

## Acerca de la Finnair Corona Cover

Número de póliza: 2001029480

Fecha de inicio de la póliza: 17 de febrero de 2021

Esta póliza de grupo es prueba del contrato entre Finnair OYJ (el **tomador del seguro**) y AIG Europe S.A. Finland Branch (el **proveedor de seguros**). El **tomador del seguro** pagará la prima acordada por las prestaciones indicadas en esta póliza por pérdidas relacionadas con la COVID-19 sufridas por el **asegurado (usted)**. La cobertura se aplicará a un **viaje al extranjero** que un **asegurado** haya adquirido directamente a través de los canales de ventas de Finnair, como Finnair.com, la aplicación Finnair Mobile o el servicio de atención al cliente de Finnair, y cuando el número de billete de avión comience por 105 – 24xx. La póliza no surtirá efecto si el vuelo de Finnair se ha adquirido a través de un canal de ventas que no sea de Finnair. La validez de esta póliza deberá verificarse mediante la presentación del **Itinerario de viaje**.

Nota:

- Esta póliza solo cubre los gastos que se muestran en la **tabla de prestaciones** para pérdidas relacionadas con la COVID-19.
- La **reclamación** se resolverá únicamente de manera directa con el proveedor de alojamiento en **cuarentena** o servicios médicos y no se realizará ningún pago al **asegurado** (no se aplica al coste de una prueba de COVID-19 positiva ni a las tarifas por cambio de un vuelo de regreso debido a un diagnóstico positivo).
- Los términos que aparecen en negrita en esta póliza tienen los significados definidos que figuran en el apartado **Definiciones generales** de este documento.

Esta póliza se aplica a los **viajes internacionales** vendidos por el **tomador del seguro** que se reserven antes del 31 de agosto de 2021 y se realicen entre el 17 de febrero de 2021 y el 31 de octubre de 2021. Consulte el epígrafe **Período de cobertura** para obtener detalles sobre el período de cobertura aplicable a cada **asegurado**.

Los servicios de asistencia son proporcionados por AIG Travel Assistance (**empresa de asistencia**).

**Usted** o quien actúe en **su** nombre debe ponerse en contacto con la **empresa de asistencia** lo antes posible para notificarnos **a nosotros** la **reclamación**. **Nosotros** solo resolveremos la **reclamación** directamente con el proveedor (no se aplica al coste de una prueba de COVID-19 positiva ni a las tarifas por cambio de un vuelo de regreso debido a un diagnóstico positivo).

### Datos de contacto del proveedor de seguros:

AIG Europe S.A. Finland Branch  
Kasarmikatu 44, 00130 Helsinki.  
Tel.: 0207 010 100, Fax: 0207 010 170  
ID de empresa: 2922692-7.

Este contrato se celebra en régimen de derecho de establecimiento con AIG Europe S.A. Finland Branch que es una sucursal de la compañía de seguros AIG Europe S.A. (registrada en Luxemburgo con el número de empresa B 218806). La dirección de la oficina de Luxemburgo es 35 D Avenue J. F. Kennedy, L-1855, Luxemburgo, <http://www.aig.lu/>. AIG Europe S.A. cuenta con la autorización del Ministerio de Finanzas de Luxemburgo y es supervisada por la Comisión de Seguros, situada en 7 Boulevard Joseph II, L-1840 Luxemburgo, Tel.: (+352) 22 69 11-1, [caa@caa.lu](mailto:caa@caa.lu), <http://www.caa.lu/>.

En materia de conducta de mercado, AIG Europe S.A. Finland Branch está regulada por del Financial Supervisory Authority. Los datos de contacto de dicho regulador pueden ser encontrados aquí: P.O. Box 103, 00101 Helsinki Telephone + 358 9 183 51 [kirjaamo@fiva.fi](mailto:kirjaamo@fiva.fi) <https://www.finanssivalvonta.fi>. Sin perjuicio de las facultades de supervisión del regulador finlandés, el Estado miembro a quien corresponde el control de la sucursal es Luxemburgo. En todos o en algunos aspectos, el marco regulatorio aplicable en otros países donde AIG Europe S.A. Finland Branch desarrolle su actividad serán diferentes al de Luxemburgo.

En caso de que esté disponible un informe sobre la situación de financiera y de solvencia de AIG Europe, S.A., usted podrá encontrarlo en el siguiente enlace: <http://www.aig.lu/>.

---

El abajo firmante declara haber leído y comprendido en todos sus términos las condiciones del presente contrato, aceptando expresamente todas las cláusulas limitativas incluidas en el mismo, destacadas mediante subrayado.

EL TOMADOR

EL ASEGURADOR

## Período de cobertura

La póliza se aplica a los **viajes internacionales** que se reserven antes del 31 de agosto de 2021 a través del propio canal de ventas de Finnair, y que se realicen entre el 17 de febrero de 2021 y el 31 de octubre de 2021.

Nota: **Usted** solo está asegurado para cada prestación durante los siguientes períodos:

**Sección A1 (Gastos médicos de COVID-19), Sección A2 (Evacuación médica de emergencia y repatriación) y Sección B (Prestación por cuarentena por COVID-19 en el extranjero).**

- La cobertura comenzará cuando **usted** llegue al primer destino **en el extranjero** que aparezca en **su itinerario de viaje**.
- Y terminará cuando se dé la primera de las siguientes circunstancias:
  - a. Cuando **usted** regrese a **su país de residencia**; o.
  - b. 31 días después del inicio de esta cobertura.

**Sección C (Asistencia en viaje de emergencia)**

- La cobertura comenzará cuando **usted** embarque para el primer destino **internacional** que aparezca en **su itinerario de viaje**.
- Y terminará cuando se dé la primera de las siguientes circunstancias:
  - a. Cuando **usted** regrese a **su país de residencia**; o.
  - b. 31 días después del inicio de esta cobertura.

### Período de cobertura:

Si el tratamiento para la COVID-19 se inicia dentro del período de cobertura de 31 días, la cobertura de la **Sección A1 (Gastos médicos de COVID-19)** y de la **Sección A2 (evacuación médica de emergencia y repatriación)** continuará más allá de los 31 días hasta que **usted** regrese a **su país de residencia**, con sujeción a los límites establecidos en la **tabla de prestaciones** y a los demás términos y condiciones de esta póliza.

Se proporciona la siguiente cobertura para cada **asegurado**. Es importante que **usted** consulte los apartados individuales de la cobertura para obtener información detallada de **sus** derechos en caso de que **usted** necesite presentar una **reclamación**.

## Tabla de prestaciones

Sección	Prestaciones	Importe asegurado hasta:
<b>A1</b>	- Gastos médicos de COVID-19: si <b>usted</b> da positivo en una prueba de COVID-19	<u>200 000 EUR</u>
<b>A2</b>	- Evacuación médica de emergencia y repatriación: si <b>usted</b> da positivo en COVID-19 - Repatriación de restos en caso de muerte por COVID-19	
<b>B</b>	Prestación por <b>cuarentena</b> por COVID-19 <b>en el extranjero</b>	<u>1 400 EUR</u>
	Límite por día:	<u>100 EUR</u>
	Máximo de días:	<u>14 días</u>
<b>C</b>	Asistencia en viaje de emergencia	Incluida

El abajo firmante declara haber leído y comprendido en todos sus términos las condiciones del presente contrato, aceptando expresamente todas las cláusulas limitativas incluidas en el mismo, destacadas mediante subrayado.

EL TOMADOR

EL ASEGURADOR

## Cómo presentar una reclamación

### Nota:

**Usted** o quien actúe en **su** nombre debe ponerse en contacto con la **empresa de asistencia** lo antes posible para notificarnos **a nosotros** la **reclamación**. **Nosotros** sólo resolveremos la **reclamación** directamente con el proveedor y no se realizará ningún pago al **asegurado**. Esto no se aplica al coste de una prueba de COVID-19 positiva ni a las tarifas por cambio de un vuelo de regreso debido a un diagnóstico positivo.

Todos los documentos justificativos de la **reclamación** se nos deben enviar a **nosotros** o a **nuestra** oficina tan pronto como sea razonablemente posible a partir de la fecha en que ocurrió el suceso por el que **usted** presenta la **reclamación**. La notificación tardía de una **reclamación** puede afectar a la aceptación de la **reclamación** por **nuestra** parte.

**Usted** tiene que proporcionar, a **su** cargo, todas las pruebas razonables y necesarias que **nosotros** exijamos para tramitar una **reclamación**. Si la información proporcionada es insuficiente, le indicaremos la información adicional que se necesita. Si no recibimos la información que necesitamos, podríamos rechazar la **reclamación**.

Datos de contacto:

Idioma	Teléfono	Correo electrónico
Inglés	+44 1273 765 315	<a href="mailto:aigtravelclaims@aig.com">aigtravelclaims@aig.com</a>
Francés	+33 1 49 024 222	<a href="mailto:sinistres.FR@aig.com">sinistres.FR@aig.com</a>
Aleman	+49 699 711 3997	<a href="mailto:DE.travelclaims@aig.com">DE.travelclaims@aig.com</a>
Italiano	+39 023 690699	<a href="mailto:sinistri.ITA@aig.com">sinistri.ITA@aig.com</a>
Español	+34 919 166 498	<a href="mailto:siniestrosespana@aig.com">siniestrosespana@aig.com</a>
Holandés	+32 273 99994	<a href="mailto:BE.claims@aig.com">BE.claims@aig.com</a>

La **empresa de asistencia** le proporcionará ayuda durante **su viaje al extranjero**. Ofrece servicio de emergencias las veinticuatro (24) horas del día todos los días del año. Los datos de contacto son los siguientes:

### AIG Travel Assistance

Tel.: + 34 919 166 499

Correo electrónico: [medicalba@aig.com](mailto:medicalba@aig.com)

Tenga a mano la siguiente información cuando **usted** (o alguien en **su** nombre) se ponga en contacto con la **empresa de asistencia**, para que **su** caso pueda tratarse de forma eficiente:

- **su** nombre y dirección;
- **su** número de teléfono de contacto;
- **su itinerario de viaje**;
- pasaporte o identificación; y
- el nombre, la dirección y el número de teléfono de contacto de **su médico**.

Para obtener más información sobre reclamaciones, consulte el epígrafe [Condiciones generales](#).

## Definiciones generales

Siempre que las siguientes palabras o frases aparezcan en negrita en esta póliza, tendrán los significados que aquí se indican:

**Empresa de asistencia** significa el proveedor de asistencia de AIG o un proveedor de asistencia externo al que se haga referencia en este documento.

**Reclamación** significa una solicitud que **usted** nos realiza a **nosotros** con el fin de beneficiarse de una serie de prestaciones disponibles en virtud de esta póliza.

**Finnair** hace referencia a Finnair OYJ, con sede en Lentäjätie 1, 01530 Vantaa, Finlandia.

---

El abajo firmante declara haber leído y comprendido en todos sus términos las condiciones del presente contrato, aceptando expresamente todas las cláusulas limitativas incluidas en el mismo, destacadas mediante subrayado.

EL TOMADOR

EL ASEGURADOR

**Transportista general** significa cualquier empresa de transporte terrestre, marítimo o aéreo que opere con una licencia válida para el transporte de pasajeros que paguen la correspondiente tarifa y que opere con itinerarios y rutas fijos, establecidos y regulares.

**País de salida** significa el país del que **usted** salió en primer lugar en **su viaje** según **su itinerario de viaje**.

**País de residencia** hace referencia al país en el que **usted** ha vivido durante los últimos seis (6) meses o al que se le ha concedido un derecho ilimitado de reentrada por parte de la Autoridad gubernamental.

**Vuelo** significa un viaje aéreo en un avión comercial y regular en el que **usted** es un pasajero que paga una tarifa.

**Domicilio** significa el lugar de residencia habitual de un **asegurado** dentro de su **país de residencia**.

**Hospital/hospitalario** hace referencia a un establecimiento constituido y registrado como una instalación para el cuidado y tratamiento de personas enfermas o lesionadas y que:

1. dispone de instalaciones para diagnóstico y procedimientos quirúrgicos;
2. proporciona servicios de enfermería por parte de enfermeras tituladas y acreditadas durante veinticuatro (24) horas al día;
3. está supervisado por un equipo de **médicos**; y
4. no es principalmente una clínica, una residencia de ancianos, un lugar para el tratamiento del alcoholismo o la drogadicción ni una institución para personas con trastornos mentales o problemas de conducta.

**Enfermedad** significa una condición física marcada por una desviación patológica del estado sano normal.

**Proveedor de seguros** significa la empresa que emite esta póliza, que puede incluir subsidiarias o filiales de American International Group, Inc., y socios de red designados según corresponda.

**Asegurado** significa una persona nombrada en un **itinerario de viaje** que cumple los requisitos para recibir la cobertura en virtud de esta póliza conforme a un **viaje internacional** reservado directamente con el **tomador del seguro**. Todas las personas que aparezcan nombradas en el mismo **itinerario de viaje** y que tengan el mismo vuelo de Finnair también podrán acogerse a esta póliza.

**Médico** hace referencia a un especialista médico titulado y debidamente cualificado según las leyes aplicables y que actúe dentro de su especialidad. El **médico** que le atienda no puede ser **usted**, ni **su** pariente, socio, empleador, empleado o **compañero de viaje**.

**Necesidad médica** hace referencia a un servicio médico proporcionado por un **médico** que:

1. Sea coherente con el diagnóstico y que sea un tratamiento médico habitual para la **enfermedad** cubierta.
2. Respete los estándares de buena práctica médica y que sea coherente con los estándares actuales de atención médica profesional y de beneficios médicos probados.
3. No sea para la conveniencia de **usted** o del **médico**.
4. No pueda ser prestado fuera de un **hospital** (si es admitido como paciente hospitalizado).
5. No sea experimental ni se encuentre en fase de investigación, prevención o cribado.
6. Y, cuando los cargos entren dentro de lo razonable, que sea habitual y no supere el nivel general de gastos en que incurran otros de similar categoría en la localidad en la que se genere el cargo, cuando se proporcionen tratamientos, servicios o suministros similares o comparables a individuos del mismo sexo y de edad parecida para una **enfermedad** similar, de acuerdo con las normas y prácticas médicas aceptadas, del que no podría haberse prescindido sin afectar negativamente a **su enfermedad**.

**Al extranjero/en el extranjero/internacional** significa más allá de los límites territoriales de **su país de salida** o **país de residencia**, según corresponda en función del país desde el que **usted** partiera originariamente según **su itinerario de viaje**, pero en ninguna circunstancia incluye **su país de residencia**.

**Tomador del seguro** significa Finnair Oyj.

**Enfermedad preexistente** hace referencia a un diagnóstico de COVID-19 anterior al inicio de la cobertura que **usted** recibe en virtud de esta póliza.

**Cuarentena** significa una restricción de movimiento o de viaje impuesta por una autoridad médica o gubernamental, con el fin de detener la propagación de una enfermedad contagiosa.

---

El abajo firmante declara haber leído y comprendido en todos sus términos las condiciones del presente contrato, aceptando expresamente todas las cláusulas limitativas incluidas en el mismo, destacadas mediante subrayado.

**EL TOMADOR**

**EL ASEGURADOR**

**Compañero de viaje** es una persona (a) a la que **usted** conoce personalmente antes del **viaje**, (b) con quien **usted** coordinó personalmente los preparativos del viaje, (c) con la que **usted** tiene la intención de viajar durante al menos el 80 % del **viaje**, y (d) sin la cual **usted** probablemente no realizara el **viaje**, pero en ningún caso incluye a miembros de un grupo de turistas que no cumplan todos los criterios señalados, de (a) a (d).

**Itinerario de viaje** significa el **vuelo o los vuelos** que **usted** reservó bajo una única transacción de pago con el **tomador del seguro** y para los cuales **usted** compró esta póliza.

**Viaje** significa su **viaje al extranjero** reservado con el **tomador del seguro**, tal como se indica en su **itinerario de viaje**.

**Guerra** significa acción militar, ya sea entre naciones o como resultado de una guerra civil o revolución.

**Nosotros, nos, a nosotros, nuestro/a** hace referencia al **proveedor de seguros** que emitió esta póliza.

**Usted, su, usted mismo** se refiere al **asegurado**.

## Condiciones generales

Las **condiciones generales** se aplican a todas las secciones de este seguro.

1. **Usted** o quien actúe en su nombre debe ponerse en contacto con la **empresa de asistencia** lo antes posible para notificarnos **a nosotros la reclamación**.
2. **Usted** debe tomar todas las medidas razonables para evitar o reducir cualquier siniestro o pérdida que pueda obligarle a **usted** a presentar una **reclamación** en virtud de este seguro.
3. Para contar con la plena protección de esta póliza, **usted** debe cumplir con las condiciones descritas en el apartado **Cómo presentar una reclamación**, que son condiciones de la póliza. El incumplimiento de estas condiciones puede afectar a **nuestra** decisión de pago al **asegurado** en caso de **reclamación**.
4. **Usted** debe facilitar a **nuestro** departamento de reclamaciones todos los documentos que sean necesarios para tramitar la **reclamación**. **Usted** será responsable de los costes que esto conlleve.
5. **Usted** debe ayudarnos **a nosotros** a recuperar cualquier cantidad de dinero que **nosotros** hayamos pagado, en caso de que otra aseguradora u otra parte pueda estar obligada a pagar tal cantidad. Esto puede incluir proporcionarnos a **nosotros** información y rellenar los formularios pertinentes.
6. El **Asegurado** que pretenda el pago de una **reclamación** debe darnos **a nosotros** permiso para obtener cualquier informe médico o registro necesario de cualquier **médico** que haya tratado al **asegurado**; de lo contrario, **nosotros** podríamos no pagar la **reclamación**.
7. **Nosotros** podemos pedir al **asegurado** que se someta a uno (1) o más exámenes médicos. Si esto sucede, **nosotros** costaremos el examen, los informes y registros médicos, y los gastos de viaje razonables del **asegurado** y de cualquier persona que deba viajar con el **asegurado** para asistir al examen, siempre que acordemos estos gastos con carácter previo. Si el **asegurado** no asiste sin causa razonable, podríamos rechazar la **reclamación**.
8. Si un **asegurado** fallece, **nosotros** tendremos derecho a solicitar un examen "post mortem", que correrá a **nuestro** cargo.
9. **Usted** debe pagarnos cualquier cantidad que **nosotros** hayamos abonado que no esté cubierta por el seguro. Esto podría incluir pagos en exceso y pagos a los que **usted** no tenga derecho.
10. Si **nosotros** hemos pagado una **reclamación** en virtud de esta póliza y se ha aceptado como pago completo y final de la **reclamación**, entonces **usted** no tendrá que efectuar ningún pago adicional por esa misma **reclamación**.
11. Cualquier fraude, falsedad deliberada u ocultación deliberada de información por parte de un **asegurado** en cualquier momento invalidará esta póliza en lo que concierne a la cobertura de ese **asegurado**. Si esto ocurre, no reembolsaremos ninguna prima respecto de ese **asegurado**.
12. **Nosotros** no abonaremos intereses por ninguna cantidad que resulte pagadera en virtud de esta póliza.
13. Esta póliza está sujeta a sus propios términos y condiciones, y a la legislación española en vigor. En particular, será de aplicación la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro y demás normativa sectorial. De conformidad con lo establecido en el artículo 123.1 del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, se hace constar expresamente la no aplicación de la normativa española en materia de liquidación de entidades aseguradoras..

---

El abajo firmante declara haber leído y comprendido en todos sus términos las condiciones del presente contrato, aceptando expresamente todas las cláusulas limitativas incluidas en el mismo, destacadas mediante subrayado.

EL TOMADOR

EL ASEGURADOR

14. Será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro el del domicilio del asegurado .
15. Los términos y condiciones de esta póliza estarán disponibles en inglés y español. Cuando exista una diferencia de interpretación, prevalecerá la versión española.
16. Si una **reclamación** se considera aceptable con arreglo a esta póliza, **nosotros** abonaremos la **reclamación** directa y únicamente al proveedor, y no se efectuará ningún pago al **asegurado**.
17. También podemos ponernos en contacto con terceros que hayan prestado o pudieran haber prestado servicios al **asegurado** (por ejemplo, una aerolínea, una agencia de viajes o un hotel) para verificar la información proporcionada.
18. El **tomador del seguro** pagará las primas, según lo acordado, y la información se nos proporcionará a **nosotros** en la forma y con la frecuencia que razonablemente exijamos para que la cobertura permanezca en vigor.
19. Esta póliza de grupo no se podrá ceder ni transferir a menos que así lo acordemos **nosotros** por escrito.
20. Solo el **tomador del seguro**, el **asegurado** y **nosotros** podremos hacer cumplir los términos de esta póliza.

## Exclusiones generales

Las **exclusiones generales** se aplican a todas las secciones de esta póliza. Además de estas **exclusiones generales**, consulte también el apartado «Lo que no le cubre» incluido en cada sección de la póliza, ya que en él se establecen otras exclusiones que se aplican a dicha sección de la póliza.

**Nosotros** no seremos responsables con arreglo a ninguna sección de la póliza de ninguna **reclamación** derivada de, basada en, relacionada con o atribuible a:

1. Costes no relacionados con la COVID-19.
2. Cualquier **enfermedad preexistente** o complicación derivada de ella.
3. La decisión por parte de **usted** de viajar en contra de la recomendación de un **médico** o con el propósito de recibir asesoramiento o tratamiento médico.
4. **Guerras, guerras civiles, invasiones, revoluciones o cualquier acontecimiento similar.**
5. Pérdidas, gastos, responsabilidades o daños a la propiedad derivados de la radiación ionizante o de la contaminación por radioactividad de:
  - a. Cualquier combustible nuclear.
  - b. Cualquier residuo nuclear procedente de:
    - (i) La quema de combustible nuclear
    - (ii) Material radioactivo, tóxico o explosivo
    - (iii) Otras propiedades peligrosas de cualquier equipo nuclear explosivo
6. La dispersión, aplicación o liberación de materiales biológicos o químicos patógenos o tóxicos.
7. Su participación en cualquier acto deliberado, malicioso, imprudente, ilegal o criminal.
8. Su suicidio o intento de suicidio.
9. Su intención deliberada de autolesionarse o ponerse en peligro (a menos que tratara de salvar la vida de otra persona).
10. El consumo por **su** parte de alcohol o drogas, a menos que estas las hayan recetado un **médico** (si la **reclamación** es consecuencia directa o indirecta del consumo de alcohol o drogas por parte de **usted**).
11. No haber recibido **usted** las inoculaciones y vacunas que necesitaba en relación con **su viaje**.

Además:

12. Esta política no cubre los gastos de las pruebas de COVID-19 previas al **viaje**, las pruebas de COVID-19 en un aeropuerto de salida o llegada o las pruebas obligatorias de COVID-19 requeridas por un gobierno o una autoridad sanitaria.
13. Cuando lo permita la legislación local, cualquier pérdida, gasto, evento o responsabilidad que estén cubiertos por cualquier otra póliza de seguros, plan o acto gubernamental o que sea pagadero por cualquier otra fuente. No obstante, **nosotros** abonaremos la diferencia entre lo que resulte pagadero en virtud de cualquier otra póliza de seguro, plan, acto gubernamental o fuente y lo que **usted** tendría derecho a recuperar con arreglo a esta póliza.
14. Esta póliza no proporciona cobertura para ningún tipo de pérdida, coste, cargo o gasto indirecto (es decir, pérdidas, costes, cargos o gastos que no se indiquen en los epígrafes «Lo que le cubre » incluidos en la sección **Sus prestaciones en virtud de esta póliza** (por ejemplo, pérdida de ganancias si **usted** no puede trabajar tras haber estado enfermo).

---

El abajo firmante declara haber leído y comprendido en todos sus términos las condiciones del presente contrato, aceptando expresamente todas las cláusulas limitativas incluidas en el mismo, destacadas mediante subrayado.

EL TOMADOR

EL ASEGURADOR

15. Esta póliza no proporciona cobertura para ningún gasto que usted habría tenido que pagar si no hubiera sucedido aquello que le llevó a presentar la reclamación (por ejemplo, el coste de los alimentos que usted habría tenido que comprar en cualquier caso).
16. No se considerará que nosotros debemos proporcionar cobertura ni seremos responsables de abonar ninguna reclamación ni de proporcionar ninguna prestación en virtud del presente documento si determinamos que la provisión de dicha cobertura, el pago de dicha reclamación o la provisión de dicha prestación expondría al proveedor de seguros, a su empresa matriz o a su entidad de control a cualquier sanción, prohibición o restricción en virtud de las resoluciones de las Naciones Unidas o de las leyes o regulaciones de sanciones comerciales o económicas de la Unión Europea, el Reino Unido o los Estados Unidos de América.
17. No proporcionaremos ninguna cobertura ni haremos ningún pago a una persona o entidad proveedora ubicada en un país o región que esté sujeto a sanciones generales, entre los que se incluyen a partir de la fecha de entrada en vigor de esta póliza Cuba, Irán, Siria, Corea del Norte y la región ucraniana de Crimea.
18. Esta póliza no cubre ninguna pérdida, lesión, daño o responsabilidad legal sufridos directa o indirectamente por cualquier persona o entidad identificada en cualquier lista de vigilancia gubernamental aplicable como partidaria de terrorismo, tráfico de estupefacientes o personas, piratería, proliferación de armas de destrucción masiva, crimen organizado, actividad cibernética maliciosa o abusos de los derechos humanos; ni ningún pago por cualquier reclamación, pérdida o gasto que implique a cualquier proveedor de servicios que figure en alguna de estas listas.

Nota:

**Exclusiones de sanciones:**

No se considerará que nosotros debemos proporcionar cobertura ni seremos responsables de abonar ninguna reclamación ni de proporcionar ninguna prestación en virtud del presente documento si determinamos que la provisión de dicha cobertura, el pago de dicha reclamación o la provisión de dicha prestación expondría al proveedor de seguros, a su empresa matriz o a su entidad de control a cualquier sanción, prohibición o restricción en virtud de las resoluciones de las Naciones Unidas o de las leyes o regulaciones de sanciones comerciales o económicas de la Unión Europea, el Reino Unido o los Estados Unidos de América. No proporcionaremos ninguna cobertura ni haremos ningún pago a una persona o entidad proveedora ubicada en un país o región que esté sujeto a sanciones generales, entre los que se incluyen a partir de la fecha de entrada en vigor de esta póliza Irán, Cuba, Siria, Corea del Norte y la región ucraniana de Crimea.

Esta póliza no cubre ninguna pérdida, lesión, daño o responsabilidad legal sufridos directa o indirectamente por cualquier persona o entidad identificada en cualquier lista de vigilancia gubernamental aplicable como partidaria de terrorismo, tráfico de estupefacientes o personas, piratería, proliferación de armas de destrucción masiva, crimen organizado, actividad cibernética maliciosa o abusos de los derechos humanos; ni ningún pago por cualquier reclamación, pérdida o gasto que implique a cualquier proveedor de servicios que figure en alguna de estas listas.

## Sus prestaciones en virtud de esta póliza

### Sección A1 (Gastos médicos de COVID-19)

Nota:

1. **Usted** o quien actúe en **su** nombre debe ponerse en contacto con la **empresa de asistencia** lo antes posible
2. Si **usted** tiene derecho a recibir de cualquier otra fuente el pago de todos o parte de los gastos médicos, **nosotros** abonaremos la diferencia.

**Lo que le cubre la Sección A1**

**Nosotros** asumiremos como máximo la cantidad que se muestra en la **tabla de prestaciones** por **necesidades médicas** y gastos razonables a raíz de que **usted** haya dado positivo en COVID-19 durante **su viaje al extranjero**. Se incluye:

1. Tratamiento médico, quirúrgico y **hospitalario** de urgencia, así como costes de ambulancia.

**Lo que no le cubre la Sección A1 ni la Sección A2**

Además de las exclusiones indicadas en el apartado **Exclusiones generales**, esta póliza no cubre pérdidas ni gastos derivados de, basados en o atribuibles a:

1. Tratamientos o cirugías que la empresa de asistencia considere que no son necesarios de forma inmediata y que puedan esperar hasta que

---

El abajo firmante declara haber leído y comprendido en todos sus términos las condiciones del presente contrato, aceptando expresamente todas las cláusulas limitativas incluidas en el mismo, destacadas mediante subrayado.

EL TOMADOR

EL ASEGURADOR

2. Si **usted** no puede regresar a **su país de residencia** como planeó originariamente y la **empresa de asistencia** determina que su estancia prolongada es una **necesidad médica**, nosotros abonaremos los siguientes conceptos:

- alojamiento adicional (solo habitación);
- gastos de viaje (clase turista, a menos que la **empresa de asistencia** confirme y autorice por adelantado que se requiere una clase superior al tratarse de una **necesidad médica**) que le permitan regresar a **su país de residencia**.

**usted** regrese a **su país de residencia**. La decisión de la **empresa de asistencia** es definitiva.

2. El coste extra de una habitación individual o privada en el **hospital**, a menos que no haya habitaciones compartidas disponibles o que una habitación individual o privada en el **hospital** sea una **necesidad médica**.
3. Cualquier coste por afecciones o enfermedades no relacionadas con el diagnóstico de COVID-19 en **su viaje al extranjero**.
4. Gastos de búsqueda y salvamento que le cargue a **usted** un gobierno, organismo regulado u organización privada derivados de operaciones de búsqueda y rescate de **su** persona. Esto no incluye los gastos de evacuación médica en el medio transporte más apropiado.
5. Costes por los siguientes conceptos:
  - llamadas telefónicas (salvo la primera llamada a la **empresa de asistencia** para avisar del problema médico);
  - tarifas de servicio de taxi (a menos que se utilice un taxi en lugar de una ambulancia para transportarle a **usted** hasta un **hospital** o desde él); o,
  - gastos de comida y bebida (a menos que formen parte de los gastos **hospitalarios** en caso de que ingrese **usted** como paciente).
6. Cualquier coste que **usted** tenga que pagar cuando se haya negado a regresar a **su país de residencia** y la **empresa de asistencia** le considerara apto para viajar.
7. Tratamientos o medicamentos de cualquier tipo que **usted** reciba después de regresar a **su país de residencia**.
8. Costes en los que no haya incurrido **usted** ni nadie en su nombre.

Tenga en cuenta que las condiciones establecidas en el apartado **Condiciones generales** se aplican a todas las secciones relativas a prestaciones.

#### **Aportación de pruebas necesarias para la sección A1**

- Evidencia de una prueba de COVID-19 positiva
- Comprobante del viaje (factura de confirmación, billetes de avión).
- Facturas de gastos médicos
- Una carta oficial del **médico** responsable del tratamiento que confirme que los gastos eran una **necesidad médica**

**Nota:** Podríamos requerir la aportación de otras pruebas para tramitar **su reclamación**, en función de las circunstancias, en cuyo caso se las solicitaremos a **usted**.

### **Sección A2 (Evacuación médica de emergencia y repatriación)**

#### **Nota:**

En el caso de que **su** positivo por COVID-19 durante **su viaje al extranjero** haya derivado en una **necesidad médica**, **nos** reservamos el derecho de trasladarlo de un **hospital** a otro o de organizar **su** evacuación a **su domicilio** en cualquier momento durante el **viaje**. Procederemos de este modo si en la opinión del **médico** responsable y de la **empresa de asistencia**, **usted** puede ser trasladado de forma segura o viajar de forma segura a **su país de residencia** o a su **domicilio** para continuar el tratamiento.

---

El abajo firmante declara haber leído y comprendido en todos sus términos las condiciones del presente contrato, aceptando expresamente todas las cláusulas limitativas incluidas en el mismo, destacadas mediante subrayado.

**EL TOMADOR**

**EL ASEGURADOR**



### Lo que le cubre la Sección A2

**Nosotros** asumiremos como máximo la cantidad que se muestra en la [tabla de prestaciones](#) por los costes necesarios y razonables de evacuación de emergencia y repatriación como resultado de **su diagnóstico de COVID-19 durante su viaje al extranjero**. Se incluye:

1. El coste de **su** regreso a **su país de residencia** antes de lo previsto si la **empresa de asistencia** lo autoriza por adelantado y se considera una **necesidad médica**.
2. El coste de **su** traslado a un **hospital** que se considere apropiado para tratar la **necesidad médica**.
3. En caso de fallecimiento, el coste de repatriar **su** cuerpo o cenizas a **su país de residencia**, hasta las cantidades específicas que se muestran en la [tabla de prestaciones](#).

En caso de que la **reclamación** tenga por objeto **su** viaje de regreso a **su país de residencia** y **usted** no disponga de un billete de vuelta, deduciremos de **su reclamación** el importe equivalente a aquel que **su** transportista originario publicara como tarifa de billete de ida en avión (con arreglo a la misma categoría de viaje que **usted** haya pagado en **su viaje** de ida) para la ruta que utilice en **su** regreso.

Tenga en cuenta que las condiciones establecidas en el apartado [Condiciones generales](#) se aplican a todas las secciones relativas a prestaciones.

#### [Aportación de pruebas necesarias para la sección A2](#)

- Evidencia de una prueba de COVID-19 positiva
- Comprobante del viaje (factura de confirmación, billetes de avión).
- Una carta oficial del médico responsable del tratamiento que confirme que la evacuación era una **necesidad médica**

**Nota:** Podríamos requerir la aportación de otras pruebas para tramitar **su reclamación**, en función de las circunstancias, en cuyo caso se las solicitaremos a **usted**.

## Sección B (Prestación por cuarentena por COVID-19 en el extranjero)

### Lo que le cubre la Sección B

**Nota:** Esta indemnización solo se abonará durante el tiempo que **usted** permanezca en **cuarentena** obligatoria en el **extranjero** y se verá interrumpida si se le exige que permanezca en **cuarentena** tras **su** regreso a **su país de residencia**. Esta cantidad está destinada a ayudarle a **usted** a pagar los gastos razonables y necesarios de alojamiento directamente relacionados con **su cuarentena**.

### Lo que le cubre la Sección B

**Nosotros** abonaremos, como máximo, el importe indicado en la [tabla de prestaciones](#) si durante un **viaje al extranjero** se le exige inesperadamente que permanezca en **cuarentena** obligatoria fuera de **su país de residencia** por orden de un organismo

### Lo que no le cubre la Sección A2

Consulte las exclusiones descritas en la [Sección A1](#) y las [exclusiones generales](#) de esta póliza para [obtener más información sobre lo que no está cubierto](#).

### Lo que no le cubre la Sección B

Además de las exclusiones indicadas en el apartado [Exclusiones generales](#), esta póliza no cubre las pérdidas o los gastos derivados de, basados en o atribuibles a cualquier **cuarentena** obligatoria que se aplique en términos generales a lo siguiente:

---

El abajo firmante declara haber leído y comprendido en todos sus términos las condiciones del presente contrato, aceptando expresamente todas las cláusulas limitativas incluidas en el mismo, destacadas mediante subrayado.

EL TOMADOR

EL ASEGURADOR

gubernamental por cualquiera de las dos razones siguientes:

- **Usted** da positivo en una prueba de COVID-19.
- Este organismo gubernamental determina que **usted** o cualquier **compañero de viaje**, específicamente, han estado expuestos al coronavirus que causa la COVID-19.

**Nosotros** asumiremos el pago de los costes razonables y necesarios de alojamiento directamente relacionados con dicha **cuarentena** hasta el importe especificado en la **tabla de prestaciones** durante un máximo de 14 días consecutivos.

- Todos los pasajeros que lleguen o hagan escala, o todos los pasajeros que lleguen o hagan escala desde una zona geográfica de origen determinada.
- Todas las personas que se encuentren actualmente en una zona geográfica determinada.
- Todos los pasajeros, o un subgrupo de pasajeros que abarque a otras personas además de a usted y a su(s) compañero(s) de viaje, en cualquier transportista general.

Tenga en cuenta que las condiciones establecidas en el apartado **Condiciones generales** se aplican a todas las secciones relativas a prestaciones.

#### **Aportación de pruebas necesarias para la Sección B**

- Evidencia de una prueba de COVID-19 positiva, si procede.
- Prueba de la orden de **cuarentena** expedida por una autoridad o un médico.
- Prueba de las fechas y las horas de **su** ingreso y alta hospitalarios.
- Comprobante del viaje (factura de confirmación, billetes de avión).

**Nota:** Podríamos requerir la aportación de otras pruebas para tramitar **su reclamación**, en función de las circunstancias, en cuyo caso se las solicitaremos a **usted**.

### **Sección C (Asistencia en viaje de emergencia)**

La **empresa de asistencia** proporcionará servicios de asistencia de emergencia y en viaje en todo el mundo durante veinticuatro (24) horas si ocurre lo siguiente en **su viaje**:

- Se le deniega a **usted** el embarque en un **vuelo** a causa de fiebre u otro problema médico.
- Se le deniega a **usted** la entrada a un país a causa de fiebre u otro problema médico.
- Se siente enfermo mientras viaja.

Si **usted** requiere tratamiento médico que conlleve el ingreso en un **hospital**, servicios de transporte de emergencia o el regreso a su **domicilio** por cualquier motivo cubierto por esta póliza, **usted** debe ponerse en contacto con la **empresa de asistencia** y seguir sus recomendaciones o instrucciones. Con arreglo a lo expuesto en esta póliza, el incumplimiento de estas pautas puede perjudicar **su reclamación**.

La **empresa de asistencia** opera una red de centros de servicio que le proporcionarán a **usted** asistencia en viaje 24 horas al día, 7 días a la semana, antes y durante **su viaje**.

En función de **sus** necesidades específicas, **nosotros** podemos:

1. Cuando se necesite atención médica, dirigirle a **usted** a los centros médicos adecuados, controlar **su** condición y tratamiento, y mantener informados a **su** familia y amigos en el **domicilio**.
2. Consultar con el **médico** responsable de **su** tratamiento para evaluar si es necesaria la evacuación de emergencia y la repatriación, y coordinar todos los servicios.

**Nosotros** trataremos de obtener para **usted** atención médica cuando viaje, pero la **empresa de asistencia** no puede garantizar que siempre haya instalaciones médicas adecuadas disponibles. La **empresa de asistencia** se limita a supervisar **su** estado de forma remota, pero no puede hacerse cargo de la administración de **su** tratamiento médico. Tenga en cuenta que cuando **su reclamación** no esté cubierta por la póliza, la prestación de asistencia de emergencia no será en sí misma una admisión de responsabilidad a consecuencia de **su reclamación**.

---

El abajo firmante declara haber leído y comprendido en todos sus términos las condiciones del presente contrato, aceptando expresamente todas las cláusulas limitativas incluidas en el mismo, destacadas mediante subrayado.

**EL TOMADOR**

**EL ASEGURADOR**

Consulte la información de contacto proporcionada en el apartado [Datos de contacto importantes](#) para obtener información detallada sobre cómo ponerse en contacto con la **empresa de asistencia**.

**Nota importante:** Esta sección proporciona únicamente servicios de asistencia y no cubre los gastos médicos de emergencia, los gastos de evacuación ni cualquier otro gasto, a menos que estén cubiertos en otra parte de esta póliza.

## Datos de contacto importantes

### ASISTENCIA MÉDICA Y EN VIAJE DE EMERGENCIA

#### AIG Travel Assistance

Tel.: +34 919 166 499

Correo electrónico: [medicalba@aig.com](mailto:medicalba@aig.com)

Disponible 24 horas al día, 7 días a la semana.

## Mecanismos de solución de conflictos

Podrá presentar una queja o reclamación que no esté ligada a cuestiones de cobertura de un siniestro mediante el envío de un correo electrónico a [ukcustomerrelations@aig.com](mailto:ukcustomerrelations@aig.com), cuando la reclamación corresponda a la persona a cargo de reclamaciones en AIG Europe S.A. Finland Branch.

Adicionalmente a lo anterior, en el caso de que la queja o reclamación esté ligada a una decisión de cobertura respecto de un siniestro, podrá contactar al tramitador del siniestro o bien podrá enviar un email a la siguiente dirección: [siniestrosespana@aig.com](mailto:siniestrosespana@aig.com).

La queja o reclamación puede también realizarse por escrito, escribiendo a AIG Europe S.A. Finland Branch, Kasarmikatu 44, 00130 Helsinki, o por teléfono llamando al +34 919 166 499.

Deberá proporcionar el número de asunto y/o el número de póliza, así como una descripción de la reclamación.

AIG Europe S.A. se toma todas las quejas y reclamaciones muy seriamente y ha establecido el siguiente procedimiento para una resolución rápida y justa de las reclamaciones, por el departamento apropiado:

AIG Europe S.A. Finland Branch acusará recibo de su reclamación en el plazo máximo de 10 días hábiles, a contar desde la fecha de su recepción y le proporcionará respuesta dentro del plazo de un mes (salvo que por circunstancias específicas la compañía no pueda hacerlo, en cuyo caso el reclamante será debidamente informado de las razones para ello y de cuando puede esperar recibir respuesta).

Igualmente y sin perjuicio de las acciones que pueda ejercitar ante los jueces y tribunales españoles, si transcurrido el plazo de un mes desde el momento en que la reclamación fue presentada ante la aseguradora, consideran que la respuesta recibida del Servicio de Atención al Cliente no ha cumplido sus expectativas o si simplemente no han recibido respuesta alguna, el **tomador del seguro** o el **asegurado** podrán formular reclamación ante la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. Los datos de contacto de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones pueden ser encontrados en: <http://www.dgsfp.mineco.es>.

Dado que AIG Europe S.A. es una compañía de seguros con sede en Luxemburgo, los reclamantes que sean personas físicas que actúen fuera de su actividad profesional también podrán, además del procedimiento de reclamación establecido anteriormente, si no están satisfechos con la respuesta de AIG Europe S.A. Finland Branch o en ausencia de respuesta después de 90 días:

- Elevar la queja a la sede de AIG Europe S.A., para lo cual deberán dirigirse por escrito a AIG Europe S.A., "Service Reclamations Niveau Direction", 35D Avenue John F. Kennedy, L-1855, Luxemburgo; o por correo electrónico a [aigeurope.luxcomplaints@aig.com](mailto:aigeurope.luxcomplaints@aig.com).
- Acceder a uno de los órganos mediadores de Luxemburgo, cuyos datos de contacto están disponibles en el sitio web de AIG Europe S.A. en <http://www.aig.lu/>.
- Presentar una solicitud de "resolución extrajudicial" ante la Comisión de Seguros de Luxemburgo (CAA), mediante correo postal remitido a Commissariat Aux Assurances, 7 Boulevard Joseph II, L-1840, Luxemburgo; fax enviado al +352 22 69 10; correo electrónico dirigido a [reclamation@caa.lu](mailto:reclamation@caa.lu), o en línea a través del sitio web de la CAA <http://www.caa.lu>.

---

El abajo firmante declara haber leído y comprendido en todos sus términos las condiciones del presente contrato, aceptando expresamente todas las cláusulas limitativas incluidas en el mismo, destacadas mediante subrayado.

EL TOMADOR

EL ASEGURADOR

Todas las solicitudes remitidas al CAA o a uno de los órganos mediadores de Luxemburgo deberán presentarse en luxemburgués, alemán, francés o inglés.

Si el contrato del seguro se ha formalizado a través de Internet, también puede utilizar la plataforma de la Comisión Europea para la resolución de litigios en línea mediante el siguiente enlace:

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

Seguir este procedimiento de reclamación o hacer uso de una de las opciones anteriores no afecta al derecho del denunciante a emprender acciones legales.

Si el **tomador del seguro** o el **asegurado** no están conformes con nuestra decisión sobre la tramitación del siniestro podrán someter, antes de acudir a los tribunales de justicia, sus diferencias a decisión arbitral.

De igual modo, las partes podrán someter sus divergencias a un mediador en los términos previstos en la Ley 5/2012, de 6 de julio, de mediación en asuntos civiles y mercantiles.

En todo caso, será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro el del domicilio del **asegurado**.

## Uso de información personal

AIG Europe S.A. se compromete a proteger la privacidad de los clientes, los denunciantes y otras personas, cuya información se haya proporcionado a AIG. Por "información personal", se entiende aquella que identifica y se refiere a un cliente o a otra persona (p. ej., a un socio del cliente u otros miembros de la familia del cliente). Si el cliente proporciona información personal sobre otro individuo, deberá (a menos que se acuerde lo contrario) informar a esa persona acerca del contenido de este aviso y de nuestra política de privacidad y obtener su permiso (cuando sea posible) para compartir su información personal con nosotros.

En función de la naturaleza de la relación que el cliente o los otros individuos mantengan con AIG, la información personal recopilada puede incluir: información de contacto, información financiera y datos de cuentas, información de referencia y puntuación de crédito, información confidencial sobre salud o enfermedades, así como otra información personal proporcionada por el cliente o que AIG obtenga a raíz de su relación con el cliente o con el otro individuo. La información personal puede utilizarse para los siguientes fines:

- Administración de seguros; por ejemplo, comunicaciones, tramitación de reclamaciones y pago
- Evaluación y toma de decisiones relativas a la provisión y los términos del seguro y la liquidación de reclamaciones
- Asistencia y asesoramiento en asuntos médicos y de viajes
- Gestión de las operaciones empresariales y de la infraestructura de TI de AIG
- Prevención, detección e investigación de delitos; por ejemplo, fraude y blanqueo de capitales
- Establecimiento y defensa de derechos legales
- Cumplimiento legal y normativo (incluido el cumplimiento de leyes y normativas fuera del país de residencia del cliente o de la otra persona)
- Control y grabación de las llamadas telefónicas con fines de calidad, formación y seguridad
- Investigación y análisis de mercado

### Intercambio de Información personal

Para los fines anteriores, la información personal puede compartirse con las empresas del grupo AIG y con terceros (como corredores y otros proveedores de seguros, aseguradoras y reaseguradoras, agencias de referencia crediticia, profesionales sanitarios y otros proveedores de servicios). La información personal se compartirá con terceros (incluidas las autoridades gubernamentales) si así lo exigen las leyes o normativas. La información personal (incluidos los detalles de las lesiones) podría incluirse en registros de reclamaciones compartidos con otras aseguradoras. La empresa AIG está obligada a registrar todas las reclamaciones de indemnización de terceros relacionadas con lesiones corporales en los comités de indemnización por accidentes laborales. AIG puede buscar en estos registros para prevenir, detectar e investigar fraudes o para validar su historial de reclamaciones o el de cualquier otra persona o propiedad que pueda estar involucrada en la póliza o reclamación. La información personal puede compartirse con compradores y posibles compradores, y transferirse tras la venta de una empresa de AIG o la transferencia de activos de la empresa.

### Transferencia internacional

Debido a la naturaleza global del negocio de AIG, la información personal puede transferirse a partes ubicadas en otros países, incluidos Estados Unidos y otros países fuera de la UE. Al realizar estas transferencias, AIG

---

El abajo firmante declara haber leído y comprendido en todos sus términos las condiciones del presente contrato, aceptando expresamente todas las cláusulas limitativas incluidas en el mismo, destacadas mediante subrayado.

**EL TOMADOR**

**EL ASEGURADOR**

tomará las medidas necesarias para garantizar que su información personal se proteja adecuadamente y se transfiera de acuerdo con los requisitos de la ley de protección de datos. Puede encontrar más información sobre las transferencias internacionales en la Política de privacidad de AIG (véase más adelante).

#### Seguridad de la información personal

Se utilizan las medidas de seguridad técnicas y físicas adecuadas para mantener la seguridad de la información personal de los clientes y de las otras personas. Cuando AIG proporcione información personal a un tercero o contrate a un tercero para que recopile información personal en nombre de AIG, el tercero será cuidadosamente seleccionado y se le pedirá que utilice las medidas de seguridad adecuadas.

#### Derechos del cliente o de la otra persona

En virtud de la ley de protección de datos, el cliente o la otra persona tienen una serie de derechos relativos al uso de la información personal por parte de AIG. Estos derechos solo pueden aplicarse en determinadas circunstancias y están sujetos a determinadas exenciones. Estos derechos pueden incluir el derecho a acceder a la información personal, el derecho a corregir datos imprecisos, el derecho a borrar datos o suspender el uso de datos de AIG. Estos derechos también pueden incluir el derecho a transferir los datos del cliente o de la otra persona a otra organización, el derecho a oponerse al uso que AIG hace de la información personal, el derecho a solicitar que ciertas decisiones automatizadas que AIG toma tengan participación humana, el derecho a retirar el consentimiento y el derecho a presentar una reclamación ante el organismo regulador de la protección de datos. En la Política de privacidad completa de AIG (véase más adelante), se ofrece más información sobre los derechos del cliente o de la otra persona y sobre cómo el cliente o la otra persona pueden hacerlos valer.

#### Política de privacidad

Para obtener más información sobre los derechos del cliente o de otros individuos y sobre cómo AIG recopila, utiliza y divulga la información personal, consulte la Política de privacidad completa de AIG en <https://www.aig.fi/en/privacy>. El cliente o el otro individuo pueden solicitar una copia por escrito a Tietosuosavastaava, AIG Europe S.A. Finland Branch, Kasarmikatu 44, 00130 Helsinki, o por correo electrónico a [tietosuoja.fi@aig.com](mailto:tietosuoja.fi@aig.com).

## Cláusulas finales

### Divergencias en el condicionado

El **tomador del seguro** queda informado de que, si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, aquél podrá reclamar al asegurador en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza para que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la presente póliza.

### Aceptación expresa

El **tomador del seguro** reconoce expresamente haber recibido toda la información precontractual y la documentación que compone la póliza, manifestando su conocimiento y conformidad con la misma. Asimismo, reconoce expresamente haber recibido toda la información contenida en la póliza el día de la firma del presente contrato, pero con anterioridad a la misma.

El **tomador del seguro** manifiesta que ha leído, examinado y entendido el contenido y alcance de todas las cláusulas de la presente póliza y, especialmente, aquellas que, debidamente resaltadas mediante subrayado, pudieran ser limitativas de los derechos del **asegurado**. El **tomador del seguro** asume el deber de informar a los **asegurados** sobre sus derechos y obligaciones. Y, para que conste su conocimiento, expresa conformidad y aceptación de las mismas, el **tomador del seguro** firma al pie de cada una de las páginas.

---

El abajo firmante declara haber leído y comprendido en todos sus términos las condiciones del presente contrato, aceptando expresamente todas las cláusulas limitativas incluidas en el mismo, destacadas mediante subrayado.

EL TOMADOR

EL ASEGURADOR

## About Finnair Corona Cover

**Policy number:** 2001029480

**Policy start date:** February 17, 2021

This group policy is evidence of the contract between Finnair OYJ (the **Policyholder**) and AIG Europe S.A. Finland Branch (the **Insurance Provider**). The **Policyholder** will pay the agreed premium for the benefits as stated in this policy, for COVID-19 related losses incurred by an **Insured Person (You)**. Coverage will attach to an **Overseas Trip** an **Insured Person** has purchased directly from Finnair's own sales channels, such as Finnair.com, Finnair Mobile application or Finnair Customer Service and the flight ticket number starts with 105 – 24xx. The policy is not effective if the Finnair flight has been purchased through a non-Finnair sales channel. The validity of this policy must be verified by presenting the **Travel Itinerary**.

Please note:

- This policy only covers expenses as shown in the [Table of Benefits](#) for COVID-19 related losses.
- A **Claim** will only be settled directly with the provider of **Quarantine** accommodation or medical services and no payment will be made to the **Insured Person** (does not apply for a cost of positive COVID-19 test or change fees for a return flight due to a positive diagnosis).
- Terms shown in bold in this policy have defined meanings given to them in the [General Definitions](#) section of this document.

This policy is effective for **Overseas Trips** sold by the **Policyholder** which are booked by August 31, 2021 and taken between February 17, 2021 and October 31, 2021. See [Period of Coverage](#) for details on the coverage period applicable to each **Insured Person**.

Assistance Services are provided by AIG Travel Assistance (**Assistance Company**).

**You** or someone acting on **Your** behalf must contact the **Assistance Company** as soon as reasonably possible to notify **Us** of a **Claim**. A **Claim** will only be settled by **Us** directly with the provider (does not apply for a cost of positive COVID-19 test or change fees for a return flight due to a positive diagnosis).

### Contact details of the Insurance Provider:

AIG Europe S.A. Finland branch  
Kasarmikatu 44, 00130 Helsinki.  
Tel. 0207 010 100, fax: 0207 010 170  
Business ID 2922692-7.

This insurance contract is written by AIG Europe S.A. Finland branch is a branch of the insurance company AIG Europe S.A. (Registered in Luxembourg. Company number: B 218806). Luxembourg office address is 35 D Avenue J. F. Kennedy, L-1855, Luxembourg, <http://www.aig.lu/>. AIG Europe S.A. is authorised by the Luxembourg Ministère des Finances and supervised by the Commissariat aux Assurances 7, Boulevard Joseph II, L-1840 Luxembourg, GD de Luxembourg, tel (+352) 22 69 11-1, [caa@caa.lu](mailto:caa@caa.lu) , <http://www.caa.lu/>.

For conduct of business, AIG Europe S.A. Finland branch is registered in Finland with the Financial Supervisory Authority.fiContact details of this regulatory body can be found here: P.O. Box 103, 00101 Helsinki Telephone + 358 9 183 51 kirjaamo@fiva.fi <https://www.finanssivalvonta> . Luxembourg is the Member State to which corresponds control of the branch, notwithstanding the supervisory authority that corresponds to the General Directorate of Insurance and Pensions Funds. In some or all respects, the regulatory systems applying in other countries where AIG Europe S.A. Spanish branch does business may be different from that of Luxembourg.

If a solvency and financial condition report of AIG Europe S.A. is available, it can be found at <http://www.aig.lu/>.

## Period of Coverage

The policy is effective for **Overseas Trips** booked by August 31, 2021 through Finnair's own sales channels, and which are taken between February 17<sup>th</sup>, 2021 and October 31, 2021.

---

The undersigned declares to have read and understood all the terms and conditions of this insurance contract, expressly accepting all the limiting clauses included therein, duly underlined.

THE POLICYHOLDER

THE INSURER

Please note: **You** are only covered during the following periods for each benefit:

**Section A1 – COVID-19 Medical Expenses, Section A2 – Emergency Medical Evacuation & Repatriation and Section B – Overseas COVID-19 Quarantine Allowance**

- Cover starts when **You** arrive at the first **Overseas** destination shown on **Your Travel Itinerary**.
- And ends at the earlier of:
  - a. When **You** return to **Your Country of Residence**; or
  - b. 31 days after this cover started.

### **Section C - Emergency Travel Assistance**

- Cover starts when **You** are boarding for the first **Overseas** destination as shown on **Your Travel Itinerary**
- And ends at the earlier of:
  - a. When **You** return to **Your Country of Residence**; or
  - b. 31 days after this cover started.

#### **Period of Coverage:**

If treatment for COVID-19 is initiated within the 31 day coverage period, cover under **Section A1 – COVID-19 Medical Expenses** and **section A2 - Emergency Medical Evacuation & Repatriation** will continue beyond 31 days until **You** return to **Your Country of Residence**, subject to the limits stated in the **Table of Benefits** and the other terms and conditions of this policy.

The following cover is provided for each **Insured Person**. It is important that **You** refer to the individual sections of cover for full details of what **You** are entitled to should **You** need to make a **Claim**.

### **Table Of Benefits**

<b>Section</b>	<b>Benefits</b>	<b>Sum insured up to:</b>
<b>A1</b>	- COVID-19 Medical Expenses - if <b>You</b> test positive for COVID-19	<u>200 000 EUR</u>
<b>A2</b>	- Emergency Medical Evacuation & Repatriation - if <b>You</b> test positive for COVID-19 - Repatriation of Remains in the event of death from COVID-19	
<b>B</b>	<b>Overseas COVID-19 Quarantine Allowance</b>	<u>1 400 EUR</u>
	Per day limit:	<u>100 EUR</u>
	Maximum days:	<u>14 days</u>
<b>C</b>	Emergency Travel Assistance	Included

### **How To Make A Claim**

#### **Please note:**

**You** or someone acting on **Your** behalf must contact the **Assistance Company** as soon as reasonably possible to notify **Us** of a **Claim**. A **Claim** will only be settled by **Us** directly with the provider and no payment will be made to the **Insured Person**. This does not apply for a cost of positive COVID-19 test or change fees for a return flight due to a positive diagnosis.

All supporting **Claim** documents must be submitted to **Us / Our** office as soon as reasonably possible from the date of the event happening which causes **You** to submit **Your Claim**. Late notification of a **Claim** may affect **Our** acceptance of a **Claim**.

---

The undersigned declares to have read and understood all the terms and conditions of this insurance contract, expressly accepting all the limiting clauses included therein, duly underlined.

THE POLICYHOLDER

THE INSURER

**You** have to provide at **Your** own expense all reasonable and necessary evidence **We** require to support a **Claim**. If the information supplied is insufficient, **We** will identify the further information which is required. If **We** do not receive the information **We** need, **We** may reject the **Claim**.

Contact details:

Language	Telephone	Email
English	+44 1273 765 315	<a href="mailto:aigtravelclaims@aig.com">aigtravelclaims@aig.com</a>
French	+33 1 49 024 222	<a href="mailto:sinistres.FR@aig.com">sinistres.FR@aig.com</a>
German	+49 699 711 3997	<a href="mailto:DE.travelclaims@aig.com">DE.travelclaims@aig.com</a>
Italian	+39 023 690699	<a href="mailto:sinistri.ITA@aig.com">sinistri.ITA@aig.com</a>
Spanish	+34 919 166 498	<a href="mailto:siniestrosespana@aig.com">siniestrosespana@aig.com</a>
Dutch	+32 273 99994	<a href="mailto:BE.claims@aig.com">BE.claims@aig.com</a>

The **Assistance Company** will provide help during **Your Overseas Trip**. They provide twenty-four (24) hour emergency service, 365 days a year. The contact details are as follows:

**AIG Travel Assistance**

Tel: + 34 919 166 499

Email: [medicalba@aig.com](mailto:medicalba@aig.com)

Please have the following information available when **You** (or someone on **Your** behalf) contact the **Assistance Company** so that **Your** case can be dealt with efficiently:

- **Your** name and address;
- **Your** contact phone number;
- **Your Travel Itinerary**
- Passport / Identification and
- The name, address and contact phone number of **Your Medical Practitioner**.

For further details about claims, please refer to [General Conditions](#).

## General Definitions

Wherever the following words or phrases appear in bold in this policy, they will have the following meanings:

**Assistance Company** means the AIG assistance provider or a third party assistance provider referenced in this document.

**Claim** means a request by **You** to **Us** to avail of the range of benefits that are available under this policy.

**Finnair** means Finnair OYJ, Lentäjätie 1, 01530 Vantaa, Finland.

**Common Carrier** means any land, water or air conveyance operating under a valid license for conveyance of fare paying passengers and which operates to fixed, established and regular schedules and routes.

**Country of Departure** means the country from which **You** first departed for **Your Trip** as per **Your Travel Itinerary**.

**Country of Residence** means the country in which **You** have lived for the past six (6) months or have been granted unrestricted right of re-entry by the Government Authority.

**Flight** means an air journey in a commercial, scheduled aircraft in which **You** are a fare paying passenger.

**Home** means an **Insured Person's** usual place of residence within **Your Country of Residence**.

**Hospital** means an establishment constituted and registered as a facility for the care and treatment of sick and injured persons and which:

---

The undersigned declares to have read and understood all the terms and conditions of this insurance contract, expressly accepting all the limiting clauses included therein, duly underlined.

THE POLICYHOLDER

THE INSURER



1. has full facilities for diagnosis and surgical procedures;
2. provides twenty-four (24) hour a day nursing services by registered graduate nurses;
3. is supervised by a staff of **Medical Practitioners**; and
4. is not primarily a clinic, nursing, rest or convalescent home, a home for the aged, a place for the treatment of alcoholism or drug addiction or an institution for mental or behavioural disorder.

**Illness** means a physical condition marked by a pathological deviation from the normal healthy state.

**Insurance Provider** means the company issuing this policy, which may include subsidiaries or affiliates of American International Group, Inc., and appointed network partners as applicable.

**Insured Person** means a person named on a **Travel Itinerary** who is eligible for cover under this policy in accordance with a booked **Overseas Trip** directly with the **Policyholder**. All persons who are named on the same **Travel Itinerary** and have the same Finnair flight are also eligible for cover under this policy.

**Medical Practitioner** means a registered and properly qualified medical specialist licensed under applicable laws and acting within the scope of his/her license and training. The attending **Medical Practitioner** cannot be **You**, **Your** relative, business associate, employer, employee or **Travelling Companion**.

**Medically Necessary** means a medical service provided by a **Medical Practitioner** which is:

1. consistent with the diagnosis and is a customary medical treatment for the covered **Illness**;
2. in accordance with standards of good medical practice, consistent with current standards of professional medical care and of proven medical benefits;
3. not for the convenience of **You** or the **Medical Practitioner**;
4. unable to be rendered out of a **Hospital** (if admitted as an inpatient);
5. not experimental, investigational, research, preventive or screening in nature; and
6. for which charges are reasonable, customary and do not exceed the general level of charges being made by others of similar standing in the locality where the charge is incurred, when furnishing like or comparable treatment, services or supplies to individuals of the same sex and of comparable age for a similar **Illness** in accordance with accepted medical standards and practice that could not have been omitted without adversely affecting **Your Illness**.

**Overseas** means beyond the territorial limits of **Your Country of Departure** or **Country of Residence** as applicable depending on the country from where **You** originally depart as per **Your Travel Itinerary**, but in no circumstance includes **Your Country of Residence**.

**Policyholder** means Finnair Oyj.

**Pre-existing Medical Condition** means a COVID-19 diagnosis prior to the start of **Your** cover under this policy.

**Quarantine** means a restriction on movement or travel placed by an official government or health authority, in order to stop the spread of a communicable disease.

**Travelling Companion** means a person (a) with whom **You** are personally acquainted prior to **Your Trip**, (b) with whom **You** personally coordinated travel arrangements, (c) with whom **You** intend to travel for at least 80% of **Your Trip** duration, and (d) without whom **You** reasonably would not undertake the **Trip**; but in no instance includes members of a tour group who do not meet all criteria (a) to (d).

**Travel Itinerary** means the **Flight/Flights** that **You** booked under a single payment transaction with the **Policyholder**, for which **You** purchased this policy.

**Trip** means **Your Overseas** trip booked with the **Policyholder** as stated in **Your Travel Itinerary**.

**War** means military action, either between nations or resulting from civil war or revolution.

**We, Us, Our** means the **Insurance Provider** that issued this policy.

**You, Your, Yourself** means the **Insured Person**.

---

The undersigned declares to have read and understood all the terms and conditions of this insurance contract, expressly accepting all the limiting clauses included therein, duly underlined.

THE POLICYHOLDER

THE INSURER

## General Conditions

**General Conditions** apply to all sections of this policy.

1. **You** or someone acting on **Your** behalf must contact the **Assistance Company** as soon as reasonably possible to notify **Us** of a **Claim**.
2. **You** must take all reasonable steps to avoid or reduce any loss that may mean **You** have to make a **Claim** under this insurance.
3. To have full protection of this policy **You** must comply with the conditions outlined in the **How To Make A Claim** section, which are conditions of the policy. Failure to comply with these conditions may determine whether **We** pay to the **Insured Person** in the event of a **Claim**.
4. **You** must give **Our** claims department all the documents they request to deal with any **Claim**. **You** will be responsible for the costs involved in doing this.
5. **You** must help **Us** get back any money **We** have paid if another insurer or other party may be obligated to pay such amounts. This may include providing **Us** with information and filling out related forms.
6. An **Insured Person** seeking payment of a **Claim** must give **Us** permission to obtain any medical reports or records needed from any **Medical Practitioner** who has treated the **Insured Person**; otherwise **We** may not pay any **Claim**.
7. **We** may ask the **Insured Person** to attend one (1) or more medical examinations. If **We** do, **We** will pay the cost of the examination(s), any medical reports and records, and reasonable travelling expenses of the **Insured Person** and any person required to travel with the **Insured Person** to attend the examination, if these expenses are agreed by **Us** in advance. If the **Insured Person** fails to attend without reasonable cause, **We** may reject the **Claim**.
8. If an **Insured Person** dies, **We** have the right to ask for a post mortem examination at **Our** expense.
9. **You** must pay **Us** back any amounts that **We** have paid that are not covered by the insurance. This could include any overpayments and payments to which **You** are not entitled.
10. If **We** have paid a **Claim** under this policy and it has been accepted as full and final payment of the **Claim**, then **We** will not have to make any further payments for the same **Claim**.
11. Any fraud, deliberate dishonesty or deliberate hiding of information by an **Insured Person** at any time will make this policy invalid so far as concerns cover for that **Insured Person**. If this occurs, **We** will not refund any premiums in respect of that **Insured Person**.
12. **We** will not pay any interest on any amount payable under this policy.
13. This Policy will be subject to the Insurance Contract Act 50/1980 and any other applicable laws and regulations in Spain. In accordance with article 123.1 of Royal Decree 1060/2015, of the 20th of November, it is expressly stated the non-application of the Spanish laws and regulations on insurance companies liquidation.
14. The competent judge for any disputes arising from this policy shall be the one of the **Insured's** domicile.
15. The terms and conditions of this policy will be available in English and Spanish. Where there is a difference in interpretation, the Spanish version will prevail.
16. If a **Claim** is deemed eligible under the policy **We** will make **Claims** payments directly with the provider only and no payment will be made to the **Insured Person**.
17. **We** may also contact third parties who have or who were to provide services to the **Insured Person** (for example, an airline, travel company or hotel) to verify the information provided.
18. The premiums are to be paid by the **Policyholder**, as agreed and information will be supplied to **Us** in the form and at the frequency reasonably required by **Us** for the cover to remain in force.
19. This group policy may not be assigned or transferred unless agreed by **Us** in writing.
20. Only the **Policyholder**, **Insured Person** and **Us** may enforce the terms of this policy.

## General Exclusions

**General Exclusions** apply to all sections of this policy. In addition to these **General Exclusions**, please also refer to 'What **You** are not covered for' under each policy section as this sets out further exclusions which apply to that policy section.

**We** will not be liable under any section of the policy for any **Claim** arising out of, based upon, relating to or attributable to:

1. Any costs not related to COVID-19.
2. Any **Pre-Existing Medical Condition** or any complication arising from it.

---

The undersigned declares to have read and understood all the terms and conditions of this insurance contract, expressly accepting all the limiting clauses included therein, duly underlined.

THE POLICYHOLDER

THE INSURER

3. **You** travelling against the advice of a **Medical Practitioner** or for the purpose of obtaining medical advice or treatment.
4. **War**, civil war, invasion, revolution or any similar event.
5. Loss, expense, liability or damage to any property, arising from ionising radiation or contamination by radioactivity from
  - a. any nuclear fuel or
  - b. any nuclear waste from
    - (i) burning nuclear fuel or
    - (ii) radioactive, toxic, explosive or
    - (iii) other dangerous properties of any explosive nuclear equipment
6. The dispersal, application or release of pathogenic or poisonous biological or chemical materials.
7. **You** involvement in any deliberate, malicious, reckless, illegal or criminal act.
8. **Your** suicide or attempted suicide.
9. **Your** deliberately or putting **Yourself** in danger (unless **You** are trying to save a human life).
10. **You** use of alcohol or drugs unless the drugs have been prescribed by a **Medical Practitioner** (whether the **Claim** arises directly or indirectly from **You** use of alcohol or drugs).
11. **Your** failure to get the inoculations and vaccinations that **You** need in relation to **Your Trip**.

Additionally:

12. This policy does not cover expense for pre-Trip COVID-19 testing, COVID-19 testing at a departure or arrival airport, or mandatory COVID-19 testing required by an official government or health authority.
13. Where permissible under local law, any loss or expense or event or liability which is covered under any other insurance policy or plan or act of government or is payable by any other source. **We**, however, will pay the difference between what is payable under the other insurance policy or scheme or act of government or such other source and what **You** otherwise would be entitled to recover under this policy.
14. This policy does not provide coverage for any indirect losses, costs, charges or expenses (meaning losses, costs, charges or expenses that are not listed under the headings 'What **You** are covered for' in **Your Benefits Under this Policy** section (for example, loss of earnings if **You** cannot work after **You** have been ill).
15. This policy does not provide coverage for any costs which **You** would have had to pay had the reason for the **Claim** not occurred (for example, the cost of food which **You** would have paid for in any case).
16. **We** will not be deemed to provide cover and **We** will not be liable to pay any **Claim** or provide any benefit hereunder if **We** determine that the provision of such cover, payment of such **Claim** or provision of such benefit would expose the **Insurance Provider**, its parent company or its ultimate controlling entity to any sanction, prohibition or restriction under United Nations resolutions or the trade or economic sanctions laws or regulations of the European Union, the United Kingdom, or the United States of America.
17. **We** will not provide any cover in, or make any payments to any person or provider entity located in any country or region that is subject to comprehensive sanctions, which as of the effective date of this Policy include Cuba, Iran, Syria, North Korea, and the Crimea Region of the Ukraine.
18. This policy will not: cover any loss, injury, damage or legal liability sustained directly or indirectly by any individual or entity identified on any applicable government watch list as a supporter of terrorism, narcotics or human trafficking, piracy, proliferation of weapons of mass destruction, organized crime, malicious cyber activity, or human rights abuses; or pay any **Claim**, loss, or expense involving any service provider who is on any such list.

Please note:

**Sanctions Exclusions:**

**We** will not be deemed to provide cover and **We** will not be liable to pay any **Claim** or provide any benefit hereunder if **We** determine that the provision of such cover, payment of such **Claim** or provision of such benefit would expose the **Insurance Provider**, its parent company or its ultimate controlling entity to any sanction, prohibition or restriction under United Nations resolutions or the trade or economic sanctions laws or regulations of the European Union, the United Kingdom, or the United States of America. **We** will not provide any cover in, or make any payments to any person or provider entity located in any country or region that is subject to comprehensive sanctions, which as of the effective date of this Policy include Iran, Cuba, Syria, North Korea, and the Crimea Region of the Ukraine.

This policy will not: cover any loss, injury, damage or legal liability sustained directly or indirectly by any individual or entity identified on any applicable government watch list as a supporter of terrorism, narcotics or human trafficking, piracy, proliferation of weapons of mass destruction, organized crime, malicious cyber activity, or human rights abuses; or pay any **Claim**, loss, or expense involving any service provider who is on any such list.

---

The undersigned declares to have read and understood all the terms and conditions of this insurance contract, expressly accepting all the limiting clauses included therein, duly underlined.

THE POLICYHOLDER

THE INSURER

## Your Benefits Under this Policy

### Section A1 – COVID-19 Medical Expenses

**Please note:**

1. **You** or someone acting on **Your** behalf must contact the **Assistance Company** as soon as reasonably possible
2. If **You** are entitled to receive payment of all or any part of the medical expenses from any other source, **We** will pay the difference.

**What You are covered for under Section A1**

**What You are not covered for under this Section A1 and under Section A2**

**We** will pay up to the amount shown in the **Table of Benefits** for **Medically Necessary** and reasonable costs as a result of **You** testing positive for COVID-19 during **Your Overseas Trip**. This includes:

1. Emergency medical, surgical and **Hospital** treatment and ambulance costs.
2. If **You** cannot return to **Your Country of Residence** as **You** originally planned and the **Assistance Company** agrees **Your** extended stay is **Medically Necessary**, **We** will pay for:
  - extra accommodation (room only)
  - travel expenses (economy class, unless a higher grade of travel is confirmed as **Medically Necessary** and authorised in advance by the **Assistance Company**) to allow **You** to return to **Your Country of Residence**.

In addition to the exclusions set out in the **General Exclusions** section, this policy does not cover loss or damage arising out of, based upon or attributable to:

1. Any treatment or surgery which the **Assistance Company** thinks is not immediately necessary and can wait until **You** return to **Your Country of Residence**. The decision of the **Assistance Company** is final.
2. The extra cost of a single or private **Hospital** room, unless shared rooms are not available or unless a single or private **Hospital** room is **Medically Necessary**.
3. Any costs for medical conditions not related to being diagnosed with COVID-19 on **Your Overseas Trip**.
4. Any search and rescue costs charged to **You** by a government, regulated authority or private organisation connected with finding and rescuing **You**. This does not include medical evacuation costs by the most appropriate transport.
5. Any costs for the following:
  - telephone calls (other than the first call to the **Assistance Company** to notify them of the medical problem);
  - taxi fares (unless a taxi is being used in place of an ambulance to take **You** to or from a **Hospital**); or;
  - food and drink expenses (unless these form part of **Your Hospital** costs if **You** are kept as an inpatient).
6. Any costs **You** have to pay when **You** have refused to return to **Your Country of Residence** and the **Assistance Company** considered **You** fit to return.
7. Any treatment or medication of any kind that **You** receive after **You** return to **Your Country of Residence**.
8. Costs that have not been incurred by or on behalf of **You**.

Please note that the conditions set out in the **General Conditions** section apply to all benefit sections.

---

The undersigned declares to have read and understood all the terms and conditions of this insurance contract, expressly accepting all the limiting clauses included therein, duly underlined.

THE POLICYHOLDER

THE INSURER

**Claims evidence required for Section A1 may include**

- Proof of a positive COVID-19 test
- Proof of travel (confirmation invoice, travel tickets)
- Invoices for medical expenses
- An official letter from the treating Medical **Practitioner** to confirm the expenses were **Medically Necessary**

**Please note:** We may require other evidence to support **Your Claim** depending on the circumstances, in which case **We** will request this from **You**.

## Section A2 – Emergency Medical Evacuation & Repatriation

**Please note:**

In the event of **You** testing positive for COVID-19 during **Your Overseas Trip** which leads to **Medically Necessary** treatment, **We** reserve the right to relocate **You** from one **Hospital** to another and/or arrange for **Your** evacuation to **Your Home** at any time during the **Trip**. **We** will do this if in the opinion of the **Medical Practitioner** in attendance and the **Assistance Company**, **You** can be moved safely and/or travel safely to **Your Country of Residence** or **Home** to continue treatment.

**What You are covered for under Section A2**

**What You are not covered for under Section A2**

**We** will pay up to the amount shown in the **Table of Benefits** for the necessary and reasonable emergency evacuation and repatriation costs as a result of **Your** diagnosis of COVID-19 during **Your Overseas Trip**. This includes:

Please refer to the exclusions outlined in **Section A1** and the **General Exclusions** of this policy wording for details of what is not covered.

1. The cost of **Your** return to **Your Country of Residence** earlier than planned if approved in advance by the **Assistance Company** and deemed **Medically Necessary**.
2. The cost of transporting **You** to a **Hospital** deemed appropriate for **Medically Necessary** treatment;
3. In the event of death, the cost of returning **Your** body or ashes to **Your Country of Residence**, up to the specific amounts shown in the **Table of Benefits**.

If the **Claim** relates to **Your** return travel to **Your Country of Residence** and **You** do not hold a return ticket, **We** will deduct from **Your Claim** an amount equal to **Your** original carrier's published one-way airfare (based on the same class of travel as that paid by **You** for **Your** outward **Trip**) for the route used for **Your** return.

Please note that the conditions set out in the **General Conditions** section apply to all benefit sections.

**Claims evidence required for Section A2 may include**

- Proof of a positive COVID-19 test
- Proof of travel (confirmation invoice, travel tickets)
- An official letter from the treating **Medical Practitioner** to confirm the evacuation was **Medically Necessary**

**Please note:** We may require other evidence to support **Your Claim** depending on the circumstances, in which case **We** will request this from **You**.

---

The undersigned declares to have read and understood all the terms and conditions of this insurance contract, expressly accepting all the limiting clauses included therein, duly underlined.

THE POLICYHOLDER

THE INSURER

## Section B – Overseas COVID-19 Quarantine Allowance

### What You are covered for under Section B

**Please note:** This benefit is only payable for the time that **You** are placed into an unexpected mandatory **Quarantine Overseas** and ceases if **You** are required to **Quarantine** upon **Your** return to **Your Country of Residence**. This amount is meant to help **You** pay reasonable and necessary accommodation costs directly related to **Your Quarantine**.

### What You are covered for under Section B

**We** will pay up to the amount shown in the **Table of Benefits** if while on an **Overseas Trip**, **You** are unexpectedly placed into a mandatory **Quarantine** outside **Your Country of Residence** by a written order of an authority or Medical Practitioner for one of the following two reasons:

- **You** test positive for COVID-19; or
- Such governmental body identifies **You** or any **Travelling Companion**, specifically, as having been exposed to the coronavirus that causes COVID-19.

**We** will pay to cover reasonable and necessary accommodation costs directly related to such **Quarantine** up to the amount specified in the **Table of Benefits** for up to 14 consecutive days.

### What You are not covered for under Section B

In addition to the exclusions set out in the **General Exclusions** section, this policy does not cover any loss or expenses arising out of, based upon, or attributable to any **Quarantine** mandate that generally or broadly applies to:

- all arriving/transiting passengers, or all arriving/transiting passengers from a particular geographic area of origin;
- all individuals currently located in a particular geographic area;
- all passengers, or a sub-group of passengers that is broader than just **You** and **Your Travelling Companion(s)**, in any **Common Carrier**.

Please note that the conditions set out in the **General Conditions** section apply to all benefit sections.

#### Claims evidence required for Section B may include

- Proof of a positive COVID-19 test, if applicable
- Proof of a **Quarantine** mandate issued by an authority or Medical Practitioner
- Proof of **Your Hospital** admission and discharge dates and times
- Proof of travel (confirmation invoice, travel tickets)

**Please note:** **We** may require other evidence to support **Your Claim** depending on the circumstances, in which case **We** will request this from **You**.

## Section C– Emergency Travel Assistance

The **Assistance Company** will provide twenty-four (24) hour worldwide trip and emergency assistance services if the following occurs on **Your Trip**;

- **You** are denied boarding on a **Flight** due to fever or other medical concern
- **You** are denied entry to a country due to fever or other medical concerns.
- Feel ill while travelling.

If **You** require medical treatment that necessitates admittance to **Hospital** as an in-patient, emergency transportation services, or to return **Home** for any reason covered by this policy, **You** must contact the **Assistance Company** and follow their advice or instruction. Failure to do so may prejudice **Your Claim** under this policy.

The **Assistance Company** operates a network of service centres that will provide **You** with 24/7 travel assistance before and during **Your Trip**.

Depending on **Your** specific needs, **We** can:

---

The undersigned declares to have read and understood all the terms and conditions of this insurance contract, expressly accepting all the limiting clauses included therein, duly underlined.

THE POLICYHOLDER

THE INSURER

1. when medical care is needed, direct **You** to suitable medical facilities, monitor **Your** condition and treatment, and keep **Your** family and friends at **Home** informed;
2. confer with **Your** treating **Medical Practitioner** to evaluate if and when emergency evacuation and repatriation is necessary, and coordinate all services; and

**We** will try to get **You** medical attention when **You** travel, but the **Assistance Company** cannot guarantee that appropriate medical facilities will always be available. The **Assistance Company** is only provided to monitor **Your** condition remotely and cannot take over the running of **Your** medical treatment. Please note that where **Your Claim** is not covered under the policy, the provision of emergency assistance will not in itself be an admission of liability of **Your Claim**.

See the contact information provided in the **Important Contact Details** section for details of how to contact the **Assistance Company**.

**Important Note** – This section provides for assistance services only and does not provide cover for emergency medical expenses, evacuation expenses or any other expenses unless they are covered elsewhere in this policy.

## Important Contact Details

### EMERGENCY MEDICAL AND TRAVEL ASSISTANCE

#### AIG Travel Assistance

Tel: +34 919 166 499

Email: [medicalba@aig.com](mailto:medicalba@aig.com)

**Open 24 hours a day, 7 days a week.**

## Dispute resolution

A complaint which is not linked to a coverage decision in a claim can be made by sending an e-mail to [ukcustomerrelations@aig.com](mailto:ukcustomerrelations@aig.com) when the complaint reaches the person in charge of complaints at AIG Europe S.A. Finland Branch.

In addition to the above, in case of a complaint which is linked to a coverage decision in a claim the handler of the claim can be contacted or an e-mail can be sent to [siniestrosespana@aig.com](mailto:siniestrosespana@aig.com).

A complaint can also be made by writing to AIG Europe S.A. Finland Branch, Kasarmikatu 44, 00130 Helsinki, , or by calling to +34 919 166 499.

The matter number and/or policy number and a description of the complaint should be provided.

AIG Europe S.A. takes all complaints seriously and has established the following complaints procedure to resolve complaints quickly, fairly and by the appropriate department:

AIG Europe S.A. Finland Branch will acknowledge the complaint within 10 working days of receiving it and provide a response within one month from receipt, unless it is prevented to do so, in which case the complainant will be informed about the reason and when a response can be expected.

Without prejudice to the actions that can be taken before the Spanish Judicial Courts or Tribunals, after that period of one month from the moment the complaint was filed in the Insurer's Customer Care Service, the Policyholder or the Insured will have the possibility to refer the previous complaint to the Spanish Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (Insurance and Pension Funds General Directorate) if they consider that the Insurer's Customer Care Service response has not met their expectations or it has not answered at all in such period of time. You can find the contact details of the Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones in: <http://www.dgsfp.mineco.es>

---

The undersigned declares to have read and understood all the terms and conditions of this insurance contract, expressly accepting all the limiting clauses included therein, duly underlined.

THE POLICYHOLDER

THE INSURER

As AIG Europe S.A. is a Luxembourg based insurance company, complainants who are natural persons acting outside of their professional activity may also, in addition to the complaints procedure set out above, if they are not satisfied with AIG Europe S.A. Finland Branch's response or in the absence of a response after 90 days:

- raise the complaint at the level of the head office of AIG Europe S.A. by writing to AIG Europe S.A., "Service Reclamations Niveau Direction", 35D Avenue John F. Kennedy, L-1855, Luxembourg, Grand-Duché de Luxembourg, or by email at [aigeurope.luxcomplaints@aig.com](mailto:aigeurope.luxcomplaints@aig.com);
- access one of the Luxembourg mediator bodies the contact details of which are available on AIG Europe S.A.'s website at <http://www.aig.lu/>"; or
- lodge a request for an "out of court resolution" process with the Luxembourg Commissariat Aux Assurances (CAA) by writing to Commissariat Aux Assurances, 7 boulevard Joseph II, L-1840, Luxembourg, Grand-Duché de Luxembourg, or by fax at +352 22 69 10 or by email at [reclamation@caa.lu](mailto:reclamation@caa.lu) or online through the CAA website at <http://www.caa.lu>.

All requests to the CAA or to one of the Luxembourg mediator bodies must be filed in Luxembourgish, German, French or English.

If the insurance contract has been concluded online, the complainant may also use the European Commission's platform for Online Dispute Resolution (ODR) using the following link: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>

Following this complaints procedure or making use of one of the above options does not affect the complainant's right to take legal action.

If the Policyholder or the Insured do not agree with our claims decision, they may submit, before going to the courts, their differences to an arbitration decision.

Equally, the parties may refer their disputes to a mediator pursuant to Law 5/2012 of mediation on civil and commercial matters.

In any event, the competent judge for any disputes arising from this Policy shall be the one of the Insured's domicile .

## Use of Personal Information

AIG Europe S.A. is committed to protecting the privacy of customers, claimants and other individuals, whose information has been given to AIG. "Personal Information" identifies and relates to a customer or other individual (e.g. partner of the customer or other members of the customer's family). If the customer provides Personal Information about other individuals, he or she must (unless agreed otherwise) inform the individual about the content of this notice and AIG's Privacy Policy and obtain the other individual's permission (where possible) for sharing of their Personal Information with AIG.

Depending on the nature of the relationship the customer or the other individual has with AIG, Personal Information collected may include: contact information, financial information and account details, credit reference and scoring information, sensitive information about health or medical conditions as well as other Personal Information provided by the customer or that AIG obtains in connection with the customer relationship or relationship to the other individual. Personal Information may be used for the following purposes:

- Insurance administration, e.g. communications, claims processing and payment
- Make assessments and decisions about the provision and terms of insurance and settlement of claims
- Assistance and advice on medical and travel matters
- Management of AIG's business operations and IT infrastructure
- Prevention, detection and investigation of crime, e.g. fraud and money laundering
- Establishment and defence of legal rights
- Legal and regulatory compliance (including compliance with laws and regulations outside the country of residence of the customer or the other individual)
- Monitoring and recording of telephone calls for quality, training and security purposes
- Market research and analysis.

---

The undersigned declares to have read and understood all the terms and conditions of this insurance contract, expressly accepting all the limiting clauses included therein, duly underlined.

THE POLICYHOLDER

THE INSURER



### Sharing of Personal Information

For the above purposes Personal Information may be shared with AIG's group companies and third parties (such as brokers and other insurance distribution parties, insurers and reinsurers, credit reference agencies, healthcare professionals and other service providers). Personal Information will be shared with other third parties (including authorities) if required by laws or regulations. Personal Information (including details of injuries) may be recorded on claims registers shared with other insurers. AIG is required to register all third-party claims for compensation relating to bodily injury to workers' compensation boards. AIG may search these registers to prevent, detect and investigate fraud or to validate customer's claims history or that of any other person or property likely to be involved in the policy or claim. Personal Information may be shared with prospective purchasers and purchasers and transferred upon a sale of an AIG company or transfer of business assets.

### International transfer

Due to the global nature of AIG's business, Personal Information may be transferred to parties located in other countries including the United States and other countries outside the EU. When making these transfers, AIG will take steps to ensure that Personal Information of the customer or the other individual is adequately protected and transferred in accordance with the requirements of data protection law. Further information about international transfers is set out in AIG's Privacy Policy (see below).

### Security of Personal Information

Appropriate technical and physical security measures are used to keep Personal Information of customers and other individuals safe and secure. When AIG provides Personal Information to a third party or engages a third party to collect Personal Information on behalf of AIG, the third party will be selected carefully and required to use appropriate security measures.

### Rights of the customer or the other individual

The customer or the other individual have a number of rights under data protection law in connection with AIG's use of Personal Information. These rights may only apply in certain circumstances and are subject to certain exemptions. These rights may include a right to access Personal Information, a right to correct inaccurate data, a right to erase data or suspend AIG's use of data. These rights may also include a right to transfer customer's or other individual's data to another organisation, a right to object to AIG's use of Personal Information, a right to request that certain automated decisions AIG makes have human involvement, a right to withdraw consent and a right to complain to the data protection regulator. Further information about customer's or other individual's rights and how the customer or the other individual may exercise them is set out in full AIG's Privacy Policy (see below).

### Privacy Policy

More details about customer's or other individual's rights and how AIG collects, uses and discloses Personal Information can be found in AIG's full Privacy Policy at: <https://www.aig.fi/en/privacy> or the customer or the other individual may request a copy by writing to: Tietosuojavastaava, AIG Europe S.A. Finland branch, Kasarmikatu 44, 00130 Helsinki or by email at: [tietosuoja.fi@aig.com](mailto:tietosuoja.fi@aig.com).

## Final clauses

### Divergences in terms and conditions

The **Policyholder** is hereby informed that in the event the terms and conditions set out in this Policy differ from the ones provided in the insurance quotation or proposal, it shall have the right to claim to the insurer within one month period from the receipt of the policy in order to allow the insurer to clarify the divergence. Once passed said term without submitting the claim, the content of this Policy shall prevail.

### Express acceptance

The **Policyholder** expressly represents the receipt of all the pre-contractual information as well as the Policy documents, recognizing its acceptance. Likewise, it acknowledges receipt of all the information set out in the section "Information to the Policyholder" before signing this Policy.

---

The undersigned declares to have read and understood all the terms and conditions of this insurance contract, expressly accepting all the limiting clauses included therein, duly underlined.

THE POLICYHOLDER

THE INSURER

The **Policyholder** confirms that has read and understood the content and scope of all the clauses foreseen in this Policy, especially those highlighted in bold terms, which could limit **Policyholder's** rights. The **Policyholder** undertakes the commitment to inform the insureds about their rights and obligations under this Policy.

---

The undersigned declares to have read and understood all the terms and conditions of this insurance contract, expressly accepting all the limiting clauses included therein, duly underlined.

**THE POLICYHOLDER**

**THE INSURER**