



Mi seguro temporal en el extranjero

Condiciones Generales 2025

MyStudies Cover

MyTravel Cover

Referencia : Mtc Cov 2025
Actualizado : Diciembre de 2024

 **april**
International
L'ASSURANCE EN PLUS FACILE

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

 **Zona Asia-Pacífico**

APRIL International Care - Bangkok

Tel: +66 (0) 2022 9180

Email: info.expat@april-international.com

 **Zona África, Europa y Oriente Medio**

APRIL International Care - Paris

Tel: +33 (0) 1 73 02 93 93

Email: info.expat@april-international.com

 **Zona América**

APRIL International Care - Mexico

Tel: +52 (55) 52 80 13 37

Email: info.expat@april-international.com

También puede dirigirse a nuestros asesores por:  **Facebook Messenger**

Sumario

1. Definiciones	3
1.1 Definiciones comunes a todas las garantías	3
1.2 Definiciones específicas de la garantía de gastos sanitarios	3
1.3 Definiciones específicas de la garantía de Asistencia de Repatriación	5
1.4 Definiciones específicas de la garantía de Responsabilidad civil vida privada	6
1.5 Definiciones específicas de la garantía de equipaje	6
1.6 Definiciones específicas de la garantía individual <i>Accidente</i>	6
2. Garantías y territorialidad de su contrato	6
3. ¿Quién puede ser beneficiario del contrato?	7
4. Fecha de Inicio, duración y cancelación del contrato	8
4.1 ¿Cuándo entra en vigor su contrato?	8
4.2 Plazos de carencia aplicables a su contrato	8
4.3 Duración de la cobertura y suscripción de nuevas pólizas	8
4.4 Las garantías de su contrato se finalizan	8
4.5 ¿Cómo cancelar su contrato?	9
5. Primas	9
5.1 ¿Cómo se determina el importe de sus primas?	9
5.2 Métodos de pago	9
5.3 ¿Qué sucede en caso de impago de primas?	9
5.4 Evolución de las primas	9
6. Evolución de su contrato	10
6.1 Cómo modificar su contrato	10
6.2 Qué información debe comunicarnos	10
7. ¿Qué cubre su contrato y cómo utilizarlo?	11
7.1 Gastos sanitarios	11
7.2 Asistencia de repatriación	14
7.3 Asistencia psicológica	17
7.4 Asistencia jurídica	17
7.5 Responsabilidad civil vida privada	18
7.6 Individual por accidente	18
7.7 Seguro de equipaje y efectos personales	19
7.8 Incidentes de viaje	20
7.9 Interrupción de la estancia	22
8. Qué excluye su contrato	22
9. Disposiciones generales	26

Nota:

Las presentes Condiciones Generales se refieren a la cobertura presentada, Si opta por la afiliación conjunta de CFE + APRIL, estará automáticamente *Afiliado* a la CFE para la cobertura de *Enfermedad* y maternidad de acuerdo con el Código de la Seguridad Social francés. Para más información sobre los beneficios de la CFE (Caisse des Français de l'Étranger): www.cfe.fr.

El contrato de seguro My Travel Cover es suscrito por la Association des Assurés APRIL contratante en provecho de cualquier persona que pueda adherirse al contrato por motivo de un viaje temporal a un país extranjero o por todo el mundo.

Estas condiciones generales se aplican a la cobertura MyStudies Cover (para estancias de estudios, lingüísticas o prácticas relacionadas con los estudios) y a la cobertura MyTravel Cover (para estancias profesionales, viajes largos de larga duración, visitas de ocio o privadas).

1. Definiciones

Debido a que la terminología utilizada en el sector de los seguros es técnica, y a fin de ayudarle a comprender adecuadamente cómo funciona su contrato, le aportamos una definición detallada de los términos utilizados. Cuando los siguientes términos aparezcan escritos en cursiva y en mayúscula, tendrán el siguiente significado:

1.1 Definiciones comunes a todas las garantías:

ACCIDENTE: cualquier lesión corporal, no intencionada por parte de la víctima, resultante de la acción repentina e imprevisible de una causa externa. La causa y los síntomas deben ser médica y objetivamente definibles, someterse a un diagnóstico y requerir tratamiento. Según estipula el artículo 1353 del Código Civil, corresponde al *Asegurado* acreditar la prueba del *Accidente* y la relación directa de causa y efecto entre éste y los gastos incurridos.

AFILIADO (O ADHERENTE): persona física o jurídica que se adhiere al contrato de seguro colectivo de afiliación 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 *Afiliado* se adhiere al contrato ya sea por sí mismo o como representante legal de un *Asegurado*.

AÑO (POR AÑO): la mención "por Año" utilizada en el cuadro de garantías significa "por Año de seguro".

AÑO DE SEGURO: periodo de doce meses consecutivos a partir de la *Fecha Efectiva* del contrato.

ASEGURADO PRINCIPAL «USTED»: persona física admitida en el seguro y beneficiaria de las garantías de afiliación al contrato, cuyos datos de contacto se indican en el *Certificado de seguro*.

ASEGURADO(S): conjunto de personas físicas destinatarias de las garantías de gastos sanitarios de este contrato. Es decir, *Usted* y los miembros de su familia que reúnan las condiciones necesarias para estar *Asegurado*. Dichas personas están pues inscritas en el *Certificado de seguro*. "Miembros de su familia" designa su *Cónyuge e Hijos a Cargo*.

AUTORIDAD MÉDICA: toda persona titular de un diploma médico o quirúrgico válido y autorizada para ejercer las especialidades que le correspondan en el país en el que *Usted* se encuentre.

CERTIFICADO DE SEGURO: documento que acredita la afiliación al contrato, presenta las condiciones de cobertura e indica en particular la *Fecha de Inicio* de afiliación, los apellidos, nombre y fecha de nacimiento del *Afiliado* y del *Asegurado* o *Asegurados*, las garantías suscritas, la cobertura (integral o complementaria al régimen social de base) y las *Cuotas*.

CONSOLIDACIÓN: estabilización del estado de salud de una persona que haya sufrido un *Accidente* o una *Enfermedad*.

CÓNYUGE: *Cónyuge* del *Asegurado principal*, no divorciado(a) ni separado(a) legalmente por sentencia firme, o pareja del *Asegurado principal* beneficiaria de un Pacto Civil de Solidaridad (artículo 515-1 del Código Civil francés) con este último, en vigor en la fecha del *Siniestro*. Se considera que la pareja notoria del *Asegurado principal* tiene calidad de *Cónyuge* si se acredita su calidad como pareja de hecho.

CUOTA (O PRIMA): suma que paga el *Afiliado* a cambio de las garantías atribuidas por la *Aseguradora*.

D.R.O.M.: (Departamentos y Regiones de Ultramar franceses): Guadalupe, Guyana, Martinica, La Reunión y Mayotte.

ENFERMEDAD: cualquier deterioro del estado de salud constatado por una *Autoridad Médica* competente.

ESTUDIANTE ASIMILADO: aprendiz, au pair o estudiante remunerado para realizar sus estudios. En cualquier caso, la retribución percibida por el estudiante no puede superar el equivalente a 1.300 € mensuales.

EXCLUSIONES: lo que no está garantizado por el contrato de seguro. Todos los contratos incluyen *Exclusiones* de garantía.

EXPATRIACIÓN: se considera expatriada la persona en movilidad internacional fuera de su *País de origen*.

EXTRANJERO: mundo en su totalidad, cuyo ámbito se limita a los países de cobertura según se define en la sección 2 - garantías y territorialidad de su contrato, exceptuando el país de origen del *Asegurado* y los países excluidos.

FECHA DE INICIO: fecha a partir de la cual comienza el contrato. Se indica en el *Certificado de seguro*.

FUERZA MAYOR: cualquier circunstancia imprevisible, ajena o de *Fuerza Mayor*.

FRANQUICIA: importe fijo a su cargo en la liquidación de un *Siniestro*.

HIJO A CARGO: su hijo, o el de su *Cónyuge*, soltero y fiscalmente dependiente hasta los 21 años. Los hijos menores de 28 años que cursen estudios y no vivan en el domicilio familiar también pueden estar cubiertos.

GASTOS REALES: conjunto de gastos sanitarios que se le facturen.

NOSOTROS: APRIL International Care France.

PAÍS DE DESTINO/EXPATRIACIÓN: el(los) país(es) que figura(n) en su *Certificado de seguro* en el que se encuentra el *Asegurado* durante el periodo de *Expatriación*.

PAÍS DE NACIONALIDAD: país que figura en su pasaporte o cualquier otro documento de identidad oficial estipulado en la designación "nacionalidad".

PAÍS DE ORIGEN: el país de residencia del *Asegurado* antes de la *Expatriación* o su País de nacionalidad, diferente del *País de Destino/Expatriación/Expatriación*.

PAÍSES EXCLUIDOS: en función de los acontecimientos que puedan tener lugar o por razones reglamentarias, queda excluida la cobertura para determinados países o determinadas zonas de países. La lista completa de países excluidos está disponible en nuestro sitio web haciendo [clic aquí](#) o previa solicitud llamando al +33 (0)1 73 02 93 93 o enviando un correo electrónico a info.expatri@april-international.com. Esta lista de países excluidos está sujeta a cambios.

RESCISIÓN: cese definitivo y anticipado del contrato.

SINIESTRO: circunstancia, *Enfermedad* o *Accidente* que involucre la garantía mientras el contrato esté vigente.

1.2 Definiciones específicas de la garantía de gastos sanitarios:

ACCESORIOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS: cualquier material, accesorio o dispositivo médico prescrito que ayude a la función o capacidad del *Asegurado*, tales como miembros artificiales, muletas, sillas de ruedas, plantillas ortopédicas o audífonos. Los accesorios y dispositivos médicos recetados en el contexto de tratamientos paliativos o a largo plazo no están cubiertos. Esta definición no incluye prótesis dentales, aparatos de ortodoncia o aparatos ópticos.

ACUERDO PREVIO: las *Hospitalizaciones* y los actos médicos superiores a 2.000 € / US \$ están sujetos al *Acuerdo Previo* de nuestro Médico Asesor. Así pues, antes de que se inicie su asistencia sanitaria, *Usted* debe enviarnos un presupuesto detallado y un formulario denominado "Solicitud de Acuerdo Previo". En caso de *Hospitalización*, pídale a su médico que cumplimente el formulario denominado "Certificado médico confidencial".

AFECCIÓN MÉDICA: Alteración del estado de salud o *Enfermedad*.

ASISTENCIA DE CONVALECENCIA, A DOMICILIO: asistencia de enfermería recibida inmediatamente después de una *Hospitalización*, o asistencia ambulatoria cubierta por el contrato o como sustitución a una hospitalización que hubiera sido cubierta por el contrato, siendo dicha asistencia realizada en un hospital, centro de convalecencia o domicilio del *Asegurado*. La asistencia solo es posible si el médico tratante lo decide por razones médicas de acuerdo con el Médico Asesor de la *Aseguradora*. Los tratamientos de curas termales, talasoterapia, gimnasios, cuidados paliativos y cuidados de larga duración no están cubiertos por esta garantía.

ASISTENCIA DENTAL DE URGENCIA: tratamiento dental tras una *Urgencia médica* o un *Accidente* que requiera tratamiento en un plazo de 48 horas. La atención dental de urgencia incluye el tratamiento de:

- Pulpitis (dolor de muelas persistente)
- Absceso dental y/o inflamación
- Diente roto o caído
- Hemorragia dental
- Alveolitis (inflamación de la cavidad dental)
- Parodontopatía aguda

La atención de *Urgencia* no incluye las revisiones dentales, los cuidados conservadores como el raspado o el tratamiento de caries y el tratamiento de conductos. No incluyen las prótesis dentales, los implantes dentales, la periodoncia ni la ortodoncia.

ASISTENCIA GENERAL O PRIMARIA (AMBULATORIA): atención prestada por los profesionales sanitarios no incluida en casos de *Hospitalización* o alojamiento en un establecimiento sanitario.

Se trata, por ejemplo, de consultas en un consultorio privado o centro de salud, exámenes en un laboratorio de biología, actos de radiología en un consultorio o consultas realizadas en el hospital fuera de situaciones de *Hospitalización* (también llamadas "consultas externas" o "consultas ambulatorias").

ASISTENCIA POSNATAL: atención médica posparto de rutina para la madre hasta seis semanas después del parto.

ASISTENCIA PRENATAL: exámenes de diagnóstico clásicos y necesarios para el seguimiento del embarazo. Esto incluye, para mujeres a partir de los 35 años, si es médicamente necesario, la amniocentesis y exámenes de detección tales como anomalías cromosómicas, test de espina bífida, test de Bart y análisis de ADN directamente relacionados con la amniocentesis cubierta por este contrato.

AUXILIARES MÉDICOS: profesionales paramédicos (por ejemplo, enfermero/a, fisioterapeuta, logopeda, ortoptista, etc.).

CERTIFICADO MÉDICO CONFIDENCIAL: formulario médico que debe enviárenos, previamente cumplimentado por su médico, antes de una *Hospitalización* (o lo antes posible en caso de *Accidente* o urgencia) para obtener nuestro *Acuerdo Previo*. Se descontará una *Franquicia* del 20% de su reembolso si no se respeta este trámite.

CIRUGÍA AMBULATORIA: cirugía realizada sin hospitalización en un establecimiento sanitario (Hospital, clínica), centro o consultorio médicos, donde la entrada y salida del paciente tienen lugar el mismo día.

CIRUGÍA DENTAL: procedimiento quirúrgico, tal como la extracción de muelas del juicio, realizada en un *Hospital* por un cirujano odontólogo o un estomatólogo.

COMPLICACIONES DE EMBARAZO Y PARTO: se asimilan, por una parte, a las complicaciones que puedan surgir durante el periodo prenatal del embarazo, y en este contexto se cubrirán los siguientes casos: embarazo ectópico, diabetes gestacional, preeclampsia, aborto espontáneo, riesgo de aborto espontáneo y muerte fetal o embarazo molar. Por otra parte, se cubrirán las siguientes patologías si aparecen durante el parto y requieren un procedimiento obstétrico: hemorragia posparto y retención placentaria.

CUIDADOS PALIATIVOS: asistencia hospitalaria dispensada tras el diagnóstico que establece que la patología (*Enfermedad* o *Accidente*) está en fase terminal y que ningún tratamiento puede restablecer la salud del *Asegurado*. La atención física y psicológica, los gastos de estancia hospitalaria o de hospicio, la asistencia de enfermería y la medicación recetada están cubiertos hasta el límite indicado en el cuadro de garantías. No están cubiertos la estancia y los tratamientos en residencias de mayores.

ENFERMEDAD: cualquier deterioro del estado de salud constatado por una *Autoridad Médica* competente

ENFERMEDAD INESPERADA (O REPENTINA): cualquier deterioro del estado de salud constatado por una *Autoridad Médica* competente, que presente un 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 Afiliación (incluyendo el 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.

FORMULARIO DE REEMBOLSO: formulario proporcionado por la *Aseguradora* al afiliarse, que debe ser cumplimentado y firmado por el médico prescriptor para cada solicitud de reembolso en caso de selección de la fórmula de EMERGENCY o durante una estancia fuera de la zona de cobertura. Sin este documento cumplimentado y firmado no podrá realizarse ningún reembolso.

GASTO FIJO DIARIO (FORFAIT): parte del precio de la jornada de hospitalización en Francia no cubierto por el régimen social básico francés.

GASTOS RAZONABLES Y HABITUALES: los gastos sanitarios se consideran razonables y habituales cuando no superan significativamente las tarifas habitualmente cobradas por un servicio o tratamiento idéntico en la localidad en que se incurren. Los gastos médicos varían mucho de un país a otro, o incluso entre facultativos o establecimientos de la misma localidad: algunos cobran precios más altos que otros por una calidad de servicio equivalente. Para evitar este tipo de

abusos, y gracias a un buen conocimiento de los sistemas sanitarios locales, hemos construido bases de datos que se enriquecen constantemente con tarifas de referencia desde hace más de 20 años, actualizadas anualmente.

HABITACIÓN DE HOSPITAL: estancia en habitación privada estándar o semiprivada. No están cubiertas las habitaciones de lujo, residenciales ni suites.

HOSPITAL: establecimiento médico o quirúrgico debidamente habilitado por las autoridades sanitarias del país en el que está situado. Las clínicas de reposo o convalecencia, centros termales, de talasoterapia o gimnasios, así como hospicios, geriátricos o residencias de mayores no se consideran hospitales.

HOSPITALIZACIÓN: estancia (médica o quirúrgica) en un establecimiento hospitalario (público o privado), durante más de 24 horas, consecutivamente a un *Accidente* o *Enfermedad*.

HOSPITALIZACIÓN AMBULATORIA DE DÍA: *Hospitalización* de menos de 24 horas para la que se asigna una cama, sin pernoctación, y cuya salida se produce el mismo día con la autorización correspondiente.

MATERNIDAD: embarazo no patológico (*), parto y sus consecuencias.

La garantía *Maternidad* sólo está cubierta para:

- *Asegurados Afiliados* a MyStudies Cover expatriados a Estados Unidos.

- *Asegurados Afiliados* a MyTravel Cover que se expatrien en el marco de un Programa de Vacaciones-Trabajo, excepto si el *Asegurado* viaja a Canadá.

Todos los gastos médicamente necesarios están cubiertos, incluidos los gastos de estancia en el *Hospital*, los honorarios médicos, los honorarios de partería (solo durante la fase del parto) y la asistencia pre y posnatal incluyendo al recién nacido. La maternidad no se considera *Enfermedad* ni *Accidente*.

(* *Definición de embarazo patológico: embarazo que amenaza directamente la salud de la madre o del niño, identificándose un riesgo obstétrico o fetal durante dicho periodo y que requiere un tratamiento específico.*

ONCOLOGÍA: especialidad que se refiere a los honorarios, exámenes, tratamientos de quimioterapia y radioterapia y a los gastos hospitalarios incurridos para el tratamiento contra el cáncer.

ÓPTICA: consulta y exámenes realizados por un optometrista u oftalmólogo cualificado, gastos de lentillas correctivas, lentes correctivas y monturas.

PATOLOGÍA: trastorno o *Enfermedad*.

PAGO DIRECTO DE GASTOS DE HOSPITALIZACIÓN: puede beneficiarse de la cobertura de sus gastos de *Hospitalización* (*Hospitalización* de más de 24 horas u *Hospitalización* ambulatoria), sin anticipar gastos, si *Usted* está *Asegurado* integralmente o como complemento a la CFE y a reserva del estudio de su *Certificado Médico Confidencial*. Puede activar este servicio utilizando los teléfonos de urgencia indicados en su guía de *Asegurado* o accesibles desde su aplicación Easy Claim o presentando su *Certificado de seguro* en el hospital. Este servicio no está disponible para *Asegurados* como complemento a la Seguridad Social.

PAGO A TERCEROS: sistema de pago que evita al *Asegurado* adelantar gastos a los proveedores sanitarios. Dichos proveedores son pagados directamente por el régimen obligatorio de protección social y/o la *Aseguradora* sanitaria respecto a la asistencia o los productos prescritos al paciente.

PLAZO DE CARENCIA (O PLAZO DE ESPERA): periodo durante el cual las garantías aún no están vigentes. El punto de partida de este periodo es la *Fecha de Inicio* del contrato indicada en el *Certificado de seguro*.

PRÓTESIS DENTALES: coronas, puentes, inlays/onlays, aparatos de reconstrucción o de reparación adherida, núcleos de inlay, dentaduras postizas y cualquier tratamiento auxiliar necesario. Los aparatos de ortodoncia no se consideran prótesis dentales.

PSIQUIATRÍA: tratamiento de trastornos nerviosos o mentales dispensado por un psiquiatra clínico cualificado. Estos trastornos deben estar asociados a un sufrimiento real y actual o a un impedimento sustancial en las principales actividades diarias del *Asegurado*, tales como sus estudios o su actividad profesional. La patología debe ser clínicamente grave y presentar las características listadas en una clasificación internacional tal como el Diagnóstico de Trastornos Mentales (DSM-IV o ICD-10).

RÉGIMEN DE PROTECCIÓN SOCIAL "RO": no se incluye en el contexto de una cobertura integral o, en su caso, sería la Caja de Franceses en el Extranjero (CFE) o CAFAT o cualquier régimen de protección social francés que incluya a los *Asegurados* beneficiarios.

SÍNTOMA: signo funcional, sentido u observable, que manifiesta y permite la detección de un estado o *Enfermedad*.

SOLICITUD DE ACUERDO PREVIO: formulario a cumplimentar por el médico para obtener el consentimiento previo de la *Aseguradora* antes de iniciar determinados actos o tratamientos.

TRANSPORTE DEL ENFERMO: se cubren los gastos de transporte del *Asegurado* al *Hospital* o al lugar de asistencia más cercano y adaptado, en ambulancia o vehículo sanitario terrestre. Esta garantía no cubre los gastos de evacuación o repatriación.

TRASPLANTE DE ÓRGANO: intervención quirúrgica que consiste en la realización de un trasplante de tejido u órgano (total o parcial): corazón, pulmón, hígado, páncreas, riñón, médula ósea, tiroides, paratiroides, hueso, músculo o córnea. La garantía no cubre los gastos de adquisición del órgano.

URGENCIA MÉDICA: cualquier deterioro de la salud constatado por una *Autoridad Médica* competente, repentino e imprevisible que requiera la intervención de un médico en un plazo de 48 horas.

UNOCAM: Union Nationale des Complémentaires Santé – 12 Boulevard Raspail, 75006 Paris

1.3 Definiciones específicas de la garantía de asistencia de repatriación:

ACTO DE TERRORISMO O SABOTAJE, ATENTADO: cualquier acción clandestina, con motivación ideológica o política, realizada individual o colectivamente, dirigida contra personas o entidades públicas o privadas con el objetivo de:

- llevar a cabo una acción criminal destinada a dañar vidas ajenas;
- impresionar a la población y crear una atmósfera de inseguridad generalizada;
- desorganizar el funcionamiento del transporte público o alterar el funcionamiento de empresas o instituciones que fabrican o procesan bienes o prestan servicios.

ALLEGADO: persona física designada por *Usted* o uno de sus derechohabientes y domiciliada en su *País de Origen*.

AGRESIÓN: cualquier lesión corporal sufrida involuntariamente por el *Asegurado*, resultante de una acción voluntaria, repentina y brutal de otra persona o grupo de personas.

CONSOLIDACIÓN: estabilización del estado de salud de la persona que haya sufrido un *Accidente* o una *Enfermedad*.

EQUIPO MÉDICO: estructura adaptada a cada caso particular y definida por el médico regulador de Europ Assistance.

FAMILIAR (O MIEMBRO DE LA FAMILIA): padre, madre, hermano(a), hijo(a), abuelos o tutor legal domiciliados en el País de Nacionalidad del Asegurado.

1.4 Definiciones específicas de la garantía de Responsabilidad civil vida privada:

DAÑO CORPORAL: Daños que afecta a la integridad física de una persona.

DAÑO INMATERIAL: Daños que no sea corporal o material consecuencia directa e inmediata de un *Daños Corporal* o *Material Asegurado*.

DAÑO MATERIAL: Daños que afecta a la estructura o sustancia de un objeto y resultante de una circunstancia cubierta por el seguro.

RESPONSABILIDAD CIVIL: obligación legal de cualquier persona para reparar los *Daños* causados por ésta a terceros.

1.5 Definiciones específicas de la garantía de equipaje:

EQUIPAJE: bolsas de viaje, maletas y efectos personales u objetos del *Asegurado* contenidos en ellas, así como cualquier otro objeto registrado ante un transportista.

OBJETOS DE VALOR: artículos de arte y coleccionismo, platería, relojes llevados, joyas, piedras preciosas y perlas, pinturas valiosas, pieles, cámaras y otros dispositivos de reproducción de imágenes y sus accesorios, binoculares, teléfonos y ordenadores portátiles y otros equipos HI-FI e informáticos.

1.6 Definiciones específicas de la garantía individual por Accidente:

BENEFICIARIO: persona que recibe la *Indemnización* o el capital pagado por la *Aseguradora*.

INDEMNIZACIÓN: importe pagado para reparar el Daños sufrido por el *Asegurado*.

INDIVIDUAL POR ACCIDENTE: garantía que prevé el pago de un capital en caso de deceso o invalidez del *Asegurado* tras un *Accidente*.

INVALIDEZ (TOTAL O PARCIAL): invalidez provocada por un *Accidente* que conlleve una incapacidad física total o parcial, médicamente certificada y reconocida por la *Asegurado*, para el ejercicio normal de la profesión del *Asegurado* de una profesión de categoría, función o actividad equivalentes a la que ejercía antes de producirse la baja laboral o de estudios consecutiva al *Accidente*.

2. Garantías y territorialidad de la póliza

2.1 ¿Qué garantías cubre la adhesión del contrato?

El contrato ofrece dos tipos de cobertura, "Emergency" y "Comfort". Según el tipo de cobertura seleccionado, la adhesión del contrato ofrece las siguientes prestaciones:

Para la fórmula de "Emergency":

- reembolso de gastos sanitarios: *Hospitalización* y asistencia ambulatoria únicamente en caso de *Urgencia médica* o *Accidente*.
- garantías de asistencia de repatriación,
- responsabilidad civil vida privada y estancias académicas,
- garantía de equipaje,
- individual por *Accidente*.

Para la fórmula "Comfort":

- reembolso de gastos sanitarios: *Hospitalización* y asistencia ambulatoria en caso de *Enfermedad* o *Accidente*, dental en caso de *Urgencia médica* o *Accidente* y óptica en caso de *Accidente*.
- garantías de asistencia de repatriación,
- responsabilidad civil vida privada y estancias académicas,
- garantía de equipaje,
- individual por *Accidente*.

2.2 ¿Dónde está Usted cubierto?

Las garantías se adquieren en el País de Destino/Expatriación indicado en su *Certificado de seguro*.

Las garantías también se adquieren en los países de la zona de cobertura seleccionada.

Hay 3 zonas de cobertura disponibles:

Zona 1: Mundo entero.

Zona 2: Mundo entero excluido Estados Unidos (incluido: Canadá, China, Hong Kong, México, Mónaco, Reino Unido, Singapur, Suiza).

Zona 3: Mundo entero excluido Estados Unidos, Canadá, China, Hong Kong, México, Mónaco, Reino Unido, Singapur, Suiza.

Fuera de la zona de cobertura, también se ofrecen prestaciones para estancias puntuales de hasta 30 días durante todo el periodo de cobertura en caso de *Accidente* o *Urgencia Médica* (y previa presentación del formulario de reclamación específico) por motivos no médicos.

También se proporciona cobertura en su País de nacionalidad si está dentro del área de cobertura seleccionada.

Si su País de nacionalidad no se encuentra dentro de la zona de cobertura seleccionada, las prestaciones se adquieren, no obstante, en su País de nacionalidad para estancias puntuales por motivos no médicos de menos de 90 días consecutivos entre dos estancias en su País de Destino/Expatriación.

En función de circunstancias que puedan producirse, la cobertura está excluida para ciertos países. La lista completa de países excluidos está disponible en el sitio www.april-international.com o solicitándola a través del telf. +33 (0)1 73 02 93 93 o del email info.expats@april-international.com. Esta lista de países excluidos puede variar.

3. ¿Quién pueden ser beneficiarios del contrato?

Para adherir al seguro o solicitar una nueva póliza debe:

- tener menos de 80 años en el momento de la *Fecha de Inicio* de la adhesión al contrato,
- el *Asegurado principal* debe, en el momento de la *Fecha de Inicio* de la adhesión al contrato, tener al menos 10 años,
- permanecer fuera de su *País de Nacionalidad* por motivos privados o profesionales, o por viajes, estudios, estancias lingüísticas o de au pair o prácticas profesionales;
- haber cumplimentado las formalidades médicas estipuladas en el contrato y, en particular, haber cumplimentado y firmado el Cuestionario de Salud no más de 3 meses antes de la *Fecha de Inicio* deseada de inscripción en la póliza.
- no padecer ninguna incapacidad o *Invalidez* ni *Enfermedad* en tratamiento, sujeta a recaída o de carácter evolutivo;
- no haber recibido tratamiento médico reciente sujeto a recaída y no planificar el tratamiento en su *País de Destino/Expatriación*;
- en caso de elegir cobertura complementaria al régimen de protección social francés: estar *Afiliado* a la CFE, estar *Afiliado* a la Seguridad Social francesa (o régimen francés equivalente) o a la CAFAT y ser beneficiario del régimen de *Enfermedad/maternidad* durante todo el periodo del contrato,
- en caso de elegir la oferta MyStudies Cover:
 - poseer la condición de *Estudiante, Asimilado, Escolar* o *Au Pair* durante la vigencia de su contrato,
 - poder presentar en cualquier momento una fotocopia de su carnet de estudiante o de un certificado de escolaridad válido o copia de su contrato con la familia de acogida en caso de estancia au pair), a petición de los equipos de gestión de APRIL International.

Caso particular de destino Francia (D.R.O.M. incluidos) – Protección Sanitaria Universal (PUMA)

Si *Usted* reside en Francia de forma estable e ininterrumpida durante más de 3 meses o ejerce una actividad por cuenta ajena o por cuenta propia, puede ser beneficiario de la protección sanitaria universal, para la cual la Seguridad Social francesa cubre sus gastos sanitarios. Si *Usted* suscribe un contrato APRIL con cobertura integral y además cumple las condiciones de cobertura de la PUMA, podemos ofrecerle una cobertura adicional a la PUMA y actualizar su contrato. Le corresponde a *Usted* verificar si es admisible en la PUMA. Para obtener más información sobre las condiciones de afiliación, acceda a: <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/principes/protection-universelle-maladie>

Los miembros de su familia (si se mencionan en su *Certificado de seguro*) también pueden estar cubiertos por este contrato siempre que se cumplan las condiciones antes mencionadas, a saber:

- su *Cónyuge*
- sus *Hijos a Cargo*.

La suscripción se basa en sus declaraciones y en las del *Afiliado*, y en la buena fe de las partes. La suscripción está subordinada a nuestra aceptación médica. Nos reservamos el derecho a requerir formalidades médicas complementarias en función de las respuestas dadas en el cuestionario de Salud. Si *USTED* (o un miembro de su familia) presenta un riesgo agravado (profesional o médico), podríamos, bien admitirle bajo condiciones particulares, o bien rechazarle.

La afiliación se formaliza por la emisión de un *Certificado de seguro* con valor de *Certificado de seguro* en el que se incluye, en particular, la *Fecha de Inicio* de la afiliación, la fórmula, el tipo de cobertura (integral o complementaria al régimen de protección social) y la duración de la cobertura seleccionada.

Conviene precisar que todas las formalidades anteriores son realizadas por el *Afiliado* cuando el *Asegurado* no tiene capacidad jurídica para suscribirse (caso de un menor de edad).

4. Fecha de efecto, duración y renuncia de la póliza

4.1 ¿Cuándo entra en vigor su contrato?

En la fecha indicada en el *Certificado de seguro* y como muy pronto al día siguiente de la recepción del expediente de adhesión completo (incluyendo la Solicitud de adhesión y el Cuestionario de salud rellenos y firmados, con la condición suspensiva del pago de la *Prima* devengada, a reserva de nuestra aceptación mediante la emisión del *Certificado de seguro* que especifica la cobertura seleccionada. Si ha optado por una cobertura complementaria a la CFE o a la Seguridad Social francesa o al CAFAT, su cobertura será efectiva a reserva de la validez de sus derechos con su régimen de base. Si su expediente requiere un estudio médico, su contrato empezará como muy pronto el día siguiente a nuestra aceptación médica.

Su fecha de efecto figura en el *Certificado de seguro* que se le facilita a través del acceso seguro a su Portal del Asegurado y de su aplicación Easy Claim.

4.2 Plazos de carencia aplicables al contrato:

Las prestaciones comienzan para cada uno de los Asegurados en la *Fecha de Inicio* del contrato, salvo por la aplicación de los siguientes periodos de carencia para la cobertura de gastos sanitarios:

- 10 meses para gastos de maternidad

En todos los casos, la maternidad sólo está cubierta para:

- **Asegurados Afiliados a la póliza MyStudies Cover que se expatrien a Estados Unidos.**

- **Los Asegurados Afiliados al contrato MyTravel Cover que se expatrien en el marco de un Programa Working Holiday, excepto si el Asegurado viaja a Canadá.**

Este periodo de carencia no se aplica cuando renueva su contrato.

- **15 días si ya se encuentra en el extranjero en el momento de suscribir la póliza. Este *Periodo de carencia* no se aplica a una nueva póliza suscrita para prolongar la estancia o en caso de *Accidente*.**

Los periodos de carencia se aplican a partir de la fecha de entrada en vigor que figura en el *Certificado de seguro*. Los gastos incurridos por tratamientos o procedimientos prescritos antes de la *Fecha de Inicio* de la póliza o durante los periodos de carencia quedan permanentemente excluidos de la cobertura y no dan derecho a prestación alguna.

4.3 Periodo máximo de cobertura y nuevo contrato:

Tenga en cuenta que MyTravel Cover y MyStudies Cover son soluciones de seguro para estancias temporales en el extranjero.

La primera vez que contrata la cobertura, ésta tiene una duración máxima de 12 meses (ampliada a 18 o 24 meses para los Asegurados en-Canadá, Colombia y Australia con visados específicos que requieran una cobertura superior a 12 meses).

Puede volver a contratar esta póliza posteriormente o en una fecha posterior, siempre que el periodo máximo total de cobertura no supere los 24 meses (12 meses en Estados Unidos), independientemente del número de pólizas contratadas (Cobertura MyStudies y Cobertura MyTravel).

4.4 ¿Las garantías de su contrato se finaliza?

- a) en caso de impago de las *Primas* (remítase al apartado 5.4);
- b) en caso de denuncia rescisoria del convenio por la entidad *Aseguradora* o la "Association des Assurés APRIL" al vencimiento anual (en cuyo caso dicha Asociación se compromete a informar de ello a cada Adherente);
- c) tan pronto como deje *Usted* de cumplir con los requisitos de adhesión según se definen en el apartado 4;
- d) el día de regreso definitivo a su *País de nacionalidad*;
- e) el último día consignado en su *Certificado de seguro*;
- f) desde el momento en que deje de estar *Afiliado* a la CFE, la CAFAT a la Seguridad Social francesa (o a un régimen francés equivalente) si se ha *Afiliado* además a la CFE, la CAFAT o a la Seguridad Social francesa. En este caso, la cancelación tiene efecto un mes después de la notificación escrita recibida por nuestro Departamento de Atención al Cliente.

Sólo pagaremos los tratamientos y procedimientos prescritos durante el contrato y realizados antes de la fecha de finalización de la cobertura.

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 su póliza?

La firma de la solicitud de adhesión no constituye un compromiso definitivo para el *Afiliado*.

Si el Afiliado ha formalizado la adhesión a raíz de una propuesta de contratación a domicilio:

Se aplicarán las siguientes disposiciones, recogidas en el artículo L.112-9-1 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 haya tomado conocimiento de un siniestro cubierto por la garantía de la póliza, el suscriptor no podrá ya ejercer dicho derecho de renuncia*».

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

El *Afiliado* tiene la posibilidad de renunciar a su adhesión en un plazo de 14 días contados desde el recibo del *Certificado de seguro*.

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

El *Afiliado* debe informarnos de su decisión de renuncia a la póliza indicando por una declaración desprovista de ambigüedad hecha por carta enviada por vía postal a la siguiente dirección dentro del plazo antedicho:

APRIL International Care France - Service Courrier - 1 rue du Mont - CS 80010 - 81700 Blan - FRANCIA.

Para ello basta rellenar el formulario de renunciación disponible en la página 28 o con remitir a APRIL International Care France una carta redactada conforme a esta plantilla:

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

Las garantías cesan a la fecha de recepción de la carta de renuncia, en cuyo caso *Nosotros* reembolsaremos al *Afiliado* las *Primas* ya abonadas, salvo las correspondientes al período de garantía ya transcurrido. Si ya se ha abonado alguna prestación en virtud de esta póliza, el *Afiliado* no podrá ya ejercer su derecho de renuncia.

5. Primas

La afiliación al presente contrato no le exime de pagar las *Primas* correspondientes al régimen obligatorio en el que Usted esté incluido(a).

5.1 ¿Cómo se determina el importe de sus *Primas*?

La *Prima* está determinada por el régimen del *Asegurado*, la fórmula y el tipo de cobertura seleccionada, el grupo de edad y la duración de la cobertura elegida. La edad del *Asegurado* que se tiene en cuenta para el cálculo de la *Prima* es la que tenga en la *Fecha de Inicio* del contrato.

En caso de suscripción familiar, la suma de las *Primas* de cada *Asegurado* determinará la *Prima* total.

Los impuestos corrientes a pagar por el *Afiliado* están incluidos en la *Prima*.

¿Qué hacer si se cancelan o modifican sus estancias?

En caso de anulación de su estancia, es decir, si se nos notifica por escrito antes de la *Fecha de Inicio* del contrato:

la *Prima* se reembolsará al *Afiliado* si se adjunta a la solicitud, la prueba de la cancelación de sus vacaciones.

En caso de cancelación, es decir, si se nos notifica por escrito después de la *Fecha de Inicio* de la póliza:

Usted o el *Afiliado* pueden cancelar el contrato después de los 3 primeros meses de cobertura. No se reembolsarán las cotizaciones correspondientes a los 3 primeros meses de cobertura.

Usted o el *Afiliado* pueden cancelar el contrato una vez transcurridos los 3 primeros meses, si regresa anticipadamente y de forma definitiva a su *País de nacionalidad*.

Para cancelar, debe enviarnos la solicitud por correo electrónico, acompañada de una copia del billete de vuelta y cualquier otra prueba que demuestre su regreso definitivo. Le reembolsaremos a prorrata el período comprendido entre la fecha de recepción de su prueba y la fecha de finalización inicial de su contrato.

5.2 Formas de pago:

Las *Primas* serán pagadas por adelantado en euros, según la forma de pago que haya escogido el *Afiliado*:

- pago íntegro en el momento de la adhesión, mediante tarjeta bancaria,
- mensualmente, mediante domiciliación SEPA en una cuenta bancaria en euros domiciliado en un país de la zona única de pagos (SEPA). El pago mensual tendrá un coste adicional de 3 € al mes. Esta forma de pago no está disponible si el periodo del contrato es inferior a 4 meses.

El pago de la primera contribución debe realizarse mediante tarjeta de crédito o Paypal al firmar la Solicitud de contrato.

5.3 ¿Qué sucede en caso de impago de *Primas*?

Si una *Prima* no se paga en los 60 días siguientes a su vencimiento, enviaremos al *Afiliado* una carta certificada de notificación formal. Esto llevará a la suspensión de la cobertura. Transcurrido un nuevo plazo de 10 días, rescindiremos automáticamente el contrato. Además, podemos emprender acciones legales para reclamar el pago de las primas pendientes.

En caso de requerimiento de pago, la *Prima* será inmediatamente exigible para todo el *años*, de acuerdo con el Código de Seguros francés.

Le informamos de que el impago y la rescisión del contrato por impago no anulan la deuda. Haremos todo lo posible para obtener el pago de las *Primas* debidas y podremos recurrir a una empresa especializada en el cobro de primas impagadas en el extranjero. Nuestros socios especializados en el cobro de impagos serán los responsables de cualquier aumento de los costes de gestión asociados a nuestras acciones o a las de nuestros proveedores de servicios.

En caso de pago del importe indicado en la carta de emplazamiento, tras la suspensión de la cobertura y antes de la rescisión, ésta se reanuda a las 12 horas del día siguiente al del pago.

Los gastos incurridos durante el período de suspensión de la cobertura no darán lugar a ningún reembolso en virtud de este contrato, incluso después del pago de la *Prima*.

5.4 Cambios de la Prima

- **Cambios en los impuestos :** Cualquier impuesto o contribución de carácter social o fiscal que resulte aplicable y cuya recaudación no esté prohibida, le será cargado y cobrado al mismo tiempo que la prima y aumentará el importe a pagar.
- **Cambios normativos :** podemos ajustar la prima para tener en cuenta cualquier cambio en la ley o la normativa aplicable a la póliza. Si no acepta nuestra propuesta o rechaza expresamente la nueva prima, podemos dar por terminada su afiliación 30 días después de la notificación por carta certificada.

6. Evolución de su póliza

6.1 ¿Cómo modificar su contrato?

Antes de la *Fecha de Inicio* de cobertura: el *Afiliado* puede modificar la fórmula, el tipo de cobertura o las fechas de cobertura que haya elegido inicialmente.

Una vez que la afiliación haya entrado en vigor, el contrato no puede modificarse. **En particular, no será posible agregar un derechohabiente ni cambiar el nivel de garantías.**

6.2 ¿Qué información debe comunicarnos?

Tanto el *Asegurado* como el *Afiliado* deben informarnos por escrito de cualquier cambio de régimen personal, situación o datos de contacto (por defecto, las comunicaciones enviadas a la última dirección conocida tendrán efecto válido), así como de cualquier cambio de régimen o actividad profesional.

7. ¿Qué cubre su contrato y cómo utilizarlo?

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.

SO 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 entidad Aseguradora para cada concepto o acto garantizado.

Usted está cubierto por las siguientes prestaciones, la cuales figuran 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 sanción 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 con todos sus trámites relacionados con su salud.

7.1.1 Naturaleza e importe de los reembolsos

Se reembolsan todos los gastos médicos y quirúrgicos de la asistencia prescrita o incurrida por una *Autoridad Médica cualificada* hasta el límite indicado en el cuadro de garantías y en el *Certificado de seguro*. La asistencia, incluyendo tratamientos, exámenes y consultas, debe ser apropiada y necesaria.

La asistencia, debe particularmente:

- ser necesaria para definir, diagnosticar o tratar el estado patológico o la lesión del paciente,
- ser apropiada a los síntomas, el diagnóstico o el tratamiento del paciente,
- ser acorde con el conocimiento médico o científico en el momento de aplicarse,
- ser necesaria por motivos distintos a la comodidad o conveniencia del paciente o del profesional sanitario,
- tener un efecto médico demostrado y reconocido,
- ser considerada del tipo y nivel más apropiados,
- practicarse únicamente durante un periodo apropiado,
- practicarse en un lugar apropiado.

En esta definición, el término "apropiado" se refiere a la salud del paciente y al gasto de la asistencia

En caso de cobertura complementaria a la CFE, a un régimen de seguro básico francés o de la CAFAT:

Solo se garantizan los gastos sanitarios cubiertos por la CFE, la Seguridad Social francesa o por la CAFAT (salvo disposición distinta en el cuadro de garantías). Las garantías se expresan con la participación de su régimen de seguro básico francés (Seguridad Social o régimen franceses equivalente), europeo o Caja de Franceses en el Extranjero (CFE). Intervenimos tras la participación de su régimen de seguro básico.

Los gastos se reembolsan respectivamente según la fórmula, las garantías y el nivel de reembolso elegido, conforme al cuadro de garantías. Para los gastos sanitarios facturados en una divisa distinta al euro, el tipo de cambio aplicado será el vigente en la fecha de ocurrencia del Siniestro. Solo podrán indemnizarse los gastos correspondientes a actos dispensados durante el periodo de cobertura.

Existen dos fórmulas de "gastos sanitarios" disponibles según su nivel de exigencia: EMERGENCY o COMFORT.

EMERGENCY

Límite global de gastos sanitarios: 250.000 €

Cobertura únicamente en caso de *Accidente o Urgencia médica*

Cubre hasta 750 € de asistencia ambulatoria únicamente en caso de *Accidente o Urgencia médica*

Condiciones de cobertura: cada vez que se realice una solicitud de reembolso, el *Asegurado* debe pedir al médico prescriptor que cumplimente y firme el *Formulario de Reembolso* proporcionado en el momento de la suscripción.

COMFORT

Límite global de gastos sanitarios: 500.000 €

Cobertura en caso de *Enfermedad inesperada, Accidente o Urgencia médica*.

Límites:

El importe acumulado de los reembolsos realizados por la *Aseguradora* se limita, por *Asegurado* y por *Años de seguro*, al importe indicado en el cuadro de garantías para cada una de las fórmulas.

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

Cualquier indemnización o prestación de la misma naturaleza pagada por la CFE o por la Seguridad Social francesa (o régimen francés equivalente), o por cualquier organismo público o privado en Francia o en el extranjero, será descontada del reembolso realizado por la *Aseguradora*

Importe de los reembolsos:

El reembolso de gastos y actos, enumerados en el cuadro de garantías siguiente en el marco de cada fórmula, es determinado acto por acto por la *Aseguradora* y limitado a *Gastos Reales*.

En el cuadro siguiente, cuando el reembolso del contrato se realiza complementariamente al régimen de protección social francés o europeo, los reembolsos expresados en porcentaje de Gastos Reales se entienden previa deducción de las prestaciones pagadas por este régimen.

Los servicios de la *Aseguradora* se prestan, según las indicaciones que figuran en el *Certificado de seguro*, bien como complemento a los reembolsos del régimen de protección social, bien integralmente.

La asistencia practicada en Francia o en el *País de Origen* declarado se reembolsa en las mismas proporciones que en el *País de Destino/Expatriación*.

Las prestaciones abonadas, eventualmente combinadas con las del régimen de protección social, se limitan en todo caso a los gastos realmente incurridos por el *Asegurado* sus derechohabientes.

FÓRMULAS	EMERGENCY	COMFORT
Límite para todas las garantías de <i>Gastos sanitarios</i> (máximo global por <i>ASEGURADO</i>)	250 000 € Cobertura únicamente en caso de <i>Accidente</i> o <i>Urgencia médica</i>	500 000 €
HOSPITALIZACIÓN MÉDICA Y QUIRÚRGICA - Excepción de la maternidad		
<ul style="list-style-type: none"> › Transporte en ambulancia (si la <i>Hospitalización</i> está cubierta por APRIL International) › Gastos de estancia (incluido el <i>Gasto fijo diario</i> en Francia) › Honorarios médicos y quirúrgicos › Exámenes, análisis, medicamentos › Intervenciones médicas 	100% de <i>Gastos reales</i> Se requiere <i>Acuerdo previo</i> y orientación al hospital mejor adaptado (de acuerdo con los costos de patología y salud practicados por las instituciones)	
<i>Hospitalización para tratamiento trastornos mentales o nerviosos</i>	80% de <i>Gastos reales</i> , hasta 30 días al AÑO	
Habitación privada	Hasta 50 € por día	
ATENCIÓN SANITARIA CORRIENTE		
Consultas y actos por parte de médicos generalistas o especialistas (excepto psiquiatra)	100% de <i>Gastos reales</i> , hasta 750 € por AÑO sólo después de un <i>Accidente</i> o <i>Urgencia médica</i> y con la presentación del <i>Formulario de reembolso</i>	100% de <i>Gastos reales</i>
Análisis, exámenes de laboratorio, radiografías, farmacia con receta (con exclusión de la anticoncepción, la homeopatía, la medicina a base de plantas, la vacuna, el tratamiento antipalúdico y los prescritos durante la <i>Hospitalización</i> para uso doméstico, incluidas las <i>Enfermedades</i> crónicas)		
Actos de enfermería y fisioterapia (tras una <i>Hospitalización</i> a cargo de APRIL International)		
<i>Psiquiatras</i>	No cubiertos	80% de <i>Gastos reales</i> Limitado a 5 sesiones por AÑO
DENTAL, PROTESIS MEDICAS Y OPTICAS		
Válido en caso de urgencia no por <i>Accidente</i> (estado de salud que requiere atención rápida, normalmente en 48 horas)		
<i>Asistencia dental de urgencia</i> (no resulta de un <i>Accidente</i>)	100% de gastos reales Limitado a 400 € por AÑO	
Válido en caso de urgencia por <i>Accidente</i> (estado de salud resultante de un <i>Accidente</i> * debido a una causa externa que requiere atención rápida, generalmente en un plazo de 48 horas)		
<i>Asistencia dental de urgencia</i> <i>Prótesis dentales</i> Incrustación-corona (Inlay Core), incrustación-onlay (Inlay-Onlay)	100% de <i>Gastos reales</i> Limitado a 800 € por AÑO	
<i>No combinable con la asistencia dental de urgencia que no resulte de un Accidente.</i>	Se requiere un <i>Acuerdo previo</i>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Equipos y aparatos médicos, prótesis médicas u ortopédicas ▪ Audioprótesis ▪ <i>Óptica</i>: cristales y monturas o lentes de contacto 	100% de <i>Gastos reales</i> Limitado a 300 € por AÑO	
	Se requiere un <i>Acuerdo previo</i>	

CASO PARTICULAR PARA LA GARANTÍA DE MATERNIDAD

La garantía de maternidad, cuyos límites figuran listados a continuación, solo es válida en los casos que se mencionan

- Para *Asegurados* con contrato MyStudies Cover cuyo destino sea Estados Unidos en zona 1

FÓRMULAS	EMERGENCY	COMFORT
MATERNIDAD – Plazo de carencia 10 meses		
Gastos de estancia	No cubiertos	100% de <i>Gastos Reales</i> limitado a 7.500 € / embarazo 15.000 € en caso de cesárea justificada Se requiere un <i>Acuerdo previo</i>
Honorarios y actos médicos		
Análisis médicos, radiografías, farmacia		
Habitación de hospital privada estándar		
Exámenes y asistencia pre y postnatales		

- Para *Asegurados* expatriados como parte de un Programa de Vacaciones-Trabajo, la garantía de maternidad se adquiere en las siguientes condiciones, excepto si el *Asegurado* tiene como destino Canadá.

FÓRMULAS	EMERGENCY	COMFORT
MATERNIDAD – Plazo de carencia 10 meses		
Gastos de estancia	100% de <i>Gastos Reales</i> limitado a 3.000 € / embarazo 6.000 € en caso de cesárea justificada Se requiere un <i>Acuerdo previo</i>	100% de <i>Gastos Reales</i> limitado a 7.500 € / embarazo 15.000 € en caso de cesárea justificada Se requiere un <i>Acuerdo previo</i>
Honorarios y actos médicos		
Análisis médicos, radiografías, farmacia		
Habitación de hospital privada estándar		
Exámenes y asistencia pre y postnatales		

Para que esta garantía sea efectiva pueden solicitarse comprobantes.

7.1.2 ¿Cómo proceder 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 sanción del 50 % en el reembolso de su factura (salvo en caso de Accidente o de Urgencia médica).

Disposición relativa a la cobertura directa de los gastos de Hospitalización (cobertura integral o complementaria a la CFE):

Los gastos de *Hospitalización* y exámenes preliminares vinculados a la *Hospitalización* podrán ser objeto, previo acuerdo del *Asegurador*, de un trámite de cobertura directa por este último, en las condiciones habituales y razonables de la localidad en la que se realice la estancia, realizados, dentro de los límites de las garantías y servicios previstos en el contrato. Cualquier exceso posible deberá ser pagado directamente por el *Asegurado*.

7.1.3 ¿Cómo se tramita una solicitud de acuerdo previo antes de proceder a determinados actos o tratamientos?

Todo gasto médico igual o superior a 2.000 € 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 sanción el 50 % en el reembolso de su factura (salvo en caso de Accidente o de Urgencia médica).

7.1.4 ¿Cómo hacer una solicitud de reembolso?

USTED debe obligatoriamente **guardar las facturas (y otros comprobantes) durante un periodo de 2 años** a partir de la fecha en que realizó la solicitud de reembolso. Podrían reclamárseles para tratar su solicitud.

En todo caso, adjunte los siguientes documentos a su solicitud:

- los originales de los honorarios o gastos pagados, recetas y prescripciones médicas fechadas con indicación de sus apellidos, nombre y fecha de nacimiento, tipo de *Enfermedad*, fecha de las consultas y asistencia proporcionada, junto a los comprobantes de pago. Las recetas deben llevar claramente el nombre y el precio de los medicamentos e indicar la moneda local;
- si la asistencia requiere una Solicitud de *Acuerdo Previo*, el formulario de Solicitud de *Acuerdo Previo* aceptado por nuestros servicios médicos;
- en caso de *Hospitalización*, Usted debe adjuntar igualmente el informe del hospital y el formulario de *Certificado Médico Confidencial* cumplimentado por su médico. Asegúrese también de que su factura incluya el gasto de la habitación privada o semiprivada;
- en caso de *Accidente*, el informe de *Accidente*;
- si se elige la fórmula EMERGENCY, el *Formulario de Reembolso* cumplimentado y firmado por el médico que prescribe.
- **En caso de cobertura complementaria al régimen de protección social:** las notas de pago de los reembolsos (o comprobantes de pago) del régimen de protección social, a las que el *Asegurado* deberá adjuntar un comprobante del importe de *Gastos Reales* cuando no estén indicados en la nota de pago expedida por dicho organismo o cuando éste no intervenga. Hay que subrayar que, para los actos o gastos rechazados o no cubiertos por el régimen de protección social, pero garantizados por el contrato, el reembolso de la *Aseguradora* está subordinado a la presentación de facturas detalladas y comprobantes complementarios, principalmente las recetas médicas.

Nos reservamos el derecho a solicitar cualquier otro comprobante que consideremos necesario para asegurarnos de que su asistencia está cubierta por el presente contrato.

Las prestaciones debidas se pagan en euros. Para los gastos sanitarios facturados en una moneda distinta del euro, el tipo de cambio aplicado será el vigente a la fecha de ocurrencia de la reclamación.

En caso de desacuerdo sobre el importe del pago, notifíquenos dentro de los 3 meses posteriores a la fecha de establecimiento del cálculo.

CASOS ESPECÍFICOS PARA LA ASISTENCIA SANITARIA DISPENSADA EN ESTADOS UNIDOS. PONEMOS A SU DISPOSICIÓN REDES DE ASISTENCIA EN LAS QUE PUEDE OBTENER UN SERVICIO DE PAGO DIRECTO.

Las dos redes cuentan con 690.000 médicos, más de 5.500 hospitales y más de 68.000 farmacias a los que no tendrá que abonar ningún gasto anticipado, ya que pagamos su factura directamente hasta el límite de cobertura de su contrato.

➤ **En caso de consulta o atención médica general, debe acudir obligatoriamente a los profesionales y centros de salud que pertenezcan a las redes AETNA y Caremark.**

➤ **En caso de Hospitalización, le recomendamos utilizar la red "APRIL Preferido" para evitar cualquier penalización. Acceda a su aplicación Easy Claim para consultar la lista.**

¿Cómo conocer los hospitales, farmacias y médicos asociados?

Para ello:

➤ Acceda a omhc.com/april

➤ Haga clic en "Selecting a provider", y luego en "Search now".

➤ Indique la ubicación y luego haga clic en "Search".

➤ Seleccione "Passport to Healthcare® Primary PPO Network", luego haga clic en "Continue".

➤ Seleccione la especialidad médica y luego elija un profesional sanitario en la lista mostrada para obtener sus datos de contacto

➤ También puede navegar por las secciones "Other useful resources" para efectuar su búsqueda.

O acceda directamente desde su aplicación Easy Claim.

No cubrimos sus gastos sanitarios incurridos fuera de nuestras redes de atención médica asociadas, excepto en casos de Fuerza Mayor. En ciertos casos de urgencia, es posible que no pueda visitar a un profesional sanitario miembro de la red AETNA. En tal situación, sus gastos estarían cubiertos.

7.2 Ayuda a la Repatriación:

¿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:

- llamando al número +33 (0)1 41 61 23 25;

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

CONDICIONES DE APLICACIÓN

El asistente sólo interviene médicamente una vez organizados los primeros auxilios por una Autoridad Médica competente. El hecho de que Usted o su entorno organice cualquiera de las asistencias abajo referidas no puede dar lugar a reembolso, salvo que Europ Assistance haya sido avisada de dicho procedimiento, 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 Transporte médico, repatriación sanitaria

En caso de *Accidente* o de *Enfermedad*, 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 su país de origen, si es otro) o de su residencia principal en su *País de Destino/Expatriación*;
- su domicilio en su *País de nacionalidad* (o en su país de origen, si es otro) o en su *País de Destino/Expatriación*.

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 en su *País de Destino/Expatriación*, Europ Assistance organizará su regreso una vez se alcance una *Consolidación* médicamente comprobada y se hará cargo de su traslado a su residencia en su *País de Destino/Expatriación* 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 o 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

7.2.2 Repatriación del cuerpo en caso de defunción y gastos de ataúd

Si fallece *USTED*, Europ Assistance organizará y asumirá la repatriación del cuerpo o las cenizas desde el lugar de fallecimiento hasta el de inhumación en su *País de nacionalidad* (o en su país de 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 Europ Assistance se asumirán hasta un máximo de 2.000€.

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.

7.2.3 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.

7.2.4 Traducción de documentos jurídicos y administrativo

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 hacia su lengua materna. La cobertura de Europ Assistance no podrá superar 500€ por *Año de seguro*. Europ Assistance declina toda responsabilidad por las consecuencias de toda traducción errónea o incompreensión por su parte.

7.2.5 Presencia de un familiar en caso de hospitalización superior a 6 días

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 noches como máximo, a razón de 80€ por noche. Toda otra solución de alojamiento provisional no podrá dar lugar a resarcimiento alguno.

7.2.6 Regreso anticipado en caso de fallecimiento u 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 el supuesto de defunción u *Hospitalización* superior a 5 días consecutivos de un *Familiar* en su *País de nacionalidad* (o su *País de origen* si es diferente). 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 u *Hospitalización* sea posterior a la fecha de su salida al *Extranjero*. Europ Assistance se reserva el derecho de comprobar la veracidad del suceso garantizado (parte de hospitalización, certificado de defunción, etc.), previamente a toda intervención de sus servicios.

Para beneficiar de esta garantía, es imprescindible contactar Europ Assistance para obtener su Acuerdo previo. De no ser así, Europ Assistance se reserva la posibilidad de denegar el reembolso de los billetes que hubiese comprado Usted.

7.2.7 Regreso anticipado al domicilio siniestrado

Si está de viaje y si su presencia es imprescindible en el lugar de los hechos para realizar los trámites necesarios, el prestador de asistencia organizará su transporte y el de los hijos menores que no puedan beneficiarse de la atención en el lugar, hasta el Hogar domicilio siniestrado. El prestador de asistencia cubre los billetes de transporte para aviones en clase económica, trenes de 1ª clase o vehículos de alquiler de categoría A o B durante un máximo de 24 horas, siempre que los billetes de transporte normalmente previstos para el regreso no estén disponibles, no puedan ser utilizados ni modificados. Esta garantía se otorga dentro de las 72 horas siguientes a la fecha de ocurrencia o desde la fecha de conocimiento del Siniestro y si se encuentra a más de 50 km de su domicilio.

7.2.8 Regreso anticipado en caso de atentado, desastre político o catástrofe natural

Si se ve *Usted* obligado a abandonar su lugar de estancia a instancias de las autoridades locales de su *País de Destino/Expatriación* o las de su *País de nacionalidad* por razón de sucesos que inestabilicen el régimen político o de catástrofes naturales (tales como terremotos o inundaciones), podrá *Usted* acogerse a la garantía de regreso anticipado. Para ello, una vez haya regresado a su *País de nacionalidad* remita a Europ Assistance todos los justificantes oportunos para que se le reembolse el coste del transporte por hasta el importe de un billete de avión (clase económica) o de tren (primera clase) hasta un máximo de 1.500 euros. El reembolso solo se aplica para la tarifa del billete de ida hacia el *País de Destino/Expatriación*. Esta garantía goza de validez únicamente fuera de su *País de nacionalidad*.

7.2.9 Regreso de familiares Asegurados

En caso de repatriación médica o repatriación del cuerpo del *Asegurado* el prestador de asistencia organiza el regreso a casa de los miembros de la familia asegurada que viajen con él. El prestador de asistencia paga un avión de ida en clase económica o un billete de tren de primera clase, siempre que los medios inicialmente previstos para su viaje de vuelta no puedan utilizarse ni modificarse.

7.2.10 Regreso tras Consolidación a su País de Destino/Expatriación

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

7.2.11 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 de intermediario las veces necesarias y en sentido inverso.

7.2.12 Imposibilidad de regreso

En caso de que se produzca una circunstancia calificada de *Fuerza Mayor* por las autoridades del país en el que *Usted* se encuentre temporalmente, fuera de su *País de Destino/Expatriación* y que le impida regresar definitivamente a su *País de nacionalidad*, el proveedor de asistencia pagará sus gastos adicionales de estancia hasta 80 € por noche (gastos de restauración y alojamiento únicamente), para un máximo de 5 noches.

La cobertura entra en vigor solo tras la declaración del estado de *Fuerza Mayor* por parte de las autoridades 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.

7.2.13 Asistencia de viaje en caso de pérdida o robo de efectos personales

Durante su 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 1.000€ por suceso para que pueda *USTED* efectuar compras de primera necesidad.

En caso de extravío o robo de un título de transporte, Europ Assistance podrá hacerle llegar un nuevo billete, no negociable y 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.

7.2.14 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 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 válida 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 a su cuenta.

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.

7.2.15 Gastos de búsqueda y auxilio

La garantía tiene por objeto el reembolso de los gastos de búsqueda y auxilio necesarios para una intervención, de ámbito privado o público, de equipos especializados dotados de cualquier medio, incluso el uso de helicóptero, al objeto de localizarle y evacuarle hasta el centro de acogida adecuado más cercano, hasta 5.000€ por ASEGURADO y por suceso. En todo caso, la garantía se limita al importe de los gastos que, por factura, tenga *USTED* que reembolsar total o parcialmente a los organismos oficiales que hayan intervenido. La garantía entra en juego de forma complementaria a las garantías de que disponga *USTED* por otra fuente. *USTED* (o toda persona que actúe en su nombre) deberá avisar a Europ Assistance de inmediato y verbalmente, como muy tarde en un plazo de 48 horas desde la intervención, y precisar las razones que lo/la hayan motivado.

7.2.16 Limitaciones de garantías

Cuando Europ Assistance organice y se haga cargo de una repatriación o transporte, podrá solicitarse a *Usted* que use de forma prioritaria su título de viaje.

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

7.3 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 concerta 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. Se puede contactar con el equipo de psicólogos clínicos en el +33 (0) 41 61 23 25 para que el Asegurado pueda hablar con personas autorizadas si es necesario.

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.

7.4 Asistencia jurídica

7.4.1 Honorarios de abogados en el extranjero

En el supuesto de una infracción involuntaria de las leyes y reglamentos vigentes cometidos en su País de Destino/Expatriación, 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 3.000 € por suceso.

7.4.2 Adelanto de fianza penal en el extranjero

En el extranjero, 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 € 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

7.5 Responsabilidad civil privada

OBJETO DE LA GARANTÍA

La entidad Aseguradora garantiza las consecuencias pecuniarias de la Responsabilidad civil en que pueda *USTED* incurrir en virtud de las leyes y reglamentos vigentes en el país donde transcurra su estancia, en el ámbito de su vida privada.

La garantía se ejerce en caso de Daños corporales y materiales que *Usted* haya causado a terceros y provenientes en particular de:

- sus propios actos o los de personas de las que *Usted* responda;
- cosas y animales de los que sea *USTED* dueño o guardián;

- la práctica de cualquier deportes y actividades al aire libre (salvo las *Exclusiones* detalladas en el apartado 9);
- la responsabilidad en que se incurra al cursar prácticas en empresa frente a los tutores de las prácticas en relación únicamente con los Daños ocasionados al material utilizado con ocasión de las prácticas;
- alquiler de un piso.
 - en caso de Daños causados a los apartamentos contiguos al suyo,
 - en caso de lesiones corporales o Daños materiales causados a sus invitados.

Esta garantía no reemplaza de ninguna manera el seguro de hogar y no lo exime de las obligaciones de seguro local.

TOPE DE LA GARANTÍA

- Daños corporales: 4.500.000€ por Siniestro.
- Daños materiales e inmateriales consecutivos: 450.000€ por *años de seguro*; los Daños inmateriales están comprendidos en la suma asegurada por un valor de hasta el 20 %, es decir, 90.000€. *Franquicia* absoluta de 75€ por Siniestro.
- Daños materiales ocasionados durante las prácticas: 12.000€ por *años de seguro*. *Franquicia* absoluta de 75€ por Siniestro.

¿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

7.6 Individual Accidente

7.6.1 En caso de fallecimiento Accidental

La entidad *Aseguradora* abonará al/a los Beneficiario(s) designado(s) un capital cuyo importe se establece en 10.000€. Se hace constar que, si el *Asegurado* es menor de 16 años en la fecha de fallecimiento, el importe del capital quedará limitado en todo caso al importe de los gastos de exequias.

La garantía se aplica al fallecimiento del *Asegurado* acaecido como muy tarde seis meses después del *Accidente* que haya originado las heridas o lesiones mortales.

No obstante, si el *Asegurado* fallece después de haber recibido de la entidad *Aseguradora* por el mismo *Accidente* una indemnización por invalidez permanente, los herederos recibirán el capital estipulado en caso de fallecimiento, previa deducción del importe de dicha indemnización.

Concesión de las prestaciones

Si fallece el *Asegurado*, el capital se abonará al/a los Beneficiario(s) expresado(s) en la Solicitud de adhesión, o a aquéllos que haya designado el *Asegurado* posteriormente. Podrá *Usted* modificar la cláusula de designación cuando deje de ser apropiada, salvo que la haya aceptado el Beneficiario, lo que la hace irrevocable. La designación de Beneficiario(s) puede efectuarse, asimismo, en contrato privado o escritura pública. Cuando el Beneficiario se designe expresamente, podrá *Usted* consignar en la póliza los datos de dicho Beneficiario.

De no designarse Beneficiario o si la designación resulta ser caduca, los importes adeudados en caso de fallecimiento se abonarán a su *Cónyuge* supérstite, salvo que estuvieran separados judicialmente en el momento de devengarse el derecho al capital garantizado, o pareja de hecho legalmente constituida; en su defecto, a sus hijos a partes iguales, nacidos o por nacer, vivos o representados; en su defecto, a sus ascendientes, a partes iguales; en su defecto, a sus demás herederos.

Si fallece el *Asegurado* y que tiene de 16 a 18 años, el capital garantizado corresponderá a sus progenitores a partes iguales entre sí y, en su defecto, a sus demás herederos.

¿Cómo acogerse a la garantía?

El fallecimiento deberá ser declarado, remitiendo a la entidad *Aseguradora* los documentos acreditativos necesarios para el pago, por mediación a: <https://www.chubbclaims.com/ace/fr-fr/welcome.aspx>, en particular:

- certificación de defunción;
- certificación de nacimiento;
- certificado médico que haga constar la fecha de defunción y si se trata de una muerte natural o accidental;
- algún documento que acredite la identidad y/o el estado civil;
- documento que indique la causa y las circunstancias del *Accidente* que haya originado el fallecimiento;
- certificado de ingreso, emitido por el hospital;
- documento probatorio del *Accidente* y de la relación directa de causa-efecto entre éste y el fallecimiento.

El pago se efectuará en favor del Beneficiario designado dentro de los veinte días siguientes a la entrega de la documentación. Si hay varios Beneficiarios, el pago del capital será indivisible frente a la entidad *Aseguradora*, que pagará mediando recibo firmado conjuntamente por los interesados. 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 estos 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.

Cuando se adeuda la indemnización, el capital garantizado en caso de fallecimiento del *Asegurado* se revalorará desde la fecha de fallecimiento y hasta que se reciban los documentos necesarios para el pago o, en su caso, hasta que se ingrese el capital en la Caja de Depósitos y Consignaciones, al tipo determinado por decreto.

En caso de resultar imposible identificar o encontrar a los Beneficiarios de la póliza en un plazo de diez (10) años contados desde el conocimiento del fallecimiento, la entidad *Aseguradora* tendrá la obligación de ingresar el capital adeudado en la Caja de Depósitos y Consignaciones (CDC). Las sumas ingresadas en la CDC que no se reclamen revertirán en favor del Estado al cabo de un plazo de veinte (20) años contados desde la fecha de su ingreso en la CDC.

7.6.2 En caso de invalidez permanente total o parcial consecutiva a un Accidente

En caso de Invalidez permanente total, o sea, un grado de Invalidez igual al 100 %, la entidad *Aseguradora* le abonará un capital **cuyo importe se establece en 40.000€.**

En caso de *Invalidez permanente parcial*, el importe del capital será reducible con arreglo al grado de Invalidez reconocido. El grado de *Invalidez* lo establece el Médico Asesor de la entidad *Aseguradora* una vez consolidadas las lesiones.

- Si el grado de *Invalidez permanente parcial* es inferior o igual al 20 %, no se adeudará Indemnización alguna.
- Si el grado de *Invalidez permanente parcial* es superior al 20 %, la Indemnización será igual a 40.000 €, multiplicados por el grado de *Invalidez reconocido*.

Si padece *Usted* una Invalidez anterior al acaecimiento del *Accidente* garantizado, no se tendrán en cuenta las lesiones debidas a dicha Invalidez. No obstante, en el caso de que el miembro u órgano ya aquejado padezca otras lesiones, la indemnización se referirá a la diferencia entre el estado del miembro antes y después del *Accidente*. Si no hubiera seguido *Usted* el tratamiento que se le hubiera prescrito, la *Indemnización* se estimará de acuerdo con las consecuencias que habría tenido ese mismo *Accidente* de haber seguido *USTED* el tratamiento recetado.

¿Cómo acogerse a la garantía?

Deberá *Usted* declarar el *Accidente* por escrito a la entidad *Aseguradora* sobre el website: <https://www.chubbclaims.com/ace/fr-fr/welcome.aspx>, en un plazo de 30 días a partir de su conocimiento salvo caso fortuito o de *Fuerza Mayor*. La declaración deberá hacer constar todos los extremos oportunos acerca de la gravedad, las causas y las circunstancias del *Accidente* y en particular deberá *USTED*:

- remitirnos algún documento probatorio de su identidad y/o de su estado civil;
- hacernos llegar un certificado del médico prestador de los primeros auxilios y que describa con exactitud la naturaleza de su estado actual, de las lesiones y de sus consecuencias;
- remitir todo documento necesario para acreditar la existencia y la magnitud del *Accidente*;
- someterse al examen del médico de la entidad *Aseguradora*.

7.7 Seguro de equipaje y efectos personales:

7.7.1 Pérdida, robo y destrucción de equipaje

Esta garantía cubre **por hasta 1.600€** todos sus *Equipajes*, objetos y efectos personales que le pertenezcan o que haya alquilado *USTED* frente a los siguientes riesgos:

- pérdida de Equipajes durante su despacho por una empresa de transporte;
- robo de Equipajes, objetos y efectos personales durante el trayecto de ida y vuelta, así como durante toda la estancia;
- destrucción total o parcial o deterioro de sus Equipajes a consecuencia de catástrofes tales como un incendio, una inundación, un hundimiento o un acto de terrorismo, durante el trayecto de ida y vuelta, así como durante toda la estancia.

En caso de pérdida, robo o destrucción de *Equipajes* facturados por un transportista, la entidad *Aseguradora* no intervendrá sino previa declaración en su debida forma dirigida al transportista y previa deducción de la Indemnización que éste le abone en concepto de su responsabilidad. Por lo que respecta a la desaparición de Equipajes y su contenido encomendados a la responsabilidad de un hotelero, la entidad *Aseguradora* no intervendrá sino previa deducción de la Indemnización que abone el depositario o su entidad *Aseguradora* en concepto de su responsabilidad.

Los Objetos de valor se indemnizarán hasta el 50% del valor garantizado, o sea, un máximo de 800€.

Por equipaje, nos referimos a sus bolsas de viaje, sus maletas, así como sus efectos personales u objetos que contengan. Se asimilan a objetos personales, objetos de valor cuyo precio sea superior o igual a 500 € así como joyas (perlas finas y cultivadas, piedras preciosas y piedras duras) y pieles de su propiedad. Se asimilan a equipajes, portátiles, agendas electrónicas, equipos audiovisuales, cámaras, dispositivos de vídeo o HIFI, de su propiedad.

¿Cómo beneficiarse de la garantía?

Debe informar el Reclamo a la *Aseguradora*, desde el sitio <https://www.chubbclaims.com/ace/fr-fr/welcome.aspx>, dentro de los 5 días hábiles posteriores al Daño. Transcurrido este plazo, el *Asegurador* se reserva el derecho de solicitar la caducidad de las garantías.

Se solicitará una lista de documentos de respaldo.

7.7.2 Retraso de equipaje

Si su equipaje, facturado y puesto bajo la responsabilidad de la aerolínea, no le es devuelto 24 horas después de su llegada a su vuelo programado, la *Aseguradora* le compensará hasta 200 € por los gastos incurridos en la compra de artículos de primera necesidad.

7.7.3 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.

7.7.4 Personales 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 *años 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

7.8 Incidentes de viaje

La garantía "Incidentes de Viaje" se aplica al *Asegurado* si el viaje se realiza en un avión que efectúe un vuelo regular operado por una compañía aérea.

El transportista aéreo debe contar con los certificados, licencias o autorizaciones necesarios para el transporte aéreo regular, expedidos por las autoridades competentes del país en el que esté matriculado el avión.

De acuerdo con esta autorización, dicho transportista establece y publica rutas y tarifas, para uso de pasajeros, entre los aeropuertos designados según horarios regulares.

Los horarios de salida, conexiones y destinos son los que se muestran en el billete.

Límite de compromiso: El importe de la indemnización que se establece a continuación para la cobertura "Incidentes de viaje" es un máximo reembolsable en caso de Circunstancia que afecte al mismo tiempo al Asegurado, su Cónyuge y sus Hijos a Cargo que lo acompañen.

7.8.1 Aplazamiento de salida

Se garantiza el reembolso de las sanciones aplicadas por las aerolíneas en caso de aplazamiento de la fecha de salida al *País de Destino/Expatriación* o de regreso definitivo al *País de Nacionalidad*.

La garantía se ejerce:

- en caso de fecha de examen modificada e imperativamente atestiguada por un documento oficial, de carácter imprevisible e inaplazable, coincidente con una fecha ocurrida durante el viaje o posterior a la fecha fijada de regreso al *País de Nacionalidad*, siempre que la convocatoria de examen no se conociera el día de la suscripción al presente contrato;
- en caso de convocatoria a un examen de recuperación coincidente con una fecha ocurrida durante el viaje, siempre que el suspenso del examen no se conociera el día en que se compró el billete de avión.

La cobertura se ejerce hasta un máximo de 100 € por Asegurado y Años de Seguro.

¿Cómo beneficiarse de la garantía?

Debe notificarse a la *Aseguradora* desde el sitio <https://www.chubbclaims.com/ace/fr-fr/welcome.aspx> dentro de los 5 días hábiles siguientes a la fecha de ocurrencia de la circunstancia cubierta. Su declaración debe incluir los datos siguientes:

- sus apellidos, nombre y dirección;
- el motivo preciso del aplazamiento de la fecha de salida o regreso;
- el documento oficial que muestre las fechas de los exámenes programados y cancelados, así como las nuevas fechas de convocatoria;
- el original de la factura que muestre el importe de las sanciones por retraso.

Cualquier cancelación no conforme con estas disposiciones conlleva la pérdida de cualquier derecho a reembolso.

7.8.2 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€)** para todos los gastos de restauración, refrigerio, hotel 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 guerra exterior sobre las cuales el Asegurado tenía conocimiento antes de su salida.**
- **En caso de retirada, temporal o definitiva, de la autorización de vuelo a un avión ordenada por las autoridades de aviación civil, las autoridades aeroportuarias o una autoridad similar de cualquier país.**

7.8.3 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.

7.9 Interrupción de estancia

7.9.1 Reembolso de los gastos de estancia

El objeto de esta garantía es reembolsar a prorrata los gastos de estancia ya pagados y no utilizados (transporte no incluido) en caso de regreso anticipado tras repatriación médica del *Asegurado* a su *País de Nacionalidad* organizada por el prestador de asistencia.

El importe máximo de la indemnización es de 250 € al día, con un límite global de 5.000 € por *Años 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 gratificación, así como los reembolsos o compensaciones concedidos por el organizador del viaje o cualquier otro organismo al que *Usted* ha pagado los gastos correspondientes.

7.9.2 Reembolso de gastos de escolaridad

El objeto de esta garantía es reembolsar a prorrata los Gastos de Escolaridad en caso de regreso anticipado tras repatriación médica del *Asegurado* a su *País de Nacionalidad* organizada por el prestador de asistencia.

El importe máximo de la indemnización es de 250 € al día, con un límite global de 5.000 € por *Años de seguro*.

Para el reembolso de los Gastos de Escolaridad se tendrán en cuenta los gastos ya pagados y no reembolsados correspondientes al periodo de escolaridad restante desde el día siguiente a la circunstancia que haya provocado el regreso anticipado.

8. Qué está excluido de su póliza

8.1 Exclusiones comunes a todas las garantías:

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

- **Actos intencionales del Afiliado o del Asegurado, o infracciones a la legislación del país en el que se encuentre el Asegurado;**
- **una Guerra Civil o Extranjera que tenga lugar en territorio francés;**
- **- la participación voluntaria del Asegurado en reyertas, movimientos populares, actos de terrorismo dondequiera que se produzcan los hechos y sean quienes fueren los protagonistas (salvo en caso de legítima defensa);**
- **Participación voluntaria del Afiliado o del Asegurado en actos de terrorismo, independientemente del lugar en el que ocurran los hechos;**
- **Suicidio o intento de suicidio durante el primer año de garantía;**
- **Uso de drogas o estupefacientes sin prescripción médica;**
- **Alcoholemia o embriaguez del Asegurado (índice de alcohol en sangre superior al definido por la ley de circulación de vehículos motorizados vigente el día del Siniestro en el país de ocurrencia);**
- **Efectos directos o indirectos de la modificación de la estructura del núcleo atómico, sucesos climáticos como tormentas o huracanes, terremotos, inundaciones, maremotos u otros cataclismos, excepto en el marco de la indemnización por desastres naturales;**
- **Accidentes o Enfermedades Preexistentes antes de la Fecha de Inicio del contrato, sujetas a recaídas o no consolidadas, Enfermedades o malformaciones congénitas;**
- **El ejercicio de cualquier actividad profesional en una plataforma petrolífera.**
- **Práctica de la caza;**
- **Accidentes de navegación aérea, a menos que el Asegurado sea un simple pasajero y se encuentre a bordo de una aeronave para la que el propietario y el piloto posean todas las autorizaciones y licencias;**
- **Participación o entrenamiento en cualquier competición deportiva, así como cualquier práctica deportiva organizada por un club o una federación;**
- **Participación en cursos y planes de estudios deportivos;**
- **La práctica de deportes a título profesional - Esta exclusión no se aplica a los profesores y entrenadores deportivos. Sin embargo, su participación en una competición deportiva no estará cubierta. También se aplica la exclusión de los deportes extremos;**

Condiciones específicas de cobertura para deportes y actividades deportivas

Se excluyen de todas las garantías los efectos y consecuencias de:

- **Práctica de cualquier deporte que requiera el uso un dispositivo de locomoción terrestre, náutico o aéreo;**
- **Práctica de actividades deportivas que impliquen el uso o la presencia de un animal, tales como equitación, competiciones ecuestres o corridas de toros;**
- **La práctica de los deportes enumerados a continuación:**
 - **deportes de riesgo: puénting, espeleología, piragüismo o kayak extremo (en torrentes de clase superior a V, ríos de clase superior a II, mares y océanos a más de dos millas de la costa), vela (transoceánica, navegación en solitario a más de 20 millas de un refugio marítimo), salto base,**
 - **deportes de montaña: alpinismo, escalada (sin soporte artificial de seguridad), escalada en roca, senderismo en condiciones que rebasen los 3.000 metros de altura, saltos de esquí o snowboard, bobsleigh, skeleton, esquí (alpino, de fondo, snowboard) fuera de pistas señalizadas abiertas al público, barranquismo,**
 - **deportes aéreos: acrobacias aéreas, vuelo sin motor, paracaidismo, ultraligeros, ala delta, parapente, skysurf,**
 - **deportes acuáticos: buceo con botella tanto de carácter lúdico como de competición, hidrospeed, kitesurf, navegación y vela y en alta mar a título privado o profesional (más allá de las 200 millas náuticas).**
 - **deportes de defensa y combate en competición,**
 - **deportes de motor: conducción de coche, moto o karting.**

No obstante, la práctica de estos deportes, incluso con carácter de iniciación, ocio o "bautismo", estará cubierta cuando sea supervisada por un profesional con los diplomas y competencias exigidos por el Estado, a excepción de los deportes "de riesgo".

8.2 Exclusiones de la garantía de gastos sanitarios

Además de las *Exclusiones* comunes a todas las garantías indicadas en el párrafo 8.1 anterior, se excluyen de la garantía de gastos sanitarios:

- gastos incurridos antes del periodo de entrada en vigor y después del cese de las garantías;
- los gastos incurridos por tratamientos o procedimientos prescritos antes de la fecha de entrada en vigor de la póliza o durante el *Plazo de espera*;
- cualquier gasto que no sea médicamente necesario;
- patologías preexistentes: cualquier *Enfermedad*, afección, lesión o síntoma relacionados con las mismas, que se hayan manifestado antes de la *Fecha de Inicio* del contrato y sobre las que *Asegurado* tuviera conocimiento o hubiera podido tener razonablemente conocimiento;
- cualquier gasto médico o quirúrgico no prescrito por una *Autoridad Médica* cualificada o no reconocida en el país donde se realice la asistencia;
- Tratamientos médicos o quirúrgicos proporcionados por un *Auxiliar Médico*, excepto los servicios de enfermería y fisioterapia tras una hospitalización cubierta por *APRIL International*.
- médicos, terapeutas, clínicas, hospitales, centros médicos no reconocidos:
 - como de especial competencia para el tratamiento del *Accidente* o la *Enfermedad* de que se trate por las autoridades del país en el que se realiza el tratamiento,
 - O
 - debidamente cualificados, competentes o autorizados para prescribir un tratamiento por nuestro responsable médico y que hayan sido informados de ello por escrito a los responsables médicos de April;
- el tratamiento que requiere un *Acuerdo previo* se proporciona sin *Acuerdo previo*;
- gastos de hospitalización médica o estancia en sanatorio o preventorio cuando los establecimientos que hayan acogido al *Asegurado* no estén homologados por la autoridad pública competente;
- tratamientos y gastos no urgentes que hubieran podido realizarse al regreso del *Asegurado* a su *País de Nacionalidad*;
- gastos de atención pre y posnatal cuando la garantía de maternidad no se aplica;
- dispositivos, operaciones y tratamientos destinados a la prevención del parto: esterilización, vasectomía, interrupción del embarazo (salvo que exista una amenaza para la salud de la madre o una intervención terapéutica durante el embarazo), consultas de planificación familiar, etc.;
- cualquier tratamiento relacionado con la infertilidad, la fertilidad, la anticoncepción o cirugía fetal, es decir, el tratamiento o la cirugía realizados en el útero antes del nacimiento, salvo que sea resultado de complicaciones declaradas durante el embarazo;
- gastos de gestación subrogada, es decir, cualquier tratamiento directamente relacionado con la maternidad subrogada, tanto si el *Asegurado* es gestante subrogada como progenitor legal;
- gastos de tratamiento de la infertilidad (principalmente la procreación asistida médicamente);
- en caso de *Hospitalización*, gastos accesorios que no tengan vocación médica directa, tales como gastos de teléfono, televisión, acceso a Internet, prensa, taxis, comidas proporcionadas a los visitantes, etc.;
- gastos considerados lujosos, irrazonables o inusuales teniendo en cuenta la localidad en la que se hayan incurrido. Por lo tanto, solo los gastos usuales y razonables están cubiertos y reembolsados en virtud del contrato, es decir, gastos médicos razonables generalmente facturados en el país en el que se reciba la asistencia, conformes con los procedimientos médicos estándar y generalmente reconocidos;
- prestación de servicios que no son esenciales para el diagnóstico o tratamiento de la *Enfermedad* o *Accidente*;
- Los gastos de transporte que no sean en ambulancia o ambulancia terrestre hasta el centro de salud adecuado más cercano si no está cubierta la hospitalización;
- medicina alternativa;
- cuidados, exámenes y tratamientos de la piel (excluyendo tratamientos contra el cáncer);
- en cuanto a dispensación farmacéutica y parafarmacéutica, productos que no sean reconocidos como medicamentos, tales como cremas solares, productos de maquillaje, tratamientos cosméticos, productos de higiene, cremas hidratantes, tratamientos reconfortantes, vitaminas y minerales, complementos alimentarios, productos dietéticos, alimentación infantil, aguas minerales;
- termómetros y tensiómetros;
- cualquier intervención o reembolso relativos a chequeos y reconocimientos médicos preventivos;
- gastos de tratamientos cosméticos, estéticos o de reconstrucción destinados a mejorar o transformar la apariencia - incluso por razones psicológicas -, a menos que este tratamiento esté vinculado al restablecimiento del aspecto físico o de una función a consecuencia de un *Accidente* desfigurante o de una intervención quirúrgica relacionada con el cáncer que hayan tenido lugar durante el periodo de cobertura del seguro;
- cualquier evaluación y tratamiento relacionado con la obesidad o la anorexia, incluyendo particularmente cursos y gastos de cura de pérdida de peso o trastorno alimentario, ayudas y prescripciones o recetas médicas contra la obesidad o la anorexia;
- dispositivos, operaciones y tratamientos relacionados con disfunciones sexuales (deficiencias sexuales, tales como impotencia, cualquiera que sea la causa) o trastornos de género (trastornos relacionados con cambios de sexo o reasignaciones de género);
- todo tipo de cuidados, tratamientos, reconocimientos y consultas para *Enfermedades* o trastornos psíquicos o mentales (excluyendo estancias en establecimientos psiquiátricos y consultas a psiquiatras, si están cubiertas por el contrato y hasta el límite del número de días / sesiones previsto en el contrato) o trastornos del comportamiento (capítulo V de la Clasificación Internacional de *Enfermedades* versión 10 de la OMS). Las estancias en un establecimiento psiquiátrico y las consultas de Psiquiatría están cubiertas por el contrato hasta el límite del número de días / sesiones previsto en el cuadro de garantías;
- consultas de psicología, psicoterapia o psicoanálisis con un terapeuta o consejero familiar (incluso si estas consultas son realizadas por un psiquiatra);
- Terapia ocupacional, logopedia, honorarios de psicomotricidad y tratamiento de trastornos psicomotrices;
- Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad;
- Uso nocivo, peligroso o adictivo de alcohol, narcóticos y/o medicamentos, así como cualquier tratamiento derivado del uso nocivo, peligroso o adictivo de estas sustancias;

- tratamientos y estancias en centros de cura, gimnasios, establecimientos de convalecencia o casas de reposo, spas y estaciones termales, etc., u otras instituciones similares no reconocidas como Hospitales;
- costes de vacunación;
- cuidados podales por un pedicurista o podólogo, tales como: tratamiento para callos o callosidades, uñas engrosadas o deformadas, excepto en caso de necesidad médica validada por el Médico Asesor de APRIL International Care France;
- cirugía o extracción de muelas del juicio;
- Cualquier atención odontológica que no sea de urgencia, como: exámenes dentales de rutina, limpieza bucodental, caries/cavidades, reconstrucción, coronas y/o reparaciones, coronas o cualquier otro tratamiento que no sea necesario para aliviar el dolor;
- Cirugía ocular con láser (incluida la corrección de la miopía) y tratamiento de cataratas;
- Gastos de búsqueda y transporte para trasplantes de órganos;
- Hospitales y centros de atención a personas mayores dependientes y hospitalización de larga duración;
- asistencia dispensada en un establecimiento de enfermería o residencia de mayores y gastos derivados de la asistencia a una persona en sus actividades diarias, incluso si esta persona está declarada en estado de invalidez temporal o permanente. Dichos servicios se consideran de asistencia a domicilio incluso si son prescritos por un Médico y si son dispensados por proveedores con estatus médico o paramédico;
- gastos de viaje y hotel relacionados con la asistencia sanitaria;
- medicamentos sin receta y medicamentos no genéricos;
- gastos considerados innecesarios o inapropiados por el Médico Asesor de la Aseguradora;
- gastos de Hospitalización en una habitación de lujo, sala VIP u otras suites;
- tratamientos o fármacos experimentales, es decir, cualquier forma de tratamiento o fármaco no reconocido como convencional o cuya eficacia no ha sido probada;
- cualquier gasto generado directa o indirectamente por un error del médico que prescribe;
- cualquier gasto de evacuación;
- trastornos del sueño, incluyendo insomnio y apnea del sueño;
- gastos de psicomotricidad;
- tratamientos preventivos;
- cualquier hospitalización prevista, en el momento de la inscripción, en los 12 meses siguientes al inicio del contrato, sea cual sea el motivo;
- gastos para los cuales la solicitud de acuerdo previo no ha sido realizada o ha sido rechazada por la Aseguradora;
- honorarios del médico solo con fines administrativos (por ejemplo, para obtener un visado, para cumplimentar un formulario de reembolso, etc.);
- admisiones no médicas o estancias hospitalarias que incluyan:
 - un tratamiento que podría realizarse durante el día o de forma ambulatoria,
 - un tratamiento que no esté médicamente justificado tras consultar al Médico Asesor de APRIL International Care France,
 - una convalecencia

Así como las consecuencias de:

- la radiactividad o efecto de cualquier materia nuclear, explosiones o *Enfermedades* declaradas epidémicas (excepto Covid-19) y puestas bajo el control de las autoridades de salud pública, así como cualquier otro desastre o conflicto, en caso de que el *Asegurado* se hubiera puesto en peligro al entrar en una zona de conflicto reconocida como tal por el Gobierno de su *País de Nacionalidad*, hubiera participado activamente en el conflicto o hubiera mostrado un flagrante desprecio por su propia seguridad.

Asimismo, se recuerda que las garantías de maternidad presentadas en el cuadro de garantías se aplican únicamente en los países listados en el párrafo "CASO PARTICULAR PARA LA GARANTÍA DE MATERNIDAD", con exclusión de cualquier otro país y solo a los *Asegurados* que se hayan suscrito a MyStudies Cover o se hayan expatriado en el marco de un Programa de Vacaciones-Trabajo excepto por el Canadá.

En caso de elegir una cobertura complementaria al plan básico, también quedan excluidos los gastos médicos y quirúrgicos que no hayan sido prescritos por una *Autoridad Médica* cualificada y que no estén cubiertos por la Seguridad Social francesa (salvo que se indique lo contrario en el cuadro de prestaciones).

8.3 Exclusiones de la garantía de asistencia de repatriación:

Además de las *Exclusiones* comunes a todas las garantías detalladas en el párrafo 8.1, los gastos resultantes de los siguientes hechos o circunstancias no están cubiertos por la garantía de asistencia de repatriación (no pueden ser objeto de indemnización alguna por ningún motivo, y no pueden dar lugar a la intervención del proveedor de asistencia):

- cualquier intervención o reembolso relativos a chequeos y reconocimientos médicos preventivos;
- afecciones o lesiones benignas que puedan tratarse in situ y que no impidan al *Asegurado* continuar su desplazamiento;
- convalecencias y afecciones en fase de tratamiento aún no consolidadas o que requieran una asistencia posterior programada;
- *Enfermedades Preexistentes* constituidas antes de la salida y que impliquen un riesgo de agravación o recidiva;
- afecciones que hayan dado lugar a una hospitalización en los 6 meses anteriores a la salida;
- las posibles consecuencias (revisión, tratamiento complementario, recidiva) de una *Enfermedad* que haya dado lugar a la repatriación;
- los estados de embarazo, salvo en caso de complicación imprevisible que pueda poner en peligro la vida de la madre y/o del feto, parto y sus complicaciones en el recién nacido, interrupción voluntaria del embarazo;
- uso de alcohol y sus consecuencias según la legislación vigente en el país de ocurrencia;
- viajes realizados con fines de diagnóstico o tratamiento;
- las consecuencias de la falta, la imposibilidad o los efectos de la vacunación o el tratamiento necesario o impuesto por un desplazamiento o viaje;

- **Enfermedades o mal formaciones congénitas;**
- **las consecuencias del incumplimiento voluntario de la normativa del país visitado o de la práctica de actividades no autorizadas por las autoridades locales;**
- **las consecuencias de participar en una apuesta, desafío, duelo o crimen;**
- **las consecuencias del incumplimiento de las normas de seguridad reconocidas relacionadas con la práctica de actividades deportivas;**
- **gastos de estancia, a excepción de los que hayan sido objeto de acuerdo previo del servicio de asistencia;**
- **gastos de combustible, peaje, travesía en barco;**
- **gastos no justificados por documentos originales;**
- **cualquier otro gasto no previsto en las garantías atribuidas**
- **las consecuencias de una guerra civil o extranjera en el país de destino. En caso de guerra civil o extranjera después de la Fecha de efecto de la cobertura, ésta permanecerá en vigor durante un período máximo de catorce (14) días a partir de la fecha del estallido de la guerra civil o extranjera.**

No están cubiertos:

- **gastos médicos;**
- **curas, estancias en casas de reposo y gastos de rehabilitación;**
- **gastos de contracepción y de tratamiento de la infertilidad;**
- **gastos de gafas y lentes de contacto;**
- **prótesis estéticas, dentales y acústicas;**
- **transportes repetitivos requeridos por el estado de salud del Asegurado.**

Respecto a la garantía de asistencia de regreso imposible, no están cubiertos:

- **gastos incurridos sin el acuerdo previo del proveedor de asistencia;**
- **gastos incurridos por una prolongación de estancia no debidos a un caso *Fuerza Mayor*, tal como se define en el apartado 1 y se constate por las autoridades públicas competentes**

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

- **gastos de búsqueda y rescate derivados del incumplimiento de las reglas de prudencia dictadas por los explotadores del lugar y/o por las disposiciones reglamentarias que regulen la actividad desarrollada por el Asegurado;**
- **gastos de búsqueda y rescate derivados de la práctica de un deporte profesional o la participación en una expedición o competición, salvo que se estipule expresamente lo contrario**

8.4 Exclusiones de la garantía del seguro de equipaje y efectos personales

Además de las **Exclusiones** comunes a todas las garantías detalladas en el párrafo 8.1, la presente garantía no cubre:

- **Dinero en efectivo, papeles personales, documentos comerciales, documentos administrativos, cheques de viaje, tarjetas de crédito, billetes de avión, billetes de transporte o "vales";**
- **Accidentes causados por fumadores, así como Daños causados por objetos caídos o arrojados a una chimenea o similar y quemaduras causadas por exceso de calor sin llama;**
- **Daños ocasionados a dispositivos eléctricos o resultantes de su mero funcionamiento, así como Daños provocados por el defecto de un objeto;**
- **Daños resultantes de la confiscación o detención aduanera o de otras autoridades públicas de bienes Asegurados;**
- **Desperfectos o roturas de objetos frágiles o quebradizos tales como relojes, cámaras fotográficas, gafas y material informático;**
- **Deterioros por desgaste;**
- **Robos cometidos por miembros de la familia del Asegurado, tal como contempla el artículo 380 del Código Penal francés, o con su complicidad, o por sus empleados domésticos u otro tipo de empleados en el ejercicio de sus funciones;**
- **Robos cometidos en las siguientes circunstancias:**
 - a. **en el caso de equipajes facturados, si un embalaje deficiente o defectuoso hubiera facilitado el robo;**
 - b. **cuando los objetos se dejen sin vigilancia en un lugar público o en un local utilizado colectivamente por varios ocupantes;**
 - c. **cuando los objetos se encuentren:**
 - **en un vehículo descaпотable ;**
 - **en un vehículo cuyas ventanillas no se han cerrado;**
 - **en un vehículo cuyas puertas o maletero no se hayan bloqueado;**
 - **en un vehículo automóvil entre las 22:00 y las 7:00 horas fuera de un garaje público o privado, a excepción de los objetos ubicados en el maletero o los contenedores de autobuses o autocares;**
- **Robo en domicilio sin allanamiento debidamente constatado y verbalizado por una autoridad (policía, gendarmería, empresa de transporte, auxiliar de vuelo, etc.).**

8.5 Exclusiones de la garantía de responsabilidad civil vida privada:

Además de las **Exclusiones** comunes a todas las garantías detalladas en el párrafo 8.1, se excluyen de la garantía:

- **Daños resultantes de cualquier actividad profesional (excepto Daños al material utilizado durante las prácticas en una empresa);**
- **Las consecuencias pecuniarias de la responsabilidad contractual en que incurra el Asegurado, salvo aquella que implique a supervisores de prácticas únicamente por el Daño ocasionado al material utilizado durante dicho periodo de prácticas;**
- **Riesgos de tráfico definidos por las leyes francesas nº 58208 de 27 de febrero de 1958 y nº 85677 de 5 de julio de 1985, relativas al seguro obligatorio de vehículos de motor;**
- **Accidentes de tráfico en vehículos motorizados de dos ruedas si el Asegurado no lleva casco;**

- **Accidentes sufridos por el Asegurado, sus empleados o agentes durante sus funciones, así como por sus ascendientes y descendientes;**
- **Daños causados a objetos o animales pertenecientes al Asegurado o que le hayan sido prestados;**
- **Multas y gastos vinculados que puedan incumbir al Asegurado;**
- **Daños resultantes del uso por parte del Asegurado de cualquier dispositivo de navegación aérea;**
- **Daños resultantes de la contaminación;**
- **Astillas, mellas o rayaduras en accesorios sanitarios (fontanería), así como rotura de vajillas y Daños en ropa de cama.**

9. Disposiciones generales

9.1 ¿Cuáles son las entidades Aseguradoras?

Fue celebrado por la Association des Assuré ABRIL (asociación sin ánimo de lucro regida por la ley francesa de 1901, con sede 114, boulevard Vivier Merle, 69439, Lyon Cedex 3, FRANCIA, 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 se adjuntan al presente documento:

- en cuanto a la garantía de gastos sanitarios:

Acuerdos de seguros colectivos opcionales con Groupama Gan Vie (acuerdos 219/636815, 219/636816, 219/636817, 219/636818) sociedad anónima con un capital de 413.036.043 € (totalmente desembolsado), inscrita en el RCS de París con el número 340427616 (Código APE: 6511Z), ubicado 8-10 rue d'Astorg, 75383 Paris Cedex 8, FRANCIA;

- **para asistencia a la repatriación, vida privada, prácticas y responsabilidad de alquiler, seguro de Accidentes individuales, equipaje, incidente e interrupción de la estancia:** acuerdos opcionales de asistencia grupal con Chubb European Group SE (acuerdos n ° FRBOTA40912, FRBOTA41180), sociedad regida por el Código de Seguros francés, con un capital social de 896.176.662 euros, ubicada en La Tour Carpe Diem, 31 place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie, Francia, registrado en el RCS de Nanterre con el número 450327374 (código APE: 660E).

Cumplimiento de sanciones económicas y comerciales: Cuando la garantía o pago de la indemnización o reclamación prevista por estos acuerdos viole las resoluciones de Naciones Unidas o las sanciones económicas y comerciales, leyes o reglamentos de la Unión Europea, del Reino Unido, nacionales leyes o los Estados Unidos de América, dicha garantía o pago de indemnización o pérdida es nula y sin efecto.

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 MyStudies Cover o MyTravel Cover 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:

según lo dispuesto por los artículos L114-1 y siguiente del Código de Seguros francés, 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.

Según lo dispuesto por los artículos L114-2 del Código de Seguros francés, El plazo de prescripción quedará interrumpido por cualquiera de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción. Asimismo, también podrá interrumpirse con:

- el nombramiento de peritos después de un siniestro;
- 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.

Las causas ordinarias de interrupción de la prescripción son enumeradas en los artículos 2240 y siguientes del Código Civil y son:

- el reconocimiento por el deudor del derecho de aquel contra quien prescribía (artículo 2240 del Código Civil);
- una reclamación, incluso en un procedimiento sumario, hasta que se ponga fin al procedimiento. Lo mismo ocurre si la demanda se presenta ante un tribunal que no es competente o si el acto de presentación de la demanda ante el tribunal se anula por un defecto de procedimiento (artículos 2241 y 2242 del Código Civil). La interrupción es nula si el demandante retira su demanda o deja caducar el procedimiento, o si su demanda es desestimada definitivamente (artículo 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).

No obstante, lo dispuesto en el artículo 2254 del Código Civil, las partes del contrato de seguro no podrán, ni siquiera de mutuo acuerdo, modificar la duración del plazo de prescripción ni añadir las causas de su suspensión o interrupción.

9.4 Subrogación:

Se estipula que la entidad *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 el 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 entidad *Aseguradora* del autor del *Accidente* que lo solicite el nombre de la entidad *Aseguradora* de los gastos sanitarios en su calidad de tercero pagador.

9.5 Control:

La *Aseguradora* se reserva el derecho a solicitar cualquier otro justificante que considere necesario, debiendo cualquier comprobante de carácter médico enviarse al médico asesor de la *Aseguradora* por correo postal confidencial.

La *Aseguradora* se reserva igualmente el derecho a realizar controles, o incluso exámenes médicos efectuados por un profesional sanitario independiente elegido por la *Aseguradora* y cuyos honorarios corren a cargo de ésta. Durante estos controles o exámenes, el *Asegurado* podrá ser asistido, a su cargo, por un profesional sanitario de su elección u oponer las conclusiones de su médico.

Si el *Asegurado* se niega a aportar los justificantes reclamados o a someterse a los exámenes médicos requeridos por la *Aseguradora*, ésta podrá negarse a aplicar la garantía y el reembolso de los gastos considerados.

El *Asegurado* que, de forma intencionada, proporcione información falsa o utilice documentos falsos o alterados para realizar una solicitud de pago, perderá todo derecho a las garantías referentes a dicho pago.

En caso de desacuerdo con las conclusiones del examen, el *Asegurado* deberá enviar al médico asesor de la *Aseguradora*, dentro de los 30 días siguientes a la notificación, por correo postal confidencial certificado con acuse de recibo, una carta en la que argumente su desacuerdo adjuntando los elementos médicos que lo respalden. Si el desacuerdo persiste, se establecerá una peritación arbitral que incluirá, además de los médicos citados, un tercero designado por ellos. Cada parte correrá con los honorarios de su médico, asumiendo los gastos incurridos para la designación e intervención del tercero por igual entre ambas partes.

9.6 Reclamación – mediación:

La calidad del servicio está en el centro de nuestros compromisos, pero si desea presentar una queja sobre los servicios prestados por nuestra empresa, puede dirigirse a nuestro servicio de reclamaciones, cuyos datos de contacto son los siguientes:

- > APRIL International Care France – Service Courrier – 1, rue du Mont – CS 80010 – 81700 Blan – FRANCE
- > Nuestras oficinas: APRIL International Care France – 14, rue Gerty Archimède – 75012 PARIS – France
- > E-mail : reclamation.expatri@april-international.com

Plazos de tramitación: Recibirá una copia fechada de su solicitud. Se le enviará un acuse de recibo en un plazo de 10 días laborables a partir de la fecha de envío de su solicitud. Recibirá una respuesta en el plazo de 2 meses.

Remisión al responsable de mediación: Si no está satisfecho con la respuesta que recibe, o transcurridos 2 meses desde que envió su primera reclamación por escrito, puede remitir el asunto al responsable de mediación competente a la siguiente dirección:

- > La Médiation de l'Assurance – TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09 – FRANCE,
- > E-mail : le.mediateur@mediation-assurance.org

Si el contrato se suscribió a distancia a través de Internet, también puede someter el asunto al mediador competente presentando una reclamación en la plataforma de resolución de litigios de la Comisión Europea, a la que puede acceder en la siguiente dirección:

- > <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>

Le informamos de que los datos recogidos para la tramitación de su siniestro serán tratados informáticamente por nuestra empresa para el seguimiento de la tramitación de los siniestros y sólo podrán ser comunicados al *Aseguradora*, a sus reaseguradoras y al holding APRIL, así como a nuestros prestadores de servicios asociados para la ejecución de su cobertura. Los datos recogidos son indispensables para el registro, la gestión y la ejecución de las suscripciones por parte de APRIL International Care France, las *Aseguradoras* o sus agentes. *Usted* dispone de un derecho de acceso, rectificación, oposición y supresión de los datos que le conciernen (véase el apartado 9.7).

9.7 Ley francesa de informática y libertades

En el marco de nuestra relación, recopilamos datos personales sobre *Usted*. La información sobre el procesamiento de datos y sobre el ejercicio de sus derechos respecto a tales datos se proporciona en la "Nota informativa - tratamiento de sus datos personales" que se le ha proporcionado. Este documento también está disponible a través de nuestros asesores y en nuestro sitio Internet www.april-international.com.

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 L.112-9 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 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.

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: **MyStudies Cover / MyTravel Cover Réf. Mtc Cov 2025**

Fecha de la solicitud de adhesión:

Apellidos del adherente:

Nombre del adherente:

Dirección del adherente:

Código postal: Ciudad:

País:

Nº de teléfono:

Nombre del asesor de seguros:

Dirección del asesor de seguros:

Código postal: Ciudad:

País:

Nº de teléfono:

Fecha y firma del adherente:

Reservado a APRIL International: nº de cliente **C**=====



STATUTES

ASSOCIATION DES ASSURES APRIL

Updated 17th April 2018

CONTENTS

TITLE 1 – CREATION – PURPOSE – HEADQUARTERS – DURATION	p.2
TITLE II – MEMBERS AND CONDITIONS OF MEMBERSHIP	p.3
TITLE III – LIABILITY OF AND ENFORCEABILITY ON MEMBERS	p.4
TITLE IV – RESOURCES – EXPENSES	p.4
TITLE V – SOCIAL OUTREACH	p.5
TITLE VI – ADMINISTRATION AND OPERATION	p.5

TITLE I – CREATION – PURPOSE – HEADQUARTERS – DURATION

Article 1. CREATION AND NAME

An Association named the “Association des Assurés APRIL”, or abbreviated to Association 3A, was founded by private deed in Lyon on 1st January 1984. It is governed by the French Act of 1st July 1901 and the Decree of 16th August 1901.

It is a non-profit association.

On 27th April 2018 the Extraordinary General Meeting of the Association des Assurés APRIL recorded the effective completion of the merger of the Association des Assurés d’APRIL INTERNATIONAL with the Association des Assurés APRIL and the automatic dissolution without liquidation of the Association des Assurés APRIL INTERNATIONAL.

Article 2. PURPOSE

The purpose of this Association is:

- to study, research, arrange and develop all types of insurance and assistance products and services, particularly in the field of death & disability, health and retirement, in order to optimise for its Members, the purchase of supplementary or additional voluntary benefits, or benefits from the 1st euro, as required in addition to the benefits provided by the mandatory schemes, in particular by the signing of group insurance contracts with optional or compulsory membership;
- to raise awareness amongst its Members of the essential aspects of prevention in order to enable them to take care of their health on the one hand and, on the other hand, to obtain preferential terms from insurance companies which take into account the responsible behaviour of its Members in matters of health;
- to carry out statistical studies and analyses on the day-to-day behaviour of its Members in the field of health and personal risk insurance;
- to implement actions in respect of prevention, support and assistance to the Insured through an Outreach Fund.

Article 3. HEAD OFFICE

The head office is located in the 3rd district of Lyon at 114 boulevard Marius Vivier Merle.

It may be transferred by decision of the Board which has the power to amend the statutes for this purpose.

Article 4. DURATION

The association is formed for an unlimited period. It ceases to exist, however, in the event of voluntary, statutory or judicial dissolution.

TITLE II – MEMBERS AND CONDITIONS OF MEMBERSHIP

Article 5. COMPOSITION

The Association is made up of Members broken down into:

- Members;
- Members with non-salaried status;
- Group Members (companies, organisations or other legal entities) who have signed up to one of the agreements entered into by the Association on behalf of their employees.

To be a Member of the Association, you must be covered by the insurance under one of the agreements entered into by the Association and have paid the membership fee.

Member status is acquired from the date of receipt of the application for membership and payment of the membership

fee, subject to acceptance of membership of the insurance agreement by the insurer. If the application for membership is not accepted, the membership fee will be refunded no later than thirty days after notification of refusal by the insurer.

The following are also Members, but without voting rights, by decision of the Board:

- Persons or legal entities that serve or have served the Association with distinction. They are known as honorary members or members of honour;
- Persons or legal entities that have made a donation or bequest to the Association. They are known as supporting members.

Article 6. LOSS OF MEMBERSHIP STATUS

Membership is lost in the following cases:

- death, disappearance or absence for individuals;
- voluntary or legal liquidation or dissolution for legal entities;
- expulsion decided by the Board for breaches of these statutes or if conduct is found to conflict with the financial and moral interests of the Association;
- loss of insured status under one of the agreements entered into by the Association (termination, disenrollment or cancellation);
- resignation submitted to the Chairman at the Association's registered office by registered letter with proof of receipt. A copy of the letter issued by the administrator of the plan(s) confirming the termination of their insurance must be enclosed with this letter; these terminations must meet the conditions stipulated in the information notice(s) serving as the general conditions of the plan(s).

In all cases, any membership fees charged for the year in which the loss of membership status occurs will be retained by the Association.

TITLE III – LIABILITY OF AND ENFORCEABILITY ON MEMBERS

Article 7. LIABILITY OF MEMBERS

Members who have signed up to the agreements entered into by the Association are in no way personally liable for commitments made by the Association with liability being limited to the assets of the Association.

Article 8. ENFORCEABILITY ON MEMBERS

Any membership of the Association falls within the framework of the insurance agreements entered into by the Association and the insurers. The content of these agreements, in particular the conditions and consequences of termination of the agreements by the Association or the insurer, is given to Members when they join the Association and the plan in the form of an information notice serving as the general conditions.

TITLE IV – RESOURCES - EXPENSES

Article 9. ASSOCIATION RESOURCES

The Association's resources are made up of:

- the membership fees paid by Members;
- income from its property;
- sums received in return for services provided by the Association;
- grants or payments authorised by law;
- any other resources not prohibited by law.

Article 10. EXPENSES

The expenses of the Association consist of all sums necessary for its operation and representation. They are ordered by the Board or by any other person appointed by the Board for this purpose.

TITLE V – SOCIAL OUTREACH

Article 11. OUTREACH FUND

An Outreach Fund has been created for the purpose of financing support and assistance to Members.

The amount allocated annually to the Outreach Fund is decided by the Board which sets out the guidelines, missions and operating rules.

The various Outreach Actions carried out by the Association and their conditions of access and award are set out in the Association Rules and Regulations.

TITLE VI – ADMINISTRATION AND OPERATION

Article 12. BOARD OF DIRECTORS

1. Composition

The Association is managed by a Board of Directors consisting of a minimum of six (6) members and a maximum of fifteen (15) members appointed for six (6) years. The members of the Board of Directors are appointed by the General Assembly and are chosen from among the Members of the Association.

More than half of the Board members must be Members who do not hold, or have not held in the two years preceding their appointment, any interest or office in the insurance companies having signed the insurance agreements entered into by the Association and who do not receive or have not received, during the same period, any remuneration from these same insurers.

Any current Directors who take up office in, or receive any remuneration whatsoever from, one of the insurance companies having signed an insurance agreement with the Association agree to immediately notify the Chairman by registered letter with proof of receipt.

If this declaration were to reduce the number of Directors who do not, or did not during the two years preceding their appointment, hold any interest or office in the insurance organisations having signed the insurance agreements entered into by the Association and who do not or did not during the same period receive any remuneration from these insurance companies, to less than 51%, the Director in question will automatically forfeit his or her role as Director and will be replaced in accordance with article 12 of the statutes. In the event of a vacancy arising due to a death, a resignation, a Board member reaching the upper age limit or any other cause, the Board will provisionally replace these members. They will be permanently replaced at the next General Assembly. The term of office of any member elected in this way will come to an end when the term of office of the member they replaced would normally have expired.

If they are not ratified, the deliberations and actions of the Board during the period since the provisional appointment will nonetheless remain valid.

A third of the Board is renewed every 2 years. Outgoing members are eligible for re-election. The order of outgoing members is determined by the length of their term of office.

Any person aged 18 or over on the day of the election who is a Member of the Association and has paid the membership fee is eligible for Board membership.

The age limit for the position of Director is 70. If this age is reached during the term of office, the term of office will automatically end on the Director's anniversary date.

Any new application must be brought to the attention of the Chairman of the Board by registered letter received at

least thirty days before the date of the General Assembly, together with:

- a copy of an identity document;
- a sworn declaration that no criminal convictions are held or no measures referred to in paragraphs 1 to 5 of Article L322-2 of the French Insurance Code apply;
- a certificate indicating the existence or absence of any office held with or remuneration received from any of the insurance organisations having signed an insurance agreement with the Association.

No-one can be a member of the Board of the Association, either directly or indirectly or by proxy, or administer, direct or manage the Association in any capacity whatsoever, or have the authority to sign on behalf of the Association if he or she has held any of the convictions or been subject to any of the measures referred to in paragraphs 1 to 5 of Article L322-2 of the French Insurance Code.

Each year the Board elects an executive committee by secret ballot of its members by a majority vote. This executive committee consists of a Chairman, a Vice-Chairman, a Secretary, a Treasurer and any deputies. Outgoing members of the executive committee are eligible for re-election. The Board may be assisted by any person it deems useful, whether or not they are members of the Association.

2. Board meetings

The Board meets as often as the interests of the Association require when convened by the Chairman. The Board may be convened by any means at his or her convenience.

The deliberations of the Board are minuted and recorded in a register signed by the Chairman and at least one Director.

The Board will be valid only if more than half of the Directors are present.

Decisions of the Board are taken by a majority of the Directors present. In the event of a tie, the Chairman has the casting vote. Only items on the agenda may be put to a vote.

Any member of the Board who, without justification, fails to attend three consecutive meetings may be excluded by the Board, having first been given the opportunity to comment.

3. Remuneration

Directorships are not remunerated. However, expenses and disbursements incurred in the performance of their duties are reimbursed on the basis of documentary evidence. The financial report presented at the Ordinary General Assembly must state the amount of expenses and disbursements reimbursed to Directors.

4. Powers

The Board is vested generally with the widest powers to act on behalf of the Association. It sets the amount of the membership fee payable by members of the Association.

It can delegate authority to the Chairman or to a member of the executive committee.

5. Functions and powers of the Chairman – Functions of the Secretary and the Treasurer

The members of the executive committee are specially entrusted with the following responsibilities:

1. The **Chairman** directs the work of the Board and is responsible for the running of the Association. He or she is the Association's representative in legal proceedings and in all civil acts. He or she has full authority in this respect. He or she may delegate his or her authority to another Director. In his or her absence, the Vice-Chairman will deputise.
2. The **Secretary** is responsible for correspondence, in particular for sending out the various notices to attend meetings. He or she drafts the minutes of proceedings and transcribes them in the records and carries out all formalities required by law.
3. The **Treasurer** is responsible for managing the Association's assets and accounts. He or she collects revenue and makes payments under the supervision of the Chairman. He or she submits an annual administration report to the

General Assembly in order that it may rule on the accounts.

The duties of the members of the Executive Committee may not be remunerated in any form whatsoever.

Article 13. GENERAL ASSEMBLIES

1. General Assemblies

1.1. Ordinary General Assembly

At least once a year, Members are invited to attend the Ordinary General Assembly in accordance with the procedure described above.

The General Assembly hears:

- the management report prepared by the Board covering the operation of insurance agreements entered into by the Association. This report is made available to Members who request it;
- the auditor's reports;
- the chairman's report;
- the financial report.

The General Assembly, having deliberated and ruled on the various reports, approves the accounts for the previous financial year (calendar year) and deliberates on all other points on the agenda.

It provides for the renewal of Board members under the conditions set out in Article 12 of these statutes.

1.2. Extraordinary General Assembly

Extraordinary General Assemblies are convened under the conditions set out above.

The Extraordinary General Assembly rules on matters within its exclusive jurisdiction: amendments to the statutes and mergers or dissolutions.

2. Notices to attend

2.1. Notices to attend the Ordinary and Extraordinary General Assemblies

Members of the Association, as defined in article 5 who are members on the day of the decision to issue notices to attend and who have paid their membership fee, meet at least once a year at the Ordinary General Assembly and as required at an Extraordinary General Assembly.

Meetings of Ordinary General Assemblies and Extraordinary General Assemblies consist of all Members of the Association who have paid their membership fee.

The invitation is personal and is valid if extended by the Board:

- either by letter or email sent at least sixty calendar days before the date of the General Assembly;
- or by an announcement in a publication sent out to all Members.

General Assemblies are convened by the Chairman of the Association or, for Extraordinary General Assemblies, at the request of at least 10% of Members. In this case, notices to attend the Extraordinary General Assembly must be sent out within eight days of filing the request and the Extraordinary General Assembly must be held within thirty days of these notices being sent out.

Notices to attend must specify the date, time, place and agenda planned and drawn up by the Board.

Draft resolutions signed by at least one hundred Members are also included on the agenda, if they are sent by registered letter to the Chairman of the Board at least forty-five days before the date set for the General Assembly.

Only resolutions passed by the General Assembly on items on the agenda will be considered valid.

Notices to attend must also state that, in the absence of a quorum, they serve as notices to attend a second General Assembly.

3. Voting rights

3.1. Voting rights at Ordinary and Extraordinary General Assemblies

Each Member of the Association has voting rights and one vote at Ordinary and Extraordinary General Assemblies.

Legal entity members of the Association are represented by their legal representative.

Each individual Member has the right to name another Member or his or her spouse as their proxy. A single Member cannot hold more than 5% of voting rights. The proxy vote applies to only one General Assembly, or two if a quorum is not reached at the first meeting, or if two Assemblies – one Ordinary and one Extraordinary – are held on the same day.

Blank proxy forms returned to the Association are allocated to the Chairman or to his or her delegate on the Board and enable a vote to be held on the adoption of draft resolutions presented or approved by the Board.

3.1.1. Ordinary General Assembly

Decisions of the Ordinary General Assembly are adopted by a majority vote.

All decisions are taken by a show of hands.

However, if at least a quarter of Members in attendance make the request, votes can be cast by secret ballot.

For the election of Board members, a secret ballot is compulsory.

3.1.1. Extraordinary General Assembly

Decisions of the Extraordinary General Assembly must be taken by a two-thirds majority of Members in attendance or represented.

Votes are held by a show of hands unless at least a quarter of Members in attendance request voting by secret ballot.

4. Meetings of the Assemblies

Assemblies are chaired by the Chairman of the Association who may delegate his or her duties to the Vice-Chairman or to another Director.

Proceedings are recorded in the minutes, entered in a special register and signed by the Chairman and the Secretary. The minutes are available at the Association headquarters.

An attendance sheet is completed and certified by the Chairman and the Secretary.

All Members, including those who are absent, are bound by the decisions of the General Assembly within the limits of the powers conferred by these statutes.

4.1. Meetings of the Ordinary and Extraordinary General Assemblies

Ordinary and Extraordinary General Assemblies cannot validly deliberate unless at least one thousand Members are present or represented. If, at the first meeting, the General Assembly does not reach a quorum, a second meeting of the General Assembly is convened. The meeting can then deliberate validly regardless of the number of Members present or represented.

If a quorum is not reached, the second General Assembly may be held following the first with the same agenda.

By decision of the Chairman, the Ordinary and Extraordinary General Assemblies may be held remotely using electronic voting.

Article 14. ASSOCIATION RULES AND REGULATIONS

Association rules and regulations may be drawn up by the Board of Directors to supplement the statutory provisions.

Article 15. DISSOLUTION – MERGER – TRANSFER OF ASSETS

The dissolution of the Association or its merger or union with another organisation can only be approved if proposed by the Board at an Extraordinary General Assembly, in accordance with the conditions set out above.

In accordance with Article L140-6 of the French Insurance Code, in the event of the liquidation or dissolution of the Association, memberships of group insurance agreements which are active on the date of the dissolution or liquidation will continue as of right.

Article 16. LANGUAGE

These statutes are in French. If they are translated into other languages, only the French version is binding.

Pierre-Henry MICHAUD
Chairman

Jean-Louis FAVROT
Secretary

