

TEST



VidaPlus Renovable

Contrato formalizado entre la compañía
Plus Ultra Seguros y **Nombre Apellido1 Apellido2**



Plus Ultra Seguros le da la bienvenida

Estimado cliente:

Le damos la bienvenida y le agradecemos la confianza que ha depositado en nosotros.

Plus Ultra Seguros es una compañía perteneciente al Grupo Catalana Occidente con más de 150 años de experiencia en el ámbito asegurador. Por ello, le ofrece una de las gamas de seguros más completa y especializada.

Respondiendo a su solicitud, nos es grato facilitarle **su póliza de seguro** con las coberturas y prestaciones contratadas.

En el caso de que tenga alguna duda en cuanto a la interpretación de las condiciones o garantías del contrato, o desee más información sobre las mismas, no dude en consultarlo con su mediador quién podrá asesorarle ofreciéndole un servicio totalmente personalizado.

Por último, le informamos que tiene a su disposición el teléfono **de atención al cliente** 902 15 10 15 (91 783 83 83) y nuestra Oficina de internet www.plusultra.es, desde donde podrá consultar la información relativa a su póliza.

Cordialmente,

David Capdevila Ponce
Consejero delegado

Seguro de Vida VidaPlus Renovable

Contrato formalizado entre la compañía
Plus Ultra Seguros y **Nombre Apellido1 Apellido2**

Índice

Condiciones particulares.....	1
Condiciones generales.....	7

Datos compañía

Plus Ultra Seguros Generales y Vida, S.A. de Seguros y Reaseguros, Sociedad
Unipersonal N.I.F. A-30014831 Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Hoja M
97987

Sociedad dependiente del Grupo Catalana Occidente



Condiciones particulares

Seguro de Vida VidaPlus Renovable

Entidad aseguradora

Plus Ultra Seguros Generales y Vida, S.A. de Seguros y Reaseguros, Sociedad Unipersonal.
Domicilio social en España
Plaza de las Cortes, 8
28014 Madrid

Tomador del seguro

Nombre Apellido1 Apellido2
C/ Callejo
28053 Madrid
Madrid
NIF.: 22222221-N

Producción directa

MRUUMEME SUMURUS
PL. NU CES MURPUS, 8, 2º, PLANTA
28014 Madrid

Asegurado

Nombre Apellido1 Apellido2
NIF: 22222221-N
Fecha de nacimiento: 15.05.1975
Profesión / Trabajo: Oficinista

Fecha de efecto y condiciones de pago

El seguro toma efecto a las 12 horas del día 13.12.2017
Se establece por una duración de un año prorrogable
La forma de pago será anual cada 13 de diciembre.
La duración de pago de primas es de 27 años.

Desglose del primer recibo de prima

Número de recibo:	7.078.474-A
Periodo de:	13.12.2017 a 12.12.2018
Prima neta:	1.167,50 €
Consortio act. liquidadora:	1,26 €
Consortio riesgos extraord.:	3,00 €
Impuesto sobre primas de seguro (IPS):	14,94 €
Prima total:	1.186,70 €

Garantías contratadas

Capitales y primas en euros.

	CAPITAL ASEGURADO (EUROS)	CAPITAL TOTAL A PERCIBIR POR GARANTÍA (EUROS)	DURACIÓN	PRIMA NETA ANUAL (EUROS)
Capital por Fallecimiento	150.000,00	150.000,00	27 años	334,50
Capital por Fallecimiento por Accidente	150.000,00	300.000,00	24 años	97,50
Capital por Fallecimiento por Accidente de Circulación	150.000,00	450.000,00	24 años	52,50
Prestaciones por Invalidez Absoluta	150.000,00	150.000,00	24 años	141,00
Prest.por Invalidez Absoluta por Accidente	150.000,00	300.000,00	24 años	60,00
Prest.por Invalidez Absoluta por Accidente Circulación	150.000,00	450.000,00	24 años	30,00
Enfermedades Graves	112.500,00	112.500,00	24 años	450,00
Segunda Opinión Médica			24 años	
Rehabilitación Cardíaca			24 años	
Orientación Médica Telefónica			27 años	
Consulta Jurídica Telefónica			27 años	2,00
Testamento on line y borrado digital			27 años	
			Total:	1.167,50

Acreditada la ocurrencia de alguna de las circunstancias cubiertas por esta póliza y siempre que suceda dentro del periodo de vigencia de la misma, el asegurador se obliga a pagar al beneficiario de la póliza el "capital total a percibir" establecido en estas condiciones particulares para aquella garantía que, ajustándose a los hechos objeto de indemnización, reconozca mayor cuantía a percibir. Todo ello de conformidad con lo dispuesto en estas condiciones particulares y en las condiciones generales de cada una de las garantías complementarias de la póliza.

Los capitales totales a percibir por garantía recogidos en estas condiciones particulares nunca serán acumulables entre sí.

Tarifa de primas

La tarifa de primas neta anual por cada 1.000 euros de capital asegurado que se aplicará en cada anualidad de seguro, según la edad alcanzada por el asegurado será la siguiente:

EDAD ASEGURADO	FALLECIMIENTO	INVALIDEZ	ENFERMEDADES GRAVES
43	2,227	0,936	4,000
44	2,472	1,040	4,524
45	2,733	1,155	5,091
46	3,018	1,283	5,738
47	3,340	1,425	6,418
48	3,691	1,583	7,205
49	4,087	1,759	8,051
50	4,524	1,954	8,974
51	5,007	2,170	9,969
52	5,505	2,411	11,011
53	6,011	2,680	12,088
54	6,536	2,977	13,295

CONDICIONES PARTICULARES

EDAD ASEGURADO	FALLECIMIENTO	INVALIDEZ	ENFERMEDADES GRAVES
55	7,097	3,306	14,588
56	7,692	3,674	16,004
57	8,317	4,082	17,501
58	8,931	4,535	19,136
59	9,511	5,038	21,261
60	10,065	5,598	23,739
61	12,561	7,172	26,619
62	13,215	7,973	28,607
63	13,905	8,864	29,950
64	14,671	9,541	31,413
65	15,544	10,955	33,484
66	17,177	12,179	36,316

Capital Muerte por Accidente: 0,65 por cada mil euros

Capital Muerte por Accidente Circulación: 0,35 por cada mil euros

Invalidez absoluta permanente por accidente: 0,40 por cada mil euros

Invalidez absoluta permanente por accidente de circulación: 0,20 por cada mil euros

Queda en la entidad, a disposición del tomador, la información referente a la tarifa de prima a aplicar para edades posteriores a las informadas en estas condiciones particulares.

En el supuesto de que, del resultado de la aplicación de esta tarifa se observara una desviación, por mortalidad o persistencia de las pólizas, computadas en la determinación de aquellas, el asegurador se reserva el derecho de sustituirla por otra tarifa basada en una tabla de mortalidad más ajustada a la realidad, según experiencia, emitiendo el documento de modificación correspondiente para su formalización por parte del tomador del seguro (art. 5º de la Ley del Contrato de Seguro)

Beneficiarios

El tomador del seguro, en su defecto el cónyuge, en defecto de ambos los hijos por partes iguales y en defecto de todos ellos los herederos legales

Seguro temporal renovable.

El plazo de vigencia de la póliza es de un año, y se renueva automáticamente por períodos anuales en cada aniversario de la fecha de efecto del seguro, sin previo reconocimiento médico y mediante el pago de la prima de tarifa que corresponda según edad alcanzada por el asegurado. Sin embargo, el tomador podrá oponerse a esta prórroga mediante una notificación escrita, efectuada con un plazo de, al menos, un mes de anticipación a la conclusión del periodo del seguro en curso.

Garantía de revalorización variable de los capitales asegurados.

Se acuerda expresamente que los capitales asegurados por la póliza estarán sujetos a las fluctuaciones del Índice de Precios al Consumo, todo ello de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Generales.

Así, en cada vencimiento anual del seguro, el capital asegurado se actualizará multiplicando el capital inicialmente contratado por el cociente del último Índice publicado a la fecha del vencimiento y el Índice Base que se especifica a continuación.

Revalorización automática del capital asegurado. -ÍNDICE BASE: 201,30

Declaración jurada de estado de salud del asegurado.

El Asegurado ha efectuado la siguiente declaración jurada de estado de salud:

Estatura: 1,80 m. Peso: 80 kg. Tensión arterial: Máxima 14 Mínima 7

- 1 ¿Tiene alguna discapacidad física o psíquica? NO
- 2 ¿Se encuentra actualmente en buen estado de salud? SI
- 3 ¿Padece o ha padecido alguna anomalía cardiovascular? NO
- 4 ¿Padece o ha padecido alguna anomalía en el aparato respiratorio? NO
- 5 ¿Padece o ha padecido alguna anomalía en el aparato digestivo o abdomen? NO
6. ¿Padece o ha padecido alguna anomalía en el aparato genitourinario? NO
- 7 ¿Le han hecho algún test del SIDA? NO
- 8 ¿Consume o ha consumido drogas? NO
- 9 ¿Ha sufrido algún accidente? NO
- 10 ¿Ha sido operado alguna vez? NO

Se han incluido los siguientes comentarios:

Sin especificar.

Otras enfermedades declaradas:

Sin especificar.

Especialistas consultados en los últimos cinco años:

Detalle de medicamentos o drogas que consume:

Cláusulas limitativas

El tomador del seguro declara que conoce y acepta todas las Condiciones Generales, Especiales, Particulares y Anexos a esta póliza y en particular las siguientes cláusulas limitativas:

Condiciones Generales del Seguro Principal:

- artículo 3. "Delimitación de garantías"

Condiciones Generales del seguro complementario de Capital en caso de Muerte por Accidente:

- artículo 5. "Delimitación de garantías"

Condiciones Generales del Seguro Complementario de Capital en caso de Muerte por Accidente de Circulación:

- artículo 5. "Delimitación de garantías"

Condiciones Generales del seguro complementario de Prestaciones por Invalidez:

- artículo 5. "Delimitación del riesgo asegurado"

Condiciones Generales del seguro complementario de Invalidez Absoluta y Permanente por Accidente:

- artículo 5. "Delimitación de garantías"

Condiciones Generales del seguro complementario de Invalidez Absoluta y Permanente por Accidente de Circulación:

- artículo 5. "Delimitación de garantías"

Condiciones Generales del seguro complementario de Enfermedades Graves:

- artículo 4. "Delimitación y selección de los riesgos cubiertos"

- artículo 5. "Definición de las Enfermedades Graves"

Verificación de datos

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el tomador del seguro podrá reclamar a la entidad aseguradora 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 póliza.

El tomador del seguro declara que conoce y acepta todas las condiciones generales, especiales, particulares y anexos a esta póliza.



Condiciones generales

TEST

Seguro de vida. Garantía de fallecimiento

1 Bases contractuales

1.0 Preliminar

El presente contrato de seguro se regirá por lo dispuesto en:

- La Ley 50/1980, de 8 de octubre de Contrato de Seguro.
- La Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.
- El Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.
- El Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.
- El Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.
- La Ley 26/2006, de 17 de julio, de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados.
- Las condiciones particulares, especiales y generales de la póliza y los suplementos que se emitan a la misma para complementarla o modificarla.

Y cuantas disposiciones actualicen, complementen o modifiquen a las citadas normas.

No tendrán validez las cláusulas limitativas de los derechos del asegurado que no sean específicamente aceptadas en las condiciones particulares de esta póliza.

El estado miembro de la Unión Europea y la autoridad a quien corresponde el control de la actividad de la entidad aseguradora son, respectivamente, España y el Ministerio de Economía y Competitividad y, en éste y en lo procedente, la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

1.1 Definiciones

1.1.1 Entidad aseguradora: Es la que figura en las condiciones particulares y asume los riesgos derivados de esta póliza, a cambio de la prima. Se denominará en lo sucesivo el asegurador.

1.1.2 Tomador del seguro: Es la persona física o jurídica que suscribe la póliza con el asegurador, y se obliga al pago de las primas de la misma.

1.1.3 Asegurado: Es la persona física sobre cuya vida se contrata el seguro.

1.1.4 Beneficiario: Es la persona física o jurídica a quien se le confiere el derecho de percibir la prestación de la póliza y es designada por el tomador del seguro de acuerdo con lo dispuesto en el art.84 y siguientes de la Ley de Contrato de Seguro.

1.1.5 Póliza: Es el documento que materializa el contrato de seguro y contiene las condiciones que regulan el seguro.

Forman parte integrante de la póliza las condiciones generales y las particulares que individualizan los riesgos, y las cláusulas o suplementos, que se emitan a la misma para completarla o modificarla.

1.1.6 Prima: Es el precio del seguro; en él intervienen las condiciones de edad, estado de salud, profesión habitual y práctica de deportes que puedan influir en la valoración del riesgo.

1.1.7 Edad: Es la del cumpleaños más cercano, por exceso o por defecto, a la fecha de efecto de la póliza.

1.1.8 Prestación asegurada: Se denomina así el valor del capital o renta que el asegurador debe satisfacer al beneficiario en la fecha de ocurrencia de los eventos cubiertos por la póliza, con arreglo a las condiciones previstas en la misma.

1.2 Declaración jurada de salud

Las declaraciones del tomador del seguro y del asegurado deben ser efectuadas al asegurador, de acuerdo con los arts. 10 al 13 de la Ley de Contrato de Seguro, a través de la solicitud de seguro, y cuestionarios anexos. En la solicitud de seguro deben ser declaradas todas las circunstancias del riesgo conocidas por el asegurado, especialmente las relativas a: estado de salud (enfermedades pasadas y/o actuales), hábitos de consumo de tabaco y/o alcohol, profesión habitual y práctica de deportes que pueden influir en la valoración del riesgo.

El tomador del seguro quedará exonerado de tal deber si el asegurador no le somete cuestionario o cuando, aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.

Agravación del riesgo: El tomador del seguro o el asegurado deberán durante la vigencia del contrato comunicar al asegurador, tan pronto como le sea posible, la alteración de los factores y las circunstancias declaradas en el cuestionario previsto en el artículo anterior que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

El tomador del seguro o el asegurado no tienen obligación de comunicar la variación de las circunstancias relativas al estado de salud del asegurado, que en ningún caso se considerarán agravación del riesgo.

1.3 Facultad del tomador del seguro en el período inicial de la póliza

Sin perjuicio de lo establecido en el punto anterior y de acuerdo con lo establecido en el art. 83 a de la Ley de Contrato de Seguro, el tomador del seguro tendrá la facultad de resolver el contrato dentro del plazo de los treinta días siguientes a la fecha en la que el asegurador le entregue la póliza o un documento de cobertura provisional, en cuyo caso el asegurador le devolverá el importe de la prima pagada, salvo la parte correspondiente al tiempo en que el contrato hubiera tenido vigencia.

1.4 Toma de efecto del seguro

Las obligaciones del asegurador, previo perfeccionamiento de la póliza, (firmada y pagada la primera prima), comenzarán a partir del día y hora fijado en las condiciones particulares.

Si el tomador del seguro no ha pagado la primera prima, el asegurador tiene derecho a resolver el contrato.

Si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro el asegurador quedará liberado de la obligación del pago de la prestación asegurada.

1.5 Error en la edad del asegurado

En el supuesto de indicación inexacta de la edad del asegurado, el asegurador podrá impugnar el contrato si la verdadera edad del asegurado en el momento de la entrada en vigor del contrato excede de los límites de admisión establecidos por aquél.

En otro caso, si como consecuencia de una declaración inexacta de la edad, la prima pagada es inferior a la que correspondería pagar, la prestación del asegurador se reducirá en proporción a la

prima percibida. Si, por el contrario, la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, el asegurador está obligado a restituir el exceso de las primas percibidas sin intereses.

1.6 Cambio de beneficiario

Durante la vigencia de la póliza, el tomador del seguro puede designar beneficiario o modificar la designación anteriormente señalada sin necesidad del consentimiento del asegurado, salvo que el tomador del seguro haya renunciado expresamente y por escrito a tal facultad. La designación de beneficiario o la revocación de éste se podrán hacer constar en las condiciones particulares o bien en testamento. Si se hace en testamento, el tomador del seguro deberá comunicarlo expresamente al asegurador; de no hacerlo así, se estará a lo establecido en la póliza.

1.7 Plazo de comunicación del siniestro

El tomador del seguro o el asegurado o el beneficiario deberán comunicar al asegurador el acaecimiento del siniestro dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido, salvo que se haya fijado en la póliza un plazo más amplio. En caso de incumplimiento, el asegurador podrá reclamar los daños y perjuicios causados por la falta de declaración.

Este efecto no se producirá si se prueba que el asegurador ha tenido conocimiento del siniestro por otro medio.

El tomador del seguro o el asegurado deberá, además, dar al asegurador toda clase de informaciones sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro. En caso de violación de este deber, la pérdida del derecho a la indemnización sólo se producirá en el supuesto de que hubiese concurrido dolo o culpa grave.

2 Objeto del seguro

En caso de producirse el fallecimiento del asegurado antes de la fecha prevista de vencimiento del contrato, el asegurador pagará al beneficiario el capital establecido en las condiciones particulares, todo ello con arreglo a las condiciones de esta póliza.

3 Delimitación de garantías

No estarán cubiertos los riesgos que no figuren expresamente garantizados en las condiciones particulares de esta póliza.

Están excluidas de las garantías de la póliza la cobertura de los siguientes supuestos:

- a) Suicidio. Durante el primer año de vigencia de la póliza el asegurador no cubre el riesgo de muerte por esta causa (art. 93 de la Ley de Contrato de Seguro).**
- b) Muerte del asegurado causada dolosamente por único beneficiario. En este caso la prestación establecida en la póliza quedará integrada en el Patrimonio del tomador del seguro (art. 92 de la Ley de Contrato de Seguro).**
- c) Siniestros acaecidos como consecuencia de conflictos armados, haya precedido, o no, declaración oficial de guerra.**
- d) Siniestros calificados por el Gobierno de la Nación como "catástrofe o calamidad nacional".**
- e) Siniestros de carácter catastrófico acaecidos como consecuencia directa o indirecta de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.**
- f) Siniestros acaecidos como consecuencia de Riesgos Extraordinarios que estén amparados por el Consorcio de Compensación de Seguros.**

4 Primas

4.1 Importe y frecuencia

Las primas de tarifa se han establecido sobre la base anual y son pagaderas por anticipado en la fecha de efecto y sucesivos aniversarios.

No obstante la base de pago anual, las primas podrán fraccionarse y ser satisfechas por anticipado, mediante el correspondiente recargo por fraccionamiento. Por consiguiente, en caso de siniestro, se exige al tomador del seguro el pago de las fracciones de prima que falten para completar la anualidad en curso.

4.2 Pago de primas

El primer recibo de prima deberá ser satisfecho en el momento de la firma de la póliza. Si por culpa del tomador la primera prima no hubiere sido pagada, la compañía podrá resolver el contrato, o exigir el pago de la Prima debida. Si la primera prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, la compañía queda liberada de su obligación.

A partir del segundo recibo de prima se concede un plazo de gracia de 30 días para su pago después del vencimiento de cada una de ellas.

La póliza conservará su vigor durante el plazo de gracia, salvo en el caso de que hubiere sido anulada anteriormente por cualquier causa.

4.3 Duración del pago de primas

Las primas de la presente póliza son pagaderas mientras viva el asegurado, en las fechas de vencimiento pactadas en las condiciones particulares, y como máximo hasta completar el plazo de duración convenido para el pago de las mismas.

4.4 Lugar de pago

Las primas del seguro deberán satisfacerse los días de los vencimientos fijados en la póliza, en el domicilio que se ha pactado en las condiciones particulares de la misma.

4.5 Domiciliación pago primas

Si el tomador del seguro ha convenido en las condiciones particulares de la póliza, el pago de los recibos de prima por medio de cuenta abierta en una entidad bancaria, deberá entregar al asegurador una carta dirigida a la entidad autorizando el pago, con cargo a su cuenta, de los recibos de prima de la póliza.

4.6 Cambio de domiciliación del pago de primas

Durante la vigencia de la póliza, si procede, el tomador del seguro puede cambiar libremente la cuenta bancaria en la cual desea domiciliar los recibos de prima sin más que comunicar previamente el cambio al asegurador en la forma prevista en la condición 4.5.

Hasta tanto el asegurador no tenga conocimiento del nuevo domicilio de pago, el asegurador seguirá dirigiendo los recibos de prima al último domicilio de pago al que los venía dirigiendo.

4.7 Falta de pago de las primas

En caso de falta de pago de la segunda y sucesivas primas o de cualquiera de las fracciones de prima que se hubieran pactado, de acuerdo con lo establecido en la cláusula 4.1 del presente condicionado, la cobertura queda suspendida un mes después del día del correspondiente vencimiento,

entendiéndose extinguida la póliza si no se reclama el pago dentro de los seis meses siguientes a dicho vencimiento.

Si la póliza no hubiera sido resuelta según lo dispuesto en la condición 1.3, o extinguida de acuerdo con lo dispuesto en el párrafo anterior, la cobertura vuelve a tener efecto a las 24 horas del día en que el tomador del seguro pague la prima o la fracción correspondiente.

4.8 Tarifa de primas

Esta póliza es emitida por el asegurador, aplicando la tarifa vigente en la fecha de su emisión.

En el supuesto de que, del resultado de su aplicación se observara una desviación, por mortalidad o persistencia de las pólizas, computadas en la determinación de aquélla, el asegurador se reserva el derecho de sustituirla por otra tarifa basada en una tabla de mortalidad más ajustada a la realidad, según experiencia, emitiendo el documento de modificación correspondiente para su formalización por parte del tomador del seguro (art. 5º de la Ley de Contrato de Seguro).

5 Liquidación y pago de las prestaciones aseguradas

En el momento en que se produzca el evento del cual depende el pago de las prestaciones aseguradas por la póliza, dentro de los términos previstos en las condiciones de la misma, el asegurador efectuará el pago de las mismas una vez cumplimentados los requisitos siguientes:

5.1 Caso de fallecimiento del asegurado

Si el fallecimiento del asegurado ocurre estando la póliza en vigor, el beneficiario o beneficiarios deberán presentar al asegurador los documentos justificativos necesarios para percibir la prestación asegurada. Dichos documentos son:

- a) Certificado de defunción del asegurado.
- b) D.N.I. o documentación acreditativa de la fecha de nacimiento del asegurado.
- c) Certificado del médico que haya asistido al asegurado en su última enfermedad, detallando historia clínica, origen, evolución y naturaleza de la enfermedad o accidente causa del fallecimiento, y, en su caso, testimonio de las diligencias judiciales o documentos que acrediten el fallecimiento por accidente.
- d) Si procede, copia del último testamento; caso de no haberlo, Certificado del Registro de Actas de últimas voluntades o Acta Judicial o Notarial de Declaración de herederos.
- e) Carta de pago del impuesto sobre sucesiones, o la declaración de exención.
- f) Documentación acreditativa de la personalidad y, en su caso, de la condición de beneficiarios.
- g) Modelo de solicitud de prestación de seguro de vida debidamente cumplimentado y firmado.

El asegurador podrá solicitar cuando lo estime conveniente la entrega de los justificantes documentales en original o, cuando no fuese posible, en fotocopia debidamente legalizada por notario.

5.2 Caso de prestaciones por seguros complementarios

La reclamación de prestaciones, que se devenguen por el acaecimiento de eventos, cubiertos en los términos y condiciones de los respectivos seguros Complementarios incluidos en esta póliza, estará sujeta a la presentación al asegurador de la documentación que corresponda y a la cumplimentación de los requisitos, según sea el caso, previstos en las Condiciones Generales de aquéllos.

5.3 Pago de las prestaciones aseguradas

Una vez recibidos los anteriores documentos, según sea el caso, y demostrada la identidad personal del beneficiario, el asegurador pagará o consignará al beneficiario, en el plazo máximo de cuarenta días a partir de la recepción de la declaración del siniestro, el pago del importe mínimo de lo que el asegurador pueda deber según las circunstancias por él conocidas.

Si en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro, el asegurador no hubiere satisfecho el importe de la prestación por causa no justificada o que le fuera imputable, dicha prestación se incrementará con los intereses legales que correspondan.

El pago del capital correspondiente a la garantía de fallecimiento o a cualquiera de las garantías complementarias contratadas, salvo que el condicionado de dicha garantía complementaria se exprese en otro sentido, supone la anulación y extinción del contrato a todos los efectos.

Garantía de revalorización automática

1 Revalorización automática

Los capitales asegurados por la presente póliza quedarán automáticamente sujetos, en cada vencimiento de primas, a las fluctuaciones del "índice de precios de consumo (conjunto nacional)" que publica el Instituto Nacional de Estadística (I.N.E.) u organismo que lo sustituya a nivel del Estado Español, en su boletín mensual.

2 Determinación sistemática de las revalorizaciones

Todas las prestaciones revalorizadas y garantizadas por la presente póliza (incluso seguros complementarios si los hubiere) quedarán establecidas en la cuantía que se produzca, al aplicar a las iniciales de la póliza el factor de revalorización resultante de dividir el índice de vencimiento por el índice base.

Se entiende por:

2.1 Índice base

El que se indica en las condiciones particulares de la póliza y corresponde al último valor del índice publicado antes de la fecha de emisión de esta garantía.

2.2 Índice de vencimiento

El último publicado por el I.N.E., anterior al momento en que el asegurador emite los recibos de prima correspondientes a los sucesivos vencimientos consignados en las condiciones particulares de la póliza.

3 Primas ajustadas

Las primas serán ajustadas, en cada fecha de su vencimiento, en proporción a la revalorización efectuada y teniendo en cuenta a su vez la edad del asegurado en dicha fecha.

4 Reconocimiento médico

Una vez suscrito el seguro mediante la prueba de reconocimiento médico, el asegurado queda posteriormente eximido de este requisito siempre que acepte las sucesivas revalorizaciones de las prestaciones de la póliza. En caso de que el tomador del seguro en un determinado año no aceptase la revalorización y tras un período de ausencia de revalorizaciones deseara de nuevo reanudar la secuencia de las mismas, el asegurado deberá someterse previamente a las pruebas médicas que determine la aseguradora.

5 Vigencia de la garantía

El tomador del seguro podrá renunciar a los beneficios de esta cláusula en cada vencimiento de prima comunicándolo previamente al asegurador, por lo menos un mes antes de dicha fecha. El asegurador, en tal caso, emitirá un suplemento por el nuevo capital revalorizado, en el que no figurará la garantía de índice variable a que se refiere esta cláusula.

Subsisten íntegras y sin variación las condiciones generales y particulares de la póliza que no queden expresamente modificadas por cuanto antecede.

Seguro complementario de capital en caso de muerte por accidente

1 Objeto del seguro

Por el presente seguro complementario, el asegurador se obliga a pagar un capital adicional al que corresponda por la garantía principal de fallecimiento, en el supuesto de que el asegurado fallezca a causa de un accidente cubierto por la póliza.

El pago de dicho capital se efectuará al beneficiario designado por el tomador del seguro.

2 Cuantía del capital asegurado

A los efectos del presente seguro complementario se entenderá por capital adicional asegurado, el que se haya estipulado en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía complementaria, teniendo en cuenta a su vez la modalidad de póliza contratada de acuerdo con lo que a continuación se indica:

2.1 Si la póliza de Seguro contratada, es con revalorización automática de prestaciones, la cuantía del capital adicional es igual al valor nominal que alcance el importe que figura en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía complementaria en el momento del fallecimiento.

2.2 Si la póliza de Seguro contratada, es sin revalorización automática de prestaciones, la cuantía del capital adicional es igual a la suma asegurada que figura en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía complementaria.

3 Primas

Este seguro se conviene mediante las primas correspondientes al riesgo objeto del seguro y se sumarán a las del seguro principal incrementadas con los impuestos legalmente repercutibles, siendo pagaderas, por tanto, conjuntamente con las del seguro principal.

4 Duración de las garantías

Las garantías de este seguro complementario estarán en vigor mientras se paguen las primas correspondientes, terminándose al mismo tiempo que el seguro principal y como máximo hasta completar el plazo de duración convenido en las condiciones particulares de la póliza.

5 Delimitación de garantías

5.1 Definición de accidente

A los efectos de este seguro complementario se entiende por accidente la lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado y que produzca la muerte del mismo **dentro de un año a partir de la fecha en que sufrió tal lesión.**

5.2 Riesgos excluidos

Quedan excluidos de las garantías del presente seguro complementario los siguientes riesgos:

5.2.1 Hechos de guerra, sea o no combatiente el asegurado, aun en el caso de que el asegurador hubiese asumido este riesgo para el seguro principal.

5.2.2 Participación en motines, tumultos, piquetes, alborotos populares, insurrecciones, desórdenes públicos, actos de violencia y terrorismo, así como las riñas, salvo en este último caso por legítima defensa.

5.2.3 Mutilaciones voluntarias, suicidio, tentativa de suicidio, duelo u otro cualquier acto delictivo que constituya imprudencia temeraria o negligencia grave del asegurado.

5.2.4 Accidentes sufridos en estado de perturbación mental, a consecuencia del uso de estupefacientes, o en estado de embriaguez, así como enfermedades contraídas a consecuencia de alcoholismo.

5.2.5 Los accidentes causados por temblor de tierra, erupción volcánica, inundación y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario.

5.2.6 Las consecuencias de accidentes originados con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro.

5.2.7 Los viajes de exploración, las inmersiones submarinas a profundidades superiores de 25 metros y los viajes aéreos, utilizando la aviación privada, salvo que queden expresamente cubiertos estos riesgos en las Condiciones Particulares de la póliza mediante sobreprima especial.

5.2.8 Las consecuencias directas o indirectas de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.

5.2.9 Siniestros acaecidos como consecuencia de Riesgos Extraordinarios que estén amparados por el Consorcio de Compensación de Seguros.

5.2.10 Todos los riesgos, cualquiera que sea su causa, naturaleza u origen que no estén relacionados con los que de una manera expresa quedan cubiertos en la condición 5.1. de las presentes condiciones.

6 Declaraciones

Las garantías de este seguro complementario están basadas en las declaraciones realizadas por el tomador del seguro conforme se establece en la condición 1.2 de las generales de la póliza.

El tomador del seguro tiene el deber de comunicar al asegurador la modificación de las circunstancias de riesgo que pueden influir en la apreciación del riesgo, especialmente profesión habitual y práctica de deportes.

7 Formalidades a realizar en caso de accidente mortal

Si por causa del accidente sobreviniera la muerte del asegurado, sea inmediatamente o sea dentro de 12 meses después de la fecha de ocurrencia del accidente, deberá darse cuenta de la misma por escrito al asegurador enviando a éste las pruebas justificativas, a fin de que pueda reconocer y apreciar la causa determinante de la muerte. A los efectos de la comprobación de la muerte ocasionada por accidente se deberá proceder como se indica a continuación:

7.1 El asegurado o sus beneficiarios deberán dar aviso por escrito al asegurador del fallecimiento por accidente sufrido por aquél, dentro del plazo de treinta días de haber ocurrido, salvo caso de fuerza mayor, detallando el lugar y la hora en se haya producido, así como las causas y demás circunstancias relativas al mismo.

7.2 Con este aviso, deberá acompañarse cuanta documentación y/o pruebas se estimen necesarias por el asegurador para la correcta valoración del siniestro y en especial:

- a) Certificado de defunción del asegurado.
- b) Certificado del médico que haya asistido al asegurado en su última enfermedad, detallando historia clínica y la causa de la muerte.
- c) Atestado o informe emitido por autoridad que describa la ocurrencia del accidente.
- d) Si procede, copia del último testamento; caso de no haberlo, Certificado del Registro de Actas de últimas voluntades o Acta Judicial o Notarial de Declaración de herederos.

8 Pago del capital asegurado

Una vez comprobado por el asegurador que la muerte del asegurado es por causa de un accidente indemnizable en los términos y condiciones de este seguro complementario, el asegurador procederá a pagar al beneficiario de la póliza, el capital de este seguro complementario, dentro de los plazos previstos por la Ley y que figuran en la condición general de la póliza que se refiere al pago de las prestaciones aseguradas, una vez presentada la Carta de pago del impuesto sobre sucesiones correspondiente, o la declaración de exención, **quedando sin efecto las restantes garantías y por tanto anulándose la póliza.**

9 Arbitraje

En el supuesto de falta de acuerdo sobre la calificación de los riesgos del accidente que hubiere afectado al asegurado y en consideración a si son o no indemnizables en los términos previstos en este seguro, el tomador del seguro o los beneficiarios y el asegurador se obligan a solventar sus diferencias por medio de dos peritos elegidos uno por cada parte, de acuerdo con lo establecido en los arts. 38 y 39 de la Ley del Contrato de Seguro.

Seguro complementario de capital en caso de muerte por accidente de circulación

1 Objeto del seguro

Por el presente seguro complementario, el asegurador se obliga a pagar un capital adicional al que corresponda por la garantía complementaria de capital en caso de muerte por accidente, en el supuesto de que el asegurado fallezca a causa de un accidente de circulación cubierto por la póliza.

Para contratar el presente seguro complementario es indispensable que se haya contratado previamente o conjuntamente el seguro complementario de capital en caso de muerte por accidente.

El pago de dicho capital se efectuará al beneficiario designado por el tomador del seguro.

2 Cuantía del capital asegurado

A los efectos del presente seguro complementario se entenderá por capital adicional asegurado, el que se haya estipulado en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía complementaria, teniendo en cuenta a su vez la modalidad de póliza contratada de acuerdo con lo que a continuación se indica:

a) Si la póliza de seguro contratada, es con revalorización automática de prestaciones, la cuantía del capital adicional es igual al valor nominal que alcance el importe que figura en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía complementaria en el momento del fallecimiento.

b) Si la póliza de seguro contratada, es sin revalorización automática de prestaciones, la cuantía del capital adicional es igual a la suma asegurada que figura en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía complementaria.

Capital adicional por orfandad total.- En caso de fallecimiento simultáneo en un mismo accidente de circulación del asegurado y su cónyuge, el asegurador se obliga a pagar otra cuantía adicional e igual a la descrita en este apartado a favor de sus hijos comunes menores de edad o incapacitados.

Se entenderá por fallecimiento simultáneo aquél por el que a causa de un mismo accidente de circulación se presentara el fallecimiento del asegurado y del cónyuge, y ambos fallecimientos tuvieran lugar en el mismo momento del accidente que le dio origen o **dentro de un año a partir de la fecha del accidente.**

A los efectos de esta garantía se considera cónyuge tanto a quien así conste conforme a derecho como a la pareja de hecho que conste inscrita en alguno de los registros oficiales creados a tal efecto por la correspondiente comunidad autónoma o ayuntamiento.

3 Primas

Este seguro se conviene mediante las primas correspondientes al riesgo objeto de seguro y se sumarán a las del seguro principal incrementadas con los impuestos legalmente repercutibles, siendo pagaderas por tanto conjuntamente con las del seguro principal.

4 Duración de las garantías

Las garantías de este seguro complementario estarán en vigor mientras se paguen las primas correspondientes, terminándose al mismo tiempo que el seguro principal o el seguro

complementario de capital en caso de muerte por accidente y como máximo hasta completar el plazo de duración convenido en las condiciones particulares de la póliza.

5 Delimitación de garantías

5.1 Definición de accidente de circulación

A los efectos de este seguro complementario, quedan cubiertos los riesgos derivados de la circulación, entendiéndose como accidente de circulación los que se produzcan en los supuestos siguientes:

5.1.1 Fallecimiento a consecuencia de accidente causado por uno o más vehículos, mientras el asegurado circula a pie, o montado en bicicleta o en caballería, por cualquier clase de vía pública o camino particular abierto al público.

5.1.2 Fallecimiento del asegurado bien sea conduciendo un vehículo terrestre o una embarcación de recreo, bien sea como pasajero de cualquier vehículo terrestre o embarcación de recreo.

5.1.3 Fallecimiento del asegurado como pasajero de medios de transportes públicos, terrestres, marítimos, o aéreos.

Se entenderá por fallecimiento del asegurado a consecuencia de accidente de circulación el que comporte la muerte del asegurado **dentro de un año a partir de la fecha del accidente.**

5.2 Riesgos excluidos

Quedan excluidos de las garantías del presente seguro complementario los siguientes riesgos:

5.2.1 Hechos de guerra, sea o no combatiente el asegurado, aun en el caso de que el asegurador hubiese asumido este riesgo para el seguro principal.

5.2.2 Participación en motines, tumultos, piquetes, alborotos populares, insurrecciones, desórdenes públicos, actos de violencia y terrorismo, así como las riñas, salvo en este último caso por legítima defensa.

5.2.3 Mutilaciones voluntarias, suicidio, tentativa de suicidio, duelo u otro cualquier acto que constituya imprudencia temeraria o negligencia grave del asegurado.

5.2.4 Accidentes sufridos en estado de perturbación mental, a consecuencia del uso de estupefacientes, o en estado de embriaguez, así como enfermedades contraídas a consecuencia de alcoholismo.

5.2.5 Los accidentes causados por temblor de tierra, erupción volcánica, inundación y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario.

5.2.6 Las consecuencias de accidentes originados con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro.

5.2.7 Los viajes de exploración, las inmersiones submarinas a profundidades superiores a 25 metros y los viajes aéreos, utilizando la aviación privada, salvo que queden expresamente cubiertos estos riesgos en las condiciones particulares de la póliza mediante sobreprima especial.

5.2.8 Las consecuencias directas o indirectas de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.

5.2.9 Participación del asegurado en pruebas deportivas de cualquier clase, ocupando el vehículo como piloto, copiloto o simple pasajero.

5.2.10 Siniestros acaecidos como consecuencia de Riesgos Extraordinarios que estén amparados por el Consorcio de Compensación de Seguros.

5.2.11 Todos los riesgos, cualquiera que sea su causa, naturaleza u origen que no estén relacionados con los que de una manera expresa quedan cubiertos en la condición 5.1. de las presentes condiciones.

6 Declaraciones

Las garantías de este seguro complementario están basadas en las declaraciones realizadas por el tomador del seguro conforme se establece en la condición 1.2 de las generales de la póliza.

El tomador del seguro tiene el deber de comunicar al asegurador la modificación de las circunstancias de riesgo que pueden influir en la apreciación del riesgo, especialmente profesión habitual y práctica de deportes.

7 Formalidades a realizar en caso de accidente de circulación

Si por causa del accidente de circulación sobreviniera la muerte del asegurado deberá darse cuenta de la misma por escrito al asegurador enviando a éste las pruebas justificativas, a fin de que pueda reconocer y apreciar la causa determinante de la muerte. A los efectos de la comprobación de la muerte ocasionada por accidente de circulación se deberá proceder como se indica a continuación:

7.1 El asegurado o sus beneficiarios deberán dar aviso por escrito al asegurador del fallecimiento por accidente sufrido por aquél, dentro del plazo de treinta días de haber ocurrido, salvo caso de fuerza mayor, detallando el lugar y la hora en se haya producido, así como las causas y demás circunstancias relativas al mismo.

7.2 Con este aviso, deberá acompañarse cuanta documentación y/o pruebas se estimen necesarias por el asegurador para la correcta valoración del siniestro y en especial:

- a) Certificado de defunción del asegurado.
- b) Certificado del médico que haya asistido al asegurado en su última enfermedad detallando historia clínica y la causa de la muerte.
- c) Atestado o informe emitido por autoridad que describa la ocurrencia del accidente.
- d) Si procede, copia del último testamento; caso de no haberlo, Certificado del Registro de Actas de últimas voluntades o Acta Judicial o Notarial de Declaración de herederos.

8 Pago del capital asegurado

Una vez comprobada por el asegurador que la muerte del asegurado es por causa de un accidente indemnizable en los términos y condiciones de este seguro complementario, el asegurador procederá a pagar al Beneficiario de la póliza, el capital de este seguro complementario, dentro de los plazos previstos por la ley y que figuran en la condición general de la póliza que se refiere a pago de las prestaciones aseguradas, una vez presentada la carta de pago del impuesto sobre sucesiones correspondiente, o la declaración de exención, **quedando sin efecto las restantes garantías y por tanto anulándose la póliza.**

9 Arbitraje

En el supuesto de falta de acuerdo sobre la calificación de los riesgos del accidente que hubiere afectado al asegurado y en consideración a si son o no indemnizables en los términos previstos en este seguro, el tomador del seguro o los beneficiarios y el asegurador se obligan a solventar sus diferencias por medio de dos peritos elegidos uno por cada parte, de acuerdo con lo establecido en los arts. 38 y 39 de la Ley del Contrato de Seguro.

Seguro complementario de invalidez absoluta permanente

1 Objeto del seguro

Por el presente seguro complementario, el asegurador de acuerdo con las condiciones generales que figuran a continuación y en cuanto no las modifiquen las del seguro principal, se obliga a efectuar el pago de las prestaciones previstas en caso de invalidez absoluta permanente del asegurado, en los términos previstos en las presentes condiciones generales.

El pago del presente seguro complementario se efectuará al asegurado a partir del momento en el que el asegurador haya reconocido el estado de invalidez absoluta permanente del mismo.

2 Cuantía de la prestación

La cuantía de la prestación del presente seguro complementario será la que se haya estipulado en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía complementaria, teniendo en cuenta a su vez la modalidad de póliza contratada de acuerdo con lo que a continuación se indica.

2.1 Si la póliza de seguro contratada, es con revalorización automática de prestaciones, la cuantía de la prestación será igual al valor nominal que alcance, en el momento en que se cause la invalidez, el importe que figura en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía complementaria.

2.2 Si la póliza de seguro contratada, es sin revalorización automática de prestaciones, la cuantía del capital adicional es la suma asegurada que figura en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía complementaria.

3 Primas

Este seguro se conviene mediante las primas correspondientes al riesgo objeto de seguro y se sumarán a las del seguro principal, incrementadas con los impuestos legalmente repercutibles, y son pagaderas conjuntamente con las del seguro principal.

4 Duración de las garantías

Las garantías de este seguro complementario estarán en vigor mientras se paguen las primas correspondientes, terminándose al mismo tiempo que el seguro principal y como máximo hasta completar el plazo de duración convenido en las condiciones particulares de la póliza.

La póliza rescindida por falta de pago de la prima, implicará automáticamente la anulación del presente seguro complementario y en consecuencia el asegurado perderá todo derecho a cualquier reclamo por invalidez absoluta permanente, después de transcurrido el plazo de 30 días siguientes a la fecha en que quedó la póliza en tal situación.

5 Delimitación del riesgo asegurado

5.1 Definición del estado de la invalidez absoluta

A los efectos del presente seguro complementario, se entiende por invalidez absoluta permanente la situación física irreversible provocada por enfermedad o accidente, totalmente independientes de la voluntad del asegurado, y sobrevenida después de un año de contratado este seguro, salvo si fuere

por causa de accidente, determinante de la total ineptitud de éste para el mantenimiento de cualquier relación laboral, actividad profesional, trabajo u ocupación con o sin retribución.

5.2 Riesgos excluidos

Quedan excluidos de la garantía de este seguro:

5.2.1 Los siniestros causados voluntariamente por el asegurado.

5.2.2 Los accidentes o enfermedades que sobrevengan al asegurado, a consecuencia del uso de estupefacientes no prescritos médicamente, o en estado de embriaguez, así como enfermedades contraídas a consecuencia del alcoholismo.

5.2.3 Las consecuencias de un acto de imprudencia temeraria o negligencia grave del asegurado declarado así judicialmente, así como los derivados de la participación de éste en actos delictivos, duelos o riñas, siempre que en este último caso no hubiere actuado en legítima defensa, o en tentativa de salvamento de personas o bienes.

5.2.4 Las consecuencias de guerras u operaciones de carácter similar o derivadas de hechos de carácter político o social.

5.2.5 Las consecuencias causadas por temblor de tierra, erupción volcánica, inundación, y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario.

5.2.6 Los accidentes causados por la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.

5.2.7 Las consecuencias de enfermedad, terapia o tratamiento médico, intervención quirúrgica o accidente originados con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro y no declarados expresamente en la solicitud del seguro.

5.2.8 Siniestros acaecidos como consecuencia de Riesgos Extraordinarios que estén amparados por el Consorcio de Compensación de Seguros.

5.2.9 Todos los riesgos, cualquiera que sea su causa, naturaleza u origen que no estén relacionados con los que de una manera expresa quedan cubiertos en la condición 5.1 de las presentes condiciones.

6 Declaraciones

Las garantías de este seguro complementario están basadas en las declaraciones realizadas por el tomador del seguro conforme se establezca en la condición 1.2 de las generales de la póliza.

El tomador del seguro tiene el deber de comunicar al asegurador la modificación de las circunstancias de riesgo que pueden influir en la apreciación del riesgo, especialmente profesión habitual y práctica de deportes.

7 Comprobación del estado de invalidez

A los efectos de la comprobación de la invalidez absoluta permanente, ocasionada por accidente o enfermedad, el asegurador en ningún caso tomará como prueba fehaciente y vinculante para el pago de la indemnización del presente seguro complementario, el dictamen que para el asegurado hayan emitido los organismos de la Seguridad Social u organismo de la Comunidad Autónoma correspondiente en orden a la calificación de su estado de invalidez absoluta permanente, sino que se deberá proceder como a continuación se indica:

CONDICIONES GENERALES

7.1 El asegurado o persona que le represente deberá dar aviso al asegurador de la aparición del estado de invalidez que haya sufrido el asegurado, detallando las circunstancias y las causas que hayan motivado la aparición del estado de invalidez absoluta permanente.

Con este aviso, deberá acompañarse un informe suscrito por el médico que haya asistido al asegurado en el que explique detalladamente fechas, orígenes, causas, curso y evolución probable de la enfermedad o accidente que haya producido la invalidez absoluta permanente, y la fecha a partir de la cual se le declara como inválido en los términos y condiciones de la presente garantía.

Adicionalmente, el beneficiario o beneficiarios deberán presentar al asegurador los siguientes documentos:

- a) D.N.I. o documentación acreditativa de la fecha de nacimiento del asegurado.
- b) Documentación acreditativa de la personalidad y, en su caso, de la condición de Beneficiarios.

7.2 El asegurado, por su parte, deberá contestar con exactitud a cuantas preguntas le formule el asegurador, suministrando las pruebas que se pidan y dejarse visitar y reconocer por los médicos de aquél, no viniendo el asegurador obligado a pago alguno en tanto esta colaboración del asegurado no se produzca.

7.3 Mientras no sea reconocida la existencia de la invalidez deben seguirse pagando las primas de este seguro y de la póliza de seguro principal; de lo contrario, se aplicarán las disposiciones de las condiciones generales del seguro sobre falta de pago de primas.

Cuando el asegurador reconozca el estado de invalidez absoluta permanente del asegurado, se tomará como fecha de efecto de la misma la que declare el informe médico que se menciona en el punto 7.1, y el asegurador devolverá si las hubiere las primas pagadas a partir de aquella fecha.

7.4 El asegurador, salvo por causa justificada o que no le fuere imputable, deberá satisfacer el importe de la suma asegurada en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro.

8 Forma de pago de las prestaciones

Una vez reconocido y aceptado por el asegurador en los términos de este seguro complementario, el estado de invalidez absoluta permanente del asegurado, se procederá por parte del asegurador a realizar el pago del capital asegurado por invalidez absoluta permanente, **quedando sin efecto las restantes garantías y por tanto anulándose la póliza.**

9 Arbitraje

En el supuesto de que el asegurador haya comunicado al asegurado el rehúse del pago de las prestaciones por invalidez, por falta de acuerdo sobre la calificación de los riesgos que afectan del accidente que hubiere afectado al asegurado y en consideración a si son o no indemnizables en los términos previstos en este seguro complementario, el tomador del seguro o el asegurado por su legal representante y el asegurador se obligan a solventar sus diferencias por medio de dos peritos elegidos uno por cada parte, de acuerdo con lo establecido en los arts. 38 y 39 de la Ley del Contrato de Seguro.

Seguro complementario de invalidez absoluta permanente por accidente

1 Objeto del seguro

Por el presente seguro complementario, el asegurador de acuerdo con las condiciones generales que figuran a continuación y en cuanto no las modifiquen las del seguro principal, se obliga a efectuar el pago de las prestaciones previstas en caso de invalidez absoluta permanente del asegurado producida a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza en los términos previstos en las presentes condiciones generales.

Esta garantía solamente podrá ser contratada conjuntamente con el seguro Complementario de invalidez absoluta permanente.

El pago del presente seguro complementario se efectuará al asegurado a partir del momento en el que el asegurador haya reconocido el estado de invalidez absoluta permanente del mismo.

2 Cuantía de la prestación

A los efectos del presente seguro complementario se entenderá por capital adicional asegurado, el que se haya estipulado en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía complementaria, teniendo en cuenta a su vez la modalidad de póliza de acuerdo con lo que a continuación se indica para la póliza:

2.1 Si la póliza de seguro contratada es con revalorización automática de prestaciones, la cuantía del capital adicional es igual al valor nominal que alcance el importe que figura en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía complementaria en el momento de producirse el accidente causante del estado de invalidez absoluta permanente.

2.2 Si la póliza de seguro contratada es sin revalorización automática de prestaciones, la cuantía del capital adicional es igual a la suma asegurada que figura en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía complementaria.

3 Primas

Este seguro se conviene mediante las primas correspondientes al riesgo objeto del seguro y se sumarán a las del seguro principal incrementadas con los impuestos legalmente repercutibles, siendo pagaderas, por tanto, conjuntamente con las del seguro principal.

4 Duración de las garantías

Las garantías de este seguro complementario estarán en vigor mientras se paguen las primas correspondientes, terminándose al mismo tiempo que el seguro complementario de invalidez absoluta permanente y como máximo hasta completar el plazo de duración convenido en las condiciones particulares de la póliza.

La póliza rescindida por falta de pago de la prima, implicará automáticamente la anulación del presente seguro complementario y en consecuencia el asegurado perderá todo derecho a cualquier reclamo por invalidez absoluta permanente, después de transcurrido el plazo de 30 días siguientes a la fecha en que quedó la póliza en tal situación.

5 Delimitación de garantías

5.1 Definición de accidente

A los efectos de este seguro Complementario se entiende por accidente la lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado y que produzca el estado de invalidez absoluta permanente del mismo **dentro de un año a partir de la fecha en que sufrió tal lesión.**

5.2 Definición del estado de la invalidez absoluta

A los efectos del presente seguro Complementario se entiende por invalidez absoluta permanente la situación física irreversible provocada por accidente totalmente independiente de la voluntad del asegurado determinante de la total ineptitud de éste para el mantenimiento de cualquier relación laboral, actividad profesional, trabajo u ocupación con o sin retribución.

5.3 Riesgos excluidos

Quedan excluidos de la garantía de este seguro:

5.3.1 Los siniestros causados voluntariamente por el asegurado.

5.3.2 Los accidentes o enfermedades que sobrevengan al asegurado, a consecuencia del uso de estupefacientes no prescritos médicamente, o en estado de embriaguez, así como enfermedades contraídas a consecuencia del alcoholismo.

5.3.3 Las consecuencias de un acto de imprudencia temeraria o negligencia grave del asegurado declarado así judicialmente, así como los derivados de la participación de éste en actos delictivos, duelos o riñas, siempre que en este último caso no hubiere actuado en legítima defensa, o en tentativa de salvamento de personas o bienes.

5.3.4 Las consecuencias de guerras u operaciones de carácter similar o derivadas de hechos de carácter político o social.

5.3.5 Las consecuencias causadas por temblor de tierra, erupción volcánica, inundación, y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario.

5.3.6 Los accidentes causados por la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.

5.3.7 Las consecuencias de enfermedad, terapia o tratamiento médico, intervención quirúrgica o accidente originados con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro y no declarados expresamente en la solicitud del seguro.

5.3.8 Siniestros acaecidos como consecuencia de Riesgos Extraordinarios que estén amparados por el Consorcio de Compensación de Seguros.

5.3.9 Todos los riesgos, cualquiera que sea su causa, naturaleza u origen que no estén relacionados con los que de una manera expresa quedan cubiertos en la condición 5.1 de las presentes condiciones.

6 Declaraciones

Las garantías de este seguro complementario están basadas en las declaraciones realizadas por el tomador del seguro conforme se establece en la condición 1.2 de las Generales de la Póliza.

El tomador del seguro tiene el deber de comunicar al asegurador la modificación de las circunstancias de riesgo que pueden influir en la apreciación del riesgo, especialmente profesión habitual y práctica de deportes.

7 Comprobación del estado de invalidez

Para la solicitud y pago de la indemnización se estará a lo dispuesto en la condición 7 de las generales del seguro complementario de invalidez absoluta permanente, pero será indispensable en este caso, que en el informe médico, según está previsto en el punto 7.1 de dicha condición, se indique que la invalidez del asegurado ha sido por causa de accidente.

También deberá presentarse copia de la resolución judicial o prueba legal suficiente que establezca las circunstancias en que se produjo el accidente.

8 Forma de pago de las prestaciones

Una vez reconocido y aceptado por el asegurador el estado de invalidez absoluta permanente producido por accidente del asegurado, en los términos de este seguro complementario, se procederá por parte del asegurador a realizar el pago del capital asegurado por invalidez absoluta permanente por accidente, **quedando sin efecto las restantes garantías y por tanto anulándose la póliza.**

9 Arbitraje

En el supuesto de falta de acuerdo sobre la calificación de los riesgos del accidente que hubiere afectado al asegurado y en consideración a si son o no indemnizables en los términos previstos en este seguro, el tomador del seguro o los beneficiarios y el asegurador se obligan a solventar sus diferencias por medio de dos peritos elegidos uno por cada parte, de acuerdo con lo establecido en los arts. 38 y 39 de la Ley del Contrato de Seguro.

Seguro complementario de invalidez absoluta permanente por accidente de circulación

1 Objeto del seguro

Por el presente seguro complementario, el asegurador de acuerdo con las condiciones generales que figuran a continuación y en cuanto no las modifiquen las del seguro principal, se obliga a efectuar el pago de las prestaciones previstas en caso de invalidez absoluta permanente del asegurado producida a consecuencia de un accidente de circulación cubierto por la póliza, en los términos previstos en las presentes condiciones generales.

Esta garantía solamente podrá ser contratada conjuntamente con el seguro complementario de invalidez absoluta permanente por accidente.

El pago del presente seguro complementario se efectuará al asegurado a partir del momento en el que el asegurador haya reconocido el estado de invalidez absoluta permanente del mismo.

2 Cuantía de la prestación

A los efectos del presente seguro complementario se entenderá por capital adicional asegurado, el que se haya estipulado en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía complementaria, teniendo en cuenta a su vez la modalidad de póliza contratada de acuerdo con lo que a continuación se indica:

2.1 Si la póliza de Seguro contratada es con revalorización automática de prestaciones, la cuantía del capital adicional es igual al valor nominal que alcance el importe que figura en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía complementaria en el momento de producirse el accidente causante del estado de invalidez absoluta permanente.

2.2 Si la póliza de seguro contratada es sin revalorización automática de prestaciones, la cuantía del capital adicional es igual a la suma asegurada que figura en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía complementaria.

3 Primas

Este seguro se conviene mediante las primas correspondientes al riesgo objeto del seguro y se sumarán a las del seguro principal incrementadas con los impuestos legalmente repercutibles, siendo pagaderas, por tanto, conjuntamente con las del seguro principal.

4 Duración de las garantías

Las garantías de este seguro complementario estarán en vigor mientras se paguen las primas correspondientes, terminándose al mismo tiempo que el seguro complementario de invalidez absoluta permanente o seguro complementario de prestaciones por invalidez absoluta permanente por accidente y como máximo hasta completar el plazo de duración convenido en las condiciones particulares de la póliza.

La póliza rescindida por falta de pago de la prima, implicará automáticamente la anulación del presente seguro complementario y en consecuencia el asegurado perderá todo derecho a cualquier reclamo por invalidez absoluta permanente, después de transcurrido el plazo de 30 días siguientes a la fecha en que quedó la póliza en tal situación.

5 Delimitación de garantías

5.1 Definición de accidente de circulación

A los efectos de este seguro complementario, quedan cubiertos los riesgos derivados de la circulación, entendiéndose como accidente de circulación los que se produzcan en los supuestos siguientes:

5.1.1 Invalidez absoluta permanente a consecuencia de accidente causado por uno o más vehículos, mientras el asegurado circula a pie, o montado en bicicleta o en caballería, por cualquier clase de vía pública o camino particular abierto al público.

5.1.2 Invalidez absoluta permanente del asegurado bien sea conduciendo un vehículo terrestre o una embarcación de recreo, bien sea como pasajero de cualquier vehículo terrestre o embarcación de recreo.

5.1.3 Invalidez absoluta permanente del asegurado como pasajero de medios de transporte públicos, terrestres, marítimos, o aéreos.

Se entenderá por invalidez del asegurado a consecuencia de accidente de circulación el que comporte la invalidez absoluta del asegurado **dentro de un año a partir de la fecha del accidente**.

5.2 Definición del estado de la invalidez absoluta

A los efectos del presente seguro complementario se entiende por invalidez absoluta permanente la situación física irreversible provocada por accidente de circulación totalmente independiente de la voluntad del asegurado determinante de la total ineptitud de éste para el mantenimiento de cualquier relación laboral, actividad profesional, trabajo u ocupación con o sin retribución.

5.3 Riesgos excluidos

Quedan excluidos de la garantía de este Seguro:

5.3.1 Los siniestros causados voluntariamente por el asegurado.

5.3.2 Los accidentes o enfermedades que sobrevengan al asegurado, a consecuencia del uso de estupefacientes no prescritos médicamente, o en estado de embriaguez, así como enfermedades contraídas a consecuencia del alcoholismo.

5.3.3 Las consecuencias de un acto de imprudencia temeraria o negligencia grave del asegurado declarado así judicialmente, así como los derivados de la participación de éste en actos delictivos, duelos o riñas, siempre que en este último caso no hubiere actuado en legítima defensa, o en tentativa de salvamento de personas o bienes.

5.3.4 Las consecuencias de guerras u operaciones de carácter similar o derivadas de hechos de carácter político o social.

5.3.5 Las consecuencias causadas por temblor de tierra, erupción volcánica, inundación, y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario.

5.3.6 Los accidentes causados por la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.

5.3.7 Las consecuencias de enfermedad, terapia o tratamiento médico, intervención quirúrgica o accidente originados con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro y no declarados expresamente en la solicitud del Seguro.

5.3.8 Sinestros acaecidos como consecuencia de Riesgos Extraordinarios que estén amparados por el Consorcio de Compensación de Seguros.

5.3.9 Todos los riesgos, cualquiera que sea su causa, naturaleza u origen que no estén relacionados con los que de una manera expresa quedan cubiertos en la condición 5.1 de las presentes condiciones.

6 Declaraciones

Las garantías de este seguro complementario están basadas en las declaraciones realizadas por el tomador del seguro conforme se establece en la condición 1.2 de las generales de la póliza.

El tomador del seguro tiene el deber de comunicar al asegurador la modificación de las circunstancias de riesgo que pueden influir en la apreciación del riesgo, especialmente profesión habitual y práctica de deportes.

7 Comprobación del estado de invalidez

Para la solicitud y pago de la indemnización se estará a lo dispuesto en la condición 7 de las generales del seguro complementario de invalidez absoluta permanente, pero será indispensable en este caso, que en el informe médico, según está previsto en el punto 7.1 de dicha condición, se indique que la invalidez del asegurado ha sido por causa de accidente de circulación.

También deberá presentarse copia de la resolución judicial o prueba legal suficiente que establezca las circunstancias en que se produjo el accidente.

8 Forma de pago de las prestaciones

Una vez reconocido y aceptado por el asegurador el estado de invalidez absoluta permanente producido por accidente de circulación del asegurado, en los términos de este seguro complementario, se procederá por parte del asegurador a realizar el pago del capital asegurado por invalidez absoluta permanente por accidente de circulación, **quedando sin efecto las restantes garantías y por tanto anulándose la póliza.**

9 Arbitraje

En el supuesto de falta de acuerdo sobre la calificación de los riesgos del accidente que hubiere afectado al asegurado y en consideración a si son o no indemnizables en los términos previstos en este seguro, el tomador del seguro o los beneficiarios y el asegurador se obligan a solventar sus diferencias por medio de dos peritos elegidos uno por cada parte, de acuerdo con lo establecido en los arts. 38 y 39 de la Ley del Contrato de Seguro.

Seguro complementario de enfermedades graves

1 Objeto y alcance del seguro complementario de enfermedades graves

Este seguro complementario tiene por objeto garantizar el pago de la cuantía que se fija en las Condiciones Particulares de la póliza para la garantía de enfermedades graves, **en el supuesto de que el asegurado se vea afectado por primera vez, por alguna de las situaciones cubiertas por el presente seguro complementario en los términos y condiciones que figuran en la condición 5 de las generales de este seguro complementario** y siempre que éste se halle en vigor, en el momento de producirse el evento.

Una vez pagada la prestación de este seguro complementario, éste queda anulado y las garantías del seguro principal y restantes complementarios, si los hubiere, permanecerán en vigor por el valor resultante de deducir de aquéllas, en la anualidad que corresponda, el importe de la prestación pagada por el concepto de enfermedad grave. Las primas quedarán ajustadas consecuentemente.

2 Primas

Este seguro se conviene mediante las primas correspondientes al riesgo objeto del seguro, incrementadas con los impuestos que sean legalmente repercutibles, siendo pagaderas conjuntamente en la misma forma y periodicidad que las del seguro Principal.

El asegurador se reserva el derecho de un ajuste de adecuación de primas por este seguro, al próximo vencimiento, dando un preaviso con tres meses de antelación.

3 Toma de efecto y duración de las garantías

3.1 Las garantías de este seguro complementario tomarán efecto, una vez haya sido satisfecha la primera prima y hayan transcurrido 60 días desde la fecha de pago de la misma.

3.2 Igual regla se seguirá, si este seguro complementario se incluye mediante suplemento a la póliza en una fecha posterior a la de la emisión de la póliza.

3.3 Las garantías de este seguro complementario estarán en vigor mientras se paguen las primas correspondientes, terminándose al mismo tiempo que el seguro principal y como máximo hasta completar el plazo de duración convenido en las condiciones particulares de la póliza.

3.4 La terminación de este seguro complementario se producirá, independientemente del caso de la extinción natural prevista en el punto 3.3., también en alguna de las formas siguientes:

- a) Automáticamente, por ocurrencia del evento previsto como indemnizable en las condiciones de este seguro complementario, o por cancelación del seguro principal.
- b) A petición del tomador del seguro, en cuyo supuesto deberá solicitarlo por escrito al asegurador, en el momento que desee la supresión de las citadas garantías.

4 Delimitación y selección de los riesgos cubiertos

4.1 Quedan cubiertos todos los riesgos que causen una enfermedad grave, cubierta en los términos previstos en la condición 5 de las generales de este seguro complementario, **siempre que los mismos no sean debidos, directa o indirectamente a alguna de las siguientes causas:**

- a) Adicción al alcohol o las drogas.
- b) Enfermedades en conexión con infección del Sida (H.I.V.)
- c) Intento de suicidio o autolesión intencionada por parte del asegurado.
- d) Los accidentes causados por temblor de tierra, erupción volcánica, inundación y cualquier otro fenómeno sísmico o meteorológico de carácter extraordinario.
- e) Las consecuencias de enfermedad, terapia, intervención quirúrgica, tratamiento médico o accidentes originados con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro y no declarados en la solicitud de seguro.

4.2 Este seguro complementario tiene validez en cualquier país del mundo siempre que el asegurado se desplace al país en cuestión en viajes de negocios o turismo.

5 Definiciones de las enfermedades graves

5.1 Ataque al corazón (infarto de miocardio)

Muerte de una parte del músculo cardíaco como resultado de un flujo sanguíneo insuficiente hacia el área comprometida.

El diagnóstico debe ser confirmado por especialista y evidenciado por todos los siguientes criterios:

- a) Una historia de dolor torácico típico,
- b) Nuevos cambios característicos de infarto en el ECG
- c) Elevación de las enzimas específicas de infarto, troponinas u otros marcadores bioquímicos.

Quedan en todo caso excluidos:

- a) El infarto del miocardio sin elevación del segmento ST con solamente elevación de Troponina I ó T;
- b) Otros síndromes Coronarios Agudos (por ejemplo angina de pecho estable o inestable).
- c) Infarto de miocardio silente.
- d) Infarto de miocardio que se produce dentro de 14 días después de angioplastia coronaria.

5.2 Cirugía arterio-coronaria (bypass)

La realización de cirugía a tórax abierto para la corrección de dos o más arterias coronarias, que están estrechadas u ocluidas, por el implante de un puente arterial coronario. La necesidad de tal cirugía debe haber sido probada por angiografía coronaria y la realización de la cirugía debe ser confirmada por un especialista.

Quedan en todo caso excluidos:

- a) La angioplastia coronaria o implante de stent.
- b) Cualquier otro procedimiento intra-arterial.
- c) Cirugía por toracotomía mínima.

5.3 Derrame o hemorragia e infarto cerebrales

Cualquier incidente cerebro-vascular que produce secuelas neurológicas permanentes y que incluye infarto de tejido cerebral, hemorragia y embolización originada en una fuente extracraneal. El diagnóstico debe ser confirmado por un especialista y evidenciado por síntomas clínicos típicos como así también hallazgos típicos en la TAC (tomografía axial computarizada) de cerebro y RNM

(Resonancia Nuclear Magnética) de cerebro. Deben documentarse pruebas de deficiencia neurológica de por lo menos tres (3) meses a contar de la fecha de diagnóstico.

Quedan en todo caso excluidos:

- a) **Ataque isquémico transitorio (TIA) y déficit neurológico isquémico reversible prolongado (PRIND).**
- b) **Lesión traumática de tejido cerebral o vasos sanguíneos.**
- c) **Déficit neurológico debido a hipoxia general, infección, enfermedad inflamatoria, migraña o intervención médica.**
- d) **Hallazgos incidentales en estudios de imagen (Scan CT o resonancia magnética), sin síntomas clínicos claramente relacionados (enfermedad cerebrovascular silenciosa).**

5.4 Cáncer

Cualquier tumor maligno diagnosticado positivamente con confirmación histológica y caracterizado por crecimiento incontrolado de células malignas e invasión de tejidos. El diagnóstico debe ser confirmado por un especialista.

A menos que no estén expresamente excluidos, están cubiertos por esta definición la leucemia, linfoma maligno y síndrome mielodisplásico.

Quedan en todo caso excluidos:

- a) **Cualquier tumor histológicamente clasificado como pre-maligno y no invasivo, tampoco los carcinomas in situ.**
- b) **Cualquier cáncer de próstata, a menos que esté clasificado histológicamente con una puntuación de Gleason superior a 6 ó que haya progresado hasta alcanzar por lo menos la clasificación TNM clínica T2NOMO.**
- c) **La leucemia linfocítica crónica a no ser que haya progresado, hasta al menos la etapa B de Binet.**
- d) **Carcinoma de células basales, carcinoma de células escamosas de la piel y melanoma maligno en estadio IA (T1aNOMO), a menos que haya evidencia de metástasis.**
- e) **Cáncer papilar de tiroides menor de 1 cm de diámetro e histológicamente descrito como T1NOMO.**
- f) **Carcinoma micro papilar de la vejiga histológicamente descrito como Ta**
- g) **Policitemia rubra vera y trombocitemia esencial.**
- h) **Gammapatía monoclonal de significado indeterminado.**
- i) **Linfoma MALT gástrico que puede ser tratado mediante la erradicación del Helicobacter Pylori.**
- j) **Tumor del estroma gastrointestinal en estadio I y II.**
- k) **Linfoma cutáneo a menos que la enfermedad requiera de tratamiento con quimioterapia o radiación.**
- l) **Carcinoma microinvasor de mama a menos que la enfermedad requiera de una mastectomía, quimioterapia o radiación.**
- m) **Carcinoma microinvasor del cuello uterino a menos que la enfermedad requiera histerectomía, quimioterapia o radiación.**

5.5 Insuficiencia renal (enfermedad renal en etapa final)

Etapa final de enfermedad renal que se manifiesta por una falla crónica e irreversible de la función de ambos riñones, como resultado de lo cual se hace necesario realizar regularmente diálisis renal (hemodiálisis o diálisis peritoneal) o requirió de un trasplante renal. El diagnóstico debe ser confirmado por especialista.

CONDICIONES GENERALES

5.6 Trasplantes de órganos mayores

La realización actual de un trasplante de órganos en que el asegurado participa como receptor de alguno de los siguientes órganos: corazón, pulmón, hígado, páncreas, riñón, intestino delgado o médula ósea. La realización del trasplante debe ser confirmada por especialista.

Estará también incluido en esta garantía el trasplante parcial o total de cara, manos, brazos y piernas (trasplante de aloinjertos de tejido compuesto). El trastorno principal que motiva el trasplante debe ser considerado como imposible de tratar por cualquier otro medio, de acuerdo a confirmación médica del especialista en la materia.

5.7 Alzheimer

Diagnóstico definitivo de Alzheimer confirmado por los siguientes factores:

- Pérdida de capacidad intelectual con deterioro de la memoria y de funciones ejecutivas (secuencia, organización, abstracción y planificación) que provoque una importante reducción de las funciones mentales y sociales.
- Cambio en la personalidad
- Disminución gradual de las funciones cognitivas.
- Sin trastorno de la conciencia.
- Hallazgos típicos neuropsicológicos y de neuroimagen (p.ej. CT Scan)

La enfermedad debe requerir de una supervisión constante (24 horas al día) antes de los 67 años. El diagnóstico y la necesidad de supervisión deben ser confirmados por un neurólogo.

No están cubiertas otras formas de demencia debidas a patologías cerebrales, enfermedades sistémicas o patologías psiquiátricas.

5.8 Parkinson

Diagnóstico inequívoco de Enfermedad de Parkinson primaria o idiopática (**todas las otras formas de Parkinsonismo están excluidas**) confirmado por un especialista en neurología. La enfermedad debe provocar incapacidad permanente para realizar independientemente tres o más actividades de la vida diaria: bañarse (capacidad de tomar un baño o ducharse), vestirse y desvestirse, higiene personal (capacidad de usar el lavatorio y mantener un nivel razonable de higiene), movilidad (capacidad de desplazarse al interior de un mismo nivel o piso) continencia (control sobre los esfínteres), comer/beber (capacidad de alimentarse por sí mismo pero no de preparar la comida) o causar postración e incapacidad para levantarse sin asistencia de terceras personas.

Estas condiciones deben estar médicamente documentadas durante 3 meses al menos.

6 Pago de las prestaciones

6.1 Aviso de siniestro

Se deberá dar aviso de un siniestro, por escrito, al domicilio social del asegurador, lo antes posible, después de haber contraído o desarrollado el asegurado una enfermedad grave, de las previstas en la condición 5 de este seguro complementario, en todo caso, durante un período no superior a tres meses a contar desde la fecha del diagnóstico de la enfermedad.

6.2 Pruebas

No se indemnizará ningún importe pagadero por esta garantía complementaria sin antes haber recibido por parte del asegurado pruebas de la ocurrencia de la enfermedad grave, que incluirán el

diagnóstico confirmado por un médico colegiado y nombrado a tal efecto por el asegurador, así como información clínica, radiológica, histológica y de laboratorio aceptables.

6.3 Pago de la prestación

Cumplidos los requisitos previstos en las condiciones 6.1 y 6.2 anteriores, el asegurador procederá a efectuar el pago de la prestación por la cuantía indicada en la condición 1 de este seguro complementario.

6.4 Prestación máxima

La prestación pagadera por el presente seguro complementario no podrá ser superior al importe de 150.000 €.

7 Reducción del importe de las coberturas de la póliza

7.1 Una vez pagada la prestación por este seguro complementario, las sumas aseguradas del seguro principal y del resto de seguros complementarios, caso de tenerlos, serán reducidas en el importe pagado en concepto de «enfermedad grave».

Asimismo, la prima del próximo vencimiento se reducirá por el concepto de enfermedad grave y por la reducción que corresponda en el seguro principal y el resto de los seguros complementarios y teniendo en cuenta, si procede, las circunstancias previstas en el punto

7.2 En el supuesto de que, a consecuencia de haber contraído una «enfermedad grave», indemnizable por este seguro complementario, le quedara al asegurado, como secuela, un estado de invalidez, en el grado de absoluta y permanente, el asegurador exonerará al tomador del seguro del pago de sucesivas primas correspondientes a la prestación del seguro principal y al resto de seguros complementarios, si los hubiere, hasta el límite de la prestación máxima prevista en el punto 6.4 del presente seguro complementario, y hasta su vencimiento o hasta el fallecimiento del asegurado si ocurre antes.

7.3 Si el evento contemplado en el punto 7.2, se produjera teniendo el asegurado cubierto el riesgo de la invalidez absoluta y permanente mediante el seguro complementario correspondiente, entonces con arreglo a las condiciones generales de éste último se satisfará el importe del seguro reducido, quedando automáticamente anulada la póliza.

8 Arbitraje

En el supuesto de que el asegurador haya comunicado al asegurado el rechazo del pago de la prestación, por falta de acuerdo en cuanto a que supuestamente no se hayan producido las condiciones mínimas exigidas bajo los términos de la cobertura de este seguro, el asegurado o su representante legal, en su caso beneficiarios y el asegurador se obligan a solventar sus diferencias por medio de dos peritos elegidos uno por cada parte, de acuerdo con lo establecido en los arts. 38 y 39 de la Ley del Contrato de Seguro.

Garantía de segunda opinión médica de enfermedades graves y de intervenciones quirúrgicas

1 ¿Qué es la segunda opinión médica?

En el supuesto de que el asegurado hubiese sido diagnosticado clínicamente por un médico especialista o institución médica autorizada, de padecer alguna de las enfermedades definidas en la condición 4 de la presente garantía y/o de la necesidad de someterse a una intervención quirúrgica, el asegurador conseguirá del centro con el que el asegurador tenga concertada la prestación de la presente garantía, para su entrega al asegurado, un informe de segunda opinión médica que confirme o no las conclusiones del primero, incluyendo, si proceden, las orientaciones y/o recomendaciones de carácter médico y psicológico que se consideren más adecuadas para el mejor tratamiento de la enfermedad diagnosticada.

Cuando a juicio del centro con el que el asegurador tenga concertada la prestación de la presente garantía, la información técnica o el asesoramiento científico a su disposición no fueran suficientes para establecer un segunda opinión médica concluyente y asumible con plena responsabilidad, el asegurador podrá decidir, en su lugar, el pago al asegurado de 300 euros, como prestación única sustitutiva, para que éste pueda obtener una segunda opinión médica del especialista o entidad médica que considere oportunos.

2 ¿Cómo y dónde se realizará la segunda opinión médica?

El informe médico del segunda opinión médica así como las recomendaciones, si procede, serán realizados por el centro con el que el asegurador tenga concertada la prestación de la presente garantía, basándose en la información directa y asesoramiento técnico y científico obtenido a través de su cuerpo de Especialistas y/o Centros médicos de reconocido prestigio, con los cuales tenga establecidos convenios de colaboración a nivel nacional o internacional.

3 Requisitos exigidos por la presente garantía

Para tener derecho a acceder a la segunda opinión médica indicado en la condición 1, el asegurado deberá cumplir los requisitos siguientes:

3.1 Solicitarlo por escrito al asegurador, durante la vigencia de la póliza.

3.2 Aportar todas las exploraciones clínicas y pruebas de que disponga el asegurado que justifican el padecimiento de alguna de las «Enfermedades Graves» descritas en el punto 4, y/o la necesidad de someterse a una intervención quirúrgica.

3.3 Cuando se considere que la documentación aportada por el asegurado no es suficiente para emitir la segunda opinión médica, el asegurado acepta hacer a su cargo la prueba o pruebas complementarias que se soliciten en el centro médico recomendado por éste, o en el elegido libremente por el asegurado, con el fin de completar la información adicional, imprescindible para la emisión de la segunda opinión médica.

4 Definición de las enfermedades graves e intervenciones quirúrgicas cubiertas por la garantía

4.1 Infarto de miocardio

Muerte de una parte del músculo cardíaco como resultado de un flujo sanguíneo insuficiente hacia el área comprometida.

El diagnóstico debe ser confirmado por especialista y evidenciado por todos los siguientes criterios:

- a) Una historia de dolor torácico típico.
- b) Nuevos cambios característicos de infarto en el ECG.
- c) Elevación de las enzimas específicas de infarto, troponinas u otros marcadores bioquímicos.

Quedan en todo caso excluidos:

- a) El infarto del miocardio sin elevación del segmento ST con solamente elevación de Troponina I ó T;**
- b) Otros síndromes Coronarios Agudos (por ejemplo angina de pecho estable o inestable)**
- c) Infarto de miocardio silente**
- d) Infarto de miocardio que se produce dentro de 14 días después de angioplastia coronaria**

4.2 Cirugía arterio-coronaria (bypass)

La realización de cirugía a tórax abierto para la corrección de dos o más arterias coronarias, que están estrechadas u ocluidas, por el implante de un puente arterial coronario. La necesidad de tal cirugía debe haber sido probada por angiografía coronaria y la realización de la cirugía debe ser confirmada por un especialista.

Quedan en todo caso excluidos:

- a) La angioplastia coronaria o implante de stent.**
- b) Cualquier otro procedimiento intra-arterial.**
- c) Cirugía por toracotomía mínima.**

4.3 Derrame o hemorragia e infarto cerebrales

Cualquier incidente cerebro-vascular que produce secuelas neurológicas permanentes y que incluye infarto de tejido cerebral, hemorragia y embolización originada en una fuente extracraneal. El diagnóstico debe ser confirmado por un especialista y evidenciado por síntomas clínicos típicos como así también hallazgos típicos en la TAC (tomografía axial computarizada) de cerebro y RNM (Resonancia Nuclear Magnética) de cerebro. Deben documentarse pruebas de deficiencia neurológica de por lo menos tres (3) meses a contar de la fecha de diagnóstico.

Quedan en todo caso excluidos:

- a) Ataque isquémico transitorio (TIA) y déficit neurológico isquémico reversible prolongado (PRIND)**
- b) Lesión traumática de tejido cerebral o vasos sanguíneos**
- c) Déficit neurológico debido a hipoxia general, infección, enfermedad inflamatoria, migraña o intervención médica.**
- d) Hallazgos incidentales en estudios de imagen (Scan CT o resonancia magnética), sin síntomas clínicos claramente relacionados (enfermedad cerebrovascular silenciosa)**

4.4 Cáncer

Cualquier tumor maligno diagnosticado positivamente con confirmación histológica y caracterizado por crecimiento incontrolado de células malignas e invasión de tejidos. El diagnóstico debe ser confirmado por un especialista.

A menos que no estén expresamente excluidos, están cubiertos por esta definición la leucemia, linfoma maligno y síndrome mielodisplásico.

Quedan en todo caso excluidos:

- a) **Cualquier tumor histológicamente clasificado como pre-maligno y no invasivo, tampoco los carcinomas in situ.**
- b) **Cualquier cáncer de próstata al menos que esté clasificado histológicamente con una puntuación de Gleason superior a 6 o que haya progresado hasta alcanzar por lo menos la clasificación TNM clínica T2N0M0.**
- c) **La leucemia linfocítica crónica a no ser que haya progresado, hasta al menos la etapa B de Binet.**
- d) **Carcinoma de células basales, carcinoma de células escamosas de la piel y melanoma maligno en estadio IA (T1aN0M0), a menos que haya evidencia de metástasis.**
- e) **Cáncer papilar de tiroides menor de 1 cm de diámetro e histológicamente descrito como T1N0M0.**
- f) **Carcinoma micro papilar de la vejiga histológicamente descrito como Ta.**
- g) **Policitemia rubra vera y trombocitemia esencial**
- h) **Gammapatía monoclonal de significado indeterminado.**
- i) **Linfoma MALT gástrico que puede ser tratado mediante la erradicación del Helicobacter Pylori.**
- j) **Tumor del estroma gastrointestinal en estadio I y II.**
- k) **Linfoma cutáneo a menos que la enfermedad requiera de tratamiento con quimioterapia o radiación.**
- l) **Carcinoma microinvasor de mama a menos que la enfermedad requiera de una mastectomía, quimioterapia o radiación.**
- m) **Carcinoma microinvasor del cuello uterino a menos que la enfermedad requiera histerectomía, quimioterapia o radiación.**

4.5 Insuficiencia renal (enfermedad renal en etapa final)

Etapa final de enfermedad renal que se manifiesta por una falla crónica e irreversible de la función de ambos riñones, como resultado de lo cual se hace necesario realizar regularmente diálisis renal (hemodiálisis o diálisis peritoneal) o requirió de un trasplante renal. El diagnóstico debe ser confirmado por especialista.

4.6 Trasplantes de órganos mayores

La realización actual de un trasplante de órganos en que el asegurado participa como receptor de alguno de los siguientes órganos: corazón, pulmón, hígado, páncreas, riñón, intestino delgado o médula ósea. La realización del trasplante debe ser confirmada por especialista.

Estará también incluido en esta garantía el trasplante parcial o total de cara, manos, brazos y piernas (trasplante de aloinjertos de tejido compuesto). El trastorno principal que motiva el trasplante debe ser considerado como imposible de tratar por cualquier otro medio, de acuerdo a confirmación médica del especialista en la materia.

4.7 Alzheimer

Diagnóstico definitivo de Alzheimer confirmado por los siguientes factores:

- Pérdida de capacidad intelectual con deterioro de la memoria y de funciones ejecutivas (secuencia, organización, abstracción y planificación) que provoque una importante reducción de las funciones mentales y sociales.
- Cambio en la personalidad
- Disminución gradual de las funciones cognitivas.
- Sin trastorno de la conciencia.
- Hallazgos típicos neuropsicológicos y de neuroimagen (p.ej. CT Scan)

La enfermedad debe requerir de una supervisión constante (24 horas al día) antes de los 67 años. El diagnóstico y la necesidad de supervisión deben ser confirmados por un neurólogo.

No están cubiertas otras formas de demencia debidas a patologías cerebrales, enfermedades sistémicas o patologías psiquiátricas.

4.8 Parkinson

Diagnóstico inequívoco de enfermedad de Parkinson primaria o idiopática (**todas las otras formas de Parkinsonismo están excluidas**) confirmado por un especialista en neurología. La enfermedad debe provocar incapacidad permanente para realizar independientemente tres o más actividades de la vida diaria: bañarse (capacidad de tomar un baño o ducharse), vestirse y desvestirse, higiene personal (capacidad de usar el lavatorio y mantener un nivel razonable de higiene), movilidad (capacidad de desplazarse al interior de un mismo nivel o piso) continencia (control sobre los esfínteres), comer/beber (capacidad de alimentarse por sí mismo pero no de preparar la comida) o causar postración e incapacidad para levantarse sin asistencia de terceras personas.

Estas condiciones deben estar médicamente documentadas durante 3 meses al menos.

4.9 Sida

Es una infección crónica del sistema inmune por el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) que produce una destrucción progresiva de los linfocitos CD4 y ocasiona una disminución de las defensas propias del organismo, lo cual lleva a una fácil adquisición de múltiples enfermedades que debilitan al individuo hasta hacerle perecer, después de un largo período de incubación que puede durar hasta 10 o 12 años.

4.10 Intervenciones quirúrgicas

Cualquier tipo de intervención quirúrgica a la cual se somete el asegurado, relacionada o no con las enfermedades graves indicadas en este punto 4.

5 Duración de la garantía

5.1 Las garantías de este seguro complementario estarán en vigor mientras se paguen las primas correspondientes, terminándose al mismo tiempo que el seguro principal y como máximo hasta completar el plazo de duración convenido en las condiciones particulares de la póliza.

En el supuesto de que el asegurador y el centro con el que el asegurador tenga concertada la prestación de la presente garantía rescindieran su contrato y mientras no se restablezca el Servicio del segundo diagnóstico, el asegurador se compromete, como cobertura alternativa, al pago de una prestación única sustitutoria por importe de 300 euros, por el período de duración de esta garantía, con el fin de que dicho tomador pueda obtener una segunda opinión médica del especialista o entidad médica que considere oportunos.

CONDICIONES GENERALES

5.2 La terminación de este seguro complementario se producirá, independientemente del caso de la extinción natural prevista en el punto 5.1, tras la utilización de la garantía de segunda opinión médica de cada una de las enfermedades graves definidas en el punto 4 de esta garantía o de cinco intervenciones quirúrgicas.

Garantía de rehabilitación cardíaca

1 ¿Qué es la rehabilitación cardíaca?

La rehabilitación cardíaca es un complemento imprescindible al tratamiento convencional de las enfermedades cardíacas siendo además, un método de prevención.

Entendemos por rehabilitación cardíaca aquel conjunto de medidas dirigidas a mejorar la capacidad funcional, fisiológica y psicológica de la persona que presenta una enfermedad cardíaca, principalmente

Cardiopatía Isquémica (angina de pecho e infarto de miocardio).

La rehabilitación cardíaca puede iniciarse después de transcurridas seis semanas del accidente coronario, una vez el asegurado ha salido del hospital y se encuentra en una situación clínicamente estable para poder realizarla.

No es rehabilitación cardíaca y, en consecuencia no están cubiertos por la presente garantía, los estudios y tratamientos en cuidados intensivos, unidad coronaria y sala de hospitalización así como los controles cardiológicos posteriores.

2 Alcance y delimitación de la garantía

2.1 La presente garantía ampara a los asegurados de las pólizas de Seguro de vida en vigor, a las que se haya incluido la garantía de rehabilitación cardíaca.

El asegurado tendrá derecho a la prestación de servicios de rehabilitación cardíaca si sufre alguna de las afecciones indicadas en la condición 3 de la presente garantía. Para acceder a tal derecho el asegurado deberá seguir las instrucciones del procedimiento que se indica en la condición 7 de las presentes condiciones generales.

El centro responsable de la rehabilitación cardíaca facilitará al cardiólogo o Centro asistencial que atienda al paciente, toda la información médica concerniente al programa de Rehabilitación de esta cobertura. A su vez tomará en cuenta las sugerencias que éstos le hagan y les mantendrá informados periódicamente del estado clínico del asegurado.

Esta garantía entra en vigor a partir de la fecha en que se incluya a la póliza de Seguro de vida. **Todos los riesgos enumerados en la condición 3 de estas condiciones generales, cuya fecha de acaecimiento fuere anterior a aquélla, quedarán automáticamente excluidos.**

2.2 La duración de esta garantía se extiende a toda la duración de la póliza del seguro principal, siempre que dicha póliza esté en vigor, y como máximo hasta completar el plazo de duración convenido en las condiciones particulares de la póliza para este seguro complementario, todo ello con sujeción a lo establecido en las condiciones 6.2 y 8 de esta garantía.

3 ¿A quién van dirigidos los tratamientos de prevención y rehabilitación cardíaca?

Los programas de Prevención y rehabilitación cardíaca van dirigidos a los pacientes que se encuentren en alguna de las situaciones clínicas siguientes:

a) Angina de pecho estable. Infarto de Miocardio reciente o antiguo (no complicado).

CONDICIONES GENERALES

- T**
- b) Post-operados de cirugía coronaria (incluido By-Pass)
 - c) Post-angioplastia coronaria.
 - d) Enfermedades de las válvulas cardíacas.
 - e) Trasplante cardíaco.
 - f) Pacientes portadores de marcapasos.

4 ¿En qué consiste un programa de rehabilitación cardíaca?

a) Entrenamiento físico

Es el elemento fundamental del programa. Con la prueba Electrocardiográfica de Esfuerzo se consigue clasificar a cada paciente en un grupo de entrenamiento determinado.

El entrenamiento se desarrolla bajo un equipo de control que dispone de:

- Monitorización electrocardiográfica de cada paciente supervisada por un cardiólogo.
- Sesiones dirigidas por un fisioterapeuta.
- Grupos reducidos y convenientemente clasificados por la Prueba de Esfuerzo.
- Utillaje para resolver cualquier eventual emergencia.

b) Readaptación psicológica

Se utilizan técnicas de relajación dinámica y psicoterapia de grupo, que desarrolladas durante las sesiones, constituyen un medio óptimo para combatir la ansiedad y la depresión

c) Información

Es el programa dirigido a pacientes y familiares sobre los factores de riesgo que hay que corregir y que inciden en la enfermedad coronaria.

5 Duración de un programa de rehabilitación cardíaca

El asegurado para seguir su programa de rehabilitación podrá elegir y/o cambiar el grupo que más le convenga o que se adapte mejor a sus necesidades, de entre los tres siguientes:

GRUPO I: Rehabilitación de 3 sesiones semanales.

Programa de rehabilitación cardíaca global controlada en el centro con el que el asegurador tenga concertada la prestación de la presente garantía con una duración total de 4 meses.

GRUPO II: Rehabilitación de 1 - 2 sesiones semanales.

Programa de rehabilitación cardíaca global controlada en el centro con el que el asegurador tenga concertada la prestación de la presente garantía con una duración total de 6-9 meses.

GRUPO III: Rehabilitación cardíaca global supervisada por el centro con el que el asegurador tenga concertada la prestación de la presente garantía a nivel domiciliario con controles periódicos con una duración total de 12 meses.

a) Los programas se adecuarán a la patología que presente el paciente.

b) En cada caso los especialistas que atienden la rehabilitación efectuarán las modificaciones que según su leal saber y entender sean las más adecuadas, siempre contando con el cardiólogo o cardiólogos que asistieron al paciente en su enfermedad de base. Por tanto, los plazos indicados en

los grupos anteriormente descritos son orientativos, si bien, nunca podrán rebasar con cargo al asegurador los plazos máximos descritos.

c) La presente garantía continuará en vigor, aún después que el asegurado haya terminado un Programa de rehabilitación cardíaca, pudiendo ser utilizada posteriormente si se repite o produce alguna de las situaciones clínicas previstas en la condición 3 de las generales de esta garantía.

6 ¿Cómo y dónde se realizará la rehabilitación cardíaca?

6.1 El Servicio de rehabilitación cardíaca se efectuará en el centro con el que el asegurador tenga concertada la prestación de la presente garantía.

Para los asegurados que por razón de residencia u otro motivo no puedan desplazarse a dicho centro, la rehabilitación se efectuará mediante Programa de rehabilitación cardíaca a distancia, en el domicilio del paciente que será controlado periódicamente por el centro con el que el asegurador tenga concertada la prestación de la presente garantía.

6.2 En el supuesto de que este servicio se suspendiera, entonces el asegurador se obliga a comunicarlo al tomador del seguro con un plazo de antelación de al menos dos meses antes de la fecha efectiva de la rescisión del servicio. Esta suspensión de garantía no afectará a los pacientes que estuvieren siguiendo un programa de rehabilitación cardíaca.

7 Procedimiento para iniciar el programa de rehabilitación cardíaca

7.1 El asegurado para tener derecho a la prestación del Servicio de rehabilitación cardíaca deberá presentar al asegurador los siguientes documentos cumplimentados:

- a) Solicitud de prestación del servicio.
- b) Certificado del Cardiólogo o Centro Asistencial que atiende al asegurado en que se haga constar que se halla afecto de alguna de las dolencias referidas en la condición 3 de las presentes condiciones generales.
- c) Junto con el anterior Certificado del Cardiólogo se deberá cumplimentar por éste el Cuestionario Médico de Valoración.

7.2 El asegurador, al recibo de la documentación anterior, trasladará al centro con el que el asegurador tenga concertada la prestación de la presente garantía la orden para que se ponga en contacto con el paciente, a fin de iniciar el proceso del Programa de rehabilitación cardíaca.

7.3 El responsable de llevar a término dicho programa de rehabilitación, será el centro con el que el asegurador tenga concertada la prestación de la presente garantía, previa información obtenida del Cuestionario Médico de Valoración que permita a juicio de dicho centro desarrollar la actuación más conveniente para la salud del paciente. La decisión médica que se tome, cualquiera que sea ésta, prevalecerá sobre cualquier otra opinión facultativa y el asegurador no interferirá la decisión que el centro con el que el asegurador tenga concertada la prestación de la presente garantía haya tomado.

7.4 En el caso de que debido a indicación médica del personal médico del centro con el que el asegurador tenga concertada la prestación de la presente garantía, en aplicación de lo establecido en el apartado anterior, el asegurado no pueda seguir el Programa de rehabilitación cardíaca ni en el citado centro ni en otro centro de asistencia concertado por el asegurador, ni seguir el programa a distancia en su domicilio, podrá renunciar a seguir dicho Programa de rehabilitación cardíaca, percibiendo del centro con el que el asegurador tenga concertada la prestación de la presente garantía una indemnización única de un importe de 1.500 euros.

La percepción de dicha indemnización implica la anulación de la presente garantía.

8 Control médico de la rehabilitación cardíaca

El asegurador se reserva el derecho de solicitar los informes o efectuar a su cargo las revisiones médicas precisas para garantizar que, en todo momento, se efectúan las prestaciones dentro de los pactos y acuerdos contemplados en el presente condicionado. La negativa del asegurado a facilitar la información solicitada, invalida con carácter inmediato el efecto de la presente garantía y exime al asegurador de todas las responsabilidades legales y económicas.

Servicio de orientación médica telefónica

1 Prestaciones básicas

Mediante esta garantía el asegurado tiene a su disposición orientación médica telefónica de atención permanente las 24 horas del día, los 365 días del año y que se extiende a toda España.

Las llamadas son gratuitas y deben efectuarse al teléfono 900 10 32 88.

El servicio no se entiende como de diagnóstico ni de prestación de asistencia sanitaria.

A través de este servicio se dará información sobre: Centros sanitarios, Médicos generales y de urgencias, Médicos especialistas, Centros de vacunaciones, Ambulancias, Farmacias de guardia.

2 Servicio de videollamada

Alternativamente a lo indicado en el punto anterior, el asegurado tiene a su disposición el Servicio de videoconferencia o videollamada, disponible las 24 horas del día, los 365 días del año.

Gracias a esta tecnología, el asegurado podrá visualizar al especialista médico en la pantalla de su teléfono para realizar su consulta médica o de asesoramiento médico/social. Para ello solo tendrá que instalar la aplicación de Plus Ultra Seguros en su Smartphone.

3 Prestaciones complementarias

Además de las prestaciones indicadas en el punto 1 anterior, esta garantía incluye la información que se detalla seguidamente:

A. **"El especialista en casa"**, siempre que el médico generalista que atiende la llamada lo crea oportuno o bien por solicitud del propio consultante, se le pondrá en contacto con un médico especialista en la materia, previa historia clínica del médico consultor. (Pediatría, Traumatología, Cardiología, Psiquiatría, Medicina del Deporte, Neumología, Aparato Digestivo, Neurología, Oncología, etc.)

B. Asesoramiento y orientación médica:

- Patologías en general (no se realizan diagnósticos ni tratamientos)
- Consultas farmacológicas: posologías, interacciones, incompatibilidad.
- Consultas analíticas, vacunas, accidentes domésticos.
- Centros sanitarios: públicos y privados. Urgencias médicas etc.

C. Asesoramiento y orientación psicológica:

- Depresiones, crisis de ansiedad, miedos, accidentes, decesos, separaciones, etc.
- Infancia, adolescencia, sexología. bullying.
- Trastornos de la conducta.
- Actitudes desafiantes (Síndrome del emperador, hijos tiranos).
- Toxicomanías (drogodependencias, alcoholismo...). Adicciones.
- Trastornos de la alimentación (anorexia y bulimia).
- Trastornos del aprendizaje, relacionales, sociabilidad. Dificultades escolares, etc.
- Niños/as y jóvenes con discapacidad.

D. Asesoramiento y orientación Social:

CONDICIONES GENERALES

- Información de ayudas a la familia: carné familia numerosa, pensión de orfandad, pensión de viudedad, descuentos en transportes públicos. Información sobre diversos trámites oficiales.
- Adopciones y entidades acreditadas para adopciones internacionales.
- Toxicomanías y drogodependencias: asociaciones, centros de atención.
- Disminuidos físicos, psíquicos y sensoriales: asociaciones, centros de atención, logopedas.
- Residencias, centros de día, etc.
- Ayuda a domicilio privada.
- Hospitales y clínicas de larga estancia.
- Asociaciones: Parkinson, Esclerosis Múltiple, Alzheimer, Diabéticos, etc.
- Violencia de género.
- Información a la Tercera Edad, otros colectivos, etc.
- Orientación sobre inmigración: asociaciones, trámites, ayudas, etc.
- Ocio: Universidades populares, Educación permanente de adultos, Aulas de mayores,
- Programas de animación sociocultural, Voluntariado.
- Vacaciones Tercera Edad, Balnearios, Deportes, Aficiones.

E. Asesoramiento y Orientación Dietética:

- Pautas de introducción de alimentos.
- Orientación en dietas equilibradas, hábitos alimentarios.
- Trastornos de la alimentación. Alergias alimentarias, etc.
- Alimentación en el embarazo y lactancia.
- Control de obesidad infantil.
- Alteraciones Nutricionales: falta de apetito, deficiencias de hierro, caries dental, etc.

F. Orientación Médica o Social dirigido a Discapacitados Auditivo y Orales.

- Consulta 24 horas al día, los 365 días del año, por fax al número 918.060.150.

Seguro de consulta jurídica telefónica

1 Objeto del seguro

El tomador del seguro, los asegurados, o sus causahabientes, podrán consultar, mediante llamada telefónica, **sobre cualquier cuestión jurídica y personal que pudiera afectar a su vida particular o familiar.**

Las consultas telefónicas serán atendidas por abogados en ejercicio.

2 Garantías aseguradas

El tomador del seguro, los asegurados, o sus causahabientes, podrán efectuar consulta jurídica telefónica sobre las cuestiones jurídicas motivadas por el fallecimiento del asegurado, sin que necesariamente se haya producido el óbito, ofreciendo el asesoramiento jurídico necesario para la obtención de documentos tales como:

- a) Fe de Vida de los causahabientes del asegurado.
- b) Certificación de matrimonio del Archivo Eclesiástico.
- c) Certificación de Registro de Uniones de Hecho.
- d) Testamento otorgado por el asegurado fallecido.
- e) Inscripciones registrales.

Asimismo el tomador del seguro, el asegurado, o sus causahabientes, también podrán efectuar consulta jurídica telefónica sobre cuestiones jurídicas tales como:

- Asesoramiento jurídico para tramitar sucesiones con testamento, sucesiones sin testamento, aceptación o renuncia de herencias e inventario de bienes.
- Asesoramiento jurídico sobre cuestiones fiscales relativas al Impuesto sobre Sucesiones.
- Asesoramiento jurídico sobre trámites relativos al cobro de pensiones, derechos y beneficios sobre seguros y productos financieros contratados por el asegurado.
- Asesoramiento jurídico sobre subrogación en contratos de arrendamiento sobre bienes inmuebles en calidad de arrendador, arrendatario o usufructuario de los mismos, y gestiones a realizar para la subrogación de los causahabientes.
- Sus derechos en relación al contrato de alquiler de la vivienda.
- Trámites a seguir en reclamaciones derivadas de accidentes.
- Sus derechos en relación a productos o reparaciones defectuosas.
- Sus derechos en relación a la comunidad de propietarios.
- Sus derechos en caso de pérdida de equipajes en el aeropuerto.
- Sus derechos frente a la Administración Pública.
- Sus derechos frente a la empresa constructora de su vivienda por defectos de construcción.
- Sus derechos en relación a una facturación indebida en contratos de suministros: agua, gas, electricidad o teléfono.
- Sus derechos en relación a su contrato de trabajo: salario, movilidad geográfica, horario, vacaciones, etc.

Asimismo, se garantizan los siguientes servicios:

- **Reclamación administrativa en contratos de seguros:** se garantiza, en caso de fallecimiento o invalidez del asegurado y a favor de los herederos perjudicados, la reclamación por incumplimiento contractual de otras aseguradoras privadas, al objeto de que hagan efectivos los derechos que en general se deriven de las pólizas de seguros personales, cuyas prestaciones se produzcan o deriven de la ocurrencia del evento.

Solamente se garantiza el trámite por la vía administrativa, quedando excluida la vía judicial.

- **Reclamación administrativa de prestaciones de Seguridad Social:** se garantiza, en caso de fallecimiento, incapacidad permanente o accidente del asegurado y a favor de los Beneficiarios, la reclamación de prestaciones de viudedad, orfandad e incapacidad permanente frente al Instituto Nacional de la Seguridad Social, y demás entes u organismos responsables.

Solamente se garantiza el trámite por la vía administrativa, quedando excluida la vía judicial.

El límite máximo de honorarios y gastos es de 3.000,00 euros.

- **Trámites de gestoría:** se garantiza, en caso de fallecimiento del asegurado, la obtención de los siguientes documentos a favor de los beneficiarios:

1. Certificado de últimas voluntades.
2. Certificado de defunción.
3. Certificado de nacimiento.
4. Certificado de matrimonio

3 Central de consulta jurídica

TELÉFONO CONSULTA JURÍDICA:

902 499 595.

La central de asistencia jurídica estará atendida 24 horas al día, ininterrumpidamente, los 365 días del año.

4 Rescisión del servicio

En el supuesto de que el servicio de consulta jurídica telefónica se suspendiera, el asegurador se obliga a comunicarlo al tomador del seguro con un plazo de antelación de dos meses antes de la fecha efectiva de la rescisión del servicio.

Testamento on line

1 Elaboración de testamento abierto notarial

Por esta garantía el asegurador pondrá a disposición del asegurado los medios dirigidos a que el asegurado cuente con una adecuada asistencia para la redacción de su Testamento Abierto Notarial (testamento otorgado ante notario a quien el testador le da a conocer cuál es el contenido de su voluntad para después de su fallecimiento).

La garantía queda supeditada a que durante la vigencia de la póliza, ocurra alguna de las siguientes circunstancias:

- Que no tuviera ya otorgado testamento.
- Que se produzca una variación en la composición o valoración económica del patrimonio del asegurado.
- Que se modifique su situación de convivencia o familiar.
- Que se vea alterada su salud o la de alguno de sus parientes cercanos.
- Que se produzca un cambio de residencia o de vecindad civil o de nacionalidad.
- Que cambie su estatus laboral o profesional.

El proceso de realización del trámite será el siguiente:

1. El asegurado facilitará la información necesaria para la redacción del testamento rellenando un formulario con los datos necesarios para poder ofrecer el servicio. El citado formulario se puede cumplimentar a través de la plataforma web o telefónicamente.
2. Tras la recopilación de la información, un abogado experto en sucesiones elaborará el borrador de testamento que entregará o pondrá a disposición del asegurado. El asegurado podrá aclarar dudas o realizar consultas telefónicamente o vía correo electrónico, según se le indique en el mismo proceso.
3. Una vez el asegurado esté de acuerdo se fijará una fecha para la firma ante el Notario más cercano a su zona.
4. Tras la firma del testamento ante Notario, éste conservará el original, entregará una copia al asegurado y llevará a cabo la inscripción en el Registro de Actos de Últimas Voluntades.

El asegurador se hará cargo de los gastos derivados de la redacción, del asesoramiento jurídico y notarial y elevación a público del Testamento abierto, así como del coste de expedición de una copia simple para el asegurado. Será por cuenta del asegurado cualquier otro gasto derivado de la utilización de este servicio.

El asesoramiento se efectuará sobre Derecho español, común o foral y el testamento se otorgará en una notaría ubicada en España.

2 Asesoramiento jurídico sobre el testamento vital

Por esta garantía el asegurador pondrá a disposición del asegurado los medios dirigidos a que el asegurado cuente con el adecuado asesoramiento sobre el documento de instrucciones previas, también denominado Testamento Vital, documento de voluntades anticipadas o denominaciones similares.

El Testamento Vital es el documento por el cual una persona mayor de edad y capaz manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a

CONDICIONES GENERALES

situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresar personalmente, sobre el cuidado y tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo.

El asesoramiento jurídico se prestará por un abogado y versará sobre los siguientes aspectos:

- a) El contenido del documento de instrucciones previas,
- b) El procedimiento de inscripción del documento en su historia clínica y en el registro de las instrucciones previas, como mecanismo que asegura la eficacia y posibilita su conocimiento en todo el territorio nacional.

El asegurador se hará cargo de los gastos derivados del asesoramiento jurídico y redacción y solamente en los casos en que el Testamento Vital se otorgue ante notario, de los de asesoramiento notarial y registro.

Será por cuenta del asegurado cualquier otro gasto derivado de la utilización de este servicio.

3 Borrado digital: gestión del final de la vida digital (en caso de fallecimiento)

Por esta garantía el asegurador pondrá a disposición de los herederos del asegurado, medios dirigidos a iniciar las acciones para la cancelación en internet de la información que pudiera aparecer relacionada con el fallecido. El servicio de cancelación prestado por la aseguradora se limitará a lo siguiente:

- a) Solicitud de baja del difunto en redes sociales de las que fuera usuario o la solicitud a cambio de cuenta conmemorativa.
- b) Tramitación de la baja del correo electrónico.
- c) Tramitación de la baja o traspaso de blogs o webs del difunto, perfiles en foros, chats o páginas de búsqueda de pareja.
- d) Tramitación de la eliminación o traspaso de archivos almacenados en servidores de internet (nube de internet).

La garantía se concreta en informar a los responsables de los ficheros la existencia del fallecimiento a fin de que éstos procedan a cancelar los datos, sin responder del resultado. La prestación del servicio está condicionada a que resulte posible identificar al responsable ante el que solicitar la cancelación. **En caso de que los responsables de los ficheros no procedieran a la cancelación, no se garantizarían los gastos derivados de acciones judiciales solicitando dicha cancelación.**

El resultado de las gestiones efectuadas podría no ser efectivo en los siguientes casos:

- Cuando la información se encuentra en países que no disponen de legislación específica en materia de protección de datos.
- En los casos en que prevalezcan las condiciones contractuales pactadas con el titular del recurso de internet.
- En los casos en que otros derechos prevalezcan sobre la exactitud de los datos, tales como el derecho a la información o la libertad de expresión.

A efectos de solicitar la cancelación, los herederos deberán aportar la siguiente documentación/información:

- a) Si dispusieran de ellos, identificación de los recursos de internet de los que la persona fallecida fuera usuario, sobre los que desean efectuar la cancelación. En caso de no conocerlos, la aseguradora podrá rastrear los recursos de internet vinculados a la dirección o direcciones de correo electrónico

que los herederos faciliten, aunque por razones técnicas no puede garantizarse la localización de la totalidad de dichos recursos.

- b) Fotocopia del Documento Nacional de Identidad o Número de Identificación Extranjero del solicitante.
- c) Certificado de defunción original del fallecido.
- d) Acreditación de la condición de heredero.
- e) Autorización del heredero.
- f) Dirección de correo electrónico del difunto, si se solicita su baja.
- g) Optativamente, si dispusieran de ellos, datos de usuario y contraseñas de acceso.

La aseguradora se hará cargo de los gastos derivados de la solicitud y, de ser necesario, de la traducción de la documentación requerida al idioma del país al que se remite. **El asegurado tendrá derecho a la solicitud de cancelación de datos de un máximo de cuatro cuentas o páginas web. No se garantiza el servicio de cancelación de cuentas o páginas web ubicadas en el extranjero. No se garantiza el servicio de cancelación en caso de discrepancia entre los herederos.**

4 Duración de la garantía

Las garantías de este seguro complementario estarán en vigor mientras se paguen las primas correspondientes, terminándose al mismo tiempo que el seguro principal.

No obstante, el asegurador se reserva el derecho, previa comunicación al Tomador del seguro, a cancelar la presente garantía complementaria haciendo coincidir dicha cancelación con la próxima fecha de renovación del seguro.

En el supuesto de que la garantía esté en vigor, el asegurado solicite su prestación y el asegurador se vea imposibilitado de prestar el servicio, podrá decidir, como cobertura alternativa, el pago de una prestación única sustitutoria por importe de 100 euros.

5 Acceso a los diferentes servicios

El acceso se realizará vía web oficial de la entidad a través de un link visible o a través de nuestro teléfono de atención al cliente. Tanto la dirección de la web como el teléfono de atención al cliente figuran en la portada de este condicionado.

Cláusula de indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios en seguros de personas

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, el tomador de un contrato de seguro de los que deben obligatoriamente incorporar recargo a favor de la citada entidad pública empresarial tiene la facultad de convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier entidad aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente.

Las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en España o en el extranjero, cuando el asegurado tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el tomador hubiese satisfecho los correspondientes recargos a su favor y se produjera alguna de las siguientes situaciones:

- a) Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por la póliza de seguro contratada con la entidad aseguradora.
- b) Que, aun estando amparado por dicha póliza de seguro, las obligaciones de la entidad aseguradora no pudieran ser cumplidas por haber sido declarada judicialmente en concurso o por estar sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros.

El Consorcio de Compensación de Seguros ajustará su actuación a lo dispuesto en el mencionado Estatuto legal, en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, en el Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, aprobado por el Real Decreto 300/2004, de 20 de febrero, y en las disposiciones complementarias.

Resumen de las normas legales

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

- a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos; inundaciones extraordinarias, incluidas las producidas por embates de mar; erupciones volcánicas; tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 120 km/h y los tornados); y caídas de cuerpos siderales y aerolitos.
- b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
- c) Hechos o actuaciones de las fuerzas armadas o de las fuerzas y cuerpos de seguridad en tiempo de paz.

Los fenómenos atmosféricos y sísmicos, de erupciones volcánicas y la caída de cuerpos siderales se certificarán, a instancia del Consorcio de Compensación de Seguros, mediante informes expedidos por la Agencia Estatal de Meteorología (AEMET), el Instituto Geográfico Nacional y los demás organismos públicos competentes en la materia. En los casos de acontecimientos de carácter político o social, así como en el supuesto de daños producidos por hechos o actuaciones de las fuerzas

CONDICIONES GENERALES

TEST

armadas o de las fuerzas o cuerpos de seguridad en tiempo de paz, el Consorcio de Compensación de Seguros podrá recibir de los órganos jurisdiccionales y administrativos competentes información sobre los hechos acaecidos.

2. Riesgos excluidos

- a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
- b) Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.
- c) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- d) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 12/2011, de 27 de mayo, sobre responsabilidad civil por daños nucleares o producidos por materiales radiactivos.
- e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el apartado 1.a) anterior y, en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.
- f) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios de los señalados en el apartado 1.b) anterior.
- g) Los causados por mala fe del asegurado.
- h) Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.
- i) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de «catástrofe o calamidad nacional».

3. Extensión de la cobertura

- a) La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y las mismas sumas aseguradas que se hayan establecido en las pólizas de seguro a efectos de la cobertura de los riesgos ordinarios.
- b) En las pólizas de seguro de vida que de acuerdo con lo previsto en el contrato, y de conformidad con la normativa reguladora de los seguros privados, generen provisión matemática, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que la entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

Comunicación de daños al Consorcio de Compensación de Seguros

1. La solicitud de indemnización de daños cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros, se efectuará mediante comunicación al mismo por el tomador del seguro, el asegurado o el beneficiario de la póliza, o por quien actúe por cuenta y nombre de los anteriores, o por la entidad aseguradora o el mediador de seguros con cuya intervención se hubiera gestionado el seguro.
2. La comunicación de los daños y la obtención de cualquier información relativa al procedimiento y al estado de tramitación de los siniestros podrá realizarse:
 - Mediante llamada al Centro de atención telefónica del Consorcio de Compensación de Seguros (952 367 042 ó 902 222 665).
 - A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (www.conorseguros.es).
3. Valoración de los daños: La valoración de los daños que resulten indemnizables con arreglo a la legislación de seguros y al contenido de la póliza de seguro se realizará por el Consorcio de Compensación de Seguros, sin que éste quede vinculado por las valoraciones que, en su caso, hubiese realizado la entidad aseguradora que cubriese los riesgos ordinarios.
4. Abono de la indemnización: El Consorcio de Compensación de Seguros realizará el pago de la indemnización al beneficiario del seguro mediante transferencia bancaria.

Reclamaciones. Órganos ante los que formularlas.

Las discrepancias entre el tomador del seguro, asegurado y/o beneficiario de una póliza y el asegurador, sin perjuicio de poder acudir a la vía administrativa o judicial que se considere oportuna, podrán resolverse mediante la presentación de la correspondiente queja o reclamación ante el Departamento de Atención al Cliente (Plaza de las Cortes, 8, 28014 Madrid, correo electrónico: servicio.reclamaciones@plusultra.es) o en su caso, ante el Defensor del Cliente y del Partícipe de Plus Ultra (C/Velazquez,80,1º D. 28001 Madrid, Tlf. 91310 40 43 / Fax 91 308 49 41, e-mail reclamaciones@da-defensor.org), en las condiciones y dentro de los plazos que constan detallados en el Reglamento de la institución aprobado por el Asegurador, que se encuentra a disposición de los tomadores, asegurados y/o beneficiarios tanto en las oficinas de la entidad aseguradora como en su página web corporativa www.plusultra.es.

En caso de ser desestimada la queja o reclamación, o haber transcurrido el plazo establecido por la normativa en vigor desde su presentación sin que haya sido resuelta, y sin perjuicio de poder iniciarla vía administrativa o judicial que considere oportunas, el reclamante podrá dirigirse al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (Paseo de la Castellana, nº 44 - 28046 Madrid; o a través de la oficina virtual: www.dgsfp.es).

Órgano de control. Jurisdicción competente

El Estado miembro competente para ejercer el control de la actividad aseguradora es España, siendo la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones la autoridad administrativa competente para ejercer el referido control.

La presente póliza de seguro queda sometida a la jurisdicción española y, dentro de ella, será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas de la misma el del domicilio del asegurado, siendo nulo cualquier pacto en contrario.

Normativa de protección de datos de carácter personal

Los datos personales que se recogen en el presente documento y los que se obtengan con posterioridad, serán incorporados en los ficheros titularidad de Plus Ultra Seguros Generales y Vida, S.A. de Seguros y Reaseguros, Sociedad Unipersonal. con domicilio social en Plaza de las Cortes, 8, 28014-Madrid, con la finalidad de garantizar el pleno desenvolvimiento del contrato de seguro y el cumplimiento de las obligaciones establecidas en la Ley de ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, así como en cualquier otra normativa que pudiera resultar de aplicación.

Le informamos que los datos personales solicitados son obligatorios para la contratación. En caso de solicitudes de seguro, la no aportación de dichos datos dará lugar a que la entidad aseguradora pueda desestimar la contratación del riesgo solicitada, por no poder tratar adecuadamente la información necesaria para su valoración y cuantificación.

Dado que se recogen datos relativos a la salud, su titular otorga su consentimiento expreso para que la entidad aseguradora proceda a su tratamiento, si bien se podrán tratar sin consentimiento del interesado los datos relacionados con su salud, en los siguientes supuestos:

- a) Para la determinación de la asistencia sanitaria que hubiera debido facilitarse al perjudicado, así como la indemnización que en su caso procediera, cuando las mismas hayan de ser satisfechas por la entidad;
- b) Para el adecuado abono a los prestadores sanitarios o el reintegro al asegurado o sus beneficiarios de los gastos de asistencia sanitaria que se hubieran llevado a cabo en el ámbito de un contrato de seguro de asistencia sanitaria.

El interesado consiente expresamente que sus datos sean comunicados entre la entidad aseguradora y servicios sanitarios (médicos, centros sanitarios, hospitales u otras instituciones de carácter análogo), cuando sea preciso para la adecuada actuación profesional relacionada con el contrato y el eficaz desempeño y cumplimiento de sus fines.

El interesado reconoce que durante el proceso de formación del contrato, le ha sido solicitado su consentimiento expreso para remitirle información, incluso por medios telemáticos, sobre los productos y servicios que entren dentro del alcance del objeto social de las entidades pertenecientes al Grupo Catalana Occidente (identificadas en la página web www.grupocatalanaoccidente.com). El interesado reconoce que dicho consentimiento informado ha sido expresamente prestado por su parte para la mencionada finalidad antes de la recogida de datos personales, así como que la utilización de sus datos para dicha finalidad podrá realizarse incluso tras la terminación de la relación contractual con la entidad aseguradora, pudiendo oponerse a dicho tratamiento en cualquier momento, así como en este preciso instante, tal y como se establece a continuación.

El interesado puede marcar esta casilla si no desea que sus datos sean utilizados para la realización de envíos publicitarios y comunicaciones comerciales.

En el caso de que, por cualquier circunstancia, la póliza no llegara a formalizarse, o en el momento en que quede rescindida, el interesado consiente expresamente que la entidad aseguradora conserve los datos de carácter personal con la finalidad de gestionar ulteriores solicitudes relativas al mismo riesgo y atender las posibles responsabilidades derivadas del tratamiento, durante los plazos establecidos en el artículo 30 del Código de Comercio o normativa que lo sustituya.

Asimismo, el interesado es informado de que sus datos personales sobre su contrato de seguro y los siniestros vinculados a éste podrán ser cedidos a las entidades pertenecientes al Grupo Catalana

CONDICIONES GENERALES

Occidente (identificadas en la página web www.grupocatalanaoccidente.com) a los efectos de cumplir con las obligaciones de supervisión previstas en la normativa aplicable, así como para la prevención y lucha del fraude en el seguro. A tal efecto, y con dichas finalidades, sus datos podrán ser incorporados a un fichero común titularidad de Grupo Catalana Occidente S.A., (NIF A-08168064).

El interesado podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, así como cualesquiera otros que pudieran derivarse de la normativa vigente en cada momento, y podrá revocar los distintos consentimientos que pueda haber prestado mediante la presente cláusula, dirigiendo una carta por correo ordinario a Plaza de las Cortes, 8, 28014-Madrid, bien remitiendo un correo electrónico a la dirección: lopd@plusultra.es.

En caso de que los datos de carácter personal se faciliten a la entidad aseguradora por persona distinta de su titular, recaerá en ésta la obligación de informar a los mismos de la existencia de un fichero de datos de carácter personal, de los derechos derivados de la normativa de protección de datos, así como de recabar el consentimiento de tales titulares para su tratamiento con las finalidades anteriormente descritas.



Divergencias entre la solicitud de seguro y la póliza. Subsanación

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el Tomador del seguro 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 póliza (Art. 8 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro)

Firma del contrato

Mediante la firma del presente documento, el tomador Nombre Apellido1 Apellido2 declara haber recibido y suscribe, tanto las condiciones generales de la póliza como las condiciones particulares (y condiciones complementarias, si las hubiere) de la misma, dando conformidad a dichas condiciones, cuyo contenido declara conocer y aceptar, **con conocimiento y especial aceptación de sus cláusulas limitativas y exclusiones.**

El tomador igualmente declara haber recibido con anterioridad a la celebración del presente contrato de seguro, información referente a la legislación aplicable a esta póliza y a las diferentes instancias de reclamación utilizables en caso de litigio, así como la nota informativa exigida por el RD 1060/2015 por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, cuyo contenido se corresponde con lo recogido en el presente contrato de seguro.

En Madrid, a 13 de Diciembre del 2017

Por la entidad

El tomador

David Capdevila Ponce
Consejero delegado

Nombre Apellido1 Apellido2



www.plusultra.es

Atención al cliente

902 15 10 15

91 783 83 83

TEST



VidaPlus Renovable

Contrato formalizado entre la compañía
Plus Ultra Seguros y **Nombre Apellido1 Apellido2**

COPIA A DEVOLVER FIRMADA

FIRME LAS CONDICIONES DE LA
PÓLIZA EN LA ÚLTIMA PÁGINA
DE ESTE DOCUMENTO

Seguro de Vida VidaPlus Renovable

Contrato formalizado entre la compañía
Plus Ultra Seguros y **Nombre Apellido1 Apellido2**

Índice

Condiciones particulares.....	1
Condiciones generales.....	7

Datos compañía

Plus Ultra Seguros Generales y Vida, S.A. de Seguros y Reaseguros, Sociedad
Unipersonal N.I.F. A-30014831 Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Hoja M
97987

Sociedad dependiente del Grupo Catalana Occidente



Condiciones particulares

Seguro de Vida VidaPlus Renovable

Entidad aseguradora

Plus Ultra Seguros Generales y Vida, S.A. de Seguros y Reaseguros, Sociedad Unipersonal.
Domicilio social en España
Plaza de las Cortes, 8
28014 Madrid

Tomador del seguro

Nombre Apellido1 Apellido2
C/ Callejo
28053 Madrid
Madrid
NIF.: 22222221-N

Producción directa

MRUUMEME SUMURUS
PL. NU CES MURPUS, 8, 2º, PLANTA
28014 Madrid

Asegurado

Nombre Apellido1 Apellido2
NIF: 22222221-N
Fecha de nacimiento: 15.05.1975
Profesión / Trabajo: Oficinista

Fecha de efecto y condiciones de pago

El seguro toma efecto a las 12 horas del día 13.12.2017
Se establece por una duración de un año prorrogable
La forma de pago será anual cada 13 de diciembre.
La duración de pago de primas es de 27 años.

Desglose del primer recibo de prima

Número de recibo:	7.078.474-A
Periodo de:	13.12.2017 a 12.12.2018
Prima neta:	1.167,50 €
Consortio act. liquidadora:	1,26 €
Consortio riesgos extraord.:	3,00 €
Impuesto sobre primas de seguro (IPS):	14,94 €
Prima total:	1.186,70 €

Garantías contratadas

Capitales y primas en euros.

	CAPITAL ASEGURADO (EUROS)	CAPITAL TOTAL A PERCIBIR POR GARANTÍA (EUROS)	DURACIÓN	PRIMA NETA ANUAL (EUROS)
Capital por Fallecimiento	150.000,00	150.000,00	27 años	334,50
Capital por Fallecimiento por Accidente	150.000,00	300.000,00	24 años	97,50
Capital por Fallecimiento por Accidente de Circulación	150.000,00	450.000,00	24 años	52,50
Prestaciones por Invalidez Absoluta	150.000,00	150.000,00	24 años	141,00
Prest.por Invalidez Absoluta por Accidente	150.000,00	300.000,00	24 años	60,00
Prest.por Invalidez Absoluta por Accidente Circulación	150.000,00	450.000,00	24 años	30,00
Enfermedades Graves	112.500,00	112.500,00	24 años	450,00
Segunda Opinión Médica			24 años	
Rehabilitación Cardíaca			24 años	
Orientación Médica Telefónica			27 años	
Consulta Jurídica Telefónica			27 años	2,00
Testamento on line y borrado digital			27 años	
			Total:	1.167,50

Acreditada la ocurrencia de alguna de las circunstancias cubiertas por esta póliza y siempre que suceda dentro del periodo de vigencia de la misma, el asegurador se obliga a pagar al beneficiario de la póliza el "capital total a percibir" establecido en estas condiciones particulares para aquella garantía que, ajustándose a los hechos objeto de indemnización, reconozca mayor cuantía a percibir. Todo ello de conformidad con lo dispuesto en estas condiciones particulares y en las condiciones generales de cada una de las garantías complementarias de la póliza.

Los capitales totales a percibir por garantía recogidos en estas condiciones particulares nunca serán acumulables entre sí.

Tarifa de primas

La tarifa de primas neta anual por cada 1.000 euros de capital asegurado que se aplicará en cada anualidad de seguro, según la edad alcanzada por el asegurado será la siguiente:

EDAD ASEGURADO	FALLECIMIENTO	INVALIDEZ	ENFERMEDADES GRAVES
43	2,227	0,936	4,000
44	2,472	1,040	4,524
45	2,733	1,155	5,091
46	3,018	1,283	5,738
47	3,340	1,425	6,418
48	3,691	1,583	7,205
49	4,087	1,759	8,051
50	4,524	1,954	8,974
51	5,007	2,170	9,969
52	5,505	2,411	11,011
53	6,011	2,680	12,088
54	6,536	2,977	13,295

CONDICIONES PARTICULARES

EDAD ASEGURADO	FALLECIMIENTO	INVALIDEZ	ENFERMEDADES GRAVES
55	7,097	3,306	14,588
56	7,692	3,674	16,004
57	8,317	4,082	17,501
58	8,931	4,535	19,136
59	9,511	5,038	21,261
60	10,065	5,598	23,739
61	12,561	7,172	26,619
62	13,215	7,973	28,607
63	13,905	8,864	29,950
64	14,671	9,541	31,413
65	15,544	10,955	33,484
66	17,177	12,179	36,316

Capital Muerte por Accidente: 0,65 por cada mil euros

Capital Muerte por Accidente Circulación: 0,35 por cada mil euros

Invalidez absoluta permanente por accidente: 0,40 por cada mil euros

Invalidez absoluta permanente por accidente de circulación: 0,20 por cada mil euros

Queda en la entidad, a disposición del tomador, la información referente a la tarifa de prima a aplicar para edades posteriores a las informadas en estas condiciones particulares.

En el supuesto de que, del resultado de la aplicación de esta tarifa se observara una desviación, por mortalidad o persistencia de las pólizas, computadas en la determinación de aquellas, el asegurador se reserva el derecho de sustituirla por otra tarifa basada en una tabla de mortalidad más ajustada a la realidad, según experiencia, emitiendo el documento de modificación correspondiente para su formalización por parte del tomador del seguro (art. 5º de la Ley del Contrato de Seguro)

Beneficiarios

El tomador del seguro, en su defecto el cónyuge, en defecto de ambos los hijos por partes iguales y en defecto de todos ellos los herederos legales

Seguro temporal renovable.

El plazo de vigencia de la póliza es de un año, y se renueva automáticamente por períodos anuales en cada aniversario de la fecha de efecto del seguro, sin previo reconocimiento médico y mediante el pago de la prima de tarifa que corresponda según edad alcanzada por el asegurado. Sin embargo, el tomador podrá oponerse a esta prórroga mediante una notificación escrita, efectuada con un plazo de, al menos, un mes de anticipación a la conclusión del periodo del seguro en curso.

Garantía de revalorización variable de los capitales asegurados.

Se acuerda expresamente que los capitales asegurados por la póliza estarán sujetos a las fluctuaciones del Índice de Precios al Consumo, todo ello de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Generales.

Así, en cada vencimiento anual del seguro, el capital asegurado se actualizará multiplicando el capital inicialmente contratado por el cociente del último Índice publicado a la fecha del vencimiento y el Índice Base que se especifica a continuación.

Revalorización automática del capital asegurado. -ÍNDICE BASE: 201,30

Declaración jurada de estado de salud del asegurado.

El Asegurado ha efectuado la siguiente declaración jurada de estado de salud:

Estatura: 1,80 m. Peso: 80 kg. Tensión arterial: Máxima 14 Mínima 7

- 1 ¿Tiene alguna discapacidad física o psíquica? NO
- 2 ¿Se encuentra actualmente en buen estado de salud? SI
- 3 ¿Padece o ha padecido alguna anomalía cardiovascular? NO
- 4 ¿Padece o ha padecido alguna anomalía en el aparato respiratorio? NO
- 5 ¿Padece o ha padecido alguna anomalía en el aparato digestivo o abdomen? NO
6. ¿Padece o ha padecido alguna anomalía en el aparato genitourinario? NO
- 7 ¿Le han hecho algún test del SIDA? NO
- 8 ¿Consume o ha consumido drogas? NO
- 9 ¿Ha sufrido algún accidente? NO
- 10 ¿Ha sido operado alguna vez? NO

Se han incluido los siguientes comentarios:

Sin especificar.

Otras enfermedades declaradas:

Sin especificar.

Especialistas consultados en los últimos cinco años:

Detalle de medicamentos o drogas que consume:

Cláusulas limitativas

El tomador del seguro declara que conoce y acepta todas las Condiciones Generales, Especiales, Particulares y Anexos a esta póliza y en particular las siguientes cláusulas limitativas:

Condiciones Generales del Seguro Principal:

- artículo 3. "Delimitación de garantías"

Condiciones Generales del seguro complementario de Capital en caso de Muerte por Accidente:

- artículo 5. "Delimitación de garantías"

Condiciones Generales del Seguro Complementario de Capital en caso de Muerte por Accidente de Circulación:

- artículo 5. "Delimitación de garantías"

Condiciones Generales del seguro complementario de Prestaciones por Invalidez:

- artículo 5. "Delimitación del riesgo asegurado"

Condiciones Generales del seguro complementario de Invalidez Absoluta y Permanente por Accidente:

- artículo 5. "Delimitación de garantías"

Condiciones Generales del seguro complementario de Invalidez Absoluta y Permanente por Accidente de Circulación:

- artículo 5. "Delimitación de garantías"

Condiciones Generales del seguro complementario de Enfermedades Graves:

- artículo 4. "Delimitación y selección de los riesgos cubiertos"

- artículo 5. "Definición de las Enfermedades Graves"

Verificación de datos

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el tomador del seguro podrá reclamar a la entidad aseguradora 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 póliza.

El tomador del seguro declara que conoce y acepta todas las condiciones generales, especiales, particulares y anexos a esta póliza.



Condiciones generales

Seguro de vida. Garantía de fallecimiento

1 Bases contractuales

1.0 Preliminar

El presente contrato de seguro se regirá por lo dispuesto en:

- La Ley 50/1980, de 8 de octubre de Contrato de Seguro.
- La Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.
- El Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.
- El Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.
- El Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.
- La Ley 26/2006, de 17 de julio, de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados.
- Las condiciones particulares, especiales y generales de la póliza y los suplementos que se emitan a la misma para complementarla o modificarla.

Y cuantas disposiciones actualicen, complementen o modifiquen a las citadas normas.

No tendrán validez las cláusulas limitativas de los derechos del asegurado que no sean específicamente aceptadas en las condiciones particulares de esta póliza.

El estado miembro de la Unión Europea y la autoridad a quien corresponde el control de la actividad de la entidad aseguradora son, respectivamente, España y el Ministerio de Economía y Competitividad y, en éste y en lo procedente, la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

1.1 Definiciones

1.1.1 Entidad aseguradora: Es la que figura en las condiciones particulares y asume los riesgos derivados de esta póliza, a cambio de la prima. Se denominará en lo sucesivo el asegurador.

1.1.2 Tomador del seguro: Es la persona física o jurídica que suscribe la póliza con el asegurador, y se obliga al pago de las primas de la misma.

1.1.3 Asegurado: Es la persona física sobre cuya vida se contrata el seguro.

1.1.4 Beneficiario: Es la persona física o jurídica a quien se le confiere el derecho de percibir la prestación de la póliza y es designada por el tomador del seguro de acuerdo con lo dispuesto en el art.84 y siguientes de la Ley de Contrato de Seguro.

1.1.5 Póliza: Es el documento que materializa el contrato de seguro y contiene las condiciones que regulan el seguro.

Forman parte integrante de la póliza las condiciones generales y las particulares que individualizan los riesgos, y las cláusulas o suplementos, que se emitan a la misma para completarla o modificarla.

1.1.6 Prima: Es el precio del seguro; en él intervienen las condiciones de edad, estado de salud, profesión habitual y práctica de deportes que puedan influir en la valoración del riesgo.

1.1.7 Edad: Es la del cumpleaños más cercano, por exceso o por defecto, a la fecha de efecto de la póliza.

1.1.8 **Prestación asegurada:** Se denomina así el valor del capital o renta que el asegurador debe satisfacer al beneficiario en la fecha de ocurrencia de los eventos cubiertos por la póliza, con arreglo a las condiciones previstas en la misma.

1.2 Declaración jurada de salud

Las declaraciones del tomador del seguro y del asegurado deben ser efectuadas al asegurador, de acuerdo con los arts. 10 al 13 de la Ley de Contrato de Seguro, a través de la solicitud de seguro, y cuestionarios anexos. En la solicitud de seguro deben ser declaradas todas las circunstancias del riesgo conocidas por el asegurado, especialmente las relativas a: estado de salud (enfermedades pasadas y/o actuales), hábitos de consumo de tabaco y/o alcohol, profesión habitual y práctica de deportes que pueden influir en la valoración del riesgo.

El tomador del seguro quedará exonerado de tal deber si el asegurador no le somete cuestionario o cuando, aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.

Agravación del riesgo: El tomador del seguro o el asegurado deberán durante la vigencia del contrato comunicar al asegurador, tan pronto como le sea posible, la alteración de los factores y las circunstancias declaradas en el cuestionario previsto en el artículo anterior que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

El tomador del seguro o el asegurado no tienen obligación de comunicar la variación de las circunstancias relativas al estado de salud del asegurado, que en ningún caso se considerarán agravación del riesgo.

1.3 Facultad del tomador del seguro en el período inicial de la póliza

Sin perjuicio de lo establecido en el punto anterior y de acuerdo con lo establecido en el art. 83 a de la Ley de Contrato de Seguro, el tomador del seguro tendrá la facultad de resolver el contrato dentro del plazo de los treinta días siguientes a la fecha en la que el asegurador le entregue la póliza o un documento de cobertura provisional, en cuyo caso el asegurador le devolverá el importe de la prima pagada, salvo la parte correspondiente al tiempo en que el contrato hubiera tenido vigencia.

1.4 Toma de efecto del seguro

Las obligaciones del asegurador, previo perfeccionamiento de la póliza, (firmada y pagada la primera prima), comenzarán a partir del día y hora fijado en las condiciones particulares.

Si el tomador del seguro no ha pagado la primera prima, el asegurador tiene derecho a resolver el contrato.

Si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro el asegurador quedará liberado de la obligación del pago de la prestación asegurada.

1.5 Error en la edad del asegurado

En el supuesto de indicación inexacta de la edad del asegurado, el asegurador podrá impugnar el contrato si la verdadera edad del asegurado en el momento de la entrada en vigor del contrato excede de los límites de admisión establecidos por aquél.

En otro caso, si como consecuencia de una declaración inexacta de la edad, la prima pagada es inferior a la que correspondería pagar, la prestación del asegurador se reducirá en proporción a la

prima percibida. Si, por el contrario, la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, el asegurador está obligado a restituir el exceso de las primas percibidas sin intereses.

1.6 Cambio de beneficiario

Durante la vigencia de la póliza, el tomador del seguro puede designar beneficiario o modificar la designación anteriormente señalada sin necesidad del consentimiento del asegurado, salvo que el tomador del seguro haya renunciado expresamente y por escrito a tal facultad. La designación de beneficiario o la revocación de éste se podrán hacer constar en las condiciones particulares o bien en testamento. Si se hace en testamento, el tomador del seguro deberá comunicarlo expresamente al asegurador; de no hacerlo así, se estará a lo establecido en la póliza.

1.7 Plazo de comunicación del siniestro

El tomador del seguro o el asegurado o el beneficiario deberán comunicar al asegurador el acaecimiento del siniestro dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido, salvo que se haya fijado en la póliza un plazo más amplio. En caso de incumplimiento, el asegurador podrá reclamar los daños y perjuicios causados por la falta de declaración.

Este efecto no se producirá si se prueba que el asegurador ha tenido conocimiento del siniestro por otro medio.

El tomador del seguro o el asegurado deberá, además, dar al asegurador toda clase de informaciones sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro. En caso de violación de este deber, la pérdida del derecho a la indemnización sólo se producirá en el supuesto de que hubiese concurrido dolo o culpa grave.

2 Objeto del seguro

En caso de producirse el fallecimiento del asegurado antes de la fecha prevista de vencimiento del contrato, el asegurador pagará al beneficiario el capital establecido en las condiciones particulares, todo ello con arreglo a las condiciones de esta póliza.

3 Delimitación de garantías

No estarán cubiertos los riesgos que no figuren expresamente garantizados en las condiciones particulares de esta póliza.

Están excluidas de las garantías de la póliza la cobertura de los siguientes supuestos:

- a) Suicidio. Durante el primer año de vigencia de la póliza el asegurador no cubre el riesgo de muerte por esta causa (art. 93 de la Ley de Contrato de Seguro).**
- b) Muerte del asegurado causada dolosamente por único beneficiario. En este caso la prestación establecida en la póliza quedará integrada en el Patrimonio del tomador del seguro (art. 92 de la Ley de Contrato de Seguro).**
- c) Siniestros acaecidos como consecuencia de conflictos armados, haya precedido, o no, declaración oficial de guerra.**
- d) Siniestros calificados por el Gobierno de la Nación como "catástrofe o calamidad nacional".**
- e) Siniestros de carácter catastrófico acaecidos como consecuencia directa o indirecta de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.**
- f) Siniestros acaecidos como consecuencia de Riesgos Extraordinarios que estén amparados por el Consorcio de Compensación de Seguros.**

4 Primas

4.1 Importe y frecuencia

Las primas de tarifa se han establecido sobre la base anual y son pagaderas por anticipado en la fecha de efecto y sucesivos aniversarios.

No obstante la base de pago anual, las primas podrán fraccionarse y ser satisfechas por anticipado, mediante el correspondiente recargo por fraccionamiento. Por consiguiente, en caso de siniestro, se exige al tomador del seguro el pago de las fracciones de prima que falten para completar la anualidad en curso.

4.2 Pago de primas

El primer recibo de prima deberá ser satisfecho en el momento de la firma de la póliza. Si por culpa del tomador la primera prima no hubiere sido pagada, la compañía podrá resolver el contrato, o exigir el pago de la Prima debida. Si la primera prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, la compañía queda liberada de su obligación.

A partir del segundo recibo de prima se concede un plazo de gracia de 30 días para su pago después del vencimiento de cada una de ellas.

La póliza conservará su vigor durante el plazo de gracia, salvo en el caso de que hubiere sido anulada anteriormente por cualquier causa.

4.3 Duración del pago de primas

Las primas de la presente póliza son pagaderas mientras viva el asegurado, en las fechas de vencimiento pactadas en las condiciones particulares, y como máximo hasta completar el plazo de duración convenido para el pago de las mismas.

4.4 Lugar de pago

Las primas del seguro deberán satisfacerse los días de los vencimientos fijados en la póliza, en el domicilio que se ha pactado en las condiciones particulares de la misma.

4.5 Domiciliación pago primas

Si el tomador del seguro ha convenido en las condiciones particulares de la póliza, el pago de los recibos de prima por medio de cuenta abierta en una entidad bancaria, deberá entregar al asegurador una carta dirigida a la entidad autorizando el pago, con cargo a su cuenta, de los recibos de prima de la póliza.

4.6 Cambio de domiciliación del pago de primas

Durante la vigencia de la póliza, si procede, el tomador del seguro puede cambiar libremente la cuenta bancaria en la cual desea domiciliar los recibos de prima sin más que comunicar previamente el cambio al asegurador en la forma prevista en la condición 4.5.

Hasta tanto el asegurador no tenga conocimiento del nuevo domicilio de pago, el asegurador seguirá dirigiendo los recibos de prima al último domicilio de pago al que los venía dirigiendo.

4.7 Falta de pago de las primas

En caso de falta de pago de la segunda y sucesivas primas o de cualquiera de las fracciones de prima que se hubieran pactado, de acuerdo con lo establecido en la cláusula 4.1 del presente condicionado, la cobertura queda suspendida un mes después del día del correspondiente vencimiento,

entendiéndose extinguida la póliza si no se reclama el pago dentro de los seis meses siguientes a dicho vencimiento.

Si la póliza no hubiera sido resuelta según lo dispuesto en la condición 1.3, o extinguida de acuerdo con lo dispuesto en el párrafo anterior, la cobertura vuelve a tener efecto a las 24 horas del día en que el tomador del seguro pague la prima o la fracción correspondiente.

4.8 Tarifa de primas

Esta póliza es emitida por el asegurador, aplicando la tarifa vigente en la fecha de su emisión.

En el supuesto de que, del resultado de su aplicación se observara una desviación, por mortalidad o persistencia de las pólizas, computadas en la determinación de aquélla, el asegurador se reserva el derecho de sustituirla por otra tarifa basada en una tabla de mortalidad más ajustada a la realidad, según experiencia, emitiendo el documento de modificación correspondiente para su formalización por parte del tomador del seguro (art. 5º de la Ley de Contrato de Seguro).

5 Liquidación y pago de las prestaciones aseguradas

En el momento en que se produzca el evento del cual depende el pago de las prestaciones aseguradas por la póliza, dentro de los términos previstos en las condiciones de la misma, el asegurador efectuará el pago de las mismas una vez cumplimentados los requisitos siguientes:

5.1 Caso de fallecimiento del asegurado

Si el fallecimiento del asegurado ocurre estando la póliza en vigor, el beneficiario o beneficiarios deberán presentar al asegurador los documentos justificativos necesarios para percibir la prestación asegurada. Dichos documentos son:

- a) Certificado de defunción del asegurado.
- b) D.N.I. o documentación acreditativa de la fecha de nacimiento del asegurado.
- c) Certificado del médico que haya asistido al asegurado en su última enfermedad, detallando historia clínica, origen, evolución y naturaleza de la enfermedad o accidente causa del fallecimiento, y, en su caso, testimonio de las diligencias judiciales o documentos que acrediten el fallecimiento por accidente.
- d) Si procede, copia del último testamento; caso de no haberlo, Certificado del Registro de Actas de últimas voluntades o Acta Judicial o Notarial de Declaración de herederos.
- e) Carta de pago del impuesto sobre sucesiones, o la declaración de exención.
- f) Documentación acreditativa de la personalidad y, en su caso, de la condición de beneficiarios.
- g) Modelo de solicitud de prestación de seguro de vida debidamente cumplimentado y firmado.

El asegurador podrá solicitar cuando lo estime conveniente la entrega de los justificantes documentales en original o, cuando no fuese posible, en fotocopia debidamente legalizada por notario.

5.2 Caso de prestaciones por seguros complementarios

La reclamación de prestaciones, que se devenguen por el acaecimiento de eventos, cubiertos en los términos y condiciones de los respectivos seguros Complementarios incluidos en esta póliza, estará sujeta a la presentación al asegurador de la documentación que corresponda y a la cumplimentación de los requisitos, según sea el caso, previstos en las Condiciones Generales de aquéllos.

5.3 Pago de las prestaciones aseguradas

Una vez recibidos los anteriores documentos, según sea el caso, y demostrada la identidad personal del beneficiario, el asegurador pagará o consignará al beneficiario, en el plazo máximo de cuarenta días a partir de la recepción de la declaración del siniestro, el pago del importe mínimo de lo que el asegurador pueda deber según las circunstancias por él conocidas.

Si en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro, el asegurador no hubiere satisfecho el importe de la prestación por causa no justificada o que le fuera imputable, dicha prestación se incrementará con los intereses legales que correspondan.

El pago del capital correspondiente a la garantía de fallecimiento o a cualquiera de las garantías complementarias contratadas, salvo que el condicionado de dicha garantía complementaria se exprese en otro sentido, supone la anulación y extinción del contrato a todos los efectos.

Garantía de revalorización automática

1 Revalorización automática

Los capitales asegurados por la presente póliza quedarán automáticamente sujetos, en cada vencimiento de primas, a las fluctuaciones del "índice de precios de consumo (conjunto nacional)" que publica el Instituto Nacional de Estadística (I.N.E.) u organismo que lo sustituya a nivel del Estado Español, en su boletín mensual.

2 Determinación sistemática de las revalorizaciones

Todas las prestaciones revalorizadas y garantizadas por la presente póliza (incluso seguros complementarios si los hubiere) quedarán establecidas en la cuantía que se produzca, al aplicar a las iniciales de la póliza el factor de revalorización resultante de dividir el índice de vencimiento por el índice base.

Se entiende por:

2.1 Índice base

El que se indica en las condiciones particulares de la póliza y corresponde al último valor del índice publicado antes de la fecha de emisión de esta garantía.

2.2 Índice de vencimiento

El último publicado por el I.N.E., anterior al momento en que el asegurador emite los recibos de prima correspondientes a los sucesivos vencimientos consignados en las condiciones particulares de la póliza.

3 Primas ajustadas

Las primas serán ajustadas, en cada fecha de su vencimiento, en proporción a la revalorización efectuada y teniendo en cuenta a su vez la edad del asegurado en dicha fecha.

4 Reconocimiento médico

Una vez suscrito el seguro mediante la prueba de reconocimiento médico, el asegurado queda posteriormente eximido de este requisito siempre que acepte las sucesivas revalorizaciones de las prestaciones de la póliza. En caso de que el tomador del seguro en un determinado año no aceptase la revalorización y tras un período de ausencia de revalorizaciones deseara de nuevo reanudar la secuencia de las mismas, el asegurado deberá someterse previamente a las pruebas médicas que determine la aseguradora.

5 Vigencia de la garantía

El tomador del seguro podrá renunciar a los beneficios de esta cláusula en cada vencimiento de prima comunicándolo previamente al asegurador, por lo menos un mes antes de dicha fecha. El asegurador, en tal caso, emitirá un suplemento por el nuevo capital revalorizado, en el que no figurará la garantía de índice variable a que se refiere esta cláusula.

Subsisten íntegras y sin variación las condiciones generales y particulares de la póliza que no queden expresamente modificadas por cuanto antecede.

Seguro complementario de capital en caso de muerte por accidente

1 Objeto del seguro

Por el presente seguro complementario, el asegurador se obliga a pagar un capital adicional al que corresponda por la garantía principal de fallecimiento, en el supuesto de que el asegurado fallezca a causa de un accidente cubierto por la póliza.

El pago de dicho capital se efectuará al beneficiario designado por el tomador del seguro.

2 Cuantía del capital asegurado

A los efectos del presente seguro complementario se entenderá por capital adicional asegurado, el que se haya estipulado en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía complementaria, teniendo en cuenta a su vez la modalidad de póliza contratada de acuerdo con lo que a continuación se indica:

2.1 Si la póliza de Seguro contratada, es con revalorización automática de prestaciones, la cuantía del capital adicional es igual al valor nominal que alcance el importe que figura en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía complementaria en el momento del fallecimiento.

2.2 Si la póliza de Seguro contratada, es sin revalorización automática de prestaciones, la cuantía del capital adicional es igual a la suma asegurada que figura en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía complementaria.

3 Primas

Este seguro se conviene mediante las primas correspondientes al riesgo objeto del seguro y se sumarán a las del seguro principal incrementadas con los impuestos legalmente repercutibles, siendo pagaderas, por tanto, conjuntamente con las del seguro principal.

4 Duración de las garantías

Las garantías de este seguro complementario estarán en vigor mientras se paguen las primas correspondientes, terminándose al mismo tiempo que el seguro principal y como máximo hasta completar el plazo de duración convenido en las condiciones particulares de la póliza.

5 Delimitación de garantías

5.1 Definición de accidente

A los efectos de este seguro complementario se entiende por accidente la lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado y que produzca la muerte del mismo **dentro de un año a partir de la fecha en que sufrió tal lesión.**

5.2 Riesgos excluidos

Quedan excluidos de las garantías del presente seguro complementario los siguientes riesgos:

5.2.1 Hechos de guerra, sea o no combatiente el asegurado, aun en el caso de que el asegurador hubiese asumido este riesgo para el seguro principal.

5.2.2 Participación en motines, tumultos, piquetes, alborotos populares, insurrecciones, desórdenes públicos, actos de violencia y terrorismo, así como las riñas, salvo en este último caso por legítima defensa.

5.2.3 Mutilaciones voluntarias, suicidio, tentativa de suicidio, duelo u otro cualquier acto delictivo que constituya imprudencia temeraria o negligencia grave del asegurado.

5.2.4 Accidentes sufridos en estado de perturbación mental, a consecuencia del uso de estupefacientes, o en estado de embriaguez, así como enfermedades contraídas a consecuencia de alcoholismo.

5.2.5 Los accidentes causados por temblor de tierra, erupción volcánica, inundación y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario.

5.2.6 Las consecuencias de accidentes originados con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro.

5.2.7 Los viajes de exploración, las inmersiones submarinas a profundidades superiores de 25 metros y los viajes aéreos, utilizando la aviación privada, salvo que queden expresamente cubiertos estos riesgos en las Condiciones Particulares de la póliza mediante sobreprima especial.

5.2.8 Las consecuencias directas o indirectas de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.

5.2.9 Siniestros acaecidos como consecuencia de Riesgos Extraordinarios que estén amparados por el Consorcio de Compensación de Seguros.

5.2.10 Todos los riesgos, cualquiera que sea su causa, naturaleza u origen que no estén relacionados con los que de una manera expresa quedan cubiertos en la condición 5.1. de las presentes condiciones.

6 Declaraciones

Las garantías de este seguro complementario están basadas en las declaraciones realizadas por el tomador del seguro conforme se establece en la condición 1.2 de las generales de la póliza.

El tomador del seguro tiene el deber de comunicar al asegurador la modificación de las circunstancias de riesgo que pueden influir en la apreciación del riesgo, especialmente profesión habitual y práctica de deportes.

7 Formalidades a realizar en caso de accidente mortal

Si por causa del accidente sobreviniera la muerte del asegurado, sea inmediatamente o sea dentro de 12 meses después de la fecha de ocurrencia del accidente, deberá darse cuenta de la misma por escrito al asegurador enviando a éste las pruebas justificativas, a fin de que pueda reconocer y apreciar la causa determinante de la muerte. A los efectos de la comprobación de la muerte ocasionada por accidente se deberá proceder como se indica a continuación:

7.1 El asegurado o sus beneficiarios deberán dar aviso por escrito al asegurador del fallecimiento por accidente sufrido por aquél, dentro del plazo de treinta días de haber ocurrido, salvo caso de fuerza mayor, detallando el lugar y la hora en se haya producido, así como las causas y demás circunstancias relativas al mismo.

CONDICIONES GENERALES

7.2 Con este aviso, deberá acompañarse cuanta documentación y/o pruebas se estimen necesarias por el asegurador para la correcta valoración del siniestro y en especial:

- a) Certificado de defunción del asegurado.
- b) Certificado del médico que haya asistido al asegurado en su última enfermedad, detallando historia clínica y la causa de la muerte.
- c) Atestado o informe emitido por autoridad que describa la ocurrencia del accidente.
- d) Si procede, copia del último testamento; caso de no haberlo, Certificado del Registro de Actas de últimas voluntades o Acta Judicial o Notarial de Declaración de herederos.

8 Pago del capital asegurado

Una vez comprobado por el asegurador que la muerte del asegurado es por causa de un accidente indemnizable en los términos y condiciones de este seguro complementario, el asegurador procederá a pagar al beneficiario de la póliza, el capital de este seguro complementario, dentro de los plazos previstos por la Ley y que figuran en la condición general de la póliza que se refiere al pago de las prestaciones aseguradas, una vez presentada la Carta de pago del impuesto sobre sucesiones correspondiente, o la declaración de exención, **quedando sin efecto las restantes garantías y por tanto anulándose la póliza.**

9 Arbitraje

En el supuesto de falta de acuerdo sobre la calificación de los riesgos del accidente que hubiere afectado al asegurado y en consideración a si son o no indemnizables en los términos previstos en este seguro, el tomador del seguro o los beneficiarios y el asegurador se obligan a solventar sus diferencias por medio de dos peritos elegidos uno por cada parte, de acuerdo con lo establecido en los arts. 38 y 39 de la Ley del Contrato de Seguro.

Seguro complementario de capital en caso de muerte por accidente de circulación

1 Objeto del seguro

Por el presente seguro complementario, el asegurador se obliga a pagar un capital adicional al que corresponda por la garantía complementaria de capital en caso de muerte por accidente, en el supuesto de que el asegurado fallezca a causa de un accidente de circulación cubierto por la póliza.

Para contratar el presente seguro complementario es indispensable que se haya contratado previamente o conjuntamente el seguro complementario de capital en caso de muerte por accidente.

El pago de dicho capital se efectuará al beneficiario designado por el tomador del seguro.

2 Cuantía del capital asegurado

A los efectos del presente seguro complementario se entenderá por capital adicional asegurado, el que se haya estipulado en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía complementaria, teniendo en cuenta a su vez la modalidad de póliza contratada de acuerdo con lo que a continuación se indica:

a) Si la póliza de seguro contratada, es con revalorización automática de prestaciones, la cuantía del capital adicional es igual al valor nominal que alcance el importe que figura en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía complementaria en el momento del fallecimiento.

b) Si la póliza de seguro contratada, es sin revalorización automática de prestaciones, la cuantía del capital adicional es igual a la suma asegurada que figura en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía complementaria.

Capital adicional por orfandad total.- En caso de fallecimiento simultáneo en un mismo accidente de circulación del asegurado y su cónyuge, el asegurador se obliga a pagar otra cuantía adicional e igual a la descrita en este apartado a favor de sus hijos comunes menores de edad o incapacitados.

Se entenderá por fallecimiento simultáneo aquél por el que a causa de un mismo accidente de circulación se presentara el fallecimiento del asegurado y del cónyuge, y ambos fallecimientos tuvieran lugar en el mismo momento del accidente que le dio origen o **dentro de un año a partir de la fecha del accidente.**

A los efectos de esta garantía se considera cónyuge tanto a quien así conste conforme a derecho como a la pareja de hecho que conste inscrita en alguno de los registros oficiales creados a tal efecto por la correspondiente comunidad autónoma o ayuntamiento.

3 Primas

Este seguro se conviene mediante las primas correspondientes al riesgo objeto de seguro y se sumarán a las del seguro principal incrementadas con los impuestos legalmente repercutibles, siendo pagaderas por tanto conjuntamente con las del seguro principal.

4 Duración de las garantías

Las garantías de este seguro complementario estarán en vigor mientras se paguen las primas correspondientes, terminándose al mismo tiempo que el seguro principal o el seguro

complementario de capital en caso de muerte por accidente y como máximo hasta completar el plazo de duración convenido en las condiciones particulares de la póliza.

5 Delimitación de garantías

5.1 Definición de accidente de circulación

A los efectos de este seguro complementario, quedan cubiertos los riesgos derivados de la circulación, entendiéndose como accidente de circulación los que se produzcan en los supuestos siguientes:

5.1.1 Fallecimiento a consecuencia de accidente causado por uno o más vehículos, mientras el asegurado circula a pie, o montado en bicicleta o en caballería, por cualquier clase de vía pública o camino particular abierto al público.

5.1.2 Fallecimiento del asegurado bien sea conduciendo un vehículo terrestre o una embarcación de recreo, bien sea como pasajero de cualquier vehículo terrestre o embarcación de recreo.

5.1.3 Fallecimiento del asegurado como pasajero de medios de transportes públicos, terrestres, marítimos, o aéreos.

Se entenderá por fallecimiento del asegurado a consecuencia de accidente de circulación el que comporte la muerte del asegurado **dentro de un año a partir de la fecha del accidente**.

5.2 Riesgos excluidos

Quedan excluidos de las garantías del presente seguro complementario los siguientes riesgos:

5.2.1 Hechos de guerra, sea o no combatiente el asegurado, aun en el caso de que el asegurador hubiese asumido este riesgo para el seguro principal.

5.2.2 Participación en motines, tumultos, piquetes, alborotos populares, insurrecciones, desórdenes públicos, actos de violencia y terrorismo, así como las riñas, salvo en este último caso por legítima defensa.

5.2.3 Mutilaciones voluntarias, suicidio, tentativa de suicidio, duelo u otro cualquier acto que constituya imprudencia temeraria o negligencia grave del asegurado.

5.2.4 Accidentes sufridos en estado de perturbación mental, a consecuencia del uso de estupefacientes, o en estado de embriaguez, así como enfermedades contraídas a consecuencia de alcoholismo.

5.2.5 Los accidentes causados por temblor de tierra, erupción volcánica, inundación y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario.

5.2.6 Las consecuencias de accidentes originados con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro.

5.2.7 Los viajes de exploración, las inmersiones submarinas a profundidades superiores a 25 metros y los viajes aéreos, utilizando la aviación privada, salvo que queden expresamente cubiertos estos riesgos en las condiciones particulares de la póliza mediante sobreprima especial.

5.2.8 Las consecuencias directas o indirectas de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.

5.2.9 Participación del asegurado en pruebas deportivas de cualquier clase, ocupando el vehículo como piloto, copiloto o simple pasajero.

5.2.10 Sinistros acaecidos como consecuencia de Riesgos Extraordinarios que estén amparados por el Consorcio de Compensación de Seguros.

5.2.11 Todos los riesgos, cualquiera que sea su causa, naturaleza u origen que no estén relacionados con los que de una manera expresa quedan cubiertos en la condición 5.1. de las presentes condiciones.

6 Declaraciones

Las garantías de este seguro complementario están basadas en las declaraciones realizadas por el tomador del seguro conforme se establece en la condición 1.2 de las generales de la póliza.

El tomador del seguro tiene el deber de comunicar al asegurador la modificación de las circunstancias de riesgo que pueden influir en la apreciación del riesgo, especialmente profesión habitual y práctica de deportes.

7 Formalidades a realizar en caso de accidente de circulación

Si por causa del accidente de circulación sobreviniera la muerte del asegurado deberá darse cuenta de la misma por escrito al asegurador enviando a éste las pruebas justificativas, a fin de que pueda reconocer y apreciar la causa determinante de la muerte. A los efectos de la comprobación de la muerte ocasionada por accidente de circulación se deberá proceder como se indica a continuación:

7.1 El asegurado o sus beneficiarios deberán dar aviso por escrito al asegurador del fallecimiento por accidente sufrido por aquél, dentro del plazo de treinta días de haber ocurrido, salvo caso de fuerza mayor, detallando el lugar y la hora en se haya producido, así como las causas y demás circunstancias relativas al mismo.

7.2 Con este aviso, deberá acompañarse cuanta documentación y/o pruebas se estimen necesarias por el asegurador para la correcta valoración del siniestro y en especial:

- a) Certificado de defunción del asegurado.
- b) Certificado del médico que haya asistido al asegurado en su última enfermedad detallando historia clínica y la causa de la muerte.
- c) Atestado o informe emitido por autoridad que describa la ocurrencia del accidente.
- d) Si procede, copia del último testamento; caso de no haberlo, Certificado del Registro de Actas de últimas voluntades o Acta Judicial o Notarial de Declaración de herederos.

8 Pago del capital asegurado

Una vez comprobada por el asegurador que la muerte del asegurado es por causa de un accidente indemnizable en los términos y condiciones de este seguro complementario, el asegurador procederá a pagar al Beneficiario de la póliza, el capital de este seguro complementario, dentro de los plazos previstos por la ley y que figuran en la condición general de la póliza que se refiere a pago de las prestaciones aseguradas, una vez presentada la carta de pago del impuesto sobre sucesiones correspondiente, o la declaración de exención, **quedando sin efecto las restantes garantías y por tanto anulándose la póliza.**

9 Arbitraje

En el supuesto de falta de acuerdo sobre la calificación de los riesgos del accidente que hubiere afectado al asegurado y en consideración a si son o no indemnizables en los términos previstos en este seguro, el tomador del seguro o los beneficiarios y el asegurador se obligan a solventar sus diferencias por medio de dos peritos elegidos uno por cada parte, de acuerdo con lo establecido en los arts. 38 y 39 de la Ley del Contrato de Seguro.

TEST

Seguro complementario de invalidez absoluta permanente

1 Objeto del seguro

Por el presente seguro complementario, el asegurador de acuerdo con las condiciones generales que figuran a continuación y en cuanto no las modifiquen las del seguro principal, se obliga a efectuar el pago de las prestaciones previstas en caso de invalidez absoluta permanente del asegurado, en los términos previstos en las presentes condiciones generales.

El pago del presente seguro complementario se efectuará al asegurado a partir del momento en el que el asegurador haya reconocido el estado de invalidez absoluta permanente del mismo.

2 Cuantía de la prestación

La cuantía de la prestación del presente seguro complementario será la que se haya estipulado en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía complementaria, teniendo en cuenta a su vez la modalidad de póliza contratada de acuerdo con lo que a continuación se indica.

2.1 Si la póliza de seguro contratada, es con revalorización automática de prestaciones, la cuantía de la prestación será igual al valor nominal que alcance, en el momento en que se cause la invalidez, el importe que figura en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía complementaria.

2.2 Si la póliza de seguro contratada, es sin revalorización automática de prestaciones, la cuantía del capital adicional es la suma asegurada que figura en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía complementaria.

3 Primas

Este seguro se conviene mediante las primas correspondientes al riesgo objeto de seguro y se sumarán a las del seguro principal, incrementadas con los impuestos legalmente repercutibles, y son pagaderas conjuntamente con las del seguro principal.

4 Duración de las garantías

Las garantías de este seguro complementario estarán en vigor mientras se paguen las primas correspondientes, terminándose al mismo tiempo que el seguro principal y como máximo hasta completar el plazo de duración convenido en las condiciones particulares de la póliza.

La póliza rescindida por falta de pago de la prima, implicará automáticamente la anulación del presente seguro complementario y en consecuencia el asegurado perderá todo derecho a cualquier reclamo por invalidez absoluta permanente, después de transcurrido el plazo de 30 días siguientes a la fecha en que quedó la póliza en tal situación.

5 Delimitación del riesgo asegurado

5.1 Definición del estado de la invalidez absoluta

A los efectos del presente seguro complementario, se entiende por invalidez absoluta permanente la situación física irreversible provocada por enfermedad o accidente, totalmente independientes de la voluntad del asegurado, y sobrevenida después de un año de contratado este seguro, salvo si fuere

por causa de accidente, determinante de la total ineptitud de éste para el mantenimiento de cualquier relación laboral, actividad profesional, trabajo u ocupación con o sin retribución.

5.2 Riesgos excluidos

Quedan excluidos de la garantía de este seguro:

5.2.1 Los siniestros causados voluntariamente por el asegurado.

5.2.2 Los accidentes o enfermedades que sobrevengan al asegurado, a consecuencia del uso de estupefacientes no prescritos médicamente, o en estado de embriaguez, así como enfermedades contraídas a consecuencia del alcoholismo.

5.2.3 Las consecuencias de un acto de imprudencia temeraria o negligencia grave del asegurado declarado así judicialmente, así como los derivados de la participación de éste en actos delictivos, duelos o riñas, siempre que en este último caso no hubiere actuado en legítima defensa, o en tentativa de salvamento de personas o bienes.

5.2.4 Las consecuencias de guerras u operaciones de carácter similar o derivadas de hechos de carácter político o social.

5.2.5 Las consecuencias causadas por temblor de tierra, erupción volcánica, inundación, y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario.

5.2.6 Los accidentes causados por la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.

5.2.7 Las consecuencias de enfermedad, terapia o tratamiento médico, intervención quirúrgica o accidente originados con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro y no declarados expresamente en la solicitud del seguro.

5.2.8 Siniestros acaecidos como consecuencia de Riesgos Extraordinarios que estén amparados por el Consorcio de Compensación de Seguros.

5.2.9 Todos los riesgos, cualquiera que sea su causa, naturaleza u origen que no estén relacionados con los que de una manera expresa quedan cubiertos en la condición 5.1 de las presentes condiciones.

6 Declaraciones

Las garantías de este seguro complementario están basadas en las declaraciones realizadas por el tomador del seguro conforme se establezca en la condición 1.2 de las generales de la póliza.

El tomador del seguro tiene el deber de comunicar al asegurador la modificación de las circunstancias de riesgo que pueden influir en la apreciación del riesgo, especialmente profesión habitual y práctica de deportes.

7 Comprobación del estado de invalidez

A los efectos de la comprobación de la invalidez absoluta permanente, ocasionada por accidente o enfermedad, el asegurador en ningún caso tomará como prueba fehaciente y vinculante para el pago de la indemnización del presente seguro complementario, el dictamen que para el asegurado hayan emitido los organismos de la Seguridad Social u organismo de la Comunidad Autónoma correspondiente en orden a la calificación de su estado de invalidez absoluta permanente, sino que se deberá proceder como a continuación se indica:

CONDICIONES GENERALES

7.1 El asegurado o persona que le represente deberá dar aviso al asegurador de la aparición del estado de invalidez que haya sufrido el asegurado, detallando las circunstancias y las causas que hayan motivado la aparición del estado de invalidez absoluta permanente.

Con este aviso, deberá acompañarse un informe suscrito por el médico que haya asistido al asegurado en el que explique detalladamente fechas, orígenes, causas, curso y evolución probable de la enfermedad o accidente que haya producido la invalidez absoluta permanente, y la fecha a partir de la cual se le declara como inválido en los términos y condiciones de la presente garantía.

Adicionalmente, el beneficiario o beneficiarios deberán presentar al asegurador los siguientes documentos:

- a) D.N.I. o documentación acreditativa de la fecha de nacimiento del asegurado.
- b) Documentación acreditativa de la personalidad y, en su caso, de la condición de Beneficiarios.

7.2 El asegurado, por su parte, deberá contestar con exactitud a cuantas preguntas le formule el asegurador, suministrando las pruebas que se pidan y dejarse visitar y reconocer por los médicos de aquél, no viniendo el asegurador obligado a pago alguno en tanto esta colaboración del asegurado no se produzca.

7.3 Mientras no sea reconocida la existencia de la invalidez deben seguirse pagando las primas de este seguro y de la póliza de seguro principal; de lo contrario, se aplicarán las disposiciones de las condiciones generales del seguro sobre falta de pago de primas.

Cuando el asegurador reconozca el estado de invalidez absoluta permanente del asegurado, se tomará como fecha de efecto de la misma la que declare el informe médico que se menciona en el punto 7.1, y el asegurador devolverá si las hubiere las primas pagadas a partir de aquella fecha.

7.4 El asegurador, salvo por causa justificada o que no le fuere imputable, deberá satisfacer el importe de la suma asegurada en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro.

8 Forma de pago de las prestaciones

Una vez reconocido y aceptado por el asegurador en los términos de este seguro complementario, el estado de invalidez absoluta permanente del asegurado, se procederá por parte del asegurador a realizar el pago del capital asegurado por invalidez absoluta permanente, **quedando sin efecto las restantes garantías y por tanto anulándose la póliza.**

9 Arbitraje

En el supuesto de que el asegurador haya comunicado al asegurado el rehúse del pago de las prestaciones por invalidez, por falta de acuerdo sobre la calificación de los riesgos que afectan del accidente que hubiere afectado al asegurado y en consideración a si son o no indemnizables en los términos previstos en este seguro complementario, el tomador del seguro o el asegurado por su legal representante y el asegurador se obligan a solventar sus diferencias por medio de dos peritos elegidos uno por cada parte, de acuerdo con lo establecido en los arts. 38 y 39 de la Ley del Contrato de Seguro.

Seguro complementario de invalidez absoluta permanente por accidente

1 Objeto del seguro

Por el presente seguro complementario, el asegurador de acuerdo con las condiciones generales que figuran a continuación y en cuanto no las modifiquen las del seguro principal, se obliga a efectuar el pago de las prestaciones previstas en caso de invalidez absoluta permanente del asegurado producida a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza en los términos previstos en las presentes condiciones generales.

Esta garantía solamente podrá ser contratada conjuntamente con el seguro Complementario de invalidez absoluta permanente.

El pago del presente seguro complementario se efectuará al asegurado a partir del momento en el que el asegurador haya reconocido el estado de invalidez absoluta permanente del mismo.

2 Cuantía de la prestación

A los efectos del presente seguro complementario se entenderá por capital adicional asegurado, el que se haya estipulado en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía complementaria, teniendo en cuenta a su vez la modalidad de póliza de acuerdo con lo que a continuación se indica para la póliza:

2.1 Si la póliza de seguro contratada es con revalorización automática de prestaciones, la cuantía del capital adicional es igual al valor nominal que alcance el importe que figura en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía complementaria en el momento de producirse el accidente causante del estado de invalidez absoluta permanente.

2.2 Si la póliza de seguro contratada es sin revalorización automática de prestaciones, la cuantía del capital adicional es igual a la suma asegurada que figura en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía complementaria.

3 Primas

Este seguro se conviene mediante las primas correspondientes al riesgo objeto del seguro y se sumarán a las del seguro principal incrementadas con los impuestos legalmente repercutibles, siendo pagaderas, por tanto, conjuntamente con las del seguro principal.

4 Duración de las garantías

Las garantías de este seguro complementario estarán en vigor mientras se paguen las primas correspondientes, terminándose al mismo tiempo que el seguro complementario de invalidez absoluta permanente y como máximo hasta completar el plazo de duración convenido en las condiciones particulares de la póliza.

La póliza rescindida por falta de pago de la prima, implicará automáticamente la anulación del presente seguro complementario y en consecuencia el asegurado perderá todo derecho a cualquier reclamo por invalidez absoluta permanente, después de transcurrido el plazo de 30 días siguientes a la fecha en que quedó la póliza en tal situación.

5 Delimitación de garantías

5.1 Definición de accidente

A los efectos de este seguro Complementario se entiende por accidente la lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado y que produzca el estado de invalidez absoluta permanente del mismo **dentro de un año a partir de la fecha en que sufrió tal lesión.**

5.2 Definición del estado de la invalidez absoluta

A los efectos del presente seguro Complementario se entiende por invalidez absoluta permanente la situación física irreversible provocada por accidente totalmente independiente de la voluntad del asegurado determinante de la total ineptitud de éste para el mantenimiento de cualquier relación laboral, actividad profesional, trabajo u ocupación con o sin retribución.

5.3 Riesgos excluidos

Quedan excluidos de la garantía de este seguro:

5.3.1 Los siniestros causados voluntariamente por el asegurado.

5.3.2 Los accidentes o enfermedades que sobrevengan al asegurado, a consecuencia del uso de estupefacientes no prescritos médicamente, o en estado de embriaguez, así como enfermedades contraídas a consecuencia del alcoholismo.

5.3.3 Las consecuencias de un acto de imprudencia temeraria o negligencia grave del asegurado declarado así judicialmente, así como los derivados de la participación de éste en actos delictivos, duelos o riñas, siempre que en este último caso no hubiere actuado en legítima defensa, o en tentativa de salvamento de personas o bienes.

5.3.4 Las consecuencias de guerras u operaciones de carácter similar o derivadas de hechos de carácter político o social.

5.3.5 Las consecuencias causadas por temblor de tierra, erupción volcánica, inundación, y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario.

5.3.6 Los accidentes causados por la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.

5.3.7 Las consecuencias de enfermedad, terapia o tratamiento médico, intervención quirúrgica o accidente originados con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro y no declarados expresamente en la solicitud del seguro.

5.3.8 Siniestros acaecidos como consecuencia de Riesgos Extraordinarios que estén amparados por el Consorcio de Compensación de Seguros.

5.3.9 Todos los riesgos, cualquiera que sea su causa, naturaleza u origen que no estén relacionados con los que de una manera expresa quedan cubiertos en la condición 5.1 de las presentes condiciones.

6 Declaraciones

Las garantías de este seguro complementario están basadas en las declaraciones realizadas por el tomador del seguro conforme se establece en la condición 1.2 de las Generales de la Póliza.

El tomador del seguro tiene el deber de comunicar al asegurador la modificación de las circunstancias de riesgo que pueden influir en la apreciación del riesgo, especialmente profesión habitual y práctica de deportes.

7 Comprobación del estado de invalidez

Para la solicitud y pago de la indemnización se estará a lo dispuesto en la condición 7 de las generales del seguro complementario de invalidez absoluta permanente, pero será indispensable en este caso, que en el informe médico, según está previsto en el punto 7.1 de dicha condición, se indique que la invalidez del asegurado ha sido por causa de accidente.

También deberá presentarse copia de la resolución judicial o prueba legal suficiente que establezca las circunstancias en que se produjo el accidente.

8 Forma de pago de las prestaciones

Una vez reconocido y aceptado por el asegurador el estado de invalidez absoluta permanente producido por accidente del asegurado, en los términos de este seguro complementario, se procederá por parte del asegurador a realizar el pago del capital asegurado por invalidez absoluta permanente por accidente, **quedando sin efecto las restantes garantías y por tanto anulándose la póliza.**

9 Arbitraje

En el supuesto de falta de acuerdo sobre la calificación de los riesgos del accidente que hubiere afectado al asegurado y en consideración a si son o no indemnizables en los términos previstos en este seguro, el tomador del seguro o los beneficiarios y el asegurador se obligan a solventar sus diferencias por medio de dos peritos elegidos uno por cada parte, de acuerdo con lo establecido en los arts. 38 y 39 de la Ley del Contrato de Seguro.

Seguro complementario de invalidez absoluta permanente por accidente de circulación

1 Objeto del seguro

Por el presente seguro complementario, el asegurador de acuerdo con las condiciones generales que figuran a continuación y en cuanto no las modifiquen las del seguro principal, se obliga a efectuar el pago de las prestaciones previstas en caso de invalidez absoluta permanente del asegurado producida a consecuencia de un accidente de circulación cubierto por la póliza, en los términos previstos en las presentes condiciones generales.

Esta garantía solamente podrá ser contratada conjuntamente con el seguro complementario de invalidez absoluta permanente por accidente.

El pago del presente seguro complementario se efectuará al asegurado a partir del momento en el que el asegurador haya reconocido el estado de invalidez absoluta permanente del mismo.

2 Cuantía de la prestación

A los efectos del presente seguro complementario se entenderá por capital adicional asegurado, el que se haya estipulado en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía complementaria, teniendo en cuenta a su vez la modalidad de póliza contratada de acuerdo con lo que a continuación se indica:

2.1 Si la póliza de Seguro contratada es con revalorización automática de prestaciones, la cuantía del capital adicional es igual al valor nominal que alcance el importe que figura en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía complementaria en el momento de producirse el accidente causante del estado de invalidez absoluta permanente.

2.2 Si la póliza de seguro contratada es sin revalorización automática de prestaciones, la cuantía del capital adicional es igual a la suma asegurada que figura en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía complementaria.

3 Primas

Este seguro se conviene mediante las primas correspondientes al riesgo objeto del seguro y se sumarán a las del seguro principal incrementadas con los impuestos legalmente repercutibles, siendo pagaderas, por tanto, conjuntamente con las del seguro principal.

4 Duración de las garantías

Las garantías de este seguro complementario estarán en vigor mientras se paguen las primas correspondientes, terminándose al mismo tiempo que el seguro complementario de invalidez absoluta permanente o seguro complementario de prestaciones por invalidez absoluta permanente por accidente y como máximo hasta completar el plazo de duración convenido en las condiciones particulares de la póliza.

La póliza rescindida por falta de pago de la prima, implicará automáticamente la anulación del presente seguro complementario y en consecuencia el asegurado perderá todo derecho a cualquier reclamo por invalidez absoluta permanente, después de transcurrido el plazo de 30 días siguientes a la fecha en que quedó la póliza en tal situación.

5 Delimitación de garantías

5.1 Definición de accidente de circulación

A los efectos de este seguro complementario, quedan cubiertos los riesgos derivados de la circulación, entendiéndose como accidente de circulación los que se produzcan en los supuestos siguientes:

5.1.1 Invalidez absoluta permanente a consecuencia de accidente causado por uno o más vehículos, mientras el asegurado circula a pie, o montado en bicicleta o en caballería, por cualquier clase de vía pública o camino particular abierto al público.

5.1.2 Invalidez absoluta permanente del asegurado bien sea conduciendo un vehículo terrestre o una embarcación de recreo, bien sea como pasajero de cualquier vehículo terrestre o embarcación de recreo.

5.1.3 Invalidez absoluta permanente del asegurado como pasajero de medios de transporte públicos, terrestres, marítimos, o aéreos.

Se entenderá por invalidez del asegurado a consecuencia de accidente de circulación el que comporte la invalidez absoluta del asegurado **dentro de un año a partir de la fecha del accidente**.

5.2 Definición del estado de la invalidez absoluta

A los efectos del presente seguro complementario se entiende por invalidez absoluta permanente la situación física irreversible provocada por accidente de circulación totalmente independiente de la voluntad del asegurado determinante de la total ineptitud de éste para el mantenimiento de cualquier relación laboral, actividad profesional, trabajo u ocupación con o sin retribución.

5.3 Riesgos excluidos

Quedan excluidos de la garantía de este Seguro:

5.3.1 Los siniestros causados voluntariamente por el asegurado.

5.3.2 Los accidentes o enfermedades que sobrevengan al asegurado, a consecuencia del uso de estupefacientes no prescritos médicamente, o en estado de embriaguez, así como enfermedades contraídas a consecuencia del alcoholismo.

5.3.3 Las consecuencias de un acto de imprudencia temeraria o negligencia grave del asegurado declarado así judicialmente, así como los derivados de la participación de éste en actos delictivos, duelos o riñas, siempre que en este último caso no hubiere actuado en legítima defensa, o en tentativa de salvamento de personas o bienes.

5.3.4 Las consecuencias de guerras u operaciones de carácter similar o derivadas de hechos de carácter político o social.

5.3.5 Las consecuencias causadas por temblor de tierra, erupción volcánica, inundación, y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario.

5.3.6 Los accidentes causados por la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.

5.3.7 Las consecuencias de enfermedad, terapia o tratamiento médico, intervención quirúrgica o accidente originados con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro y no declarados expresamente en la solicitud del Seguro.

5.3.8 Siniestros acaecidos como consecuencia de Riesgos Extraordinarios que estén amparados por el Consorcio de Compensación de Seguros.

5.3.9 Todos los riesgos, cualquiera que sea su causa, naturaleza u origen que no estén relacionados con los que de una manera expresa quedan cubiertos en la condición 5.1 de las presentes condiciones.

6 Declaraciones

Las garantías de este seguro complementario están basadas en las declaraciones realizadas por el tomador del seguro conforme se establece en la condición 1.2 de las generales de la póliza.

El tomador del seguro tiene el deber de comunicar al asegurador la modificación de las circunstancias de riesgo que pueden influir en la apreciación del riesgo, especialmente profesión habitual y práctica de deportes.

7 Comprobación del estado de invalidez

Para la solicitud y pago de la indemnización se estará a lo dispuesto en la condición 7 de las generales del seguro complementario de invalidez absoluta permanente, pero será indispensable en este caso, que en el informe médico, según está previsto en el punto 7.1 de dicha condición, se indique que la invalidez del asegurado ha sido por causa de accidente de circulación.

También deberá presentarse copia de la resolución judicial o prueba legal suficiente que establezca las circunstancias en que se produjo el accidente.

8 Forma de pago de las prestaciones

Una vez reconocido y aceptado por el asegurador el estado de invalidez absoluta permanente producido por accidente de circulación del asegurado, en los términos de este seguro complementario, se procederá por parte del asegurador a realizar el pago del capital asegurado por invalidez absoluta permanente por accidente de circulación, **quedando sin efecto las restantes garantías y por tanto anulándose la póliza.**

9 Arbitraje

En el supuesto de falta de acuerdo sobre la calificación de los riesgos del accidente que hubiere afectado al asegurado y en consideración a si son o no indemnizables en los términos previstos en este seguro, el tomador del seguro o los beneficiarios y el asegurador se obligan a solventar sus diferencias por medio de dos peritos elegidos uno por cada parte, de acuerdo con lo establecido en los arts. 38 y 39 de la Ley del Contrato de Seguro.

Seguro complementario de enfermedades graves

1 Objeto y alcance del seguro complementario de enfermedades graves

Este seguro complementario tiene por objeto garantizar el pago de la cuantía que se fija en las Condiciones Particulares de la póliza para la garantía de enfermedades graves, **en el supuesto de que el asegurado se vea afectado por primera vez, por alguna de las situaciones cubiertas por el presente seguro complementario en los términos y condiciones que figuran en la condición 5 de las generales de este seguro complementario** y siempre que éste se halle en vigor, en el momento de producirse el evento.

Una vez pagada la prestación de este seguro complementario, éste queda anulado y las garantías del seguro principal y restantes complementarios, si los hubiere, permanecerán en vigor por el valor resultante de deducir de aquéllas, en la anualidad que corresponda, el importe de la prestación pagada por el concepto de enfermedad grave. Las primas quedarán ajustadas consecuentemente.

2 Primas

Este seguro se conviene mediante las primas correspondientes al riesgo objeto del seguro, incrementadas con los impuestos que sean legalmente repercutibles, siendo pagaderas conjuntamente en la misma forma y periodicidad que las del seguro Principal.

El asegurador se reserva el derecho de un ajuste de adecuación de primas por este seguro, al próximo vencimiento, dando un preaviso con tres meses de antelación.

3 Toma de efecto y duración de las garantías

3.1 Las garantías de este seguro complementario tomarán efecto, una vez haya sido satisfecha la primera prima y hayan transcurrido 60 días desde la fecha de pago de la misma.

3.2 Igual regla se seguirá, si este seguro complementario se incluye mediante suplemento a la póliza en una fecha posterior a la de la emisión de la póliza.

3.3 Las garantías de este seguro complementario estarán en vigor mientras se paguen las primas correspondientes, terminándose al mismo tiempo que el seguro principal y como máximo hasta completar el plazo de duración convenido en las condiciones particulares de la póliza.

3.4 La terminación de este seguro complementario se producirá, independientemente del caso de la extinción natural prevista en el punto 3.3., también en alguna de las formas siguientes:

- Automáticamente, por ocurrencia del evento previsto como indemnizable en las condiciones de este seguro complementario, o por cancelación del seguro principal.
- A petición del tomador del seguro, en cuyo supuesto deberá solicitarlo por escrito al asegurador, en el momento que desee la supresión de las citadas garantías.

4 Delimitación y selección de los riesgos cubiertos

4.1 Quedan cubiertos todos los riesgos que causen una enfermedad grave, cubierta en los términos previstos en la condición 5 de las generales de este seguro complementario, **siempre que los mismos no sean debidos, directa o indirectamente a alguna de las siguientes causas:**

a) Adicción al alcohol o las drogas.

b) Enfermedades en conexión con infección del Sida (H.I.V.)

c) Intento de suicidio o autolesión intencionada por parte del asegurado.

d) Los accidentes causados por temblor de tierra, erupción volcánica, inundación y cualquier otro fenómeno sísmico o meteorológico de carácter extraordinario.

e) Las consecuencias de enfermedad, terapia, intervención quirúrgica, tratamiento médico o accidentes originados con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro y no declarados en la solicitud de seguro.

4.2 Este seguro complementario tiene validez en cualquier país del mundo siempre que el asegurado se desplace al país en cuestión en viajes de negocios o turismo.

5 Definiciones de las enfermedades graves

5.1 Ataque al corazón (infarto de miocardio)

Muerte de una parte del músculo cardíaco como resultado de un flujo sanguíneo insuficiente hacia el área comprometida.

El diagnóstico debe ser confirmado por especialista y evidenciado por todos los siguientes criterios:

a) Una historia de dolor torácico típico,

b) Nuevos cambios característicos de infarto en el ECG

c) Elevación de las enzimas específicas de infarto, troponinas u otros marcadores bioquímicos.

Quedan en todo caso excluidos:

a) El infarto del miocardio sin elevación del segmento ST con solamente elevación de Troponina I ó T;

b) Otros síndromes Coronarios Agudos (por ejemplo angina de pecho estable o inestable).

c) Infarto de miocardio silente.

d) Infarto de miocardio que se produce dentro de 14 días después de angioplastia coronaria.

5.2 Cirugía arterio-coronaria (bypass)

La realización de cirugía a tórax abierto para la corrección de dos o más arterias coronarias, que están estrechadas u ocluidas, por el implante de un puente arterial coronario. La necesidad de tal cirugía debe haber sido probada por angiografía coronaria y la realización de la cirugía debe ser confirmada por un especialista.

Quedan en todo caso excluidos:

a) La angioplastia coronaria o implante de stent.

b) Cualquier otro procedimiento intra-arterial.

c) Cirugía por toracotomía mínima.

5.3 Derrame o hemorragia e infarto cerebrales

Cualquier incidente cerebro-vascular que produce secuelas neurológicas permanentes y que incluye infarto de tejido cerebral, hemorragia y embolización originada en una fuente extracraneal. El diagnóstico debe ser confirmado por un especialista y evidenciado por síntomas clínicos típicos como así también hallazgos típicos en la TAC (tomografía axial computarizada) de cerebro y RNM

(Resonancia Nuclear Magnética) de cerebro. Deben documentarse pruebas de deficiencia neurológica de por lo menos tres (3) meses a contar de la fecha de diagnóstico.

Quedan en todo caso excluidos:

- a) **Ataque isquémico transitorio (TIA) y déficit neurológico isquémico reversible prolongado (PRIND).**
- b) **Lesión traumática de tejido cerebral o vasos sanguíneos.**
- c) **Déficit neurológico debido a hipoxia general, infección, enfermedad inflamatoria, migraña o intervención médica.**
- d) **Hallazgos incidentales en estudios de imagen (Scan CT o resonancia magnética), sin síntomas clínicos claramente relacionados (enfermedad cerebrovascular silenciosa).**

5.4 Cáncer

Cualquier tumor maligno diagnosticado positivamente con confirmación histológica y caracterizado por crecimiento incontrolado de células malignas e invasión de tejidos. El diagnóstico debe ser confirmado por un especialista.

A menos que no estén expresamente excluidos, están cubiertos por esta definición la leucemia, linfoma maligno y síndrome mielodisplásico.

Quedan en todo caso excluidos:

- a) **Cualquier tumor histológicamente clasificado como pre-maligno y no invasivo, tampoco los carcinomas in situ.**
- b) **Cualquier cáncer de próstata, a menos que esté clasificado histológicamente con una puntuación de Gleason superior a 6 ó que haya progresado hasta alcanzar por lo menos la clasificación TNM clínica T2NOMO.**
- c) **La leucemia linfocítica crónica a no ser que haya progresado, hasta al menos la etapa B de Binet.**
- d) **Carcinoma de células basales, carcinoma de células escamosas de la piel y melanoma maligno en estadio IA (T1aNOMO), a menos que haya evidencia de metástasis.**
- e) **Cáncer papilar de tiroides menor de 1 cm de diámetro e histológicamente descrito como T1NOMO.**
- f) **Carcinoma micro papilar de la vejiga histológicamente descrito como Ta**
- g) **Policitemia rubra vera y trombocitemia esencial.**
- h) **Gammapatía monoclonal de significado indeterminado.**
- i) **Linfoma MALT gástrico que puede ser tratado mediante la erradicación del Helicobacter Pylori.**
- j) **Tumor del estroma gastrointestinal en estadio I y II.**
- k) **Linfoma cutáneo a menos que la enfermedad requiera de tratamiento con quimioterapia o radiación.**
- l) **Carcinoma microinvasor de mama a menos que la enfermedad requiera de una mastectomía, quimioterapia o radiación.**
- m) **Carcinoma microinvasor del cuello uterino a menos que la enfermedad requiera histerectomía, quimioterapia o radiación.**

5.5 Insuficiencia renal (enfermedad renal en etapa final)

Etapa final de enfermedad renal que se manifiesta por una falla crónica e irreversible de la función de ambos riñones, como resultado de lo cual se hace necesario realizar regularmente diálisis renal (hemodiálisis o diálisis peritoneal) o requirió de un trasplante renal. El diagnóstico debe ser confirmado por especialista.

5.6 Trasplantes de órganos mayores

La realización actual de un trasplante de órganos en que el asegurado participa como receptor de alguno de los siguientes órganos: corazón, pulmón, hígado, páncreas, riñón, intestino delgado o médula ósea. La realización del trasplante debe ser confirmada por especialista.

Estará también incluido en esta garantía el trasplante parcial o total de cara, manos, brazos y piernas (trasplante de aloinjertos de tejido compuesto). El trastorno principal que motiva el trasplante debe ser considerado como imposible de tratar por cualquier otro medio, de acuerdo a confirmación médica del especialista en la materia.

5.7 Alzheimer

Diagnóstico definitivo de Alzheimer confirmado por los siguientes factores:

- Pérdida de capacidad intelectual con deterioro de la memoria y de funciones ejecutivas (secuencia, organización, abstracción y planificación) que provoque una importante reducción de las funciones mentales y sociales.
- Cambio en la personalidad
- Disminución gradual de las funciones cognitivas.
- Sin trastorno de la conciencia.
- Hallazgos típicos neuropsicológicos y de neuroimagen (p.ej. CT Scan)

La enfermedad debe requerir de una supervisión constante (24 horas al día) antes de los 67 años. El diagnóstico y la necesidad de supervisión deben ser confirmados por un neurólogo.

No están cubiertas otras formas de demencia debidas a patologías cerebrales, enfermedades sistémicas o patologías psiquiátricas.

5.8 Parkinson

Diagnóstico inequívoco de Enfermedad de Parkinson primaria o idiopática (**todas las otras formas de Parkinsonismo están excluidas**) confirmado por un especialista en neurología. La enfermedad debe provocar incapacidad permanente para realizar independientemente tres o más actividades de la vida diaria: bañarse (capacidad de tomar un baño o ducharse), vestirse y desvestirse, higiene personal (capacidad de usar el lavatorio y mantener un nivel razonable de higiene), movilidad (capacidad de desplazarse al interior de un mismo nivel o piso) continencia (control sobre los esfínteres), comer/beber (capacidad de alimentarse por sí mismo pero no de preparar la comida) o causar postración e incapacidad para levantarse sin asistencia de terceras personas.

Estas condiciones deben estar médicamente documentadas durante 3 meses al menos.

6 Pago de las prestaciones

6.1 Aviso de siniestro

Se deberá dar aviso de un siniestro, por escrito, al domicilio social del asegurador, lo antes posible, después de haber contraído o desarrollado el asegurado una enfermedad grave, de las previstas en la condición 5 de este seguro complementario, en todo caso, durante un período no superior a tres meses a contar desde la fecha del diagnóstico de la enfermedad.

6.2 Pruebas

No se indemnizará ningún importe pagadero por esta garantía complementaria sin antes haber recibido por parte del asegurado pruebas de la ocurrencia de la enfermedad grave, que incluirán el

diagnóstico confirmado por un médico colegiado y nombrado a tal efecto por el asegurador, así como información clínica, radiológica, histológica y de laboratorio aceptables.

6.3 Pago de la prestación

Cumplidos los requisitos previstos en las condiciones 6.1 y 6.2 anteriores, el asegurador procederá a efectuar el pago de la prestación por la cuantía indicada en la condición 1 de este seguro complementario.

6.4 Prestación máxima

La prestación pagadera por el presente seguro complementario no podrá ser superior al importe de 150.000 €.

7 Reducción del importe de las coberturas de la póliza

7.1 Una vez pagada la prestación por este seguro complementario, las sumas aseguradas del seguro principal y del resto de seguros complementarios, caso de tenerlos, serán reducidas en el importe pagado en concepto de «enfermedad grave».

Asimismo, la prima del próximo vencimiento se reducirá por el concepto de enfermedad grave y por la reducción que corresponda en el seguro principal y el resto de los seguros complementarios y teniendo en cuenta, si procede, las circunstancias previstas en el punto

7.2 En el supuesto de que, a consecuencia de haber contraído una «enfermedad grave», indemnizable por este seguro complementario, le quedara al asegurado, como secuela, un estado de invalidez, en el grado de absoluta y permanente, el asegurador exonerará al tomador del seguro del pago de sucesivas primas correspondientes a la prestación del seguro principal y al resto de seguros complementarios, si los hubiere, hasta el límite de la prestación máxima prevista en el punto 6.4 del presente seguro complementario, y hasta su vencimiento o hasta el fallecimiento del asegurado si ocurre antes.

7.3 Si el evento contemplado en el punto 7.2, se produjera teniendo el asegurado cubierto el riesgo de la invalidez absoluta y permanente mediante el seguro complementario correspondiente, entonces con arreglo a las condiciones generales de éste último se satisfará el importe del seguro reducido, quedando automáticamente anulada la póliza.

8 Arbitraje

En el supuesto de que el asegurador haya comunicado al asegurado el rechazo del pago de la prestación, por falta de acuerdo en cuanto a que supuestamente no se hayan producido las condiciones mínimas exigidas bajo los términos de la cobertura de este seguro, el asegurado o su representante legal, en su caso beneficiarios y el asegurador se obligan a solventar sus diferencias por medio de dos peritos elegidos uno por cada parte, de acuerdo con lo establecido en los arts. 38 y 39 de la Ley del Contrato de Seguro.

Garantía de segunda opinión médica de enfermedades graves y de intervenciones quirúrgicas

1 ¿Qué es la segunda opinión médica?

En el supuesto de que el asegurado hubiese sido diagnosticado clínicamente por un médico especialista o institución médica autorizada, de padecer alguna de las enfermedades definidas en la condición 4 de la presente garantía y/o de la necesidad de someterse a una intervención quirúrgica, el asegurador conseguirá del centro con el que el asegurador tenga concertada la prestación de la presente garantía, para su entrega al asegurado, un informe de segunda opinión médica que confirme o no las conclusiones del primero, incluyendo, si proceden, las orientaciones y/o recomendaciones de carácter médico y psicológico que se consideren más adecuadas para el mejor tratamiento de la enfermedad diagnosticada.

Cuando a juicio del centro con el que el asegurador tenga concertada la prestación de la presente garantía, la información técnica o el asesoramiento científico a su disposición no fueran suficientes para establecer un segunda opinión médica concluyente y asumible con plena responsabilidad, el asegurador podrá decidir, en su lugar, el pago al asegurado de 300 euros, como prestación única sustitutiva, para que éste pueda obtener una segunda opinión médica del especialista o entidad médica que considere oportunos.

2 ¿Cómo y dónde se realizará la segunda opinión médica?

El informe médico del segunda opinión médica así como las recomendaciones, si procede, serán realizados por el centro con el que el asegurador tenga concertada la prestación de la presente garantía, basándose en la información directa y asesoramiento técnico y científico obtenido a través de su cuerpo de Especialistas y/o Centros médicos de reconocido prestigio, con los cuales tenga establecidos convenios de colaboración a nivel nacional o internacional.

3 Requisitos exigidos por la presente garantía

Para tener derecho a acceder a la segunda opinión médica indicado en la condición 1, el asegurado deberá cumplir los requisitos siguientes:

3.1 Solicitarlo por escrito al asegurador, durante la vigencia de la póliza.

3.2 Aportar todas las exploraciones clínicas y pruebas de que disponga el asegurado que justifican el padecimiento de alguna de las «Enfermedades Graves» descritas en el punto 4, y/o la necesidad de someterse a una intervención quirúrgica.

3.3 Cuando se considere que la documentación aportada por el asegurado no es suficiente para emitir la segunda opinión médica, el asegurado acepta hacer a su cargo la prueba o pruebas complementarias que se soliciten en el centro médico recomendado por éste, o en el elegido libremente por el asegurado, con el fin de completar la información adicional, imprescindible para la emisión de la segunda opinión médica.

4 Definición de las enfermedades graves e intervenciones quirúrgicas cubiertas por la garantía

4.1 Infarto de miocardio

Muerte de una parte del músculo cardíaco como resultado de un flujo sanguíneo insuficiente hacia el área comprometida.

El diagnóstico debe ser confirmado por especialista y evidenciado por todos los siguientes criterios:

- a) Una historia de dolor torácico típico.
- b) Nuevos cambios característicos de infarto en el ECG.
- c) Elevación de las enzimas específicas de infarto, troponinas u otros marcadores bioquímicos.

Quedan en todo caso excluidos:

- a) El infarto del miocardio sin elevación del segmento ST con solamente elevación de Troponina I ó T;**
- b) Otros síndromes Coronarios Agudos (por ejemplo angina de pecho estable o inestable)**
- c) Infarto de miocardio silente**
- d) Infarto de miocardio que se produce dentro de 14 días después de angioplastia coronaria**

4.2 Cirugía arterio-coronaria (bypass)

La realización de cirugía a tórax abierto para la corrección de dos o más arterias coronarias, que están estrechadas u ocluidas, por el implante de un puente arterial coronario. La necesidad de tal cirugía debe haber sido probada por angiografía coronaria y la realización de la cirugía debe ser confirmada por un especialista.

Quedan en todo caso excluidos:

- a) La angioplastia coronaria o implante de stent.**
- b) Cualquier otro procedimiento intra-arterial.**
- c) Cirugía por toracotomía mínima.**

4.3 Derrame o hemorragia e infarto cerebrales

Cualquier incidente cerebro-vascular que produce secuelas neurológicas permanentes y que incluye infarto de tejido cerebral, hemorragia y embolización originada en una fuente extracraneal. El diagnóstico debe ser confirmado por un especialista y evidenciado por síntomas clínicos típicos como así también hallazgos típicos en la TAC (tomografía axial computarizada) de cerebro y RNM (Resonancia Nuclear Magnética) de cerebro. Deben documentarse pruebas de deficiencia neurológica de por lo menos tres (3) meses a contar de la fecha de diagnóstico.

Quedan en todo caso excluidos:

- a) Ataque isquémico transitorio (TIA) y déficit neurológico isquémico reversible prolongado (PRIND)**
- b) Lesión traumática de tejido cerebral o vasos sanguíneos**
- c) Déficit neurológico debido a hipoxia general, infección, enfermedad inflamatoria, migraña o intervención médica.**
- d) Hallazgos incidentales en estudios de imagen (Scan CT o resonancia magnética), sin síntomas clínicos claramente relacionados (enfermedad cerebrovascular silenciosa)**

4.4 Cáncer

Cualquier tumor maligno diagnosticado positivamente con confirmación histológica y caracterizado por crecimiento incontrolado de células malignas e invasión de tejidos. El diagnóstico debe ser confirmado por un especialista.

A menos que no estén expresamente excluidos, están cubiertos por esta definición la leucemia, linfoma maligno y síndrome mielodisplásico.

Quedan en todo caso excluidos:

- a) **Cualquier tumor histológicamente clasificado como pre-maligno y no invasivo, tampoco los carcinomas in situ.**
- b) **Cualquier cáncer de próstata al menos que esté clasificado histológicamente con una puntuación de Gleason superior a 6 o que haya progresado hasta alcanzar por lo menos la clasificación TNM clínica T2N0M0.**
- c) **La leucemia linfocítica crónica a no ser que haya progresado, hasta al menos la etapa B de Binet.**
- d) **Carcinoma de células basales, carcinoma de células escamosas de la piel y melanoma maligno en estadio IA (T1aN0M0), a menos que haya evidencia de metástasis.**
- e) **Cáncer papilar de tiroides menor de 1 cm de diámetro e histológicamente descrito como T1N0M0.**
- f) **Carcinoma micro papilar de la vejiga histológicamente descrito como Ta.**
- g) **Policitemia rubra vera y trombocitemia esencial**
- h) **Gammapatía monoclonal de significado indeterminado.**
- i) **Linfoma MALT gástrico que puede ser tratado mediante la erradicación del Helicobacter Pylori.**
- j) **Tumor del estroma gastrointestinal en estadio I y II.**
- k) **Linfoma cutáneo a menos que la enfermedad requiera de tratamiento con quimioterapia o radiación.**
- l) **Carcinoma microinvasor de mama a menos que la enfermedad requiera de una mastectomía, quimioterapia o radiación.**
- m) **Carcinoma microinvasor del cuello uterino a menos que la enfermedad requiera histerectomía, quimioterapia o radiación.**

4.5 Insuficiencia renal (enfermedad renal en etapa final)

Etapa final de enfermedad renal que se manifiesta por una falla crónica e irreversible de la función de ambos riñones, como resultado de lo cual se hace necesario realizar regularmente diálisis renal (hemodiálisis o diálisis peritoneal) o requirió de un trasplante renal. El diagnóstico debe ser confirmado por especialista.

4.6 Trasplantes de órganos mayores

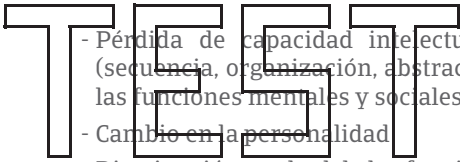
La realización actual de un trasplante de órganos en que el asegurado participa como receptor de alguno de los siguientes órganos: corazón, pulmón, hígado, páncreas, riñón, intestino delgado o médula ósea. La realización del trasplante debe ser confirmada por especialista.

Estará también incluido en esta garantía el trasplante parcial o total de cara, manos, brazos y piernas (trasplante de aloinjertos de tejido compuesto). El trastorno principal que motiva el trasplante debe ser considerado como imposible de tratar por cualquier otro medio, de acuerdo a confirmación médica del especialista en la materia.

4.7 Alzheimer

Diagnóstico definitivo de Alzheimer confirmado por los siguientes factores:

CONDICIONES GENERALES



- Pérdida de capacidad intelectual con deterioro de la memoria y de funciones ejecutivas (secuencia, organización, abstracción y planificación) que provoque una importante reducción de las funciones mentales y sociales.
- Cambio en la personalidad
- Disminución gradual de las funciones cognitivas.
- Sin trastorno de la conciencia.
- Hallazgos típicos neuropsicológicos y de neuroimagen (p.ej. CT Scan)

La enfermedad debe requerir de una supervisión constante (24 horas al día) antes de los 67 años. El diagnóstico y la necesidad de supervisión deben ser confirmados por un neurólogo.

No están cubiertas otras formas de demencia debidas a patologías cerebrales, enfermedades sistémicas o patologías psiquiátricas.

4.8 Parkinson

Diagnóstico inequívoco de enfermedad de Parkinson primaria o idiopática (**todas las otras formas de Parkinsonismo están excluidas**) confirmado por un especialista en neurología. La enfermedad debe provocar incapacidad permanente para realizar independientemente tres o más actividades de la vida diaria: bañarse (capacidad de tomar un baño o ducharse), vestirse y desvestirse, higiene personal (capacidad de usar el lavatorio y mantener un nivel razonable de higiene), movilidad (capacidad de desplazarse al interior de un mismo nivel o piso) continencia (control sobre los esfínteres), comer/beber (capacidad de alimentarse por sí mismo pero no de preparar la comida) o causar postración e incapacidad para levantarse sin asistencia de terceras personas.

Estas condiciones deben estar médicamente documentadas durante 3 meses al menos.

4.9 Sida

Es una infección crónica del sistema inmune por el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) que produce una destrucción progresiva de los linfocitos CD4 y ocasiona una disminución de las defensas propias del organismo, lo cual lleva a una fácil adquisición de múltiples enfermedades que debilitan al individuo hasta hacerle perecer, después de un largo período de incubación que puede durar hasta 10 o 12 años.

4.10 Intervenciones quirúrgicas

Cualquier tipo de intervención quirúrgica a la cual se somete el asegurado, relacionada o no con las enfermedades graves indicadas en este punto 4.

5 Duración de la garantía

5.1 Las garantías de este seguro complementario estarán en vigor mientras se paguen las primas correspondientes, terminándose al mismo tiempo que el seguro principal y como máximo hasta completar el plazo de duración convenido en las condiciones particulares de la póliza.

En el supuesto de que el asegurador y el centro con el que el asegurador tenga concertada la prestación de la presente garantía rescindieran su contrato y mientras no se restablezca el Servicio del segundo diagnóstico, el asegurador se compromete, como cobertura alternativa, al pago de una prestación única sustitutoria por importe de 300 euros, por el período de duración de esta garantía, con el fin de que dicho tomador pueda obtener una segunda opinión médica del especialista o entidad médica que considere oportunos.

CONDICIONES GENERALES

5.2 La terminación de este seguro complementario se producirá, independientemente del caso de la extinción natural prevista en el punto 5.1, tras la utilización de la garantía de segunda opinión médica de cada una de las enfermedades graves definidas en el punto 4 de esta garantía o de cinco intervenciones quirúrgicas.

Garantía de rehabilitación cardíaca

1 ¿Qué es la rehabilitación cardíaca?

La rehabilitación cardíaca es un complemento imprescindible al tratamiento convencional de las enfermedades cardíacas siendo además, un método de prevención.

Entendemos por rehabilitación cardíaca aquel conjunto de medidas dirigidas a mejorar la capacidad funcional, fisiológica y psicológica de la persona que presenta una enfermedad cardíaca, principalmente

Cardiopatía Isquémica (angina de pecho e infarto de miocardio).

La rehabilitación cardíaca puede iniciarse después de transcurridas seis semanas del accidente coronario, una vez el asegurado ha salido del hospital y se encuentra en una situación clínicamente estable para poder realizarla.

No es rehabilitación cardíaca y, en consecuencia no están cubiertos por la presente garantía, los estudios y tratamientos en cuidados intensivos, unidad coronaria y sala de hospitalización así como los controles cardiológicos posteriores.

2 Alcance y delimitación de la garantía

2.1 La presente garantía ampara a los asegurados de las pólizas de Seguro de vida en vigor, a las que se haya incluido la garantía de rehabilitación cardíaca.

El asegurado tendrá derecho a la prestación de servicios de rehabilitación cardíaca si sufre alguna de las afecciones indicadas en la condición 3 de la presente garantía. Para acceder a tal derecho el asegurado deberá seguir las instrucciones del procedimiento que se indica en la condición 7 de las presentes condiciones generales.

El centro responsable de la rehabilitación cardíaca facilitará al cardiólogo o Centro asistencial que atienda al paciente, toda la información médica concerniente al programa de Rehabilitación de esta cobertura. A su vez tomará en cuenta las sugerencias que éstos le hagan y les mantendrá informados periódicamente del estado clínico del asegurado.

Esta garantía entra en vigor a partir de la fecha en que se incluya a la póliza de Seguro de vida. **Todos los riesgos enumerados en la condición 3 de estas condiciones generales, cuya fecha de acaecimiento fuere anterior a aquélla, quedarán automáticamente excluidos.**

2.2 La duración de esta garantía se extiende a toda la duración de la póliza del seguro principal, siempre que dicha póliza esté en vigor, y como máximo hasta completar el plazo de duración convenido en las condiciones particulares de la póliza para este seguro complementario, todo ello con sujeción a lo establecido en las condiciones 6.2 y 8 de esta garantía.

3 ¿A quién van dirigidos los tratamientos de prevención y rehabilitación cardíaca?

Los programas de Prevención y rehabilitación cardíaca van dirigidos a los pacientes que se encuentren en alguna de las situaciones clínicas siguientes:

a) Angina de pecho estable. Infarto de Miocardio reciente o antiguo (no complicado).

- b) Post-operados de cirugía coronaria (incluido By-Pass)
- c) Post- angioplastia coronaria.
- d) Enfermedades de las válvulas cardíacas.
- e) Trasplante cardíaco.
- f) Pacientes portadores de marcapasos.

4 ¿En qué consiste un programa de rehabilitación cardíaca?

a) Entrenamiento físico

Es el elemento fundamental del programa. Con la prueba Electrocardiográfica de Esfuerzo se consigue clasificar a cada paciente en un grupo de entrenamiento determinado.

El entrenamiento se desarrolla bajo un equipo de control que dispone de:

- Monitorización electrocardiográfica de cada paciente supervisada por un cardiólogo.
- Sesiones dirigidas por un fisioterapeuta.
- Grupos reducidos y convenientemente clasificados por la Prueba de Esfuerzo.
- Utillaje para resolver cualquier eventual emergencia.

b) Readaptación psicológica

Se utilizan técnicas de relajación dinámica y psicoterapia de grupo, que desarrolladas durante las sesiones, constituyen un medio óptimo para combatir la ansiedad y la depresión

c) Información

Es el programa dirigido a pacientes y familiares sobre los factores de riesgo que hay que corregir y que inciden en la enfermedad coronaria.

5 Duración de un programa de rehabilitación cardíaca

El asegurado para seguir su programa de rehabilitación podrá elegir y/o cambiar el grupo que más le convenga o que se adapte mejor a sus necesidades, de entre los tres siguientes:

GRUPO I: Rehabilitación de 3 sesiones semanales.

Programa de rehabilitación cardíaca global controlada en el centro con el que el asegurador tenga concertada la prestación de la presente garantía con una duración total de 4 meses.

GRUPO II: Rehabilitación de 1 - 2 sesiones semanales.

Programa de rehabilitación cardíaca global controlada en el centro con el que el asegurador tenga concertada la prestación de la presente garantía con una duración total de 6-9 meses.

GRUPO III: Rehabilitación cardíaca global supervisada por el centro con el que el asegurador tenga concertada la prestación de la presente garantía a nivel domiciliario con controles periódicos con una duración total de 12 meses.

- a) Los programas se adecuarán a la patología que presente el paciente.
- b) En cada caso los especialistas que atienden la rehabilitación efectuarán las modificaciones que según su leal saber y entender sean las más adecuadas, siempre contando con el cardiólogo o cardiólogos que asistieron al paciente en su enfermedad de base. Por tanto, los plazos indicados en

los grupos anteriormente descritos son orientativos, si bien, nunca podrán rebasar con cargo al asegurador los plazos máximos descritos.

c) La presente garantía continuará en vigor, aún después que el asegurado haya terminado un Programa de rehabilitación cardíaca, pudiendo ser utilizada posteriormente si se repite o produce alguna de las situaciones clínicas previstas en la condición 3 de las generales de esta garantía.

6 ¿Cómo y dónde se realizará la rehabilitación cardíaca?

6.1 El Servicio de rehabilitación cardíaca se efectuará en el centro con el que el asegurador tenga concertada la prestación de la presente garantía.

Para los asegurados que por razón de residencia u otro motivo no puedan desplazarse a dicho centro, la rehabilitación se efectuará mediante Programa de rehabilitación cardíaca a distancia, en el domicilio del paciente que será controlado periódicamente por el centro con el que el asegurador tenga concertada la prestación de la presente garantía.

6.2 En el supuesto de que este servicio se suspendiera, entonces el asegurador se obliga a comunicarlo al tomador del seguro con un plazo de antelación de al menos dos meses antes de la fecha efectiva de la rescisión del servicio. Esta suspensión de garantía no afectará a los pacientes que estuvieren siguiendo un programa de rehabilitación cardíaca.

7 Procedimiento para iniciar el programa de rehabilitación cardíaca

7.1 El asegurado para tener derecho a la prestación del Servicio de rehabilitación cardíaca deberá presentar al asegurador los siguientes documentos cumplimentados:

- a) Solicitud de prestación del servicio.
- b) Certificado del Cardiólogo o Centro Asistencial que atiende al asegurado en que se haga constar que se halla afecto de alguna de las dolencias referidas en la condición 3 de las presentes condiciones generales.
- c) Junto con el anterior Certificado del Cardiólogo se deberá cumplimentar por éste el Cuestionario Médico de Valoración.

7.2 El asegurador, al recibo de la documentación anterior, trasladará al centro con el que el asegurador tenga concertada la prestación de la presente garantía la orden para que se ponga en contacto con el paciente, a fin de iniciar el proceso del Programa de rehabilitación cardíaca.

7.3 El responsable de llevar a término dicho programa de rehabilitación, será el centro con el que el asegurador tenga concertada la prestación de la presente garantía, previa información obtenida del Cuestionario Médico de Valoración que permita a juicio de dicho centro desarrollar la actuación más conveniente para la salud del paciente. La decisión médica que se tome, cualquiera que sea ésta, prevalecerá sobre cualquier otra opinión facultativa y el asegurador no interferirá la decisión que el centro con el que el asegurador tenga concertada la prestación de la presente garantía haya tomado.

7.4 En el caso de que debido a indicación médica del personal médico del centro con el que el asegurador tenga concertada la prestación de la presente garantía, en aplicación de lo establecido en el apartado anterior, el asegurado no pueda seguir el Programa de rehabilitación cardíaca ni en el citado centro ni en otro centro de asistencia concertado por el asegurador, ni seguir el programa a distancia en su domicilio, podrá renunciar a seguir dicho Programa de rehabilitación cardíaca, percibiendo del centro con el que el asegurador tenga concertada la prestación de la presente garantía una indemnización única de un importe de 1.500 euros.

CONDICIONES GENERALES

La percepción de dicha indemnización implica la anulación de la presente garantía.

8 Control médico de la rehabilitación cardíaca

El asegurador se reserva el derecho de solicitar los informes o efectuar a su cargo las revisiones médicas precisas para garantizar que, en todo momento, se efectúan las prestaciones dentro de los pactos y acuerdos contemplados en el presente condicionado. La negativa del asegurado a facilitar la información solicitada, invalida con carácter inmediato el efecto de la presente garantía y exime al asegurador de todas las responsabilidades legales y económicas.

Servicio de orientación médica telefónica

1 Prestaciones básicas

Mediante esta garantía el asegurado tiene a su disposición orientación médica telefónica de atención permanente las 24 horas del día, los 365 días del año y que se extiende a toda España.

Las llamadas son gratuitas y deben efectuarse al teléfono 900 10 32 88.

El servicio no se entiende como de diagnóstico ni de prestación de asistencia sanitaria.

A través de este servicio se dará información sobre: Centros sanitarios, Médicos generales y de urgencias, Médicos especialistas, Centros de vacunaciones, Ambulancias, Farmacias de guardia.

2 Servicio de videollamada

Alternativamente a lo indicado en el punto anterior, el asegurado tiene a su disposición el Servicio de videoconferencia o videollamada, disponible las 24 horas del día, los 365 días del año.

Gracias a esta tecnología, el asegurado podrá visualizar al especialista médico en la pantalla de su teléfono para realizar su consulta médica o de asesoramiento médico/social. Para ello solo tendrá que instalar la aplicación de Plus Ultra Seguros en su Smartphone.

3 Prestaciones complementarias

Además de las prestaciones indicadas en el punto 1 anterior, esta garantía incluye la información que se detalla seguidamente:

A. **"El especialista en casa"**, siempre que el médico generalista que atiende la llamada lo crea oportuno o bien por solicitud del propio consultante, se le pondrá en contacto con un médico especialista en la materia, previa historia clínica del médico consultor. (Pediatria, Traumatología, Cardiología, Psiquiatría, Medicina del Deporte, Neumología, Aparato Digestivo, Neurología, Oncología, etc.)

B. Asesoramiento y orientación médica:

- Patologías en general (no se realizan diagnósticos ni tratamientos)
- Consultas farmacológicas: posologías, interacciones, incompatibilidad.
- Consultas analíticas, vacunas, accidentes domésticos.
- Centros sanitarios: públicos y privados. Urgencias médicas etc.

C. Asesoramiento y orientación psicológica:

- Depresiones, crisis de ansiedad, miedos, accidentes, decesos, separaciones, etc.
- Infancia, adolescencia, sexología. bullying.
- Trastornos de la conducta.
- Actitudes desafiantes (Síndrome del emperador, hijos tiranos).
- Toxicomanías (drogodependencias, alcoholismo...). Adicciones.
- Trastornos de la alimentación (anorexia y bulimia).
- Trastornos del aprendizaje, relacionales, sociabilidad. Dificultades escolares, etc.
- Niños/as y jóvenes con discapacidad.

D. Asesoramiento y orientación Social:

CONDICIONES GENERALES

- Información de ayudas a la familia: carné familia numerosa, pensión de orfandad, pensión de viudedad, descuentos en transportes públicos. Información sobre diversos trámites oficiales.
- Adopciones y entidades acreditadas para adopciones internacionales.
- Toxicomanías y drogodependencias: asociaciones, centros de atención.
- Disminuidos físicos, psíquicos y sensoriales: asociaciones, centros de atención, logopedas.
- Residencias, centros de día, etc.
- Ayuda a domicilio privada.
- Hospitales y clínicas de larga estancia.
- Asociaciones: Parkinson, Esclerosis Múltiple, Alzheimer, Diabéticos, etc.
- Violencia de género.
- Información a la Tercera Edad, otros colectivos, etc.
- Orientación sobre inmigración: asociaciones, trámites, ayudas, etc.
- Ocio: Universidades populares, Educación permanente de adultos, Aulas de mayores,
- Programas de animación sociocultural, Voluntariado.
- Vacaciones Tercera Edad, Balnearios, Deportes, Aficiones.

E. Asesoramiento y Orientación Dietética:

- Pautas de introducción de alimentos.
- Orientación en dietas equilibradas, hábitos alimentarios.
- Trastornos de la alimentación. Alergias alimentarias, etc.
- Alimentación en el embarazo y lactancia.
- Control de obesidad infantil.
- Alteraciones Nutricionales: falta de apetito, deficiencias de hierro, caries dental, etc.

F. Orientación Médica o Social dirigido a Discapacitados Auditivo y Orales.

- Consulta 24 horas al día, los 365 días del año, por fax al número 918.060.150.

Seguro de consulta jurídica telefónica

1 Objeto del seguro

El tomador del seguro, los asegurados, o sus causahabientes, podrán consultar, mediante llamada telefónica, **sobre cualquier cuestión jurídica y personal que pudiera afectar a su vida particular o familiar.**

Las consultas telefónicas serán atendidas por abogados en ejercicio.

2 Garantías aseguradas

El tomador del seguro, los asegurados, o sus causahabientes, podrán efectuar consulta jurídica telefónica sobre las cuestiones jurídicas motivadas por el fallecimiento del asegurado, sin que necesariamente se haya producido el óbito, ofreciendo el asesoramiento jurídico necesario para la obtención de documentos tales como:

- a) Fe de Vida de los causahabientes del asegurado.
- b) Certificación de matrimonio del Archivo Eclesiástico.
- c) Certificación de Registro de Uniones de Hecho.
- d) Testamento otorgado por el asegurado fallecido.
- e) Inscripciones registrales.

Asimismo el tomador del seguro, el asegurado, o sus causahabientes, también podrán efectuar consulta jurídica telefónica sobre cuestiones jurídicas tales como:

- Asesoramiento jurídico para tramitar sucesiones con testamento, sucesiones sin testamento, aceptación o renuncia de herencias e inventario de bienes.
- Asesoramiento jurídico sobre cuestiones fiscales relativas al Impuesto sobre Sucesiones.
- Asesoramiento jurídico sobre trámites relativos al cobro de pensiones, derechos y beneficios sobre seguros y productos financieros contratados por el asegurado.
- Asesoramiento jurídico sobre subrogación en contratos de arrendamiento sobre bienes inmuebles en calidad de arrendador, arrendatario o usufructuario de los mismos, y gestiones a realizar para la subrogación de los causahabientes.
- Sus derechos en relación al contrato de alquiler de la vivienda.
- Trámites a seguir en reclamaciones derivadas de accidentes.
- Sus derechos en relación a productos o reparaciones defectuosas.
- Sus derechos en relación a la comunidad de propietarios.
- Sus derechos en caso de pérdida de equipajes en el aeropuerto.
- Sus derechos frente a la Administración Pública.
- Sus derechos frente a la empresa constructora de su vivienda por defectos de construcción.
- Sus derechos en relación a una facturación indebida en contratos de suministros: agua, gas, electricidad o teléfono.
- Sus derechos en relación a su contrato de trabajo: salario, movilidad geográfica, horario, vacaciones, etc.

Asimismo, se garantizan los siguientes servicios:

- **Reclamación administrativa en contratos de seguros:** se garantiza, en caso de fallecimiento o invalidez del asegurado y a favor de los herederos perjudicados, la reclamación por incumplimiento contractual de otras aseguradoras privadas, al objeto de que hagan efectivos los derechos que en general se deriven de las pólizas de seguros personales, cuyas prestaciones se produzcan o deriven de la ocurrencia del evento.

Solamente se garantiza el trámite por la vía administrativa, quedando excluida la vía judicial.

- **Reclamación administrativa de prestaciones de Seguridad Social:** se garantiza, en caso de fallecimiento, incapacidad permanente o accidente del asegurado y a favor de los Beneficiarios, la reclamación de prestaciones de viudedad, orfandad e incapacidad permanente frente al Instituto Nacional de la Seguridad Social, y demás entes u organismos responsables.

Solamente se garantiza el trámite por la vía administrativa, quedando excluida la vía judicial.

El límite máximo de honorarios y gastos es de 3.000,00 euros.

- **Trámites de gestoría:** se garantiza, en caso de fallecimiento del asegurado, la obtención de los siguientes documentos a favor de los beneficiarios:

1. Certificado de últimas voluntades.
2. Certificado de defunción.
3. Certificado de nacimiento.
4. Certificado de matrimonio

3 Central de consulta jurídica

TELÉFONO CONSULTA JURÍDICA:

902 499 595.

La central de asistencia jurídica estará atendida 24 horas al día, ininterrumpidamente, los 365 días del año.

4 Rescisión del servicio

En el supuesto de que el servicio de consulta jurídica telefónica se suspendiera, el asegurador se obliga a comunicarlo al tomador del seguro con un plazo de antelación de dos meses antes de la fecha efectiva de la rescisión del servicio.

Testamento on line

1 Elaboración de testamento abierto notarial

Por esta garantía el asegurador pondrá a disposición del asegurado los medios dirigidos a que el asegurado cuente con una adecuada asistencia para la redacción de su Testamento Abierto Notarial (testamento otorgado ante notario a quien el testador le da a conocer cuál es el contenido de su voluntad para después de su fallecimiento).

La garantía queda supeditada a que durante la vigencia de la póliza, ocurra alguna de las siguientes circunstancias:

- Que no tuviera ya otorgado testamento.
- Que se produzca una variación en la composición o valoración económica del patrimonio del asegurado.
- Que se modifique su situación de convivencia o familiar.
- Que se vea alterada su salud o la de alguno de sus parientes cercanos.
- Que se produzca un cambio de residencia o de vecindad civil o de nacionalidad.
- Que cambie su estatus laboral o profesional.

El proceso de realización del trámite será el siguiente:

1. El asegurado facilitará la información necesaria para la redacción del testamento rellenando un formulario con los datos necesarios para poder ofrecer el servicio. El citado formulario se puede cumplimentar a través de la plataforma web o telefónicamente.
2. Tras la recopilación de la información, un abogado experto en sucesiones elaborará el borrador de testamento que entregará o pondrá a disposición del asegurado. El asegurado podrá aclarar dudas o realizar consultas telefónicamente o vía correo electrónico, según se le indique en el mismo proceso.
3. Una vez el asegurado esté de acuerdo se fijará una fecha para la firma ante el Notario más cercano a su zona.
4. Tras la firma del testamento ante Notario, éste conservará el original, entregará una copia al asegurado y llevará a cabo la inscripción en el Registro de Actos de Últimas Voluntades.

El asegurador se hará cargo de los gastos derivados de la redacción, del asesoramiento jurídico y notarial y elevación a público del Testamento abierto, así como del coste de expedición de una copia simple para el asegurado. Será por cuenta del asegurado cualquier otro gasto derivado de la utilización de este servicio.

El asesoramiento se efectuará sobre Derecho español, común o foral y el testamento se otorgará en una notaría ubicada en España.

2 Asesoramiento jurídico sobre el testamento vital

Por esta garantía el asegurador pondrá a disposición del asegurado los medios dirigidos a que el asegurado cuente con el adecuado asesoramiento sobre el documento de instrucciones previas, también denominado Testamento Vital, documento de voluntades anticipadas o denominaciones similares.

El Testamento Vital es el documento por el cual una persona mayor de edad y capaz manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a

situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresar personalmente, sobre el cuidado y tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo.

El asesoramiento jurídico se prestará por un abogado y versará sobre los siguientes aspectos:

- a) El contenido del documento de instrucciones previas,
- b) El procedimiento de inscripción del documento en su historia clínica y en el registro de las instrucciones previas, como mecanismo que asegura la eficacia y posibilita su conocimiento en todo el territorio nacional.

El asegurador se hará cargo de los gastos derivados del asesoramiento jurídico y redacción y solamente en los casos en que el Testamento Vital se otorgue ante notario, de los de asesoramiento notarial y registro.

Será por cuenta del asegurado cualquier otro gasto derivado de la utilización de este servicio.

3 Borrado digital: gestión del final de la vida digital (en caso de fallecimiento)

Por esta garantía el asegurador pondrá a disposición de los herederos del asegurado, medios dirigidos a iniciar las acciones para la cancelación en internet de la información que pudiera aparecer relacionada con el fallecido. El servicio de cancelación prestado por la aseguradora se limitará a lo siguiente:

- a) Solicitud de baja del difunto en redes sociales de las que fuera usuario o la solicitud a cambio de cuenta conmemorativa.
- b) Tramitación de la baja del correo electrónico.
- c) Tramitación de la baja o traspaso de blogs o webs del difunto, perfiles en foros, chats o páginas de búsqueda de pareja.
- d) Tramitación de la eliminación o traspaso de archivos almacenados en servidores de internet (nube de internet).

La garantía se concreta en informar a los responsables de los ficheros la existencia del fallecimiento a fin de que éstos procedan a cancelar los datos, sin responder del resultado. La prestación del servicio está condicionada a que resulte posible identificar al responsable ante el que solicitar la cancelación. **En caso de que los responsables de los ficheros no procedieran a la cancelación, no se garantizarían los gastos derivados de acciones judiciales solicitando dicha cancelación.**

El resultado de las gestiones efectuadas podría no ser efectivo en los siguientes casos:

- Cuando la información se encuentra en países que no disponen de legislación específica en materia de protección de datos.
- En los casos en que prevalezcan las condiciones contractuales pactadas con el titular del recurso de internet.
- En los casos en que otros derechos prevalezcan sobre la exactitud de los datos, tales como el derecho a la información o la libertad de expresión.

A efectos de solicitar la cancelación, los herederos deberán aportar la siguiente documentación/información:

- a) Si dispusieran de ellos, identificación de los recursos de internet de los que la persona fallecida fuera usuario, sobre los que desean efectuar la cancelación. En caso de no conocerlos, la aseguradora podrá rastrear los recursos de internet vinculados a la dirección o direcciones de correo electrónico

que los herederos faciliten, aunque por razones técnicas no puede garantizarse la localización de la totalidad de dichos recursos.

- b) Fotocopia del Documento Nacional de Identidad o Número de Identificación Extranjero del solicitante.
- c) Certificado de defunción original del fallecido.
- d) Acreditación de la condición de heredero.
- e) Autorización del heredero.
- f) Dirección de correo electrónico del difunto, si se solicita su baja.
- g) Optativamente, si dispusieran de ellos, datos de usuario y contraseñas de acceso.

La aseguradora se hará cargo de los gastos derivados de la solicitud y, de ser necesario, de la traducción de la documentación requerida al idioma del país al que se remite. **El asegurado tendrá derecho a la solicitud de cancelación de datos de un máximo de cuatro cuentas o páginas web. No se garantiza el servicio de cancelación de cuentas o páginas web ubicadas en el extranjero. No se garantiza el servicio de cancelación en caso de discrepancia entre los herederos.**

4 Duración de la garantía

Las garantías de este seguro complementario estarán en vigor mientras se paguen las primas correspondientes, terminándose al mismo tiempo que el seguro principal.

No obstante, el asegurador se reserva el derecho, previa comunicación al Tomador del seguro, a cancelar la presente garantía complementaria haciendo coincidir dicha cancelación con la próxima fecha de renovación del seguro.

En el supuesto de que la garantía esté en vigor, el asegurado solicite su prestación y el asegurador se vea imposibilitado de prestar el servicio, podrá decidir, como cobertura alternativa, el pago de una prestación única sustitutoria por importe de 100 euros.

5 Acceso a los diferentes servicios

El acceso se realizará vía web oficial de la entidad a través de un link visible o a través de nuestro teléfono de atención al cliente. Tanto la dirección de la web como el teléfono de atención al cliente figuran en la portada de este condicionado.

Clausula de indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios en seguros de personas

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, el tomador de un contrato de seguro de los que deben obligatoriamente incorporar recargo a favor de la citada entidad pública empresarial tiene la facultad de convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier entidad aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente.

Las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en España o en el extranjero, cuando el asegurado tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el tomador hubiese satisfecho los correspondientes recargos a su favor y se produjera alguna de las siguientes situaciones:

- a) Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por la póliza de seguro contratada con la entidad aseguradora.
- b) Que, aun estando amparado por dicha póliza de seguro, las obligaciones de la entidad aseguradora no pudieran ser cumplidas por haber sido declarada judicialmente en concurso o por estar sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros.

El Consorcio de Compensación de Seguros ajustará su actuación a lo dispuesto en el mencionado Estatuto legal, en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, en el Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, aprobado por el Real Decreto 300/2004, de 20 de febrero, y en las disposiciones complementarias.

Resumen de las normas legales

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

- a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos; inundaciones extraordinarias, incluidas las producidas por embates de mar; erupciones volcánicas; tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 120 km/h y los tornados); y caídas de cuerpos siderales y aerolitos.
- b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
- c) Hechos o actuaciones de las fuerzas armadas o de las fuerzas y cuerpos de seguridad en tiempo de paz.

Los fenómenos atmosféricos y sísmicos, de erupciones volcánicas y la caída de cuerpos siderales se certificarán, a instancia del Consorcio de Compensación de Seguros, mediante informes expedidos por la Agencia Estatal de Meteorología (AEMET), el Instituto Geográfico Nacional y los demás organismos públicos competentes en la materia. En los casos de acontecimientos de carácter político o social, así como en el supuesto de daños producidos por hechos o actuaciones de las fuerzas

armadas o de las fuerzas o cuerpos de seguridad en tiempo de paz, el Consorcio de Compensación de Seguros podrá recabar de los órganos jurisdiccionales y administrativos competentes información sobre los hechos acaecidos.

2. Riesgos excluidos

- a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
- b) Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.
- c) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- d) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 12/2011, de 27 de mayo, sobre responsabilidad civil por daños nucleares o producidos por materiales radiactivos.
- e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el apartado 1.a) anterior y, en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.
- f) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios de los señalados en el apartado 1.b) anterior.
- g) Los causados por mala fe del asegurado.
- h) Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.
- i) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de «catástrofe o calamidad nacional».

3. Extensión de la cobertura

- a) La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y las mismas sumas aseguradas que se hayan establecido en las pólizas de seguro a efectos de la cobertura de los riesgos ordinarios.
- b) En las pólizas de seguro de vida que de acuerdo con lo previsto en el contrato, y de conformidad con la normativa reguladora de los seguros privados, generen provisión matemática, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que la entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

Comunicación de daños al Consorcio de Compensación de Seguros

1. La solicitud de indemnización de daños cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros, se efectuará mediante comunicación al mismo por el tomador del seguro, el asegurado o el beneficiario de la póliza, o por quien actúe por cuenta y nombre de los anteriores, o por la entidad aseguradora o el mediador de seguros con cuya intervención se hubiera gestionado el seguro.
2. La comunicación de los daños y la obtención de cualquier información relativa al procedimiento y al estado de tramitación de los siniestros podrá realizarse:
 - Mediante llamada al Centro de atención telefónica del Consorcio de Compensación de Seguros (952 367 042 ó 902 222 665).
 - A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (www.conorseguros.es).
3. Valoración de los daños: La valoración de los daños que resulten indemnizables con arreglo a la legislación de seguros y al contenido de la póliza de seguro se realizará por el Consorcio de Compensación de Seguros, sin que éste quede vinculado por las valoraciones que, en su caso, hubiese realizado la entidad aseguradora que cubriese los riesgos ordinarios.
4. Abono de la indemnización: El Consorcio de Compensación de Seguros realizará el pago de la indemnización al beneficiario del seguro mediante transferencia bancaria.

Reclamaciones. Órganos ante los que formularlas.

Las discrepancias entre el tomador del seguro, asegurado y/o beneficiario de una póliza y el asegurador, sin perjuicio de poder acudir a la vía administrativa o judicial que se considere oportuna, podrán resolverse mediante la presentación de la correspondiente queja o reclamación ante el Departamento de Atención al Cliente (Plaza de las Cortes, 8, 28014 Madrid, correo electrónico: servicio.reclamaciones@plusultra.es) o en su caso, ante el Defensor del Cliente y del Partícipe de Plus Ultra (C/Velazquez,80,1º D. 28001 Madrid, Tlf. 91310 40 43 / Fax 91 308 49 41, e-mail reclamaciones@da-defensor.org), en las condiciones y dentro de los plazos que constan detallados en el Reglamento de la institución aprobado por el Asegurador, que se encuentra a disposición de los tomadores, asegurados y/o beneficiarios tanto en las oficinas de la entidad aseguradora como en su página web corporativa www.plusultra.es.

En caso de ser desestimada la queja o reclamación, o haber transcurrido el plazo establecido por la normativa en vigor desde su presentación sin que haya sido resuelta, y sin perjuicio de poder iniciarla vía administrativa o judicial que considere oportunas, el reclamante podrá dirigirse al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (Paseo de la Castellana, nº 44 - 28046 Madrid; o a través de la oficina virtual: www.dgsfp.es).

Órgano de control. Jurisdicción competente

El Estado miembro competente para ejercer el control de la actividad aseguradora es España, siendo la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones la autoridad administrativa competente para ejercer el referido control.

La presente póliza de seguro queda sometida a la jurisdicción española y, dentro de ella, será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas de la misma el del domicilio del asegurado, siendo nulo cualquier pacto en contrario.

Normativa de protección de datos de carácter personal

Los datos personales que se recogen en el presente documento y los que se obtengan con posterioridad, serán incorporados en los ficheros titularidad de Plus Ultra Seguros Generales y Vida, S.A. de Seguros y Reaseguros, Sociedad Unipersonal. con domicilio social en Plaza de las Cortes, 8, 28014-Madrid, con la finalidad de garantizar el pleno desenvolvimiento del contrato de seguro y el cumplimiento de las obligaciones establecidas en la Ley de ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, así como en cualquier otra normativa que pudiera resultar de aplicación.

Le informamos que los datos personales solicitados son obligatorios para la contratación. En caso de solicitudes de seguro, la no aportación de dichos datos dará lugar a que la entidad aseguradora pueda desestimar la contratación del riesgo solicitada, por no poder tratar adecuadamente la información necesaria para su valoración y cuantificación.

Dado que se recogen datos relativos a la salud, su titular otorga su consentimiento expreso para que la entidad aseguradora proceda a su tratamiento, si bien se podrán tratar sin consentimiento del interesado los datos relacionados con su salud, en los siguientes supuestos:

- a) Para la determinación de la asistencia sanitaria que hubiera debido facilitarse al perjudicado, así como la indemnización que en su caso procediera, cuando las mismas hayan de ser satisfechas por la entidad;
- b) Para el adecuado abono a los prestadores sanitarios o el reintegro al asegurado o sus beneficiarios de los gastos de asistencia sanitaria que se hubieran llevado a cabo en el ámbito de un contrato de seguro de asistencia sanitaria.

El interesado consiente expresamente que sus datos sean comunicados entre la entidad aseguradora y servicios sanitarios (médicos, centros sanitarios, hospitales u otras instituciones de carácter análogo), cuando sea preciso para la adecuada actuación profesional relacionada con el contrato y el eficaz desempeño y cumplimiento de sus fines.

El interesado reconoce que durante el proceso de formación del contrato, le ha sido solicitado su consentimiento expreso para remitirle información, incluso por medios telemáticos, sobre los productos y servicios que entren dentro del alcance del objeto social de las entidades pertenecientes al Grupo Catalana Occidente (identificadas en la página web www.grupocatalanaoccidente.com). El interesado reconoce que dicho consentimiento informado ha sido expresamente prestado por su parte para la mencionada finalidad antes de la recogida de datos personales, así como que la utilización de sus datos para dicha finalidad podrá realizarse incluso tras la terminación de la relación contractual con la entidad aseguradora, pudiendo oponerse a dicho tratamiento en cualquier momento, así como en este preciso instante, tal y como se establece a continuación.

El interesado puede marcar esta casilla si no desea que sus datos sean utilizados para la realización de envíos publicitarios y comunicaciones comerciales.

En el caso de que, por cualquier circunstancia, la póliza no llegara a formalizarse, o en el momento en que quede rescindida, el interesado consiente expresamente que la entidad aseguradora conserve los datos de carácter personal con la finalidad de gestionar ulteriores solicitudes relativas al mismo riesgo y atender las posibles responsabilidades derivadas del tratamiento, durante los plazos establecidos en el artículo 30 del Código de Comercio o normativa que lo sustituya.

Asimismo, el interesado es informado de que sus datos personales sobre su contrato de seguro y los siniestros vinculados a éste podrán ser cedidos a las entidades pertenecientes al Grupo Catalana

CONDICIONES GENERALES

Occidente (identificadas en la página web www.grupocatalanaoccidente.com) a los efectos de cumplir con las obligaciones de supervisión previstas en la normativa aplicable, así como para la prevención y lucha del fraude en el seguro. A tal efecto, y con dichas finalidades, sus datos podrán ser incorporados a un fichero común titularidad de Grupo Catalana Occidente S.A., (NIF A-08168064).

El interesado podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, así como cualesquiera otros que pudieran derivarse de la normativa vigente en cada momento, y podrá revocar los distintos consentimientos que pueda haber prestado mediante la presente cláusula, dirigiendo una carta por correo ordinario a Plaza de las Cortes, 8, 28014-Madrid, bien remitiendo un correo electrónico a la dirección: lopd@plusultra.es.

En caso de que los datos de carácter personal se faciliten a la entidad aseguradora por persona distinta de su titular, recaerá en ésta la obligación de informar a los mismos de la existencia de un fichero de datos de carácter personal, de los derechos derivados de la normativa de protección de datos, así como de recabar el consentimiento de tales titulares para su tratamiento con las finalidades anteriormente descritas.

N.º de póliza

524216953



1001006231

Divergencias entre la solicitud de seguro y la póliza. Subsanación

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el Tomador del seguro 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 póliza (Art. 8 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro)

Firma del contrato

Mediante la firma del presente documento, el tomador Nombre Apellido1 Apellido2 declara haber recibido y suscribe, tanto las condiciones generales de la póliza como las condiciones particulares (y condiciones complementarias, si las hubiere) de la misma, dando conformidad a dichas condiciones, cuyo contenido declara conocer y aceptar, **con conocimiento y especial aceptación de sus cláusulas limitativas y exclusiones.**

El tomador igualmente declara haber recibido con anterioridad a la celebración del presente contrato de seguro, información referente a la legislación aplicable a esta póliza y a las diferentes instancias de reclamación utilizables en caso de litigio, así como la nota informativa exigida por el RD 1060/2015 por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, cuyo contenido se corresponde con lo recogido en el presente contrato de seguro.

En Madrid, a 13 de Diciembre del 2017

Por la entidad

El tomador

David Capdevila Ponce
Consejero delegado

Nombre Apellido1 Apellido2

TEST

www.plusultra.es

Atención al cliente

902 15 10 15

91 783 83 83