

# PÓLIZA MAESTRA DE SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES TÉRMINOS Y CONDICIONES

## ÍNDICE

Cómo ponerse en contacto con el Administrador .....	2
Qué está cubierto .....	3
Qué no está cubierto .....	7
Cómo realizar una reclamación .....	8
Quejas .....	9
Sanciones .....	10
Protección de datos .....	10
Cambios realizados por nosotros.....	10
Ley y jurisdicción .....	10
Definiciones .....	11
Notificación de procesamiento justo .....	14

A cambio de la prima que **nos** paga el **Titular de la Póliza Maestra** y/o sus **Empresas Afiliadas** (Deliveroo Belgium BVBA, Deliveroo Netherlands BV, Deliveroo Italy S.r.l, Roofoods Spain SL, Deliveroo Ireland Limited), proporcionaremos la cobertura descrita en esta **Póliza maestra** para cada **Persona Asegurada**. El **Titular de la Póliza Maestra** y sus **Empresas Afiliadas** se comprometen, a través de su **Administrador**, a añadir una referencia al contrato de proveedor desde la cual la **Persona Asegurada** pueda acceder a la **Póliza Maestra**.

ESTA **PÓLIZA MAESTRA** ESTÁ DISEÑADA PARA PROTEGER A LA **PERSONA ASEGURADA** DE LAS CONSECUENCIAS ECONÓMICAS RESULTANTES DE UNA **LESIÓN CORPORAL** DEBIDA A UN **ACCIDENTE** OCURRIDO DURANTE EL **TIEMPO OPERATIVO**.

Esta **Póliza Maestra** está conformada por lo siguiente:

1. el documento de la póliza (titulado '*Póliza Maestra de Seguro Colectivo de Accidentes Personales – Términos y Condiciones*') que establece exactamente lo que está y lo que no está cubierto por la **Póliza Maestra**, las condiciones de la **Póliza Maestra**, cómo presentar una reclamación, cómo presentar una queja y otra información importante;
2. El anexo de la póliza maestra (titulado '*Master Policy Schedule - Group Accident Insurance*') que establece qué está cubierto y con qué beneficio;
3. cualquier suplemento.

**Usted** debe leer este documento de la póliza, el anexo de la **Póliza Maestra** y cualquier suplemento de forma conjunta y mantenerlos todos en un lugar seguro y accesible para poder ser revisado por cada **Persona Asegurada**.

Algunas palabras tienen significados especiales cuando aparecen en negrita y cursiva (exceptuando los títulos de las secciones) y se enumeran como "Definiciones" en la página 11.

En caso de duda o diferencias en la interpretación, la versión inglesa prevalecerá sobre la versión española.

### Cómo ponerse en contacto con el Administrador

Esta **Póliza Maestra** es administrada por el **Administrador**, quien estará disponible para ayudarle a **Usted** o a las **Personas Aseguradas** durante toda la vigencia de esta **Póliza**, responder a cualquier pregunta que **Usted** o las **Personas Aseguradas** puedan tener sobre esta **Póliza** y ocuparse de las reclamaciones de las **Personas Aseguradas**.

Si **Usted** o las **Personas Aseguradas** tienen alguna discapacidad que dificulte la comunicación, informe al **Administrador**, que estará encantado de ayudarles.

Si **Usted** o las **Personas Aseguradas** desean hablar sobre esta **Póliza Maestra**, o si la **Persona Asegurada** desea hacer una reclamación o hablar sobre una reclamación en curso, **Usted**, o la **Persona Asegurada** pueden contactar con el **Administrador**, cuyos datos de contacto se indican a continuación:

Por correo electrónico	Por teléfono
CONSULTAS GENERALES contact@qover.com	CONSULTAS GENERALES
PARA RECLAMACIONES <a href="http://deliveroo.qover.com">http://deliveroo.qover.com</a>	+34 518 888 095 De 9:00h A 16:00h
A través de nuestro sitio web	Por correo postal
<a href="http://www.qover.com">www.qover.com</a>	<b>QOVER SA/NV</b> Rue des Palais, 44 - 1030 Bruselas - Bélgica

Todas las comunicaciones con **Usted** o las **Personas Aseguradas** serán en español o inglés, según lo que elija **Usted** o las **Personas Aseguradas**. Intente utilizar el correo electrónico siempre que sea posible cuando se ponga en contacto con el **Administrador**.

## Criterios de elegibilidad

Las **Personas Aseguradas** son elegibles de recibir cobertura en virtud de esta **Póliza Maestra** si:

- tienen menos de 70 años; y
- son residentes legales y con permiso de **Trabajo** en el país de las operaciones según los Apéndices; y
- tienen un acuerdo de proveedor en bicicleta con el **Titular de la Póliza Maestra** y/o sus **Empresas Afiliadas** para la realización de las entregas.

El sustituto es elegible para recibir cobertura en virtud de esta **Póliza Maestra** y, por lo tanto, está considerado una **Persona Asegurada**, si ha sido aprobado por una **Persona Asegurada** y cumple con la obligación de tener un acuerdo de proveedor en bicicleta válido y vigente.

## Qué está cubierto

### I. Muerte accidental e Incapacidad Temporal y Permanente

Pagaremos la cantidad que se muestra en la tabla de beneficios a continuación si la **Persona Asegurada** sufre una **Lesión Corporal** debida a un **Accidente** ocurrido durante el **Tiempo Operativo** que resulte en **Lesiones Corporales**.

**TABLA DE BENEFICIOS**

Descripción del beneficio	Cantidad del beneficio
Muerte accidental	50.000 EUR
Funeral	3.000 EUR
<b>Pérdida de visión</b> en un ojo	12.500 EUR
<b>Pérdida de visión</b> en los dos ojos	25.000 EUR
<b>Pérdida de una extremidad</b>	25.000 EUR
<b>Incapacidad total permanente</b>	50.000 EUR
<b>Incapacidad Total Temporal</b> por una <b>Lesión Corporal</b> debida a un <b>Accidente</b>	<p>75% de los <b>Ingresos Diarios Brutos</b> promedio de la <b>Persona Asegurada</b> (del <b>Titular</b> de la <b>Póliza Maestra</b> y/o sus <b>Empresas Afiliadas</b>) o 50 euros al día (la cantidad que sea inferior) por hasta 30 días a partir de la fecha de la <b>Lesión Corporal</b>.</p> <p>Si hace menos de 60 días que la <b>Persona Asegurada</b> fue contratada por el titular de la <b>Póliza Maestra</b> y/o sus <b>Empresas Afiliadas</b> en la fecha de la <b>Lesión Corporal</b>, la cantidad de 25 EUR por día se pagará hasta llegar a un máximo de 150 EUR a partir de la fecha de la <b>Lesión Corporal</b>.</p> <p>En el caso de miembros de la asociación API, no pagaremos más del 75% de los ingresos diarios brutos promedio de la <b>Persona Asegurada</b> (del titular de la póliza maestra) o 50 EUR al día (la cantidad que sea inferior) por hasta 60 días a partir de la fecha de la <b>Lesión Corporal</b>.</p>

	<p>Si la <b>Persona Asegurada</b> es un sustituto en la fecha de la <b>Lesión Corporal</b>, la cantidad de 25 EUR se pagará por un máximo de 6 días a partir de la fecha de la <b>Lesión Corporal</b>.</p> <p><b>Periodo de Espera : 7 días</b></p>
<b>Cuadriplejía</b>	50.000 EUR
<b>Paraplejía</b>	50.000 EUR
<b>Pérdida de audición</b> en los dos oídos	25.000 EUR
<b>Pérdida de audición</b> en un oído	6.250 EUR
Pérdida del habla <b>total y permanente</b>	25.000 EUR
Pérdida del uso del codo o el hombro	12.500 EUR
Pérdida del uso de la cadera, la muñeca, la rodilla o el tobillo	7.500 EUR
Pérdida del uso de toda la mandíbula inferior	11.250 EUR
Pérdida funcional del riñón	7.500 EUR

**No combinabilidad de beneficios entre los beneficios por muerte accidental y cualquier beneficio por incapacidad permanente:**

Los beneficios recibidos en caso de muerte y cualquier beneficio recibido por incapacidad o pérdida de uso (total o parcial) de la tabla anterior no se pueden combinar.

Si la **Persona Asegurada** ya ha recibido un beneficio por incapacidad total permanente o pérdida de uso/funcional permanente causadas por el evento asegurado, el beneficio por muerte se pagará tras deducir los beneficios ya recibidos.

**Afecciones preexistentes:**

No se pagarán beneficios en relación con afecciones preexistentes que ya se padecieran antes del inicio de esta póliza o antes de que se firmara un contrato de proveedor en bicicleta válido con el **Titular de la Póliza Maestra** y/o sus **Empresas Afiliadas** para llevar a cabo las entregas.

**Cómo pagaremos a la Persona Asegurada:**

Realizaremos un pago único por el beneficio, que tendrá lugar como se explica a continuación:

**Muerte accidental:**

Si, durante el **Tiempo Operativo**, una **Persona Asegurada** se ve involucrada en un **Accidente** que resulta en la muerte como consecuencia directa del mismo en los 12 meses siguientes a la fecha de dicho **Accidente**, realizaremos el pago único del beneficio como se muestra en la tabla de beneficios

- Cualquier beneficio por muerte accidental se pagará a los beneficiarios de la **Persona Asegurada** tan pronto como sea posible después de la fecha del acta de defunción o al recibir los documentos requeridos.
- Si una **Persona Asegurada** desaparece y su cuerpo no se encuentra dentro de los 12 meses siguientes a su desaparición y, tras haberse examinado toda la evidencia disponible, hay motivos para creer que ha fallecido como resultado de una **Lesión Corporal**, pagaremos el beneficio por muerte accidental estipulado en esta **Póliza Maestra**. Si se descubre que la **Persona Asegurada** está viva después de que hayamos realizado dicho pago, se **Nos** tendrá que devolver la suma pagada.
- En caso de una reclamación válida de muerte accidental pagadera según esta póliza, realizaremos un pago único adicional de beneficio para funeral por el valor que se muestra en la tabla de beneficios a los **Beneficiarios de la Persona Asegurada**.

### Incapacidad permanente y pérdida del uso

Si, durante el **Tiempo Operativo**, una **Persona Asegurada** se ve involucrada en un **Accidente** y sufre una **Lesión Corporal** que resulta en una **Incapacidad Total Permanente** en los 12 meses siguientes a la fecha de dicho **Accidente**, pagaremos a la **Persona Asegurada** la cantidad establecida en la tabla de beneficios después de que un **Médico** designado por **Nosotros** haya analizado y corroborado la decisión del **médico** designado por la **Persona Asegurada**.

Los beneficios listados son por el 100% de la cantidad de la pérdida. Si una **Persona Asegurada** tiene un **Accidente** y sólo sufre de una pérdida parcial, entonces sólo se pagará un porcentaje de la cantidad total.

No se otorgará ninguna compensación por ninguna **Afección Preexistente** o incapacidad parcial preexistente que la **Persona Asegurada** ya sufriera antes del **Accidente** cubierto. Si las extremidades u órganos ya eran parcialmente deficientes antes del **Accidente**, la compensación se basará en la diferencia entre el grado de afección de la extremidad u órgano previo y el grado de afección posterior al **Accidente** cubierto.

### Incapacidad total temporal por una lesión corporal debida a un accidente

Pagaremos, sujeto al **Periodo de Espera**, el beneficio por incapacidad total temporal que se muestra en la tabla de beneficios a la **Persona Asegurada** por un periodo que no exceda los 30 días en total a partir de la fecha de la **Lesión Corporal**. Cuando lo consideremos apropiado o en caso de duda, podremos designar a un **Médico** para que analice y acepte la decisión del **Médico** designado por la **Persona Asegurada**.

Los **Ingresos Diarios Brutos** se calcularán sobre la base de los ingresos de los 60 días anteriores al **Accidente**. Si hace menos de 60 días que la **Persona Asegurada** fue contratada por Deliveroo en la fecha del **Accidente**, se pagará una cantidad de 25 EUR por día hasta llegar a un máximo de 150 EUR.

El sustituto siempre recibirá un pago de 25 EUR por día hasta llegar a un máximo de 150 EUR por no más de 6 días.

El beneficio por incapacidad total temporal por una **Lesión Corporal** se pagará hasta que la **Persona Asegurada** obtenga el alta médica y pueda reincorporarse al **Trabajo**. Se pagará por un máximo de 30 días en total para todas las reclamaciones, pero no necesariamente de forma consecutiva.

### Periodo de Espera

Cuando la **Persona Asegurada** no haya podido **Trabajar** durante 7 días consecutivos a causa de una **Lesión Corporal**, esta recibirá el beneficio por incapacidad total temporal debida a una **Lesión Corporal** que se muestra en la tabla de beneficios.

## 2. Gastos médicos relacionados con una Lesión Corporal cubierta causada por un Accidente

Indemnizaremos a la **Persona Asegurada** por los costes incurridos, como resultado de una **Lesión Corporal**, en tratamientos médicos, quirúrgicos u otros tratamientos de diagnóstico o curativos requeridos, realizados o recetados por un **médico** hasta llegar al beneficio máximo pagadero por cada **Persona Asegurada** por **Periodo de Seguro**.

También pagaremos los costes hospitalarios, facturas médicas, medicamentos recetados, cirugías estéticas restaurativas y medicamente necesarias y prótesis hasta alcanzar el beneficio máximo pagadero por cada **Persona Asegurada** por **Periodo de Seguro**.

El beneficio máximo pagadero por todas las reclamaciones en gastos médicos por cada persona asegurada por la cobertura mencionada es de 7500 EUR por costes incurridos directamente relacionados con un accidente asegurado en los 12 meses siguientes a la fecha del accidente y en total por todos los accidentes ocurridos durante un año de **Póliza Maestra**.

Este seguro solo se aplicará como suplemento al reembolso de otras pólizas de seguro similares cerradas por el asegurado o reembolsos de cualquier plan de la Seguridad Social (Fondo de Sanidad).

### 3. Beneficio de convalecencia

Pagaremos hasta 20 EUR por día hasta llegar a un máximo de 280 EUR mientras la **Persona Asegurada** se esté recuperando de una **Lesión Corporal** (sólo después de una estancia hospitalaria de un mínimo de 24 horas) debida a un **Accidente** y según el consejo o requisito de un **Médico**.

### 4. Beneficio por cicatrices faciales solo si son resultado de una agresión

En caso de que la **Persona Asegurada** sufra una cicatriz visible y permanente en la cara después de una **Agresión**, pagaremos a la **Persona Asegurada** la cantidad especificada a continuación dependiendo del alcance de la lesión según lo determine un **Médico**.

Una cicatriz en la *cara* que sea:

- a) De entre 3 y 9 centímetros (de longitud o cuadrados) – 250 EUR
- b) De 10 o más centímetros (de longitud o cuadrados) – 500 EUR

Hasta un pago máximo de 750 EUR por cicatrices múltiples en la cara.

### 5. Dislocación que requiera reducción bajo anestesia

Si, como resultado de una **Lesión Corporal**, una **Persona Asegurada** necesita una reducción por dislocación bajo anestesia, pagaremos a la **Persona Asegurada** la cantidad especificada a continuación:

- a) Cadera: 500 EUR
- b) Una rodilla: 300 EUR
- c) Muñeca o codo: 200 EUR
- d) Tobillo, omóplato o clavícula: 100 EUR
- e) Dedos de las manos o los pies o mandíbula: 50 EUR

### 6. Beneficio dental

Si la **Persona Asegurada** sufre daños dentales como resultado de una **Lesión Corporal**, pagaremos hasta un máximo de 2000 EUR en cualquier **Periodo de Seguro** por los costes incurridos por la **Persona Asegurada** en el tratamiento permanente o temporal requerido para aliviar el dolor como resultado de daños en los dientes.

El importe máximo de 2.000 euros para los costes descritos anteriormente debe estar relacionado con un accidente asegurado en un plazo de 12 meses a partir de la fecha del accidente y en total para todos los accidentes ocurridos durante el **Periodo de Seguro**.

En el caso de varias reclamaciones durante todo el **Periodo de Seguro**, cualquier cantidad pagada se deducirá del beneficio de 2000 EUR hasta que este se haya agotado. A partir de entonces, los costes deberán ser asumidos por la **Persona Asegurada**.

## 7 Hospitalización por accidente

Pagaremos: 50 EUR por cada día entero (24 horas) que la **Persona Asegurada** permanezca internada en un hospital como resultado de una **Lesión Corporal** por un máximo de 60 noches y hasta alcanzar los 3000 EUR.

Todos los beneficios mencionados en los párrafos 2 a 7 se pagan además de las cantidades pagadas por cualquier otro beneficio establecido en esta **Póliza Maestra**.

### Qué no está cubierto

#### **Importante**

Para que el sustituto esté cubierto, el rider deberá cumplir las siguientes condiciones de manera obligatoria:

- Mostrar evidencia de la existencia de un contrato de colaboración entre el sustituto y el rider
- Mostrar evidencia de que el sustituto tiene un permiso de **Trabajo** válido
- Mostrar evidencia de que el rider ha pedido al sustituto que trabaje en un día específico (ejm: correo electrónico con fecha, contrato o mensaje de texto).
- Mostrar evidencia del pago entre el sustituto y el rider, y cualquier pago anterior.

Si el rider no cumple con las condiciones citadas anteriormente, se le negará la cobertura al Sustituto.

No pagaremos ninguna reclamación o beneficio que surja de:

- i) Una **Lesión Corporal** que ocurra fuera del **Tiempo Operativo**;
- ii) Una **Lesión Corporal** causada por actos deliberados, suicidio, intento de suicidio o lesión autoinfligida;
- iii) Un **Accidente** causado directa o indirectamente por:
  - a) **Guerra**, Huelga, Protesta Civil o Guerra Civil;
  - b) La participación de la **Persona Asegurada** en una **Guerra Activa**;
  - c) **Riesgos Nucleares**.
- iv) Una **Lesión Corporal** que ocurra cuando el nivel de alcohol en sangre de la **Persona Asegurada** exceda los 50 mg por 100 ml de sangre, cuando la **Persona Asegurada** haya tomado drogas para las que no tenga prescripción médica o si podemos probar hay un vínculo causal con el accidente
- v) Una **Lesión Corporal** que ocurra debido a cualquier acto de violencia de la **Persona Asegurada** si esta participó de forma activa en el evento en cuestión, a menos que tomara todas las precauciones necesarias para evitar el **Accidente** y sus consecuencias;
- vi) Una **Lesión Corporal** causada por actos imprudentes, a menos que ocurra al intentar salvar una vida humana o bienes o por intereses legítimos;
- vii) Gastos de viaje incurridos al buscar tratamiento médico tras una **Lesión Corporal**.
- viii) Gastos dentales incurridos por la **Persona Asegurada** para la mejora estética de los dientes tras una **Lesión Corporal** y cualquier coste dental no requerido para aliviar el dolor.

## Disposiciones generales

### Cómo realizar una reclamación

Para realizar una reclamación como resultado de una **Lesión Corporal**, la **Persona Asegurada** o sus **Beneficiarios** en caso de muerte de la **Persona Asegurada** deberán proporcionar todos los documentos que **Nos** permitan establecer el derecho de la **Persona Asegurada** a un beneficio o indemnización. La **Persona Asegurada** se comprometerá a pedirle a su **Médico** toda la información relacionada con su estado de salud.

**Nos** reservamos el derecho de verificar las declaraciones hechas a **Nosotros** y las respuestas proporcionadas a **Nuestras** preguntas. **Nuestro** consultor médico puede ayudar a la **Persona Asegurada** a solicitar un examen médico con un **Médico** designado por este. Los costes de este examen correrán por cuenta **Nuestra**.

Pasos que debería seguir la **Persona Asegurada** al realizar una reclamación:

- A. Consultar a un **Médico** tan pronto como sea posible.
- B. Permitirnos a **Nosotros** ver los registros médicos específicos del caso según lo establezca la legislación pertinente.
- C. Proporcionar pruebas que **Nosotros** o el **Administrador** solicitemos para establecer las circunstancias que rodearon la **Lesión Corporal** y ayudar a obtener declaraciones de testigos u otros informes similares, incluidos los datos de seguimiento de Deliveroo en el momento del **Accidente**.
- D. Ayudar y cooperar con **Nosotros** o el **Administrador** en la obtención de cualquier registro médico adicional y cualquier otro registro que **Nosotros** o el **Administrador** requiramos para evaluar la reclamación. Si la **Persona Asegurada** no lo hace, no estaremos obligados a pagar la reclamación.
- E. La persona asegurada debe aceptar ser examinada por cualquier asesor médico que designemos y tantas veces como consideremos necesario durante el proceso de reclamación. Nosotros pagaremos por todos estos exámenes médicos.
- F. Durante el periodo de la reclamación en virtud de este contrato, necesitaremos que la **Persona Asegurada** proporcione evidencia de su incapacidad rellenando un formulario de seguimiento mensual de reclamación y proporcionando un documento de baja laboral de la **Persona Asegurada** firmado por un **Médico**. Solo aceptaremos esta forma de documentación por periodos individuales de hasta un mes. Para periodos más largos, requeriremos un informe médico detallado por escrito con evidencia de respaldo en el que el **Médico** explique por qué la **Persona Asegurada** necesita un periodo de incapacidad más prolongado.
- G. La **Persona Asegurada** no tendrá derecho a ningún beneficio por ningún periodo de incapacidad para el que la **Persona Asegurada** no proporcione evidencia. Si ya se ha pagado un beneficio, la **Persona Asegurada** deberá devolver cualquier cantidad a la que no tenga derecho.
- H. En caso de **Agresión**, la **Persona Asegurada** deberá proporcionar, asumiendo esta los gastos, una copia del informe policial y el número de delito.
- I. La **Persona Asegurada** debe dar su consentimiento para que los datos personales, incluyendo los registros médicos, sean compartidos con todas las partes involucradas en el proceso de manejo de reclamaciones, incluyéndonos a **Nosotros**. También puede ser necesario compartir dichos datos con el **Titular de la Póliza Maestra** y/o sus **Compañías Afiliadas**.

### Notificación

La **Persona Asegurada Nos** enviará una notificación de la **Lesión Corporal** en no más de 10 días o tan rápido como sea razonablemente posible. En caso de muerte, el **Médico** que confirme la muerte puede enviar el certificado de defunción al ajustador de reclamaciones en no más de 10 días.

### Certificados médicos

Dentro de los 10 días posteriores al comienzo de la incapacidad para **Trabajar** o tan pronto como sea razonablemente posible deberemos recibir un certificado de las primeras observaciones de la **Persona Asegurada** realizadas por el **Médico**.



Todos los certificados médicos relacionados con la **Lesión Corporal**, el tratamiento, el estado actual o anterior de la **Persona Asegurada**, así como cualquier otra información solicitada por **Nosotros**, también se **Nos** deberá proporcionar dentro de los 10 días, o tan rápido como sea razonablemente posible.

### **Oposición a la decisión del médico**

En el caso de que una **Persona Asegurada** no esté de acuerdo con una decisión médica, deberá comunicárnoslo dentro de los 15 días posteriores a la notificación de la decisión. Este cuestionamiento será sometido a la revisión de un comité formado por mínimo 2 médicos expertos, cada uno designado por cada parte involucrada.

Si este comité no llega a un acuerdo, deberán designar de forma consensuada a otro médico experto cuya función será proporcionar una respuesta decisiva. Si el comité no logra designar a un médico experto por consenso, la designación será hecha por el Tribunal de Primera Instancia de Bélgica en apelación del demandante.

Cada parte asume el coste de su propio **Médico**; la tarifa del médico experto arbitrario es asumida por todas las partes involucradas a partes iguales. Se aplicará el mismo principio a los costes de cualquier experto al que apelen.

### **Medidas en caso de incumplimiento de las obligaciones derivadas de las reclamaciones**

**En caso de incumplimiento de las obligaciones derivadas de las reclamaciones, Nosotros** podemos reducir la indemnización o beneficio o recuperarlo si ha sido pagado en caso de que **Nos** veamos perjudicados. Si este incumplimiento es el resultado de un intento fraudulento, **Nosotros** podremos rechazar cualquier intervención o recuperar la indemnización o el beneficio que ya hayamos pagado.

Si establecemos que la **Persona Asegurada Nos** proporcionó de forma deliberada o negligente información falsa o engañosa relacionada con cualquier reclamación, podemos negarnos a pagar dicha reclamación y recuperar cualquier beneficio ya pagado y cancelar este seguro con respecto a dicha **Persona Asegurada** a partir de la fecha en la que hayamos recibido dicha información falsa.

### **Quejas**

**Nuestro** objetivo es ofrecerle a **Usted** y a las **Personas Aseguradas** un servicio de alta calidad en todo momento, aunque somos conscientes de que puede haber casos en los que **Usted** o una **Persona Asegurada** puedan considerar que es necesario presentar una queja.

Siga el siguiente procedimiento si **Usted** o la **Persona Asegurada** desean presentar una queja.

Cualquier queja debe dirigirse en primera instancia escribiendo a:

XL Catlin Services SE en representación de XL Insurance Company SE, Uitbreidingstraat 10-16, 2600 Berchem, Bélgica

XL Insurance Company SE, acusará recibo de la queja por escrito tan pronto como sea posible.

XL Insurance Company SE, tratará de comunicarle su decisión sobre la queja por escrito dentro de las 8 semanas siguientes a la recepción de la queja.

Si **usted** o la **Persona Asegurada** no están satisfechos con la respuesta final o si **Usted** o la **Persona Asegurada** no han recibido una respuesta final dentro de las ocho semanas siguientes a la recepción de la queja, **Usted** o la **Persona Asegurada** podrían ser elegibles para remitir la queja al Defensor de asegurados de Bélgica. Estos son sus datos de contacto:

Insurance Ombudsman (Ombudsdienst Verzekeringen/Ombudsman des assurances)  
de Meeussquare 35  
1000 Brussels  
Belgium

Teléfono: +32.2.547.58.71  
Fax: +32.2.547.59.75  
Correo electrónico: [info@ombudsman.as](mailto:info@ombudsman.as)  
Sitio web: [Ombudsman van de Verzekeringen](http://Ombudsman van de Verzekeringen)

Qover SA/NV – RPM 0650.939.878 – FSMA 115284A – IBAN: BE74 0689 0586 1607  
Sede legal y de operaciones: Rue des Palais 44 – 1030 Bruselas – Bélgica

Estos recursos para la gestión de quejas están a su disposición sin perjuicio de **Su** derecho o el de la **Persona Asegurada** para iniciar un procedimiento judicial.

## Sanciones

No tendremos obligación de prestar cobertura alguna ni nos responsabilizaremos de pagar ninguna reclamación o proporcionar beneficios en virtud de la misma si la provisión de dicha cobertura, el pago de dicha reclamación o la provisión de dicho beneficio **Nos** expondría a cualquier sanción, prohibición o restricción en virtud de las resoluciones de las Naciones Unidas o las sanciones comerciales o económicas, leyes o regulaciones de la Unión Europea, el Reino Unido o los Estados Unidos de América.

## Protección de datos

Solo utilizaremos la información que **Usted** o las **Personas Aseguradas** proporcionen para administrar esta **Póliza Maestra** y gestionar cualquier reclamación. Podemos transferir **Su** información o la de la **Persona Asegurada** a otras partes que actúen en **Nuestro** nombre para estas actividades dentro y fuera del Espacio Económico Europeo (EEE).

También podemos compartir **Su** información o la de las **Personas Aseguradas** con otras aseguradoras, organismos reguladores, agencias de prevención del fraude u otras partes según lo permita o exija la ley.

Las leyes de protección de datos fuera del EEE pueden no ser tan completas como las existentes dentro de este. Tomaremos medidas razonables para garantizar que sus datos o los de las **Personas Aseguradas** estén siempre protegidos de acuerdo con los estándares del EEE.

Tomaremos medidas razonables para asegurarnos de que la información que mantengamos sobre **Usted** o la persona asegurada sea precisa y solo se use y mantenga durante el tiempo que sea necesario. **Usted** o las **Personas Aseguradas** tienen derecho a acceder o a que corrijamos los datos personales que tenemos sobre **Usted** o las **Personas Aseguradas**. **Usted** o las **Personas Aseguradas** pueden hacerlo enviando una solicitud por escrito a XL Insurance Company SE, Uitbreidingstraat 10-16, 2600 Bechem, Bélgica.

## Cambios realizados por nosotros

Podemos cambiar datos no esenciales en estas Condiciones Generales de la Póliza o el anexo de la **Póliza maestra** en cualquier momento avisándole por escrito con al menos con 30 días de antelación.

Si **Usted** rechaza o no puede aceptar los cambios de las condiciones propuestos, tiene derecho a cancelar esta póliza de seguro en los siguientes 30 días a partir de la fecha en la que **Nosotros** enviemos la notificación por escrito.

Si la cobertura proporcionada a **Usted** en nombre de las **Personas Aseguradas** se modifica debido a cambios legislativos o regulatorios que están fuera de **Nuestro** control, entonces es posible que no podamos notificarle con 30 días de antelación.

Las **Personas Aseguradas** no tienen derechos de cancelación en virtud de esta póliza de seguro.

## Ley y jurisdicción

Se acuerda que este seguro se regirá exclusivamente por la ley y la práctica de Bélgica, y cualquier disputa que surja en relación con este seguro estará sujeta exclusivamente a la jurisdicción del tribunal competente de Bélgica.

## Definiciones

### ACCIDENTE

Significa un evento repentino, imprevisto, inesperado, violento y con consecuencias visibles en el cuerpo que ocurre en un momento y lugar identificables durante el **Tiempo Operativo** y el **Periodo de Seguro**.

### ADMINISTRADOR

QOVER SA/NV – RPM 0650.939.878 – FSMA 115284A. Las oficinas del departamento legal de QOVER SA y su sede de operaciones se encuentran en “Rue des Palais 44 – 1030 Bruselas”.

### AFECCIÓN PREEXISTENTE

Significa cualquier afección, lesión, enfermedad, patología o afección relacionada y sus síntomas asociados, hayan sido o no diagnosticados, que la **Persona Asegurada** padezca antes del inicio de este seguro y:

- a) que la **Persona Asegurada** conozca o debería conocer razonablemente; o
- b) para la cual la **Persona Asegurada** haya visitado o pedido cita con un **Médico**.

Esto no incluirá ninguna **Afección Preexistente** para la cual las **Personas Aseguradas** no hayan recibido tratamiento o de las cuales no hayan sufrido síntomas por un mínimo de 12 meses.

### AGRESIÓN

Una agresión es el resultado de un daño intencional infligido no provocado o una amenaza no provocada de daños corporales junto con una aparente capacidad real para causar daño a la **Persona Asegurada** durante el **Tiempo Operativo** y que incluye, entre otros, rociar con un líquido corrosivo, y que requiere la atención de un **Médico** o la asistencia hospitalaria, en cuyo caso se deberá contar con la corroboración de un informe policial o el número de referencia de delito.

### BENEFICIARIO

La persona u organización designada por la **Persona Asegurada** en esta póliza para tener derecho a recibir los beneficios relacionados con la muerte de la **Persona Asegurada**. En ausencia de una persona u organización designada, los beneficios relacionados con la muerte de la **Persona Asegurada** se pagarán a los herederos legales de hasta tercer grado.

### CONVALECENCIA

Significa el tiempo necesario para recuperarse después de un tratamiento hospitalario y por orden de un **Médico**.

### CUADRIPLEJÍA

Significa la parálisis permanente, total e irrecuperable de ambos brazos por debajo del hombro y ambas piernas por debajo de la cadera.

### DE SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES

La combinación de este documento de la **Póliza Maestra** (titulado ‘Póliza Maestra de Seguro Colectivo de Accidentes Personales’), el Anexo de la Póliza maestra (titulado ‘Master Policy - Group Accident Insurance’) y cualquier suplemento adjunto a los mismos.

### EMPRESAS AFILIADAS

Deliveroo Belgium BVBA, Deliveroo Netherlands BV, Deliveroo Italy S.r.l., Roofoods Spain SL. Deliveroo Ireland Limited.

## GUERRA

Significa la guerra, actividades bélicas, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado o no una guerra), guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, poder militar o usurpado, disturbios o conmoción civil que alcancen las proporciones de un poder de levantamiento, militar o usurpado. Las **Guerras** incluyen todos y cada uno de los actos realizados para participar u ofrecer apoyo a los participantes activos de las hostilidades.

## GUERRA ACTIVA

Significa la participación activa en una **Guerra** por parte de una **Persona Asegurada** y en la que se considere la persona asegurada esta está contratada por o siguiendo las instrucciones de las fuerzas armadas de cualquier país.

## INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE

Significa una incapacidad permanente, total e irrecuperable que impide por completo **Trabajar** a una **Persona Asegurada** en cualquier actividad para la cual sea adecuada tras haber recibido la formación o adquirido la experiencia necesarias, y que con toda probabilidad tendrá por el resto de su vida natural según lo determine un **Médico**.

## INGRESOS DIARIOS BRUTOS

Significa la cantidad que la **Persona Asegurada** recibe del **Titular de la Póliza Maestra** y/o sus **Empresas Afiliadas** cada día por las entregas completadas.

## LESIONES CORPORALES

Significa una lesión física identificable causada por un **Accidente** independientemente de cualquier otra causa (excepto el tratamiento médico o quirúrgico requerido para dicha lesión), que resulte en la muerte o incapacidad de la **Persona Asegurada** en los doce meses siguientes a la fecha del **Accidente**.

## MÉDICO

Significa un médico cualificado que está registrado con las autoridades locales y tiene licencia para practicar la medicina en el país de cobertura. Este no puede ser la **Persona Asegurada**, ninguna persona relacionada con la **Persona Asegurada** ni nadie que viva con la **Persona Asegurada**.

## NOSOTROS/NOS/NUUESTRO/A

Significa XL Catlin Services en representación de XL Insurance Company SE.

## PACIENTE HOSPITALIZADO

Significa una **Persona Asegurada** que haya pasado por todo el procedimiento de admisión hospitalaria y para la que se haya abierto un expediente clínico y cuya admisión sea necesaria para la atención médica y el tratamiento como resultado de una **Lesión Corporal**.

## PARAPLEJÍA

Significa la parálisis permanente, total e irrecuperable de ambas piernas por debajo de la cadera, la vejiga y el recto.

## PERIODO DE SEGURO

Significa el tiempo establecido en el anexo de la póliza maestra durante el cual se aplicarán los beneficios de seguro acordados en virtud de la **Póliza Maestra** entre el **Titular de la Póliza Maestra** y **Nosotros**.

## PERSONA ASEGURADA

El conductor activo que tiene un contrato con el **Titular de la Póliza Maestra** y/o sus **Empresas Afiliadas** por medio de un acuerdo de proveedor en bicicleta válido y puede iniciar sesión en la aplicación Deliveroo, proporcionada por el **Titular de la Póliza Maestra** y/o sus **Empresas Afiliadas**. El sustituto es una persona aprobada por la **Persona Asegurada**, que realiza las entregas de Deliveroo en nombre de la **Persona Asegurada** y cumple con la obligación de tener un acuerdo de proveedor en bicicleta válido de la **Persona Asegurada**.

## PÉRDIDA DE AUDICIÓN

Significa la pérdida de audición permanente, total e irrecuperable que permite clasificar a la **Persona Asegurada** como sorda en uno o ambos oídos.

## PÉRDIDA DE UNA EXTREMIDAD

En el caso de una pierna o extremidad inferior:

- a) pérdida por fractura física permanente en o por encima del tobillo; o
- b) pérdida funcional permanente, total e irrecuperable de toda una pierna o todo un pie.

En el caso de un brazo o extremidad superior:

- a) pérdida por fractura física permanente de los cuatro dedos en o por encima de las articulaciones metacarpofalángicas (donde los dedos se unen a la palma de la mano); o
- b) pérdida funcional permanente, total e irrecuperable de toda un brazo o toda una mano.

## PÉRDIDA DE VISIÓN

Significa la pérdida física permanente, total e irrecuperable de uno o ambos ojos o la pérdida permanente, total e irrecuperable de una parte sustancial de la visión de uno o ambos ojos. Consideraremos que la pérdida de la visión es sustancial si la visión que queda en un ojo se evalúa en 3/60 o menos según la escala de Snellen después de la corrección con gafas o lentes de contacto. (Un 3/60 en la escala de Snellen significa que la persona puede ver a 1 metro algo que una persona que no ha sufrido pérdida de la visión debería poder ver a 20 metros).

## PÉRDIDA DEL HABLA

Significa la pérdida permanente, total e irrecuperable de la capacidad de hablar.

## RIESGOS NUCLEARES

Significa radiación ionizante o contaminación por radiactividad de cualquier combustible nuclear o de cualquier residuo nuclear procedente de la combustión de combustible nuclear o explosivos tóxicos radioactivos u otras propiedades peligrosas de cualquier equipo nuclear explosivo o componente nuclear del mismo.

## TIEMPO OPERATIVO

Significa desde el momento en que la **Persona Asegurada** inició sesión en la aplicación del **Titular de la Póliza Maestra** y/o sus **Empresas Afiliadas**, hasta una hora después durante el **Periodo de Seguro** que figura en el anexo de la póliza maestra, o desde la fecha en la que la **Persona Asegurada** es contratada por el titular de la póliza maestra, lo que ocurra más tarde, hasta la fecha de vencimiento del **Periodo de Seguro** que se muestra en el anexo de la **Póliza Maestra** y/o sus **Empresas Afiliadas** o la fecha de terminación del contrato de la **Persona Asegurada** con el **Titular de la Póliza Maestra** y/o sus **Empresas Afiliadas**, lo que ocurra antes.

## TRABAJO

Significa que la **Persona Asegurada** está contratada por el **Titular de la Póliza Maestra** y/o sus **Empresas Afiliadas** y está disponible para aceptar y realizar solicitudes de entrega a través de la aplicación proporcionada por el **Titular de la Póliza Maestra** y/o sus **Empresas Afiliadas**.

Significa que el sustituto está contratado de forma válida y legal por la **Persona Asegurada** y está disponible para aceptar y realizar solicitudes de entrega a través de la aplicación proporcionada por el **Titular de la Póliza Maestra** y/o sus **Empresas Afiliadas**.

### USTED/SU/TITULAR DE LA PÓLIZA MAESTRA

Significa el **Titular de la Póliza Maestra** y/o sus **Empresas Afiliadas** identificadas como Deliveroo Belgium BVBA, Deliveroo Netherlands BV, Deliveroo Italy S.r.l., Roofoods Spain SL, Deliveroo Ireland Limited en el Anexo de la **Póliza Maestra** que haya concluido la póliza y haya pagado el importe total de la prima al Asegurador.

Las obligaciones y deberes derivados del contrato corresponden al tomador de la póliza maestra, salvo aquellos que por su naturaleza deban ser cumplidos por la **Persona Asegurada**. Los beneficios derivados de este contrato corresponderán a la **Persona Asegurada**.

Se hace constar expresamente que el deber fundamental del pago de la prima bajo esta póliza es asumido íntegramente y en exclusiva por el **Titular de la Póliza Maestra**.

## Notificación de procesamiento justo

Este aviso de privacidad describe cómo XL Insurance Company SE (a los fines de este aviso "nosotros", "nos" o el "asegurador") recopila y utiliza la información personal de asegurados, demandantes y otras partes (a los fines de este aviso "usted") al proporcionar nuestros servicios de seguro y reaseguro.

La información proporcionada a la aseguradora, junto con la información médica y cualquier otra información obtenida de usted o de otras partes relacionadas con usted en relación con esta póliza, será utilizada por la aseguradora a los efectos de determinar su solicitud y llevar a cabo la prestación del seguro (que incluye el proceso de suscripción, administración, gestión de reclamaciones, análisis relevantes para el seguro, la rehabilitación y la gestión de las consulta del cliente) y con fines de prevención y detección de fraude. Podemos estar obligados a recopilar cierta información personal sobre usted porque la ley nos lo exija o como consecuencia de cualquier relación contractual que tengamos con usted. El no proporcionar esta información puede impedir o retrasar el cumplimiento de estas obligaciones.

A estos efectos, el asegurador compartirá información con empresas del grupo y aseguradores, reaseguradores, intermediarios de seguros y proveedores de servicios externos. Estas entidades pueden convertirse en responsables de datos con respecto a su información personal. Debido a que somos un negocio internacional, podemos transferir su información personal fuera del Espacio Económico Europeo para estos fines.

Usted tiene ciertos derechos con respecto a su información personal sujetos a la legislación local. Estos incluyen los derechos de solicitar acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición y recepción de su información personal en un formato electrónico de uso común y de transmitirla a terceros (derecho de portabilidad).

Si tiene preguntas o inquietudes con respecto a la forma en que se ha usado su información personal, envíe un correo electrónico a la siguiente dirección: [compliance@xlcatlin.com](mailto:compliance@xlcatlin.com).

Nos comprometemos a cooperar con usted para lograr una resolución justa de cualquier queja o inquietud sobre la privacidad. Sin embargo, si cree que no hemos podido ayudarle con su queja o inquietud, tiene derecho a presentar una queja ante la Oficina del Comisionado de Información del Reino Unido.

Para obtener más información sobre cómo procesamos su información personal, consulte nuestro aviso de privacidad completo en: <http://xlgroup.com/footer/privacy-and-cookies>.