



## Membresía de Accidentes de Buceo Dive Assist

### Texto de la Póliza

## Texto de la Póliza de Accidentes de Buceo Dive Assist

Por la presente, la **Aseguradora** se compromete a indemnizar al **Miembro Asegurado** que ha suscrito la póliza máster que otorga cobertura a los miembros Dive Assist de Group SIA, o a hacerlo en nombre del **Miembro Asegurado** sujeto a los términos, Condiciones y Exclusiones aquí contenidas hasta el límite de la suma asegurada establecida en el Cuadro de Beneficios por **Accidentes** que resulten en una **Lesión** sufrida mientras el **Miembro Asegurado** participaba en una actividad de **Buceo Recreativo**.

# Contenido

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Información Importante</b>  | <b>4</b>  |
| <b>Información que nos Facilita Ud.</b>  | <b>6</b>  |
| <b>Condiciones médicas preexistentes</b>   | <b>6</b>  |
| <b>Cancelación de la póliza y periodo de desistimiento</b>                         | <b>7</b>  |
| <b>Nuestros Derechos de Cancelación</b>  | <b>7</b>  |
| <b>Procedimiento de Reclamación</b>  | <b>8</b>  |
| <b>Asistencia para Emergencias 24 Horas</b>  | <b>9</b>  |
| <b>Definiciones Generales</b>  | <b>10</b> |
| <b>Contrato de Membresía Asegurada</b>   | <b>13</b> |
| <b>Condiciones Generales (aplicable a todos los apartados)</b>                     | <b>13</b> |
| <b>Ley de Protección de Datos – Datos Personales</b>                               | <b>15</b> |
| <b>Exclusiones Generales (aplicables a todos los apartados)</b>                    | <b>15</b> |
| <b>Datos de Cobertura</b>  | <b>19</b> |
| <b>Apartado 1 – Urgencias Médicas y Otros Gastos</b>                               | <b>19</b> |
| <b>Apartado 2 – Búsqueda y Rescate</b>   | <b>20</b> |
| <b>Apartado 3 – Costes de Transporte y Alojamiento Razonables</b>                  | <b>20</b> |
| <b>Apartado 4 – Accidente Personal</b>   | <b>20</b> |
| <b>Apartado 5 – Gastos Médicos Posteriores al Suceso</b>                           | <b>21</b> |
| <b>Apartado 6 – Responsabilidad Civil</b>  | <b>22</b> |
| <b>Cómo Notificar un Siniestro</b>   | <b>23</b> |
| <b>Reclamaciones Fraudulentas</b>  | <b>23</b> |
| <b>Consejos de tratamiento para la Membresía de Accidente de Buceo Dive Assist</b> | <b>25</b> |

# Información Importante

## Corredor

El corredor de esta póliza de seguro en España es:

Juan Antonio Loredó (Consultores Segursub S.L), corredor de seguros con domicilio en Av. Comte de Sallent, 29. Entresuelo D. ES-07003 Palma de Mallorca (Islas Baleares) ESPAÑA. Estando debidamente inscrito en el Registro Administrativo Especial de Mediadores de seguros de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones de España con la clave F2339, contando a tal efecto con una póliza de Responsabilidad Civil en vigor y la capacidad legal financiera necesaria.

Teléfono: +34 971 69 55 92 Fax: +34 971 69 52 45

Email: [comercial@segursub.com](mailto:comercial@segursub.com)

En los demás territorios rogamos se pongan en contacto con el **Administrador** Dive Master Insurance Consultants

Teléfono +44 1702 476 902

Email: [sales@divemasterinsurance.com](mailto:sales@divemasterinsurance.com)

## Aseguradora

Compensa Vienna Insurance Group ADB Latvia branch, Vienibas gatve 87h, Riga, Letonia, LV-1004.

Bajo la supervisión y control de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones de España y plenamente autorizado ante el registro de aseguradoras y reaseguradoras en España con el código L1174.

Adicionalmente está bajo la supervisión y control de la Comisión del Mercado de Capital y Financiero de Letonia.

Este contrato de seguro queda adjunto a la póliza máster suscrita por Dive Assist Group SIA y sus miembros conforme a lo declarado, y queda suscrita entre el **Asegurado** y la **Aseguradora**. Este documento junto con su Cobertura de Seguro y cualquier suplemento adjunto forman la póliza de seguro aquí establecida. Este documento es un contrato legal por ello le rogamos lo lea entero atentamente.

## Cobertura

Esta póliza está diseñada para otorgar cobertura al **Miembro Asegurado**, con sujeción a los términos, condiciones y exclusiones aquí previstas, en caso de **Accidentes** sufridos mientras el **Miembro Asegurado** realiza actividades de **Buceo Recreativo** y pesca submarina sin el uso de escafandra autónoma (Scuba). La cobertura para residentes en los EEUU y Canadá así como sus territorios y posesiones queda limitada a aquellos **Accidentes** y gastos generados fuera de los EEUU y Canadá así como sus territorios y posesiones.

Este texto que conforma esta Póliza Membresía de Accidente de Buceo Dive Assist establece aquello que está cubierto, aquello que no lo está, así como las condiciones que **Ud.** debe cumplir y la base sobre la cual se liquidarán los siniestros.

El Certificado de Membresía de Accidentes de Buceo Dive Assist y cualquier suplemento de éste forman parte de esta póliza.

Esta póliza forma un contrato de seguro entre **Ud.** y **Nosotros**

**Nosotros** le facilitaremos este contrato de seguro a cambio de la prima que **Ud.** se ha comprometido a abonar.

- Es importante que **Ud.:**
- Lea y revise con detenimiento toda la información facilitada (incluyendo cualquier Exposición de Hecho, en su caso) asegurándose que es precisa y correcta.

- Si **Ud.** no **Nos** facilita la información correcta, o en caso de que **Ud.** no **Nos** informe de cualquier cambio:
  - **Su** póliza puede quedar anulada
  - **Nosotros** podremos rechazar **Su** siniestro
  - **Nosotros** podremos rechazar el pago completo de **Su** siniestro
- compruebe que **Su** póliza, los apartados, niveles de beneficio, y las sumas aseguradas son conforme a **Sus** necesidades
- devuelva esta póliza al **Administrador** en caso de que esta precise alguna enmienda
- cumpla con todos **Sus** deberes conforme a esta póliza.

Los cambios en la cobertura una vez la póliza ha sido emitida deberán ser confirmados mediante un suplemento aparte y/o certificado. **Ud.** deberá guardar estos en un lugar seguro junto con **Su** documento de póliza por si precisara remitirse a ellos en un futuro. **Nuestra** responsabilidad no excederá en ningún caso el nivel de beneficio o aquellas sumas aseguradas previstas en la póliza o conforme a la enmienda del suplemento.

**Este documento no constituye una póliza de seguro médico privado, general de salud, o de mantenimiento sanitaria.**

ESTE DOCUMENTO NO ES una póliza de seguro médico privada, y únicamente otorga cobertura durante una actividad de buceo. No se cubren gastos médicos en caso de que el **Miembro Asegurado** elija recibir un tratamiento privado sin **Nuestra** previa autorización por escrito. **Nosotros** únicamente abonaremos tratamientos privados en el caso de que no exista un acuerdo sanitario de reciprocidad en vigor ni servicio público disponible para el caso, o en caso de que el centro médico privado resulte el único que ofrezca el servicio médico más apropiado.

Asimismo, **Nos** reservamos el derecho de gestionar el traslado desde un centro médico privado a uno público en caso necesario.

En caso de resultar necesario el tratamiento médico para el que se solicita reembolso, **Ud. nos** deberá facilitar a **Nosotros** o a **Nuestros** representantes, acceso sin restricciones a todos sus informes e información médica.

**Conformidad**

En la póliza, el certificado de Membresía de Accidente de Buceo Dive Assist y aquellos de cualesquiera de los suplementos, las palabras en singular incluirán el plural y vice versa. Las palabras en masculino incluirán el femenino y neutro. Las referencias a ‘una persona’ también incluirán a cualquier individuo, sociedad, asociación u otra entidad legal. Las referencias a leyes escritas también incluirán todas sus enmiendas, sustituciones, órdenes o reglamentos. Verá que algunas palabras están en **negrita** – estas se encuentran definidas y tiene un significado especial que se podrá encontrar en las Definiciones Generales.

## Información que nos Facilita Ud.

Deberá cuidar las repuestas que facilita **Ud.** a cualquier pregunta que le hagamos **Nosotros**, asegurándose que toda la información facilitada es precisa y completa.

En caso de que comprobemos que **Nos** ha facilitado información falsa o engañosa de manera deliberada o imprudente, **Nosotros** trataremos esta póliza como si nunca hubiese existido y rechazaremos todos los siniestros. No obstante, si establecemos que, ante **Su** desconocimiento, un **Miembro Asegurado** ha facilitado información falsa o engañosa de manera deliberada o imprudente, trataremos este seguro, en la medida en que guarde relación con dicho **Miembro Asegurado** en cuestión, como si nunca hubiese existido, rechazando todos los siniestros en relación con este **Miembro Asegurado**.

Cualquier **Miembro Asegurado** deberá cuidar sus respuestas a las preguntas que le hagamos asegurándose que toda la información facilitada sea precisa y completa. Si cualquier información que **Ud.** o cualquier **Miembro Asegurado** nos facilita en relación con esta Membresía Dive Assist resultase imprecisa o incompleta, podría afectar de manera adversa a esta póliza o a parte de ella, así como a la validez de los siniestros reclamados conforme a la misma. En caso de facilitarnos información imprecisa o incompleta, **Nosotros** podremos:

- tratar esta Membresía de Accidente de Buceo Dive Assist como si nunca hubiese existido, rechazar el pago de siniestros y devolver la prima abonada. **Nosotros** únicamente realizaremos lo anterior en caso de haberle otorgado cobertura que de otra manera no **Le** hubiésemos facilitado,
- Modificar los términos de esta Membresía asegurada. **Nosotros** podremos aplicar tales términos modificados como si ya estuvieran en vigor en caso de que un siniestro quede impactado de forma negativa debido a **Su** descuido,
- Cobrarle a **Ud.** más por esta Membresía asegurada o reducir el importe pagadero por **Nuestra** parte de un siniestro en proporción a la prima abonada por **Ud.** en relación con la prima que **Nosotros** hubiésemos cobrado; o
- Cancelar la póliza conforme a **Nuestros** derechos de Cancelación abajo.

**Nosotros** o **Su** asesor de seguros le escribirá a **Ud.** en caso de que **Nosotros**:

- tengamos la intención de tratar **Su** membresía asegurada como de no haber existido nunca
- necesitemos modificar los términos de **Su** membresía o
- le requiramos a **Ud.** abonar más por **Su** membresía.
- En caso de que **Ud.** tome consciencia de que la información que **nos** ha facilitado sea imprecisa deberá informar al **Administrador** tan pronto como le sea posible.

## Condiciones médicas pre-existentes

No se le otorgará cobertura a **Ud.** en caso de que cualquier siniestro resulte de una condición médica pre-existente o de cualquier condición médica que **Su organismo de buceo autorizado** recoja como contraindicada en su cuestionario de aptitud para la práctica de buceo SALVO que se conceda cobertura expresamente por escrito por la **Aseguradora**.

## Cambio en el estado de Salud/Diagnóstico de una nueva condición médica

**Su** póliza queda suscrita sobre la base de que **Ud.** reúne los requisitos de aptitud para la práctica del buceo recogidos por **Su** Asociación acreditativa de Buceo o Apnea.

Si **Ud.** presentase cualquier condición médica o de aptitud física que se haya manifestado con carácter posterior a su acreditación como buceador, esta deberá ser notificada a **Su** Asociación acreditativa de Buceo o Apnea, así como a **Su** propio asesor médico/de aptitud física para revisión y autorización antes de que **Ud.** siga buceando. El incumplimiento de los criterios de aptitud física para el buceo de **Su** Asociación, o el hecho de seguir buceando mientras no los cumpla podrá invalidar cualquier potencial siniestro que **Ud.** presente. Si **Ud.** Sufre un **Accidente de Buceo Recreativo** durante el **Periodo de Membresía Asegurado** Sus lesiones deberán estar totalmente resueltas y **Ud.** deberá ser **médicamente apto para el buceo** antes de retomar cualquier actividad de buceo.

## Cancelación de la póliza y periodo de desistimiento

La Cancelación de una membresía asegurada por parte de un **Miembro Asegurado** únicamente estará disponible con carácter previo al inicio de la cobertura. Si **Ud.** notifica al **Administrador** con anterioridad a la fecha de inicio de suscripción, **Ud.** recibirá un reembolso completo de la prima y la Membresía asegurada será tratada como de haber existido.

Para obtener un reembolso en España rogamos contacte con **Juan Antonio Loredo**, el encargado de gestionar su seguro:

### Consultores Segursub SL

Av. Comte de Sallent, 29. Entresuelo D.

ES-07003 Palma de Mallorca (Islas Baleares) ESPAÑA

Para los demás territorios rogamos se ponga en contacto con el **Administrador** Dive Master Insurance Consultants.:

### Dive Master Insurance Consultants,

17-23 Rectory Grove, Leigh-on-sea, Essex, SS9 2HA, UK

Teléfono: +44 1702 476 902

Email: [sales@divemasterinsurance.com](mailto:sales@divemasterinsurance.com)

## Nuestros derechos de Cancelación

**Nosotros** podremos cancelar este seguro concediéndole a **Ud.** previo aviso por escrito de sesenta (60) días.

**Nosotros** únicamente cancelaremos el seguro sobre la base de alguna razón válida (algunos ejemplos de razones válidas serían los siguientes):

- impago de la prima
- cambio en el riesgo lo cual se traduce en que **Nosotros** no somos capaces de facilitarle a **Ud.** con la cobertura de seguro
- falta de cooperación o incumplimiento a la hora de facilitar cualquier información o documentación que **Nosotros** solicitemos

En caso de que este seguro sea cancelado por **Nuestra** parte, entonces, siempre y cuando el siniestro o posible siniestro no **nos** haya sido notificado, **Ud.** tendrá derecho al reembolso de cualquier prima abonada, con sujeción a cualquier deducción aplicable por el tiempo por el que **Ud.** haya disfrutado de cobertura. Lo anterior se calculará a pro rata.

En el caso improbable de que **Nosotros** cancelemos **Su** póliza, procederemos en este sentido notificándole mediante el envío de una carta de cancelación a **Su** último domicilio o email conocido.

# Procedimiento de reclamación

En caso de que **Ud.** No quede satisfecho y desee interponer una reclamación podrá hacerlo en cualquier momento refiriendo el asunto al **Administrador**. Para España rogamos contacte con **Juan Antonio Loredo**, responsable de gestionar su seguro desde el principio.

## Consultores Segursub SL

Av. Comte de Sallent, 29. Entresuelo D.

ES-07003 Palma de Mallorca (Islas Baleares) ESPAÑA

Teléfono: 971 695 592

E-mail: [admin@segursub.com](mailto:admin@segursub.com)

Para los demás territorios rogamos contacte con el **Administrador** Dive Master Insurance Consultants:

Dive Master Insurance Consultants Ltd, 17-23 Rectory Grove, Leigh-on-Sea, Essex, SS9 2HA, Reino Unido.  
Dive Master Insurance Consultants Ltd intentará solucionar **Su** reclamación.

El **Administrador** a su vez notificará a la **Aseguradora**:

Compensa Vienna Insurance Group ADB Latvia Branch

Domicilio legal: Vienibas gatve 87H, Riga, Letonia, LV-1004

Dirección de correspondencia para asistencia en caso de cualquier duda: Aspazijas bulvāris 20, Riga, LV-1050

Teléfono de Atención al Cliente: (+371) 67558888

correo electrónico del Servicio de Atención al cliente: [info@compensa.lv](mailto:info@compensa.lv)

Defensor de la aseguradora de la asociación de aseguradoras de Letonia

Lomonosova iela 9-10, Riga, LV-1019

E-mail: [office@laa.lv](mailto:office@laa.lv)

Página Web: [www.laa.lv](http://www.laa.lv)

Teléfono local: (+371) 67360898

Igualmente, **Ud.** podrá dirigir **Su** queja o reclamación en primer lugar o si no estuviera satisfecho con la manera en que su reclamación ha sido tramitada, a la:

La Directora General de Seguros de España en

Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones

Paseo de la Castellana, 44

28046 Madrid, España

O

C/ Miguel Ángel 21 Planta 4ª

28010 Madrid, España

Tel: 902 19 11 11/ 952 24 99 82

O a la autoridad supervisora equivalente en **Su** país de residencia.

Adicionalmente, cualquier cuestión general puede dirigirse al:

Defensor de la aseguradora de la asociación de aseguradoras de Letonia

Lomonosova iela 9-10, Riga, LV-1019



E-mail: [office@laa.lv](mailto:office@laa.lv)

Página Web: [www.laa.lv](http://www.laa.lv)

Teléfono: (+371) 67360898

## Asistencia de Emergencia 24 Horas

Para obtener una asistencia de emergencia 24 horas Mundial:

Mayday Assistance (**Compañía de Asistencia**)

Teléfono **+44 20 8050 1991**

Email: [operations@maydayassistance.com](mailto:operations@maydayassistance.com)

Al ponerse en contacto con la **Compañía de Asistencia** rogamos le indique que **Ud.** está asegurado bajo el régimen de referencia Membresía de Accidente de Buceo Dive Assist citando el ID de su membresía recogido en su Cuadro de beneficios. **Ud.** Deberá contactar con la **Compañía de Asistencia** con carácter previo a:

- 1** **Su** ingreso como paciente en cualquier hospital, clínica o residencia. En caso de no ser posible debido a la gravedad de su estado, entonces **Ud.** deberá ponerse en contacto con la **Compañía de Asistencia** lo antes posible tras **Su** ingreso,
- 2** realizar cualquier gestión de repatriación,
- 3** la sepultura, incineración o transporte del cuerpo del **Miembro Asegurado**,
- 4** a incurrir en cualquier gasto por traslado hospitalario o de vuelta al domicilio.

Una vez contactados, y siempre que **Su** siniestro sea válido, un coordinador experimentado se asegurará de que queden garantizados los honorarios médicos, y en su caso organizará la repatriación/ traslado de la forma más adecuada.

La **Compañía de Asistencia** puede facilitar asesoramiento y asistencia en muchas otras situaciones, por ejemplo, podrá:

- coordinarse con el personal sanitario y los hospitales
- garantizar los honorarios médicos de ser necesario
- organizar repatriación de emergencia con acompañante médico en caso de ser necesario
- asesorar a otros miembros del grupo en caso de que **Ud.** sea hospitalizado
- asesorar sobre cómo localizar equipaje perdido o retrasado con portadores
- remitirle a **Ud.** a una embajada, consulado u otra fuente de consulta legal
- organizar billetes para la continuación de **Su** viaje tras la pérdida de una salida
- facilitar asesoramiento antes de **Su** viaje, por ejemplo:
  - qué divisas y/o cheques de viajero llevar consigo
  - horario bancario
  - cualquier requisito de visado de entrada y permisos necesarios
  - requisitos de vacunación
  - el idioma hablado y la franja horaria de los países visitados

# Definiciones Generales

Donde quiera que estas palabras o frases aparezcan en **negrita** en esta póliza, tendrán el siguiente significado.

## **Accidente(s)**

Un hecho concreto, repentino, inesperado e inusual que ocurre en un momento y lugar determinado.

## **Lesión Corporal Accidental**

Lesión que es causada exclusivamente de manera accidental y dentro de los 12 meses siguientes de la fecha de dicho **Accidente**, y que independientemente de cualquier enfermedad u otra causa resulte en el fallecimiento o incapacidad del **Miembro Asegurado**

## **Administrador**

Dive Master Insurance Consultants Limited, 17-23 Rectory Grove, Leigh-on-sea, Essex, SS9 2HA, UK

Teléfono: +44 1702 476 902

Email: [sales@divemasterinsurance.com](mailto:sales@divemasterinsurance.com)

## **Compañía de Asistencia**

Mayday Assistance, 2 Clifton Mews, Clifton Hill, Brighton BN1 3HR, UK

Teléfono: +44 20 8050 1991 o

Email: [operations@maydayassistance.com](mailto:operations@maydayassistance.com)

## **Organismos de Buceo Autorizados**

Organización de reconocimiento nacional o internacional que controle la organización u organizaciones afiliadas a la Recreational Scuba Training Council (RSTC) o a la Confédération Mondiale des Activités Subaquatiques (CMAS) o a la Federación Europea Submarina (EUF) quienes facilitan directrices y recomendaciones a sus miembros para la práctica segura de buceo. Incluyendo sin limitación a PADI, SSI, BSAC, VDST, FEDAS y NAUI. Adicionalmente, para aquellas actividades de apnea o buceo libre, queda incluida la AIDA.

## **Gestor de Siniestros**

Insurance Administration Services Limited, P.O. Box 9, Mansfield, Notts. NG19 7BL

Teléfono: +44 1623 683 585

Email: [claims@ias-health.co.uk](mailto:claims@ias-health.co.uk)

## **Compañía/Aseguradoras/Nosotros/Nuestro/Nos**

Compensa Vienna Insurance Group ADB Latvia branch

## **Fecha de Emisión**

La fecha de esta **Membresía Asegurada** es la que consta en el certificado Dive Assist Scuba Medic o de Membresía IDEC.

## **Familia**

Hasta dos adultos que residan en el mismo domicilio durante al menos los últimos seis (6) meses incluyendo sus hijos dependientes menores de 18 años (menores de 24 años en caso de ser estudiantes a tiempo completo) que residan en el mismo domicilio a **Fecha de Emisión**.

## **Límites Geográficos**

Apartados 1-5 Mundial:

- La estancia máxima en los EEUU y Canadá así como sus territorios y posesiones queda limitada a 30 días durante cualquier **Periodo de Membresía Asegurada**

- Para residentes de los EEUU y Canadá, así como sus territorios y posesiones, la cobertura únicamente será de aplicación a aquellos **Accidentes** y gastos que resulten fuera de los Estados Unidos y Canadá así como sus territorios y posesiones.

Apartado 6 Mundial excluyendo EEUU y Canadá, así como sus territorios y posesiones.

### **Lesión**

**Lesión** corporal que:

- sea causada por un **Accidente** y
- tenga carácter exclusivo y sea independiente de cualquier otra causa, excepto enfermedad directamente resultante de, tratamiento médico o quirúrgico practicado necesariamente a causa de, dicha **Lesión**, causando el fallecimiento o incapacidad del **Miembro Asegurado** dentro de los doce meses de la fecha del **Accidente**.

### **Asegurado**

Dive Assist Group SIA / DiveAssist.org PTE Ltd y su membresía durante el tiempo inscrito en la póliza máster y habiendo abonado la cuota correspondiente de membresía para la categoría de membresía Scubamedic queda cubierto por Dive Assist Group SI/ DiveAssist.org PTE Ltd, póliza master y los anexos de esta.

### **Miembro(s) Asegurado(s)/Ud./Su(s)/Suyo/Suya/**

Cada persona citada en el certificado de la Membresía Asegurada Dive Assist consta como asegurado.

### **Médico**

Significa un facultativo colegiado de la profesión médica que resulte reconocido por las leyes del estado donde ejercen que no tenga relación con **Ud.** ni con ninguna persona con la que **Ud.** viaje.

### **Medicamento apto para el Buceo**

Significa:

- Que si **Ud.** está aprendiendo a bucear o va a realizar una inmersión durante la cual va a ser supervisado o formado, **Ud.** deberá cumplir con los requisitos médicos para poder participar en la misma:
  - completando el cuestionario Médico reconocido por el **Organismo de Buceo Autorizado** que proporciona la formación o supervisión. En caso de que **Ud.** haya contestado “Sí” a cualesquiera de las preguntas formuladas en el cuestionario Médico deberá cumplir con las recomendaciones de recabar una autorización médica adicional de que **Su** estado físico es apto para la práctica del buceo por parte de un médico antes del comienzo de las actividades de **Buceo Recreativo** y/o
  - en caso de ser necesario para cumplir con la normativa local o nacional, deberá presentar un certificado médico indicando que **Su** estado físico es apto para la práctica del buceo antes del comienzo de las actividades de **Buceo Recreativo**.
- Si **Ud.** es un Buceador Recreativo Certificado que no está bajo formación o supervisión **Ud.** deberá seguir cumpliendo con los requisitos de aptitud física establecidos por **Su Organismo de Buceo Autorizado** antes de participar en el **Buceo Recreativo** o formación. A los efectos de garantizar que la cobertura resulte válida continuamente, es **Su** deber cumplir con estos requisitos de aptitud física en todo momento durante todas las actividades de **Buceo Recreativo** posteriores.
- Si **Ud.** presenta cualquier condición o estado médico o físico que se ha manifestado, o ha sufrido un cambio en su estado de salud con posterioridad a acreditarse como buceador, **Ud.** deberá informar a **Su** Asociación de Buceo o de Buceo Libre y así como a **Su** propio asesor médico/de aptitud física para revisión y autorización antes de que **Ud.** siga buceando.
- El incumplimiento de los criterios de **Su** Asociación de buceo relativos a la aptitud requerida para bucear o el hecho de bucear mientras **Ud.** no reúne tales requisitos podría invalidar cualesquiera siniestros que **Ud. Nos** notifique.

### **Periodo de Membresía Asegurada**

El periodo establecido en el Certificado de la **Membresía Asegurada** Dive Assist.

**Lugar de Residencia**

Significa la dirección principal en el país donde el **Miembro Asegurado** tenga domicilio registrado a efectos de tributación, asistencia médica de conformidad con el servicio público/estatal sanitario.

**Buceo Recreativo**

Buceo con tubo recreativo (esnórquel), inmersiones recreativas a pulmón libre y Apnea, buceo con fines científicos y arqueológicos o cinematográficos o para medios conforme a los códigos de conducta de España relativos a Salud y Seguridad o cualquier normativa similar en caso de ser declarado y acordado, pesca submarina sin el uso de escafandra autónoma (*Scuba*); y buceo recreativo, buceo con equipos respiratorios cerrados o semi cerrados (*rebreather*) y buceo técnico mientras lleve o use un equipo de buceo fabricado para o bien escafandra autónoma (*Scuba*) o buceo con suministro desde y hasta que el **Miembro Asegurado** deje de usar y se quite dicho equipo.

# Contrato de Membresía Asegurada

Siempre que **Ud.** haya abonado la prima de la Membresía Asegurada **Nosotros** acordamos proporcionar la Membresía Asegurada de la manera y en la medida comprendida en esta póliza, siempre y cuando:

- 1 **Ud.** quede sujeto a las limitaciones de los términos y condiciones y/o exclusiones contenidas en esta póliza, certificado de seguro o suplemento(s) adicional(es).
- 2 **Nuestra** responsabilidad no excederá los niveles de beneficio ni las sumas aseguradas o límites de indemnización aquí previstos.

## Condiciones Generales (aplicables a todos los apartados)

### 1 Buceo Recreativo

**Buceo Recreativo** realizado conforme con las directrices y recomendaciones de práctica segura de buceo establecidas por los **Organismos de Buceo Autorizados** o formación autorizada por los **Organismos de Buceo Autorizados** y **Ud.** sea **Medicamente Apto para el buceo**, no obstante:

**Nosotros** aceptamos que el hecho de que uno sea un buceador recreativo acreditado no necesariamente le cualifica a para realizar las inmersiones más desafiantes. Las Asociaciones Acreditativas de Buceo (**Organismos de Buceo Autorizados**) recomiendan que **Ud.** incremente las profundidades de **Sus** inmersiones, así como su experiencia siguiendo una progresión gradual y que las registre como prueba de **Su** experiencia.

**A** En cambio, **Nosotros** aceptamos que habrá muchos buzos recreacionales cualificados a través del registro de su experiencia pero que no tengan la certificación necesaria para realizar tales inmersiones más desafiantes.

**B** En relación con todos los siniestros cubiertos por esta póliza, **Nosotros** tendremos en cuenta tanto **Sus** acreditaciones de buceo como **Su** experiencia registrada antes de tomar una decisión.

NOTA IMPORTANTE: La Condición 1 queda sujeta a la Condición General 3.D

### 2 Advertencias

El **Miembro Asegurado** DEBERÁ:

**A** tomar todas las precauciones necesarias para prevenir la ocurrencia de cualquier hecho que pueda resultar en un siniestro conforme a esta póliza.

**B** abstenerse de reservar o realizar cualquier viaje que resulte contrario a recomendaciones médicas o a la obtención de un tratamiento médico.

### 3 Siniestros

En caso de existir cualquier circunstancia que pueda dar lugar a un siniestro bajo esta póliza, el **Miembro Asegurado** deberá seguir el procedimiento Cómo Notificar un Siniestro detallado en la página 22 y

**A** presentar, a requerimiento de los **Aseguradores**, y sin coste para estos, todas las pruebas, información e indicios y

**B** prestar toda la asistencia que pueda precisar la **Aseguradora**, cumpliendo con TODOS los plazos establecidos por la **Aseguradora** y

- C cumplir con TODOS los plazos establecidos por cualquier juzgado o autoridad facultada legalmente en relación con la revelación de información, presentación de pruebas, indicios y /o documentación, así como la prestación de asistencia. Ninguna admisión, oferta, promesa, pago o indemnización se llevará a cabo o realizará por parte de o en nombre del **Miembro Asegurado** sin el consentimiento por escrito del **Asegurador**.
- D en caso de pérdida o **lesión** en uno de los territorios descritos en el documento adjunto “Consejos de tratamiento para la Membresía de Accidentes de Buceo Dive Assist” (páginas 24-25), el **Miembro Asegurado** deberá tratarse en uno de los centros médicos del Cuadro. Podrán usar centros alternativos, pero quedarán sujetos a la autorización previa por parte de la **Compañía de Asistencia**.
- E El importe total pagadero en relación con cualquier **Accidente** no excederá el importe agregado establecido en el Cuadro de beneficios de los miembros.

#### 4 Derechos de la Compañía en caso de siniestro

La **Compañía** tendrá derecho, pero no estará obligada a asumir y dirigir en nombre del **Miembro Asegurado** la defensa o transacción de cualquier siniestro, o a entablar acciones solicitando indemnización o daños y perjuicios o de otro tipo en nombre del **Miembro Asegurado** para su propio beneficio y tendrá plena discrecionalidad en la llevanza de dicho procedimiento y en la transacción de cualquier siniestro.

#### 5 Ley aplicable y Jurisdicción

Esta póliza de seguro se emite conforme al acuerdo máster firmado entre el Tomador, DIVE ASSIST GROUP SIA y la **Aseguradora** de acuerdo con esta póliza y quedará sujeta y se interpretará conforme a las leyes de Letonia y sometiéndose a la jurisdicción exclusiva de los Tribunales de Letonia. Cualquier demanda por parte de DIVE ASSIST GROUP SIA frente a la **Aseguradora** quedará sometida a las leyes y tribunales de Letonia.

Salvo que se disponga expresamente lo contrario, esta póliza de seguro quedará sometida a, y se interpretará conforme a las leyes de España quedando sujeta a la jurisdicción exclusiva de los tribunales españoles. Lo anterior se entiende sin perjuicio de que este contrato quedé sujeto a otra ley y jurisdicción conforme a la normativa aplicable, excluyendo los EEUU, Canadá y sus territorios o posesiones.

#### 6 Gastos no asegurados

En el caso de que cualquier gasto y/o coste no esté cubierto por esta Membresía Asegurada habiendo sido incurrido por los **Aseguradores**:

- en **Su** nombre o
- cualquier gasto(s) y/o coste(s) adicional o incrementado incurrido por la **Aseguradora** a resultados de **Su** incumplimiento de los términos, disposiciones, condiciones y limitaciones de esta póliza.

entonces **Ud.** deberá reembolsar tales gastos y/o costes a la **Aseguradora** en los 30 días siguientes a la petición por parte de la **Aseguradora**.

#### 7 Otros Seguros o Indemnizaciones

- A Si se notifica un siniestro y existe otro seguro que cubra el mismo, entonces esta póliza únicamente aplicará en exceso al importe pagadero por el otro seguro.
- B Si el **Miembro Asegurado** también solicita el pago del mismo siniestro por parte de otro seguro, entonces **Nosotros** no seremos responsables de pagar más que **Nuestra** parte proporcional del siniestro, así como los gastos y costes.

# Ley de Protección de datos – Información personal

Por la presente, el **Miembro Asegurado** acuerda que cualquier dato de carácter personal contenido aquí u obtenido a través de la suscripción de este contrato podrá ser incluido en los ficheros de la **Aseguradora**. El procesamiento de tales datos cumplirá el objetivo de facilitar el establecimiento y desarrollo de las relaciones contractuales que obligan al **Miembro Asegurado** frente a la **Compañía** de Seguros. Los datos personales facilitados serán susceptibles de comunicación a otros **Aseguradores** u organismos públicos relacionados con el sector asegurador, para fines estadísticos (para permitir la tarificación y selección de riesgos, así como la elaboración de estudios de técnica aseguradora), de lucha contra el fraude o a efectos de coaseguro/reaseguro. El interesado podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante Compensa Vienna Insurance Group ADB Sucursal Letonia, en los términos previstos en la legislación de protección de datos, dirigiendo las comunicaciones a su domicilio social. En caso de incluirse en este documento datos de personas físicas distintas del **Miembro Asegurado**, éste deberá informar previamente a tales personas de los extremos señalados en los párrafos anteriores.

Sin perjuicio del tratamiento de **Sus** datos por Compensa Vienna Insurance Group ADB Sucursal Letonia, **Sus** datos serán asimismo incorporados en ficheros de los cuales Compensa Vienna Insurance Group ADB Sucursal Letonia (con domicilio en Vienibas gatve 87h, Riga, Letonia, LV-1004) es responsable, con la finalidad de mantenerle informado de ofertas comerciales sobre seguros y servicios relacionados con la actividad asegurada incluso una vez finalizada la relación contractual, incluyendo la posibilidad de realizar tales comunicaciones por SMS o correo electrónico, en tanto no se reciban instrucciones en sentido contrario.

En caso de que **Ud.** no quiera recibir comunicaciones comerciales o, en el caso de no querer recibir las por medios electrónicos (p. ej. email o SMS), rogamos nos lo comunique a **admin@diveassist.org** indicando que no desea recibir comunicaciones comerciales de ningún tipo o que no desea recibir comunicaciones comerciales por medios electrónicos.

En cualquier momento **Ud.** podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, así como revocar los consentimientos prestados, mediante escrito dirigido, junto a una copia de **Su** documento de identidad, a: Compensa Vienna Insurance Group ADB Sucursal Letonia, Dpto. Protección de Datos a la siguiente dirección: Vienibas gatve 87h, Riga, Letonia LV-1004, o bien a través de Correo electrónico: [DPO@compensa.lv](mailto:DPO@compensa.lv)

Compensa Vienna Insurance Group ADB Sucursal Letonia tratará **Sus** datos cumpliendo en todo momento lo dispuesto en el REGLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento General de Protección de Datos).

## Exclusiones Generales (aplicables a todos los apartados)

Esta Membresía Asegurada no otorga cobertura a:

1

- A Ningún siniestro que no resulte de un **Accidente de Buceo Recreativo**
- B Ninguna persona de 70 años o más a **Fecha de Emisión** que no cuente con aceptación expresa por escrito conforme a este seguro tras examen médico para confirmar que es apto para bucear.
- C Ningún siniestro en el que **Ud.** no sea **Medicamento Apto para el buceo** con carácter previo al comienzo de la actividad de **Buceo Recreativo**.

- 2 Pérdida, daños, **Lesión Corporal Accidental**, fallecimiento, patología, enfermedad, costes o gastos de responsabilidad que resulten de o en conexión con cualquier acto intencional, malicioso o delictivo por parte del **Miembro Asegurado** o que infrinja cualquier ley o representación por parte del **Miembro Asegurado**
- 3 Cualquier siniestro que trascienda si en el momento de adquirir este seguro **Ud.** padece:
  - A Cualquier condición médica en su cuestionario de aptitud para bucear para la cual **Su Organismo de Buceo Autorizado** prevea contraindicación.
  - B Cualquier condición médica pre-existente que **Ud.** sufra, de la cual se esté recuperando o esperando un tratamiento con carácter previo al **Buceo Recreativo**
- 4 Cualquier siniestro causado por o resultante de:
  - A Embarazo o parto en relación con cualquier viaje que comience y/o finalice en las doce semanas siguientes a la fecha prevista de parto.
  - B **Lesión** o enfermedad infligida intencionadamente, efectos del alcohol o las drogas (distintas de aquellas recetadas por un facultativo con pleno conocimiento de las actividades de **Buceo Recreativo** del **Miembro Asegurado**) y/o cualquier exposición voluntaria a un riesgo innecesario (salvo que sea con la intención de salvar una vida humana).
  - C Cualquier enfermedad psiquiátrica o mental, ansiedad, depresión o estrés, trastornos alimentarios o estados relacionados y la consecuencia de un **Accidente** cubierto que resulte en una discapacidad mental o psiquiátrica.
  - D enfermedad, patología o mal que no sea directamente identificable con un **Accidente de Buceo Recreativo**.
- 5 Fallecimiento, **Lesión**, enfermedad o discapacidad directa o indirectamente resultante del suicidio o tentativa de suicidio del **Miembro Asegurado** o su exposición intencionada a un peligro (salvo que sea con la intención de salvar una vida humana) o acto criminal del **Miembro Asegurado**.
- 6 **Buceo Recreativo** que atente contra recomendaciones médicas
- 7 Cualquier y toda **lesión** sostenida que haya sido causada por un fusil de pesca submarina o aparato similar cuando se use conjuntamente con escafandra autónoma (SCUBA).
- 8 Cualquier competición nacional o internacional de buceo libre donde se persiga batir un record, salvo que conste expresamente acordado por escrito por la **Aseguradora**.
- 9 Cualquier coste de gastos médicos no urgentes cuando el **Miembro Asegurado** está en condiciones de volver a su país de domicilio. Los gastos adicionales se revisarán bajo el beneficio de Gastos Médicos Posteriores al Suceso.
- 10 Cualquier inmersión:
  - A no realizada conforme a las directrices y recomendaciones de prácticas de **Buceo Recreativo** seguro según establecen los **Organismos de Buceo Autorizados**
  - B Que incumpla las recomendaciones de profundidad establecidas por **Sus** Organismos de Buceo Autorizados asociadas a **Su** acreditación de buceo y /o **Su** experiencia probada de acuerdo con los registros de buceo anotados.
  - C superior a 130 metros de profundidad, salvo que conste expresamente autorizada por escrito por el **Administrador** tras una solicitud escrita.
  - D sin la acreditación de buceo correcta y/o faltando experiencia probatoria mediante **Sus** inmersiones registradas.
- 11 Cualquier siniestro causado por, o que resulte de:
  - A guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (con independencia de que exista Guerra declarada o no), Guerra civil o cualquier operación, acto, condición de tipo bélico.



- B** acción de tipo bélica mediante una fuerza regular o irregular militar o agentes civiles, o cualquier acción llevada a cabo por cualquier gobierno, soberano u otra autoridad para impedir o defender frente a un ataque en curso o previsto
- C** insurrección, rebelión, revolución, tentativa de usurpar poder o de realizar una insurrección popular o cualquier acción llevada a cabo por una autoridad gubernamental o marcial al impedir estos o defender contra cualquiera de ellos.
- D** La descarga, explosión o uso de armas de destrucción masiva empleando fisión o fusión nuclear, o agentes químicos, biológicos, radioactivos o similares por cualquier parte y en cualquier momento por cualquier motivo.
- 12** Costes o gastos por pérdida, destrucción, daño o responsabilidad resultado de olas de presión causadas por aeronave u otros artefactos aéreos que viajen a velocidades sónicas o supersónicas
- 13** Cualquier reclamación ocasionada por, fomentada por o derivada de:
- A** radiación ionizante o contaminación por radioactividad de cualquier combustible nuclear o cualquier residuo nuclear de la combustión de combustible nuclear
- B** las propiedades tóxicas, explosivas o de otro modo nocivas de cualquier ensamblaje nuclear o cualquier componente nuclear del mismo
- 14** Cualquier reclamación ocasionada por, fomentada por o derivada de un **Trayecto** a un destino al que el gobierno de un estado de la UE o un estado del que **Ud.** sea residente haya desaconsejado viajar o viajar salvo casos esenciales.
- 15** Transporte aéreo salvo que éste se realice como pasajero en una aeronave autorizada operada por una compañía aérea comercial autorizada
- 16** Costes de búsqueda y rescate que no hayan sido autorizados por la **Compañía de Asistencia**
- 17** Cualquier reclamación ocasionada por o derivada de un Fallo del Sistema si el Fallo del Sistema genera un elemento identificable en la cadena de eventos de la que se deriva el daño ya sea o no el nexa causal del daño.
- Fallo del Sistema significará disfunción o no funcionamiento de cualquier sistema mecánico y/o electrónico (ya sea o no propiedad del **Miembro Asegurado**) ocasionado por:
- i. la respuesta de un ordenador a cualquier fecha o cambio de fecha o;
  - ii. el fallo en la respuesta de un ordenador a cualquier fecha o cambio de fecha o;
  - iii. la pérdida o negación de acceso a cualesquiera datos ya sean propiedad del **Miembro Asegurado** o de un tercero;
  - iv. cualquier pérdida o daño o modificación o corrupción de datos o software.
- 18** La **Compañía** no será responsable de ningún virus informático o piratería informática para degradar o quebrantar la seguridad o la negación de acceso a un ordenador o sistema informático o Página web. El término Ordenador incluye hardware informático, software informático, microchip, microprocesador, cualquier equipamiento electrónico o cualquier dispositivo que proporcione o procese o reciba o almacene instrucciones o información.
- 19** Cualesquiera Gastos Médicos incurridos en un territorio listado en “Consejos de Tratamiento para la Membresía de Accidente de Buceo Dive Assist” (páginas 24-25) en un centro médico que no figure en el listado sin el consentimiento previo de la Compañía de Asistencia.
- 20** No se abonarán beneficios por parte de las **Aseguradoras** cuando ello implique el incumplimiento de cualesquiera sanciones, prohibiciones o restricciones impuestas por ley o regulación
- 21** Cualquier **Lesión/Accidente** no notificado al **Tramitador de Siniestros** o a la **Compañía de Asistencia** dentro de los 31 días siguientes al suceso que pueda dar lugar a una reclamación bajo este seguro.

- 22 Este seguro excluye cualquier **Accidente** que implique rotura de huesos o daño en los huesos, dientes, correctores o paladar, rotura de vértebras, daño en ligamentos, tendones o músculos salvo que el **Accidente** ocurra de forma inesperada y fortuita durante la práctica del **Buceo Recreativo** con una escuela de buceo u operador de buceo titulados. La suma máxima recuperable por dichas lesiones es de 3.000€ salvo que el nivel IDEC de cobertura haya sido seleccionado excluyendo la aplicación de un sublímite.
- 23 Enfermedad, afección o dolencia no identificable directamente como resultado de un **Accidente de Buceo Recreativo**
- 24 Infartos de miocardio (infartos de corazón), hemorragia cerebral, derrames, oclusiones arteriales excepto aquellas causadas por enfermedad de descompresión, y tinnitus.
- 25 Cualesquiera reclamaciones notificadas o realizadas después de 30 días tras la finalización del Periodo de Membresía Asegurada.
- 26 Reclamaciones planteadas por residentes de los EEUU Y Canadá, así como sus territorios y posesiones por **Accidentes** y costes que se originen en los EEUU y Canadá, así como sus territorios y posesiones.
- 27 Reclamaciones planteadas fuera de los **Límites Geográficos** de la póliza
- 28 Su póliza de seguro no cubre ninguna reclamación causada en modo alguno o que resulte de:
- a) cualquier pandemia definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), incluyendo
    - Enfermedad por Coronavirus (COVID-19)
    - cualquier mutación o variación de la enfermedad por Coronavirus (COVID-19)
    - Síndrome respiratorio agudo grave coronavirus 2 (SARS-CoV-2)
    - cualquier mutación o variación de SARS-CoV-2
  - b) cualquier temor o amenaza de cualesquiera de los casos anteriores

# Datos de Cobertura

## Apartado 1 – Urgencias Médicas y Otros Gastos

- 1 Mientras participe en una actividad de **Buceo Recreativo** un **Miembro Asegurado** que presente un **Accidente** o una **Lesión** o enfermedad que se manifieste posteriormente al buceo, que a juicio del facultativo que la trate, contando con el consentimiento de la **Compañía** sea directamente atribuible a su participación en el buceo recreativo, la **Compañía** deberá abonar:
  - A Los gastos Médicos de Urgencias según constan en el Cuadro de beneficio de los miembros en relación con:
    - i. gastos de urgencias médicas, hospitalarios y de tratamiento
    - ii. gastos de tratamiento dental de urgencia únicamente para alivio del dolor inmediato pero limitados al importe establecido en el Cuadro de beneficios de los miembros
    - iii. gastos de ambulancia, gastos de servicios de rescate, gastos de alojamiento y/o viaje y/o repatriación a su país de residencia habitual.
  - B Costes de Tratamiento Hiperbárico de Urgencia necesariamente incurridos hasta el importe total establecido en el Cuadro de beneficios de los miembros.
  - C Gastos de Repatriación de Urgencia incurridos por la **Compañía de Asistencia** para repatriar al **Miembro Asegurado** a su país de residencia habitual cuando a juicio de los asesores médicos de la **Compañía** el **Miembro Asegurado** presente un estado apto para viajar, serán hasta el importe establecido en el Cuadro de beneficios de los miembros y sujetos a la aprobación previa de la **Compañía de Asistencia**.

### Condiciones

Es un requisito de este seguro que la **Compañía de Asistencia** SEA NOTIFICADA CON ANTERIORIDAD A:

- A que el **Miembro Asegurado** sea admitido como paciente en cualquier hospital, clínica o residencia. En caso de no ser posible debido a la gravedad de su estado, entonces **Ud.** deberá ponerse en contacto con la **Compañía de Asistencia** lo antes posible tras **Su** ingreso.
- B que se lleven a cabo gestiones de repatriación
- C que se gestione un traslado hospitalario o su incurran gastos para traslado de vuelta a casa
- D para que cualesquiera y/o todos los costes de tratamientos necesarios sean recuperables bajo este apartado deberán recetarse y entregarse dentro de un máximo de 60 días tras la ocurrencia del **Accidente**.

Para asistencia llame al teléfono: +44 20 8050 1991 o envíe un email:  
[operations@maydayassistance.com](mailto:operations@maydayassistance.com)

Cuando contacte con la **Compañía de Asistencia** rogamos les indique que **Ud.** está asegurado bajo el programa de referencia "Membresía de Accidente de Buceo Dive Assist" y cite el número de membresía establecido en el Cuadro de coberturas de la póliza.

### Exclusiones (ver las Exclusiones Generales)

Este seguro no cubre:

- 1 cualquier reclamación si el **Miembro Asegurado** viaja en contra de la recomendación médica o viaja para recibir tratamiento médico
- 2 los siguientes gastos y costes salvo que hayan sido autorizados por la **Compañía de Asistencia**:

- A gastos de hospital, ingreso hospitalario o residencia
  - B gastos y costes adicionales de transporte para la repatriación, o gastos de hotel y viaje
  - C cargos repercutidos por servicios prestados o tratamiento proporcionado en el país del Domicilio del **Miembro Asegurado**.
  - D cualquier tratamiento médico o dental opcional o pruebas de exploración
- 3 trabajos dentales que requieran materiales preciosos
  - 4 tratamientos que, según la opinión de un facultativo médico o dental, pudieran ser razonablemente aplazados hasta el retorno del **Miembro Asegurado** a su país de domicilio habitual.
  - 5 gastos médicos, hospitalarios o de tratamiento que el Miembro Asegurado conozca en el momento del inicio del Trayecto que van a ser necesarios o cuya continuidad va a ser necesaria durante el curso de dicho Trayecto
  - 6 cargos repercutidos por servicios prestados o tratamiento recibido en los 12 meses posteriores a la fecha de cualquier incidente que dé lugar a un siniestro.
  - 7 gastos médicos cuando el **Miembro Asegurado** elija tratamiento en un hospital privado existiendo tratamiento en un hospital público o atención pública disponibles.

## Apartado 2 – Búsqueda y rescate

Satisfacer el importe que muestra el cuadro de beneficios de los miembros con la aprobación previa de la **Compañía de Asistencia** por búsqueda y rescate autorizados instigados por o en nombre de la guardia costera local, policía u otro servicio nacional o internacional de emergencia de seguridad marítima para rescatar, salvar o recuperar al **Miembro Asegurado**. En caso de muerte este apartado incluye la repatriación de los restos mortales del **Miembro Asegurado**.

## Apartado 3 – Gastos de Transporte y Alojamiento Razonables

Satisfacer el importe total que muestra el cuadro de beneficios de los miembros en concepto de:

- 1 el coste de regreso del **Miembro Asegurado** a su **Lugar de Residencia** habitual. Esta cobertura se extiende a la **Familia** inmediata del **Miembro Asegurado** y/o acompañante de viaje si el **Miembro Asegurado** iba acompañado en el momento del **Accidente/Lesión** siempre que dichos costes no estén cubiertos por una póliza más específica y hayan sido acordados por el **Tramitador de Siniestros**.
- 2 costes de hotel o alojamiento post tratamiento en los que haya incurrido como consecuencia de la recomendación médica de no viajar o volar con posterioridad a un **Accidente/Lesión** de buceo si dichos costes no están cubiertos por una póliza más específica.
- 3 costes asociados al desplazamiento a y desde un hospital o clínica a más de 50 kilómetros de **Su Lugar de Residencia** habitual para recabar una opinión o recibir tratamiento permanente tras un **Accidente o Lesión** de buceo sufrido al amparo de esta póliza.

## Apartado 4 – Accidente Personal

El beneficio abajo correspondiente será pagadero al **Miembro Asegurado**, si durante el **Periodo de Membresía Asegurado** el **Miembro Asegurado** sostiene una **Lesión** causada por un **Accidente** mientras realiza **Buceo Recreativo**, que independientemente de cualquier otra causa y dentro de los 12 meses desde la fecha de dicha **Lesión Corporal Accidental** resulte en fallecimiento, pérdida de miembro, pérdida de visión de uno o de los dos ojos o incapacidad permanente total del **Miembro Asegurado**.

### Beneficios

- 1 Fallecimiento – conforme al importe previsto en el Cuadro de Beneficios de los miembros

- 2 Pérdida de un miembro – significa la pérdida total y permanente del uso por separación física o de otra manera de una o de las dos manos a la altura o por encima de la articulación de la muñeca y/o uno o ambos pies a la altura o por encima de la articulación del tobillo (talo navicular) pagadero como sigue:
  - E Pérdida de un miembro – conforme al importe previsto en el Cuadro de Beneficios de los miembros
  - F Pérdida de dos miembros – conforme al importe previsto en el Cuadro de Beneficios de los miembros
- 3 Pérdida de visión de uno de los dos ojos – significa la pérdida de visión total y permanente que se entenderá que ha ocurrido:
  - A en ambos ojos cuando quede acreditado que conforme al certificado de discapacidad del **Miembro Asegurado** conforme al Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad o legislación análoga– conforme al importe previsto en el Cuadro de Beneficios de los miembros.
  - B en un ojo cuando el grado de visión restante tras corrección es de 3/60 o menos en el test de Snellen y la **Compañía** quede satisfecha de que dicho estado es permanente y no tiene pronóstico de mejora – conforme al importe previsto en el Cuadro de Beneficios de los miembros.
- 4 Pérdida de audición en uno o ambos oídos, lo cual significa la pérdida total e irrecuperable de audición que se entenderá ocurrida:
  - A en ambos oídos - conforme al importe previsto en el Cuadro de Beneficios de los miembros
  - B en un oído - conforme al importe previsto en el Cuadro de Beneficios de los miembros.
- 5 Discapacidad Total Permanente – entendiéndose por tal la discapacidad total y permanente que impida al **Miembro Asegurado** embarcarse en o dedicar atención a cualquier tipo de negocio u ocupación de cualquier tipo siempre que dicha condición haya sido certificada por una autoridad pública nacional. En caso de que las autoridades del domicilio del asegurado no certifiquen oficialmente ninguna discapacidad, entonces el Miembro Asegurado deberá acreditar que dicha Discapacidad Total Permanente i) ha durado al menos 12 meses consecutivos desde la fecha del **Accidente**; y ii) demostrar con informes médicos y a satisfacción de la **Compañía** que no hay esperanza de mejora respecto de la condición – en la cuantía indicada en el cuadro de beneficios de los miembros.

#### Condiciones

La **Compañía** no pagará más de un beneficio en relación con el mismo **Accidente**.

### Apartado 5 – Gastos Médicos Posteriores al Suceso

Pagaderos en el importe recogido en el Cuadro de Beneficios de los miembros en concepto de:

- 1 Costes Médicos Adicionales después de que **Ud.** vuelva a **Su Lugar de Residencia** siempre y cuando éstos no estén cubiertos por su proveedor de servicios sanitarios público/nacional, **Su** proveedor de servicios sanitarios privado u ocupacional o cualquier otra fuente de cobertura sanitaria subvencionada; y se haya acordado por parte del Tramitador de Siniestros y se limite a tratamiento no de urgencia prescrito y/o proporcionado más de 60 días después del siniestro cubierto. En todos los casos los tratamientos cubiertos por este Beneficio deben ser prescritos y proporcionados durante los 365 días posteriores al **Accidente** de buceo cubierto. Dichos costes incluyen servicios prescritos por un Médico Facultativo para tratamientos médicos autorizados y pruebas de Foramen Oval Permeable (FOP) cuando se consideren médicamente necesarias.
- 2 otros procedimientos no médicos o quirúrgicos acordados necesarios como consecuencia de la **Lesión** por la que se reclame conforme a la presente póliza que no estén cubiertos por el sistema de salud nacional, proveedor sanitario privado o cualquier otra fuente de cobertura pero que se acepten por la **Compañía** y/o su **Tramitador de Siniestros**.
- 3 pruebas de aptitud para el regreso al buceo tras un daño cubierto por esta póliza realizadas por un médico autorizado acordadas por la **Compañía** y/o su **Tramitador de Siniestros**.

### Condiciones

La cobertura conforme a este apartado queda expresamente limitada a estados médicos que ocurran por primera vez durante el **Periodo de Membresía Asegurada** y sean a continuación de una Lesión causada por un Accidente de Buceo Recreativo. **Los Siniestros que resulten de condiciones pre-existentes quedan excluidos en todo caso.** Es una condición de este apartado que todos los tratamientos sean recetados y prestados dentro de los 90 días siguientes del **Accidente**.

## Apartado 6 – Responsabilidad Civil

La **Compañía** otorgará cobertura al **Miembro Asegurado** que haya suscrito una póliza máster que cubra a los miembros Dive Assist hasta el límite previsto en cuadro de beneficios de los miembros en relación con cualquier importe que el **Miembro Asegurado** esté legalmente obligado a abonar a cualquier persona en exceso de los primeros 250 £ GBP o 300€ de todos y cada siniestro relacionado con el **Miembro Asegurado** causando un **Accidente de Buceo Recreativo** que resulte en una **Lesión** a cualquier persona o en un **Accidente de Buceo Recreativo** causando daños a bienes materiales durante el **Periodo de Seguro de la Membresía** por los riesgos asegurados y sujeto a las Definiciones, Disposiciones y Exclusiones aquí contenidas.

### Condiciones

Es un requisito de este seguro que el **Miembro Asegurado** no admita ni conteste a ninguna reclamación de responsabilidad civil que sepa que se presentará en su contra y se comprometa a enviar inmediatamente cualquier notificación de reclamación o potencial demanda en su contra, ya sea esta verbal o mediante carta/ fax o servicio de notificación judicial, o por cualquier medio de correspondencia electrónica, al **Tramitador de Siniestros**.

### Exclusiones (ver las Exclusiones Generales)

Este seguro no otorga cobertura a:

- A demandas presentadas contra el **Miembro Asegurado** en los EEUU y Canadá, sus territorios y posesiones.
- B Siniestros de responsabilidad civil que resulten de enseñanza profesional o la supervisión del **Buceo Recreativo**, cualquier fallecimiento, **Lesión** sufridas por **Sus** empleados, cualquier daño a bienes propiedad de, o bajo **Su** custodia o control, o la de **Sus** empleados y cualquier pérdida o daño a bienes que pertenezcan a **Ud.** o **Su Familia**, perteneciente a **Su** núcleo familiar o bajo su custodia o control en el momento del siniestro.

# Cómo Notificar un Siniestro

En caso de existir cualquier circunstancia que pueda dar lugar a un siniestro bajo esta póliza, el **Miembro Asegurado** (o sus representantes legales) deberán:

- 1 Contactar con el **Tramitador de Siniestros** y/o completar un formulario de siniestro online tan pronto como sea posible, pero siempre dentro de los 30 días siguientes a los hechos

Rogamos se ponga en contacto con el **Administrador** para que asesore sobre cómo completar un formulario de siniestro ya sea por email [claims@divemasterinsurance.com](mailto:claims@divemasterinsurance.com), o llamando al 0044 1702 476902. Al contactar con el **Tramitador de Siniestros** rogamos que cite al programa de referencia "Membresía de Accidente de Buceo Dive Assist" y facilite el número de membresía que consta en el Cuadro de beneficios del miembro

complete y devuelva el formulario de siniestro junto con todos los recibos, informes y pruebas originales requeridas en el formulario.

Todos los siniestros deberán quedar justificados con recibos, valoraciones, documentación médica, policial o de otro tipo según corresponda. Ningún gasto que sea recuperable bajo esta póliza podrá incurrirse sin un recibo pertinente y sin el consentimiento de la **Compañía de Asistencia** o del **Tramitador de Siniestros**.

Rogamos tome nota que en algunas circunstancias se requerirá una acción más inmediata para asegurar que **Su** siniestro no quede comprometido

- 2 Reclamación de Gastos Médicos – la **Compañía de Asistencia** DEBERÁ SER NOTIFICADA CON CARÁCTER PREVIO A:

**A** que el **Miembro Asegurado** sea admitido como paciente en cualquier hospital, clínica o residencia. En caso de no ser posible debido a la gravedad de su estado, entonces **Ud.** deberá ponerse en contacto con la **Compañía de Asistencia** lo antes posible tras **Su** ingreso.

**B** realizar cualquier gestión de repatriación

**C** sepultura, incineración o transporte del cuerpo del **Miembro Asegurado**

**D** que se gestione un traslado hospitalario o se incurran gastos para traslado de vuelta a casa

Para asistencia llame al teléfono: +44 20 8050 1991 o mande un email a: [operations@maydayassistance.com](mailto:operations@maydayassistance.com)

Al contratar con la **Compañía de Asistencia** rogamos les indique que **Ud.** está asegurado bajo el programa de referencia Membresía de Accidente de Buceo Dive Assist y facilite el número de miembro que aparece en el Cuadro de beneficios de miembros.

**Aviso para Facultativos y Hospitales:** Para mayor información sobre cómo notificar un siniestro puede dirigirse a [www.diveassist.org](http://www.diveassist.org) o [www.scubamedic.com](http://www.scubamedic.com)

## Reclamaciones Fraudulentas

Si **Ud.**, o cualquier persona que actúe en **Su** nombre presentase una reclamación fraudulenta conforme a este seguro, **Nosotros**:

- 1 no seremos responsables de pagar el siniestro y
- 2 podremos recuperar de **Ud.** cualquier importe abonado por **nuestra** parte a en relación con el siniestro y
- 3 previo aviso a **Ud.** podremos tratar la póliza como rescindida con fecha y hora de efecto desde el momento del hecho fraudulento.

En caso de que **Nosotros** ejerzamos **Nuestros** derechos conforme al párrafo 3 anterior;

- 1 **Nosotros** no seremos responsables frente a **Ud.** por un hecho que ocurra después del acto fraudulento.

**2 Nosotros** no estaremos obligados a reembolsar la prima abonada.



# Asesoramiento de tratamiento para la Membresía de Accidente de Buceo Dive Assist

NOTA IMPORTANTE: Este asesoramiento forma parte del texto de **Su** póliza. Véase el Apartado “Asistencia de Emergencia 24 Horas y número de Asistencia Pre-viaje”

## EGIPTO

---

### **Sharm International Hospital**

Sharm El Sheikh  
South Sinaí  
+2 069 366 0318 (teléfono)  
Emergencia +2 010 512 3964

### **Hyperbaric Medical Center**

Travco Marina  
Old Town  
Sharm El Sheikh  
+2 069 3660 922 (teléfono)  
hyper\_med\_center@sinainet.com.eg

---

### **Marsa Alam Baromedical**

Marsa Shagra  
Marsa Alam +2 012 436 2222 (teléfono)  
Emergencia +2 012 243 3116

### **Hypermed- Hurghada**

Localizado delante de Hurghada Airport  
Corniche Road (Nr. Arabia Resort)  
Hurgada  
+2 012 2187 550 (Teléfono)  
Emergencia +2 010 218 7550

---

### **Naval Hyperbaric Medical Center (NHMC)**

Corniche Road Sekala Hurghada  
+2 065 3449 151 (Teléfono)  
Emergencia +2 065 3449 150

---

## JORDANIA

---

### **AQABA DIVING CHAMBER**

Prince Hashem Hospital  
Aqaba  
Jordan  
DR Ismael Nagadat +962 790462076

---

## MÉXICO

---

### **COSTAMED**

50 Avenida Sur Bis, Adolfo López Mateos, 77622  
San Miguel de Cozumel, Q.R., México

### **Abierto 24 horas**

Teléfono: +52 987 872 5050

### **Merida**

Clinica de Marida  
Av. Itzaes No.242 Colonia Garcia Gineres  
Merida

TEL: +52 999 920 3913

## Chipre

---

Los buceadores deberán dirigirse a los Hospitales generales de Pafos, Famagusta y/o Lárnaca para someterse a un triaje médico, pero es posible que deban ser trasladados a un centro alternativo para tratamiento adicional. De conformidad con las recomendaciones de DAN Internacional, Nosotros siempre recomendamos que los buceadores vayan al hospital general más cercano para diagnóstico. Pafos, Famagusta y/o Lárnaca son todos hospitales generales adecuados y recomendables.

---

### **Famagusta General Hospital**

Christou Kkeli 25  
Paralimni  
Telf: + 357 23 2 00000

### **Paphos General Hospital**

Anavargos Street  
Anavargos  
Pafos  
Telf: +357 26 240200 / 803 100

---

### **Larnaca General Hospital**

Hyperbaric Center  
Mystra Lanarca  
Telf: +357 2480 0500