



Mi seguro temporal en el extranjero

Condiciones Generales

Ref: MtcCov

MyStudies Cover

MyTravel Cover

Si tiene alguna duda sobre su contrato, estamos a su disposición para asesorarle y simplificarle todos sus trámites:



Zona Asia-Pacífico	Zona Europa, África y Oriente medio	Zona América
APRIL International - Bangkok Telf.: +66 (0) 2022 9180 Lunes a viernes de 8:30 a 18:00 horas	APRIL International - Paris Telf.: +33 (0)1 73 02 93 93 Lunes a viernes de 8:30 a 18:00 horas	APRIL International - México Telf.: +52 (55) 52 80 13 37 Lunes a viernes de 8:30 a 18:00 horas

También puede contactar con nuestros asesores desde su Espacio Cliente y a través de Facebook Messenger.

INDICE

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 ACCIDENTE	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 EMPIEZA SU CONTRATO?.....	8
4.2 PLAZOS DE CARENANCIA APLICABLES A SU CONTRATO.....	8
4.3 DURACIÓN DE LA COBERTURA Y RENOVACIÓN DE SU CONTRATO	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 SE APLICAN LAS COBERTURAS?.....	10
7.1 GASTOS SANITARIOS	10
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.....	21
8. QUÉ EXCLUYE SU CONTRATO	21
9. DISPOSICIONES GENERALES	25

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'Etranger): 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 - 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: el(los) país(es) que figura(n) en su *Certificado de Seguro* en el que se encuentra el *Asegurado* durante el período 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: país de residencia o de nacionalidad del *Asegurado* antes de su expatriación.

PAÍSES EXCLUIDOS: en función de las circunstancias que podrían acontecer en los mismos, la cobertura se excluye 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.

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)
- Parendotopatía 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 enviársenos, 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 incurrir. 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 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.

NOMENCLATURA: las nomenclaturas definen los actos, productos y servicios cubiertos por el régimen de protección social francés y las condiciones para su reembolso.

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. 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 del proveedor de asistencia.

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

PROVEEDOR DE ASISTENCIA: Europ Assistance.

1.4 DEFINICIONES ESPECÍFICAS DE LA GARANTÍA DE RESPONSABILIDAD CIVIL VIDA PRIVADA:

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

DAÑO INMATERIAL: daño que no sea corporal o material consecuencia directa e inmediata de un *Daño Corporal* o *Material* asegurado.

DAÑO MATERIAL: daño 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 daño 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 aseguradora, para el ejercicio normal de la profesión del *Asegurado* o 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 DEL CONTRATO

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, equipaje e 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, equipaje e individual por accidente.

2.2 ¿DÓNDE ESTÁ USTED CUBIERTO?

Las garantías se adquieren en el *País de Destino* indicado en su *Certificado de Seguro*.

Las garantías también se adquieren en la zona tarifaria 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*.

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.expat@april-international.com. Esta lista de países excluidos puede variar.

3. ¿QUIÉN PUEDE SER BENEFICIARIO DEL CONTRATO?

Para ser admisible en el seguro o para solicitar una renovación de su contrato, Usted 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;
- *Usted* se asegura que el *Afiliado* ha cumplimentado y firmado la solicitud de afiliación, especificando la fórmula, la zona de cobertura y la cobertura (integral o complementaria al régimen de protección social francés) seleccionadas,
- haber cumplimentado y firmado el cuestionario de salud máximo tres meses antes de la *Fecha de inicio* deseada.
- 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*;
- en caso de elegir cobertura complementaria al régimen de protección social francés: estar afiliado a la CFE y, como tal, o estar afiliado a la Seguridad Social francesa (o régimen francés equivalente) o a la CAFAT y, como tal, 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 (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 INICIO, DURACIÓN Y REUNICA A LA PÓLIZA

4.1 ¿CUÁNDO ENTRA EN VIGOR SU PÓLIZA?

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.

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 el contrato. Este Periodo de carencia no se aplica a una renovación sin interrupción de la cobertura ni 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 DURACIÓN DE LA COBERTURA Y RENOVACIÓN DE LA ADHESIÓN DEL CONTRATO:

La duración máxima de la garantía es de 12 meses (ampliada a 18 o 24 meses para los asegurados de Canadá para visas específicas que requieran una cobertura superior a 12 meses).

La afiliación a la póliza es renovable previa solicitud, siempre que Usted cumpla las condiciones de aseguramiento (véase el apartado 3). Puede renovar su póliza hasta un máximo de 24 meses de cobertura (12 meses para EE.UU.), previo acuerdo de las aseguradoras y tras estudiar su nuevo Cuestionario de Salud (si la situación lo requiere). Esta solicitud debe realizarse en el plazo de un mes a partir de la fecha de baja de su afiliación que figura en su anterior certificado de seguro.

El cambio de cobertura sólo es posible en el momento de su solicitud de renovación de afiliación.

Tenga en cuenta que MyTravel Cover es una solución de seguro para estancias temporales en el extranjero. La duración máxima de nuestra cobertura no puede superar los 24 meses (12 meses en EE.UU.). Póngase en contacto con su corredor o con uno de nuestros asesores para obtener más información sobre nuestras soluciones de seguros para expatriados.

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 o a la Seguridad Social francesa (o a un régimen francés equivalente) si se ha afiliado además a la CFE 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-I del Código de Seguros francés: «*Toda persona física a quien se le proponga una contratación en su domicilio, su residencia o su lugar de trabajo, y que con arreglo a ello firme una propuesta de seguro o una póliza con fines ajenos al marco de su actividad comercial o profesional, tiene la facultad de renunciar a ella por carta certificada con solicitud de acuse de recibo durante un plazo de catorce días naturales completos contados desde el día de otorgamiento de la póliza, sin necesidad de justificar motivos ni sufragar penalización alguna. (...) Una vez 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 euros al mes. Esta forma de pago no está disponible si el período 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 año, 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 LA ADHESIÓN EL CONTRATO

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 SE APLICAN LAS COBERTURAS?

Seguros acumulativos:

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

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 penalidad del 20% aplicable al importe de su reembolso si el costo de su tratamiento supera las normas locales (excepto en caso de urgencias vitales).

Encontrará información sobre la red sanitaria de APRIL International

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

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

7.1.1 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 *Año 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*.

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* o sus derechohabientes.

FÓRMULAS	EMERGENCY	COMFORT
Límite para todas las garantías de <i>Gastos sanitarios</i> (máximo global por asegurado)	250 000 € Cobertura únicamente en caso de <i>Accidente o 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 o 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 hospitalización para uso doméstico, incluidas las enfermedades crónicas)		
Actos de enfermería y fisioterapia (tras una hospitalización 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 accidente (estado de salud que requiere atención rápida, normalmente en 48 horas)		
<i>Asistencia dental de urgencia (no resulta de un accidente)</i>	100% de gastos reales Limitado a 400 € por año	
Válido en caso de urgencia por accidente (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 Se requiere un <i>Acuerdo previo</i>	
<i>No combinable con la asistencia dental de urgencia que no resulte de un accidente.</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 Franquicia 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:

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 Franquicia del 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.

¿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;
- o por fax, en el +33 (0)1 44 51 51 15.

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*;
- su domicilio en su *País de nacionalidad* (o en su país de origen, si es otro) o en su *País de destino*.

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*, 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* 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 ATAUD

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 1.500€.

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 incomprensión por su parte.

7.2.5 PRESENCIA DE UN FAMILIAR EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN SUPERIOR A 6 DIAS

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 SINISTRADO

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* 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*. 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

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*. 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 públicas del país en el que usted se encuentre temporalmente, fuera de su *País de destino* 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 públicas del país en el que usted se encuentre temporalmente y previo acuerdo del proveedor de asistencia. Todos los gastos incurridos sin acuerdo previo del proveedor de asistencia, así como aquéllos generados por una prolongación de estancia que no se deba a una circunstancia calificada de fuerza mayor, no darán derecho a ninguna prestación.

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

Cuando Europ Assistance haya corrido con los gastos de su regreso, deberá *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 concierta una cita a su conveniencia, con un psicólogo de Europ Assistance que le llamará para iniciar el proceso. Si es necesario, se puede poner a la persona que llama (el asegurado) directamente en contacto con un psicólogo, siempre que uno de los psicólogos del equipo de Europ Assistance esté disponible. Las entrevistas se realizan con total confidencialidad y respetando los códigos deontológicos vigentes. El apoyo ofrecido se limita a un máximo de tres (3) entrevistas. Se puede contactar con el equipo de psicólogos clínicos en el +33 (0)1 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*, 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 Año 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 Año 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 recibiendo 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 año de seguro y por *Asegurado*.

Obsolescencia:

- Veinte por ciento (20%) durante el primer año (desde el primer día de la compra)

- Cuarenta por ciento (40%) durante el segundo año
- No hay reembolsos después del segundo año.

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

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* 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 Año 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 interviene 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 PERDIDA 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 *Año de Seguro*.

La indemnización es proporcional al número de días de estancia no utilizados. Para determinar la indemnización se deducirán los gastos de expediente, visado, seguro y 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 Año 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. QUE EXCLUYE SU CONTRATO

8.1 EXCLUSIONES DE LA GARANTÍA DE GASTOS SANITARIOS

Además de las Exclusiones comunes a todas las garantías indicadas en el párrafo 8.5 siguiente, 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).

8.2 EXCLUSIONES DE LA GARANTÍA DE ASISTENCIA DE REPATRIACIÓN:

Además de las Exclusiones comunes a todas las garantías detalladas en el párrafo 8.5 siguiente, 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, parto y sus efectos 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.

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

8.3 EXCLUSIONES DE LA GARANTÍA DEL SEGURO DE EQUIPAJE Y EFECTOS PERSONALES

Además de las *Exclusiones* comunes a todas las garantías detalladas en el párrafo 8.5 siguiente, 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 descapotable ;
 - 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.).

8.4 EXCLUSIONES DE LA GARANTÍA DE RESPONSABILIDAD CIVIL VIDA PRIVADA:

Además de las Exclusiones comunes a todas las garantías detalladas en el párrafo 8.5 siguiente, 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 n° 58208 de 27 de febrero de 1958 y n° 85677 de 5 de julio de 1985, relativas al seguro obligatorio de vehículos de motor;
- 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.

8.5 EXCLUSIONES COMUNES A TODAS LAS GARANTÍAS:

Además de las Exclusiones previstas para cada una de las garantías, se excluyen de todas las garantías 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);
- Accidentes de tráfico en vehículos de dos ruedas si el *Asegurado* no lleva casco;
- 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".

9. DISPOSICIONES GÉNERALES

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 en 14, 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 pueden descargar de la dirección <http://assoexpat-a3i.fr/association>):

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.º 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 L.114-1 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 retención, 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.**

Quando 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 L.114-2 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 al tercero responsable.

Si es *Usted* víctima de un *Accidente* de tráfico (estando un vehículo automóvil involucrado), deberá, so pena de privación de derechos, declarar a la 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 de servicio es uno de nuestros mayores compromisos, pero sí, no obstante, desea *Usted* formular una reclamación acerca de los servicios prestados por nuestra empresa, puede *Usted* acudir a su interlocutor habitual.

Si la respuesta ofrecida todavía no le satisficiera, puede *Usted*, llamar a nuestro servicio de reclamos cuya dirección es la siguiente: APRIL International Care France – Service Courrier – 1 rue du Mont – CS 80010 – 81700 Blan – FRANCIA

Correo: reclamation.expatri@april-international.com

Le informamos de que nuestras entidades aseguradoras colaboradoras Groupama Gan Vie (90 avenue Félix Faure, 69439 Lyon Cedex 03, FRANCIA), Chubb European Group SE, (La Tour Carpe Diem, 31 place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie, FRANCIA), nos han encomendado la tramitación de las reclamaciones.

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

Si el desacuerdo persiste y no se puede encontrar una solución amistosa, usted puede, sin perjuicio de los otros recursos legales disponibles, apelar al Mediador – "La Médiation de l'Assurance" – TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09 – FRANCIA. Si se ha adherido a esta póliza a distancia por Internet, puede acudir asimismo al mediador competente interponiendo una reclamación en la plataforma de resolución de litigios en línea de la Comisión Europea en la siguiente dirección: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.

Le informamos de que los datos recabados para la tramitación de su reclamación serán sometidos a tratamiento informático por nuestra empresa a efectos del seguimiento de la misma, y solamente podrán comunicarse con tal propósito a la entidad aseguradora, a sus entidades reaseguradoras y al grupo APRIL, así como a nuestras entidades colaboradoras para la ejecución de sus garantías. Dispone *Usted* de un derecho de comunicación, rectificación, oposición y cancelación de todos aquellos datos de su incumbencia (véase apartado 9.7).

9.7 LEY FRANCESA DE INFORMATICA 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**

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 cliente **C**=====

