuda a la repatriación básica + Medicina corriente

Hospitalización y ayuda a la repatriación básica + Medicina corriente + salud Óptica y Dental

Hospitalización y ayuda a la repatriación básica + Medicina corriente + Maternidad

Hospitalización y ayuda a la repatriación básica + Medicina corriente + Maternidad + salud Óptica y Dental

Las garantías de maternidad de la fórmula Essential solo están disponibles en caso de elección de cobertura en las zonas 3, 4 y 5.

La oferta, las garantías, el grado de *Franquicia* y el grado de reembolso que seleccione el *Adherente* se harán constar en su *Certificado de seguro*.

Topes:

El importe acumulado de los reembolsos realizados por el organismo asegurador tiene un límite en las fórmulas Emergency, Basic y Essential en todas las zonas de cobertura. Las fórmulas Comfort y Premium están sujetas a límites únicamente en las zonas 0 y 1 (ver apartado 2.2).

Los límites de reembolso se expresan por asegurado y por año de seguro en el importe indicado en el cuadro de garantías para cada una de las fórmulas (ver Anexo 1).

En caso de cobertura complementaria a la CFE o a un régimen asegurador básico francés:

Del reembolso efectuado por la aseguradora se deducirá toda indemnización o prestación de igual naturaleza abonada por la CFE, la CNS o la Seguridad Social francesa (o régimen homólogo francés) o cualquier organismo público o privado en

Francia y en el extranjero.

Cómo funcionan las Franquicias:

La oferta Emergency carece de *Franquicias*, al igual que si opta por una cobertura complementaria a la CFE, la CNS o a la Seguridad Social francesa.

Si ha optado *Usted* por una *Franquicia* anual, todo gasto que sufrague hasta el importe de la *Franquicia* seleccionada correrá de su cuenta. La *Franquicia* se aplica por *Año de seguro* y por *Asegurado* a todas las garantías de gastos sanitarios seleccionadas.

Para que podamos calcular el importe de *Franquicia* ya consumido, le rogamos que nos envíe cada factura de todos los gastos sanitarios que abone. En el cálculo del importe de *Franquicia* consumido computamos el tope indicado en la tabla de garantías para el tipo de acto llevado a cabo, según la oferta que tenga *Usted* contratada. Si el tipo de acto administrado está excluido de la cobertura de su póliza, los gastos correspondientes no se computarán.

En caso de optar por una *Franquicia*, no podrá disfrutar de la tarjeta Caremark (pago concertado farmacéutico).

Cómo funciona las Opciones para niveles de reembolso al 80% y 90% de gastos reales:

Las garantías de Medicina corriente, Maternidad y salud Óptica y Dental cuentan con un grado de reembolso del 100 % de los Gastos reales. Sin embargo, en el momento de la adhesión puede *Usted* escoger una cobertura del 90 % o del 80 % de los Gastos reales para las garantías de Medicina corriente, Maternidad y salud Óptica y Dental (la garantía de Hospitalización ofrece siempre una cobertura del 100 % de los Gastos reales y los topes de reembolso permanecen invariables, sea cual sea el porcentaje de reembolso seleccionado).

7.1.2 ¿CÓMO ACTUAR EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN?

Toda Hospitalización (incluso por maternidad) está sometida a Autorización previa.

Para recabar dicha *Autorización previa*, debe *Usted* solicitar a su facultativo que rellene el formulario denominado «*Certificado médico confidencial*» a más tardar 5 días antes de su ingreso hospitalario.

En caso de *Hospitalización* urgente, póngase en contacto con nosotros cuanto antes para que le enviemos dicho formulario.

Dicho formulario debe hacer constar el motivo de su *Hospitalización*, las fechas y el tipo de dolencia, y la fecha de aparición de los primeros síntomas o las circunstancias del Accidente (en cuyo caso se deberá adjuntar un parte de Accidente), y remitirse a nuestro Médico Asesor junto con cualesquiera otros documentos médicos oportunos para el estudio de su expediente.

Si se omite dicho trámite de *Autorización previa*, se aplicará una ***Franquicia del 50 %*** en el reembolso de su factura (salvo en caso de *Accidente* o de *Urgencia médica*).

7.1.3 ¿CÓMO SE TRAMITA UNA SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PREVIA ANTES DE PROCEDER A DETERMINADOS ACTOS O TRATAMIENTOS?

Todo gasto médico igual o superior a 2.000 €/USD está sometido a la *Autorización previa* de nuestro Médico Asesor (válida 6 meses). Por ello, antes de desembolsar dichos gastos, el facultativo prescriptor de la atención sanitaria deberá rellenar una *Solicitud de autorización previa* acompañada de un presupuesto detallado.

En caso de parto, le rogamos nos remita algún documento que acredite su estado.

Si se omite dicho trámite de *Solicitud de autorización previa*, se aplicará una ***Franquicia del 50 %*** en el reembolso de su factura (salvo en caso de *Accidente* o de *Urgencia médica*).

7.1.4 REQUISITOS DE TRAMITACIÓN DE UNA SOLICITUD DE REEMBOLSO

Es obligatorio que **conservé *Usted* los originales de las facturas (y otros justificantes) durante un plazo de 2 años** contados desde la fecha en que efectúe la solicitud de reembolso.

En todos los casos, adjunte a su solicitud los siguientes documentos:

- los originales de los honorarios o gastos pagados por *Usted*, recetas y prescripciones médicas fechadas con indicación de sus apellidos, nombre y fecha de nacimiento, tipo de enfermedad, diagnóstico, fecha de las consultas y asistencia proporcionada, junto a los comprobantes de pago. Las recetas deben mostrar de manera legible el nombre y el precio de los medicamentos e indicar la moneda local;
- si los actos requieren una *Solicitud de autorización previa*, el formulario de *Solicitud de autorización previa* con la conformidad de nuestros servicios médicos;
- en caso de *Hospitalización*, también deberá *Usted* adjuntar a su solicitud el informe hospitalario así como el formulario «*Certificado médico confidencial*» rellenado por su médico. Asimismo, deberá cerciorarse de que en su factura aparezca detallado el importe de la habitación privada o semiprivada.

Si no hay habitaciones dobles disponibles en el país en que *usted* se encuentre:

En las modalidades Emergency y Essential: en caso de urgencia médica o accidente que imposibilite el traslado a un centro

que disponga de habitaciones compartidas, nos haremos cargo del coste de una habitación privada estándar (conforme a los precios razonables y habituales aplicados en el territorio en cuestión).

En caso de hospitalización programada, no nos haremos cargo de los costes de una habitación privada.

Nos reservamos la facultad de solicitar cualquier otro justificante que estimemos oportuno para comprobar si la atención sanitaria recibida está cubierta por esta póliza.

En caso de disconformidad con el importe del pago, le rogamos avisarnos en un plazo de 6 meses contados desde la fecha de la liquidación.

Todo reembolso queda supeditado al cumplimiento de los requisitos previstos en el apartado 7.1.

7.2 AYUDA A LA REPATRIACIÓN

2 grados de cobertura para elegir:

- Ayuda a la repatriación básica: incluida en su garantía de gastos sanitarios
- Ayuda a la repatriación completa: opcional.

¿Cómo se solicita la aplicación de las garantías de ayuda a la repatriación?

Es imprescindible obtener la **autorización previa de Europ Assistance** para disfrutar de las siguientes garantías.

CONDICIONES DE APLICACIÓN

Europ Assistance sólo interviene médicamente una vez organizados los primeros auxilios por una Autoridad médica competente.

Desde la primera llamada, el *Equipo médico* se pone en contacto con el médico de cabecera in situ para intervenir en las condiciones más adecuadas para el estado del enfermo o el herido.

El hecho de que *Usted* o su entorno organice cualquiera de las asistencias antedichas no puede dar lugar a reembolso, salvo que Europ Assistance haya sido avisada de dicho procedimiento y haya prestado su consentimiento expreso y le haya comunicado un número de expediente. En tal caso, los gastos se reembolsan previa presentación de justificantes y siempre que no superen los que habrían sido abonados por Europ Assistance de haber sido ésta la que hubiera organizado el servicio. Europ Assistance declina toda responsabilidad por los retrasos o impedimentos en la ejecución de sus servicios en caso de huelgas, tumultos, movimientos populares, represalias, restricciones a la libre circulación de bienes y personas, actos de terrorismo o de sabotaje, estado de beligerancia, de guerra civil o extranjera, declarada o no, desintegración de núcleo atómico, emisión de radiaciones ionizantes y otros casos fortuitos o de fuerza mayor.

7.2.1 AYUDA A LA REPATRIACIÓN BÁSICA REPATRIACIÓN SANITARIA

Las condiciones y grados de cobertura son aplicables por persona asegurada, dentro de los límites especificados por cada concepto.

REPATRIACIÓN SANITARIA

En caso de *Accidente* o de *Enfermedad repentina*, los médicos de Europ Assistance se ponen en contacto con los médicos de cabecera in situ y adoptan las decisiones más adecuadas para su estado con arreglo a la información recabada y atendiendo únicamente a las exigencias médicas.

Si el *Equipo médico* de Europ Assistance recomienda su repatriación, Europ Assistance organizará y se encargará de llevarla a cabo con arreglo únicamente a los imperativos médicos que adopte su *Equipo médico*.

El destino de la repatriación será alguno de los siguientes:

- el centro hospitalario más adecuado;
- el centro hospitalario más cercano a su domicilio en su *País de nacionalidad* (o en su país de origen, si es otro) o de su residencia principal en su *País de cobertura*;
- su domicilio en su *País de nacionalidad* (o en su país de origen, si es otro) o su residencia principal en su *País de cobertura*.

Si se le hospitaliza en un centro sanitario fuera del distrito hospitalario de su domicilio habitual en su *País de nacionalidad* o de su lugar de residencia principal en su *País de cobertura*, Europ Assistance organizará su regreso una vez se alcance una *Consolidación* médicamente comprobada y se hará cargo de su traslado a su lugar de residencia principal en su *País de cobertura* o a su domicilio en su *País de nacionalidad*. Los medios de repatriación pueden ser el vehículo sanitario ligero, la ambulancia, el tren, el avión de línea, y el avión sanitario. La elección final del lugar de *Hospitalización*, la fecha, la necesidad de que esté acompañado y los medios empleados compete exclusivamente al *Equipo médico*. Todo rechazo de la solución propuesta por el *Equipo médico* conllevará la anulación de la garantía de asistencia a las personas. **Europ Assistance podrá solicitarle que use su título de transporte si éste puede usarse o modificarse.**

REPATRIACIÓN DE OTROS BENEFICIARIOS EN CASO DE REPATRIACIÓN SANITARIA DEL ASEGURADO

En caso de repatriación sanitaria del *Asegurado*, Europ Assistance organizará el regreso a su domicilio de los familiares

asegurados que viajen con él. **Europ Assistance se hará cargo de un título de transporte de sólo ida en avión en clase económica o en tren en primera clase siempre y cuando los recursos inicialmente previstos para su viaje no resulten utilizables o modificables.**

ACOMPANIAMIENTO DE HIJOS

Si es *Usted* repatriado y carece de la posibilidad de atender a sus *Hijos a cargo* menores de 18 años y también beneficiarios de la póliza, Europ Assistance facilitará a la persona de su elección un título de transporte de ida y vuelta en avión en clase económica o en tren en primera clase, para devolver a sus *Hijos a cargo* a su *País de nacionalidad*.

7.2.2 AYUDA A LA REPATRIACIÓN COMPLETA

PRESENCIA DE UN FAMILIAR EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN

Si su estado no le permite o no requiere su repatriación y la *Hospitalización* local es superior a 6 días consecutivos, Europ Assistance pondrá a disposición de un *Familiar* suyo un título de transporte de ida y vuelta en avión en clase económica o en tren en primera clase, para acudir al lugar. Dicha prestación sólo podrá hacerse efectiva a falta, en el lugar en cuestión, de un *Familiar* suyo con mayoría de edad legal. Europ Assistance organizará y asumirá asimismo sus gastos de hotel (habitación y desayuno únicamente) durante **10 días como máximo, a razón de 80 €/USD por noche.**

Toda otra solución de alojamiento provisional no podrá dar lugar a resarcimiento alguno.

CUIDADO DE HIJOS A CARGO MENORES DE DIECIOCHO AÑOS

Con ocasión de una *Hospitalización* del *Asegurado*, si los *Hijos a cargo* no pueden valerse por sí mismos o ser cuidados por un *Familiar*, la aseguradora cubrirá:

- El cuidado de los *Hijos a cargo* en el domicilio del *Asegurado* **hasta un máximo de 20 horas;**
- La cobertura de esta prestación tiene un **límite global de 500 €/USD.**

REGRESO O CUIDADO DE MASCOTAS EN CASO DE REPATRIACIÓN DEL ASEGURADO

Europ Assistance tramitará y se hará cargo del regreso de mascotas en caso de repatriación del *Asegurado* y de todos sus *Familiares al País de nacionalidad* (o al país de origen, si es otro) o al país de residencia. La repatriación así como los medios más adecuados serán decididos y elegidos por Europ Assistance.

La cobertura de dicha repatriación tiene un límite de 500 €/USD, cualquiera que sea el número de mascotas que repatriar.

Europ Assistance no incurrirá en responsabilidad si dicha repatriación no puede tramitarse debido a la legislación vigente en el país de desplazamiento o expatriación o a una prohibición de las autoridades locales por cualquier razón.

Esta prestación no podrá concederse en ningún caso en el supuesto de regreso de un animal salvaje.

Cuidado de animales domésticos:

Con ocasión de una *Hospitalización* del *Asegurado*, si las mascotas carecen de cuidador, la aseguradora se hará cargo de los gastos de alojamiento en una residencia de animales domésticos apropiada durante su estancia en el hospital, **hasta 500 €/USD** cualquiera que sea el número de mascotas.

ASISTENTA DOMÉSTICA

La aseguradora se hará a cargo de facilitar una asistente doméstica para llevar a cabo las labores del hogar en su domicilio, bien desde su regreso del hospital o bien desde la fecha de su *Hospitalización*, o bien durante su inmovilización en el domicilio.

La aseguradora reembolsará el coste de la asistente doméstica hasta **10 horas**, repartidas a su conveniencia durante el mes subsiguiente a la fecha de su *Hospitalización* o su regreso al domicilio o durante su inmovilización en el domicilio, con **un máximo de 250 €/USD.**

GASTOS DE BÚSQUEDA Y AUXILIO

Esta cobertura tiene por objeto garantizarle el reembolso de los gastos de búsqueda y auxilio necesarios para una intervención, de ámbito privado o público, de equipos especializados dotados de cualesquiera medios, incluso el uso de helicóptero. **Dicha garantía interviene de forma complementaria o tras haber agotado toda garantía afín de la que pueda Usted ser beneficiario por otra fuente.**

En todos los casos, la garantía queda limitada a **un máximo de 5.000 €/USD por persona y 15.000 €/USD por suceso.**

REPATRIACIÓN EN CASO DE ACTO DE TERRORISMO O DE SABOTAJE, ATENTADO O AGRESIÓN

Si el *Asegurado* es víctima de un *Acto de terrorismo o de sabotaje*, un *Atentado* o una *Agresión* que haya acarreado *Daños corporales* o un estado de conmoción, Europ Assistance tramitará la repatriación del *Asegurado* a su *País de nacionalidad* (o al país de origen, si es otro). La repatriación así como los medios más adecuados, serán decididos y elegidos por Europ Assistance.

EVACUACIÓN POLÍTICA Y CATÁSTROFES NATURALES

Si el *Asegurado*, a instancias de las autoridades locales o las de su *País de nacionalidad*, por razón de sucesos que desestabilicen el régimen político o de catástrofes naturales (tales como terremotos o inundaciones), se ve obligado a abandonar su lugar de expatriación, a su regreso a su *País de nacionalidad* remitirá a Europ Assistance todos los justificantes oportunos para que se le reembolse el coste de regreso por hasta el importe de un billete de sólo ida en avión (clase

económica) o en tren (primera clase), **hasta un máximo de 1.500 €/USD**. El *Asegurado* deberá aportar la prueba de que, a raíz de sucesos que desestabilicen el régimen político o de un suceso de catástrofe natural, el Ministerio de Asuntos Exteriores clasifica la zona en la que esté domiciliado como zona roja «formalmente desaconsejada». Esta garantía no podrá prestarse en los *Países excluidos*.

REPATRIACIÓN DEL CUERPO EN CASO DE DEFUNCIÓN Y GASTOS DE ATAÚD

En caso de fallecimiento, Europ Assistance organizará y asumirá la repatriación del cuerpo o las cenizas desde el lugar de fallecimiento hasta el lugar de inhumación en el País de nacionalidad del asegurado, residencia, expatriación u origen (si es otro).

Europ Assistance se hará cargo de las actuaciones post mortem, enferetramiento y trámites necesarios para el transporte. Los gastos de ataúd correspondientes al transporte organizado por el servicio de asistencia se asumirán **hasta un máximo de 1.500 €/USD**. Los gastos de exequias, ceremonia, cortejo fúnebre local e inhumación o incineración correrán de cuenta de su familia. La elección de las empresas que intervengan en el proceso de repatriación competará exclusivamente a Europ Assistance.

REGRESO DE LOS FAMILIARES ASEGURADOS

En caso de repatriación del cuerpo del *Asegurado*, Europ Assistance organizará el regreso a su domicilio de los *Familiares* asegurados que viajen con él. Europ Assistance se hará cargo de un título de transporte de sólo ida en avión en clase económica o en tren en primera clase siempre y cuando los recursos inicialmente previstos para su viaje no resulten utilizables o modificables.

REGRESO TRAS CONSOLIDACIÓN A SU PAÍS DE COBERTURA

Cuando tras una repatriación sanitaria se halle *Usted* en condiciones de reincorporarse a su actividad laboral, Europ Assistance, previa conformidad de su *Equipo médico*, organizará su regreso a su *País de cobertura*.

Europ Assistance cubrirá el título de transporte de sólo ida en avión en clase económica o en tren en primera clase.

PRESENCIA DE UN ALLEGADO DEL DIFUNTO

Si resulta imprescindible la presencia in situ de un *Familiar* o de un *Allegado* para efectuar el reconocimiento del cuerpo del *Asegurado* fallecido y los trámites de repatriación o incineración, Europ Assistance proporcionará un título de transporte de ida y vuelta en avión en clase económica o en tren en primera clase.

Dicha garantía solamente podrá aplicarse si el *Asegurado* estuviera solo en el lugar en el momento de fallecer. Europ Assistance organizará su alojamiento en el lugar y asumirá los gastos de hotel (habitación y desayuno únicamente) de un *Familiar* o un *Allegado* por **un período de 4 noches consecutivas como máximo, hasta 50 €/USD por noche**.

Toda otra solución de alojamiento provisional no podrá dar lugar a resarcimiento alguno.

BÚSQUEDA Y ENVÍO DE MEDICAMENTOS INENCONTRABLES IN SITU

De ser imposible encontrar in situ los medicamentos indispensables (o medicamentos equivalentes) recetados por su médico de cabecera en su *País de nacionalidad* (o en su país de origen, si es otro) antes de la salida, Europ Assistance los buscará en Francia. Si están disponibles, se remitirán a la mayor brevedad posible, sin perjuicio de los impedimentos de la legislación local y de los medios de transporte disponibles.

Dicha prestación será valedera en el caso de solicitudes esporádicas. En ningún caso podrá concederse en el supuesto de tratamientos de larga duración que requiriesen envíos regulares o una solicitud de vacuna. El coste de los medicamentos correrá de su cuenta, salvo que estén cubiertos por la garantía de gastos sanitarios que tenga *Usted* contratada. *Usted* se compromete a reembolsar su importe, más, en su caso, los derechos de aduana, en un plazo máximo de 30 días, computado desde la fecha de envío.

ASISTENCIA JURÍDICA EN EL EXTRANJERO (SALVO EN SU PAÍS DE NACIONALIDAD)

En el supuesto de una infracción involuntaria de las leyes y reglamentos vigentes cometidos en su *País de cobertura*, siempre que no se trate de un delito grave, Europ Assistance intervendrá, previa solicitud por escrito, si se incoa una acción contra *Usted*. Dicha garantía no se aplica a los hechos relacionados con su actividad laboral. Europ Assistance asumirá los honorarios de abogado en el lugar de que se trate, **hasta un importe máximo de 1.500 €/USD por suceso**.

ADELANTO DE FIANZA PENAL EN EL EXTRANJERO (SALVO EN SU PAÍS DE NACIONALIDAD)

Europ Assistance adelantará la fianza penal que exijan las autoridades para su puesta en libertad o para que no sea encarcelado. Dicho adelanto se efectuará por mediación de un jurista, en el lugar de que se trate, **hasta un importe máximo de 15.000 €/USD por suceso**.

Usted tendrá que reembolsar dicho adelanto a Europ Assistance:

- tan pronto como se produzca la devolución de la fianza en caso de sobreseimiento o exculpación;
- en un plazo de 15 días desde la resolución judicial una vez pase a ser ejecutiva en caso de condena;
- en todos los casos, en un plazo de 3 meses contados desde la fecha de abono.

ASISTENCIA EN VIAJE

De viaje por el *Extranjero*, en caso de extravío o robo de sus efectos personales (documentos de identidad, medios de pago, maletas) o de sus títulos de transporte, y previa declaración ante las autoridades locales competentes, Europ Assistance hará todo lo posible por ayudarle en sus trámites.

Europ Assistance no está habilitada para cancelar medios de pago en nombre de terceros. En el caso de que en su *País de nacionalidad* fueran facilitados documentos sustitutorios, Europ Assistance se encargará de hacerlos llegar por los medios más rápidos.

Europ Assistance podrá adelantar una suma **de hasta 1.500 €/USD por suceso** para que pueda *Usted* efectuar compras de primera necesidad.

En caso de extravío o robo de un título de transporte, Europ Assistance France podrá hacerle llegar un nuevo billete innegociable, cuyo precio adelantará.

Dichos adelantos podrán efectuarse con cargo a una garantía depositada por *Usted* o por un tercero. El reembolso de todo adelanto deberá efectuarse en un plazo de 30 días contados desde la fecha de entrega de los fondos.

RETRASO, CANCELACIÓN DE VUELO O NO ADMISIÓN A BORDO

Si, en cualquier aeropuerto:

- El vuelo regular confirmado del *Asegurado* tiene un retraso de **Cuatro (4) horas** o más respecto a la hora de salida programada inicial.
- Se cancela el vuelo regular confirmado del *Asegurado*.
- El *Asegurado* no es admitido a bordo por falta de espacio y no se pone a su disposición ningún medio de transporte alternativo en el plazo de **Seis (6) horas**.

Se indemniza al *Asegurado* hasta un máximo de **Trescientos Euros (300€)** por todos los gastos de restauración, refrigerio, hotel y/o traslado desde y hacia el aeropuerto o la terminal.

La garantía no intervendrá en los siguientes casos:

- **Siendo la confirmación necesaria, el *Asegurado* no ha confirmado previamente su vuelo, a menos que se lo haya impedido una huelga o un caso de fuerza mayor.**
- **El retraso se debe a una huelga o a un riesgo de Guerra Civil o de Guerra Extranjera sobre los cuales el *Asegurado* ha tenido conocimiento antes de su partida.**
- **En caso de retirada temporal o definitiva de la autorización de vuelo de un avión por orden de las autoridades de aviación civil, por las autoridades aeroportuarias o por una autoridad similar de cualquier país.**

PÉRDIDA DE CONEXIÓN

Si el *Asegurado* pierde un vuelo regular de conexión debido a la llegada tardía del vuelo regular anterior en el que viajaba y no se pone a su disposición otro medio de transporte dentro de las Seis (6) Horas siguientes a la llegada efectiva al punto de conexión, sus gastos de hotel, restaurante o refrigerio serán indemnizados hasta un máximo de Trescientos Euros (300 €).

Las garantías "Retraso, Cancelación de Vuelo o No Admisión a Bordo" y "Pérdida de Conexión" pueden acumularse.

REEMBOLSO DE LOS GASTOS DE ESTANCIA

El objeto de esta garantía es en caso de desplazamiento al extranjero fuera de su país de residencia reembolsar "prorrata temporis" los gastos de estancia ya pagados y no utilizados (gastos de alojamiento, transporte no incluido) en caso de regreso anticipado tras repatriación médica del *Asegurado* a su *País de nacionalidad* organizada por *Europ Assistance*.

El importe máximo de la indemnización es de 250 euros al día, con un límite global de 5.000 euros al *Año de seguro*. La indemnización es proporcional al número de días de estancia no utilizados. Para determinar la indemnización se deducirán los gastos de expediente, visado, seguro y propina, así como los reembolsos o compensaciones concedidos por el organizador del viaje o cualquier otro organismo al que *Usted* ha pagado los gastos en cuestión.

Estas garantías son válidas fuera del país de residencia/destino del *Asegurado*.

IMPOSIBILIDAD DE REGRESO

En caso de que se produzca una circunstancia calificada de fuerza mayor por las autoridades públicas del país en el que usted se encuentre temporalmente fuera de su país de cobertura y que le impida regresar definitivamente a su país de cobertura, el proveedor de asistencia pagará sus gastos adicionales de estancia hasta 80 € por noche (gastos de restauración y alojamiento únicamente), para un máximo de 14 noches.

La cobertura entra en vigor solo tras la declaración del estado de fuerza mayor por parte de las autoridades públicas del país en el que usted se encuentre temporalmente y previo acuerdo del proveedor de asistencia. Todos los gastos incurridos sin acuerdo previo del proveedor de asistencia, así como aquéllos generados por una prolongación de estancia que no se deba a una circunstancia calificada de fuerza mayor, no darán derecho a ninguna prestación.

TRANSMISIÓN DE MENSAJES URGENTES

Si carece *Usted* de la posibilidad material de transmitir un mensaje urgente y así lo solicita, Europ Assistance se encargará de transmitir gratuitamente, por los medios más rápidos, sus mensajes o noticias a sus familiares, allegados o a su empleador. Los mensajes serán de responsabilidad de sus autores, a los que se deberá poder identificar, y sólo a ellos comprometerán, ya que Europ Assistance ejerce de mero intermediario en su transmisión. Europ Assistance, asimismo, puede hacer las veces de intermediario en sentido inverso.

PÉRDIDA, DETERIORO O DESTRUCCIÓN DE EQUIPAJES PERSONALES

La aseguradora garantiza durante los viajes que efectúe el *Asegurado* el extravío, el deterioro y la destrucción total o parcial de *Equipajes*.

La garantía de la aseguradora sólo será valedera en los siguientes casos: que el extravío, deterioro o destrucción del *Equipaje*

se produzca cuando esté bajo responsabilidad de un transportista y haya sido facturado. Que el extravío, deterioro o destrucción sea resultante de un fenómeno catastrófico como un incendio, una inundación, un hundimiento o un Acto de terrorismo.

Tope de la garantía

La aseguradora garantiza Equipajes por un importe de **1.000 €/USD**.

USO FRAUDULENTO DE LA TARJETA SIM POR UN TERCERO

El asegurador correrá con los gastos de las comunicaciones realizadas fraudulentamente por un Tercero a raíz del robo con *Agresión* del teléfono móvil durante su estancia fuera de su *País de nacionalidad*, siempre que dichas comunicaciones se hayan realizado antes del registro de la solicitud de bloqueo de la tarjeta SIM por el *Asegurado* y dentro de las Cuarenta y Ocho (48) horas siguientes a la fecha y hora del robo.

CASOS ESPECIALES DE TELÉFONOS MÓVILES, SMARTPHONES Y TABLETAS PERSONALES

El asegurador reembolsa al *Asegurado* hasta Quinientos Euros (500 €) por *Siniestro* para teléfonos móviles, smartphones o tabletas robadas como consecuencia de *Agresión* o saqueo fuera de su *País de nacionalidad*, previa presentación de justificantes. Esta garantía está limitada a un *Siniestro* por año de seguro y por *Asegurado*.

Obsolescencia:

- Veinte por ciento (20%) durante el primer año (desde el primer día de la compra)
- Cuarenta por ciento (40%) durante el segundo año
- No hay reembolsos después del segundo año.

En todos los casos, el *Asegurado* deberá presentar las facturas iniciales o de sustitución) de compra del material.

REGRESO ANTICIPADO EN CASO DE DEFUNCIÓN O DE HOSPITALIZACIÓN DE UN FAMILIAR SUYO

Europ Assistance pone a su disposición un título de transporte de ida y vuelta en avión en clase económica o en tren en primera clase en caso de defunción o de *Hospitalización* superior a 5 días de uno de sus *Familiares* en su *País de nacionalidad* (o en su país de origen, si es otro). El viaje de ida deberá hacerse obligatoriamente en los 8 días siguientes a la fecha de la defunción u *Hospitalización*.

Tendrá derecho a dicha prestación cuando la fecha de defunción o de *Hospitalización* sea posterior a la fecha de salida de *Usted*. Europ Assistance se reserva el derecho, previamente a toda intervención de sus servicios, de comprobar la veracidad del suceso garantizado (parte de *Hospitalización*, certificado de defunción, etc.).

Esta garantía solo se puede usar una vez por *año de seguro* para el mismo suceso generador. Un suceso generador es el suceso al principio del uso de la garantía. Para esta garantía, significa que una misma enfermedad no puede dar lugar a varias devoluciones anticipadas en el mismo *año de seguro*.

Cómo beneficiarse de la garantía

Usted debe declarar el *Siniestro* por escrito al asegurador desde el sitio Internet <https://www.chubbclaims.com/ace/fr-fr> dentro de los 5 días hábiles siguientes al daño. Transcurrido este plazo, el asegurador se reserva el derecho de aplicar la privación de las garantías. Se le solicitará una lista de documentos justificativos.

TRADUCCIÓN DE DOCUMENTOS JURÍDICOS O ADMINISTRATIVOS

Cuando se halle *Usted* en el *Extranjero* o en caso de repatriación médica y si el idioma en cuestión le plantea importantes problemas de comprensión de documentos jurídicos o administrativos, Europ Assistance tramitará y abonará los servicios de traducción de dichos documentos a su idioma materno. La cobertura de Europ Assistance no podrá superar **500 €/USD por Año de seguro**. Europ Assistance declina toda responsabilidad por las consecuencias de toda traducción errónea o incomprensión por su parte.

LIMITACIONES DE GARANTÍA

Cuando Europ Assistance organiza y se hace cargo de una repatriación o un transporte, podrá solicitársele a Usted que use de forma prioritaria su título de viaje.

Cuando Europ Assistance haya corrido con los gastos de su regreso, deberá entregar imperativamente a Europ Assistance el título de transporte no empleado.

7.2.3 ASISTENCIA PSICOLÓGICA

Europ Assistance proporciona al *Asegurado* apoyo psicológico. El psicólogo clínico proporcionará al *Asegurado* apoyo médico y psicológico, con total confidencialidad, para que pueda confiar y aclarar la situación a la que se enfrenta. Les ayudará a identificar, evaluar y movilizar sus recursos personales, familiares, sociales y médicos para superar ese difícil momento.

El servicio se presta por teléfono. Con una simple llamada, se concierta una cita a su conveniencia, con un psicólogo de Europ Assistance que le llamará para iniciar el proceso. Si es necesario, se puede poner a la persona que llama (el asegurado) directamente en contacto con un psicólogo, siempre que uno de los psicólogos del equipo de Europ Assistance esté disponible. Las entrevistas se realizan con total confidencialidad y respetando los códigos deontológicos vigentes. **El apoyo ofrecido se limita a un máximo de tres (3) entrevistas.** Dependiendo de la situación y de las expectativas del beneficiario, se puede concertar una cita para reunirse con un psicólogo cualificado cerca de su domicilio. La elección del facultativo corresponde al *Asegurado* y el coste de la consulta queda a su cargo.

Además, en caso de fallecimiento del *Asegurado*, Europ Assistance proporciona apoyo psicológico al Cónyuge y/o a los Hijos a

cargo del Asegurado, aunque no estén afiliados a la póliza. **El apoyo ofrecido también se limita a un máximo de tres (3) entrevistas.**

7.3 RESPONSABILIDAD CIVIL PRIVADA

OBJETO DE LA GARANTÍA

Esta garantía cubre las consecuencias económicas de los daños de los que *Usted* o sus familiares asegurados fueran hallados responsables en el ámbito de la vida privada, incluido el trayecto de su domicilio al trabajo y viceversa. La garantía se ejerce cuando le incumba a usted, o a toda persona de la que deba *Usted* responder, la responsabilidad de un **daño causado a terceros**.

TOPES DE LA GARANTÍA

Daños corporales, materiales e inmateriales consecutivos: **hasta 7.500.000 €/USD por Siniestro y por Año de seguro**, incluyendo:

Daños materiales e inmateriales consecutivos: **hasta 750.000 €/USD por Siniestro y por Año de seguro. Franquicia de 150 €/USD por Siniestro**;

Daños a terceros: **hasta 150.000 €/USD por Siniestro y por Año de seguro. Franquicia de 150 €/USD por Siniestro**. Los daños incluyen asimismo incendios, explosiones y estragos por aguas causados a terceros en los edificios que *Usted* haya tomado en alquiler o prestados para la celebración de ceremonias familiares.

¿Cómo acogerse a la garantía?

Tiene *Usted* que declarar a la aseguradora, en cuanto tome conocimiento de él y **a más tardar en un plazo de 15 días**, todo *Siniestro* que pudiera conllevar la ejecución de la póliza, haciendo constar en detalle las circunstancias y consecuencias. Por favor, escriba a: France.DeclarationsRC@Chubb.com

DISPOSICIONES PARTICULARES

Desacuerdo

En caso de desacuerdo en las medidas que se han de adoptar para resolver una desavenencia, dicha dificultad podrá someterse al parecer de una tercera persona designada de mutuo acuerdo o, en su defecto, por el Presidente del Tribunal de Grande Instance de París que dictaminará la adopción de medidas provisionales. Los gastos que ocasione el ejercicio de dicha facultad correrán de cuenta de la aseguradora.

No obstante, el Presidente del Tribunal de Grande Instance de París podrá dictaminar de otro modo cuando haya *Usted* hecho uso de dicha facultad en condiciones abusivas.

Si ha entablado *Usted* a sus expensas un procedimiento contencioso y ha conseguido una solución más favorable que la propuesta por la aseguradora o la referida tercera persona, la aseguradora le reembolsará los gastos que ello le haya ocasionado, sin superar el importe de la garantía.

Cuando se recurra a dicho procedimiento, quedará suspendido el plazo de recurso contencioso respecto de todos los órganos jurisdiccionales que cubra la garantía y ante los que pudiera *Usted* presentar una demanda, hasta que la tercera persona encargada de proponer una solución no haya dado a conocer el contenido de ésta.

Elección de abogado

En caso de procedimiento judicial o administrativo que requiera la intervención de un abogado o de cualquier otra persona habilitada por la legislación o la normativa vigente para defender sus intereses, podrá *Usted* elegirlo libremente, y los honorarios serán abonados directamente por la aseguradora. Si no conoce *Usted* ningún abogado, la aseguradora podrá poner uno a su disposición. También se ejercerá libremente dicha elección cuando concurra conflicto de intereses entre *Usted* y la aseguradora.

Procedimiento - Transacciones

En el supuesto de una acción que encause una responsabilidad asegurada por la presente póliza, la aseguradora se reserva el derecho, dentro del límite de dicha garantía, de dirigir el juicio y ejercer cualesquiera vías de recurso ante cualesquiera jurisdicciones civiles, mercantiles o administrativas.

En el caso de que *Usted* pusiese trabas al ejercicio de dicha facultad, la aseguradora tendría derecho a privarlo de su garantía.

En el supuesto de un procedimiento ante las jurisdicciones de lo penal y si la(s) víctimas(s) no ha(n) sido resarcida(s), la aseguradora tendrá la facultad, si está usted conforme, de dirigir la defensa penal o adherirse a ella. A falta de dicha conformidad, la aseguradora podrá, empero, asumir la defensa sus intereses civiles. La aseguradora, asimismo, podrá ejercer cualesquiera vías de recurso en nombre de *Usted*, incluso el recurso de casación, siempre que ya no concurra interés penal. En caso contrario, la aseguradora no podrá ejercerlos si *Usted* no presta su conformidad. Se prohíbe *Usted*, dentro del límite de la garantía, transigir con las personas lesas.

No será oponible a la aseguradora ningún reconocimiento de responsabilidad ni ninguna transacción en la que no intervenga

ella; la confesión de un hecho material no se considerará reconocimiento de responsabilidad.

7.4 CAPITAL POR FALLECIMIENTO Y PÉRDIDA TOTAL E IRREVERSIBLE DE AUTONOMÍA/DOBLE EFECTO

7.4.1 GARANTÍA EN CASO DE FALLECIMIENTO

a) Elección e importe del capital

Esta garantía tiene por objeto abonar al *Beneficiario* o *Beneficiarios* designado(s) un capital si fallece *Usted* antes de cumplir 65 años.

La elección del importe del capital garantizado varía entre 20.000 €/USD y 500.000 €/USD. El importe de dicho capital lo establece libremente el *Adherente* en la adhesión. Posteriormente, el *Adherente* tiene la posibilidad de optar por un importe diferente; en caso de elegir un capital superior, se requerirá una serie de trámites médicos.

b) Garantía de defunción por cualquier causa

Si *Usted* fallece, sea cual sea la causa, la aseguradora abonará al *Beneficiario* o *Beneficiarios* designado(s) un capital igual al 100 % del capital escogido.

c) Garantía de defunción por Accidente

Si fallece *Usted* de forma consecutiva a un *Accidente*, la aseguradora abonará un capital adicional igual al 100 % del capital escogido y abonado con arreglo al punto *d)* anterior.

La garantía será de aplicación siempre que el fallecimiento sobrevenga, a más tardar, seis meses después del accidente.

d) Trámites en caso de Siniestro y pago de las prestaciones

El fallecimiento deberá declararse remitiendo a la entidad aseguradora, por mediación de APRIL International Care France, los documentos originales acreditativos necesarios para el pago, en particular los siguientes:

- Certificación de defunción;
- certificado médico del facultativo que haya comprobado la defunción, haciendo constar la fecha de defunción y si se trata de una muerte natural o accidental;
- informe policial o de cualquier otra autoridad competente en caso de defunción por *Accidente*;
- algún documento que acredite la identidad del *Beneficiario* o *Beneficiarios*.

Nos reservamos el derecho de solicitar cualquier documento justificativo adicional necesario para la aplicación de la garantía.

Una vez recibida la notificación de fallecimiento y tomado conocimiento de los datos de los *Beneficiarios*, dispondremos de un plazo de quince (15) días para reclamar a éstos todos los documentos necesarios para instruir el expediente.

Una vez recibido el expediente completo y si se adeuda la indemnización, abonaremos el capital en un plazo de treinta (30) días. A falta de pago en dicho plazo, el capital no abonado devengará intereses con arreglo a la legislación vigente.

Sin perjuicio de lo dispuesto por el artículo L132-23-1 del Código de Seguros francés, la aseguradora revalorizará de pleno derecho y en los siguientes términos el capital adeudado en caso de fallecimiento, con la salvedad de las posibles prestaciones adicionales a que dé derecho su carácter accidental:

El capital garantizado devengará un interés desde la fecha de fallecimiento.

Dicho interés, neto de gastos, se establecerá por cada año natural al tipo mínimo que establezca la normativa, esto es, a la fecha de suscripción de esta póliza, a un tipo igual al menor de los dos siguientes:

- la media de los doce últimos meses del tipo medio de las emisiones del Tesoro Público francés (TME), calculada el 1 de noviembre del año anterior.
- el último tipo medio de las emisiones del Tesoro Público francés (TME) disponible a 1 de noviembre del año anterior.

La revalorización cesará a la fecha de recepción de los documentos acreditativos necesarios para el pago o, en su caso, a la de ingreso del capital en la Caja de Depósitos y Consignaciones, con arreglo al artículo L132-27-2 del Código de Seguros francés.

7.4.2 CAPITAL EN CASO DE FALLECIMIENTO DE SU CÓNYUGE SIMULTÁNEO O POSTERIOR AL SUYO PROPIO (DOBLE EFECTO)

a) Definición de la garantía

Si su *Cónyuge* fallece antes de la edad de 65 años, ya se produzca dicho suceso simultáneamente (dentro de las 24 horas anteriores o posteriores a su propio fallecimiento) o con posterioridad a su propio fallecimiento (dentro de los 6 meses siguientes a su fallecimiento), se abonará un capital a favor de los *Beneficiarios* designados o, en su defecto, en favor de los *Beneficiarios* legítimos.

El importe de dicho capital se establece en el 50 % del capital definido en el punto *b)* del apartado 7.4.1 y se abonará al fallecer su *Cónyuge*.

b) Trámites en caso de Siniestro y pago de las prestaciones

Los documentos acreditativos necesarios para el pago incluyen en particular los siguientes:

- certificación de defunción;
- certificado médico del facultativo que haya comprobado la defunción, haciendo constar la fecha de defunción y si se trata de una muerte natural o accidental;
- informe policial o de cualquier otra autoridad competente en caso de defunción por *Accidente*; algún documento que acredite la identidad del *Beneficiario* o *Beneficiarios*.

Nos reservamos el derecho de solicitar cualquier documento justificativo adicional necesario para la aplicación de la garantía.

El pago de las sumas adeudadas se efectuará en los términos previstos en el apartado 7.4.1.

Adjudicación del derecho al capital: el capital garantizado corresponde al beneficiario o *Beneficiarios* designados o, en su defecto, a los beneficiarios legítimos.

7.4.3 GARANTÍA EN CASO DE PÉRDIDA TOTAL E IRREVERSIBLE DE AUTONOMÍA

a) Definición de la garantía

Pérdida total e irreversible de autonomía: incapacidad total e irremediable sufrida por usted debida a una enfermedad o a un accidente garantizado(a), médicamente comprobada y reconocida por el organismo asegurador, para cualquier trabajo u ocupación que pueda reportarle ganancia o beneficio y que requiera la asistencia de una tercera persona para realizar todos los actos vitales ordinarios (lavarse, vestirse, alimentarse, desplazarse). La pérdida total e irreversible de autonomía debe constatarse antes de haber cumplido los 65 años.

El estado de invalidez absoluta y definitiva es valorado por nuestro médico asesor independientemente de las decisiones del régimen básico de seguridad social del que dependa el adherente.

El capital asegurado en caso de fallecimiento, determinado mediante referencia a la fecha de comprobación médica de la pérdida total e irreversible de autonomía se le abonará por adelantado.

Para abrir derecho a la garantía, su pérdida total e irreversible de autonomía deberá consolidarse antes de su jubilación y como muy tarde antes de que cumpla 65 años.

El abono por adelantado del capital por fallecimiento en caso de pérdida total e irreversible de autonomía pone fin a su garantía por fallecimiento.

b) Trámites en caso de Siniestro y pago de las prestaciones

La declaración de la pérdida total e irreversible de autonomía es de su incumbencia y tiene *Usted* la obligación de probársela a la entidad aseguradora por mediación nuestra aportando los documentos acreditativos necesarios para el pago, que incluyen en particular los siguientes:

- un certificado detallado del médico asistente que indique la tipología de la enfermedad o el accidente, que se enviará en sobre confidencial a nuestro médico asesor;
- cualquier prueba que establezca la necesidad de asistencia de una tercera persona, como la notificación de la asignación, por un régimen básico de seguridad social, de una pensión de invalidez que requiera dicha asistencia
- algún documento que acredite la identidad y/o el estado civil;
- informe policial o de cualquier otra autoridad competente en caso de *Accidente*;
- en su caso, algún documento que haga constar la causa y las circunstancias del *Accidente* que haya acarreado la pérdida total e irreversible de autonomía.

Nos reservamos el derecho de solicitar cualquier documento justificativo adicional necesario para la aplicación de la garantía.

Reconocimiento y comprobación de la pérdida total e irreversible de autonomía por la aseguradora

Hasta la fecha de exigibilidad de la prestación, la aseguradora se reserva el derecho de proceder a toda comprobación y someter al interesado a todas las peritaciones médicas que estime oportunas para apreciar, reconocer o comprobar la pérdida total e irreversible de autonomía.

A tal efecto, nuestros médicos, agentes o delegados deben poder visitarle, y usted se compromete a recibirlos y a informarles lealmente de su estado. Si usted se opone a las visitas o exámenes médicos, estamos autorizados a suspender de pleno derecho el pago de las prestaciones.

Si lo desea, puede ser asistido(a) por un médico de su elección, a su cargo.

En caso de desacuerdo entre su médico y el del asegurador sobre la pérdida total e irreversible de autonomía, usted y el asegurador podrán designar conjuntamente un 3er médico a efectos de resolución y, a falta de acuerdo sobre dicha designación, ésta será efectuada por el Tribunal de Justicia de París.

Usted declara que se somete a la jurisdicción de los tribunales de París y renuncia a cualquier procedimiento en otro país.

Los honorarios de arbitraje se comparten por igual entre usted y el organismo asegurador.

Forma de pago del capital

El capital garantizado será exigible seis meses después de la fecha de reconocimiento, por la aseguradora, de la pérdida total e irreversible de autonomía, y siempre y cuando permanezca dicho estado.

7.4.4 EXONERACIÓN DEL PAGO DE LA PRIMA – MANTENIMIENTO DE LAS GARANTÍAS EN CASO DE BAJA LABORAL

Si usted se encuentra en situación de baja laboral total por enfermedad o accidente ocurrida antes de la fecha en que cumpla 65 años, continuará beneficiándose de las garantías suscritas en las condiciones del contrato:

- **siempre que se sigan pagando las cotizaciones**, mientras no se acoja a las disposiciones relativas a la exención del pago de cotización previstas en el apartado a) siguiente,
- **sin contrapartida de cotización**, desde la fecha de aplicación de las disposiciones previstas en el apartado

a) Determinación de la garantía

En caso de baja laboral total por enfermedad o accidente ocurrida antes de la fecha en que usted cumpla 65 años, las cotizaciones correspondientes a las garantías suscritas (excluidas Asistencia de Repatriación y Responsabilidad Civil Vida Privada) dejan de ser debidas:

si se han suscrito las garantías en caso de baja laboral (artículo 7.5): desde el momento en que se paguen las prestaciones previstas por efecto de estas garantías en caso de baja laboral total y durante todo el periodo de su pago, pero como mínimo a partir del 31º o 61º día de baja laboral total y continua, según la opción de franquicia elegida.

b) Mantenimiento de las garantías

Mientras el Adherente esté exento del pago de las cotizaciones en las condiciones del apartado a) anterior, las garantías suscritas atribuidas en caso de fallecimiento y pérdida total e irreversible de autonomía se mantienen en las condiciones previstas en los apartados correspondientes.

Estas disposiciones solo son aplicables en caso de baja laboral por enfermedad o accidente ocurrida a partir de la fecha de vigencia del contrato.

c) Declaración y justificación de la baja laboral

La prueba de la baja laboral es de su responsabilidad, y usted está obligado(a) a comunicárnosla por escrito dentro de los 30 días siguientes a la fecha de su entrada en vigor. Las bajas laborales declaradas fuera de plazo no darán lugar a la exención del pago de la cotización para el periodo anterior a la declaración.

Esta declaración, que deberá remitirse en sobre confidencial a nuestro médico asesor, deberá ir acompañada de los documentos previstos en el apartado 7.5.5 siguiente. Si usted ha suscrito la garantía en caso de baja laboral, los documentos aportados que la justifiquen son suficientes.

Nos reservamos el derecho de solicitar cualquier documento justificativo adicional necesario para la aplicación de la garantía. **En caso de reincorporación al trabajo, debe notificárnoslo de inmediato.**

d) Reconocimiento y control del estado de baja laboral

Nos reservamos expresamente la facultad de evaluar, reconocer y controlar su estado de incapacidad o invalidez. A tal efecto, son aplicables las disposiciones del apartado 7.5 siguiente en el marco de esta garantía.

e) Duración y extinción del mantenimiento de las garantías

El mantenimiento de las garantías se aplica mientras dure la baja laboral que otorga el derecho a la exención. Termina en caso de reincorporación al trabajo o de que se certifique médicamente su aptitud para reanudar una actividad profesional, cualquiera que sea la tipología de esta actividad. Asimismo, cesa a más tardar en la fecha en la usted cumpla 65 años.

7.5 INDEMNIZACIÓN POR BAJA LABORAL POR CAUSA MÉDICA

La suscripción de esta garantía conlleva la suscripción previa de la garantía de capital por fallecimiento y pérdida total e irreversible de autonomía prevista en el apartado 7.4 y el ejercicio de una actividad laboral remunerada.

Si ha optado *Usted* por un seguro complementario a la CFE o la Seguridad Social francesa, intervenimos una vez aplicada la cobertura de su régimen asegurador básico francés (Seguridad Social francesa o régimen homólogo francés) o la Caisse des Français de l'Étranger (CFE). Por tanto, si es *Usted* adherente de la CFE deberá haber suscrito previamente la opción de indemnizaciones diarias / capital por fallecimiento de la CFE.

Si su régimen básico no da derecho al reembolso de su supuesto, le cubrimos desde el primer euro o dólar estadounidense, siempre y cuando nos acredite previamente mediante justificante que carece de cobertura por su régimen asegurador

básico francés.

7.5.1 OBJETO DE LA GARANTÍA

Esta garantía tiene por objeto la prestación de una indemnización diaria en caso de incapacidad laboral temporal total, o de una renta anual en caso de invalidez permanente, igual o superior al 33 %, consecutiva a una enfermedad o un *Accidente*. Estas prestaciones se le abonarán a condición de que el organismo asegurador le reconozca una incapacidad temporal o una invalidez permanente, tal y como se definen en el apartado 7.5.2 siguiente.

El estado de incapacidad temporal o de invalidez permanente es valorado por nuestro médico asesor independientemente de las decisiones del régimen básico de seguridad social al que usted pertenezca.

7.5.2 DEFINICIONES

Por incapacidad laboral total se entiende aquella incapacidad temporal total consecutiva a una enfermedad o a un *Accidente* que le cause temporalmente una incapacidad física total, comprobada médicamente y reconocida por la aseguradora, para ejercer una actividad laboral cualquiera.

Por invalidez permanente total o parcial se entiende aquella invalidez consecutiva a una enfermedad o a un *Accidente* que conlleve la imposibilidad física total o parcial, comprobada médicamente y reconocida por la aseguradora, para dedicarse al ejercicio normal de su profesión o de una profesión que le procure una contraprestación equivalente a la que recibía antes de la baja laboral consecutiva a la enfermedad o al *Accidente*.

7.5.3 IMPORTE DE LAS PRESTACIONES

a) Incapacidad temporal

Cuando la aseguradora le reconoce en estado de incapacidad laboral temporal total, le abona una indemnización diaria una vez agotado un período de baja laboral total y continuada por enfermedad o *Accidente* de 30 días o 60 días, según la opción escogida. El importe de las indemnizaciones diarias lo escoge el Adherente entre un mínimo y un máximo, en correlación con el importe mínimo obligatorio del capital por fallecimiento seleccionado. Dicho importe se hace constar en el Certificado de seguro el primer año, así como posteriormente en el último recibo de prima.

El total mensual de las indemnizaciones diarias no puede ser superior al 100 % de su salario neto mensual (hasta un máximo del 70 % de sus ingresos netos mensuales en caso de constitución o adquisición de empresa hace menos de un año).

Si ha optado por un seguro complementario a la CFE o la Seguridad Social francesa, el total mensual de las indemnizaciones diarias percibido por su régimen básico y en virtud de la póliza MyHealth International no puede ser superior al 100 % de su salario neto mensual (hasta un máximo del 70 % de sus ingresos netos mensuales en caso de constitución o adquisición de empresa hace menos de un año).

b) Invalidez permanente

Se le reconocerá el estado de invalidez permanente siempre y cuando cumpla con estos dos requisitos:

- que padezca una invalidez física o mental;

y

- que padezca una invalidez laboral.

La invalidez se establece previo dictamen médico (dictamen contradictorio entre su médico asistente y nuestro médico y, si es necesario, un árbitro médico externo). Para que el perito médico designado por el asegurador pueda determinar un grado de invalidez funcional física o psíquica y profesional, debe haber previamente *Consolidación* de su estado de salud.

El grado de invalidez funcional se establece del 0 al 100 %, al margen de toda consideración laboral, con arreglo a la disminución de la capacidad física o mental consecutiva a un *Accidente* o enfermedad.

Acto seguido, el grado de invalidez laboral se determina del 0 al 100 % según el grado y el tipo de invalidez funcional en relación con la profesión ejercida, tomando en consideración su forma de ejercicio con anterioridad a la enfermedad o *Accidente*, las condiciones normales de ejercicio de la profesión y las posibilidades de ejercicio restantes.

Partiendo del grado de invalidez funcional y laboral, el grado de invalidez se determina con arreglo al siguiente baremo de invalidez. El importe de renta seleccionado por el *Adherente* consta en el *Certificado de seguro*, y corresponde a 360 veces el importe de la indemnización diaria seleccionada.

- Si el grado de invalidez «n» determinado por la aseguradora por medio de peritación es superior o igual al 66 %, la invalidez se considerará total. El importe de renta abonado será igual al importe de renta suscrita.
- Si el grado de invalidez «n» determinado por la aseguradora por medio de peritación está incluido entre el 34 % y el 65 %, la invalidez se considerará parcial. El importe de la renta abonado será igual a $n/66$ avos de la renta de invalidez total suscrita, donde «n» es igual al grado de invalidez determinado por la aseguradora.

BAREMO DE INVALIDEZ

GRADO LABORAL	GRADO FUNCIONAL								
	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10						37	40	43	46
20				37	42	46	50	55	58
30			36	42	48	53	58	62	67
40			40	46	52	58	63	69	74
50		36	43	50	56	63	68	73	79
60		38	46	53	60	66	73	79	84
70		40	48	56	63	70	77	83	89
80		42	50	58	66	73	80	87	93
90		43	52	61	67	76	83	90	97
100	34	45	54	63	71	79	86	93	100

7.5.4 DISPOSICIONES COMUNES A LAS GARANTÍAS PREVISTAS EN CASO DE BAJA LABORAL

a) Reconocimiento y control por la aseguradora del estado de incapacidad o de invalidez

La aseguradora se reserva expresamente la facultad de apreciar, reconocer y controlar su estado de incapacidad o invalidez. A tal efecto, los médicos, agentes o delegados de la aseguradora deberán poder acudir a su presencia, y se compromete Usted a recibirles e informarles lealmente de su estado. Si usted se opone a las visitas o exámenes médicos, el asegurador está autorizado **a suspender de pleno derecho el pago de las prestaciones o a interrumpirlas.**

En caso de desacuerdo entre su médico y el del asegurador sobre el estado de incapacidad total temporal para el trabajo o sobre el estado de invalidez permanente total o parcial, usted y el asegurador designarán conjuntamente un 3er médico a efectos de resolución y, a falta de acuerdo sobre dicha designación, ésta será efectuada por el Tribunal de Justicia París. *Usted declara que se somete a la jurisdicción de los tribunales de París y renuncia a cualquier procedimiento en otro país.*

Los honorarios de arbitraje se comparten por igual entre usted y el organismo asegurador.

En todo caso, el servicio de la prestación podrá cesar en función de la evolución de su estado de salud.

b) Pago de las prestaciones

Incapacidad temporal: la indemnización diaria, devengada día por día, será pagadera mensualmente por períodos vencidos, mientras permanezca en estado de incapacidad temporal total laboral, hasta el día del reconocimiento del estado de invalidez permanente y, como muy tarde, hasta el 1095 día contado desde la fecha de baja laboral o de declaración tardía. La indemnización cesa a la fecha de la *Consolidación* de su estado de salud reconocida por un perito médico designado por la aseguradora.

Su abono cesará a más tardar el día en que cumpla *Usted* 65 años.

Invalidez permanente: el importe de la renta será revisable en caso de modificación del estado de invalidez. La renta se le abonará por trimestre vencido durante toda la duración de la invalidez, hasta el término del trimestre natural en cuyo transcurso cumpla *Usted* 65 años.

c) Reincorporación laboral inferior a dos meses

Cuando, una vez haya comenzado a disfrutar de las prestaciones antedichas, se reincorpore a su actividad y deba interrumpirla menos de dos meses después de tal reincorporación, se reanudará el abono de dichas prestaciones sin aplicación de la Franquicia (30 ó 60 días, según la opción seleccionada por el Adherente), siempre y cuando la póliza permanezca vigente en la fecha de esa nueva baja laboral y si puede acreditarse que el nuevo cese de actividad **resulta de la misma causa que el anterior.**

Si su contrato deja de estar en vigor, la recaída no está cubierta.

d) Revalorización de las prestaciones

Las indemnizaciones diarias y las rentas anuales abonadas en caso de baja laboral se revalorizan a una vez transcurridos 366 días desde la fecha de baja laboral y todos los años en la misma fecha.

Dichas indemnizaciones se revalorizan un 2 % el 1 de enero de cada año. Sin embargo, el asegurador se reserva el derecho de cambiar este porcentaje en función de la disponibilidad de su fondo de revalorización. La revalorización se mantendrá en el nivel que haya alcanzado en caso de rescisión de la póliza.

7.5.5 TRÁMITES EN CASO DE SINIESTRO

La declaración de baja laboral es de su incumbencia es obligatoria y tiene Usted la obligación de remitirla a la aseguradora, por mediación de APRIL International Care France, dentro de los 30 días siguientes a la fecha de la baja laboral, por carta certificada. Esta declaración deberá ir acompañada de:

- > un certificado médico que debe enviarse en sobre confidencial a nuestro médico asesor, especificando la fecha de baja laboral, la duración probable de la incapacidad y la tipología de la enfermedad o del *Accidente*;
- > algún documento que acredite el ejercicio de una actividad laboral remunerada;
- > para *Asegurados* asalariados: una declaración de *Siniestro* de su empleador y un certificado del salario bruto correspondiente a los últimos 12 meses, incluyendo primas y bonificaciones percibidas y los datos del empleador;
- > para *Asegurados* no asalariados: una copia de la declaración del impuesto sobre la renta correspondiente al año anterior. La aseguradora se reserva el derecho de solicitar documentos acreditativos complementarios.
- > en el caso de adherentes complementarios a la CFE o la Seguridad Social francesa, un justificante de cobertura por su régimen básico.

A subrayar que nos reservamos el derecho de reclamar cualquier documento justificativo adicional necesario para el pago de las prestaciones.

Las bajas laborales declaradas una vez transcurrido dicho plazo no darán lugar a pago alguno en concepto del período anterior a la declaración. Una vez tome fin su baja laboral, deberá remitir a la aseguradora, por mediación de APRIL International Care France, un certificado de reincorporación laboral.

Si la incapacidad perdura más allá de la fecha prevista de reincorporación laboral, se deberá proporcionar un nuevo certificado médico que haga constar la duración probable de la nueva baja y el tipo de enfermedad o *Accidente*.

Dicho trámite se tendrá que repetir cada vez que la incapacidad se prolongue más allá de la fecha prevista de reincorporación laboral.

8. ¿QUÉ SE EXCLUYE DE LA PÓLIZA?

8.1 EXCLUSIONES DE LA GARANTÍA DE GASTOS SANITARIOS

Además de las *Exclusiones* comunes a todas las garantías detalladas en el apartado 8.5 siguiente, se excluyen de la garantía de gastos sanitarios las resultas y consecuencias de:

- > todos los gastos asumidos por tratamientos o actos prescritos con anterioridad a la *Fecha de efecto* de la póliza o durante los *Plazos de carencia*;
- > afecciones anteriormente declaradas que hayan sido objeto de exclusión en la adhesión;
- > todo gasto médicamente innecesario;
- > los tratamientos no reconocidos por las Autoridades médicas del país en que se efectúen.
- > todos los gastos de carácter médico y quirúrgico no prescritos por una *Autoridad médica* cualificada;
- > en el caso de *Asegurados* complementarios a la CFE o la Seguridad Social francesa, todos los gastos de carácter médico y quirúrgico que no estén asumidos por la Seguridad Social francesa (salvo que se disponga lo contrario en la tabla de garantías);
- > medicamentos no genéricos, cuando su forma genérica esté disponible y pueda recetarse al asegurado;
- > los gastos de *Hospitalización* médica o de estancia en sanatorio antituberculoso o preventivo, cuando los centros que hayan acogido al *Asegurado* no estén homologados por la autoridad pública competente;
- > los gastos anexos (salvo los previstos en la tabla de garantías) en caso de *Hospitalización* o los gastos suntuarios, desrazonables o desacostumbrados, teniendo presente el país en que se hayan efectuado;
- > los gastos de transporte, salvo en ambulancia terrestre, hasta el centro sanitario apropiado más cercano;
- > los tratamientos de psicoterapia y los tratamientos ambulatorios (consultas, medicamentos, pruebas de diagnóstico y análisis) relativos a:
 - trastornos mentales y conductuales asociados al uso de drogas, alcohol y otras sustancias psicoactivas;
 - trastornos del sueño (insomnio, hipersomnia, sonambulismo), trastornos del ritmo circadiano;
- > las medicinas naturales o alternativas (salvo las previstas en la tabla de garantías);
- > gastos para farmacéuticos, tratamientos cosméticos, productos de higiene, cremas solares y/o hidratantes, productos de maquillaje, tratamientos paliativos, vitaminas y minerales, complementos alimentarios, productos dietéticos, alimentos para lactantes, aguas minerales;
- > termómetros y tensiómetros;
- > los medicamentos y tratamientos de la disfunción eréctil;
- > los gastos de búsqueda y transporte para el trasplante de órganos;
- > los tratamientos experimentales;
- > los gastos correspondientes a tratamientos estéticos, curas de rejuvenecimiento, de adelgazamiento, de aumento de peso, las curas termales y la talasoterapia;
- > el tratamiento del alcoholismo, la toxicomanía y de cualquier otra adicción o enfermedad asociada a dicha dependencia;
- > las estancias en centros gerontológicos, institutos médicos pedagógicos y establecimientos similares;
- > los centros hospitalarios e instituciones de acogida para personas mayores dependientes y las Hospitalizaciones en régimen de larga estancia;
- > las estancias en casas de reposo o de convalecencia que no sean subsiguientes a una Hospitalización por
- > Enfermedad grave o por Accidente;
- > las hormonas de crecimiento;
- > las operaciones y tratamientos de cambio de sexo;
- > las gafas y lentillas sin corrección óptica;
- > la automutilación;

8.2 EXCLUSIONES DE LA GARANTÍA DE AYUDA A LA REPATRIACIÓN (BÁSICA Y COMPLETA)

- > Además de las Exclusiones comunes a todas las garantías detalladas en el apartado 8.5 siguiente, no están cubiertos por la garantía de ayuda a la repatriación los gastos que resulten de los hechos o sucesos siguientes (que no podrán dar lugar a ninguna indemnización en concepto alguno ni a la intervención de Europ Assistance):
- > todas las intervenciones y/o reembolsos correspondientes a reconocimientos médicos, chequeos, detecciones preventivas;
- > las afecciones o lesiones benignas que puedan tratarse in situ y que no impidan al *Asegurado* proseguir su desplazamiento;
- > las convalecencias, las afecciones que se estén tratando y aún no consolidadas y/o que requieran atención posterior programada;
- > las enfermedades constituidas con anterioridad a la salida y que conlleven un riesgo de empeoramiento o de reaparición;
- > las afecciones que hayan dado lugar a una Hospitalización en los 6 meses anteriores a la salida;

- > las posibles resultas (control, tratamientos complementarios, reparaciones) de una afección que haya dado lugar a una repatriación;
- > los estados de embarazo, salvo que concurra complicación imprevisible, pero en todos los casos:
- > los estados de embarazo y sus complicaciones posibles, y en todos los casos tras la 28.ª semana de amenorrea;
- > los partos y sus resultas respecto a los neonatos;
- > las interrupciones voluntarias de embarazo;
- > la cirugía estética;
- > el uso del alcohol y sus consecuencias, de acuerdo con la legislación vigente en el país de contingencia;
- > los viajes emprendidos con fines de diagnóstico y/o de tratamiento;
- > las consecuencias de la falta, la imposibilidad o las resultas de una vacunación o tratamiento que resulte necesario o impuesto por un desplazamiento o viaje;
- > las Enfermedades o malformaciones congénitas.

No se asumirán:

- > los gastos médicos;
- > las curas, las estancias en casas de reposo y los gastos de rehabilitación;
- > los gastos anticonceptivos y de tratamiento de la esterilidad;
- > los gastos de gafas y lentes de contacto;
- > las prótesis estéticas, dentales, acústicas;
- > los transportes recurrentes que resulten necesarios por el estado de salud del *Asegurado*;
- > los sucesos ocurridos por la participación del *Asegurado* como contrincante en competiciones deportivas, apuestas, partidos, concursos, carreras automovilísticas o en sus ensayos preparatorios;
- > las consecuencias resultantes de todo trastorno neuropsíquico, psicológico o psicosomático o de toda manifestación que justifique un tratamiento de cariz neuropsiquiátrico, y en particular la depresión o la ansiedad;
- > los gastos resultantes de un estado de embarazo, maternidad y sus complicaciones, del parto y sus complicaciones, del tratamiento de la esterilidad del embarazo así como de la interrupción del embarazo.
- > efectos directos o indirectos de la modificación de estructura del núcleo atómico, sucesos climáticos tales como tormentas o huracanes, terremotos, inundaciones, maremotos y otros cataclismos, salvo en el marco de la indemnización de catástrofes naturales;

Se excluyen de la garantía de gastos de búsqueda y auxilio:

- > los gastos de búsqueda y auxilio derivados del incumplimiento de las normas de prudencia que dicte la entidad explotadora del recinto y/o la normativa reguladora de la actividad que practique el *Asegurado*;
- > los gastos de búsqueda y auxilio ocasionados por la práctica de un deporte profesional, la participación en una expedición o una competición, salvo pacto expreso en contrario.

Exclusiones específicas de la garantía de pérdida, deterioro o destrucción de equipajes personales:

- > prótesis dentales, ópticas u otras, gafas y lentes de contacto;
- > el efectivo metálico, papeles personales, documentos comerciales, documentos administrativos, cheques de viaje, tarjetas de crédito, billetes de avión, títulos de transporte y vales;
- > los *Daños* causados por el desgaste normal, antigüedad o vicio propio del equipaje;
- > los deterioros ocasionados por polillas, plagas o por un procedimiento de limpieza, reparación o restauración, o por mala manipulación del equipaje imputable al *Asegurado*;
- > los *Daños* resultantes de confiscación, embargo o destrucción por orden de una autoridad administrativa;
- > los objetos de valor, joyas y pieles;
- > las llaves y cualquier otro objeto asimilado (ejemplo: tarjetas o pases magnéticos);
- > todo aquel equipaje o efecto personal dejado sin vigilancia por el *Asegurado*;
- > teléfonos móviles;
- > dispositivos informáticos, audiovisuales, cámaras fotográficas, videocámaras o equipos de alta fidelidad encomendados a transportistas;
- > los gastos que puedan ser indemnizados por otra póliza de seguro o que sean objeto de una indemnización concedida al *Asegurado*.

Europ Assistance no podrá intervenir en las circunstancias previstas a continuación:

- > sólo puede intervenir dentro del límite de los permisos concedidos por las autoridades locales;
- > no puede subrogarse en ningún caso a los organismos locales de socorro urgente ni hacerse cargo de los gastos que ello acarree;
- > no incurrirá en responsabilidad por el incumplimiento o los contratiempos de cumplimiento de las obligaciones resultantes de casos de fuerza mayor o sucesos tales como tumultos, guerra civil o extranjera, movimientos populares, revolución, huelga, embargo o coacción por la fuerza pública, prohibición oficial, piratería, explosión de artefacto, efecto nuclear o radiactivo o impedimento climático;

- > no tendrá obligación de intervenir en los casos en que el *Asegurado* haya infringido voluntariamente la legislación vigente de los países de tránsito o donde transcurra su estancia como desplazado o expatriado;
- > los sucesos ocurridos por la participación del *Asegurado* como contrincante en competiciones deportivas, apuestas, partidos, concursos, carreras automovilísticas o en sus ensayos preparatorios.

8.3 EXCLUSIONES DE LA GARANTÍA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PRIVADA

Además de las *Exclusiones* comunes a todas las garantías detalladas en el apartado 8.5 siguiente, se excluyen de la garantía:

- > los daños resultantes del ejercicio de una actividad laboral cualquiera o de cargos ocupados con arreglo a mandatos electivos;
- > la conducción de todo artefacto motorizado o de tracción animal;
- > las consecuencias de cuantos *Siniestros* materiales o corporales sufra el *Asegurado*;
- > los *Daños materiales* causados por incendio, explosión o estragos de las aguas con origen o sucedidos en edificios o locales de los que el *Asegurado* sea propietario, inquilino o tenga el disfrute privativo en cualquier concepto;
- > las molestias anormales de vecindad (inmisiones);
- > los *Daños* causados por el amianto (incluyendo las fibras y el polvo de amianto), el plomo (incluyendo las partículas que contengan plomo), el moho tóxico o la contaminación fúngica y los *Daños* por contaminación en Estados Unidos y Canadá;
- > los *Daños* ocurridos al usar un automóvil o artefacto motorizado, embarcación de vela o de motor, aeronave o animales de monta de los que el *Asegurado* o las personas de las que éste sea responsable civil tengan la propiedad, la conducción o la custodia;
- > los *Daños* materiales resultantes de incendio, explosión o estragos por aguas si ocurren en locales de los que el *Asegurado* sea propietario, ocupante o inquilino, en el bien entendido, no obstante, de que quedan cubiertos aquellos de tales *Daños* ocurridos en una habitación de hotel alquilada por el *Asegurado* (o por su empleado) por un plazo inferior a treinta días consecutivos, con la condición expresa de que el *Asegurado* no designe domicilio en ella;
- > los *Daños inmateriales* no consecutivos;
- > todas las consecuencias de compromisos contractuales contraídos por el *Asegurado* en la medida en que las obligaciones resultantes de ellos excedan aquéllas a las que estaría sujeto en virtud del derecho común;
- > las indemnizaciones judiciales con carácter de pena, habitualmente conocidas por el nombre de “*punitive*” o “*exemplary damages*” y definidas por lo general como indemnizaciones que complementan la reparación del perjuicio real, que puedan asignarse a las víctimas por los tribunales de Estados Unidos o Canadá, cuando consideren que el autor del *Daño* tuvo un comportamiento «antisocial» o «más que negligente» o que «ignorara voluntariamente sus consecuencias»;
- > las consecuencias resultantes de todo trastorno neuropsíquico, psicológico o psicosomático o de toda manifestación que justifique un tratamiento de cariz neuropsiquiátrico, y en particular la depresión o la ansiedad.

Quedan asimismo excluidos los *Daños*:

- > causados a bienes, incluidos animales, de los que el *Asegurado* tenga la conducción, la custodia o el uso, aun cuando se le encomienden por una labor de voluntariado;
- > resultantes de una actividad laboral o remunerada del *Asegurado*, así como de cargos públicos o sindicales;
- > resultantes de la participación del *Asegurado* en un *Acto de terrorismo o de sabotaje*, un *Atentado*, un tumulto o un movimiento popular;
- > resultantes de una contaminación no accidental;
- > causados a bienes, objetos, productos o animales vendidos por el *Asegurado*;
- > causados por caballos u otros equinos, por perros de categoría 1 o 2 según se definen en el artículo 211-1 del Código Rural francés, o por animales salvajes;
- > todas las consecuencias pecuniarias de la responsabilidad civil que incumba al *Asegurado* en su calidad de empleador por un accidente laboral o una enfermedad profesional que padezca uno de sus empleados en el desempeño de sus cometidos;
- > Los *Daños* que resulten de la gestión social del *Asegurado* frente a sus empleados o antiguos empleados, candidatos al empleo, sus derechohabientes e interlocutores sociales.
- > efectos directos o indirectos de la modificación de estructura del núcleo atómico, sucesos climáticos tales como tormentas o huracanes, terremotos, inundaciones, maremotos y otros cataclismos, salvo en el marco de la indemnización de catástrofes naturales;

8.4 EXCLUSIONES DE LA GARANTÍA DE CAPITAL POR FALLECIMIENTO Y PÉRDIDA TOTAL E IRREVERSIBLE DE AUTONOMÍA, DE INDEMNIZACIÓN POR BAJA LABORAL POR CAUSA MÉDICA Y EXONERACIÓN DEL PAGO DE LA PRIMA

Además de las *Exclusiones* comunes a todas las garantías detalladas en el apartado 8.5 siguiente, se excluyen de las garantías:

- > la práctica de deportes peligrosos con carácter lúdico, a menos que sea supervisada por un profesional con los

diplomas y competencias requeridos por el Estado:

- la práctica de cualquier deporte que requiera el uso de un dispositivo de locomoción terrestre, náutico o aéreo;
- deportes aéreos: acrobacias aéreas, vuelo sin motor, paracaidismo, ultraligeros, ala delta, parapente, skysurf;
- deportes náuticos: buceo con botella, vela y navegación en alta mar (más de 200 millas náuticas), hidrospeed;
- deportes de montaña: alpinismo, escalada (sin soporte artificial con seguridad), bobsleigh, skeleton, esquí (alpino, de fondo) y snowboard fuera de pistas señalizadas abiertas al público, barranquismo;
- deportes extremos: puenting, espeleología, salto base, corridas de toros.
- las Exclusiones previstas en el apartado 8.5 siguiente también se aplican a la garantía de capital por fallecimiento, pérdida total e irreversible de autonomía e indemnización de baja laboral por causas médicas.

La garantía de indemnización por baja laboral por causa médica solamente se aplica en caso de baja laboral consecutiva a una enfermedad o un *Accidente*. Dado que la maternidad no es una enfermedad, únicamente se cubrirán en virtud de esta garantía las bajas laborales durante el embarazo que tengan una causa patológica (es decir, las médicamente justificadas). La baja por maternidad/paternidad no constituye baja laboral por enfermedad y está excluida de la garantía.

8.5 EXCLUSIONES COMUNES A TODAS LAS GARANTÍAS

Además de las *Exclusiones* previstas para cada una de las garantías, se excluyen de todas las garantías las resultas y consecuencias de:

- > actos intencionados del *Adherente* o el *Asegurado*, y/o infracciones de la legislación del país en que se encuentre el *Asegurado*;
- > guerra civil o exterior que afecte al territorio francés;
- > participación voluntaria del *Asegurado* en altercados, movimientos populares y actos de terrorismo independientemente de donde ocurran los hechos y de quienes sean sus protagonistas (excepto en caso de legítima defensa);
- > suicidio o intento de suicidio en el primer año de garantía;
- > uso de drogas o de estupefacientes, salvo prescripción médica;
- > alcoholemia o embriaguez del *Asegurado* (grado de alcoholemia superior al permitido por la ley de tránsito de vehículos vigente el día del *Siniestro* en el país de acaecimiento);
- > accidentes de tráfico en vehículo de dos ruedas si el *Asegurado* no llevaba casco;
- > *Accidentes* o *Enfermedades preexistentes* y malformaciones congénitas anteriores a la *Fecha de efecto*, sujetos a recaídas o no consolidados, salvo si se declaran y aceptan en el momento de la adhesión al contrato
- > de un error del proveedor médico o por incumplimiento de éste al no recurrir a prácticas apropiadas o a una medicina basada en evidencias médicas.
- > ejercicio de toda actividad laboral en una plataforma petrolífera.

Condiciones específicas de cobertura de deportes y actividades deportivas

Se excluyen las consecuencias de:

- > la práctica deportiva con carácter profesional, incluso dentro de un club o una federación o en el marco de un programa de estudio y deporte;
- > la práctica de la caza

Sin perjuicio de la aplicación de los artículos L.113-8 y L.113-9 del Código de Seguros francés, las garantías se ejercen respecto a las consecuencias de las dolencias o *Enfermedades preexistentes* acaecidas antes de la fecha de firma de la Solicitud de adhesión a la póliza si éstas se han declarado en dicha Solicitud de adhesión y no han sido objeto de exclusión particular notificada al *Asegurado* por correo y aceptada por el *Asegurado*.

9. DISPOSICIONES GENERALES

9.1 ¿CUÁLES SON LAS ENTIDADES ASEGURADORAS?

La Asociación des Assurés APRIL (asociación sin ánimo de lucro regida por la ley francesa de 1901, con sede en située 114 boulevard Vivier Merle, 69439 Lyon Cedex 03, cuyo objeto consiste en estudiar, suscribir y promover todo tipo de póliza de seguro en favor de sus adherentes, crear un espíritu de solidaridad internacional entre ellos, facilitarles medios de información y gestión adecuados y representarlos ante toda compañía de seguros y cuyos estatutos disponibles en las Condiciones Generales) ha suscrito:

En cuanto a las garantías de gastos sanitarios, capital por fallecimiento/pérdida total e irreversible de autonomía e indemnización por baja laboral por causa médica:

convenios de seguro de grupo de adhesión facultativa con Groupama Gan Vie (convenios de gastos sanitarios 219/643791/00010, 219/643791/00020, 219/643791/55510, 329/643792/00010, 329/643792/00020 y 329/643792/55510 y convenios de previsión 9001/643793/00010, 9001/643793/00020 y 9001/643793/55510), sociedad anónima con un capital de 413.036.043 € (íntegramente desembolsado), inscr. Reg. Merc. París n.º 340.427.616 (código APE: 6511Z), sita en 8-10, rue d'Astorg, 75383 París Cedex 8, FRANCIA;

En cuanto a las garantías de ayuda a la repatriación y responsabilidad civil privada:

convenios de asistencia de grupo de adhesión facultativa con Chubb European Group SE (convenios FRBOTA21226, FRBOTA21227, FRBOTA21228 et FRBOTA21229), entidad aseguradora reglamentada por el Código de Seguros francés con un capital de 896.176.662 € localizada La Tour Carpe Diem, 31, place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie, France. Inscrita en el Registro Mercantil de Nanterre con el número 450.327.374 (código APE: 660E).

Respeto a las sanciones económicas y comerciales: Cuando la garantía o el pago de la indemnización o del siniestro previstos por esta póliza infrinjan las resoluciones de las Naciones Unidas o las sanciones, leyes o reglamentos económicos y comerciales de la Unión Europea, el Reino Unido, una legislación nacional o los Estados Unidos de América, dicha garantía o pago de indemnización o siniestro serán nulos y no procederán.

9.2 MARCO JURÍDICO

Las autoridades encargadas del control de todas las entidades aseguradoras y de APRIL International Care es el Órgano supervisor de las entidades bancarias y de seguros (ACPR por sus siglas en francés), localizado 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09, FRANCIA.

La adhesión a la póliza MyHealth International consta de la Solicitud de adhesión, las presentes Condiciones Generales y el *Certificado de seguro*. Dicha adhesión está sometida a la legislación francesa y, en particular, a su Código de Seguros.

Las garantías y grados de reembolso de la presente póliza se irán adecuando automáticamente con arreglo a los cambios legislativos y reglamentarios que rijan los contratos de derecho francés.

9.3 PRESCRIPCIÓN

Toda acción dimanante de esta adhesión será inadmisibile a trámite una vez agotado un plazo de dos (2) años contados desde el suceso que la hubiera originado, plazo que será de diez (10) años para la garantía de capital por fallecimiento, según lo dispuesto por los artículos L114-1 y siguiente del Código de Seguros francés:

Artículo L114-1: «Toda acción dimanante de una póliza de seguro prescribe al cabo de dos años contados desde el acontecimiento que la hubiera originado. No obstante lo anterior, dicho plazo se computará como sigue en los siguientes supuestos:

1 En caso de reticencia, omisión, falsa declaración o declaración inexacta del riesgo corrido, el plazo se computará desde el día en que la entidad aseguradora haya tomado conocimiento de ello.

2 En caso de siniestro, desde el día en que las partes interesadas tengan conocimiento del mismo, si demuestran que lo desconocían hasta ese momento.

Cuando la acción del asegurado contra el asegurador se fundamente en el recurso de un tercero, el plazo de la prescripción solamente empezará a contar desde el día en que el tercero haya ejercitado una acción judicial contra el asegurado o haya sido indemnizado por este último.

El plazo de prescripción será de diez años en las pólizas de seguro de vida cuando el beneficiario sea una persona distinta del suscriptor y, en las pólizas de seguro contra accidentes que afecten a personas, cuando los beneficiarios sean derechohabientes del asegurado fallecido. En las pólizas de seguro de vida, no obstante lo dispuesto en el apartado 2.º, las acciones del beneficiario prescribirán a más tardar al cabo de treinta años de fallecido el asegurado».

Artículo L114-2: «El plazo de prescripción quedará interrumpido por cualquiera de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción y por el nombramiento de peritos después de un siniestro. Asimismo, también podrá interrumpirse con el envío

de una carta certificada o un envío certificado electrónico, con acuse de recibo, remitidos por la aseguradora al asegurado en cuanto a la acción de reclamación del pago de la prima y por el asegurado a la aseguradora en cuanto al pago de la indemnización.»

Artículo L114-3: «No obstante lo dispuesto en el artículo 2254 del Código Civil, las partes de la póliza de seguro no podrán, siquiera de mutuo acuerdo, modificar el plazo de prescripción ni añadirle causas de suspensión o interrupción.»

Las causas ordinarias de interrupción de la prescripción previstas por el Código Civil son:

- El reconocimiento por el deudor del derecho de aquel contra quien prescribía (artículo 2240 del Código Civil).
- La demanda judicial (artículos 2241 a 2243 del Código Civil).
- Una medida cautelar con arreglo al Código de Procedimientos Civiles Ejecutivos o un acto de ejecución forzosa (artículo 2244 del Código Civil).
- Apremio hecho a uno de los deudores solidarios mediante demanda judicial o acto de ejecución forzosa o reconocimiento por el deudor del derecho de aquel contra quien prescribía (artículo 2245 del Código Civil).
- Apremio hecho al deudor principal o su reconocimiento en los casos de prescripción aplicables a las fianzas (artículo 2246 del Código Civil).

9.4 SUBROGACIÓN

Se estipula que la aseguradora no renuncia a los derechos y acciones que le asistan en virtud del artículo L121-12 del Código de Seguros francés, relativo al recurso subrogatorio que puede ejercer frente al tercero responsable.

Si es *Usted* víctima de un *Accidente* de tráfico (estando un vehículo automóvil involucrado), deberá, so pena de privación de derechos, declarar a la aseguradora del autor del *Accidente* que lo solicite el nombre de la aseguradora de los gastos sanitarios en su calidad de tercero pagador.

9.5 CONTROL

La aseguradora se reserva el derecho de solicitarle que le proporcione los justificantes necesarios para la evaluación exacta de las garantías, en particular dándole traslado de certificados médicos, partes quirúrgicos y/o peritajes de comprobación del médico de la aseguradora.

9.6 RECLAMACIÓN – MEDIACIÓN

La calidad de servicio es piedra angular de nuestros compromisos, pero sí, no obstante, desea *Usted* formular una reclamación acerca de los servicios prestados por nuestra empresa, puede *Usted* acudir a su interlocutor habitual.

Si la respuesta ofrecida no le satisface, puede *Usted* dirigirse a nuestro Servicio de Atención al Cliente, cuyos datos figuran a continuación:

Dirección postal: APRIL International Care France – Service Courrier – 1, rue du Mont – CS 80010 – 81700 Blan – France

Oficinas: APRIL International Care – 14, rue Gerty Archimède – 75012 Paris

Correo electrónico: complain.expats@april-international.com

Le informamos de que nuestras entidades aseguradoras colaboradoras Groupama Gan Vie (8-10 rue d'Astorg, 75383 París Cedex 8, FRANCIA) y Chubb European Group SE (La Tour Carpe Diem, 31, place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie, FRANCE) nos han encomendado la tramitación de las reclamaciones.

Haremos todo lo posible para darle una respuesta en un plazo máximo de 48 horas laborables y, si éste hubiera de prorrogarse por razones ajenas a nuestra voluntad, nos comprometemos a mantenerle informado del desarrollo de la tramitación de su reclamación en igual plazo.

De conformidad con la Recomendación 2022-R-01 de la Autoridad de Control Prudencial y Resolución, en caso de reclamación, el Asegurador se compromete a acusar recibo en un plazo máximo de diez días hábiles siguientes a su envío, y a contestarla a más tardar dentro de los dos meses siguientes a su envío.

Si el desacuerdo persiste y no puede llegarse a una solución amistosa, *Usted* puede, sin perjuicio de los demás recursos legales disponibles y en cualquier caso dentro de los dos meses siguientes al envío de su primera reclamación, recurrir al Mediador de Seguros por correo postal o electrónico a las siguientes direcciones respectivas – "La Médiation de l'Assurance" – TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09 – FRANCIA.

www.mediation-assurance.org

Si se ha adherido a esta póliza a distancia por Internet, puede acudir asimismo al mediador competente interponiendo una reclamación en la plataforma de resolución de litigios en línea de la Comisión Europea en la siguiente dirección: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.

Le informamos de que los datos recabados para la tramitación de su reclamación serán sometidos a tratamiento informático por nuestra empresa a efectos del seguimiento de la misma, y solamente podrán comunicarse a la entidad aseguradora, a sus entidades reaseguradoras y al grupo APRIL, así como a nuestras entidades colaboradoras para la ejecución de sus garantías. La información recabada es imprescindible para el registro, gestión y ejecución de las adhesiones

a cargo de APRIL International Care France, las aseguradoras o sus representantes. Dispone *Usted* de un derecho de comunicación, rectificación, oposición y cancelación de todos aquellos datos de su incumbencia (véase apartado 10.7).

9.7 LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS

En el marco de nuestra relación, nos vemos obligados a recoger datos personales de su incumbencia. La información acerca del tratamiento de datos y el ejercicio de sus derechos respecto a dichos datos aparecen en el folleto "Note Informativa – Tratamiento de sus datos personales" sobre la protección de datos que le ha sido proporcionado.

Si desea renunciar a su adhesión, rellene y firme este formulario separable
y remítalo a APRIL International Care France - Service Courrier - 1 rue du Mont - CS 80010 - 81700 Blan - FRANCE

RENUNCIA

Artículo L112-9 e Artículo L132-5-1 del Código de Seguros francés

Artículo L112-9 : Toda persona física a quien se le proponga una contratación en su domicilio, su residencia o su lugar de trabajo en caso de venta a distancia por teléfono, o por Internet, y que con arreglo a ello firme una propuesta de seguro o una póliza con fines ajenos al marco de su actividad comercial o profesional, tiene la facultad de renunciar a ella por carta simple durante un plazo de catorce días naturales completos contados desde el día del establecimiento del contrato, sin necesidad de justificar motivos ni sufragar penalización alguna.

Artículo L132-5-1: "Toda persona física que haya firmado una propuesta o un contrato de seguro de vida o capitalización tiene la opción de renunciar por carta certificada o correo electrónico certificado, con acuse de recibo, durante un plazo de treinta días naturales a partir de la fecha en que se le informe del establecimiento de dicho contrato. Ese plazo expirará a las 24:00 horas del último día. Si expira un sábado, domingo o día festivo, no se prorrogará.

La renuncia implica la devolución por parte de la compañía de seguros o capitalización de todos los importes pagados por el tomador del seguro, en un plazo máximo de treinta días naturales a partir de la recepción de la carta certificada o correo electrónico certificado. Fuera de este plazo, los importes no devueltos devengarán intereses al tipo legal más la mitad durante dos meses y, a vencimiento de este plazo de dos meses, al doble del tipo legal".

Condiciones: Si desea renunciar a su adhesión, rellene y firme este formulario separable. Envíelo en un sobre por correo simple a la dirección que aparece más arriba. Deberá franquearlo a más tardar en un plazo de 14 días (o de 30 días para una garantía de capital por fallecimiento) contados desde el día del establecimiento del contrato, si expira en sábado, domingo o día festivo o inhábil, el primer día laborable siguiente.

El/la infrascrito/a declara renunciar a la Solicitud de adhesión a la siguiente póliza:

Nombre de la póliza: MyHealth International **Ref. MHI Cov 23A**

Referencia de su póliza:

Nº de cliente:

Fecha de firma de la Solicitud de suscripción:

Apellido(s) del adherente:

Nombre(s) del adherente:

Fecha de nacimiento del adherente:

Dirección del adherente:

Código postal: Ciudad:País:

N.º de teléfono:

Nombre del asesor de seguros:

Dirección del asesor de seguros:

Código postal: Ciudad:País:

N.º de teléfono:

Fecha y firma del adherente:





APRIL International Care France

14, rue Gerty Archimède – 75012 Paris – France

Tel: +33 (0)1 73 02 93 93 - Fax: +33(0)1 73 02 93 90

Email: info.expats@april-international.com - www.april-international.com

S.A.S. con un capital de 200.000 € - Reg. Merc. París n° 309.707.727.

Corredora de seguros, inscrita en el Organismo de Registro de los Intermediarios de Seguros con el n° 07.008.000 (www.orias.fr).

Órgano supervisor de las entidades bancarias y de seguros (ACPR) - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09 - FRANCIA.





APENDICES

TABLA DE GARANTÍAS

TABLA DE GARANTÍAS

GASTOS SANITARIOS

Aviso importante antes de seguir:

Los gastos sanitarios se cubrirán dentro del límite de los Gastos reales y de los Costes razonables y habituales, teniendo en cuenta el país en que se realizan. Para garantizarle una cobertura y unas primas perdurables, permanecemos atentos a las tarifas que aplican los profesionales de salud y garantizamos que no sean incoherentes con los precios observados localmente.

Le proporcionamos una red de profesionales sanitarios aprobados que no cobran honorarios excesivos. Póngase en contacto con nuestros equipos para obtener más información sobre la red sanitaria de APRIL International.

Todo acto médico superior a 2.000 €/€\$ estará sujeto a Autorización previa. Le rogamos que nos envíe su solicitud al menos 5 días antes de la fecha prevista del tratamiento.

En caso de incumplimiento de las condiciones anteriores, estará sujeto a una franquicia que se aplicará a su reembolso.

¿Qué es la atención ambulatoria?

La cirugía ambulatoria se define como hospitalización «diurna» en un centro de salud durante un período inferior a 24 horas. La atención ambulatoria, también denominada atención externa, corresponde a toda aquella atención prestada por profesionales de la salud sin necesidad de hospitalización ni alojamiento en centros de salud.

¿Qué cobertura ofrece COVID-19?

MyHealth International le garantiza la misma cobertura que a cualquier otra enfermedad o dolencia. El contrato no prevé exclusiones vinculadas a COVID-19 ni un límite máximo específico de cobertura (dentro del límite máximo anual global del plan seleccionado).



IMPORTANTE

En caso de hospitalización (incluyendo las hospitalizaciones de día), ponemos a su disposición **el pago directo**, si ha habido una Autorización previa por nuestra parte. **Este servicio sólo puede ofrecerse** a los asegurados desde el 1er euro/dólar y en complemento a la Caisse des Français de l'Étranger (CFE) y no está disponible si su seguro es complementario a la Seguridad Social francesa o a otro régimen.

En la modalidad de Hospitalización y Ayuda a la repatriación básica, también están cubiertos los actos de medicina corriente (incluidos cuidados dentales y prótesis, salvo prótesis dentales e implantes dentales) **en caso de accidente** y previa presentación de un certificado médico, **hasta 75 €/USD por acto y 1.500 €/USD por año y Asegurado.**

* Toda hospitalización está sometida a Autorización previa. Se aplicará una **Franquicia del 50 %** en caso de omitirse dicho trámite previamente a la hospitalización.

** Sujeto a Autorización previa.

*** Se suprime el período de espera si ya disponía usted de garantías equivalentes o superiores cuya rescisión no haya cumplido un mes, previa presentación de un justificante de las garantías suscritas hasta entonces y del Certificado de cancelación correspondiente.

OFFERTAS	EMERGENCY	BASIC	ESSENTIAL	COMFORT	PREMIUM
Límite máximo de los gastos sanitarios por año de seguro y asegurado	250 000 €/€\$	500 000 €/€\$	1 000 000 €/€\$	Bahamas, Estados Unidos, Japón, Puerto Rico, Singapur: 1.500.000 €/US\$ Resto del mundo: ilimitado	Bahamas, Estados Unidos, Japón, Puerto Rico, Singapur: 3.000.000 €/US\$ Resto del mundo: ilimitado

HOSPITALIZACIÓN* (salvo medicina corriente, maternidad y salud óptica y dental)

Hospitalización médica, quirúrgica u hospitalización diurna: Transporte en ambulancia (si APRIL International asume la hospitalización) Gastos de estancia Honorarios médicos y quirúrgicos Exámenes, análisis, medicamentos Actos médicos	100 % en caso de accidente o de urgencia médica únicamente	100%	100%	100%	100%
---	--	------	------	------	------

Habitación de hospital	Habitación con dos camas	Habitación con dos camas	Habitación privada estándar, hasta 75 €/€ por día	Habitación privada estándar (incluidos gastos de televisión e Internet)	Habitación privada estándar (incluidos gastos de televisión e Internet)
Diagnóstico por imagen avanzado (IRM, escáneres) por hospitalización	hasta 4.000 €/€ por año	100%	100%	100%	100%
Consulta externa, tratamientos, análisis y actos médicos por hospitalización/cirugía ambulatoria (30 días antes y tras la hospitalización y previa presentación de un certificado de hospitalización)	100 % únicamente tras hospitalización sufragada por APRIL International	100%	100%	100%	100%
Hospitalización a domicilio	excluido	100%	100%	100%	100%
Cama de acompañante para niño (hijo menor de 18 años)	excluido	excluido	excluido	100%	100%
Hospitalización para el tratamiento de trastornos mentales o nerviosos	excluido	excluido	excluido	hasta 8.000 €/€ por año, máximo 15 días por año	hasta 30 días por año
Rehabilitación a raíz de una hospitalización cubierta por APRIL Internacional y directamente relacionada con ésta, iniciada durante los tres meses que siguen.	hasta 20 días	hasta 20 días	hasta 20 días	hasta 30 días	hasta 60 días
Cirugía reparadora dental por accidente	100%	100%	100%	100%	100%
Tratamiento del cáncer (hospitalización, quimioterapia, radioterapia, oncología, pruebas de diagnóstico y medicamentos en régimen hospitalario, diurno o ambulatorio)	excluido	100%	100%	100%	100%
Trasplante de órgano	100%	100%	100%	100%	100%
Diálisis renal	excluido	100%	100%	100%	100%
Centro de cuidados paliativos y atención paliativa	hasta 10.000 €/€	hasta 25.000 €/€	hasta 50.000 €/€	100%	100%
Aparatos y prótesis internas por hospitalización	hasta 1.000 €/€ por hospitalización	100%	100%	100%	100%

AYUDA A LA REPATRIACIÓN BÁSICA

Repatriación médica o transporte sanitario hasta el centro hospitalario más adecuado o hasta el país de nacionalidad	100%	100%	100%	100%	100%
Repatriación de otros beneficiarios en caso de repatriación sanitaria del asegurado	billete de sólo ida en avión en clase económica o en tren en primera clase	billete de sólo ida en avión en clase económica o en tren en primera clase	billete de sólo ida en avión en clase económica o en tren en primera clase	billete de sólo ida en avión en clase económica o en tren en primera clase	billete de sólo ida en avión en clase económica o en tren en primera clase

Acompañamiento de hijos	billete de ida y vuelta en avión en clase económica o en tren en primera clase	billete de ida y vuelta en avión en clase económica o en tren en primera clase	billete de ida y vuelta en avión en clase económica o en tren en primera clase	billete de ida y vuelta en avión en clase económica o en tren en primera clase	billete de ida y vuelta en avión en clase económica o en tren en primera clase
-------------------------	--	--	--	--	--

MEDICINA CORRIENTE (opcional)

OFFERTAS	EMERGENCY	BASIC	ESSENTIAL	COMFORT	PREMIUM
----------	-----------	-------	-----------	---------	---------

MEDICINA (salvo maternidad, reproducción asistida y salud dental)

Teleconsulta médica 24/24 y 7j/7	ilimitada	ilimitada	ilimitada	ilimitada	ilimitada
Consultas con médicos generalistas y especialistas, seguimiento de enfermedades crónicas incluido	excluido	2 visitas por año cubiertas al 100 %. A partir de la tercera visita cubierta hasta 80 €//\$ por visita.	5 visitas por año cubiertas al 100 %. A partir de la sexta visita, cubierta hasta 100 €//\$ por visita.	10 visitas por año cubiertas al 100 %. A partir de la visita n.º 11, cubierta hasta 200 €//\$ por visita.	100%
Psiquiatras, psicólogos y psicoterapeutas		excluido	hasta 4 visitas por año, máximo de 60 €//\$ por visita	hasta 5 visitas por año, máximo de 200 €//\$ por visita	hasta 20 visitas por año, máximo de 200 €//\$ por visita
Ortografía, ortóptica, pedicura-podología, logopedia		hasta 10 visitas por año	hasta 15 visitas por año	100%	100%
Fisioterapia, osteópatas, quiroprácticos, enfermería, ergoterapia, psicomotricidad		Hasta 1.000 €//\$ por año	hasta 2.000 €//\$ por año	hasta 4.000 €//\$ por año	100%
Consultas con homeópatas, etiópatas, acupuntores, fitoterapeutas y medicina china tradicional		excluido	hasta 500 €//\$ por año	hasta 1.000 €//\$ por año	hasta 2.000 €//\$ por año
Medicamentos recetados en régimen hospitalario para su uso a domicilio o para enfermedades crónicas	excluido	100%	100%	100%	100%
Medicamentos en régimen ambulatorio (incluidos anticonceptivos, homeopatía, fitoterapia, vacunas y tratamientos antipalúdicos) con receta médica		hasta 2.500 €//\$ por año	100%	100%	100%
Análisis, radiografías y otros actos técnicos médicos (fuera de centro hospitalario)		100%	100%	100%	100%
Diagnóstico por imagen avanzado (IRM, escáneres) en régimen ambulatorio		hasta 2.000 €//\$ por año	hasta 4.000 €//\$ por año	hasta 8.000 €//\$ por año	100%

Paratos y prótesis externas incluidos los auditivos (y excluidos los dentales)		hasta 1.000 €//\$ por año	hasta 2.000 €//\$ por año	hasta 3.500 €//\$ por año	hasta 5.000 €//\$ por año
--	--	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------

PREVENCIÓN

Pruebas de detección (cáncer, hepatitis B, prueba del VIH, etc.)	excluido	100%	100%	100%	100%
Módulo de automedicación: gastos farmacéuticos sin receta, asistencia para dejar el tabaco, autotest COVID-19		excluido	hasta 50 €//\$ por año	hasta 150 €//\$ por año	hasta 300 €//\$ por año
Chequeo médico y audiometría (un chequeo cada dos años)		excluido	hasta 200 €//\$ por año	hasta 800 €//\$ por año	hasta 2.000 €//\$ por año
Consultas con dietistas		excluido	excluido	excluido	hasta 5 visitas por año

MATERNIDAD** (opcional)

Período de espera de 12 meses

➤ En caso de que se seleccione la fórmula ESSENTIAL, las garantías para la Maternidad están disponibles para las zonas 3, 4 y 5. Para más información acerca de los países de estas zonas, consulte el punto 2.2 de las Condiciones Generales.

OFFERTAS	EMERGENCY	BASIC	ESSENTIAL	COMFORT	PREMIUM
Gastos del embarazo: Hospitalización, habitación privada, gastos de estancia, honorarios médicos y quirúrgicos	excluido	excluido	hasta 3.000 €//\$ por embarazo (importe ampliado hasta 6.000 €//\$ por embarazo en caso de parto quirúrgico)	hasta 6.000 €//\$ por embarazo (importe ampliado hasta 12.000 €//\$ por embarazo en caso de parto quirúrgico)	hasta 12.000 €//\$ por embarazo (importe ampliado hasta 20.000 €//\$ por embarazo en caso de parto quirúrgico)
Embarazo a domicilio			Las complicaciones del embarazo y el parto así como la asistencia neonatal están cubiertas íntegramente	Las complicaciones del embarazo y el parto así como la asistencia neonatal están cubiertas íntegramente	Las complicaciones del embarazo y el parto así como la asistencia neonatal están cubiertas íntegramente
Consultas, gastos farmacéuticos, exámenes y atención prenatal y postnatal					
Sesiones de preparación al embarazo (efectuadas con un médico o una comadrona)					
Diagnóstico de anomalías cromosómicas					
Detección neonatal					

REPRODUCCIÓN ASISTIDA

Período de espera de 12 meses

Gastos farmacéuticos, fecundación in vitro, análisis y exámenes de seguimiento	excluido	hasta 1.500 €//\$ por intento	hasta 2.500 €//\$ por intento
--	----------	-------------------------------	-------------------------------

SALUD ÓPTICA Y DENTAL (opcional)

OFFERTAS	EMERGENCY	BASIC	ESSENTIAL	COMFORT	PREMIUM
----------	-----------	-------	-----------	---------	---------

DENTAL

Período de espera de 3 meses*** en cuidados dentales, preventivos y rutinarios y de 6 meses*** en tratamientos de gran reconstrucción dental y ortodoncias

Topes máximos por año	excluido	500 €/€	1.000 €/€	1.º y 2.º año: 2.000 €/€ A partir del 3.º año: 3.000 €/€	1.º y 2.º año: 4.000 €/€ A partir del 3.º año: 5.000 €/€
Odontología preventiva (revisiones dentales, radiografías, tartrectomía y pulido, férulas dentales)	excluido	100%	100%	100%	100%
Odontología rutinaria (extracciones, tratamiento de caries, periodontología, endodoncias, etc.)		100%	100%	100%	100%
Tratamientos de gran reconstrucción dental (prótesis, coronas e implantes)		100%	100%	100%	100%
Ortodoncia para niños hasta los 18 años (comienzo del tratamiento antes de 16 años cumplidos)		excluido	excluido	hasta 1.200 €/€ por año, máx. 3 años	hasta 1.700 €/€ por año, máx. 3 años

ÓPTICA

Período de espera de 6 meses***

Tratamientos por láser correctivos de la visión (miopía, hipermetropía, astigmatismo, queratocono)	excluido	excluido	excluido	hasta 500 €/€	hasta 700 €/€
Montura y cristales (máx. 1 par cada 2 años)		hasta 150 €/€	hasta 250 €/€		
Lentes de contacto			hasta 200 €/€	hasta 300 €/€	hasta 400 €/€

GARANTÍAS OPCIONALES

Para disfrutar de una protección global internacional, le ofrecemos las siguientes garantías opcionales para completar su cobertura de gastos sanitarios:

- > Ayuda a la repatriación completa y responsabilidad civil privada ;
- > Capital por fallecimiento y pérdida total e irreversible de autonomía;
- > Indemnización por baja laboral por causa médica.

TABLA DE GARANTÍAS DE AYUDA A LA REPATRIACIÓN COMPLETA Y RESPONSABILIDAD CIVIL PRIVADA

AYUDA A LA REPATRIACIÓN COMPLETA	
TIPO DE PRESTACIONES	GRADOS
En caso de accidente o enfermedad:	
Gastos de búsqueda y auxilio	hasta 5.000 €//\$ por persona hasta 15.000 €//\$ por suceso
Regreso del asegurado tras consolidación en el país de expatriación	billete de sólo ida en avión en clase económica o en tren en primera clase
Presencia de familiar junto con el asegurado si se le hospitaliza más de 6 días y se halla él solo in situ	billete de ida y vuelta en avión en clase económica o en tren en primera clase y 80 €//\$ por noche durante 10 noches
Búsqueda y envío de medicamentos inencontrables in situ	100%
Cuidado de hijos a cargo menores de 18 años	reembolso de hasta 20 h por año, máx. 500 €//\$
Regreso o cuidado de animal doméstico en caso de repatriación de todos los familiares	hasta 500 €//\$ por año
Asistente doméstica	reembolso de hasta 10 h, máx. 250 €//\$
En caso de fallecimiento del asegurado:	
Repatriación del cuerpo o las cenizas hasta el domicilio	100%
Cobertura de los gastos del féretro de transporte en caso de repatriación aérea del cuerpo	hasta 1.500 €//\$
Presencia de un allegado del difunto en caso de inhumación in situ si el asegurado fallecido era el único expatriado	billete de sólo ida en avión en clase económica o en tren en primera clase y 50 €//\$ por noche durante 4 noches
Repatriación de otros beneficiarios: familiares, cónyuge e hijo(s) que convivan con el asegurado	billete de sólo ida en avión en clase económica o en tren en primera clase
En caso de atentado o catástrofe natural:	
Repatriación en caso de actos de terrorismo o de sabotaje, atentado o agresión	100%
Evacuación política y catástrofes naturales	billete de sólo ida en avión en clase económica o en tren en primera clase hasta 1 500 €//\$
En caso de extravío o robo de documentos de identidad, maletas o títulos de transporte:	
Pérdida, deterioro o destrucción de equipajes personales	hasta 1 000 €//\$
Adelanto de fondos en el extranjero	hasta 1 500 €//\$
Adelanto de un nuevo billete al extranjero	billete de sólo ida en avión en clase económica o en tren en primera clase
Robo por asalto o por arranque de Teléfono móvil, tableta, Smartphone.	hasta 500 €//\$
Uso fraudulento de la tarjeta SIM	100%
Transmisión de mensajes urgentes	100%

En caso de incidentes de viaje:

Imposibilidad de regreso	80 €/€ por noche para un máximo de 14 noches
Retraso / cancelación del avión	hasta 300 €/€
Falta correspondencia de avión	hasta 300 €/€
Reembolso de los gastos de subsistencia ya incurridos por el asegurado en caso de interrupción de la estadía después de la repatriación del asegurado.	En forma proporcional al límite de 5,000 €/€ Costes reales Hasta 250 €/€ por día con un máximo de 5,000 €/€

En caso de defunción u hospitalización de un familiar:

Regreso anticipado en caso de defunción de un familiar en el país de nacionalidad	billete de ida y vuelta en avión en clase económica o en tren en primera clase
Regreso anticipado en caso de hospitalización de un familiar superior a 5 días	billete de ida y vuelta en avión en clase económica o en tren en primera clase

En caso de infracción involuntaria de la legislación de un país:

Honorarios de abogado en el extranjero	hasta 1.500 €/€ por suceso
Adelanto de fianza penal en el extranjero	hasta 15.000 €/€ por suceso

En caso de dificultades de comprensión idiomática:

Traducción de documentos jurídicos o administrativos	hasta 500 €/€ por año
--	-----------------------

Asistencia psicológica:

Entrevistas con un psicólogo	Hasta 3 entrevistas
------------------------------	---------------------

RESPONSABILIDAD CIVIL PRIVADA

TIPO DE PRESTACIONES	GRADOS
Daños corporales, materiales e inmateriales consecutivos	hasta 7.500.000 €/€ por siniestro y por año de seguro
Incluyendo:	
Daños materiales e inmateriales consecutivos	hasta 750.000 €/€ por siniestro y por año de seguro (franquicia de 150 €/€ por siniestro)
Daños (incluidos incendio, explosión y estragos por aguas causados a los edificios que usted haya tomado en alquiler o prestados para la celebración de ceremonias familiares)	hasta 150.000 €/€ por siniestro y por año de seguro (franquicia de 150 €/€ por siniestro)

GARANTÍA DE CAPITAL POR FALLECIMIENTO Y PÉRDIDA TOTAL E IRREVERSIBLE DE AUTONOMÍA

Esta garantía prevé, en caso de fallecimiento por enfermedad, el pago de un capital al beneficiario o beneficiarios que designe al adherirse. El importe del capital por fallecimiento por enfermedad puede **establecerse libremente entre 20.000 €/€ y 500.000 €/€**.

El importe de dicho capital **se duplica si el fallecimiento resulta de un accidente**.

Además, el capital se abona íntegramente en caso de pérdida total e irreversible de autonomía véase definición.

TRÁMITES MÉDICOS:

Ún el importe de capital por fallecimiento que escoja, deberá proceder a los siguientes trámites médicos:

EDAD	20.000 a 150.000 €/€	150.001 a 250.000 €/€	250.001 a 350.000 €/€	350.001 a 500.000 €/€
≤ 45 años	1	1	1	2
De 46 a 55 años	1	1	2	2
De 56 a 65 años	1	2	2	3

1. Cuestionario de salud

2. Cuestionario de salud + Informe médico* + análisis de sangre* (colesterol, triglicéridos, transaminasas AST y ALT, prueba de detección del VIH 1 y 2, marcador de la hepatitis Ac HCV)

3. Cuestionario de salud + Informe médico* + electrocardiograma* + análisis de sangre* (hemograma, plaquetas, VSG, glucemia, colesterol, HDL, triglicéridos, creatinina, gamma GT, transaminasas AST y ALT, prueba de detección del VIH 1 y 2, marcador de la hepatitis Ac HCV, prueba del antígeno prostático específico o PSA para hombres ≥ 55 años)

* APRIL International procede a su reembolso siempre que medie aceptación y formalización de la póliza.

Las sumas abonadas en virtud de la garantía por fallecimiento están exentas del impuesto de sucesiones, sin perjuicio de la normativa vigente.

DEFINICIÓN

Pérdida total e irreversible de autonomía: inaptitud total e irremediable, médicamente comprobada del asegurado, para todo trabajo u ocupación que pueda procurarle ganancias o beneficios y que haga necesaria la asistencia de una tercera persona para llevar a cabo los actos de la vida ordinaria.

GARANTÍA DE INDEMNIZACIÓN POR BAJA LABORAL POR CAUSA MÉDICA

Las garantías de indemnización diaria y de renta por invalidez le dejan a salvo de las consecuencias que una enfermedad o un accidente pudieran tener en sus ingresos. Contratando estas garantías, se asegura el mantenimiento del pago de una parte del salario durante un período determinado.

La contratación de esta garantía conlleva la contratación previa de un capital por fallecimiento.

La elección de la cuantía de la indemnización diaria (entre 20 €/€ y 500 €/€) es libre, siempre y cuando cumpla con los siguientes requisitos:

- El equivalente mensual a la indemnización diaria no puede ser superior al 100 % de su salario neto mensual (70 % de sus ingresos netos mensuales en caso de constitución o adquisición de empresa hace menos de un año). En caso de suscripción complementaria a la CFE o a la Seguridad Social francesa, el total mensual de indemnizaciones diarias percibido por el régimen básico y en virtud de la póliza MyHealth International no podrá superar el 100 % del salario neto mensual (70 % de sus ingresos netos mensuales en caso de constitución o adquisición de empresa hace menos de un año).
- El importe de la indemnización diaria contratada depende del capital por fallecimiento contratado: para una indemnización diaria de 20 €/€, tiene que haber contratado un capital de como mínimo 20.000 €/€. Los trámites médicos requeridos son los correspondientes al importe de capital por fallecimiento seleccionado.

Tiene que acreditar una actividad laboral remunerada en caso de baja laboral.

DEFINICIÓN

Indemnizaciones diarias:

Las indemnizaciones diarias pueden abonarse a partir de los 31 o 61 días, según la opción escogida, y por un plazo máximo de 3 años. El número de días de indemnización que se computa automáticamente por mes es de 30 días. La contratación de la garantía de indemnización diaria le da derecho, desde los 31 o 61 días, a la garantía de exención: en caso de apuro económico por estar de baja laboral con derecho ordinario a indemnización diaria, todo su régimen de previsión quedará cubierto de forma gratuita. Dicha garantía expira al cumplir 65 años.

Renta por invalidez:

La renta por invalidez le salvaguarda en caso de invalidez asociada a una patología o accidente. La indemnización diaria se transforma en renta anual al cabo de un máximo de 3 años de cobro de aquélla. La renta se abona una vez alcanzada la consolidación y hasta la jubilación, y como mucho hasta los 65 años. El importe de la renta es proporcional al grado de invalidez efectivo (véase el párrafo 7.5 de los condiciones generales).

Domicilio social APRIL International Care:

14 rue Gertry Archimède - 75012 París - FRANCIA - Teléfono: +33 (0)1 73 02 93 93 - Fax: +33 (0)1 73 02 93 90

Correo: info.expat@april-international.com - www.april-international.com

S.A.S. con un capital de 200.000 € - Reg. Merc. París n° 309 707 72

Corredora de seguros, registrado en el Organismo de Registro de los Intermediarios de Seguros con el n.º07 008 000 (www.orias.fr).

Órgano Supervisor de las entidades Bancarias et de Seguros

4 place de Budapest CS 92459 - 75436 París CEDEX 09 - FRANCIA

ESTATUTOS

ASSOCIATION DES ASSURES APRIL

Actualizados a 17 de abril de 2018

SUMARIO

TÍTULO 1.– CONSTITUCIÓN – OBJETO – DOMICILIO SOCIAL - DURACIÓN	p. 2
TÍTULO II.– MIEMBROS ADHERENTES Y REQUISITOS DE ADHESIÓN.....	p. 3
TÍTULO III.– RESPONSABILIDADES E INSTRUMENTOS OPONIBLES A LOS MIEMBROS ADHERENTES	p. 4
TÍTULO IV.– RECURSOS - GASTOS	p. 4
TÍTULO V.– ACCIÓN SOCIAL	p. 5
TÍTULO VI.– ADMINISTRACIÓN Y FUNCIONAMIENTO	p. 5

TÍTULO I.- CONSTITUCIÓN – OBJETO – DOMICILIO SOCIAL - DURACIÓN

Artículo 1. CONSTITUCIÓN Y DENOMINACIÓN

Existe una Asociación con la denominación de «Association des Assurés APRIL», cuya abreviatura es «3A», fundada en virtud de escritura privada otorgada en Lyon con fecha de 1 de enero de 1984 y regulada por la ley francesa de 1 de julio de 1901 y el decreto francés de 16 de agosto de 1901.

Se trata de una Asociación sin ánimo de lucro.

La asamblea general extraordinaria de la Association des Assurés APRIL tomó constancia el 27 de abril de 2018 de la realización definitiva de la fusión por absorción de la Association des Assurés d'APRIL INTERNATIONAL por la Association des Assurés APRIL y la disolución de pleno derecho, sin liquidación, de la Association des Assurés d'APRIL INTERNATIONAL.

Artículo 2. OBJETO

El objeto de la Asociación consiste en:

- estudiar, indagar, suscribir y desarrollar todo tipo de productos de aseguramiento, de asistencia y de servicios, principalmente en materia de previsión, salud y jubilación, a efectos de optimizar para sus Miembros Adherentes la suscripción de garantías complementarias o supracomplementarias o desde el primer euro, que se prestarán siempre que sea necesario una vez agotadas las correspondientes a los regímenes obligatorios, principalmente mediante la firma de pólizas colectivas de seguro de adhesión facultativa u obligatoria;
- concienciar a sus Miembros Adherentes de las cuestiones esenciales de la prevención a fin de que, por un lado, puedan preservar su patrimonio sanitario y, por otro, las entidades aseguradoras les concedan condiciones preferentes que valoren los hábitos responsables de sus Miembros Adherentes en materia de salud;
- realizar estudios estadísticos y análisis sobre los hábitos diarios de sus Miembros Adherentes en el ámbito de la protección social;
- adoptar medidas de prevención, apoyo, asesoramiento y asistencia al asegurado a través de un Fondo de Acción Solidaria.

Artículo 3. DOMICILIO

El domicilio social se establece en Lyon 3ème, 114 boulevard Marius Vivier Merle.

Dicho domicilio podrá trasladarse por mero acuerdo del consejo de administración, que dispondrá a tal efecto de potestad para modificar los estatutos.

Artículo 4. DURACIÓN

La Asociación se constituye por plazo indefinido. No obstante, tomará fin en caso de disolución voluntaria, estatutaria o judicial.

TÍTULO II.– MIEMBROS ADHERENTES Y REQUISITOS DE ADHESIÓN

Artículo 5. COMPOSICIÓN

La Asociación se compone de Miembros Adherentes, que se distinguen entre:

- Miembros Adherentes;
- Miembros Adherentes con calidad de trabajadores autónomos;
- Miembros Adherentes Colectivos, que son empresas, organismos u otras personas jurídicas que hayan suscrito alguno de los convenios suscritos por la Asociación por cuenta de sus trabajadores.

Para formar parte de la Asociación es necesario ostentar la condición de asegurado en el marco de alguno de los convenios suscritos por la Asociación y estar al corriente en el pago de la cuota asociativa.

La calidad de Miembro Adherente se adquiere desde la fecha de recepción de la solicitud de adhesión y del pago de la cuota asociativa, siempre y cuando medie aceptación de la adhesión al convenio de seguro por parte de la entidad aseguradora. A falta de aceptación, el importe de la cuota asociativa se reembolsará a más tardar en un plazo de treinta días contados desde la notificación de denegación por la entidad aseguradora.

Por acuerdo del consejo de administración, se admitirán asimismo los siguientes Miembros Adherentes, que no obstante carecerán de voto:

- personas físicas o jurídicas que presten o hayan prestado servicios destacados a la Asociación, que tendrán la consideración de miembros honoríficos u honorarios;
- personas físicas o jurídicas que hayan otorgado una donación o legado en favor de la Asociación, que tendrán la consideración de miembros benefactores.

Artículo 6. PÉRDIDA DE LA CALIDAD DE MIEMBRO ADHERENTE

La calidad de Miembro Adherente se pierde:

- por defunción, desaparición o ausencia, en el caso de las personas físicas;
- por liquidación o disolución amistosa o judicial, en el caso de las personas jurídicas;
- por baja pronunciada por el consejo de administración por infracción de los presentes estatutos o comportamiento que resulte contrario a los intereses financieros y morales de la Asociación.

- por la pérdida de la calidad de asegurado en uno de los convenios suscritos por la Asociación (rescisión, baja o renuncia);

- por dimisión dirigida a la atención del presidente al domicilio de la Asociación por carta certificada con acuse de recibo. A dicha carta deberá adjuntarse una copia de la carta emitida por la entidad gestora de la(s) póliza(s) que acredite su rescisión; dichas rescisiones deberán cumplir los requisitos establecidos en el folleto informativo con valor de condiciones generales de la(s) póliza(s).

Sea como fuere, la Asociación tendrá derecho a la prima que en su caso reclame en virtud del año en que se pierda la calidad de Miembro Adherente.

TÍTULO III.– RESPONSABILIDADES E INSTRUMENTOS OPONIBLES A LOS MIEMBROS ADHERENTES

Artículo 7. RESPONSABILIDADES DE LOS MIEMBROS ADHERENTES

Los Miembros Adherentes de los convenios suscritos por la Asociación no son en ningún caso responsables personalmente de los compromisos que ésta contraiga, de los que sólo responderá el patrimonio de la Asociación.

Artículo 8. INSTRUMENTOS OPONIBLES A LOS MIEMBROS ADHERENTES

Toda adhesión a la Asociación se enmarca en los convenios de seguro otorgados entre la Asociación y entidades aseguradoras. Al adherirse a la Asociación y a la póliza se entregará a los Miembros Adherentes en forma de folleto informativo con valor de condiciones generales el contenido de dichos convenios, donde constarán entre otros extremos las condiciones y consecuencias de la rescisión de los convenios por la Asociación o la entidad aseguradora.

TÍTULO IV.– RECURSOS - GASTOS

Artículo 9. RECURSOS DE LA ASOCIACIÓN

Los recursos de la Asociación se componen:

- de las cuotas de sus Miembros Adherentes;
- de las rentas de sus bienes;
- de las sumas cobradas en contraprestación de los servicios prestados por la Asociación;
- de las subvenciones o pagos autorizados por la ley;
- de cualesquiera otros recursos no prohibidos por la ley.

Artículo 10. GASTOS

Los gastos de la Asociación los forman todas las sumas dinerarias necesarias para su funcionamiento y su representación. Los gastos los autorizarán el consejo de administración o toda aquella persona que éste faculte a tal efecto.

TÍTULO V.– ACCIÓN SOCIAL

Artículo 11. FONDO DE ACCIÓN SOLIDARIA

Se instituye la creación de un Fondo de Acción Solidaria destinado a la financiación de acciones de apoyo, asesoramiento y asistencia a los Miembros Adherentes.

El importe de la dotación anual del Fondo de Acción Solidaria lo fijará el consejo de administración, que establecerá sus orientaciones, cometidos y normas de funcionamiento.

Las distintas acciones solidarias llevadas a cabo por la Asociación y sus requisitos de acceso y concesión se establecerán en el reglamento interno.

TÍTULO VI.– ADMINISTRACIÓN Y FUNCIONAMIENTO

Artículo 12. CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN

1. Composición

La Asociación está administrada por un consejo de administración que consta de un mínimo de seis (6) y un máximo de quince (15) miembros nombrados por un plazo de seis (6) años. Los miembros del consejo de administración son nombrados por la asamblea general, que los escogerá de entre los Miembros Adherentes de la Asociación.

El consejo de administración estará compuesto, en más de su mitad, de Miembros Adherentes que no posean ni hayan poseído en los dos años anteriores a su nombramiento ningún interés ni cargo en las entidades aseguradoras firmantes de los convenios de seguro suscritos por la Asociación y que no reciban ni hayan recibido en dicho período ninguna retribución de tales entidades.

Todo administrador en el que durante el desempeño de sus funciones recaiga un cargo o reciba alguna retribución de las entidades aseguradoras firmantes de un convenio de seguro con la Asociación, se compromete a informar inmediatamente de ello al presidente por carta certificada con acuse de recibo.

En el supuesto de que tal declaración hiciere descender por debajo del 51 % el número de administradores que no posean ni hayan poseído en los dos años anteriores a su nombra-

miento ningún interés ni cargo en las entidades aseguradoras firmantes de los convenios de seguro suscritos por la Asociación y que no reciban ni hayan recibido en dicho período ninguna retribución de tales entidades, el administrador en cuestión perderá automáticamente la calidad de administrador y se procederá a su sustitución de acuerdo con el artículo 12 de estos estatutos. En caso de vacante por defunción, dimisión, cumplimiento del límite de edad o cualquier otra causa, el consejo de administración nombrará a los sustitutos provisionales de tales miembros. Su sustitución definitiva se acordará en la siguiente asamblea general. Los cargos de los miembros así elegidos tomarán fin en el momento en que hubiera debido expirar ordinariamente el cargo de los sustituidos.

Aun a falta de ratificación, las deliberaciones y actos cumplimentados por el consejo de administración desde el nombramiento provisional gozarán de validez.

El consejo de administración se renovará por tercios cada dos años. Los miembros salientes serán reelegibles. El orden de salida se determinará con arreglo a la antigüedad de los nombramientos.

Los requisitos para optar al consejo de administración consistirán en tener al menos 18 años cumplidos el día de la elección, ser Miembro Adherente de la Asociación y estar al corriente en el pago de la cuota asociativa.

El límite de edad para el cargo de administrador se establece en 70 años. En caso de que dicha edad se cumpla en el transcurso del cargo, éste tomará fin automáticamente en la fecha de cumpleaños del administrador.

Toda nueva candidatura deberá ponerse en conocimiento del presidente del consejo de administración por carta certificada recibida con al menos treinta días de antelación a la fecha de la asamblea general y acompañada:

- de una copia del documento de identidad;
- de una declaración jurada de no hallarse incurso en condena ni en las medidas recogidas en los puntos 1.º a 5.º del artículo L.322-2 del Código de Seguros francés;
- de un certificado que acredite la existencia o inexistencia en su favor de cargos o posibles retribuciones procedentes de las entidades aseguradoras firmantes de algún convenio de seguro con la Asociación.

No podrá ser miembro del consejo de administración de la Asociación, ni directa ni indirectamente ni por persona interpuesta, ni administrar, dirigir o gestionar la Asociación en concepto alguno, ni disponer de poder para firmar en representación de la Asociación quienquiera que se halle incurso en cualquiera de las condenas o medidas recogidas en los puntos 1.º a 5.º del artículo L.322-2 del Código de Seguros francés.

El consejo de administración elegirá cada año entre sus miembros, mediante voto secreto y por mayoría de votos expresados, una junta directiva que constará de un presidente, un vicepresidente, un secretario, un tesorero y, en su caso, de adjuntos. Los miembros de la junta directiva serán reelegibles. El consejo de administración podrá asistirse de toda aquella persona que estime oportuno, sea ésta adherente de la Asociación o no.

2. Reunión del consejo de administración

A convocatoria del presidente, el consejo de administración se reunirá tan a menudo como lo exija el interés de la Asociación. La convocatoria podrá efectuarse por cualesquiera medios de su conveniencia.

Las deliberaciones del consejo de administración se harán constar en acta, que se consignará en un libro de actas firmado por el presidente y por al menos uno de los administradores.

Las deliberaciones del consejo de administración únicamente serán válidas si está presente más de la mitad de los administradores.

Los acuerdos del consejo de administración se adoptarán por mayoría de administradores presentes. En caso de empate, el voto de calidad recaerá en el presidente. Sólo podrán votarse aquellas cuestiones que consten en el orden del día.

Todo aquel miembro del consejo de administración que, sin justificación, no asista a tres reuniones consecutivas, podrá ser excluido por acuerdo del consejo de administración, previa la oportunidad de presentar aquél sus observaciones.

3. Remuneración

El cargo de administrador es a título gratuito. No obstante, los gastos y suplidos ocasionados por el desempeño de su cargo les serán reembolsados a los administradores, previa presentación de los oportunos justificantes. El informe financiero que se presente a la asamblea general ordinaria deberá hacer constar los gastos y suplidos reembolsados a los administradores.

4. Poderes

De forma general, se confieren al consejo de administración los más amplios poderes para actuar en nombre de la Asociación. En particular, el consejo de administración tendrá la potestad de establecer el importe de la cuota asociativa que deberán abonar los miembros de la Asociación.

El consejo de administración podrá delegar poderes en el presidente o en un miembro de la junta directiva.

5. Cargo y poderes del presidente – Cargos de secretario y tesorero

Se confieren especialmente las siguientes facultades a los miembros de la junta directiva:

1. El **presidente** dirigirá los trabajos del consejo de administración y se hará cargo del funcionamiento de la Asociación, la representará judicialmente y en todos los actos de la vida civil y se le confieren plenos poderes a tales efectos. El presidente podrá delegar sus poderes en otro administrador. En caso de impedimento, lo suplirá el vicepresidente.
2. El **secretario** se hará cargo de la correspondencia, en particular del envío de las diversas convocatorias, redactará las actas de las deliberaciones y las transcribirá en el libro de actas y se hará cargo de cumplimentar los trámites preceptuados por la ley.
3. El **tesorero** se hará cargo de la gestión del patrimonio propio de la Asociación y de la llevanza de las cuentas, cobrará los ingresos y librárá los pagos, bajo control del presi-

dente, y cada año rendirá cuentas de su gestión a la asamblea general que haya de pronunciarse sobre ellas.

Los cargos de los miembros de la junta directiva no podrán ser remunerados en forma alguna.

Artículo 13. ASAMBLEAS GENERALES

1. Asambleas generales

1.1. Asamblea general ordinaria

Al menos una vez al año, los Miembros Adherentes serán convocados en asamblea general ordinaria en los términos a continuación referidos.

La asamblea general se pronunciará sobre:

- El informe de gestión elaborado por el consejo de administración, que versará en particular sobre el funcionamiento de los convenios de seguro suscritos por la Asociación. Dicho informe se pondrá a disposición de aquellos Miembros Adherentes que así lo soliciten.
- Los informes del auditor.
- El informe social.
- El informe financiero.

La asamblea general ordinaria, previas las oportunas deliberaciones y acuerdos sobre los distintos informes, aprobará las cuentas del ejercicio transcurrido (año civil) y deliberará sobre todos los demás asuntos del orden del día.

La asamblea general ordinaria proveerá la renovación de los miembros del consejo de administración en los términos previstos en el artículo 12 de los presentes estatutos.

1.2. Asamblea general extraordinaria

Se convocará en los términos a continuación referidos.

La asamblea general extraordinaria se pronunciará sobre los asuntos de su competencia exclusiva, esto es, sobre las modificaciones que se hayan de aportar a los estatutos y sobre las operaciones de fusión o disolución.

2. Convocatorias

2.1. Convocatoria de las asambleas generales ordinarias y extraordinarias

Los Miembros Adherentes de la Asociación, según se definen en el artículo 5, vigentes al día del acuerdo de convocatoria y al corriente del pago de su cuota asociativa, se reunirán al me-

nos una vez al año en asamblea general ordinaria y, tantas veces como fuere menester, en asamblea general extraordinaria.

Las asambleas generales ordinarias y extraordinarias se componen de todos los Miembros Adherentes de la Asociación que estén al corriente en el pago de su cuota asociativa.

La convocatoria será nominativa y estará válidamente hecha, a elección del consejo de administración:

- por carta simple o correo electrónico remitido con al menos sesenta días naturales de antelación a la fecha de la asamblea general;
- o bien mediante un anuncio inserto en una publicación destinada a todos los Miembros Adherentes.

Las asambleas generales se reunirán a convocatoria del presidente de la Asociación o, si se trata de asambleas generales extraordinarias, a instancias de al menos un 10 % de los Miembros Adherentes. En tal caso, las convocatorias a la asamblea general extraordinaria deberán remitirse en un plazo de ocho días contados desde la presentación de dicha solicitud y la asamblea general extraordinaria deberá celebrarse en un plazo de treinta días contados desde el envío de las correspondientes convocatorias.

Las convocatorias deberán hacer constar obligatoriamente la fecha, la hora, el lugar y el orden del día previsto y establecido por el consejo de administración.

Se incluirán asimismo en el orden del día aquellas propuestas de acuerdo que hayan sido firmadas por al menos cien Miembros Adherentes siempre y cuando se hayan comunicado por carta certificada al presidente de la Asociación con al menos cuarenta y cinco días de antelación a la fecha establecida para la celebración de la asamblea general.

Solamente serán válidos los acuerdos que adopte la asamblea general sobre los asuntos incluidos en su orden del día.

Además, las convocatorias deberán hacer constar que a falta de quórum éstas tendrán valor de convocatoria a una segunda asamblea general.

3. Derecho de voto

3.1. Derecho de voto en las asambleas generales ordinarias y extraordinarias

Cada Miembro Adherente dispone de un derecho de voto y de una voz en la asamblea general ordinaria y extraordinaria.

Los Miembros Adherentes personas jurídicas serán representados por su representante legal.

Cada Miembro Adherente persona física tendrá la facultad de apoderar a otro Miembro Adherente o a su cónyuge. Un mismo Miembro Adherente no podrá disponer de más de un 5 % de los derechos de voto. El poder que se otorgue únicamente valdrá para una sola asamblea general, o para dos en caso de no alcanzarse el quórum en primera convocatoria o de celebrarse dos asambleas (ordinaria y extraordinaria) el mismo día.

Los poderes en blanco devueltos a la Asociación se adjudicarán al presidente o a su delegado en el consejo de administración y corresponderán a un voto en la adopción de las propuestas de acuerdo presentadas o que cuenten con la conformidad del consejo de administración.

3.1.1. Asamblea general ordinaria

Los acuerdos de la asamblea general ordinaria se adoptarán por mayoría de votos expresados.

Todas las deliberaciones se votarán a mano alzada. No obstante, si al menos un cuarto de los Miembros Adherentes presentes lo solicita, los votos se emitirán por escrutinio secreto.

Para la elección de los miembros del consejo de administración, será obligatorio el voto secreto.

3.1.2. Asamblea general extraordinaria

Los acuerdos se adoptarán obligatoriamente por mayoría de dos tercios de los Miembros Adherentes presentes o representados.

Los votos se emitirán a mano alzada, salvo que al menos un cuarto de los Miembros Adherentes presentes solicite que se emitan por escrutinio secreto.

4. Celebración de las asambleas

La presidencia de las asambleas corresponderá al presidente de la Asociación, que podrá delegar dicho cargo en el vicepresidente o, en su defecto, en otro administrador.

Las deliberaciones se harán constar en actas que se asentarán en un libro de actas especial y serán firmadas por el presidente y el secretario. Las actas podrán consultarse en el domicilio social de la Asociación.

Se elaborará una lista de asistencia que habrán de certificar el presidente y el secretario.

Dentro del límite de los poderes que les confieren los presentes estatutos, los acuerdos de las asambleas vincularán a todos los Miembros Adherentes concernidos, incluidos los ausentes.

4.1. Celebración de las asambleas generales ordinarias y extraordinarias

Las asambleas generales ordinaria y extraordinaria sólo podrán deliberar válidamente si al menos mil Miembros Adherentes están presentes o representados. Si en la primera convocatoria la asamblea general no reúne dicho quórum, se convocará una segunda asamblea general. La segunda asamblea deliberará válidamente cualquiera que sea el número de Miembros Adherentes presentes o representados.

A falta de quórum, la segunda asamblea general podrá celebrarse a continuación de la primera con el mismo orden del día.

Por acuerdo del presidente, las asambleas generales ordinarias y extraordinarias podrán celebrarse a distancia y dar lugar a una votación electrónica.

Artículo 14. REGLAMENTO INTERNO

El consejo de administración podrá elaborar un reglamento interno que complemente las disposiciones estatutarias.

Artículo 15. DISOLUCIÓN – FUSIÓN – REPARTO DE BIENES

La disolución de la Asociación, su fusión o unión con otra entidad únicamente podrán acordarse a propuesta del consejo de administración en asamblea general extraordinaria y con arreglo a los términos previstos más arriba.

De conformidad con el artículo L.140-6 del Código de Seguros francés, en caso de liquidación o disolución de la Asociación, las adhesiones de Miembros Adherentes a convenios de seguro colectivo vigentes al día de la disolución o la liquidación permanecerán en vigor de pleno derecho.

Artículo 16. IDIOMA

El idioma de los presentes estatutos es el francés. En caso de traducción, la única versión fidedigna será la francesa.

Sr. D. Pierre-Henry MICHAUD

Presidente



Sr. D. Jean-Louis FAVROT

Secretario

