



**guard.me**<sup>®</sup>  
International Insurance

**Multirriesgo + Cancelación**  
Cobertura



Asistencia en Caso de Emergencia  
las 24 horas del día, los 365 días del año

+34 938 005 656



Solicitudes de reembolso  
09:00-17:00 Lunes a Viernes

+34 938 005 656

SECCIÓN	TÍTULO	PÁGINA
	TABLA DE RESUMEN DE LAS GARANTÍAS	2
	CONDICIONES DE SU SEGURO DE VIAJE	3
	INTRODUCCIÓN	3
	REQUISITOS IMPORTANTES EN MATERIA DE SALUD	3
	INFORMACIÓN IMPORTANTE	4
	LÍMITE DE EDAD	4
	LIMITACIONES IMPORTANTES EN CASO DE INTERRUPCIÓN	4
	ASISTENCIA EN CASO DE EMERGENCIA	4
	DEFINICIONES	5
	CONDICIONES GENERALES	7
	EXCLUSIONES GENERALES	8
	DEPORTES Y ACTIVIDADES	9
	SECCIONES DE LA PÓLIZA	11
	CANCELACIÓN	11
	INTERRUPCIÓN	12
	SALIDAS CON RETRASO	14
	PÉRDIDA DE TRANSPORTE	15
	RETRASO DEL EQUIPAJE	16
	EQUIPAJE, DINERO PROPIO Y DOCUMENTOS DE VIAJE	16
	GASTOS MÉDICOS Y DE REPATRIACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA	18
	COBERTURAS EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN	19
	ACCIDENTE PERSONAL	19
	ACCIDENTE DE VIAJE	21
	RESPONSABILIDAD CIVIL	21
	CONTACTAR CON NOSOTROS	22
	DECLARAR UN SINIESTRO	23
	PROCEDIMIENTO PARA PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN	23
	USO DE SUS DATOS PERSONALES	23
	CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA	25

<b>Cobertura</b>	<b>Límite</b>
<b>Cancelación</b>	
Cancelación, máximo	7.500 €
<b>Interrupción</b>	
Interrupción, máximo	7.500 €
<b>Salidas con Retraso</b>	
Retraso del viaje, máximo	80 €
- por 12 hrs	20 €
<b>Pérdida de Transporte</b>	
Pérdida de Transporte, máximo	7.500 €
<b>Retraso del equipaje</b>	
Retraso del equipaje, máximo a partir de 12 hrs	100 €
<b>Equipaje, Dinero propio y Documentos de viaje</b>	
Equipaje, máximo	2.000 €
- Límite para un Solo Artículo	250 €
- Límite de los Objetos de valor	250 €
Dinero Propio, máximo	250 €
Documentos de Viaje, máximo	250 €
<b>Gastos médicos y de repatriación en caso de emergencia</b>	
Gastos médicos y de repatriación en caso de emergencia, máximo	10.000.000 €
Bebés nacidos debido a una Complicación del Embarazo	75.000 €
Gastos dentales en caso de emergencia, máximo	150 €
Gastos funerarios, máximo	5.000 €
<b>Cobertura en caso de hospitalización</b>	
Cobertura en caso de hospitalización, máximo	100 €
- por 24 hrs	20 €
<b>Accidente Personal</b>	
Accidente personal, máximo	25.000 €
<b>Accidente de Viaje</b>	
Accidente de Viaje, máximo	115.000 €
<b>Responsabilidad Civil</b>	
Responsabilidad Civil, máximo	2.000.000 €

## INTRODUCCIÓN

El presente documento no es un contrato de seguro, sino el resumen de las coberturas de las que **usted** podría beneficiarse al asistir a un **curso académico**. Los detalles y condiciones relativos a **su** seguro figuran en el certificado de la póliza suscrita por el **Tomador de la Póliza** y emitida por Inter Partner Assistance.

Únicamente el **Tomador de la Póliza** tiene derecho a presentar reclamaciones en relación con el condicionado de la póliza. Este acuerdo no le proporciona a **usted** dichos derechos, sino que únicamente le permite beneficiarse de las coberturas previstas. El estricto cumplimiento de los términos y condiciones de este acuerdo es requisito si **usted** desea obtener los beneficios.

## REQUISITOS DE PARTICIPACIÓN

Las garantías resumidas en este documento dependen de que **usted** esté en un **viaje** válido en el momento de producirse cualquier incidente que dé lugar a una reclamación. El **Tomador de la Póliza** le notificará a **usted** si se producen cambios importantes en estos términos y condiciones o si la Póliza que ofrece los beneficios del presente acuerdo es cancelada o expira sin haber sido renovada en condiciones equivalentes

El presente documento es la guía de **sus** beneficios y acuerdos con **nosotros**. Contiene detalles de las garantías, condiciones y exclusiones, y es el fundamento en el que han de basarse todas **sus** solicitudes.

## ASEGURADORA

En Inter Partner Assistance SA, directamente y a través de sus sucursales (y de cualquier empresa del grupo AXA designada por IPA), proporcionará y administrará los Beneficios y Servicios disponibles en virtud de la presente póliza. cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 96 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras INTER PARTNER ASSISTANCE S.A., SUCURSAL EN ESPAÑA, informa al Tomador del seguro que la legislación aplicable es la española y la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, dependiente del Ministerio de Economía y Hacienda, el organismo de control. Asimismo, se informa que en caso de liquidación de esta entidad Aseguradora sería de aplicación la normativa belga por ser la matriz INTER PARTNER ASSISTANCE S.A., con domicilio social en Avenue Louise, 166 Bte 1.1050 Bruxelles (Bélgica).

Inter Partner Assistance SA (IPA) está habilitada para operar en LPS (libre prestación de servicios) de conformidad a la Dirección General de Seguros bajo la clave L0913

## REQUISITOS IMPORTANTES EN MATERIA DE SALUD

**Usted** debe cumplir las siguientes condiciones para obtener toda la cobertura de esta póliza. Si **usted** no las cumple, **nosotros** podremos optar por rechazar **su** solicitud o reducir cualquier cantidad solicitada.

Los beneficios no le cubrirán a **usted**, si **usted**:

- viaja en contra de la recomendación de un **médico acreditado** (o si así se lo hubiera recomendado el **médico acreditado** en caso de haberle consultado **usted**);
- viaja con intención de recibir asesoramiento o tratamiento médico en el extranjero.

Tampoco estará **usted** cubierto por las garantías de GASTOS MÉDICOS ni de INTERRUPCIÓN por razones médicas, si **usted**:

- tiene síntomas no diagnosticados que requieran atención o investigación en un futuro (es decir, síntomas para los que **usted** esté esperando una consulta/investigación o los resultados de investigaciones, cuando la causa no haya sido establecida);

## IMPORTANTE

No queda cubierta ninguna solicitud derivada directa o indirectamente de una **enfermedad previa** que le afecte a **usted**.

## ENFERMEDADES INDIRECTAMENTE RELACIONADAS

1. Al contratar esta póliza, **usted** no tendrá derecho a ninguna solicitud que surja directa o indirectamente de:

- cualquier enfermedad que **usted** tenga o haya tenido, por la cual esté esperando recibir o haya recibido tratamiento (como cirugía, pruebas o investigaciones médicas) en los últimos 12 meses.
- cualquier **enfermedad** a raíz de la cual **usted** haya recibido un pronóstico terminal;
- cualquier **enfermedad** de la que **usted** sea consciente, pero para la cual no haya recibido diagnóstico;
- cualquier **enfermedad** para la cual **usted** esté en lista de espera;
- cualquier **enfermedad** para la que **usted** sepa que necesita cirugía o tratamiento;
- cualquier **enfermedad** para la que **usted** esté a la espera de los resultados de cualquier prueba o investigación;
- cualquier **enfermedad** que le afecte a **usted**, de la que sea **usted** consciente y que pudiera previsiblemente derivar en una solicitud en el marco de esta póliza.
- cualquier **enfermedad** que afecte a un tercero de la que sea **usted** sabedor y que pueda previsiblemente resultar en una solicitud en el marco de esta póliza. Para **su** información le exponemos algunos ejemplos:
  - Un tercero que haya recibido un pronóstico terminal;

- Un tercero que esté a la espera o recibiendo un tratamiento hospitalario o investigación para una enfermedad no diagnosticada;
  - o conjunto de síntomas;
  - Un tercero que esté recibiendo atención hospitalaria;
  - Un tercero que tenga una **enfermedad previa** o dolencia previa, que presente síntomas nuevos o un cambio de síntomas.
2. En ningún caso, tendrá **usted** derecho a una una solicitud de cobertura que surja directa o indirectamente de:
- cualquier **enfermedad** que **usted** tenga y para la cual un **médico acreditado** le haya recomendado a **usted** que no viaje o así lo hubiera hecho en caso de haberle consultado **usted**
  - cualquier cirugía, tratamiento o investigación para la cual **usted** tenga la intención de viajar fuera del área de **su casa** (incluidos los gastos incurridos por el descubrimiento de otras **enfermedades** y/o complicaciones derivadas de estos procedimientos)
  - cualquier **enfermedad** para la que no tome **usted** el tratamiento o medicación recomendada o prescrita por un **médico acreditado**
  - **que usted** viaje contra los requisitos de salud estipulados por la empresa de transporte, su agente comercial o cualquier servicio de **transporte público**.

## INFORMACIÓN IMPORTANTE

1. No quedan cubiertas las solicitudes derivadas de una **enfermedad preexistente**.
2. No tendrá derecho a solicitar cobertura alguna cuando **usted** viaje en contra de la recomendación de un **médico acreditado** (o si así se lo hubiera recomendado el **médico acreditado**, en caso de **usted** haberle consultado).
3. Se rechazará toda solicitud de cobertura en caso de que **usted** viaje con intención de recibir asesoramiento o tratamiento médico en el extranjero.
4. Se rechazará toda solicitud de cobertura en caso de que **usted** tenga síntomas no diagnosticados que requieran atención o investigación en un futuro (es decir, síntomas para los que **usted** esté esperando una consulta o investigación o los resultados de investigaciones, cuando la causa no haya sido establecida).
5. En caso de **emergencia médica** deberán, **usted** o el centro médico, ponerse en contacto con **nosotros** a través del +34 938 005 656 lo antes posible. **Usted** también deberá ponerse en contacto con **nosotros** para informar de cualquier pérdida, **robo** o daño.
6. Si **usted** necesita interrumpir **su viaje**, deberá **usted** ponerse en contacto con **nosotros** a través del +34 938 005 656.
7. Esta póliza se rige por la legislación de España.
8. **Nosotros** solo abonaremos el límite de un único artículo de cualquier **equipaje** u **objeto de valor**.
9. La duración de cualquier **viaje** de ocio no debe superar los 21 días consecutivos. Tenga en cuenta que si **su viaje** de ocio sobrepasa la duración máxima, los beneficios no se aplicarán a ninguna parte de ese **viaje** de ocio.

## LÍMITE DE EDAD

La cobertura no está disponible para ninguna persona que tenga más de 70 años al comienzo del **Periodo de cobertura**.

## LIMITACIONES IMPORTANTES EN CASO DE INTERRUPCIÓN

La presente póliza no cubre ninguna solicitud de cobertura en caso de INTERRUPCIÓN derivada de una **enfermedad previa conocida** por **usted** antes de contratar la póliza o de reservar un **viaje** (de las dos fechas, seleccionaremos la más tardía), que afecte a cualquier **pariente cercano**, acompañante con el que **usted** viaje o persona con la que hubiera planeado **usted** pasar la estancia, si:

1. un **médico acreditado** ha realizado un diagnóstico terminal, o
2. dicha persona se encontraba en una lista de espera o tenía conocimiento de su necesidad de cirugía, hospitalización o investigación en cualquier centro de salud,
3. durante los 90 días inmediatamente anteriores a **su** adquisición de la póliza o reserva del **viaje** (de las dos fechas, seleccionaremos la más tardía), algún **pariente cercano** haya necesitado una intervención quirúrgica, hospitalización o consulta médica.

## ASISTENCIA EN CASO DE EMERGENCIA

**Llámenos** al teléfono: +34 938 005 656.

Si sufre **usted** una enfermedad o accidente grave que pueda derivar en **su** hospitalización antes de realizar los planes de repatriación, o si **usted** necesita **interrumpir su viaje**, debe ponerse en contacto con **nosotros**. Estamos a su disposición las 24 horas, los 7 días de la semana y nos encargamos de organizar la repatriación y liquidar los gastos médicos directamente con el centro médico. No cubrimos ningún tratamiento en centros privados, salvo previa autorización **nuestra**. Si no puede ponerse en contacto con **nosotros** antes de realizar cualquier tratamiento (en caso de urgencia médica), **llámenos** lo

antes posible. Para cualquier atención ambulatoria (cuando **usted** no reciba hospitalización) o enfermedad o lesión leve (exceptuando fracturas), deberá **usted** pagar el tratamiento y solitar nos posteriormente el reembolso de los gastos en los que **usted** ha incurrido.

## ASISTENCIA MÉDICA EN EL EXTRANJERO

**Nosotros** organizaremos el transporte a **casa** si se considera **necesario por razones médicas**, o si recibe **usted** noticias de grave enfermedad, lesión o fallecimiento de un **pariente cercano** en **casa**.

## PAGO DE TRATAMIENTOS MÉDICOS EN EL EXTRANJERO

Si **usted** es ingresado en un hospital/clínica fuera de **su país de residencia**, **nosotros** nos encargamos de pagar los gastos médicos cubiertos por la póliza directamente al hospital/clínica. **Nosotros** organizamos, asimismo, el transporte a **casa** si se considera **necesario por razones médicas**, o si recibe **usted** noticias de grave enfermedad, lesión o fallecimiento de un **pariente cercano** en **casa**. Póngase en contacto con **nosotros** a través del +34 938 005 656 lo antes posible. Para el tratamiento ambulatorio simple, debe pagar **usted mismo** el hospital/clínica y solicitarnos posteriormente el reembolso de los gastos médicos. Tenga cuidado en no firmar nada que confirme que **usted** vaya a pagar gastos excesivamente elevados o por tratamientos excesivos o innecesarios. Si tiene dudas respecto a cualquier solicitud, **llámenos** para que podamos asesorarle.

## DEFINICIONES

Cualquier palabra o expresión vinculada a una definición tendrá el mismo significado en toda la presente tabla de beneficios y aparecerá escrita en negrita.

CURSO ACADÉMICO	cualquier curso educativo acreditado gestionado por el <b>Tomador de la Póliza</b> que se imparta durante no más de un año académico o en cualquier caso un máximo de doce meses consecutivos.
CONDICIONES METEOROLÓGICAS ADVERSAS	lluvia, viento, niebla, tormenta o tormenta eléctrica, inundación, nieve, aguanieve, granizo, huracán, ciclón, tornado o tormenta tropical no causados u originados por un evento geológico o catástrofe natural, tal como, pero no exclusivamente, terremotos, volcanes o tsunamis.
EQUIPAJE	ropa, efectos personales, maletas y otros artículos que le pertenezcan a <b>usted</b> (excepto <b>objetos de valor</b> , equipos de esquí y golf, <b>dinero propio</b> y documentos de cualquier tipo) y que lleve usted puesto, use o lleve <b>consigo</b> durante un <b>viaje</b> .
TABLA DE GARANTÍAS	tabla que detalla las cantidades máximas establecidas para cada garantía, que se encuentran en la página 2.
LESIÓN CORPORAL	lesión física identificable causada por un incidente concreto, repentino, violento, externo e inesperado. Las lesiones causadas por <b>su</b> exposición inevitable a los elementos serán consideradas <b>lesiones corporales</b> .
PARIENTE CERCAÑO	madre, padre, hermano/a, esposo/a, novio/a o pareja de hecho (cualquier persona que conviva permanentemente en el mismo domicilio), hijo/a, incluidos los adoptados, abuelos/as, nietos/as, suegros, sobrinos/as, cuñados/as, padrastro, madrastra, hijastros/as, hermanastros/as, niño de acogida, tutor legal, pupilo legal.
COMPLICACIONES DEL EMBARAZO	las siguientes <b>complicaciones imprevistas del embarazo</b> certificadas por un <b>médico</b> : toxemia; hipertensión gestacional; preeclampsia; embarazo ectópico; mola hidatidiforme (embarazo molar); hiperémesis gravídica; hemorragia anteparto; desprendimiento de la placenta; placenta previa; hemorragia postparto; membrana de placenta retenida; aborto espontáneo; mortinatos; Cesárea de emergencia <b>médicamente necesaria</b> /Terminación <b>médicamente necesaria</b> del embarazo, y cualquier nacimiento prematuro o amenaza de parto prematuro más de 8 semanas (o 16 semanas en el caso de un embarazo múltiple) antes de la fecha de parto prevista.
PAÍS DE RESIDENCIA	país en el que <b>usted</b> reside oficialmente. <b>Debe</b> tener un domicilio al que <b>usted</b> pueda referirse dentro de ese país
INTERRUPCIÓN	reducción del tiempo de <b>su viaje</b> su por vuelta a <b>casa</b> autorizada por <b>nosotros</b> debido a una emergencia.
CASA	<b>su</b> domicilio habitual en <b>su país de residencia</b> .
VIAJE DE VUELTA	el viaje a <b>su casa</b> en el <b>país de residencia</b> desde <b>su</b> destino de <b>viaje</b> .
VIAJE DE PLACER	un viaje únicamente de vacaciones o de ocio, que comienza y finaliza dentro del <b>periodo de cobertura</b> y que incluye un vuelo o alojamiento con reserva previa hasta un máximo de 21 días por <b>viaje</b> .
PÉRDIDA DE MIEMBRO	pérdida total o irrecuperable y permanente del uso o función de un brazo en o por encima de la muñeca, o de una pierna en o por encima del tobillo.
PÉRDIDA DE VISIÓN	<b>pérdida de visión</b> total e irrecuperable en uno o ambos ojos; se considera así cuando el grado de visión restante tras la corrección es de 3/60 o inferior en la escala Snellen. (Implica que sea capaz de ver a 1 metro / 3 pies o menos lo que <b>usted</b> debería ver a 20 metros / 60 pies de distancia).

TRABAJO MANUAL	cualquier trabajo por encima del nivel del suelo; trabajos con herramientas de corte, herramientas eléctricas y maquinaria; trabajos relacionados con la instalación, montaje, mantenimiento o reparación de instalaciones eléctricas, mecánicas o hidráulicas; realizar el trabajo de un fontanero, electricista, técnico de iluminación o sonido, carpintero, pintor/decorador o constructor, o trabajo manual de cualquier tipo, con la excepción del trabajo en bares y restaurantes, camareros, chalets, camareras, au pair y cuidado de niños, y trabajos manuales ligeros ocasionales a nivel del suelo, incluidos trabajos de venta minorista y recolección de frutas.
ENFERMEDAD(ES)	cualquier enfermedad física o psicológica, náuseas o lesión que le afecten a <b>usted</b> o a un <b>pariente cercano</b> , acompañante o persona con la que <b>usted</b> planea pasar <b>su viaje</b> .
EMERGENCIA MÉDICA	<b>lesión corporal</b> o enfermedad imprevista y repentina sufrida por <b>usted</b> durante un <b>viaje</b> que <b>usted</b> realice fuera del <b>país de residencia</b> y para la cual un <b>médico acreditado</b> médico le prescriba a <b>usted</b> un tratamiento o atención inmediata.
NECESARIO POR RAZONES MÉDICAS	servicios y material sanitario básico razonable prescrito por un <b>médico acreditado</b> cuyo juicio clínico sea prudente, que diagnostique o trate una indisposición, lesión, <b>enfermedad</b> o sus síntomas y que cumpla los estándares usuales de la profesión médica.
MÉDICO ACREDITADO	profesional médico colegiado reconocido legalmente en el país donde se proporciona el tratamiento y que, prestando este servicio, no rebase los límites de su titulación y formación, no estando emparentado con <b>usted</b> , con ningún acompañante de <b>viaje</b> , ni con ninguna persona con la que <b>usted</b> haya planeado pasar la estancia.
VIAJE DE IDA	desplazamiento que parte de <b>su casa</b> o negocio en el <b>país de residencia</b> hacia el destino de <b>su viaje</b> , incluyendo vuelos internacionales, travesías marítimas y transporte en ferrocarril previamente reservados antes de que usted abandonara <b>su país de residencia</b> y que está íntimamente relacionado con el <b>viaje</b> de vuelta.
PAR O JUEGO	artículos que forman parte de un equipo o que suelen usarse conjuntamente.
PERÍODO DE COBERTURA	el período al que se aplica el seguro, que no puede exceder un año académico o en cualquier caso un máximo de doce meses consecutivos. Esto incluye las fechas que se muestran como fecha de inicio de Cobertura y fecha de finalización de Cobertura en el Plan de la Póliza, inclusive, a partir de las 00.01 horas de la fecha de inicio de Cobertura y que finaliza a la medianoche de la fecha de finalización de Cobertura.
DINERO PROPIO	monedas, billetes y bonos en curso actualmente, cheques de viaje o de otro tipo, giros postales o bancarios, cupones o vales de prepago, billetes de viaje, vales de hotel, todo ello destinado a fines privados.
TOMADOR DE LA PÓLIZA	la empresa, compañía u organización que imparte los <b>Cursos Académicos</b> , designado como el <b>Tomador de la Póliza</b> en el Plan de la Póliza, sin ser una <b>Persona Cubierta</b> .
ENFERMEDAD(ES) PREVIA(S)	Una <b>enfermedad</b> que, durante los 12 meses anteriores al período de seguro/fecha de vigencia: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ha provocado signos o síntomas; o</li> <li>• ha requerido asesoramiento médico, consulta o investigación (ya se haya establecido un diagnóstico o no), o</li> <li>• ha necesitado cualquier forma de tratamiento proporcionado por un <b>médico acreditado</b>.</li> </ul> A efectos de esta definición, lo siguiente no constituye un tratamiento médico: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. uso regular de medicamentos recetados, siempre que no se haya prescrito ningún cambio en la medicación, la dosis o el uso por un <b>médico acreditado</b>;</li> <li>b. Revisiones o seguimientos cuando el <b>médico</b> no observa ningún cambio adverso en la estabilidad de las enfermedades observadas anteriormente, ni ningún cambio en los síntomas.</li> </ol>
TRANSPORTE PÚBLICO	cualquier transporte por carretera, ferrocarril, mar o aire provisto de licencia que preste un servicio regular y/o chárter a los pasajeros, y que <b>usted</b> haya reservado.
DEPORTES Y ACTIVIDADES	las actividades detalladas en la sección DEPORTES Y ACTIVIDADES, en la página 9.
HUELGA O ACCIÓN SINDICAL	cualquier forma de acción sindical realizada con la intención de parar, restringir o interferir en la producción de bienes o servicios.
TERRORISMO	un acto, que incluye, entre otros, el uso de la fuerza o la violencia y/o la amenaza de los mismos, de cualquier persona o grupo(s) de personas, ya sea que actúen solos o en nombre de o en conexión con cualquier organización o gobierno, cometido con fines políticos, religiosos, ideológicos o similares, incluida la intención de influir en cualquier gobierno y/o atemorizar al público, o cualquier sección del público.
ROBO	cualquier <b>robocometido</b> con violencia, amenaza de ella, atraco, asalto o allanamiento por un tercero (una persona que no sea pariente, <b>pariente cercano</b> ni acompañante de viaje)

<b>VIAJE</b>	cualquier <b>viaje</b> reservado incluidos los <b>Viajes de placer</b> que comienzan y finalizan dentro del <b>periodo de cobertura</b> hasta un máximo de 21 días por <b>viaje</b> . <b>ADVERTENCIA:</b> No se cubren los <b>viajes</b> realizados a países a los que un organismo gubernamental de <b>su país de residencia</b> o la Organización Mundial de la Salud hayan aconsejado no viajar. Tampoco están cubiertos los <b>viajes</b> a cualquier destino incluido en el punto 15 de Exclusiones Generales.
<b>DESATENDIDO</b>	cuando <b>usted</b> no tiene visión completa y no puede evitar una intervención no autorizada en <b>su</b> propiedad o vehículo.
<b>BAJO LOS EFECTOS DE</b>	Sus acciones mientras sean perjudicadas o afectadas por medicamentos, drogas, alcohol o sustancias tóxicas; cualquier solicitud de carácter médico relacionada con el uso o abuso de drogas o alcohol.
<b>REINO UNIDO</b>	Inglaterra, Escocia, Gales e Irlanda del Norte (excepto las Islas Scilly, las Islas del Canal y la Isla de Man).
<b>OBJETOS DE VALOR</b>	joyas, metales o piedras preciosas o piezas realizadas con metales o piedras preciosas, relojes, pieles, artículos de piel, aparatos fotográficos, de audio, vídeo, informáticos, televisores, juegos (incluidos, pero no exclusivamente CDs, DVDs, unidades de memoria y auriculares), telescopios, prismáticos, portátiles, tabletas y notebooks, libros electrónicos o reproductores MP3/4.
<b>NOSOTROS/NOS/ NUESTRO</b>	El proveedor del servicio, acordado por Inter Partner Assistance SA.
<b>USTED/SU/ PERSONA(S) CUBIERTA(S)</b>	cualquier persona nombrada en una Declaración por el <b>Tomador de la Póliza</b> , que es elegible para la cobertura.

## CONDICIONES GENERALES

**Usted** debe cumplir las siguientes condiciones para obtener toda la protección de esta póliza. Si **usted** las incumple, será decisión **nuestra** que **nosotros** podamos rechazar **su** reclamación o reducir cualquier cantidad reclamada.

1. El límite máximo de edad para todos los beneficios son 69 años inclusive.
2. **Usted** debe tomar todas las precauciones razonables para prevenir un siniestro que pueda dar lugar a una solicitud de cobertura. **Usted** debe actuar como si no estuviera cubierto y tomar medidas para minimizar **su** pérdida al máximo, prevenir un posterior incidente y recuperar los bienes perdidos.
3. Si **usted** necesita **interrumpir su viaje**, deberá **usted** ponerse en contacto con **nosotros** a través del +34 938 005 656. **Nosotros** estamos disponibles las 24 horas los 7 días de la semana para **asesorarle** y asistirle en **su** regreso a **casa**. **Nosotros** también organizamos el transporte a **casa** si recibe **usted** noticias de grave enfermedad, empeoramiento o fallecimiento de un **pariente cercano** en **casa**.
4. **Usted** deberá ponerse en contacto con **nosotros** lo antes posible en caso de emergencia o de **su** hospitalización (en caso de tratamiento ambulatorio, enfermedad o lesión leve -excepto fracturas- deberá asumir **usted** los costes y solicitarnos posteriormente un reembolso de los gastos en los que ha incurrido).
5. **Usted** deberá contactar con **nosotros** en un plazo de 28 días a partir del momento en el que sea conocedor del evento que justifica **su** solicitud de cobertura. Asimismo, deberá hacernos llegar lo antes posible **su** formulario de declaración de siniestro debidamente cumplimentado, así como cualquier información o documento adicional que le fueran requeridos por **nosotros**.
6. **Usted** debe informar de todos los incidentes a la policía local del país donde ocurra y obtener un informe policial o de objetos perdidos que incluya un número de incidencia.
7. **Usted** no podrá abandonar ningún bien asegurado por **nosotros** y deberá conservar los artículos dañados para que **nosotros** podamos examinarlos.
8. **Usted** deberá aportar toda la documentación requerida en la página 22. Los gastos relativos a estas gestiones correrán a cargo de **usted**. **Nosotros** podremos solicitarle más documentos de los indicados para justificar **su** reclamación. Si **usted** no lo hace, cualquier reclamación podrá ser rechazada.
9. **Usted** o **su** representante legal deberán **enviarnos**, a su cargo, toda la información, pruebas, certificados médicos, facturas originales, recibos, informes y ayuda necesarios, incluidos los datos de otras pólizas de seguro que puedan cubrir la suma solicitada. Toda solicitud de reembolso para la cual **usted** no pueda presentar un recibo o factura es susceptible de ser rechazada por **nosotros**. Deberá conservar copias de toda la documentación que **nos** envíe.
10. **Usted** no podrá admitir, negar, pagar, rehusar, negociar o llegar a un arreglo respecto a una un siniestro o a una solicitud de cobertura sin **nuestra** autorización.
11. **Usted** debe **comunicarnos** por escrito inmediatamente, proporcionando todos los detalles, el hecho de que alguien le haga a **usted** responsable de daños en su propiedad o de **lesiones corporales**. **Usted** debe **enviarnos** inmediatamente cualquier citación judicial, demanda o documento relacionado con **su** reclamación.
12. En caso de reclamación, si **nosotros** así lo requerimos, deberá **usted** aceptar someterse al examen de un **médico acreditado** de **nuestra** elección y a cargo **nuestro**, todas las veces que sea razonablemente necesario antes de abonar

la totalidad o una parte de los gastos por usted solicitados. En el caso de **su** fallecimiento, **nosotros** también podríamos requerir una autopsia, a cargo nuestro.

13. Si **nosotros** le proporcionamos un medio de **transporte** o aceptamos **su** solicitud de cobertura, y en consecuencia dispone **usted** de billetes de viaje sin usar, deberá **usted** entregarnos dichos billetes. En caso de no hacerlo **usted**, deduciremos el importe de dichos billetes de cualquier cantidad que se le abone.
14. **Nosotros** estamos habilitados, en **su** nombre pero a cargo **nuestro**, a:
  - asumir la liquidación de cualquier reclamación,
  - emprender acciones legales en **su** nombre para obtener indemnizaciones de cualquier ente en **nuestro** propio beneficio o recuperar cualquier pago que se haya realizado previamente;
  - emprender acciones para recuperar cualquier bien perdido o que se creía perdido.
15. Si **usted** o alguien que actúe por **usted** en cualquier sentido, intenta obtener coberturas, información u otros bienes por medios fraudulentos o ilegales de otro tipo, incluido el falseamiento u omisión de datos con el fin de tergiversar la realidad, la validez de esta póliza quedará anulada. **Nosotros** podremos informar a la policía y deberá **usted devolvernos** cualquier cantidad ya recibida en el marco de las garantías de esta póliza.
16. Si **nosotros** abonamos cualquier gasto que no esté cubierto, deberá **usted** devolverlo en el plazo de un mes desde **nuestra** solicitud.
17. **Nosotros** haremos todo lo posible por aplicar toda la gama de servicios en todas las circunstancias que establece la póliza. No obstante las localizaciones remotas o unas condiciones locales adversas imprevistas pueden impedir la prestación de los servicios normales.
18. **Usted** debe reclamar cualquier gasto en primer lugar a **su** seguro privado de salud.

## EXCLUSIONES GENERALES

Estas exclusiones se aplican a la totalidad de **su** póliza. **Nosotros** no liquidaremos reclamaciones que deriven directa o indirectamente de:

1. **Cualquier enfermedad previa.**
2. **En todas las secciones, cualquier reclamación que no derive de las circunstancias detalladas en LO QUE CUBRE.**
3. **Las solicitudes para las que no haya usted aportado la documentación requerida por nosotros en la página 22, a su cargo. Podremos solicitarle más documentación de la indicada para justificar su solicitud.**
4. **Su participación o práctica de: trabajo manual, vuelo excepto como pasajero que paga la tarifa en un avión con licencia para pasajeros, uso de vehículos motorizados de dos o tres ruedas a menos que se tenga un permiso de conducir vigente que permita el uso de dichos vehículos en su país de residencia y en el destino de su viaje y lleve casco protector (consulte Deportes y actividades ) entretenimiento profesional, deportes profesionales, carreras (que no sean a pie), carreras de motores y competiciones de motor, carreras de pista o cualquier prueba de velocidad o resistencia.**
5. **Su participación o práctica de cualquier otro deporte o actividad a menos que se muestre como cubierto en DEPORTES Y ACTIVIDADES.**
6. **Los Deportes y actividades solo quedan cubiertos cuando se realicen con carácter ocasional, no competitivo y no profesional. Bajo ninguna circunstancia se aceptará solicitud alguna derivada de cualquier actividad que no se encuentre en la lista, incluso si se ha realizado como parte de una excursión o evento organizado.**
7. **Cualquier solicitud derivada de un intento o consumación de suicidio por su parte, lesión deliberada a sí mismo, el uso de medicamentos no prescritos por un médico acreditado o ser adicto, abusar o estar bajo los efectos de las drogas o alcohol.**
8. **Ponerse en peligro innecesariamente (excepto en caso de intentar salvar una vida humana).**
9. **Cualquier solicitud derivada de su implicación en una pelea, excepto en caso de defensa propia.**
10. **Que usted viaje contra los requisitos de salud estipulados por la empresa de transporte, su agente comercial o cualquier servicio de transporte público.**
11. **Que usted incurra en acciones ilegales o procedimientos penales iniciados contra usted o cualquier pérdida o daño llevado a cabo o causado deliberadamente por usted.**
12. **Cualquier pérdida, daño o gasto adicional derivado de un hecho para el cual usted solicita o ha solicitado cobertura. Ejemplos de dichas pérdidas, daños o gastos adicionales serían los costes incurridos declaración del siniestro o solicitud de cobertura de la reclamación, la pérdida de ingresos, pérdidas o costes incurridos derivados de la interrupción de su trabajo, molestias, sufrimientos o pérdida de empleo.**
13. **Los deberes operativos de un miembro de las Fuerzas Armadas, Policía, Bomberos, Servicios de Enfermería o Ambulancia o trabajador de un Departamento del Gobierno.**
14. **Cualquier solicitud para la que usted tenga derecho a indemnización con otro seguro, incluidas las cantidades recuperables de alguna otra fuente, excepto en relación con los excesos que superen la cantidad cubierta por ese otro seguro, u otra cantidad recuperable de alguna otra fuente cuyos beneficios no hayan sido liquidados.**
15. **Su viaje a un país, región o evento concreto a los que una agencia gubernamental del país de residencia o la Organización Mundial de la Salud hayan aconsejado públicamente no viajar, o que estén oficialmente bajo embargo de las Naciones Unidas.**

16. Que usted escale, salte o se mueva de un balcón a otro sin importar la altura del balcón.
17. Cualquier coste que hubiera usted tenido que pagar si no se hubiera producido el incidente que derivó en reclamación.
18. Cualquier circunstancia de la que fuera usted consciente y que pudiera previsiblemente derivar en reclamación bajo esta póliza.
19. Gastos telefónicos, de fax o Internet, salvo que estén documentados como gastos de contacto con nosotros.
20. Enfermedades para la que no tome usted el tratamiento o la medicación recomendada o prescrita por un médico acreditado.
21. Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas (sea la guerra declarada o no), guerra civil, rebelión, terrorismo, revolución, insurrección, conmoción civil equiparable o que adopte las proporciones de un levantamiento, poder militar o usurpación, pero esta exclusión no se aplicará a las pérdidas por **GASTOS MÉDICOS EN CASO DE EMERGENCIA Y DE REPATRIACIÓN, COBERTURAS EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN y ACCIDENTES PERSONALES**, a menos que dichas pérdidas sean causadas por ataques nucleares, químicos o biológicos, o las perturbaciones ya se hayan producido al comienzo del viaje.
22. Radiación ionizante o contaminación radiación procedente de combustible o residuos nucleares, de combustión nuclear, efectos radiactivos, tóxicos, explosivos o riesgos de otra índole de un equipo nuclear o componente de dicho equipo.
23. Pérdida, destrucción o daño directamente ocasionado por las ondas de presión de una aeronave u otro dispositivo aéreo que viaje a la velocidad del sonido o supersónica.

## DEPORTES Y ACTIVIDADES

**Usted** tiene cobertura por GASTOS MÉDICOS EN CASO DE EMERGENCIA Y REPATRIACIÓN, y COBERTURAS EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN para las siguientes actividades. **Los Deportes y actividades** quedan excluidos si **su** participación en ellos es la única o principal razón de **su viaje**.

Cualquier deporte o actividad marcada con \* está excluida bajo RESPONSABILIDAD PERSONAL y ACCIDENTE PERSONAL.

- \*Rappel
- \*Tiro con arco
- Bádminton
- Béisbol
- Baloncesto
- Bolos
- Montar en Camello
- \*Montar en canoa (hasta de grado/clase 3)
- \*Tiro al plato
- Cricket
- \*Esquí de fondo
- \*Montar en Elefante
- \*Carreras por montaña
- \*Esgrima
- Pesca
- Fútbol
- \*Esquí Glaciar
- \*Karting
- Golf
- Hockey
- \*Montar a Caballo
- \*Paseos a Caballo
- \*Montar en globo
- Patinaje sobre Hielo (en pistas de hielo certificadas)
- \*Moto Acuática
- \*Esquí Acuático
- Kitesurfing
- Monoesquí
- \*Montar en bicicleta de montaña sobre asfalto
- \*Ciclismo de montaña fuera de asfalto
- Netball
- Deportes de orientación
- \*Paintball
- Montar en poni
- Raquetbol
- Ciclismo por Carretera
- Patinaje
- Rounders
- Correr
- Hacer vela (a un máximo de 20 Millas Náuticas de la costa)
- \*Hacer vela (a un máximo de 20 Millas Náuticas de la costa)
- Buceo † (ver nota a continuación)
- \*Esquí de travesía
- \*Montar en moto de nieve
- Esquí (en pista o fuera de ella con un guía)
- \*Snowblades
- Snowboard (en pista o fuera de ella con un guía)
- Raquetas
- Squash
- Surfing
- Tenis de Mesa
- Tenis
- \*Tobogganing
- Gimnasia en Trampolín
- Senderismo (hasta 4000 metros sin utilizar equipo de escalada)
- Vólei
- \*Juegos de guerra
- Waterpolo
- Esquí Acuático
- Windsurfing
- Yatismo (a un máximo de 20 millas náuticas de la costa)
- \*Yatismo (a un máximo de 20 Millas Náuticas de la costa)
- Esferismo

† Buceo: bucear a las siguientes profundidades, siempre que **usted** tenga las calificaciones especificadas y lo haga bajo la supervisión de un experto, instructor o guía acreditado y dentro de las directrices de la escuela de buceo o empresa correspondiente:

- PADI en Mar Abierto – 18 metros
- PADI en Mar Abierto Avanzado – 30 metros
- BSAC Buceo en Océano – 20 metros
- BSAC Buceo Deportivo – 35 metros
- BSAC Instructor de Buceo – 50 metros

**Nosotros** deberemos aprobar cualquier acreditación equivalente. Si **usted** no tiene acreditación, **nosotros** solo le cubriremos a **usted** si bucea a una profundidad máxima de 18 metros.

## CANCELACIÓN

### LO QUE CUBRE

Hasta 7.500 € por **viaje** para todas las **personas cubiertas** para gastos de transporte, matrícula y alojamiento no utilizados irrecuperables y cualquier excursión, tour o actividad pagados con antelación, en **su destino** que **usted** haya pagado o tendrá que pagar para las **personas cubiertas**, incluyendo los gastos de viaje adicionales razonables incurridos si la cancelación del **viaje** es necesaria e inevitable como resultado de cualquiera de los siguientes cambios en las circunstancias, que están fuera de **su** control, y de los que **usted** no era consciente cuando **usted** reservó **su viaje** o comenzó **su viaje** (de las dos fechas, seleccionaremos la que sea más tardía):

- Enfermedad, lesión, **complicación del embarazo** o fallecimiento imprevistos **suyo, de un pariente cercano** de cualquier persona con la que **usted viaje** o planee pasar la estancia de su **viaje**.
- Cuarentena obligatoria o citación como jurado o testigo por un Tribunal de Justicia (que no sea con carácter consultivo o profesional) de **usted** o de alguno de **sus** acompañantes de viaje.
- Los servicios de emergencia que requieran que **usted** permanezca en o regrese a **casa** debido a daños graves en **su casa** o negocio (siempre que **usted** sea propietario, director o encargado del mismo) causados por terceros no emparentados con **usted**.
- Que usted** sea despedido, siempre que **usted** sea trabajador fijo y haya superado **su** periodo de prueba en **su** empresa.
- Abandono - Si **su viaje de ida** en transporte público **regular** se retrasa en el punto final de salida durante más de 24 horas desde la hora programada debido a **huelga o acción sindical**; o **condiciones meteorológicas adversas**; avería mecánica o fallo técnico en dicho **transporte público** en que **usted** haya reservado viajar.
- Suspense en el examen o curso, cuando dicho suspenso impide que **usted** asista al **curso académico**.
- La denegación del visado de turista, excluyendo el visado de inmigración o de empleo exigido para **su viaje**, siempre que **usted** cumpliera los requisitos para solicitar dicho visado, por razones fuera de **su** control que no se deban al hecho de haber realizado una solicitud tardía o a un intento posterior de solicitar un visado que ya le había sido denegado antes.

Consulte la sección REALIZAR UNA SOLICITUD DE COBERTURA para saber qué documentos deberá **usted** aportar.

### IMPORTANTES LIMITACIONES EN CASO DE CANCELACIÓN

La presente póliza no cubre ninguna solicitud derivada directa o indirectamente de una **enfermedad previa** conocida por **usted** antes de que contratara la póliza o de reservar un **viaje** (de las dos fechas, seleccionaremos la que sea más tardía) que afecte a cualquier **pariente cercano**, acompañante **suyo** de viaje o persona con la que haya planeado pasar la estancia de **su viaje**, si:

- un **médico acreditado** ha realizado un diagnóstico terminal, o
- dicha persona se encontraba en una lista de espera o tenía conocimiento de su necesidad de cirugía, hospitalización o investigación en cualquier centro de salud,
- durante los 90 días inmediatamente anteriores a **su** adquisición de la póliza o reserva del **viaje** (de las dos fechas, seleccionaremos la que sea más tardía), dicha persona haya necesitado una intervención quirúrgica, hospitalización o consulta médica.

Consulte la sección REALIZAR UNA SOLICITUD DE COBERTURA para saber qué documentos deberá **usted** aportar.

### LO QUE NO CUBRE

- Cualquier enfermedad previa.**
- El suspenso en el examen por no haberse presentado, ya sea deliberadamente o no.**
- Cualquier solicitud derivada de las complicaciones del embarazo que hayan surgido antes de la reserva o pago del viaje, lo que suceda después.**
- Cualquier solicitud relacionada con tratamientos de fecundación in vitro.**
- Las solicitudes para las que usted no haya aportado la documentación requerida por nosotros en la página 22, a su cargo. Podremos solicitarle más documentación de la indicada para justificar su solicitud.**
- Cualquier solicitud derivada directa o indirectamente de circunstancias conocidas por usted antes de la fecha de su adquisición de la póliza o de reservar o comenzar un viaje (lo que suceda después) y que pudieran previsiblemente dar lugar a una solicitud de cobertura.**
- Cualquier coste de cancelación del viaje debido a lesión corporal o enfermedad, siempre que usted no aporte un certificado médico del médico acreditado que trate a la persona lesionada/enferma y que declare que era necesario para usted cancelar el viaje y le prohíba viajar o regresar a su país de residencia debido a dicha lesión corporal o enfermedad.**

8. Las solicitudes para acompañantes de viaje que no sean personas cubiertas.
9. Cualquier coste abonado para el uso de millas de bonificación de compañías aéreas, por ejemplo Avios (anteriormente millas aéreas), tarjetas de puntos, tiempo compartido, fianza de residencias vacacionales u otros sistemas de puntos y/o tasas de mantenimiento asociadas.
10. Cualquier coste o cargo que vaya a ser abonado por el servicio de transporte público a usted.
11. Las solicitudes de cobertura en las que usted haya incumplido los términos de contrato de la agencia de viajes, turoperador o servicio de transportes.
12. Huelga o acción sindical o retraso en el control del tráfico aéreo anunciados públicamente o existentes en la fecha en que estos beneficios se hicieron efectivos o en que usted reservara su viaje (lo que sucediera antes).
13. Retirada de servicio (temporal o de otro tipo) de una aeronave o buque marítimo por recomendación de la autoridad aeronáutica o portuaria o de un organismo similar en cualquier país.
14. Cualquier solicitud derivada del fallo del proveedor de un servicio que forme parte de su viaje para proporcionar una parte de su viaje (exceptuando excursiones), incluidos errores, insolvencia, omisión o incumplimiento.
15. Cualquier cancelación causada por compromiso de trabajo o cambio de su derecho a vacaciones por parte de su empresa, salvo que usted o cualquier acompañante de viaje o persona con la que vaya a pasar usted la estancia de su viaje sea miembro de las Fuerzas Armadas, Policía, Bombero, del Servicio de Enfermería o Ambulancia, o trabajador de un Departamento del Gobierno y su permiso sea cancelado por razones operativas.
16. Cualquier solicitud resultante de su imposibilidad de viajar debido a que no haya producido, obtenido o recogido un pasaporte en vigor.
17. El coste recuperable de tasas aeroportuarias, ATOL, gravámenes e impuestos.
18. Las solicitudes en las que usted no notifique o notifique con retraso a la agencia de viajes, turoperador o proveedor del transporte/ alojamiento, de la necesidad de cancelar el viaje. Nuestra responsabilidad se limitará a los cargos de cancelación que se hubieran aplicado en caso de no haberse producido el retraso o defecto de notificación.
19. Las solicitudes de cobertura por abandono o cuando usted no haya obtenido confirmación de la empresa de transportes (o agente comercial) respecto a la duración y motivo del retraso.
20. Cualquier solicitud derivada de un cambio de planes debido a sus circunstancias financieras salvo si usted es despedido habiendo sido trabajador fijo de la misma empresa y ha superado su periodo de prueba con su empleador.
21. Las solicitudes en las que no se haya aportado prueba documental de la cancelación de un permiso por motivos operativos imprevistos.
22. Cualquier coste de cambio de reserva que exceda el coste de su viaje original.
23. Abandono tras la primera etapa del viaje.
24. Cualquier solicitud derivada del retraso o cambio de reserva en su viaje original por acción del Gobierno o por restricción normativa.
25. Cualquier solicitud derivada de un intento o consumación de suicidio por su parte, de lesión deliberada a sí mismo, el uso de medicamentos no prescritos por un médico acreditado o de ser adicto a, abusar o estar bajo los efectos de las drogas o alcohol.
26. Ponerse en peligro innecesariamente (excepto en caso de intentar salvar una vida humana).
27. Cualquier solicitud derivada de su implicación en una pelea, excepto en caso de defensa propia.
28. Toda consecuencia de acciones ilegales o cualquier procedimiento penal iniciado contra usted o cualquier pérdida o daño llevado a cabo o causado deliberadamente por usted.
29. Cualquier pérdida, daño o gasto adicional derivado de un hecho para el cual usted solicita o ha solicitado cobertura. Ejemplos de dichas pérdidas, daños o gastos adicionales serían los costes incurridos para la declaración del siniestro o solicitud de cobertura, la pérdida de ingresos, pérdidas o costes incurridos derivados de la interrupción de su trabajo, molestias, sufrimientos o pérdida de empleo.
30. Cualquier solicitud para la que usted tenga derecho a indemnización con otro seguro, incluidas las cantidades recuperables de alguna otra fuente, excepto en relación con los excesos que superen la cantidad cubierta por ese otro seguro, u otra cantidad recuperable de alguna otra fuente cuyos beneficios no hayan sido liquidados.
31. Cualquier coste que hubiera tenido usted que pagar si no se hubiera producido el incidente que derivó en su solicitud de cobertura.
32. Cualquier circunstancia de la que fuera usted consciente y que pudiera previsiblemente derivar en una solicitud de cobertura en el marco de esta póliza.
33. Enfermedades para la que no tome usted el tratamiento o la medicación recomendada o prescrita por un médico acreditado.
34. Su viaje a un país, región o evento concreto a los que una agencia gubernamental del país de residencia o la

**Organización Mundial de la Salud** hayan aconsejado públicamente no viajar, o que estén oficialmente bajo embargo de las Naciones Unidas.

35. **Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas (sea la guerra declarada o no), guerra civil, rebelión, terrorismo, revolución, insurrección, conmoción civil equiparable o que adopte las proporciones de un levantamiento, poder militar o usurpación.**
36. **Radiación ionizante o contaminación radioactiva procedente de combustible o residuos nucleares, de combustión nuclear, efectos radiactivos, tóxicos, explosivos o riesgos de otra índole ligados a equipo nuclear o componente de dicho equipo.**
37. **Pérdida, destrucción o daño directamente ocasionado por las ondas de presión de una aeronave u otro dispositivo aéreo que viaje a la velocidad del sonido o supersónica.**
38. **Usted no deberá admitir responsabilidad alguna ni pagar, ofrecer, prometer pagar o negociar una reclamación sin nuestro consentimiento escrito.**
39. **Nosotros estamos facultados, si nosotros así lo consideramos, para asumir y ejercer en su nombre la defensa de cualquier reclamación de indemnización o daño o de otro tipo frente a terceros. Nosotros tendremos plena discreción para dirigir las negociaciones o procedimientos o resolver reclamaciones, y usted deberá proporcionarnos la información y ayuda que nosotros requiramos.**
40. **En el caso de su fallecimiento, sus representantes legales quedarán cubiertos según la tabla de Beneficios, siempre que cumplan con los términos descritos en este documento.**

Consulte las CONDICIONES GENERALES y EXCLUSIONES GENERALES.

## INTERRUPCIÓN

### LO QUE CUBRE

**DEBE PONERSE SIEMPRE EN CONTACTO CON AXA ASSISTANCE ANTES DE INTERRUMPIR SU VIAJE**

Número de Teléfono +34 938 005 656

Hasta la cantidad que se muestra en la **Tabla de garantías** por **viaje** para gastos de **viaje**, matrícula y alojamiento no utilizados irre recuperables y cualquier excursión, tour o actividad pagados con antelación en **su destino** que **usted** haya pagado o tendrá que pagar para las **personas cubiertas** junto con los gastos de viaje adicionales razonables incurridos si el **viaje** se interrumpe antes de finalizarse como resultado de cualquiera de los siguientes cambios en las circunstancias, que están fuera de **su** control y de los que **usted** no era consciente cuando **usted** reservó **su viaje** o comenzó **su viaje**, lo que ocurra después:

- a. Enfermedad, lesión, complicación del embarazo o fallecimiento imprevisto **suyo**, de un **pariente cercano** o de cualquier persona con la que **usted** viaje o planee pasar la estancia de **su viaje**.
- b. Los servicios de emergencia que requieran que **usted** permanezca en o regrese a **casa** debido a daños graves en **su casa** o negocio (siempre que **usted** sea propietario, director o encargado del mismo) causados por terceros no emparentados con **usted**.
- c. Si **Usted** o cualquier acompañante de viaje o persona con la que **usted** planee pasar la estancia de **su viaje** es miembro de las Fuerzas Armadas, Policía, Bombero, del Servicio de Enfermería o Ambulancia o trabajador de un Departamento del Gobierno, y **su** permiso es cancelado por razones operativas, siempre que dicha cancelación no haya podido ser razonablemente prevista en el momento de **usted** adquirir este seguro o de reservar el **viaje** (lo que sucediera después).

Consulte la sección REALIZAR UNA RECLAMACIÓN para saber qué documentos deberá **usted** aportar.

**ADVERTENCIA:** El reembolso se calculará exclusivamente a partir de la fecha de **su** regreso a **su casa** en **su país de residencia**.

### LIMITACIONES IMPORTANTES EN CASO DE INTERRUPCIÓN

La presente póliza no cubre ninguna reclamación derivada directa o indirectamente de una **enfermedad previa conocida** por **usted** antes de que contratase la póliza o que reservase **viaje** (de las dos fechas, seleccionaremos la más tardía) que afecte a cualquier **pariente cercano**, acompañante de **viaje** **suyo** o persona con la que haya planeado pasar la estancia de **su viaje**, si:

- a. un **médico acreditado** ha realizado un diagnóstico terminal, o
- b. dicha persona se encontraba en una lista de espera o tenía conocimiento de su necesidad de cirugía, hospitalización o investigación en cualquier centro de salud,
- c. durante los 90 días inmediatamente anteriores a **su** adquisición de la póliza o reserva del **viaje** (de las dos fechas, seleccionaremos la más tardía), dicha persona hubiera necesitado una intervención quirúrgica, hospitalización o consulta médica.

Consulte la sección DECLARAR UN SINIESTRO para saber qué documentos deberá aportar **usted**.

### LO QUE NO CUBRE

1. **Cualquier enfermedad previa.**
2. **Cualquier solicitud de cobertura para la que usted no haya obtenido nuestra autorización previa antes de regresar a su país de residencia. Nosotros confirmaremos la necesidad de su regreso a casa antes de interrumpir el viaje por lesión corporal o enfermedad.**

3. **Cualquier coste de transporte y/o alojamiento no organizado por nosotros o incurrido sin nuestra aprobación previa.**
4. **Cualquier solicitud de cobertura derivada de las complicaciones del embarazo que se manifiesten por primera vez antes de haber empezado su viaje.**
5. **Cualquier solicitud de cobertura relacionada con tratamientos de fecundación in vitro.**
6. **Las solicitudes de cobertura para las que usted no haya aportado la documentación requerida por nosotros.**
7. **Cualquier solicitud de cobertura derivada directa o indirectamente de circunstancias conocidas por usted antes de su fecha de adquisición de la póliza o de reservar o comenzar un viaje (de estas fechas, seleccionaremos la más tardía) y que pudieran previsiblemente dar lugar a una solicitud de cobertura.**
8. **Cualquier coste de interrupción del viaje debida a lesión corporal o enfermedad, siempre que no usted no aporte un certificado médico del médico acreditado que trate a la persona lesionada/enferma que indique que era necesario para usted regresar a su país de residencia debido a dicha lesión corporal o enfermedad.**
9. **Las solicitudes de cobertura para acompañantes de viaje que no sean personas cubiertas.**
10. **Cualquier coste abonado para el uso de millas de bonificación de compañías aéreas, por ejemplo Avios (anteriormente millas aéreas), tarjetas de puntos, tiempo compartido, fianza de residencias vacacionales u otros sistemas de puntos y/o tasas de mantenimiento asociadas.**
11. **Cualquier coste o cargo que vaya a compensarle el servicio de transporte público a usted.**
12. **Las reclamaciones en las que haya usted incumplido los términos de contrato de la agencia de viajes, turoperador o servicio de transportes.**
13. **Huelga o acción sindical o retraso en el control del tráfico aéreo anunciados públicamente o existentes en la fecha en que estos beneficios se hicieran efectivos o en que usted reservara su viaje (de estas dos fechas, seleccionaremos la más temprana).**
14. **Retirada de servicio (temporal o de otro tipo) de una aeronave o buque marítimo por recomendación de la autoridad aeronáutica o portuaria o de un organismo similar en cualquier país.**
15. **Cualquier solicitud de cobertura derivada de que falle el proveedor de un servicio que forme parte de su viaje reservado para proporcionar una parte de su viaje (exceptuando excursiones), incluidos errores, insolvencia, omisión o incumplimiento.**
16. **Cualquier interrupción causada por compromiso de trabajo o cambio de su derecho a vacaciones por parte de su empresa, salvo que usted o cualquier acompañante de viaje o persona con la que vaya a pasar usted la estancia de su viaje sea miembro de las Fuerzas Armadas, Policía, Bombero, del Servicio de Enfermería o Ambulancia, o trabajador de un Departamento del Gobierno y su permiso sea cancelado por razones operativas.**
17. **Cualquier reclamación resultante de su imposibilidad de viajar debido a que no haya producido, obtenido o recogido un pasaporte en vigor.**

Consulte las CONDICIONES GENERALES y EXCLUSIONES GENERALES.

## SALIDAS CON RETRASO LO QUE CUBRE

Si ha llegado **usted** a la terminal y facturado o intentado hacerlo durante **su viaje de ida o vuelta** y la salida de **su transporte público** previamente reservado tiene un retraso de más de 12 horas (a partir de la hora programada) en el punto final de salida, a partir de la hora programada debido a:

1. **huelga o acción sindical**, o
2. **condiciones meteorológicas** adversas, o
3. avería mecánica o fallo técnico en el **transporte público** regular habiendo reservado **usted** el viaje, **nosotros le** abonaremos:
  - a. 20 € por las primeras 12 horas completas que se retrase **su** salida, y
  - b. 20 € por cada período adicional de retraso de 12 horas completas.

Lo máximo que **nosotros le** abonaremos por **viaje** es 280 €.

Consulte la sección REALIZAR UNA RECLAMACIÓN para saber qué documentos deberá **usted** aportar.

## LO QUE NO CUBRE

1. **Cualquier coste que haya sido o vaya a serle reembolsado a usted por parte de una empresa de transportes o proveedor y todas las cantidades pagadas como indemnización por dicha empresa.**
2. **Las solicitudes de cobertura en caso de no haber facturado usted o intentado facturar según el itinerario que le facilitemos a usted. Usted debe además llegar al punto de salida antes de la hora de salida aconsejada.**
3. **Las solicitudes de cobertura en caso de que usted haya incumplido los términos de contrato de la agencia de viajes, turoperador o servicio de transportes.**

4. Las solicitudes de cobertura para las que usted no haya obtenido confirmación por escrito de la empresa de transportes (o agente comercial) respecto al número de horas y motivo del retraso.
5. Huelga, acción sindical o retraso del control de tráfico aéreo que haya comenzado o sido anunciado antes de que hiciera usted su reserva para su viaje y/o adquiriera usted la póliza.
6. La retirada de servicio (temporal o de otro tipo) de un transporte público por recomendación de la autoridad aeronáutica o portuaria o de un organismo similar en cualquier país.
7. Cualquier solicitud de cobertura si usted no hubiera sufrido retraso de más de 12 horas a partir de la hora de salida programada.
8. Cualquier solicitud de cobertura por salida con retraso incluida en esta sección si usted ya la ha realizado bajo las secciones SALIDA PERDIDA o INTERRUPCIÓN.
9. Vuelos privados.

Consulte las CONDICIONES GENERALES y EXCLUSIONES GENERALES.

## PÉRDIDA DE TRANSPORTE

### LO QUE CUBRE

Si llega demasiado tarde al aeropuerto, puerto o terminal de ferrocarril para comenzar **su viaje** internacional, debido a:

- a. fallo de otro **transporte público**, o
- b. accidente o avería del vehículo en que **usted** viaja, o acontecimiento importante que cause graves retrasos en la carretera por la que **usted** circula,

**nosotros** le reembolsaremos a **usted** hasta la cantidad indicada en la **tabla de Beneficios** por **viaje** para todas las **personas cubiertas** que viajen juntas, el alojamiento adicional (solo habitación) y gastos de viaje necesarios incurridos para alcanzar **su** destino en el extranjero o los vuelos de enlace fuera del **país de residencia**.

**ADVERTENCIA:** Las reclamaciones se calculan a partir de **su** hora exacta de salida programada hasta **su** hora de salida real.

Consulte la sección DECLARAR UN SINIESTRO para saber qué documentos deberá **usted** aportar.

### LO QUE NO CUBRE

1. Solicitudes de cobertura relativas a situaciones en las que usted no haya previsto tiempo suficiente para llegar, según el horario del transporte público o mediante otro medio que le dejara a usted en el punto de salida (p. ej. según el tiempo prudencial marcado en un itinerario/mapa de ruta acreditado basado en un medio de transporte dado para llegar a tiempo de facturar).
2. Solicitudes de cobertura para las que usted no haya proporcionado un informe escrito de la empresa de transportes confirmando la duración y motivo del retraso.
3. Costes adicionales a los gastos del transporte alternativo proporcionado por el proveedor original en caso de que usted lo tome.
4. todas las cantidades pagadas como indemnización por la empresa de transporte.
5. Solicitudes de cobertura cuando usted no haya guardado y proporcionado las facturas originales por costes superiores a 5 €.
6. Avería de cualquier vehículo en el que usted viaje si es propiedad suya y no ha sido oportunamente revisado y mantenido siguiendo las instrucciones del fabricante.
7. Solicitudes de cobertura cuando usted no haya obtenido un informe escrito de la policía, servicio de emergencias o de un mecánico y/o factura en el plazo de los 7 días posteriores a su vuelta a casa si el vehículo en el que usted viaja sufre una avería o accidente.
8. La retirada de servicio (temporal o de otro tipo) de un transporte público por recomendación de la autoridad aeronáutica o portuaria o de un organismo similar en cualquier país.
9. Cualquier solicitud de cobertura incluida en esta sección si usted la ha realizado bajo las secciones INTERRUPCIÓN o SALIDA CON RETRASO.
10. Cualquier gasto cuando el operador de transporte público proporcione planes de viaje alternativos razonables en las 12 horas siguientes a la hora de salida o vuelo de enlace programado.
11. Vuelos privados.
12. Huelga o acción sindical que haya comenzado o sido anunciada antes de que hiciera sus reservas de viaje y/o adquiriera usted la póliza.
13. Denegación de embarque debido a su abuso de drogas o alcohol o su incapacidad de proporcionar un pasaporte en vigor, visado u otra documentación requerida por el operador de transporte público.

Consulte las CONDICIONES GENERALES y EXCLUSIONES GENERALES.

## RETRASO DEL EQUIPAJE

### LO QUE CUBRE

Hasta la cantidad indicada en la **Tabla de Beneficios** en total, para todas las **personas cubiertas** que viajan juntas, para el reemplazo de emergencia de ropa, medicamentos y artículos de higiene personal y cosmética si el **equipaje** facturado se pierde temporalmente en tránsito durante el **viaje de ida** y no se le devuelve a **usted** durante las 12 horas posteriores a su llegada, siempre que obtenga confirmación escrita de la aerolínea donde conste el número de horas de retraso del **equipaje**.

Si la pérdida es permanente, la cantidad será deducida del importe final a pagar según los términos de EQUIPAJE, DINERO PROPIO Y DOCUMENTOS DE VIAJE.

### REQUISITOS IMPORTANTES A LA HORA DE PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN DE COBERTURA

1. **Usted** debe obtener confirmación por escrito de la empresa de transporte donde conste el número de horas de retraso del **equipaje**. **Usted** debe:
  - obtener un parte de Irregularidad de Equipaje de la compañía aérea o de su agente comercial
  - reclamar por escrito dentro de los límites de tiempo que la empresa de transporte establezca, conservando una copia.
  - conservar todos los billetes y visados para presentarlos junto con la reclamación.
2. Todas las cantidades son solo por gastos reales justificables, previa deducción de cualquier compensación pagada por la empresa de transportes.
3. Las cantidades que se muestran en la **tabla resumen de las garantías** corresponden al total de cada retraso, independientemente del número de beneficiarios que viajen juntos.

Consulte la sección REALIZAR UNA RECLAMACIÓN para saber **qué** documentos deberá usted aportar

### LO QUE NO CUBRE

1. **Las solicitudes de cobertura no relacionadas con su viaje de ida durante un viaje fuera de su país de residencia.**
2. **Las solicitudes de cobertura causadas por retraso, confiscación o detención por parte del funcionario de aduanas u otra autoridad.**
3. **Las solicitudes de cobertura derivadas del equipaje enviado como carga o por conocimiento de embarque.**
4. **Cualquier coste que deba o vaya a serle compensado por una compañía aérea o proveedor a usted.**
5. **El reembolso de costes relativos a artículos comprados después de que su equipaje le haya sido devuelto.**
6. **Reembolso en caso de que las facturas de los artículos adquiridos no nos sean proporcionadas.**
7. **Las solicitudes de cobertura para las que usted no ha obtenido confirmación por escrito de la empresa de transporte (o agente comercial) donde conste el número de horas de retraso del equipaje y cuándo le fue devuelto el equipaje a usted.**
8. **Cualquier compra hecha fuera de los 4 días posteriores a la llegada real al destino.**

Consulte las CONDICIONES GENERALES y EXCLUSIONES GENERALES.

## EQUIPAJE, DINERO PROPIO Y DOCUMENTOS DE VIAJE

### LO QUE CUBRE

#### EQUIPAJE

Hasta la cantidad indicada en la **tabla resumen de las garantías** por **viaje** para todas las **personas cubiertas** que viajen juntas, por pérdida accidental, **robo** o daño en el **equipaje** y **objetos de valor**.

La cantidad abonable corresponderá al valor en el momento de compra menos la devaluación basada en la antigüedad de los bienes, de acuerdo con la siguiente tabla (o si el artículo puede ser reparado por un precio razonable, **nosotros** solo abonaremos el coste de reparación).

El máximo que **nosotros** abonaremos por un único artículo, **par o juego** de artículos es igual al Límite de un único artículo indicado en la **tabla resumen de las garantías**.

El máximo que abonaremos por todos los **objetos de valor** en total es igual al límite de dichos **objetos** indicado en la **tabla resumen de las garantías**.

#### DINERO PROPIO

Hasta las cantidades indicadas en la **tabla resumen de las garantías** por **viaje** para todas las **personas cubiertas** que viajen juntas, por pérdida accidental, **robo** o daño en algún **dinero propio**.

**Nosotros** abonaremos la cantidad indicada en la **tabla resumen de las garantías** según el límite de efectivo por billetes y monedas.

#### DOCUMENTOS DE VIAJE

Hasta la cantidad indicada en la **tabla resumen de las garantías** por gastos adicionales razonables de transporte y alojamiento

incurridos en el extranjero necesariamente para obtener **sus** nuevos documentos de viaje por pérdida o robo, así como los costes proporcionales del documento perdido o robado.

Consulte la sección DECLARAR UN SINIESTRO para saber qué documentos deberá **usted** aportar

## REQUISITOS IMPORTANTES A LA HORA DE PRESENTAR UNA SOLICITUD DE COBERTURA

1. Si el **equipaje** se pierde, daña o es robado durante la custodia de una empresa de transporte, autoridad u hotel, debe **usted** dirigirse a ellos por escrito indicando los detalles del incidente. **Usted** debe obtener un denuncia de la policía local en el plazo de 24 horas.
2. Si el **equipaje** se pierde, daña o es robado durante la custodia de una compañía aérea, deberá **usted**:
  - obtener un Parte de Irregularidad de Equipaje de la compañía aérea en el aeropuerto cuando se produzca el incidente.
  - reclamar por escrito a la compañía aérea dentro de los límites de tiempo que esta o el agente comercial establezcan, conservando una copia.
  - conservar todos los billetes y visados para presentarlos junto con la solicitud de cobertura.
3. **Usted** debe proporcionar la factura original como prueba de propiedad de los artículos para ayudar a fundamentar **su** solicitud de cobertura.
4. Cualquier cantidad abonada bajo RETRASO DEL EQUIPAJE será deducida de la cantidad final a pagar según los términos de esta sección.

## LO QUE NO CUBRE

1. **Las solicitudes de cobertura no respaldadas con la prueba de propiedad o tasación (obtenida antes de la pérdida) de los artículos perdidos, robados o dañados.**
2. **Los incidentes de pérdida o robo de equipaje u objetos de valor que no hayan sido denunciados a la policía local en el plazo de 24 horas tras conocer el hecho y para los cuales no se haya obtenido un informe por escrito; no basta con un Informe del Agente Vacacional.**
3. **Los artículos dañados durante su viaje, si no obtiene usted un informe de daños/reparación de una persona apropiada en el plazo de 7 días a partir de su regreso a su país de residencia.**
4. **La pérdida o daño causado por la retención, confiscación o detención por parte del funcionario de aduanas u otra autoridad.**
5. **Los cheques, cheques de viaje, giros postales o bancarios, cupones y vales de prepago y billetes de transporte, si no ha seguido usted las normas del emisor.**
6. **Las reclamaciones relacionadas con divisas si no presenta usted prueba de haber cambiado previamente.**
7. **Piedras preciosas sin engarzar, lentes de contacto o corneales, lentes sin graduar o gafas de sol sin receta, audífonos, accesorios dentales o médicos, cosméticos, perfumes, tabaco, vaporizadores o cigarrillos electrónicos, drones, alcohol, antigüedades, instrumentos musicales, escrituras, manuscritos, valores, productos perecederos, tablas de surf/tablas de vela, bicicletas, equipo o embarcaciones marinas o cualquier equipo o accesorio relacionado de cualquier tipo y daños a las maletas (a menos que las maletas sean totalmente inutilizables como resultado de una sola incidencia de daños), daños a porcelana, cristal (que no sea cristal de esferas de reloj, lentes y gafas de sol graduadas, cámaras, binoculares o telescopios), artículos frágiles o quebradizos, a menos que sean causados por incendio, robo o accidente en el vehículo o embarcación en el que se transportan.**
8. **La pérdida o daño debido a la rotura del equipo de deporte o daños en la ropa deportiva durante su uso.**
9. **Cualquier cantidad ya abonada bajo RETRASO DEL EQUIPAJE.**
10. **Cualquier artículo relacionado con su negocio, comercio, profesión u ocupación.**
11. **Daños causados por desgaste, depreciación, deterioro, condiciones atmosféricas o climáticas, polillas, parásitos, procesos de limpieza, reparación o restauración, avería mecánica o eléctrica, o causados por líquidos.**
12. **Depreciación del valor, variaciones de los tipos de cambio o pérdida debida a error u omisión suya o de un tercero.**
13. **Las solicitudes de cobertura derivadas de una pérdida o robo en su alojamiento, salvo que haya prueba de que la entrada ha sido forzada y esto sea confirmado en un informe policial.**
14. **Los objetos de valor o dinero propio o pasaportes dejados desatendidos en cualquier momento (incluso bajo la custodia de una empresa de transportes), salvo si son depositados en una caja fuerte o de seguridad bajo llave. Ninguna solicitud de cobertura si se produce el robo de artículos de una caja fuerte o de seguridad del hotel en caso de que usted no informe del incidente por escrito al hotel y obtenga un informe oficial de la autoridad local correspondiente.**
15. **Los objetos de valor o dinero propio o pasaporte dejados desatendidos en un vehículo en cualquier momento, a no ser que todos los artículos se mantengan fuera de la vista en una guantera cerrada o en el maletero y el vehículo muestre signos de entrada forzada.**
16. **Las reclamaciones derivadas de daños causados por fugas de líquidos o polvos contenidos en el equipaje.**
17. **Las reclamaciones derivadas del equipaje enviado como carga.**

Consulte las CONDICIONES GENERALES y EXCLUSIONES GENERALES.

# GASTOS MÉDICOS EN CASO DE EMERGENCIA

## Este no es un seguro médico privado

Si **usted** enferma repentinamente o sufre una lesión o complicación del embarazo y requiere **usted** hospitalización, repatriación o sea previsible que los gastos excedan de 500 €, debe **usted** ponerse en contacto con **nosotros** a través del +34 938 005 656.

**Nosotros** podemos:

- cambiarle a **usted** de hospital, y/o
- llevarlo a **usted** de vuelta a **su casa** en el **país de residencia**, o trasladarlo a **usted** al hospital más adecuado en el **país de residencia**;

en cualquier momento, si **nosotros** y el **médico acreditado** que le trata consideramos que es **necesario por razones médicas** y que es seguro.

Si **nuestro** equipo médico recomienda una fecha factible para **su** repatriación, pero **usted** decide no ser repatriado, **nuestra** responsabilidad de pagar cualquier coste adicional recogido en esta sección queda limitada a partir de dicha fecha a la cantidad que **nosotros** habríamos pagado de haberse producido **su** repatriación.

## LO QUE CUBRE

Hasta la cantidad establecida en la **tabla resumen de las garantías** por costes incurridos fuera de **su país de residencia**, incluidos:

- a. Los gastos necesarios y razonables derivados de una **emergencia médica** relacionada con **usted**. Esto incluye los honorarios de los **médicos acreditados**, gastos de hospitalización, tratamiento médico y todos los costes resultantes de transportarle a **usted** al hospital adecuado más cercano, cuando lo considere necesario un **médico acreditado**.
- b. Los gastos de urgencia necesarios y razonables para todos los bebés nacidos a raíz de **complicaciones del embarazo** durante un **viaje**. A efectos de cobertura, los nacimientos múltiples serán considerados como uno solo.
- c. Los tratamientos dentales de emergencia para el alivio inmediato del dolor y/o reparación de dentaduras postizas o implantes solo para reducir las molestias al comer.
- d. Con **nuestra** autorización previa, los costes adicionales de repatriarle a **usted** a **su casa** cuando así lo recomiende **nuestro** médico jefe, incluyendo el coste de acompañamiento médico, si fuera necesario. Los gastos de transporte de la repatriación serán de la misma clase utilizada en el **viaje de ida**, salvo que **nosotros** autoricemos lo contrario.
- e. Previa autorización **nuestra** y si **nuestro** equipo médico lo considera **necesario por razones médicas**:
  - todos los gastos necesarios razonables de alojamiento (solo habitación) y transporte incurridos si por **razones médicas** es necesario que **usted** prolongue su viaje más allá de la fecha inicialmente programada de **su** regreso, incluyendo los costes del viaje de vuelta a **su país de residencia**, si **usted** no puede usar **su** billete original.
  - todos los gastos necesarios y razonables de alojamiento (solo habitación) y transporte incurridos por cualquier otra persona (solo una) si los médicos aconsejan acompañarle a **usted** o a un niño a **casa** en **su país de residencia**.
  - hasta 5.000 € para gastos de viaje, y 1.500 € para alojamiento y comidas durante un período máximo de 10 días, para que dos personas puedan viajar hasta donde **usted** se encuentra, si no tiene familiares en un radio de 500 km mientras está **usted** hospitalizado fuera de **su país de residencia** y se espera que la hospitalización dure un mínimo de 7 días, o en el caso de **su** fallecimiento.
  - todos los gastos necesarios y razonables de alojamiento (solo habitación) y transporte para un amigo o **pariente cercano** que viaje desde el **país de residencia** con el fin de acompañar a las personas **cubiertas menores** de 18 años a **su casa** en el **país de residencia** si **usted** es físicamente incapaz de cuidar de ellas y tienen que viajar solas. Si **usted** no puede designar a nadie, **nosotros** designaremos a una persona adecuada. Si el niño no puede utilizar el billete de vuelta original, **nosotros** pagaremos un viaje de solo ida económico para llevarlo de vuelta a **casa**. **Nosotros** no abonaremos transporte ni alojamiento alguno que no haya sido organizado **por** nosotros o sea **incurrido** sin nuestra aprobación previa.
- f. Si **usted** fallece en el extranjero:
  - gastos de incineración o entierro en el país en el que **usted** fallezca, o
  - gastos de transporte para trasladar **su** cuerpo o cenizas de vuelta a **su país de residencia**.

Consulte la sección DECLARAR UN SINIESTRO para saber qué documentos deberá **usted** aportar

## LO QUE NO CUBRE

1. **Cualquier solicitud de cobertura derivada directa o indirectamente de una enfermedad previa.**
2. **Cualquier solicitud de cobertura derivada de enfermedades relacionadas con el embarazo( no de las complicaciones del embarazo) que se manifiesten por primera vez después de haber empezado su viaje. No se consideran acontecimientos imprevistos el embarazo o parto normales, o viajar si su médico acreditado ha establecido que su embarazo conlleva un riesgo elevado de nacimiento prematuro.**
3. **Las solicitudes de cobertura si usted ha rechazado injustificadamente la repatriación médica que nosotros accedamos a proporcionar y pagar en los términos de esta póliza. Si usted opta por una repatriación médica alternativa debe usted notificárnoslo por escrito con antelación y será a su cuenta y riesgo.**

4. **Cualquier coste incurrido por usted fuera del país de residencia a partir de la fecha en que nuestro equipo médico le comuniquemos a usted que debe regresar a casa o una vez nosotros le organicemos su regreso a casa. (Nuestra responsabilidad de pagar cualquier coste adicional recogido en esta sección queda limitada a partir de dicha fecha a la cantidad que nosotros habríamos pagado de haberse producido su repatriación).**
5. **Cualquier tratamiento que no sea quirúrgico o médico y con el fin único de curar o aliviar una enfermedad aguda o lesión imprevista.**
6. **Cualquier gasto que no sea común o razonable para tratar su lesión corporal o enfermedad.**
7. **Cualquier tratamiento o prueba diagnóstica planificada o conocida previamente por usted .**
8. **Cualquier forma de tratamiento o cirugía que, según nuestro equipo médico, pueda ser razonablemente aplazada hasta su regreso al país de residencia.**
9. **Los gastos incurridos al obtener o sustituir el tratamiento requerido en el momento de partida o al mantenerlo durante el viaje fuera del país de residencia excepto en caso de robo o daño.**
10. **Los costes adicionales derivados del alojamiento en habitaciones individuales o privadas.**
11. **Los tratamientos o servicios prestados por una clínica u hospital privado, centro spa, clínica de reposo, residencia de ancianos o cualquier centro de rehabilitación, salvo aprobación nuestra.**
12. **Los costes de tratamientos con fines cosméticos, salvo que nuestro médico jefe lo considere necesario por ser consecuencia de un accidente cubierto por la presente póliza.**
13. **Cualquier gasto incurrido después de que haya regresado usted a su país de residencia, salvo aprobación previa nuestra.**
14. **Los gastos incurridos como consecuencia de una enfermedad tropical si no ha recibido usted las vacunas apropiadas y/o tomado la medicación recomendada.**
15. **El coste de los billetes de avión que superen la clase económica del acompañante no médico en caso de repatriación sanitaria, a no ser que nosotros acordemos lo contrario.**
16. **El coste de tratamientos dentales que incluyan fabricar prótesis, implantes o el uso de metales preciosos y que no estén dirigidos al alivio inmediato del dolor.**
17. **El coste de llamadas de teléfono que no sean directamente dirigidas a nosotros para notificarnos un problema y para las cuales aporte usted factura u otra prueba que muestre el coste de la llamada y el número al que se ha llamado.**
18. **Costes de rescates aéreos o marítimos.**

Consulte las CONDICIONES GENERALES y EXCLUSIONES GENERALES.

## BENEFICIOS DE HOSPITALIZACIÓN

### LO QUE CUBRE

Si aceptamos una solicitud de cobertura de **Gastos Médicos en Caso de Emergencia y de Repatriación**, también LE abonaremos a **usted** la cantidad indicada en la **tabla resumen de las garantías** por gastos incidentales por cada período continuo de 24 horas que tenga que pasar **usted** hospitalizado fuera del **país de residencia**.

Consulte la sección DECLARAR UN SINIESTRO para saber qué documentos deberá **usted** aportar

### LO QUE NO CUBRE

1. **Cualquier periodo adicional de hospitalización relacionado con tratamientos quirúrgicos, incluidas pruebas exploratorias, que no estén directamente relacionadas con la lesión corporal o enfermedad que le llevara a usted a ingresar.**
2. **Cualquier periodo adicional de hospitalización relacionado con tratamientos o servicios proporcionados por una clínica de reposo, residencia de ancianos o centro de rehabilitación.**

Consulte las CONDICIONES GENERALES y EXCLUSIONES GENERALES.

## ACCIDENTE PERSONAL

### LO QUE CUBRE

Hasta la cantidad indicada en la **tabla resumen de las garantías**, si **usted** sufre una **lesión corporal** causada por accidente durante el **viaje** que en los 12 meses siguientes acarree **su**

- Fallecimiento, o
- **Pérdida de visión**, o
- **Pérdida de miembro**, o
- Invalidez Absoluta y Permanente

Si sufre **usted** una **pérdida de miembro** o **pérdida de visión**, se podrán abonar las siguientes cantidades, que en ningún caso superarán el 100% de la suma adjudicada por invalidez absoluta y permanente.

Pérdida de:	Cantidad adjudicada
Ambas manos	100% de la suma adjudicada por de Invalidez Absoluta y Permanente
Ambos pies	
Visión completa en ambos ojos	
Una mano y un pie	
Una mano o pie y la visión completa en un ojo	
Una mano	50% de la suma adjudicada por Invalidez Absoluta y Permanente
Un pie	
Visión completa en un ojo	

Consulte la sección DECLARAR UN SINIESTRO para saber qué documentos **deberá** usted aportar

## REQUISITOS IMPORTANTES A LA HORA DE PRESENTAR UNA SOLICITUD DE COBERTURA

1. **Nuestro médico acreditado** podrá examinarle a **usted** las veces que sean razonablemente necesarias antes de abonar un la suma adjudicada.
2. La suma adjudicada no se abonará en caso de invalidez absoluta y permanente hasta un año después de la fecha en que sufrió **usted** la **lesión corporal**.
3. **Nosotros** no abonaremos más de una suma asegurada por la misma lesión **corporal**.

## LO QUE NO CUBRE

1. **Cualquier solicitud de cobertura derivada directa o indirectamente de una enfermedad previa.**
2. **Cualquier invalidez o fallecimiento causado por un empeoramiento físico (p. ej. un derrame cerebral o infarto) que no resulte directamente de una lesión corporal.**
3. **El abono de la suma adjudicada por invalidez absoluta y permanente antes de que se cumpla un año de la fecha en que sufrió usted la lesión corporal.**
4. **No quedan cubiertos como viajes los traslados normales y habituales entre su lugar de estudio y el lugar de trabajo o segunda residencia.**

Consulte las CONDICIONES GENERALES y EXCLUSIONES GENERALES.

## ACCIDENTE DE VIAJE

### LO QUE CUBRE

Hasta la cantidad indicada en la **tabla resumen de las garantías**, si **usted** sufre una **lesión corporal** causada por accidente durante el **viaje en transporte público** que en los 12 meses siguientes acarree **su**

- Fallecimiento, o
- **Pérdida de visión**, o
- **Pérdida de miembro**, o
- Invalidez Absoluta y Permanente

Si **usted** sufre usted una **pérdida de miembro** o **pérdida de visión**, se podrán abonar las siguientes cantidades, que en ningún caso superarán el 100% de la suma adjudicada por invalidez absoluta y permanente.

Pérdida de:	Cantidad adjudicada
Ambas manos	100% de la suma adjudicada por Invalidez Absoluta y Permanente
Ambos pies	
Visión completa en ambos ojos	
Una mano y un pie	
Una mano o pie y la visión completa en un ojo	
Una mano	50% de la suma adjudicada por Invalidez Absoluta y Permanente
Un pie	
Visión completa en un ojo	

Consulte la sección DECLARAR UN SINIESTRO para saber qué documentos deberá **usted** aportar

## REQUISITOS IMPORTANTES A LA HORA DE PRESENTAR UNA SOLICITUD DE COBERTURA

1. **Nuestro médico acreditado** podrá examinarle a **usted** las veces que sean razonablemente necesarias antes de abonar

- la suma adjudicada..
2. la suma adjudicada no se abonará en caso de invalidez absoluta y permanente hasta un año después de la fecha en que sufrió **usted** la **lesión corporal**.
  3. **Nosotros** no abonaremos más de un beneficio por la misma **lesión corporal**.

## LO QUE NO CUBRE

1. **Cualquier solicitud de cobertura derivada directa o indirectamente de una enfermedad previa.**
2. **Cualquier solicitud de cobertura si usted no viaja en transporte público**
3. **Cualquier invalidez o fallecimiento causado por un empeoramiento físico (p. ej. un derrame cerebral o infarto) que no resulte directamente de una lesión corporal.**
4. **El abono de la suma adjudicada por invalidez absoluta y permanente antes de que se cumpla un año de la fecha en que sufrió usted la lesión corporal.**
5. **No quedan cubiertos como viajes los traslados normales y habituales entre su lugar de estudio y el lugar de trabajo o segunda residencia.**

Consulte las CONDICIONES GENERALES y EXCLUSIONES GENERALES.

## RESPONSABILIDAD CIVIL

### LO QUE CUBRE

Hasta la cantidad indicada en **la tabla resumen de las garantías**, cualquier importe que tenga **usted** que asumir legalmente como indemnización por una reclamación contra **usted** o conjunto de ellas derivadas de un incidente ocurrido durante un **viaje** fuera del **país de residencia**, en casos accidentales de:

1. **Lesión corporal**, fallecimiento, enfermedad de cualquier persona que no sea **su** compañero de trabajo, pariente, **pariente cercano** ni miembro de **su** casa.
2. Pérdida o daños en bienes que no le pertenezcan ni estén a **su** cargo o bajo **su** control, el de un pariente, **pariente cercano**, compañero suyo de trabajo ni miembro de su hogar, que formen parte de un alojamiento vacacional temporal ocupado por **usted** (pero no de **su** propiedad).

Consulte la sección DECLARAR UN SINIESTRO para saber qué documentos deberá **usted** aportar

### REQUISITOS IMPORTANTES A LA HORA DE PRESENTAR UNA SOLICITUD DE COBERTURA

1. **Usted** debe proporcionarnos notificación escrita tan pronto como se produzca un incidente que pueda dar lugar a una reclamación contra **usted**.
2. **Usted** no deberá admitir responsabilidad alguna ni pagar, ofrecer, prometer pagar o negociar una reclamación contra **usted** sin **nuestro** consentimiento escrito.
3. **Nosotros** estamos facultados, si **nosotros** así lo consideramos, para asumir y ejercer en **su** nombre la defensa de cualquier solicitud de indemnización o daño o de otro tipo frente a terceros. **Nosotros** tendremos plena discreción para dirigir las negociaciones o procedimientos o resolver reclamaciones, y **usted** deberá proporcionarnos la información y ayuda que **nosotros** requiramos.
4. En el caso de **su** fallecimiento, **sus** representantes legales quedarán cubiertos según la **tabla resumen de las garantías**, siempre que cumplan con los términos descritos en este documento.

### LO QUE NO CUBRE

Indemnizaciones o costes legales derivados de:

- a. **Las responsabilidades asumidas por usted que no le hubiera correspondido a usted asumir.**
- b. **Actividad empresarial, comercial, trabajo voluntario remunerado o no, profesional, ocupacional o prestación de bienes o servicios.**
- c. **Propiedad, posesión o uso de armas de fuego, vehículos, aeronaves o embarcaciones (que no sean tablas de surf ni botes, bateas o canoas propulsadas manualmente).**
- d. **La transmisión conocida o intencional de cualquier enfermedad o virus contagioso.**
- e. **La propiedad u ocupación de terrenos o construcciones (que no sean alojamientos vacacionales temporales, en cuyo caso nosotros no abonaremos los primeros 250 € de todas y cada una de las reclamaciones derivadas del mismo incidente).**
- f. **Sus actos criminales, dolosos o deliberados.**
- g. **Daños punitivos o ejemplares**

Consulte las CONDICIONES GENERALES y EXCLUSIONES GENERALES.

## DECLARAR UN SINIESTRO

En caso de emergencia **usted** debe **llamarnos** al +34 938 005 656.

Para cualquier otra solicitud llame a **nuestro** servicio de asistencia al +34 938 005 656 (lunes a viernes, 09:00 – 17:00) a fin de obtener un formulario de reclamaciones. **Usted** deberá aportar:

- **su** nombre
- **su** número de póliza
- una breve descripción del siniestro y de **su** solicitud.

**Usted** deberá contactar con **nosotros** en un plazo de 28 días a partir del momento en el que sea conocedor del evento que justifica su solicitud de cobertura. Asimismo, deberá hacernos llegar lo antes posible **su** formulario de declaración de siniestro debidamente cumplimentado, así como cualquier información o documento adicional que le fueran requeridos por **nosotros**

Conserve copia de toda la documentación que **nos** envíe. Con el objetivo de resolver las solicitudes de cobertura de manera justa y rápida, podremos designar a un agente tramitador.

Deberá obtener ciertos documentos e informaciones relativos a **su** solicitud mientras se encuentre todavía de **viaje**. Podremos solicitarle más documentos de los indicados a continuación para justificar **su** solicitud de cobertura. En caso de que **usted** no aporte la documentación necesaria, **su** solicitud podrá ser rechazada. A continuación se detalla una lista de los documentos que **nos** debe aportar para ayudarnos a resolver **su** solicitud de cobertura lo antes posible:

### PARA TODOS LOS SINIESTROS:

- **Sus** confirmaciones de reserva y documentos de viaje originales que indiquen las fechas del viaje y cuándo se hizo la reserva.
- Facturas originales y cuentas de todos los gastos corrientes en que haya **usted** incurrido.
- Facturas o recibos originales que **usted** deba pagar.
- Los detalles de otros seguros que puedan también cubrir el incidente.
- Cualquier documentación **suya** que sea útil para justificar **su** reclamación.
- En caso de solicitudes de cobertura relacionadas con enfermedades o lesiones será necesario aportar un certificado escrito por el **médico acreditado** que le atienda a **usted**, a un **pariente cercano** o a cualquier persona con la que **usted** viaje o pase la estancia. Cualquier solicitud de cobertura por fallecimiento requerirá **aportarnos** un certificado del **médico acreditado** que le atienda a **usted**, a un **pariente cercano** o a cualquier persona con la que **usted** viaje o pase la estancia junto con una copia del certificado de defunción.
- Facturas originales o prueba de propiedad de los artículos robados, perdidos o dañados

### CANCELACIÓN

- Facturas originales de cancelación que indiquen todos los gastos de cancelación incurridos y todos los reembolsos obtenidos.
- Para presentar una solicitud de cobertura por abandono después de 24 horas de retraso, **usted** deberá obtener un informe escrito de la empresa de transporte confirmando la duración y motivo de dicho retraso.
- Si **su** solicitud está relacionada con otras circunstancias cubiertas por **nosotros**, le indicaremos la documentación que deberá aportarnos junto con los formularios de declaración de siniestro.

### INTERRUPCIÓN

- Original de la factura o confirmación de reserva del nuevo vuelo.
- Confirmación de reserva original de cada excursión previamente pagada no disfrutada que indique la fecha y cantidad abonada.
- En caso de solicitudes de cobertura relativas a enfermedades o lesiones será necesario aportar un certificado escrito por el **médico acreditado** que le atienda a **usted**, a un **pariente cercano** o a cualquier persona con la que **usted** viaje o pase la estancia del **viaje**. Si **usted** interrumpe su viaje debido a un fallecimiento deberá **aportarnos** un certificado del **médico acreditado** que le atienda a **usted**, a un **pariente cercano** o a cualquier persona con la que **usted** viaje o pase la estancia del **viaje**, junto con una copia del certificado de defunción.

### PÉRDIDA DE TRANSPORTE

- Prueba del motivo de pérdida del transporte:
  - Falta de **transporte público**: escrito que confirme la duración y motivo del retraso.
  - Avería: informe del taller indicando la fecha y avería del vehículo.
  - Problemas en carretera: impreso de la agencia de carreteras que muestre la fecha, o confirmación escrita de la policía indicando localización, duración y motivo del retraso.
- Prueba de cualquier gasto de transporte/alojamiento adicional incurrido a raíz de la pérdida del transporte.

### SALIDAS CON RETRASO

- Confirmación por escrito de la empresa de transportes (o agente comercial) respecto a la duración y motivo del retraso.
- Facturas originales de la compra de comidas y bebidas y alojamiento adicional, si es necesario.

## RETRASO DEL EQUIPAJE

- Parte de Irregularidad de Equipaje (PIR) de la empresa de transporte o su agente comercial.
- Escrito de la compañía aérea confirmando el motivo y duración del retraso y cuándo le fueron devueltas **sus** pertenencias.
- Facturas detalladas originales de cualquier compra de emergencia realizada.

## EQUIPAJE/DINERO PROPIO/PASAPORTE

- Si se pierde o es robado, informe policial confirmando que denunció **usted** el incidente en las 24 horas posteriores a notar su falta.
- Si se pierde o daña por acción de la empresa de transporte, obtenga un Parte de Irregularidad de Equipaje (PIR) y escrito de la compañía aérea confirmando la pérdida del artículo. Conserve las etiquetas de las maletas, en la medida de lo posible.
- Si pierde o le roban **dinero propio**, un informe policial confirmando lo ocurrido e indicando lo perdido, y recibo del banco/oficina de cambio como prueba de propiedad.
- Un informe de daños y estimación de reparación de los artículos dañados.
- Conserve todos los artículos con daños irreparables para que **nosotros** podamos examinarlos.

## PASAPORTE

- Informe policial o de la embajada confirmando que denunció **usted** la pérdida del pasaporte a las autoridades locales en las 24 horas siguientes de notar su falta.
- Facturas originales de cualquier gasto adicional incurrido de alojamiento o transporte.

## GASTOS MÉDICOS

- En caso de **emergencia médica** deberá **usted** ponerse en contacto con **nosotros** a través del +34 938 005 656 lo antes posible.
- Los costes de tratamiento ambulatorio (excepto fracturas) correrán a **su** cargo. Conserve todas las facturas originales y obtenga un informe médico del hospital que confirme la enfermedad o lesión, el tratamiento y las fechas de admisión y alta correspondientes.
- Un informe de alta del **médico acreditado** que confirme los gastos sanitarios y de tratamiento.
- Si hay gastos pendientes, envíe una copia de la factura. Especifique en ella que sigue pendiente de pago.
- Si incurre **usted** en algún gasto adicional tras **nuestra** autorización, aporte también las facturas.

## BENEFICIOS HOSPITALARIOS

- Facturas originales de cualquier gasto imprevisto incurrido.
- Informe médico que confirme las fechas de admisión y alta.

## ACCIDENTE PERSONAL Y ACCIDENTE DE VIAJE

- Explicación detallada de las circunstancias que rodearon al incidente, incluido pruebas fotográficas y vídeos (si procede).
- Un certificado del **médico acreditado** que confirme el alcance de la lesión y tratamiento recibido, incluida hospitalización y alta.
- Certificado de defunción (si procede).
- Datos personales de los testigos, aportando declaraciones por escrito, a ser posible.

## RESPONSABILIDAD CIVIL

- Explicación detallada de las circunstancias que rodearon al incidente, incluido pruebas fotográficas y vídeos (si procede).
- Todas las citaciones judiciales y demás correspondencia recibida de un tercero.
- Datos personales de los testigos, aportando declaraciones por escrito, a ser posible.

## PROCEDIMIENTO PARA PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN

Hacemos todo lo posible para proporcionarle a **usted** un servicio de la mejor calidad. Sin embargo, si el servicio recibido no cumple con sus expectativas, el siguiente procedimiento queda a **su** entera disposición:

**Usted** tiene a su disposición un Departamento de Atención al Cliente para la gestión de cuantas quejas y reclamaciones quiera formular, derivadas de la aplicación del presente contrato de seguro.

Las quejas y reclamaciones se podrán presentar mediante escrito dirigido al Departamento de Atención al Cliente sito en Barcelona, calle Tarragona, nº 161, 08014 o bien mediante correo electrónico dirigido a la dirección [reclamaciones@axa-assistance.es](mailto:reclamaciones@axa-assistance.es)

El plazo de respuesta por nuestra parte no superará los 40 días laborables desde la recepción de la queja o reclamación. Transcurrido dicho plazo sin respuesta por parte de la Aseguradora, o en caso de disconformidad, podrá presentar la queja o la reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, sita en Madrid, Paseo de la Castellana nº 44, 28046.

## USO DE SUS DATOS PERSONALES

De conformidad con la normativa vigente de protección de datos personales se informa que los datos de carácter personal que el **Titular de la póliza y las personas cubiertas** puedan facilitarnos serán tratados por **nosotros**, en calidad de Responsable de los datos para la suscripción del seguro, la gestión de la actividad aseguradora y el cumplimiento del propio contrato de seguro, la prestación de asistencia, así como la tramitación de siniestros y reclamaciones y gestión de reembolsos o

indemnizaciones que en su caso tenga derecho la **persona cubierta**. Dichas actividades pueden incluir el tratamiento de los siguientes datos:

- Uso de información sensible respecto a **su** salud, al objeto de proveer los servicios descritos en el contrato de seguro. Contratando nuestros servicios el Titular de la póliza consiente el uso de dicha información para la citada finalidad.
- Comunicación de sus datos y de la cobertura de su seguro a otras entidades del Grupo AXA, a nuestros proveedores de servicios y agentes al objeto de gestionar los servicios descritos en su póliza, para la prevención del fraude, para efectuar pagos y otros requeridos o permitidos por la ley aplicable.
- Grabación de llamadas para la prestación del servicio de asistencia y control de la calidad.
- Realización de encuestas y solicitudes de opinión respecto a nuestros productos y servicios.
- Estudios técnicos para el análisis de siniestros y primas, tarificación, apoyo al proceso de suscripción y consolidación de informes financieros (incluso regulatoria).

Por ello, la **persona cubierta** consiente y autoriza expresamente y a través del pago de la prima que los datos de carácter personal facilitados sean tratados con las finalidades mencionadas con anterioridad. En el caso de que los datos facilitados se refieran a personas físicas distintas del **Titular de la Póliza** o de la **persona cubierta**, el **Titular de la Póliza/Persona Cubierta** manifiesta haber informado y obtenido el consentimiento previo de aquellas para el tratamiento de sus datos de acuerdo con las finalidades previstas en la póliza. En concreto de menores de edad, si el **Titular de la Póliza/Persona Cubierta** no es representante legal del menor se compromete a obtener el consentimiento expreso de éste.

Así mismo, **garantizamos** que los datos facilitados por el solicitante, no serán vendidos bajo ningún concepto.

La prestación del consentimiento a dicho tratamiento resulta imprescindible para la formalización de la relación contractual a la que se refiere el presente documento, no siendo posible sin el mismo.

El **Titular de la Póliza** podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación y supresión, limitación y portabilidad ante la Entidad Aseguradora, en los términos previstos en la legislación de protección de datos. Asimismo, en el caso en el que considere que la información que tenemos sobre usted no está actualizada puede ponerse en contacto con nosotros al objeto de corregirla. Puede ejercitar los citados derechos dirigiendo sus comunicaciones a:

Responsable de Protección de Datos  
AXA Travel Insurance Limited  
106-108 Station Road  
Redhill  
RH1 1PR, Reino Unido

Correo electrónico: [dataprotectionenquiries@axa-assistance.co.uk](mailto:dataprotectionenquiries@axa-assistance.co.uk)

Asimismo, el solicitante autoriza a Inter Partner Assistance SA el tratamiento de sus datos a fin de remitirle información sobre otros productos de seguro comercializados por la Compañía y, para cederlos con el mismo fin a otras Compañías del grupo.

Tiene a su disposición nuestra política de privacidad completa en [www.axa-assistance.com/en.privacypolicy](http://www.axa-assistance.com/en.privacypolicy).

## CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA

**Usted** podrá cancelar esta póliza contactando con el **Tomador de la Póliza** en la dirección o número indicado en **su** póliza de seguro de viaje. Se **le** reembolsará cualquier prima ya abonada siempre que **usted** no haya viajado y no haya presentado o vaya a presentar solicitud de cobertura alguna ni haya ocurrido un incidente que pueda derivar en una solicitud.

Si **usted** decide cancelar y ha realizado una reclamación o el **viaje** ha comenzado, **usted** no tendrá derecho a ningún reembolso de prima.



**La presente póliza ha sido suscrita por Inter Partner Assistance SA (IPA), que es propiedad exclusiva de AXA Partners Group. Inter Partner Assistance es una empresa belga autorizada por el Banco Nacional de Bélgica y sujeta a una regulación limitada por parte de la Autoridad de Conducta Financiera.**