

NOTA INFORMATIVA PREVIA

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN Y REGISTRO DE LA ENTIDAD ASEGURADORA

Entidad aseguradora: Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A.

Dirección: Gen Władysława Sikorskiego 26, 53-659 Wrocław, Polonia

Contacto vía correo electrónico: info@hdi-embedded.com

Puedes consultar el informe sobre la situación financiera y la solvencia de la Entidad aseguradora en www.tueuropa.pl.

2. ORGANISMOS DE SUPERVISIÓN

La Entidad aseguradora está autorizada por la Komisja Nadzoru Finansowego (KNF) de Polonia con la clave DU/2849/A/CG/94 y opera en España en régimen de libre prestación de servicios, donde está registrada ante la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (DGSFP) con el código L1534.

El registro puede consultarse en las siguientes páginas web: <https://www.knf.gov.pl/en/> y <http://www.dgsfp.mineco.es/>.

3. NORMATIVA APLICABLE AL CONTRATO

El contrato de seguro está sujeto a la legislación española y consta de Condiciones Generales, Particulares y Especiales, siendo de aplicación la siguiente normativa:

- Ley 50/1980 de 8 de octubre, sobre Contratos de Seguros.
- Ley 20/2015 de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras (LOSSEAR).
- Real Decreto 1060/2015 de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras (ROSSEAR).
- Ley 22/2007 de 11 de julio de 2007, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores.
- Real Decreto Ley 3/2020 de 4 de febrero, sobre medidas urgentes para la transposición al ordenamiento jurídico español de diversas directivas de la Unión Europea en materia de contratación pública en determinados sectores, seguros privados, planes y fondos de pensiones, fiscalidad y litigiosidad tributaria.
- Orden ECO/734/2004 de 11 de marzo de 2004, sobre los departamentos y servicios de atención al cliente y el defensor del cliente de las entidades financieras.
- Cualquier futura normativa que sustituya o modifique a las anteriores.

La normativa española en materia de liquidación no se aplica a la Entidad aseguradora, la cual está sujeta a la legislación polaca sobre liquidación.

4. PROCEDIMIENTO DE QUEJAS Y RECLAMACIONES

De acuerdo con la legislación vigente, la Entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Cliente con el que se puede contactar por escrito en a la siguiente dirección: Gen Władysława Sikorskiego 26, 53-659 Wrocław, Polonia o a través del correo electrónico en la dirección complaints@hdi-embedded.com para la gestión de quejas y reclamaciones.

Asimismo, siempre que se acredite haber presentado previamente una reclamación ante el Servicio de Atención al Cliente de la Entidad aseguradora, y si no queda satisfecho con la resolución o ésta no se ha producido en el plazo de un mes desde su presentación, podrá presentar su queja o reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la DGSFP, por correo postal a la dirección sita en Paseo de la Castellana, 44, 28046 Madrid, o vía electrónica a través de su página web (<http://www.dgsfp.mineco.es/>).

Los anteriores procedimientos de reclamación no afectarán a su derecho a ejercer acciones legales o a recurrir a otros mecanismos de resolución de conflictos o de protección administrativa.

5. DATOS PERSONALES

De conformidad con la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre, sobre Protección de Datos de Carácter Personal y garantía de los derechos digitales y en los términos previstos en la Ley 20/2015 de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, la Entidad aseguradora tendrá la consideración de responsable del tratamiento de los datos personales facilitados para la suscripción de la póliza de seguro.

El Tomador del seguro podrá ejercitar en cualquier momento sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad de los datos personales y el derecho a no ser objeto de decisiones automatizadas. Asimismo, el Tomador del seguro podrá presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos en la dirección www.aepd.es.

Puede ponerse en contacto con el responsable de la protección de datos del responsable del tratamiento a través del correo electrónico en la dirección dpo@tueuropa.pl. En cualquier caso, para comprender mejor cómo y por qué el responsable del tratamiento trata los datos personales, puede visitar la política de privacidad completa en el siguiente enlace: www.hdi-embedded.com.

TÉRMINOS Y CONDICIONES GENERALES SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES PARA USUARIOS

Cobertura de Accidentes Personales ofrecida a usuarios de alquiler de bicicletas y patinetes eléctricos de la empresa Dott en España.

En los presentes Términos y Condiciones Generales del Seguro (en lo sucesivo: TyC) se han utilizado los siguientes términos:

- **La entidad aseguradora** es Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A., una sociedad constituida de conformidad con la legislación polaca, con domicilio social en Gen. Władysława Sikorskiego 26, 53-659 Wrocław, Polonia. Posee el número de registro de empresas (KRS) 0000002736 y el número de identificación fiscal (NIP) 895-10-07-276. Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A. pertenece al Grupo Talanx. Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A. está autorizada a operar en España en régimen de libre prestación de servicios y está inscrita ante la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones bajo la clave L1534 y es titular de la marca "HDI Embedded".
- **El tomador del grupo** es Em Transit B.V., sociedad de derecho holandesa, con domicilio social en Van Diemenstraat 292, 1013 CR, Ámsterdam, Países Bajos, número de registro mercantil 72795921.
- **El tomador local** es la entidad designada en cada país,
- Cuando en los presentes TyC se utilice el término tomador, se hace referencia tanto al tomador del grupo como al tomador local.
- **El asegurado** es la persona registrada en la aplicación Dott o cualquier otro Usuario Permitido en caso de un desplazamiento en grupo. La persona asegurada debe tener al menos 18 años y no más de 75 años en la fecha de celebración del Contrato de alquiler. El usuario se considera la persona asegurada desde el inicio del viaje hasta el final del mismo.
- **El corredor del seguro** es Datafolio, una sociedad de derecho francés con domicilio social en 165 avenue de Bretagne, 59000 Lille, Francia. Posee el número de registro de empresas 877629493.
- **Las TyC** son las Condiciones Generales de Seguro que constituyen un anexo al contrato de grupo nº. Dott/01/1744401/2024/M.
- **El Acuerdo de Grupo** es el contrato de Seguro Colectivo celebrado entre Em Transit B.V. y HDI Embedded, con la participación de Datafolio. Dicho acuerdo define los roles del contrato de seguro colectivo, que ofrece el seguro a los usuarios que utilizan la aplicación Dott para conducir patinetes y bicicletas eléctricas en los países enumerados en el acuerdo de Grupo. El Acuerdo de Grupo lleva el número Dott/01/1744401/2024/M.

¿Cuál es el alcance de la cobertura?

Alcance de la cobertura	Importe Máximo Asegurado por viaje y siniestro
Consecuencias sobre la salud de un Accidente Personal	30.000 EUR Incapacidad permanente
Si el asegurado sufre un accidente mientras utiliza un vehículo, recibirá una indemnización por los daños que afectan a su salud.	30.000 EUR Fallecimiento

¿Cuál es el alcance de la cobertura por país?

País	Patinetes eléctricos PA	Importe Máximo Asegurado por viaje y siniestro
España	×	×

ACCIDENTE PERSONAL

Es válido a partir del 1 de julio de 2024.

Código: WU/01/1744401/2024/M

Definiciones

A continuación, aclararemos los términos que utilizamos en los presentes Términos y Condiciones Generales del Seguro:

- accidente** - siniestro que cumple todos los criterios siguientes:
 - ocurrió de repente,
 - se produjo debido a una causa externa, y ajena a la intención del asegurado.
 - no está relacionado con ninguna enfermedad preexistente,
 - provoca lesiones físicas al asegurado, que provoquen daños permanentes o a largo plazo en la salud del asegurado o su fallecimiento
- aplicación** - la aplicación móvil Dott, la aplicación móvil Tier o la aplicación de un tercero autorizado que necesita el usuario para alquilar la unidad Dott
- beneficiario** - persona con derecho a percibir una prestación del seguro en caso de fallecimiento del asegurado.
- corredor del seguro** - Datafolio, una sociedad de derecho francés con domicilio social en 165 avenue de Bretagne, 59000 Lille, Francia. Posee el número de registro de empresas 877629493.
- prestación por siniestro** - prestación en metálico pagada por la ocurrencia de un siniestro asegurado;
- uso comercial** - se refiere al uso de la unidad Dott para actividades con ánimo de lucro, como la entrega de mercancías. El desplazamiento de casa al trabajo no se considera uso comercial según las presentes Condiciones.
- Unidad Dott** un patinete o una bicicleta eléctrica disponible para alquiler a través de la aplicación Dott a usuarios registrados en los países especificados en el Acuerdo de Grupo N° Dott/01/1744401/2024/M; La unidad Dott puede ser propiedad de la empresa Dott o alquilada/arrendada a la empresa Dott;
- bicicleta eléctrica** - vehículo de dos ruedas propulsado por una combinación de fuerza humana y un motor eléctrico, con una potencia nominal continua máxima especificada por las leyes y normativas locales. Las bicicletas eléctricas no necesitan matrícula ni placa de matrícula.
- patinete eléctrico** - vehículo propulsado por una combinación de fuerza humana y un motor eléctrico. Los patinetes eléctricos están propulsados por un motor eléctrico, con una potencia nominal continua máxima especificada por las leyes y normativas locales. No necesitan matrícula ni placa de matrícula.
- “Directivas Europeas sobre el Seguro de Vehículos Automóviles”** la Directiva 2009/103/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de septiembre de 2009, o cualquier legislación posterior. **Desplazamiento en grupo** - un usuario de una cuenta Dott puede alquilar hasta 10 unidades Dott. Estos desplazamientos cuando existe un usuario de la cuenta y numerosos usuarios de vehículos se definen como desplazamiento en grupo. Todos los Usuarios Autorizado del desplazamiento en grupo están asegurados.
- Siniestro asegurado** - la ocurrencia de un siniestro durante el periodo del seguro, como:
 - daños permanentes o a largo plazo para la salud derivados de un accidente al utilizar el vehículo,
 - fallecimiento como consecuencia de un accidente durante la utilización del vehículo.
- Sitio web de Dott: www.ridedott.com o www.tier.app, según corresponda.
- Persona asegurada, Usuario** - persona registrada en la aplicación Dott o cualquier otro Usuario Permitido en caso de un desplazamiento en grupo. La persona asegurada debe tener al menos 18 años y no más de 75 años en la fecha de celebración del Contrato de alquiler. El usuario se considera la persona asegurada desde el inicio del viaje hasta el final del mismo.
- Entidad aseguradora** - Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A., una sociedad constituida de conformidad con la legislación polaca, con domicilio social en Gen. Władysława Sikorskiego 26, 53-659 Wrocław, Polonia. Posee el número de registro de empresas (KRS) 0000002736 y el número de identificación fiscal (NIP) 895-10-07-276. Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A. pertenece al Grupo Talanx. Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A. está autorizada a operar en España en régimen de libre prestación de servicios y está inscrita ante la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones bajo la clave L1534 y es titular de la marca “HDI Embedded”.
- Tomador del grupo** - Em Transit B.V., sociedad de derecho neerlandés, con domicilio social en Van Diemenstraat 292, 1013 CR Ámsterdam, Países Bajos. Posee el número de registro de empresas 927899426.
- Tomador local** - entidad designada en cada país
- Desplazamiento** - se refiere al periodo durante el cual la persona asegurada utiliza un patinete o una bicicleta eléctrica, desde el inicio hasta el final del trayecto.
- Términos o Términos y Condiciones** – se refiere a los presentes Términos y Condiciones Generales del Seguro de Accidente Personal.

19. **Acto terrorista** - actividades delictivas individuales o en grupo organizadas por motivos económicos, políticos, ideológicos o religiosos, dirigidas contra la población o la propiedad con el fin de crear el caos, intimidar a la población y desorganizar la vida pública;
20. **Vehículo** - la unidad Dott
21. **Vía única**: marca de vía única que realiza la bicicleta o patinete eléctrico al desplazarse.
22. **Deterioro de la salud, Daño sobre la salud** - menoscabo de la eficacia de corporal de la persona accidentada causada por un accidente cubierto por el seguro, que provoca daños permanentes o de larga duración en el cuerpo, causando un deterioro de las funciones corporales;
23. **El Usuario Autorizado** es la persona que tiene derecho a un viaje en grupo según la solicitud de viaje en grupo en la Aplicación.

Objeto y ámbito de aplicación del seguro

1. El objeto del seguro cubre las consecuencias de accidentes ocurridos durante el uso del vehículo y dentro del periodo de responsabilidad del seguro, que tengan como consecuencia lesiones corporales o menoscabo de la salud de la persona asegurada que causen daños permanentes o duraderos a la salud o la muerte.
2. El ámbito de aplicación del seguro comprende:
 - 1) prestaciones por deterioro permanente o de larga duración de la salud derivado de un accidente ocurrido durante la utilización de una unidad Dott,
 - 2) prestaciones en caso de fallecimiento de la persona asegurada como consecuencia de un accidente durante la utilización de una unidad Dott.

Periodo de responsabilidad

1. La responsabilidad comienza cuando se inicia el desplazamiento.
2. La responsabilidad finaliza cuando se completa el desplazamiento.

Prima del seguro

1. El tomador del seguro está obligado a abonar la prima y todos los impuestos y recargos legalmente aplicables.
2. La prima la paga a final de mes el tomador del seguro y se basa en una tarifa por minuto por país y por tipo de vehículo. La tarifa constituye un anexo del Acuerdo de Grupo nº Dott/01/1744401/2024/M.

Pago de las prestaciones del seguro

1. El límite máximo de la prestación del seguro es el importe equivalente al 100% de la suma asegurada. El importe del seguro es individual para cada usuario.
2. **De la prestación por muerte accidental se deducirá el importe de la prestación por daño sobre la salud ya abonada.** El porcentaje del daño sobre la salud se determina sobre la base de la siguiente tabla
El porcentaje del daño sobre la salud se determina sobre la base de la siguiente tabla, que desglosa el ámbito de cobertura de los siniestros asegurados.

1)	Pérdida de visión en ambos ojos	100%
2)	Pérdida de ambos brazos	90%
3)	Pérdida de ambas piernas	90%
4)	Pérdida de ambos pies completos	70%
5)	Pérdida completa de la audición	60%
6)	Pérdida de un brazo	60%
7)	Pérdida de una pierna	55%
8)	Pérdida de la visión en un ojo	30%
9)	Pérdida de un pie completo	30%
10)	Pérdida de la audición en un oído	15%
11)	Pérdida del pulgar	10%
12)	Pérdida del dedo índice	5%
13)	Pérdida de otro dedo que no sea el pulgar y el índice	3%

La prestación por siniestro es igual al 100% de la suma asegurada por el fallecimiento del usuario del vehículo como consecuencia de un accidente ocurrido durante el uso del vehículo, siempre que el fallecimiento se haya producido en los dos años siguientes a la fecha del siniestro asegurado. **De esta prestación se deducirá el importe mencionado en el punto 2 anterior.**

Exclusiones y limitaciones de la responsabilidad

1. La entidad aseguradora no se hace responsable si el siniestro asegurado se ha producido como consecuencia de:
 - a) hostilidades, disturbios, motines, ley marcial, actos de sabotaje, participación en huelgas ilegales, tomar parte activa en guerras, revoluciones, levantamientos, actos terroristas o guerra civil,
 - b) explosión atómica o irradiación radiactiva, contaminación radiactiva, acción de rayos láser, campo magnético o electromagnético, amianto,
 - c) el usuario que cometa un delito mientras utiliza el vehículo, excluyendo un accidente de tráfico no intencionado,
 - d) intento de suicidio del asegurado (se aplica a un caso de daño permanente o de larga duración sobre la salud), suicidio por parte del asegurado (se aplica al fallecimiento), autolesión intencionada o lesiones corporales por parte del asegurado,
 - e) conducir bajo la influencia de alcohol/medicamentos/drogas por encima del límite permitido localmente o, en el caso de los medicamentos, por encima de la dosis prescrita
 - f) permanecer en zonas en las que esté prohibida la circulación o el uso, por ejemplo, masas de agua, senderos turísticos, pistas de esquí, etc.
 - g) peleas, salvo acciones en defensa propia y siempre que el informe policial u otro documento confirme acciones en defensa propia,
2. La entidad aseguradora no se hace responsable de los siniestros acaecidos directa y exclusivamente como resultado de cualquier enfermedad diagnosticada, tratada o controlada o que haya requerido asesoramiento médico durante los 36 meses anteriores a la fecha de celebración del contrato de seguro Tampoco nos hacemos responsables de los siniestros acaecidos directa y exclusivamente como consecuencia de como cualquier accidente ocurrido durante los 36 meses anteriores a la fecha de celebración del contrato del seguro..
3. La entidad aseguradora no se hace responsable de los siniestros asegurados resultantes de un tratamiento inadecuado o de un procedimiento médicos incorrectos.
4. La entidad aseguradora no se hace responsable:
 - a) de los daños causados intencionalmente por el usuario ni de los daños resultantes de una negligencia grave del usuario,
 - b) cuando el vehículo está en mal estado y el accidente fue causado exclusivamente por el mal estado del vehículo,
 - c) si la reclamación notificada se basó en documentos falsos o falsificados, o se utilizaron medios o procedimientos falsos para obtener la indemnización,
 - d) para el siniestro asegurado en caso de que la unidad Dott se haya utilizado con fines comerciales
5. En el caso del accidente mencionado en el § 1, no se consideran sucesos causados por procesos que ocurren dentro del cuerpo humano: hemorragia, parada circulatoria repentina y derrame cerebral, ataque al corazón.

Obligaciones del asegurado - qué debe hacer si se produce un siniestro

1. En caso de siniestro, el asegurado deberá:
 - a) notificar a la entidad aseguradora lo más rápida y razonablemente posible la ocurrencia del siniestro, y
 - b) eximir a los médicos y centros sanitarios de mantener la confidencialidad médica en nombre de la entidad aseguradora y poner a disposición los historiales médicos mediante la presentación de una declaración que exima a los médicos y centros sanitarios de mantener la confidencialidad médica en nombre de la entidad aseguradora,
 - c) intentar mitigar los efectos del siniestro.
2. Para determinar el estado de salud o el grado de daño sobre la salud en caso de accidente ocurrido durante el periodo de responsabilidad de la entidad aseguradora, el asegurado debe:
 - a) tan rápido como sea posible buscar ayuda médica y someterse al tratamiento recomendado por un médico,
 - b) cooperar con la entidad aseguradora para aclarar las circunstancias del accidente, seguir las recomendaciones de la entidad aseguradora, facilitar la información y los poderes necesarios,
 - c) obtener documentación médica y facilitar a la entidad aseguradora los resultados de las pruebas realizadas,
 - d) someterse a un examen realizado por un médico indicado por el asegurador a petición razonable del mismo.

Notificación de un siniestro

1. La solicitud puede presentarse a través de la aplicación Dott, Sitio web de Dott.
2. Las prestaciones se abonan en euros,
3. La prestación del seguro de enfermedad se abona al usuario que ha utilizado la unidad Dott,
4. Si el fallecimiento se ha producido antes del abono de la prestación por daños sobre la salud, el beneficiario está obligado a presentar un documento de identidad y un certificado de defunción si dispone de dichos documentos o puede obtenerlos en virtud de lo dispuesto en la legislación aplicable.
5. Si ya se habían abonado las prestaciones por deterioro de la salud y luego se produce el fallecimiento como consecuencia del mismo hecho durante la utilización del vehículo, el asegurador abonará la prestación debida al beneficiario, **reducida en el importe de las prestaciones abonadas anteriormente**. En tal caso, el beneficiario está obligado a presentar el documento de identidad y el certificado de defunción, si dispone de dichos documentos o puede obtenerlos en virtud de lo dispuesto en la legislación aplicable.

6. **Las prestaciones a que se refieren los presentes Términos y Condiciones Generales no son debidas al beneficiario que haya contribuido o causado intencionadamente el fallecimiento del asegurado.**
7. La entidad aseguradora puede solicitar, por su cuenta y riesgo, un examen médico realizado por un médico designado para confirmar la validez de la solicitud de pago de las prestaciones.
8. La entidad aseguradora determina la validez y el importe de la prestación del siniestro, en función de:
 - 1) un certificado médico que describa el tipo y el alcance de las lesiones y sus efectos,
 - 2) un certificado hospitalario o tarjeta de información del hospital, u otros documentos en los que consten los motivos y el alcance de la asistencia médica prestada en relación con el accidente, incluyendo un diagnóstico médico detallado,
 - 3) informes policiales del lugar del accidente o declaraciones de testigos, si los hubiera,
 - 4) un certificado de defunción en el caso contemplado en el apartado 5, salvo que el beneficiario sea una persona que no disponga de dichos documentos y no pueda obtenerlos en virtud de las disposiciones de aplicación general. En dicho caso, el beneficiario está obligado a informar a la entidad aseguradora sobre las circunstancias conocidas del accidente.
9. Sobre la base de los documentos mencionados en el apartado 8, en los resultados de los exámenes médicos y en el establecimiento de la relación causa-efecto entre el accidente y el fallecimiento o los daños sobre la salud, la entidad aseguradora determina el tipo y la cuantía de la prestación, sin perjuicio de lo dispuesto en los apartados siguientes.
10. El grado de daño sobre la salud es evaluado por médicos forenses (proporcionados por la entidad aseguradora) basándose en la tabla de daños sobre la salud utilizada para evaluar las consecuencias de los accidentes, conforme a la tabla proporcionada en el párrafo 6.
11. El grado de deterioro de la salud se determina inmediatamente después de la finalización del tratamiento y la convalecencia y, en caso de tratamiento más prolongado, a más tardar a los 24 meses de la fecha del accidente o al final del tratamiento (lo que ocurra antes). **Una modificación posterior del grado de deterioro de la salud no constituirá un motivo para modificar la cuantía de la prestación.**
12. Si resulta dañado más de un órgano como consecuencia del accidente, se suman los grados de deterioro de la salud, siempre que **el abono de la prestación no pueda superar el 100% de la suma asegurada para las consecuencias de accidentes.**
13. En caso de pérdida o daño de un órgano, o sistema cuyas funciones ya estuvieran mermadas como consecuencia de un daño previo sobre la salud sufrido por el asegurado o como consecuencia de una enfermedad del asegurado, el grado de daño sobre la salud se define como la diferencia entre el grado de daño a la salud apropiado para un órgano determinado o sistema tras la ocurrencia del siniestro asegurado y el grado de daño existente antes del accidente causante de la ocurrencia del siniestro asegurado.
14. En el momento de determinar la cuantía de la indemnización por daños sobre la salud, **la entidad aseguradora no tiene en cuenta el tipo de trabajo u otras actividades realizadas por el asegurado. El seguro no prevé ningún tipo de indemnización por lucro cesante o daños indirectos consecuentes causados por el accidente al asegurado.**
15. Si el grado de deterioro de la salud no se determinó antes del fallecimiento del asegurado, se asumirá según la evaluación de los médicos forenses facilitada por la entidad aseguradora.
16. Si la entidad aseguradora recibe nueva información relacionada con la determinación de la validez de las reclamaciones o el importe de la prestación, en un plazo de 7 días hábiles a partir de la fecha de obtención de la información adicional, la entidad aseguradora informará al tomador del seguro, o al beneficiario en virtud del contrato de seguro por escrito qué documentos adicionales son necesarios para determinar la prestación, y que puede obtener en virtud de lo dispuesto en la legislación aplicable.
17. Si la persona que reporta el daño o la persona con derecho a recibir el beneficio proporciona información falsa o incompleta, esto puede ser la base para rechazar el pago, si tenía la intención de influir en la determinación de las circunstancias del evento asegurado, la responsabilidad del asegurador o si estaba destinado a obtener beneficios.
18. La falta de documentación completa necesaria para prestar el servicio mencionado en la sección 8 puede ser la base para negarse a proporcionar el servicio.

Medidas adoptadas por la entidad aseguradora en caso de siniestro

1. En el plazo de 7 días naturales a partir de la recepción de un informe sobre la ocurrencia de un siniestro, la entidad aseguradora informa al tomador del seguro y al beneficiario (si no es el declarante) y lleva a cabo un procedimiento para determinar el estado real del siniestro, la validez de las reclamaciones presentadas y el importe de la prestación. Le entidad aseguradora informa también de los documentos necesarios para determinar la responsabilidad de la entidad aseguradora o el importe de la prestación, si es necesario continuar el procedimiento.
2. La prestación por siniestro se abona en un plazo de 30 días a partir de la fecha en que la entidad aseguradora recibe la notificación de la ocurrencia del siniestro asegurado.
3. Si resulta imposible aclarar las circunstancias necesarias para determinar la responsabilidad o el importe de la prestación en el plazo indicado, la entidad aseguradora abonará la prestación en un plazo de 14 días a partir de la fecha en que haya sido posible aclarar dichas circunstancias ejerciendo la diligencia debida. No obstante, la entidad aseguradora abonará la parte no impugnada de la prestación en el plazo previsto en el apartado 2.
4. Si la entidad aseguradora no efectúa la prestación en el plazo previsto en el apartado 2, informará por escrito al tomador del seguro y al beneficiario de los motivos por los que no ha efectuado la prestación, en su totalidad o en parte, y abonará la parte no impugnada de la prestación.

5. Si la prestación no es debida o lo es por un importe distinto del que figura en el informe de siniestro, la entidad aseguradora informará por escrito a la persona que presenta la solicitud, indicando las circunstancias y el fundamento jurídico que justifican la denegación total o parcial del pago de la prestación.
6. Si el asegurado tiene derecho a una prestación, la entidad aseguradora le facilitará información por escrito sobre el pago de la prestación.
7. La entidad aseguradora está obligada a facilitar a las personas mencionadas en el apartado 1 la información y los documentos recabados para determinar la responsabilidad y el carácter razonable de la prestación de servicios en relación con el daño denunciado. Dichas personas podrán solicitar confirmación por escrito de la información facilitada por la entidad aseguradora, así como fotocopias de los documentos realizadas a su costa y confirmación por parte de la entidad aseguradora de su conformidad con el original.
8. **Si la persona que reporta el daño o la persona con derecho a recibir la prestación facilita información falsa o incompleta, puede ser motivo para denegar el pago**, si se pretendía influir en la determinación de las circunstancias del hecho asegurado, la responsabilidad de la entidad aseguradora o tenía por objeto obtener prestaciones.
9. La falta de la documentación completa necesaria para prestar el servicio mencionado en el apartado 8 puede servir de base para denegar la prestación del servicio.
10. Los principios de imposición de las prestaciones debidas al asegurado o a un derechohabiente en virtud de los presentes Términos y Condiciones Generales se rigen por las disposiciones relativas al impuesto sobre la renta de las personas físicas o jurídicas vigentes en la fecha del hecho asegurado.
11. La entidad aseguradora declara que los métodos de cálculo de las provisiones técnicas no incluyen ningún factor que pueda influir en la variación del importe de las prestaciones.

Quejas y Reclamaciones - cómo presentarlas

1. Tanto el asegurado, el Tomador del seguro, como los beneficiarios ("Reclamante") tienen derecho a presentar reclamaciones sobre los servicios que presta la entidad aseguradora. Las reclamaciones pueden ser dirigidas por escrito al Servicio de Atención al Cliente de la entidad aseguradora:
 - a) al correo electrónico: complaints@hdi-embedded.com
 - b) a través de correo postal a la dirección de correspondencia de la Entidad Aseguradora: Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A., Gen. Władysława Sikorskiego 26, 53-659 Wrocław, Polonia.
El Servicio de Atención al Cliente resolverá las reclamaciones en el plazo de un (1) mes desde su presentación.
2. Si el Servicio de Atención al Cliente no resuelve la reclamación en el plazo de un (1) mes, o el Reclamante no está de acuerdo con la resolución,, ambos pueden dirigirse al Defensor Financiero que haya sido autorizado por la entidad aseguradora.
3. Si el Reclamante no queda satisfecho con la respuesta a las anteriores instancias de reclamación, o no recibe respuesta en el plazo de un mes, podrá presentar una reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, bien por escrito a su dirección postal (Paseo de la Castellana 44, 28046 Madrid) o a través de su página web <https://www.sededsfp.gob.es/es/Paginas/Procedimiento.aspx?p=14>.
4. Dichas instancias de reclamación no afectarán al derecho de la parte interesada a ejercitar acciones legales. En cualquier caso, los tribunales competentes serán los del domicilio del Reclamante.
5. En el caso de los contratos celebrados por vía electrónica (online), si los usuarios o el tomador del seguro son consumidores y residen en un país de la Unión Europea (también: Noruega, Islandia, Liechtenstein), tienen la opción de presentar una reclamación ante una entidad autorizada para llevar a cabo procedimientos en materia de resolución extrajudicial de litigios de consumo a través de la plataforma europea de resolución de litigios ODR (Online Dispute Resolution) disponible en: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>

Notificaciones y declaraciones - cuándo y cómo presentarlas

1. Todas las notificaciones y declaraciones podrán presentarse vía electrónica a través del correo electrónico, salvo que la ley, el contrato de seguro o se disponga otra cosa, o usted o el demandante expresa su voluntad de utilizar otra forma de comunicación.
2. Las partes deben informarse mutuamente de cualquier cambio en los datos facilitados en el contrato de seguro presentando una declaración sobre el cambio de los datos del seguro.

Disposiciones Finales

1. En todos los aspectos no regulados por los Términos y Condiciones Generales, se aplicará lo dispuesto en la legislación española.
2. Los posibles litigios derivados del contrato de seguro pueden resolverse amistosamente.
3. Una acción por reclamaciones derivadas de un contrato de seguro celebrado sobre la base de los Términos y Condiciones Generales podrá interponerse ante un tribunal competente con arreglo a las disposiciones sobre jurisdicción general o ante un tribunal competente para el lugar de residencia del tomador del seguro, el asegurado o el heredero del asegurado.
4. El cliente puede elegir si desea ser atendido en español o en inglés.