Seguro Cajamar Decesos

CMD-1.22

ÍNDICE

Claúsula Informativa 3

Cuadro Resumen de Garantías 6

Preliminar 8

Denominaciones 9

Personas intervinientes 12

Artículos 14

- Artículo **1º** · Objeto del seguro 15
- Artículo **2º** · Riesgos que pueden ser cubiertos por la Compañía 16
- Artículo **3º** · Riesgos y Daños que no cubre la Compañía 59
- Artículo **4º** · Duración del contrato 60
- Artículo **5º** · Personas asegurables 61
- Artículo **6º** · Plazos de carencia 62
- Artículo **7º** · Designación y cambio de beneficiarios 63
- Artículo **8º** · Ámbito territorial 64
- Artículo **9º** · Revalorización automática anual del Capital Asegurado 65
- Artículo **10º** · Jurisdicción competente 65
- Artículo **11º** · Prescripción 65
- Artículo **12º** · Riesgos Cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros 66

¿Qué hacer en caso de siniestro? 70

Teléfonos y direcciones de correo 74

cajamar SEGUROS GENERALES

Claúsula Informativa

cajamar SEGUROS GENERALES

CLÁUSULA INFORMATIVA

La presente información es emitida en cumplimiento de lo exigido en los artículos 122 y 125 del RD 1060/2015 de 20 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras relativos al deber de información al Tomador del Seguro por parte de la Entidad Aseguradora, en la Ley de Contrato de Seguro (Ley 50/1980 de 8 de octubre, publicada en el B.O.E. el 17 de octubre) y en la Ley 20/2015 de 14 de julio de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y. Reaseguradoras

Denominación y Domicilio Social de la Entidad Aseguradora

Entidad Aseguradora: CAJAMAR SEGUROS GENERALES SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS (en adelante podrá ser identificada como CAJAMAR SEGUROS GENERALES), con domicilio social en Almería, Calle Ciudad Financiera, 1, 04131 Almería, España. Inscrita en el Registro Mercantil de Almería, Tomo 1290, Libro 0, Folio 78, Hoja AL-31395 y CIF A04653556.

A todos los efectos de este Contrato, especialmente para la práctica de las comunicaciones y notificaciones que le sean hechas, el domicilio designado por Cajamar Seguros Generales es su Oficina Central sita en Plaza de Manuel Gómez-Moreno nº 5, 28020, Madrid, España.

Órgano Administrativo de Control de la Entidad Aseguradora

Corresponde al Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital del Estado Español, a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, el control de la actividad aseguradora y la protección de la libertad de los Asegurados para decidir la contratación de los seguros y el mantenimiento del equilibrio contractual en los contratos de seguros ya celebrados.

Instancias de reclamación y procedimiento a seguir ante posibles controversias

Cajamar Seguros Generales pone a disposición de los Asegurados un Servicio de Atención al Cliente. Podrán presentar reclamaciones el Tomador del seguro, los Asegurados, los Beneficiarios, Terceros perjudicados o causahabientes de cualquiera de los anteriores. La reclamación deberá formalizarse por escrito, y en la misma deben consignarse sus datos personales, firma, domicilio, el número de póliza o de siniestro, y los hechos que motivan su presentación.

El escrito deberá dirigirse a la siguiente dirección:

Servicio de Atención al Cliente de Cajamar Seguros Generales
Plaza de Manuel Gómez-Moreno nº 5, 28020, Madrid
cajamarsegurosgenerales@cajamarsegurosgenerales.es

El Servicio de Atención al Cliente, que funciona de forma autónoma e independiente, acusará recibo de la reclamación y deberá resolver, de forma motivada, en el plazo máximo de dos meses en aplicación de lo establecido en la Ley 44/2002, de 22 de noviembre de Medidas de Reforma del Sistema Financiero y en la Orden ECO/734/2004 de 11 de marzo que regula los departamentos y servicios de atención al cliente y el defensor del cliente de las entidades financieras.

Las decisiones del Servicio de Atención al Cliente tendrán fuerza vinculante para la Entidad Aseguradora.

Transcurrido el plazo de 2 meses desde la fecha de presentación de la reclamación sin que haya sido resuelta por el Servicio de Atención al Cliente de la Compañía, o cuando éste haya desestimado la petición, los interesados podrán presentar su reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, a través de su página web o en sus oficinas cuya dirección es:

Pº de la Castellana, 44 · 28046 Madrid

Todo ello sin perjuicio del derecho de los Asegurados de recurrir a la tutela de los jueces y tribunales competentes.

Legislación aplicable al Contrato de Seguro

Este Contrato de Seguro se regirá por la Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro (que no tendrá carácter imperativo en caso de que, de conformidad con el art. 11 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras el presente contrato se considere como un seguro de grandes riesgos), por la citada Ley 20/2015, por el Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, por la normativa que desarrolle, modifique o complemente dichas normas y por lo dispuesto en las Condiciones del Contrato, en todos sus anexos, suplementos y apéndices, y en la solicitud de seguro y en el cuestionario de evaluación del riesgo suscrito por el Tomador, el cual constituye un documento fundamental para que el Asegurador haya prestado su consentimiento para contratar y para fijar las condiciones de la póliza.

Cuadro Resumen de Garantías

cajamar SEGUROS GENERALES

CUADRO RESUMEN DE GARANTÍAS

GARANTÍAS BÁSICAS		CAPITAL ASEGURADO
SEPELIO	Gestión y Gastos de Sepelio	Según Condiciones Particulares (mínimo recomendado por código postal, reducible hasta el 90 %. Posibilidad de contratar un capital adicional con el límite del valor recomendado, siempre que la suma de ambos no supere 9.000 €)
	Gastos Médico-Legales	
	Servicios Especiales	
	Gestión del Duelo	
	Servicios de Gestoría	
	Gestión del final de la Vida Digital	
TRASLADOS Y ASISTENCIA EN VIAJE	Traslados Nacional e Internacional	Incluido
	Asistencia en Viaje	
GARANTÍAS OPCIONALES		**CAPITAL ASEGURADO**
SERVICIOS COMPLEMENTARIOS FAMILIARES	Servicios de Orientación Telefónica	Incluido
	Teleasistencia	
	Segunda Opinión Médica	
	Servicio de Ayuda a domicilio	
	Acceso a Servicios Médicos y Dentales.	
FALLECIMIENTO E INVALIDEZ ABSOLUTA Y PERMANENTE POR ACCIDENTE		10.000, 20.000 ó 30.000 €, según pactado en Condiciones Particulares
SUBSIDIO DIARIO POR HOSPITALIZACIÓN POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE		10, 30 ó 50 €, según pactado en Condiciones Particulares
ASISTENCIA PEDAGÓGICA		Máx. 12 meses, 2 horas al día de lunes a viernes durante el curso escolar.
REPATRIACIÓN		Incluido

Preliminar

Toda mención que se efectúe en la Póliza a una denominación concreta remitirá ésta a la definición que se haga en el lugar oportuno de las Condiciones Generales del Contrato de Seguro o de las presentes Condiciones Generales, significando siempre lo mismo.

cajamar SEGUROS GENERALES

Denominaciones

cajamar
SEGUROS GENERALES

DENOMINACIONES

En esta Póliza se entiende por:

Capital Asegurado

Es el importe máximo a pagar por el Asegurador en caso de siniestro y figura en las Condiciones Particulares de esta póliza para cada cobertura.

Póliza

Es el documento que contiene las condiciones reguladoras del Contrato de Seguro. Forman parte integrante de la Póliza las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, la Solicitud, si la hubiere, y todos aquellos suplementos o apéndices que se emitan con posterioridad y la complementen.

Prima

Es el precio del seguro. El recibo incluirá, además, los impuestos, tributos y recargos que sean legalmente repercutibles.

Edad Actuarial

Es la que resulte del aniversario más próximo a la fecha de efecto del contrato.

Plazo de carencia

Período de tiempo, contado a partir de la fecha de efecto de la póliza para cada garantía contratada, durante el cual no entra en vigor dichas garantías de la póliza.

Siniestro

Todo hecho cuyas consecuencias están cubiertas por alguna de las garantías de la póliza.

Servicio Fúnebre

Es el conjunto de elementos y prestaciones necesarios para efectuar el Sepelio del Asegurado fallecido, de acuerdo con las especificaciones y límites que figuran en la póliza.

Domicilio del Tomador y del Asegurador

El que figura en la póliza, que será el tenido en cuenta a todos los efectos.

Enfermedad

Alteración del estado de salud de causa común o accidental, confirmada por un médico legalmente reconocido y que precisa de asistencia facultativa.

Enfermedad grave

Se entiende por enfermedad grave, a los efectos de esta póliza, cualquiera de las cualquiera de las recogidas expresamente en las Condiciones Particulares.

Accidente

A los efectos de esta póliza, todo suceso fortuito, originado por causa externa, súbita y violenta, ajena a la voluntad del Asegurado, que directamente produzca un daño corporal en su persona, causándole una invalidez permanente absoluta o la muerte.

Hospitalización

Permanencia del Asegurado en un centro sanitario, clínica u hospital durante un periodo superior a 24 horas, en condición de paciente.

Centro sanitario, clínica u hospital

Establecimiento legalmente constituido con el objetivo de atender a las personas que han sufrido alteraciones en su estado de salud en la condición de pacientes del centro. No se considerarán centros hospitalarios los balnearios, casas de reposo, asilos, geriátricos o similares.

Personas intervinientes

cajamar SEGUROS GENERALES

PERSONAS INTERVINIENTES

En esta Póliza se entiende por:

Tomador del seguro

Es la persona física o jurídica que solicita y contrata el Seguro y a quien corresponden las obligaciones que del mismo se deriven, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado.

Asegurado

Persona residente en España sobre la que se establece el seguro y que figura nominativamente designada como tal en las Condiciones Particulares del contrato. El Asegurado puede, si está interesado en ello, cumplir los deberes y obligaciones que, en principio, corresponden al Tomador del Seguro.

Beneficiario

Es la persona física o jurídica designada en la póliza para percibir del Asegurador las cantidades que este haya de indemnizar como consecuencia del fallecimiento del Asegurado, salvo el importe de los servicios que hubieren sido prestados con cargo al Asegurador, que serán abonados por este directamente a las entidades que los hayan efectuado.

Compañía o Asegurador

Cajamar Seguros Generales, S.A. de Seguros y Reaseguros, quien asume la cobertura de los riesgos objeto de este Contrato.

Artículos

cajamar SEGUROS GENERALES

Artículo 1º · Objeto del seguro

El Asegurador garantiza, dentro de los límites y condiciones estipulados por la póliza y mediante el pago de la prima establecida, las coberturas correspondientes a cada una de las garantías del seguro cuya inclusión figure expresamente recogida en las Condiciones Particulares, para cada uno de los Asegurados.

Las garantías de la presente póliza son:

1. BÁSICAS:

Sepelio

a. Gestión y Gastos de Sepelio.
b. Gastos Médico-Legales.
c. Servicios Especiales.
d. Gestión del Duelo.
e. Servicios de Gestoría.
f. Gestión de la Vida digital.

Traslados y Asistencia en Viaje

a. Traslado Nacional e Internacional.
   Libre Elección del Lugar de Inhumación en territorio español.
b. Asistencia en Viaje.

2. OPTATIVAS:

Servicios complementarios familiares

a. Servicios de Orientación Telefónica.
b. Teleasistencia.
c. Segunda Opinión Médica.
d. Servicio de Ayuda a domicilio.
e. Acceso a Servicios Médicos y Dentales.

Fallecimiento o Invalidez Absoluta y Permanente por Accidente

Subsidio diario por Hospitalización

Asistencia Pedagógica

Repatriación

Artículo 2º · Riesgos que pueden ser cubiertos por la Compañía

COBERTURAS BÁSICAS

Garantía Primera · Sepelio

a. Gestión y Gastos de Sepelio

Descripción de la Garantía

El Asegurador garantiza, **con el límite máximo del Capital Asegurado**, la prestación de un Servicio Fúnebre, al fallecimiento de cada uno de los Asegurados, de acuerdo con las Condiciones Generales y Particulares de la póliza.

El propio Asegurador será el prestador de los servicios funerarios garantizados, ya sea a través de medios propios, o a través de empresas u otros profesionales contratados a tal efecto.

Cuando el importe del Servicio Fúnebre prestado fuera inferior al Capital Asegurado, el Asegurador abonará al tomador, o en su defecto a los herederos legales, la diferencia resultante.

En el supuesto de que el Asegurador no hubiera podido proporcionar la prestación por causas ajenas a su voluntad, fuerza mayor o por haberse realizado el servicio a través de otros medios distintos a los ofrecidos por el Asegurador, éste no será responsable de la calidad de los servicios prestados. Asimismo, quedará obligado a satisfacer el Capital Asegurado a los herederos del asegurado fallecido, salvo que éste fuera menor de catorce años de edad.

Actualización del Capital Asegurado

La cuantía del Capital Asegurado figurará en las Condiciones Particulares de la póliza, pudiendo ser dicho Capital creciente, de acuerdo a lo recogido en el apartado Revalorización automática anual del Capital Asegurado de las presentes Condiciones Generales.

Si la variación en el coste de los Servicios Funerarios superase el incremento derivado de la aplicación del índice de revalorización automática anual pactado, el Asegurador lo pondrá en conocimiento del Tomador del Seguro. Igualmente le propondrá la actualización de los Capitales Asegurados y de las primas en base a la variación experimentada.

El Tomador tendrá 15 días para aceptar o rechazar la propuesta, contados desde el día siguiente a la recepción de la misma. En caso de aceptación expresa o tácita de la propuesta por el Tomador, el Asegurador procederá a la modificación del Capital Asegurado y al reajuste de las primas. Solamente en caso de rechazo expreso del Tomador, el Asegurador mantendrá la póliza sin ninguna modificación de las Condiciones Particulares por este concepto, en cuyo caso, al ocurrir el siniestro, **el límite máximo de la prestación a cargo del Asegurador será el Capital Asegurado que figure en la póliza vigente.**

Modalidad de Tarifa

Para la cobertura de gestión de Sepelio se podrá elegir entre las modalidades de tarifa de primas que se detallan a continuación, y que constará en cláusula de las Condiciones Particulares del Contrato de Seguro.

Modalidad Nivelada: La prima a aplicar para las Garantías de Gestión y Gastos de Sepelio, para todos los asegurados incluidos en las Condiciones Particulares, permanecerá invariable para un mismo capital asegurado.

Modalidad Seminatural: La prima a aplicar para las Garantías de Gestión y Gastos de Sepelio, para todos los asegurados incluidos en las Condiciones Particulares con edad actuarial inferior a 70 años, estará en función del capital asegurado y de la edad actuarial alcanzada en cada renovación anual. Para los asegurados incluidos en Condiciones Particulares de edad actuarial igual o superior a los 70 años la prima a aplicar para la cobertura de Sepelio permanecerá invariable para un mismo capital asegurado.

Modalidad Mixta: La prima a aplicar para las Garantías de Gestión y Gastos de Sepelio, para todos los asegurados incluidos en las Condiciones Particulares, estará en función del capital asegurado y de su edad actuarial en cada renovación anual hasta alcanzar los 74 años de edad actuarial, momento a partir de cual la prima a aplicar permanecerá invariable para un mismo capital. Durante las tres primeras anualidades de la póliza, la prima a aplicar para las Garantías de Gestión y Gastos de Sepelio se mantendrá fija para todos los asegurados con una edad actuarial inicial inferior a 60 años.

Modalidad Prima Única: La prima a aplicar para las Garantías de Gestión y Gastos de Sepelio del asegurado declarado en las Condiciones Particulares, estará en función del capital asegurado y de la edad actuarial en el momento de la contratación. Mediante el pago de esta prima el Tomador se libera totalmente de la obligación de satisfacer nuevas cantidades, por este concepto, durante toda la duración del contrato.

Actuación en caso de Siniestro

El Capital Asegurado establecido en la garantía de Sepelio para cada Asegurado, representa el límite máximo a pagar por el Asegurador en cada siniestro.

En caso de fallecimiento del Asegurado, el Asegurador establece el siguiente procedimiento para hacer efectivos los compromisos que determina esta garantía:

a. Se comunicará al Asegurador, lo antes posible, la defunción del Asegurado mediante el Servicio Telefónico disponible durante las 24 horas del día, los 365 días del año.

b. Serán los herederos legales quienes, siguiendo la voluntad del Asegurado si este la hubiese expresado, podrán elegir los distintos componentes del servicio, con cargo y con el límite máximo del Capital Asegurado, de acuerdo con los que resulten procedentes en la localidad del Domicilio de residencia de los Asegurados.

c. En el caso de que el fallecimiento del Asegurado ocurra fuera de España y los herederos legales opten por su inhumación en el lugar del siniestro, estos realizarán el servicio por su cuenta y presentarán al Asegurador las facturas correspondientes y el certificado de defunción, quien abonará el importe de las facturas con el límite máximo del Capital Asegurado.

d. Si por causas de fuerza mayor, circunstancias imprevisibles o por voluntad de los herederos legales del fallecido, el Asegurador no hubiera gestionado la prestación del Servicio Fúnebre, éste se obliga, si procede, a satisfacer el Capital Asegurado establecido en las Condiciones Particulares, a los herederos legales del fallecido, salvo que el Asegurado fuera menor de catorce años de edad, previa presentación de los documentos indicados a continuación:

   - Certificado de Defunción del Asegurado, en transcripción literal del Juzgado.
   - Facturas, en legal forma, de los gastos de los servicios funerarios del Asegurado.

En el supuesto de ser herederos legales del Asegurado, deberá aportar, además:

- Documentos acreditativos de la personalidad de los Herederos legales.
- Certificado del Registro de Actos de Últimas Voluntades, y, en su caso, copia del último testamento del Asegurado o declaración de Herederos Ab Intestato.
- Carta de pago o, en su caso, declaración de exención del Impuesto General sobre Sucesiones y Donaciones.

Si al fallecer un Asegurado resultase que está con el mismo Asegurador en más de una póliza del seguro de Decesos, el Asegurador sólo reconocerá los derechos correspondientes a una de ellas, que los herederos podrán elegir, procediéndose al reembolso de las primas pagadas correspondientes al Asegurado fallecido por el Tomador en las otras pólizas.

Si resultase que un mismo Asegurado tiene más de un seguro de decesos con más de una Aseguradora, el Asegurado que no haya cumplido con la obligación de prestar el servicio deberá abonar la suma asegurada a los herederos legales del Asegurado.

b. Gastos Médico-Legales

Cuando el importe del Servicio Fúnebre prestado fuera superior al Capital Asegurado por motivo de los gastos médico-legales que se originen en los casos que se precise de la intervención judicial, el Asegurador se hará cargo, bajo estas circunstancias, del exceso de coste que se produzca.

c. Servicios Especiales

El Seguro también comprenderá la prestación de un Servicio Fúnebre Especial en caso de fallecimiento de hijos de mujeres incluidas en la relación de Asegurados de la presente póliza, siempre que este se produzca como consecuencia de una interrupción involuntaria del embarazo o antes de que el hijo cumpla 30 días de edad. Una vez transcurrido ese plazo, deberán incluirse como asegurados en la póliza para poder tener derecho al Servicio Fúnebre que pudiera corresponder.

La presente póliza, también garantiza la inhumación o incineración de extremidades amputadas a cualquiera de los Asegurados de la póliza.

Asimismo el Asegurador pondrá a disposición del Tomador del Seguro la posibilidad de utilizar la Red de Proveedores Funerarios para que, en caso de necesidad y bajo aceptación de un presupuesto presentado previamente

por el proveedor funerario, puedan prestar el Servicio Fúnebre a los familiares del Tomador que no estén incluidos en la póliza, siendo a cargo del Tomador el importe total del coste del servicio.

d. Gestión del Duelo

Por la presente cobertura el Asegurador garantiza la prestación de un servicio telefónico de Gestión del Duelo en caso de fallecimiento de un Asegurado, al miembro de la unidad familiar que así lo solicite.

Una vez comunicado el fallecimiento al Asegurador, este se pondrá en contacto con los familiares del fallecido para ofrecer este servicio a la persona que lo requiera. Tras la entrevista telefónica inicial se pautarán las sesiones telefónicas necesarias con un máximo de cinco y una duración de 30 minutos cada una.

El servicio telefónico de Gestión del Duelo tiene los siguientes objetivos:

- Ayudar a aceptar la realidad de la pérdida.
- Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida, identificar y expresar sentimientos, (enfado, culpa, ansiedad, impotencia, tristeza.).
- Ayudar a vivir sin el fallecido, adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente.
- Facilitar la recolocación emocional y dar tiempo para elaborar el duelo.
- Interpretar la conducta “normal” permitiendo las diferencias individuales.
- Dar apoyo continuado.
- Examinar defensas y estilos de afrontamiento.
- Identificar patologías y derivar al profesional médico más adecuado.

e. Servicio de Gestoría

Por la presente cobertura y en caso de fallecimiento, el Asegurador garantiza la prestación de un Servicio de Gestoría y asesoramiento en relación con los trámites a realizar con motivo del fallecimiento del Asegurado, tanto respecto de este, como de los Herederos legales, que consistirá en:

- Atención personalizada a los Herederos Legales en el domicilio indicado por estos en el territorio español, mediante la asistencia de un representante acreditado del Asegurador, que les informará y asesorará sobre los trámites a seguir.

- Tramitación ante organismos oficiales de los siguientes documentos:

a. Relativos al Asegurado:
   - Obtención de Certificado de Defunción, en extracto y literal.
   - Obtención de Partida de Nacimiento, en extracto y literal.
   - Obtención de Certificado del Registro de Actos de Últimas Voluntades y, en su caso, copia del último testamento del Asegurado o declaración de Herederos Ab Intestato.
   - Tramitación de Baja en el Libro de Familia.
   - Tramitación de Baja del titular en cartilla del I.N.S.S.

b. Relativos a los Herederos legales:

- Obtención de Certificado de Matrimonio, en extracto y literal.
- Obtención de Certificado de Convivencia.
- Obtención del Auxilio por Defunción del INSS
- Tramitación y obtención del alta en cartilla del INSS para el cónyuge y sus herederos legales.
- Tramitación de la pensión de Viudedad y Orfandad.
- Obtención de Certificado de Fe de Vida.
- Asesoramiento en la tramitación sucesoria, no litigiosa: apertura de testamento, determinación del caudal hereditario, adjudicación y aceptación de herencia, etc.
- Tramitación de la carta de pago, cuantificación y gestión de la liquidación parcial, en su caso, del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones relativo al Capital de Fallecimiento asegurado.

c. Recopilación de la documentación necesaria para el cobro del Capital Asegurado en caso de fallecimiento:

- Declaración de Siniestro.
- Certificado de Nacimiento del Asegurado, en extracto y literal.
- Certificado de Defunción del Asegurado, en extracto y literal.
- Obtención de Certificado del Registro de Actos de Últimas Voluntades y, en su caso, copia del último testamento del Asegurado o declaración de Herederos Ab Intestato.
- Certificado del médico o médicos que le hayan asistido, detallando historia clínica y naturaleza de la enfermedad o accidente que ocasionó la muerte.
- Documentos acreditativos de la personalidad de los herederos legales.
- Carta de Pago, o en su caso, declaración de exención del Impuesto General sobre Sucesiones y Donaciones relativo al Capital Asegurado.

El heredero legal deberá solicitar al Asegurador la prestación del Servicio de Gestoría y asesoría al producirse el fallecimiento del Asegurado, mediante llamada telefónica, por la que informará del siniestro ocurrido, e indicará **el domicilio donde el Asegurador habrá de presentarse, que será, salvo indicación en contra, el domicilio del Asegurado.**

Una vez el Asegurador se presente en el domicilio indicado, el Heredero legal para caso de fallecimiento deberá presentar los documentos acreditativos de su personalidad, así como facilitar toda la información oportuna al Asegurador para la gestión de los trámites.

Se excluye todo servicio que haya de prestarse fuera del ámbito geográfico de la Unión Europea, así como los trámites que requieran la intervención de autoridad u organismo oficial de país ubicado fuera de dicho espacio geográfico.

Quedan excluidos los trámites requeridos como consecuencia de proceso judicial, así como aquellos que presenten incidencias no comunes en el procedimiento administrativo a seguir ante organismos oficiales.

d. Gestión del final de la vida digital

Objeto del servicio

Esta prestación permite a los herederos legales del Asegurado fallecido solicitar la liquidación de la presencia de éste en Internet. Entre otros, se incluye la revisión y cierre de:

- Presencia en redes sociales
- Presencia en redes profesionales
- Blogs
- Cuentas de correo electrónico

Alcance del servicio

Los servicios incluidos son:

- Revisión, mediante todas las sesiones de control remoto necesarias, de todos los dispositivos tecnológicos que utilizaba el fallecido como ordenadores personales, tabletas, portátiles, móviles de última generación, etc. incluyendo la copia o borrado de archivos, la desinstalación de programas o el formateo de los dispositivos.
- En caso de resultar necesario, presencia de un técnico en el domicilio del Asegurado para la realización de estas tareas, en horario laborable, con un límite de 5 horas. Este servicio a domicilio no supondrá ningún coste adicional.

Exención de responsabilidad

La prestación del servicio resulta imposible si los familiares no disponen de las claves de acceso a correos electrónicos, páginas webs, redes sociales o foros de cualquier tipo.

El Asegurador declina cualquier responsabilidad sobre el tipo de información almacenada o recuperada así como de la pérdida de información por causas ajenas a su control.

Se excluye la prestación del servicio en caso de conflicto entre los herederos legales del Asegurado.

Garantía Segunda · Traslados y Asistencia en Viaje

La presente Garantía será aplicable a todos los asegurados que hayan suscrito la Garantía de Sepelio y así se especifique en las Condiciones Particulares. Consta de las siguientes coberturas:

a. Traslado Nacional e Internacional.
Libre Elección del Lugar de Inhumación en territorio español

En caso de fallecimiento del Asegurado en España o en cualquier lugar del mundo, el Asegurador organiza y se hace cargo del traslado del cuerpo desde el lugar del óbito, al cementerio o planta incineradora **dentro del territorio español** elegido libremente por los herederos legales del Asegurado fallecido, así como los gastos de embalsamamiento y de las formalidades administrativas, siempre que no exista impedimento alguno por parte de las autoridades para efectuar al traslado o medien causas de fuerza mayor y el traslado se realice por mediación de la empresa funeraria que el Asegurador designe al efectuarse la correspondiente declaración de fallecimiento.

Quedan excluidos de la presente garantía los gastos de inhumación y ceremonia, en cuyo caso se estará a lo establecido al efecto en el apartado referente a la garantía de Sepelio y a lo estipulado en las Condiciones Particulares.

Queda excluido con carácter general el Traslado que no haya sido comunicado previamente al Asegurador y para el que no se hubiera obtenido la correspondiente autorización.

Se excluye el traslado en caso de que el fallecimiento del Asegurado acontezca en aquellos países que se hallen en estado de guerra, insurrección o conflictos bélicos de cualquier clase o naturaleza, aún cuando no hayan sido declarados oficialmente.

En caso de hacer uso de esta garantía deben ponerse en comunicación con el número de teléfono que aparece en la tarjeta entregada a cada asegurado indicando: nombre del Asegurado, número de póliza, el lugar donde se encuentra y número de teléfono.

b. Asistencia en Viaje

Para poder beneficiarse de la Asistencia en Viaje, el Asegurado deberá ser residente en España.
Las prestaciones posteriormente definidas serán válidas con carácter anual, **siempre que el tiempo de permanencia del Asegurado en el extranjero, no sea superior a 90 días por viaje o desplazamiento**. Esta limitación no regirá cuando el desplazamiento sea dentro del territorio español.

Tienen validez en todo el mundo, a partir del límite provincial de residencia habitual del Asegurado, salvo en Baleares y Canarias donde la asistencia será prestada a más de 10 Km. del domicilio del Asegurado.

Las cuantías económicas que figuran como límite en cada una de las prestaciones de este contrato, se entienden como importes máximos acumulables durante la anualidad correspondiente.

Prestaciones de Asistencia en caso de Fallecimiento

Regreso anticipado de los asegurados acompañantes

Cuando al Asegurado se le haya trasladado por fallecimiento y esta circunstancia impida al resto de los Asegurados acompañantes su regreso hasta su domicilio por los medios inicialmente previstos, el Asegurador se hará cargo de los gastos correspondientes al transporte de los mismos hasta el lugar de su residencia habitual.

Acompañamiento de menores en caso de fallecimiento

Si a los Asegurados que viajen con hijos menores de 15 años, les surge durante la vigencia del contrato la imposibilidad de ocuparse de ellos por causa de fallecimiento cubierto por la póliza, el Asegurador organizará y tomará a su cargo el desplazamiento, ida y vuelta, de una persona residente en España designada por alguno de los Asegurados o su familia, o de una persona contratada por el Asegurador, al objeto de acompañar a los niños en su regreso a su domicilio habitual en España, y en el menor tiempo posible.

Acompañante de restos mortales

De no haber quien acompañe en su traslado los restos mortales del Asegurado fallecido, el Asegurador facilitará a la persona que designen los

beneficiarios, con domicilio habitual en España, un billete de avión en línea regular (clase turista) o tren (primera clase), para acompañar el cadáver.

Regreso del Asegurado en caso de defunción de un familiar

En caso de defunción en España del cónyuge, padres, hijos o hermanos del asegurado que se halle en un desplazamiento cubierto por la presente póliza, el Asegurador, comunicado el hecho, organizará y pondrá a disposición del mismo y para asistir al sepelio (**en el periodo máximo de 7 días desde el fallecimiento**) un billete de ida y vuelta en avión de línea regular (clase turista) o en tren (primera clase), o dos billetes de vuelta cuando se regrese junto a un acompañante también asegurado y hasta el lugar de inhumación en España.

Prestaciones de Asistencia para caso de enfermedad o accidente

Traslado sanitario en caso de enfermos y heridos

En caso de accidente o enfermedad del Asegurado durante la vigencia del contrato, y como conse¬cuencia de desplazamiento del lugar en que radica su domicilio habitual y siempre que le imposibilite continuar el viaje, el Asegurador, tan pronto sea avisado, organizará los contactos necesarios entre su servicio médico y los médicos que atienden al Asegurado. Cuando el servicio médico del Asegurador autorice el traslado del Asegurado a un centro hospitalario mejor equipado o especializado cerca de su domicilio habitual en España, el Asegurador efectuará dicho traslado según la gravedad del mismo, mediante:

- avión sanitario especial.
- helicóptero sanitario.
- avión línea regular.
- tren primera clase.
- ambulancia.

El avión sanitario especial, sólo se empleará en el ámbito geográfico de Europa y países ribereños del Mediterráneo.
Sólo se tendrán en cuenta las exigencias de orden médico para elegir el medio de transporte y el hospital donde deberá ser ingresado el Asegurado.

Si el Asegurado se negara a ser trasladado en el momento y condiciones determinadas por el servicio médico del Asegurador, se suspenderán automáticamente todas las garantías y gastos resultantes a consecuencia de esa decisión.

Gastos médicos en caso de accidente o enfermedad en el extranjero

En caso de enfermedad o accidente del asegurado acaecido en el extranjero durante el transcurso de un viaje, el Asegurador garantiza, durante la vigencia del Contrato **y hasta un máximo de 12.000 €, por período contratado y a cada Asegurado, con franquicia de 30€**, los gastos enumerados a continuación:

- Honorarios médicos.
- Medicamentos recetados por un médico o cirujano.
- Gastos de hospitalización.
- Gastos de ambulancia ordenados por un médico para un trayecto local.

En caso de que el Asegurador no haya intervenido directamente y para que tales gastos sean reembolsables, se deberán presentar las corres¬pon-dientes facturas originales, que deberán ir acompañadas del informe médico completo, con sus antecedentes, diagnóstico y tratamiento, que permita establecer el carácter de la enfermedad.

En cualquier caso, los primeros 30 € son a cargo del asegurado.

Los gastos ocasionados serán en todo caso motivo de subrogación por el Asegurador a las percepciones que tenga derecho el Asegurado, por prestaciones de Seguridad Social o por cualquier otro régimen de previsión al que estuviera afiliado.

Gastos odontológicos de urgencia en el extranjero

En aplicación de la garantía anterior y dentro del límite especificado en la misma, quedan cubiertos los gastos odontológicos **hasta un máximo de 300 €.**

Los gastos ocasionados serán en todo caso motivo de subrogación por el Asegurador a las percepciones que tenga derecho el Asegurado, por prestaciones de Seguridad Social o por cualquier otro régimen de previsión al que estuviera afiliado.

Prolongación de estancia en hotel por enfermedad o accidente en el extranjero

Cuando la naturaleza de la enfermedad o accidente imposibilite continuar el viaje, aunque no hiciera necesario el ingreso en clínica o centro hospita-lario, el Asegurador abonará los gastos que se deriven de la prolongación de estancia en hotel, prescrita por un médico, **hasta 150 € por día y persona enferma o accidentada y hasta un máximo de 10 días.**

Regreso anticipado de los Asegurados acompañantes

Cuando al Asegurado se le haya trasladado, por enfermedad o accidente y esta circunstancia impida al resto de los Asegurados acompañantes su regreso hasta su domicilio por los medios inicialmente previstos, el

Asegurador se hará cargo de los gastos correspondientes al transporte de los mismos hasta el lugar de su residencia habitual o hasta el lugar donde esté hospitalizado el Asegurado trasladado.

Envío de medicamentos

En caso que el Asegurado necesite un medicamento que no pueda adquirirse en el lugar donde se encuentre, el Asegurador se encargará de localizarlo y enviárselo por el medio más rápido y con sujeción a la Legislación Local.

Quedan excluidos los casos de abandono de la fabricación del medicamento y su no disponibilidad en los canales habituales de distribución en España.

El Asegurado tendrá que reembolsar al Asegurador, a la presentación de la factura, el precio del medicamento.

El Asegurador únicamente asumirá la organización del envío, así como el coste de este para paquetes de un peso máximo de 10 kilogramos.

Desplazamiento de una persona para acompañar al Asegurado hospitalizado

Si el Asegurado, durante el viaje, debe estar hospitalizado más de cinco días y ningún familiar directo se encuentra a su lado, el Asegu¬rador pondrá un billete de avión línea regular (clase turista) o tren (primera clase) ida y vuelta, a disposición de un acompañante con domicilio habitual en España.

El Asegurador abonará en concepto de gastos de estancia, el alojamiento en hotel, previa presentación de las facturas correspondientes **hasta 150 Euros por día y hasta un máximo de 10 días.**

Acompañamiento de menores en caso de enfermedad o accidente

Si a los asegurados que viajen con hijos menores de 15 años, les surge durante la vigencia del contrato la imposibilidad de ocuparse de ellos por causa de enfermedad o accidente, cubierto por la póliza, el Asegurador organizará y tomará a su cargo el desplazamiento, ida y vuelta, de una persona residente en España designada por el Asegurado o su familia, o de una persona contratado por el Asegurador, al objeto de acompañar a los niños en su regreso a su domicilio habitual en España, y en el menor tiempo posible.

Otras prestaciones de Asistencia en Viaje

Búsqueda y localización de equipajes

En caso de que el Asegurado sufra una demora o pérdida de su equipaje, el Asegurador le asistirá en su búsqueda y localización, asesorándole en la gestión para interponer la correspondiente denuncia. Si el equipaje es localizado, el Asegurador lo expedirá hasta el domicilio habitual del Asegurado en España, siempre que no sea necesaria la presencia del propietario para su recuperación.

Envío de documentos y objetos personales

El Asegurador organizará y tomará a su cargo el coste del envío de los objetos imprescindibles para el transcurso del viaje y olvidados en el domicilio antes del inicio del mismo. Esta garantía se extiende igualmente al envío al domicilio de aquellos objetos olvidados durante su viaje o recuperados después de un robo durante el mismo.

El Asegurador únicamente asumirá la organización del envío, así como el coste de éste para paquetes de un peso máximo de 10 kilogramos.

Transmisión de mensajes urgentes

El Asegurador a través de un servicio de 24 horas, aceptará y transmitirá mensajes urgentes de los Asegurados, siempre que estos no dispongan de otros medios para hacerlos llegar a su destino y siempre que estos sean consecuencia de una garantía cubierta por el contrato.

Adelanto de fondos

El Asegurador adelantará fondos al Asegurado, en caso de necesidad, **hasta el límite de 1.500 €**. El Asegurador solicitará al Asegurado algún tipo de aval o garantía que le asegure el cobro del anticipo. En cualquier caso, las cantidades adelantadas deberán **ser devueltas al Asegurador en el plazo máximo de 30 días.**

Pago de emergencia a hospitales

El Asegurado recibirá ayuda en la gestión, e incluso un adelanto, para los pagos a servicios médicos que exijan garantía y/o adelanto de pago.

El Asegurador se reserva el solicitar del Asegurado algún tipo de aval o garantía que le asegure del cobro del anticipo. En cualquier caso, las cantidades adelantadas deberán **ser devueltas en el plazo máximo de 30 días.**

Servicio de Información

El Asegurador dispondrá para todos los Asegurados de un servicio gratuito e ininterrumpido de 24 horas, todos los días del año, para facilitar todo tipo de información turística, de formalidades administrativas, de informaciones médicas, de condiciones de viaje y de vida local, medios de transporte, alojamientos, restaurantes, callejeros de las principales ciudades europeas, estado de las carreteras, etc.

Exclusiones de las Prestaciones por **Asistencia en Viaje**

Las presentes prestaciones cesarán en el momento que el Asegurado regrese a su domicilio habitual o lugar de residencia en España, o cuando haya sido repatriado, por el Asegurador, hasta su domicilio o centro hospitalario cercano a este.

Quedan excluidas con carácter general aquellas prestaciones que no hayan sido comunicadas previamente al Asegurador y aquellas para las que no se hubiera obtenido la correspondiente autorización.

En cualquier caso **quedan excluidas** de las garantías aseguradas los daños, situaciones, gastos y consecuencias derivadas de:

a) Enfermedades, lesiones o afecciones preexistentes o crónicas, padecidas por el Asegurado con anterioridad a la firma del contrato, así como aquellas que se manifiesten con anterioridad al inicio del viaje.

b) Renuncia, retraso o adelanto voluntario por parte del Asegurado al traslado sanitario propuesto por el Asegurador y acordado por su servicio médico.

c) Enfermedades mentales, revisiones médicas de carácter preventivo (chequeos), curas termales, cirugía estética, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y aquellos casos en que el viaje tenga por objeto recibir tratamiento médico o intervención quirúrgica. Asimismo, queda excluido el diagnóstico, seguimiento y tratamiento del embarazo, interrupción voluntaria del mismo y partos, salvo que se trate de atención de carácter urgente, y siempre anterior al sexto mes.

d) Accidentes laborales que sufran personas en el ejercicio de su propia actividad calificada de riesgo y las enfermedades profesionales derivadas de su propia actividad.

e) La participación del Asegurado en apuestas, desafíos o riñas.

f) La práctica de deportes en competición o competición motorizada (carrera o rally), así como la práctica de actividades peligrosas o de riesgo enumeradas, a continuación:

- Boxeo, halterofilia, lucha (en sus distintas clases), artes marciales, alpinismo con acceso a glaciares, deslizamiento en trineos, inmersión con aparatos respiratorios, espeleología y esquí con saltos de trampolín.
- Deportes aéreos en general.
- Deportes de aventura, tales como rafting, puenting, hidrospeed, barranquismo y similares.
- Esquí y demás deportes de invierno.

g) Suicidio, intento de suicidio o autolesiones del Asegurado.

h) Rescate de personas en montaña, sima, mar o desierto.

i) Las enfermedades o accidentes derivados del consumo de bebidas alcohólicas, estupefacientes, drogas o medicamentos, salvo que estos últimos hayan sido prescritos por un médico.

j) Actos dolosos del Tomador, Asegurado o Beneficiarios de estos.

k) Guerras, manifestaciones, insurrecciones, movimientos tumultuosos populares, actos de terrorismo, sabotajes y huelgas, estén o no declaradas oficialmente. La transmutación del núcleo del átomo, así como de las radiaciones provocadas por la aceleración artificial de partículas atómicas. Movimientos telúricos, inundaciones, erupciones volcánicas y, en general los que procedan del desencadenamiento de las fuerzas de la naturaleza. Cualquier otro fenómeno de carácter catastrófico extraordinario o acontecimiento que por su magnitud o gravedad sean calificados como catástrofe o calamidad.

Con independencia de lo anterior, quedan particularmente excluidas las siguientes situaciones:

a) El traslado sanitario de enfermos o heridos originado por afecciones o lesiones que puedan ser tratadas «in situ».

b) Los gastos de gafas y lentillas, así como la adquisición, implantación-sustitución, extracción y/o reparación de prótesis, piezas anatómicas y ortopédicas de cualquier tipo.

c) Los gastos médicos, quirúrgicos y farmacéuticos cuyo importe sea inferior a 30 €.

Normas para la utilización de la Asistencia en Viaje

La prestación del servicio de Asistencia en Viaje está sometida a las siguientes normas:

- En caso de asistencia deben ponerse en comunicación con el número de teléfono que aparece en la tarjeta entregada a cada asegurado indicando: nombre del Asegurado, número de póliza, el lugar donde se encuentra, número de teléfono y tipo de asistencia que precisa. Si el Asegurado actuase de forma contraria a las instrucciones impartidas por el Asegurador, serán de su cuenta los gastos en que incurra por dicho incumplimiento.

- Las conferencias telefónicas que se realicen desde el extranjero, se pueden solicitar por el sistema de cobro revertido, es decir, sin coste alguno para el Asegurado o Beneficiarios.

- El Asegurador se subroga, hasta el total del coste de los servicios prestados, en los derechos y acciones que correspondan al Asegurado contra toda persona responsable de los hechos y que hayan motivado su intervención.

- Cuando las prestaciones realizadas en ejecución del presente contrato sean cubiertas en todo o en parte por otra entidad aseguradora, por la Seguridad Social o por cualquier otra institución o persona, el Asegurador quedará subrogado en los derechos y acciones del Asegurado frente a la citada compañía o institución. A estos efectos el Asegurado se obliga a colaborar activamente con el Asegurador prestando cualquier ayuda u otorgando cualquier documento que pudiera considerar necesario.

- En cualquier caso el Asegurador tendrá derecho a utilizar o a solicitar del Asegurado el reembolso del título de transporte (billete de tren, de avión, etc.) detentado por este, cuando los gastos de regreso hayan corrido a cargo del Asegurador.

- Acaecido un siniestro, el Asegurador no asumirá ninguna responsabilidad respecto a las decisiones y actuaciones que adopte el Asegurado, contrarias a sus instrucciones o las de su Servicio Médico.

COBERTURAS OPTATIVAS

Garantía Tercera · Servicios complementarios familiares

a. Servicios de Orientación Telefónica

Por esta cobertura, los asegurados que la hayan contratado expresamente, tendrán a su disposición los siguientes Servicios de Orientación Telefónica:

Consulta Médica Telefónica

El Asegurador garantiza la prestación de un servicio de Consulta Médica Telefónica a todos los Asegurados especificados en las Condiciones Particulares.

A través de una línea telefónica disponible las 24 horas, los 365 días del año, el Asegurador atenderá sin ofrecer diagnóstico, a través de operadores médicos generales, las siguientes peticiones de información:

- Información médica referente a síntomas y enfermedades.
- Información sobre la correcta utilización de medicamentos.
- Asesoramiento en el entendimiento de informes médicos, de laboratorio, etc.
- Asesoramiento sobre preparación de pruebas médicas.
- Información sobre salud infantil y vacunas.
- Relación de centros médicos, hospitales y farmacias de guardia en España.
- Asesoramiento sobre dietas, ejercicio físico, etc.
- Información sobre salud alimenticia.
- Recomendación o derivación a servicios de urgencias médicas.

Asimismo y a petición del Asegurado, el Asegurador podrá prestar los siguientes servicios cuyos costes irán a cargo del Asegurado:

- Servicio de atención médica domiciliaria las 24 horas del día, todos los días del año.
- Determinación, en cada caso, del recurso médico o nivel asistencial necesario más adecuado según la valoración médica realizada por el Asegurador.
- Control del proceso de visitas médicas o de enfermería a domicilio.
- Activación y Coordinación del recurso médico activado (médico, DUE, ambulancia).
- Seguimiento de los casos mediante llamadas de control posterior a la visita a domicilio por el médico o al envío de ambulancia.

El Asegurado contactará con el equipo médico quien valorará su caso y procederá al envío del recurso médico necesario. El Asegurador buscará un proveedor en la zona y llamará al Asegurado para confirmar el servicio y el precio. El pago de la visita correrá a cuenta del Asegurado, que será previamente informado de las condiciones y el importe del servicio solicitado.

Orientación Psicológica Telefónica

El Asegurador garantiza la prestación de un servicio de Orientación Psicológica Telefónica a todos los Asegurados especificados en las Condiciones Particulares.

El servicio de Orientación Psicológica Telefónica ofrece un apoyo puntual, no de urgencia, al Asegurado:

- Ofreciéndole contención emocional, valoración de riesgo, evaluación del soporte familiar o entorno del afectado.
- Ofreciéndole información de los recursos asistenciales disponibles.
- Realizando un seguimiento personalizado mediante un plan de seguimiento telefónico del paciente.

El objetivo principal es recuperar la autonomía del paciente en el menor tiempo posible, después de un “shock” emocional, estrés post-traumático, etc.

Para la prestación del servicio de Orientación Psicológica Telefónica se establece el siguiente protocolo de actuación:

- Las llamadas serán previamente atendidas por la Plataforma de Orientación Médica. Posteriormente un equipo de psicólogos acordará la hora y el día para realizar la sesión telefónica.
- El equipo de psicólogos del Asegurador estará disponible vía telefónica, **en horario de lunes a viernes, entre las 9 y las 22 horas,** ofreciendo una atención flexible y de fácil acceso.
- Cada caso se atenderá de forma personalizada, y con absoluta confidencialidad.
- Tras la entrevista inicial, se realizará un seguimiento en función de las necesidades específicas de cada caso y su evolución, con un **máximo de cinco sesiones telefónicas de 30 minutos de duración cada una.**
- A través de este servicio se podrá valorar la necesidad de acudir a una terapia, o si la situación puede abordarse dando prioridad a los propios recursos y contando con un seguimiento telefónico, la persona pueda recuperar su autonomía en el menor tiempo posible.

Áreas de consulta más frecuentes:

- Trastorno de ansiedad
- Crisis de ansiedad
- Ataque de pánico

- Sintomatología fóbico-obsesiva
- Somatización
- Trastorno depresivo
- Problemática relacional, laboral.
- Problemas familiares o de pareja
- Acompañamiento tras un diagnóstico de patología grave.
- Dudas sobre comportamiento infantil y adolescente.
- Dudas acerca de un diagnóstico o tratamiento.

Consulta Jurídica Telefónica

El Asegurador garantiza la prestación de un servicio de Consulta Jurídica Telefónica a todos los Asegurados especificados en las Condiciones Particulares.

Este servicio dará respuesta a cualquier consulta de carácter jurídico o legal planteada por el beneficiario referente a su ámbito personal y circuns¬crito a la legislación española.

El horario de consultas será de 9 a 19 horas de lunes a viernes (excepto festivos de carácter nacional). Existirá un plazo máximo de respuesta de 24 horas y ésta será siempre telefónica.

Este servicio se prestará verbal y telefónicamente, excluyéndose la redacción de informes o dictámenes.

El Asegurado tendrá derecho a una primera consulta gratuita en el despacho colaborador de la Aseguradora más cercano a su domicilio. En caso de necesitar los servicios de un letrado se le aplicará una tarifa bonificada.

Orientación Social Telefónica

El Asegurador garantiza la prestación de un servicio de Orientación Social Telefónica a todos los Asegurados especificados en las Condiciones Particulares.

El Asegurador prestará orientación y asesoramiento telefónico al Asegu¬rado respecto a:

- Recursos sociales y asistenciales del Municipio y de la Comunidad de carácter general y específicos.
- Tutela del Mayor.
- Teleasistencia, Ayuda domiciliaria, Centros de día, Residencias, Ayudas Técnicas.
- Incapacitación.
- Situaciones de riesgo social y familiar.
- Localización de recursos.
- Dependencia y trastornos degenerativos: recursos sociales y sanitarios, Voluntariado, Asociaciones.

Este servicio se prestará en horario de 9:00 a 19:00 del Lunes a Viernes (excepto festivos de carácter nacional).

b. Teleasistencia

El Asegurador garantiza la prestación de un servicio de Teleasistencia a todos los Asegurados especificados en las Condiciones Particulares.

Para tener derecho al servicio de Teleasistencia el Asegurado deberá presentar, debido a un accidente o enfermedad grave, un estado de inmovilización domiciliaria prescrita facultativamente y previsiblemente superior a quince días.

En caso de concurrir esta circunstancia el Asegurador instalará el correspondiente aparato de alarma en el domicilio del Asegurado y este tendrá derecho, durante un periodo de seis meses, de forma gratuita, a las prestaciones indicadas en apartado siguiente.

El Asegurador comprobará periódicamente el funcionamiento del equipo de Telealarma procediendo a su sustitución, si fuera necesario, sin cargo alguno para el Asegurado.

El Asegurado deberá facilitar, en el correspondiente documento de inscripción, todos los datos necesarios para la correcta prestación del Servicio de Teleasistencia.

Prestaciones del Servicio de Teleasistencia

Búsqueda y envío de un médico

En caso que sea necesario, y siempre que no fuera posible localizar al médico habitual del Asegurado o los servicios de urgencia indicados por éste, el Asegurador se hará cargo de la búsqueda y envío de un médico a su elección.

Todos los gastos de desplazamiento, honorarios, curas y otros importes serán a cargo del Asegurado.

Envío de una ambulancia

En caso que sea necesario el Servicio de Teleasistencia organiza y toma a su cargo el transporte de Asegurado hasta el Centro Hospitalario más próximo a su domicilio o a cualquier Centro Hospitalario designado, siempre que se encuentre en un radio de 50 Km. del domicilio del Asegurado.

El Servicio toma a su cargo el coste siempre que se produzca la hospitalización pública o privada. En caso que el Asegurado tenga derecho al reembolso íntegro o en parte de estos costes por parte de algún organismo, el compromiso de la Teleasistencia se limita a la diferencia, si la hubiere, entre lo facturado y lo reembolsado al Asegurado por dicho organismo.

Servicio de Información

A petición expresa del Asegurado, con su autorización, el servicio de enlace de la Teleasistencia permite alertar a su familia o a la persona asignada en el documento de inscripción, en cuanto ocurra una enfermedad o un accidente corporal y le informa periódicamente de la evolución del estado de salud del Asegurado.

Intervenciones de Urgencia

En caso que el Asegurado realice una llamada mediante el equipo de Teleasistencia y la Central de Alarma del Servicio de Teleasistencia no pudiera establecer diálogo con el Asegurado, el Asegurador organizará automáticamente las ayudas de Urgencia necesarias, poniendo en marcha los mecanismos de intervención pertinentes para solventar tal eventualidad.

En este caso los gastos ocasionados por la intervención de los cuerpos de seguridad municipales, autonómicos y/o estatales, servicios de urgencia o personas y/o empresas solicitadas, serán a cargo del Asegurado.

Responsabilidad del Asegurador

El Asegurado exime al Asegurador de la responsabilidad, en la prestación del servicio de Teleasistencia, en los siguientes casos:

- Si no pudiera proceder a la prestación del servicio a causa de fallos en la red eléctrica o telefónica y en caso de fuerza mayor.
- Por la intervención de terceras personas, tanto si se trata de personas de contacto indicadas en el documento de inscripción como de otras.
- Por la responsabilidad civil por los daños materiales ocasionados como consecuencia de la entrada violenta en el domicilio del Asegurado, de acuerdo con los términos establecidos en el apartado Intervenciones de Urgencia del punto anterior.

c. Segunda Opinión Médica

La Compañía garantiza la prestación del servicio de Segunda Opinión Médica, por el que el usuario podrá obtener un informe de evaluación del caso por parte de expertos del máximo prestigio internacional sin necesidad de desplazamiento y en un breve plazo de tiempo, ante cualquier diagnóstico de las enfermedades graves que se indican a continuación:

- Oncología.
- Infarto Agudo de Miocardio.
- Patología de válvulas cardíacas.
- Patología de pared miocárdica.
- Trastornos de la conducción eléctrica cardíaca.
- Patología de las Arterias Coronarias.
  Cirugía de revascularización coronaria (by–pass).
- Aneurismas arteriales.
- Patología vascular isquémica de extremidades.
- Accidente vascular cerebral.
- Lesiones de la médula espinal.
- Enfermedades degenerativas y desmielinizantes del Sistema Nervioso.
- Trasplantes de órganos.
- Reimplantes de extremidades tras amputación accidental.
- SIDA.
- Pérdida aguda de visión.
- Colitis ulcerosa.
- Hepatitis.
- Cirrosis.
- Insuficiencia renal aguda y crónica.
- Síndromes y malformaciones congénitas.

Prestaciones del servicio de Segunda Opinión Médica

Esta cobertura incluye las siguientes prestaciones de servicio:

- Acceso a la opinión de una red internacional reconocidos expertos médicos para cualquier caso sometido a consideración.

- Acceso a un Consultor Médico Interno que aconsejará al paciente y a su familia, en la correcta cumplimentación del formulario de solicitud, las pruebas a adjuntar, la formulación de las preguntas a realizar al experto, e incluso facilitará la recopilación de dicha información.

- Envío de toda la documentación diagnóstica al especialista o especialistas seleccionados por la Compañía para emitir el informe de Segunda Opinión.

- Edición y revisión del informe de Segunda Opinión que incluye: resumen del caso, motivo de la consulta, informe de los médicos expertos seleccionados y currículum de cada uno de los especialistas que intervienen en el proceso de Segunda Opinión.

- Envío del Informe de Segunda Opinión Médica al domicilio del usuario.

- Apoyo continuado del Consultor Médico Interno previo a la recepción del Informe de Segunda Opinión Médica y para su posterior comprensión o dudas.

- Además, en caso de que un paciente decida desplazarse a otra provincia o al extranjero para algún tratamiento, se ofrecen los siguientes servicios de apoyo:

- Selección de Expertos y Centros Hospitalarios.
- Asesoramiento en caso de traslado del paciente.
- Ayuda en la gestión de citas con médicos y en los trámites de admisión en hospitales internacionales.
- Obtención de presupuestos, costes estimados de hospitalización y posibles descuentos.

• La Compañía gestionará la obtención, por parte del Asegurado, de los servicios especificados anteriormente, en ningún caso correrán a cargo de la Compañía los gastos que resulten de la utilización de los mismos.

Utilización y prestación de los servicios

Tendrán la condición de usuarios de este servicio los asegurados que figuran expresamente relacionados en las Condiciones Particulares de la póliza. Será condición indispensable para que la Compañía garantice la prestación de los servicios contemplados expresamente en esta cobertura, que el usuario solicite los mismos a través del número de teléfono facilitado, indicando la información siguiente:

- Nombre del Asegurado.
- Número de la Póliza.
- Domicilio.
- Teléfono de contacto.
- Servicios solicitados.

Para la utilización del servicio de Segunda Opinión Médica, el Asegurado deberá aportar su historial médico y el correspondiente primer diagnóstico efectuado por los médicos que le hayan atendido, así como cumplimentar y firmar el correspondiente formulario de solicitud.

d. Servicios de Ayuda a Domicilio

Por esta cobertura los Asegurados que constan en póliza tendrán a su disposición los siguientes Servicios de Ayuda a Domicilio:

Servicio de Telefarmacia

Este servicio será abonado por el Asegurado, previa aceptación de presupuesto.

En caso de que el Asegurado necesite un medicamento, un colaborador de la Aseguradora se personará, en el menor tiempo posible, en el domicilio del Asegurado con el fin de recoger la receta médica necesaria para la adquisición de la correspondiente medicina. Después, se dirigirá a la farmacia más próxima para adquirir el medicamento y lo entregará en mano en el domicilio del Asegurado, quién le satisfará el importe al que ascienda la factura del producto adquirido, así como el coste del servicio y el desplazamiento.

En aquellos casos en los que no fuese necesaria la receta médica para la compra del producto farmacéutico, el colaborador de la Aseguradora deberá

dirigirse directamente a la oficina de farmacia, sin necesidad de acudir previamente al domicilio del Asegurado, para adquirir el medicamento y lo entregará en mano en el domicilio del Asegurado, quién le satisfará el importe al que ascienda la factura del producto adquirido, así como el coste del servicio y el desplazamiento.

El Asegurado deberá facilitar el nombre comercial del producto y el tipo de presentación (comprimidos, ampollas, cápsulas, emulsiones, etc.).

El Asegurado abonará el Servicio de Telefarmacia en efectivo y en el acto de la entrega del medicamento.

Quedan excluidos los casos de abandono de la fabricación del medicamento y su no disponibilidad en los canales habituales de distribución en España.

Se excluyen los fármacos o medicamentos para cuya adquisición se precise el DNI del enfermo, así como los incluidos en el recetario especial de estupefacientes.

Servicio de Envío de Personal de Limpieza a Domicilio

Este servicio será abonado por el Asegurado, previa aceptación de presupuesto.

A petición del Asegurado, el Asegurador ofrece el servicio de envío de profesionales de limpieza para ayuda en el domicilio, limpieza y orden del mismo y lavado de ropa.

La solicitud del servicio deberá realizarse con una antelación mínima de dos días laborables a la fecha de prestación del servicio.

Los costes correspondientes a los honorarios de dicho profesional, así como del desplazamiento, correrán a cargo del Asegurado.

Este servicio estará sujeto a las disponibilidades locales.

Servicio de Catering a Domicilio

Este servicio será abonado por el Asegurado, previa aceptación de presupuesto.

A petición del Asegurado, el Asegurador pondrá en contacto e informará sobre empresas de comida a domicilio (teléfonos y direcciones).

Los costes correspondientes a los honorarios de dicho servicio, así como del desplazamiento, correrán a cargo del Asegurado.

Este servicio estará sujeto a las disponibilidades locales.

Servicio de Acompañamiento

Este servicio será abonado por el Asegurado, previa aceptación de presupuesto.

A petición del Asegurado, el Asegurador ofrece un servicio de acompañamiento para los casos que requieran de personal especializado y quisieran compañía para desplazamientos, convalecencias en un hospital o bien en el propio domicilio.

La solicitud del servicio deberá realizarse con una antelación mínima de dos días laborables a la fecha de prestación del servicio.
Los costes correspondientes a los honorarios de dicho profesional, así como del desplazamiento, correrán a cargo del Asegurado.

Este servicio estará sujeto a las disponibilidades locales.

Servicio de Peluquería y Podología a Domicilio

Este servicio será abonado por el Asegurado, previa aceptación de presupuesto.

A petición del Asegurado, el Asegurador gestionará la búsqueda y el envío a su domicilio de un peluquero o un podólogo. La solicitud deberá realizarse con una antelación mínima de dos días laborables a la fecha del servicio.

Los costes correspondientes a los honorarios de dicho profesional, así como del desplazamiento, correrán a cargo del Asegurado.

Este servicio estará sujeto a las disponibilidades locales.

Servicio de Asistencia a Animales Domésticos

Este servicio será abonado por el Asegurado, previa aceptación de presupuesto.

El Asegurador ofrece a los beneficiarios información y puesta en contacto sobre servicios de asistencia para animales domésticos proporcionada por profesionales, que cubran las siguientes prestaciones:

- Servicio de baño y peluquería.
- Acompañamiento de animales.
- Estancia en residencias.
- Envío de pienso y comida a domicilio.

La solicitud deberá realizarse con una antelación mínima de dos días laborables a la fecha del servicio.
Los costes correspondientes a los honorarios de dicho profesional, así como de los productos y del desplazamiento, correrán a cargo del Asegurado.

Este servicio estará sujeto a las disponibilidades locales.

Servicio de Asistencia Veterinaria a Domicilio

Este servicio será abonado por el Asegurado, previa aceptación de presupuesto.
A petición del Asegurado, el Asegurador gestionará la búsqueda y el envío a su domicilio de un veterinario profesional, que proporcione los cuidados y tratamientos que el animal requiera. Los servicios que serán prestados son:

- Atención de veterinario.
- Traslado a clínica veterinaria.
- Servicio de atención en la defunción.
- Estancia en residencias.

Los costes correspondientes a los honorarios de dicho profesional, así como de los productos y del desplazamiento, correrán a cargo del Asegurado.

Este servicio estará sujeto a las disponibilidades locales.

e. Acceso a Servicios Médicos y Dentales

Los servicios ofrecidos por esta cobertura quedan circunscritos al ámbito de este contrato, siendo independientes las prestaciones ofrecidas por cualquier otro de similares características, a las cuales tenga derecho el Asegurado a través de otra póliza del Asegurador.

Por esta cobertura no se entregarán indemnizaciones en metálico en sustitución de la prestación de los servicios indicados.

Todos los Asegurados especificados en las Condiciones Particulares, que tengan contratada esta garantía, tendrán a su disposición el acceso a los siguientes Servicios Médicos y Dentales:

Acceso a red de Servicios Médicos

Este servicio permite la utilización por parte del Asegurado de una red de profesionales y/o centros médicos a nivel nacional, a un precio previamente concertado por el Asegurador.

Los Servicios Médicos utilizados serán abonados por el Asegurado, previa aceptación de presupuesto.

El Asegurador gestionará la consulta médica solicitada telefónicamente por el Asegurado, que especificará la especialidad solicitada, tipo de consulta y localidad.

El Asegurador tomará nota de la petición y realizará las gestiones necesarias para poder responder en un plazo inferior a tres días laborables.

Un asesor personalizado llamará al Asegurado informándole de la disponibilidad del servicio, datos del centro o especialista, precio del servicio y, en caso necesario, fecha en la que el centro o especialista puede realizar la consulta.

Servicio Médico Domiciliario

El Asegurador prestará un servicio de atención médica domiciliaria al Asegurado mediante el envío de un profesional médico para atenderle en su domicilio.

Las visitas domiciliarias sólo se efectuarán cuando la enfermedad que aqueje al Asegurado provoque que éste no pueda trasladarse a la consulta del médico. Se excluyen las urgencias vitales, que serán remitidas a los servicios públicos.

El Asegurado renuncia expresamente al Servicio Médico Domiciliario en caso de residir en poblaciones donde el Asegurador no disponga de este Servicio concertado.

El Servicio Médico Domiciliario incluye, sin coste para el Asegurado, un máximo de 5 visitas domiciliarias por anualidad de Seguro.

Test de Hábitos Saludables

Por el servicio de Test de Hábitos Saludables, el Asegurado podrá realizar telefónicamente un Test de Prevención con un equipo médico especialista y conocer su perfil de riesgo, así como las medidas personalizadas para mejorar su salud.

Este servicio incluye:

- Realización del Test.
- Envío de recomendaciones personalizadas mediante correo electrónico.
- Llamada al equipo médico para comentar los resultados del Test.

Servicio de Asesor Nutricional

Por el servicio de Asesor Nutricional el Asegurado podrá solicitar consejos sobre nutrición y dietética a un equipo de especialistas médicos.

Este equipo médico contactará con el cliente y realizará un breve cuestionario telefónico en base al cual enviará un informe con recomendaciones sobre Nutrición y Dietética.

Cada caso se atenderá de forma personalizada y con absoluta confidencialidad.

Tras el cuestionario y el envío de la información inicial, el Asegurado tendrá la posibilidad de contactar de nuevo con el equipo de Nutrición y Dietética para realizar un seguimiento. Este servicio estará disponible vía telefónica, en horario de lunes a viernes, entre las 9 y las 20 horas.

Áreas de consulta más frecuentes:

- Consejos sobre nutrición y alimentos.
- Consejos para la alimentación de niños.
- Dietas para pacientes con alergias alimentarias.
- Dietas para pacientes con problemas de colesterol, hipertensión, diabetes, etc.
- Recomendaciones generales para personas que quieran perder peso.

Servicios exclusivos de Asistencia Médica para mayores de 60 años

Médico Personal

Se trata de un servicio que permitirá tener a disposición del cliente un médico personal que pueda asesorarle en:

- Resolución de dudas médicas concretas.
- Recomendación de pruebas médicas a realizar.
- Recomendación de especialistas más adecuados a su dolencia.

El objetivo es que, dicho médico, se convierta en la persona de confianza del paciente en su toma de decisiones respecto a salud.

El asegurado solicitará el servicio en el teléfono que figura en las Condiciones Particulares. En el plazo máximo de 24 horas se le asignará un médico personal, que se pondrá en contacto directamente con el paciente, dando resolución a su duda. El asegurado pondrá utilizar el servicio tantas veces como desee.

Acceso a chequeos médicos presenciales

Se trata de un servicio que permitirá al asegurado acceder a un chequeo médico a través de centros preseleccionados y precios preferenciales.

En general, los chequeos se ofrecen dos modalidades de chequeos:

- BÁSICO:

  - Visita médica con cuestionario de exploración
  - E.K.G. simple
  - Analítica básica
  - Hemograma
  - Perfil hepático- renal
  - Glucosa, Ácido Úrico, Urea
  - PSA

- COMPLETO:

  - Proceso guiado por azafata
  - Visita médica con cuestionario de exploración
  - Prueba de esfuerzo (ergometría)
  - Analítica básica
  - Hemograma
  - Perfil hepático-renal
  - Glucosa, Ácido Úrico, Urea
  - PSA
  - Serología (Hepatitis, etc.)
  - Sedimento Orina

El asegurado podrá conocer la disponibilidad de centros, tipos de chequeos y precios en el teléfono que figura en las Condiciones Particulares. El cliente deberá abonar los chequeos en el propio centro.

Acceso a Red de servicios Dentales

Este servicio permite la utilización por parte del Asegurado de una red de profesionales médico-odontoestomatológicos a nivel nacional, a un precio previamente concertado por el Asegurador.

Los servicios dentales utilizados serán abonados por el Asegurado, previa aceptación de presupuesto, de conformidad con el baremo de precios máximos vigente en cada momento.

El Asegurador gestionará la petición realizada por el Asegurado que especificará, vía telefónica, el tipo de acto solicitado y la localidad de prestación del servicio.

El Asegurador informará de la disponibilidad del servicio, datos del centro o especialista, precio del servicio y, en caso necesario, fecha en la que el centro o especialista puede realizar la consulta.

Actos odontoestomatológicos sin coste

Este servicio incluye, sin coste para el Asegurado, los siguientes actos odontoestomatológicos, siempre y cuando sean realizados por los especialistas que formen parte en cada momento el Cuadro Médico del Asegurador:

1. **para todos los asegurados:**

- Diagnóstico Oral:
  - Examen inicial oral y diagnóstico
  - Presupuesto
  - Examen de urgencia
  - Consulta profesional
  - Revisiones

- Radiografías (prescritas por especialista del Cuadro Medico):
  - Radiografía periapical
  - Radiografía oclusal
  - Radiografía de aleta

- Odontología Preventiva:
  - Tartrectomía (limpieza de boca anual)
  - Pulido de dientes (pasta fluorada)
  - Utilización de bicarbonato (manchas rebeldes)
  - Educación de higiene oral
  - Enseñanza en técnicas de cepillado
  - Planificación de dieta para control de caries
  - Tinción e índice de placa

- Operatoria dental:
  - Obturación/empaste provisional
  - Recubrimiento pulpar directo
  - Colocación de pins
  - Colocación intrarradicular de perno, poste o perno prefabricado
  - Impresión directa de muñón preprotésico
  - Odontoplastia irregularidades inestéticas (remodelado incisal…)
  - Pulido de amalgamas
  - Control postoperatorio

- Periodoncia:
  - Valoración periodontal (sondaje)
  - Aplicación local de quimioterápicos

- Prótesis:
  - Exploración y evaluación específica rehabilitación protésica
  - Impresión dentoalveolar y positivado del modelo
  - Zocalado especial de modelos
  - Obtención de registros intermaxilares
  - Examen oclusal
  - Ajustes oclusales a prótesis ya colocadas
  - Ajuste oclusal mediante equilibrado selectivo
  - Rebase o acondicionador provisional de prótesis removibles

- Cirugía oral:
  - Extracción diente temporal
  - Extracción dental simple
  - Retirada de puntos
  - Extracción de cuerpo submucoso

- Implantología:
  - Examen implantológico
  - Tornillo/tapa de cierre
  - Pilar de cicatrización
  - Réplica implante
  - Fenestración para descubrir implante

2. además de los anteriores actos odontoestomatológicos, **para todos los asegurados menores de 14 años y mayores de 60:**

- Radiografías (prescritas por especialista del Cuadro Medico):
  - Ortopantomografía
  - Radiografía lateral (Telerradiografía)
  - Radiografía de A.T.M.
  - Serie radiográfica periodontal

- Exámenes complementarios:
  - Test microbiológicos (Alban, Lactobacilos, Streptococos,...)
  - Estudios bioquímicos de acidez de saliva
  - Extracción de sangre para distintos perfiles

- Odontología Preventiva:
  - Aplicación tópica de flúor (máximo dos al año)
  - Sellado de puntos y fisuras (molares permanentes)

- Cirugía Oral:
  - Extracción complicada y/o sutura
  - Extracción compleja de raíces
  - Extracción quirúrgica cordal semiincluido
  - Extracción diente retenido en tejido óseo (con odontosección y/u osteotomía)
  - Alveolotomía conductora (exposición diente no erupcionado)
  - Apertura y drenaje de abscesos
  - Frenectomía
  - Quistectomía con o sin extracción dental
  - Cirugía menor (tejidos blandos)
  - Cirugía preprotésica
  - Ostectomía (eliminación de exostosis, toru,...)
  - Acondicionado de tejidos prótesis removibles
  - Reimplantación-estabilización de diente avulsionado o subluxado
  - Sutura de herida reciente < 5 cm.
  - Sutura complicada ó > 5 cm.
  - Sialolitotomía
  - Cierre fístula oro-antral o perforación seno

3. además de los anteriores actos odontoestomatológicos, **para todos los asegurados menores de 14 años (incluidos):**

- Plan Dental Infantil: prestación de prevención y tratamiento básico y que hayan pasado una revisión anual, que añade a los actos anteriores, los siguientes:

ODONTOPEDIATRÍA:

- Obturación (empaste)
- Reconstrucción
- Corona prefabricada acero inoxidable
- Recubrimiento pulpar indirecto
- Pulpotomía
- Apicoformación (por visita)
- Apertura y drenaje pulpar (cura)
- Sellado de puntos y fisuras 1er y 2º molar permanente

MANTENEDORES DE ESPACIO:

- Fijo unilateral
- Removible acrílico
- Recementado mantenedor

No está incluido ningún tratamiento en dentición temporal (dientes de leche) salvo las extracciones, es decir, concretamente están excluidas las obturaciones (empastes), las endodoncias, las prótesis dentarias y la ortodoncia. La exclusión de los tratamientos en dentición temporal es la norma de cualquier plan dental infantil.

Ningún programa estatal o privado contempla los tratamientos en dientes de leche.

4. además de los anteriores actos odontoestomatológicos descritos en los apartados 1 y 2, **para todos los asegurados mayores de 60 años (incluidos):**

• Plan Senior:

- Estudio clínico con examen especial de abrasiones, caries radiculares e interproximales.
- Revisiones periódicas y autoexamen.
- Diagnóstico periodontal con sondaje.
- Estudio de la oclusión.
- Diagnóstico de las alteraciones tejidos blandos con especial énfasis en el diagnóstico precoz del cáncer.
- Educación para la salud: enfermedades de mayor prevalencia, control dieta cariogénica, normas higiene bucodental...
- Enseñanza del manejo de las prótesis y reajustes.
- Administración de fluoruros y/o desensibilizantes.

• Prótesis:

- Primer rebase en prótesis removible nueva realizada en la propia clínica concertada.

El importe correspondiente a cualquier otro acto odontoestomatológico distinto a los enumerados anteriormente, deberá ser siempre abonado por el Asegurado.

En cualquier caso, quedan excluidos los gastos hospitalarios y de anestesia.

Garantía Cuarta · Fallecimiento o Invalidez Absoluta y Permanente por Accidente

Descripción de la Garantía

Por la presente Garantía, en caso de que el Asegurado sufriera un Accidente, y como consecuencia del mismo, tuviera lugar su fallecimiento o la Invalidez Absoluta y Permanente, el Asegurador pagará al Beneficiario designado el Capital indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, siempre que el fallecimiento o la Invalidez Absoluta y Permanente, así como el accidente, se produzcan durante la plena vigencia de la póliza, y esta cobertura esté expresamente contratada para el Asegurado afectado.

El pago del Capital Asegurado como consecuencia de una Invalidez Absoluta y Permanente por Accidente del Asegurado, supone la extinción automática de la presente Garantía.

A efectos de la presente garantía, se considera Invalidez Absoluta y Permanente por Accidente la situación física y/o psíquica irreversible, determinante de la ineptitud total y permanente del Asegurado para el ejercicio de cualquier actividad profesional o laboral retribuida, de forma autónoma o por cuenta ajena, así como para el normal desenvolvimiento de sus actividades cotidianas, provocada por un Accidente.

Una Invalidez será considerada Absoluta y Permanente y, por tanto generadora del derecho al cobro de la prestación, cuando sea calificada como tal mediante diagnóstico médico emitido por el Servicio Médico del Asegurador.

En caso de discrepancia sobre la causa del fallecimiento o la invalidez, las partes se obligan a solventar las diferencias por medio de peritos médicos en la forma prevista en los artículos 38 y 39 de la Ley de Contrato de Seguro.

La presente Garantía es complementaria a la Garantía de Sepelio, quedando automáticamente resuelta al extinguirse esta última.

Requisitos para el cobro de la prestación

El Beneficiario deberá solicitar al Asegurador el pago del Capital asegurado, presentando la Declaración de Siniestro acompañada de la siguiente documentación:

- En caso de Fallecimiento, Certificado de Defunción y Certificado del Juzgado exponiendo ampliamente las causas determinantes del Accidente.

- En caso de Invalidez, Certificado de los médicos que hayan asistido al Asegurado, exponiendo el origen, evolución y naturaleza del accidente que le causó la Invalidez, así como grado y pronóstico de la misma.
- Documentos acreditativos de la personalidad de los Beneficiarios o cesionarios de estos, o de quienes representen o deban representar a unos y a otros por cualquier circunstancia.
- Certificado del Registro de Actos de Últimas Voluntades y, en su caso, copia del último testamento del Asegurado o declaración de Herederos Ab Intestato.
- Carta de pago o, en su caso, declaración de exención del Impuesto General sobre Sucesiones y Donaciones.
- En caso de Invalidez, el Asegurado deberá contestar con exactitud a cuantas preguntas al respecto le formule el Asegurador, suministrar las pruebas que se le pidan y dejarse visitar y reconocer por los médicos de la misma.

Exclusiones

a) El fallecimiento o la invalidez provocada voluntariamente por el Asegurado, o por el Beneficiario del Seguro.

b) El accidente en que se produzca la muerte del Asegurado causada por infarto de miocardio.

c) El fallecimiento o la invalidez derivada de accidentes que sobrevengan al Asegurado por los efectos del alcohol o el uso de estupefacientes no prescritos médicamente.

d) El fallecimiento o la invalidez por Accidente producido como consecuencia de un acto de imprudencia temeraria o negligencia grave del Asegurado, declarado judicialmente de esta forma, así como el derivado de la participación de aquel en actos delictivos, desafíos o riñas, siempre que en este último caso no hubiera actuado en legítima defensa, o en tentativa de salvamento de personas o bienes.

e) Los accidentes sobrevenidos durante viajes submarinos o por vía aérea, en aeronaves no autorizadas para el transporte de pasajeros, así como en planeadores y vuelos ala delta.

f) Los accidentes ocurridos en la práctica de competiciones de velocidad o habilidad, en vehículos motorizados, en que el Asegurado ocupe plaza como piloto, copiloto o pasajero.

g) La práctica de espeleología, submarinismo con escafandra autónoma, o cualquier otro deporte con carácter competitivo.

h) Los accidentes derivados de la participación del Asegurado en cualquier hecho notoriamente temerario realizado por aquel.

i) El fallecimiento y la invalidez como consecuencia de Accidente originado con anterioridad a la entrada en vigor de este Seguro.

j) El fallecimiento y la invalidez producidos como consecuencia de intervención quirúrgica.

Garantía Quinta · Subsidio diario por Hospitalización

Descripción de la Garantía

El Asegurador garantiza al Asegurado el pago del Capital Asegurado por cada día de duración del siniestro según lo establecido en las Condiciones Particulares.

Durante el Período de Indemnización establecido en las Condiciones Particulares, si como consecuencia de enfermedad o accidente, el Asegurado debiera ser hospitalizado, el Asegurador garantiza el pago del Capital Asegurado correspondiente a esta garantía de acuerdo a lo reflejado en las Condiciones Particulares por permanencia ininterrumpida en un centro sanitario, clínica u hospital.

Las hospitalizaciones sucesivas por una misma causa tendrán la consideración de un sólo periodo de hospitalización.

En casos de hospitalización por cualquier tipo de parto, ya sea sencillo o múltiple, normal o distócico, el Asegurador satisfará **un único pago equivalente a diez veces el Capital Asegurado** establecido en Condiciones Particulares.

El devengo del Capital Asegurado se realizará por períodos completos de 24 horas contados desde la fecha y hora del ingreso del Asegurado en el centro sanitario, clínica u hospital. En ningún caso se indemnizará Capital alguno por aquellas hospitalizaciones inferiores a 24 horas.

Adicionalmente, si durante el Período de Indemnización establecido en las Condiciones Particulares, a consecuencia de enfermedad o accidente, el Asegurado debiera ser hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos, el Asegurador garantiza **el pago de un Capital adicional, equivalente al Capital Asegurado contratado para esta garantía**, por permanencia ininterrumpida en la UVI/UCI de un centro sanitario, clínica u hospital, con el alcance y límites establecidos en la póliza. El devengo del Capital Asegurado se realizará por períodos completos de 24 horas contados desde la fecha y hora del ingreso del Asegurado en la UVI/UCI del centro sanitario, clínica u hospital.

Para los Asegurados con una edad superior a 69 años cumplidos, la cobertura de la presente garantía queda limitada al subsidio diario por Hospitalización en caso de intervención quirúrgica.

La presente Garantía es complementaria a la Garantía de Sepelio, quedando automáticamente resuelta al extinguirse esta última.

Alcance de la Garantía

Se aplicarán las siguientes normas:

- Ya sea de un modo consecutivo o en distintos períodos de cobertura, ningún Asegurado podrá devengar Capital Asegurado por enfermedad y accidente de un mismo proceso o diagnóstico, por un tiempo superior al periodo de indemnización establecido en las Condiciones Particulares.

- En caso de coincidencia de varias enfermedades al mismo tiempo o sobreviniera una nueva enfermedad, consecuencia del curso clínico de las enfermedades inicialmente declaradas, el Capital Asegurado será el indicado en las Condiciones Particulares. Si la nueva enfermedad sobrevenida tuviera como causa un proceso distinto de las enfermedades declaradas anteriormente, empezará a contar un nuevo periodo de indemnización desde la fecha en que haya tenido lugar el comienzo de la última enfermedad.

Requisitos para el cobro de la prestación

Para poder solicitar el Capital Asegurado de la Garantía de Subsidio diario por Hospitalización, se debe comunicar al Asegurador el internamiento en el centro sanitario, clínica u hospital en un plazo máximo de 48 horas desde que se tenga conocimiento del siniestro, debiendo hacer llegar la siguiente documentación:

- Declaración de Siniestro debidamente cumplimentada y firmada por el médico que ha prescrito el ingreso en el centro sanitario, clínica u hospital.

En caso de faltar el documento de Declaración de Siniestro se podrá hacer llegar al Asegurador el aviso de siniestro mediante escrito realizado y firmado por el médico que asiste al Asegurado debiendo constar los siguientes datos:

- Nombre, apellidos, edad y domicilio del Asegurado que ha sido hospitalizado.
- Nombre, apellidos, domicilio, número de colegiado, colegio médico y especialidad del facultativo que asiste al Asegurado.
- Proceso que origina la hospitalización y fecha de inicio del mismo.
- Fecha y hora del ingreso, así como centro sanitario, clínica u hospital en el cual se encuentra ingresado el Asegurado.
- Informe médico que refleje la causa que motiva el ingreso, así como el tratamiento aplicado al Asegurado.
- Fecha probable de alta del Asegurado.

- Una vez dado de alta deberá facilitar al Asegurador documento acreditativo, firmado por el médico y por la Dirección Administrativa del Centro en que ha estado ingresado el Asegurado, en el que se informe del período exacto de dicho ingreso, incluyendo día y hora de alta del Asegurado.

El Asegurador podrá realizar las visitas que considere oportunas para comprobar el estado del Asegurado, pudiendo adoptar, en función del resultado de las mismas, las medidas que estime oportunas. En el caso de que un Asegurado se opusiera a la visita del Asegurador, este quedará totalmente liberado del pago del Capital Asegurado de que se trate, exceptuando la oposición del facultativo que atienda al Asegurado, en cuyo caso, este deberá fundamentar sus razones debidamente y por escrito.

El Asegurado presta su consentimiento expreso para que, en caso de siniestro, el Asegurador pueda consultar a los facultativos que lo atienden o lo hayan atendido, sobre datos médicos o clínicos relativos al mismo. El Asegurador se compromete a respetar el carácter confidencial de los datos que le puedan ser facilitados.

El Asegurador queda en disposición de dar por concluida una enfermedad, cuando el Asegurado incumpliera algún artículo de las presentes Condiciones Generales, o bien, cuando el facultativo del Asegurador determinara que se pretende prolongar de forma artificiosa una enfermedad.

Si no existiese acuerdo entre el Asegurador y el Asegurado acerca de las causas del siniestro y las demás circunstancias que influyen en la determinación de la indemnización, ambas partes, de común acuerdo, podrán someter la solución de los conflictos que con motivo de la presente garantía pudieran suscitarse al juicio de árbitros, con arreglo a la legislación vigente.

El Asegurador podrá efectuar pagos a cuenta del importe total del siniestro en aquellos casos en **que la duración del mismo sea superior a 40 días.**

Exclusiones

a) Accidentes derivados de la participación en expediciones científicas o práctica de cualquier deporte como profesional, así como la práctica de deportes aéreos, prácticas deportivas utilizando vehículos a motor y otras prácticas manifiestamente peligrosas.

b) Todas las enfermedades, crónicas o no, y lesiones o defectos constitucionales y físicos preexistentes a la fecha de contratación de la póliza, aún cuando no exista un diagnóstico concreto, así como sus consecuencias y/o secuelas. Se entiende por enfermedad, lesión o defecto constitucional y físico preexistentes aquel que cause sintomatología evidente o sospecha razonable anterior a la fecha de efecto de cada garantía contratada por el Asegurado afectado.

c) Las consecuencias de guerra, alteración de orden público, hechos declarados oficialmente como fenómenos de carácter extraordinario, catastrófico o epidemia así como las consecuencias derivadas de la energía atómica nuclear, salvo que se ocasionen como consecuencia de un tratamiento médico basado en dicha fuente de energía.

d) Los procesos patológicos que tengan como manifestación única el dolor, sin comprobación por pruebas de diagnóstico.

e) Las enfermedades y accidentes derivados de la alcoholemia o consumo de drogas o estupefacientes, así como derivados de riñas, desafíos o intentos de suicidio.

f) Enfermedades o accidentes causados dolosamente por el Tomador o Asegurado, que entrañen grave riesgo para la salud del Asegurado, tales como la interrupción u omisión del tratamiento médico, así como otros daños causados voluntariamente por el propio Asegurado.

g) Quedan excluidos los exámenes médicos, chequeos y estancias en balnearios, casas de reposo, asilos, geriátricos o similares.

h) Los actos médicos o quirúrgicos y sus consecuencias, a los cuales se someta voluntariamente el Asegurado, que no sean como consecuencia de accidente o enfermedad, tales como los tratamientos de tipo puramente estético, salvo cirugía reparadora en caso de accidente o quemadura sobrevenida durante la vigencia del seguro.

i) Las enfermedades neurológicas que no estén diagnosticadas y comprobadas por pruebas de diagnóstico.

j) Las psicosis, neurosis, psicopatías, trastornos de la personalidad, depresiones o estrés y todas aquellas manifestaciones orgánicas de una enfermedad de la mente conocidas como enfermedades psicosomáticas.

k) Las personas afectadas por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), sus consecuencias y complicaciones en cualquiera de sus fases.

Garantía Sexta · Asistencia Pedagógica

Descripción de la Garantía

El Asegurador garantiza, a cualquier Asegurado en edad escolar cubierto por esta Garantía de forma específica en las Condiciones Particulares, la prestación de un servicio de Asistencia Pedagógica en caso de enfermedad y/o accidente que le inmovilice en su domicilio d**urante más de 15 días consecutivos.**

A partir del decimoquinto día de enfermedad y/o accidente, que inmovilice al alumno en su domicilio impidiéndole seguir normalmente su escolaridad, el Asegurador buscará y mandará al domicilio del alumno un profesor particular.

Dicho profesor impartirá las clases de las asignaturas principales del curso en que se halle el Asegurado, a razón de **2 horas diarias de Lunes a Viernes** y siempre siguiendo el calendario escolar oficial del Ministerio de Educación y Cultura.

El Asegurador tomará a su cargo los gastos ocasionados a razón de 10 horas semanales, en fracción de 2 horas diarias de lunes a viernes.

La prestación será proporcionada tantas veces como sea necesario durante el año escolar y **finalizará cuando el alumno haya vuelto a empezar normalmente su curso.**

Persistiendo la enfermedad, la prestación del servicio se interrumpirá el último día del curso escolar. En el supuesto que una vez iniciado el siguiente curso, persista en el alumno la misma patología, el servicio se seguirá prestando.

La prestación quedará limitada, por cada asegurado, a un periodo máximo de 12 meses naturales consecutivos.

Las prestaciones objeto de esta Garantía tienen validez en la totalidad del Estado Español, para cualquier alumno escolarizado **en el territorio Nacional en los cursos de Educación Primaria, Secundaria Obligatoria y Bachiller.**

Esta misma prestación puede ser proporcionada, en las mismas condiciones, en caso de hospitalización del alumno, bajo reserva de que el establecimiento hospitalario dé su acuerdo y los médicos y el personal asistente den su acuerdo explícito para la realización de esta prestación.

La presente Garantía es complementaria a la Garantía de Sepelio, quedando automáticamente resuelta al extinguirse esta última.

Actuación en caso de siniestro

En caso de siniestro el Asegurado deberá ponerse en contacto con el Asegurador mediante el Servicio Telefónico disponible para tal efecto, **en días laborables de 8 a 20 horas.**

El Asegurado deberá justificar su demanda con un certificado médico, indicando que no puede, a causa de su enfermedad o accidente, asistir a su centro escolar. El Asegurador se reserva el derecho de verificar este certificado.

A partir de la recepción de la llamada del Asegurado, el Asegurador pondrá en marcha lo necesario para que el profesor pueda prestar el servicio en la mayor brevedad de tiempo posible.

Sin embargo, **el Asegurador se reserva un plazo máximo de 48 horas a partir de la llamada del Asegurado, para garantizar la prestación.**

Exclusiones

a) Los casos de enfermedades o accidentes y sus consecuencias, anteriores a la fecha de alta de la Garantía y conocidos por el Asegurado con anterioridad a la fecha de efecto del servicio.
b) Los gastos contraídos a iniciativa del Asegurado, de sus familiares o repre-sentantes, en caso de que elijan a una persona o a una sociedad para dar la prestación prevista en la presente garantía, sin el acuerdo previo del Asegurador.
c) Los fraudes, las falsificaciones o declaraciones falsas. En este caso la garantía se acaba inmediatamente y las prestaciones recibidas serán reembolsadas por el Asegurado.
d) Las enfermedades congénitas.

Garantía Séptima · Repatriación

La presente Garantía será aplicable a todos los asegurados de nacionalidad Extranjera que hayan suscrito opcionalmente esta Garantía conjuntamente con la Garantía de Sepelio y así se especifique en las Condiciones Particulares.

El Asegurado de nacionalidad Extranjera deberá acreditar su condición legal de residente en España conforme a la legislación vigente, para poder percibir las prestaciones de esta Garantía.

Servicio de Repatriación

En caso de fallecimiento del Asegurado en España o en cualquier lugar del mundo, el Asegurador organiza y se hace cargo del traslado del cuerpo desde el lugar del óbito, hasta el aeropuerto internacional más cercano al lugar de inhumación en el país designado expresamente en las Condiciones Particulares para dicho Asegurado, previa comunicación por parte de los Beneficiarios del Asegurado de la Funeraria que se hará cargo de los Restos Mortales en dicho aeropuerto.

Asimismo, el Asegurador asume en los países de la Unión Europea los costes de traslado desde el aeropuerto internacional hasta la localidad de inhumación en el país designado por el asegurado fallecido.

En el resto del mundo se prestará esta cobertura con un límite de hasta 1.000 Euros para el traslado desde el aeropuerto internacional hasta el lugar de inhumación, siempre que esta se lleve a cabo a más de 30 Km. del aeropuerto internacional. Sin gestión por parte del Asegurador, esta cantidad será reembolsada a los Beneficiarios del Asegurado fallecido previa presentación de las facturas originales correspondientes.

Quedan cubiertos los gastos de embalsamamiento y formalidades administrativas, así como los fletes, aduanas y tramitación, siempre que no exista impedimento alguno por parte de las autoridades para efectuar el traslado o medien causas de fuerza mayor y el traslado se realice por mediación de la empresa funeraria que el Asegurador designe al efectuarse la correspondiente declaración de fallecimiento.

Quedan excluidos de la presente garantía los gastos de inhumación y ceremonia, en cuyo caso se estará a lo establecido al efecto en el artículo referente a la garantía de Sepelio y a lo estipulado en las Condiciones Particulares.

Queda excluido con carácter general el Traslado que no haya sido comunicado previamente al Asegurador y para el que no se hubiera obtenido la correspondiente autorización. Se excluye expresamente el transporte de órganos, tejidos, células y derivados, embriones y fetos.

Se excluye el Traslado en caso de que el fallecimiento del Asegurado acontezca en aquellos países que se hallen en estado de guerra, insurrección o conflictos bélicos de cualquier clase o naturaleza, aún cuando no hayan sido declarados oficialmente; y aquellos casos en los que el traslado sea a alguno de estos países en las mismas circunstancias.

En caso de hacer uso de esta garantía deben ponerse en comunicación con el número de teléfono que aparece en la tarjeta entregada a cada asegurado indicando: nombre del Asegurado, número de póliza, el lugar donde se encuentra y número de teléfono.

La presente Garantía es complementaria a la garantía de Sepelio, quedando automáticamente resuelta al extinguirse esta última.

Acompañamiento de restos mortales

El Asegurador organizará y tomará a su cargo, para la persona que designen los causahabientes, el transporte ida y vuelta desde España o desde el País de origen del Asegurado, **en ferrocarril (primera clase) o avión clase turista** para acompañar el cadáver hasta el aeropuerto Internacional más cercano al lugar de inhumación, **excepto en la Unión Europea que será hasta la localidad de inhumación en el país declarado por el Asegurado expresamente en las Condiciones Particulares.**

Artículo 3º · Riesgos y Daños que no cubre la Compañía

Quedan excluidos de cobertura de todas las garantías de la póliza, además de las limitaciones específicas de cada una de ellas, los siguientes riesgos:

a) Conflictos armados
(haya mediado o no declaración oficial de guerra).

b) Motines y tumultos populares.

c) Reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.

d) Inundaciones, huracanes, tempestades, movimientos sísmicos y, en general, los hechos que en virtud de su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como catástrofe o calamidad nacional.

e) Las enfermedades graves preexistentes a la fecha de incorporación a la póliza del Asegurado afectado, aún cuando no exista un diagnóstico concreto. Se entiende por preexistentes, aquellas enfermedades graves que causen sintomatología evidente o sospecha razonable anterior a la fecha de efecto de cada garantía contratada por el Asegurado afectado.

Artículo 4º · Duración del contrato

La duración del contrato se establece por el período especificado en las Condiciones Particulares. A la finalización del mismo y salvo pacto en contrario, se entenderá prorrogado el contrato automáticamente por periodos anuales, y así sucesivamente a la finalización de cada anualidad. A esta prórroga tácita puede oponerse el Tomador del Seguro, mediante notificación escrita al Asegurador **con un plazo de, al menos, un mes de antelación** a la conclusión del período del seguro en curso. Cuando quien se oponga a la prórroga sea el Asegurador el plazo será de dos meses.

No obstante, el Asegurador está obligado a la prórroga tácita de las Garantías de Sepelio y Traslados y Asistencia por Fallecimiento, siempre que la póliza se encuentre al corriente del pago de la prima.

Artículo 5º · Personas asegurables

Salvo pacto en contrario, en la fecha de la incorporación del Asegurado a la presente póliza, serán susceptibles de ser aseguradas aquellas personas residentes en España que tengan una edad actuarial **menor de 99 años**.

En el caso de la Garantía de Fallecimiento o Invalidez Absoluta y Permanente por Accidente, serán susceptibles de ser aseguradas, salvo pacto en contrario, aquellas personas residentes en España que tengan una edad actuarial comprendida **entre los 14 y 64 años** cumplidos para la cobertura de **Fallecimiento**, y **menor de 65 años** para la cobertura de **Invalidez Absoluta y Permanente**.

En el caso de la Garantía de Subsidio diario por **Hospitalización**, serán susceptibles de ser aseguradas, salvo pacto en contrario, aquellas personas residentes en España que tengan una edad actuarial comprendida **entre los 5 y 64 años** cumplidos.

En el caso de la Garantía de **Asistencia Pedagógica**, serán susceptibles de ser asegurados, salvo pacto en contrario, aquellas personas residentes en España que tengan una edad actuarial comprendida **entre los 6 y 17 años** cumplidos.

Artículo 6º · Plazos de carencia

Salvo pacto en contrario, se establecen los siguientes plazos de carencia para cada una de las garantías:

a) Para las garantías de **Sepelio, Traslados y Asistencia en Viaje, Servicios complementarios Familiares, Asistencia Pedagógica y Repatriación**, se establece un plazo de carencia de **20 días** desde la fecha de incorporación del Asegurado en la póliza.

b) Para la Garantía de **Subsidio diario por Hospitalización** se establecen los siguientes plazos de carencia, salvo pacto en contrario:

- **Tres meses** desde la fecha de alta de dicha garantía para el Asegurado afectado, según lo establecido en las Condiciones Particulares, salvo prescripción médica de urgencia.

- En caso de embarazo y parto, con independencia de lo establecido en el párrafo anterior, el plazo de carencia será de **ocho meses** desde la fecha de alta de dicha garantía para el Asegurado afectado, según lo indicado en las Condiciones Particulares.

c) Los plazos de carencia quedarán automáticamente derogados en caso de que el siniestro sea consecuencia de un accidente.

d) Los plazos de carencia quedarán automáticamente establecidos en un año, en caso de que el siniestro sea consecuencia de un suicidio.

Artículo 7º · Designación y cambio de beneficiarios

La designación y cambio de Beneficiarios son derechos exclusivos del Tomador.

La designación del Beneficiario puede efectuarse en la póliza, en cuyo caso se hará constar en las Condiciones Particulares, o en cualquier declaración escrita comunicada al Asegurador, o por testamento.

El cambio del Beneficiario designado deberá realizarse en la misma forma establecida para la designación.

Si los Beneficiarios no están designados e identificados por su nombre sino de una forma genérica, como «el cónyuge», «los hijos», o «los herederos», dicha designación será interpretada de la siguiente manera:

- Cónyuge: La persona que lo sea en el momento del fallecimiento del Asegurado.
- Hijos: Todos los descendientes con derecho a herencia.
- Herederos: Los que tengan tal condición en el momento de fallecer el Asegurado.

En los tres casos deberá hacerse constar si son el cónyuge, hijos o herederos del Tomador, del Asegurado o de otra persona. En el caso de que no se haya especificado, el derecho corresponderá al cónyuge, hijos o herederos del Tomador.

Si en el momento de fallecer el Asegurado no hubiese Beneficiario designado ni reglas para su determinación, el capital formará parte del patrimonio del Tomador.

Artículo 8º · Ámbito territorial

Las Garantías del presente contrato de seguro son válidas, salvo pacto o estipulación en contrario, en todo el mundo, siempre que el Asegurado tenga su residencia en España.

Las indemnizaciones correspondientes serán satisfechas en España, y en moneda española.

Cláusula de Exclusión y Limitación de Sanciones:

El Asegurado conoce y acepta que el Asegurador quedará liberado de cualquier responsabilidad y/u obligación por daños, siniestros, costes o gastos relacionados con este contrato de seguro, cuando la provisión de estas prestaciones expongan al Asegurador a cualquier tipo de sanción, prohibición o restricción basada en resoluciones de las Naciones Unidas o regulaciones, leyes, sanciones económicas o de comercio impuestas por la Unión Europea, Reino Unido o Estados Unidos.

Artículo 9º · Revalorización automática anual del Capital Asegurado

Al término de cada anualidad de Seguro, si así lo ha elegido el Tomador, el Capital Asegurado de cada una de las garantías contratadas, se revalorizará con arreglo a un porcentaje fijo acumulativo, que constará en las Condiciones Particulares de la póliza.

El importe del Capital Asegurado para cada anualidad de seguro se determinará aplicando el citado porcentaje sobre el Capital Asegurado correspondiente a la anualidad inmediatamente anterior. Los incrementos de prima resultantes se reflejarán en el recibo correspondiente.

Artículo 10º · Jurisdicción competente

El presente Contrato queda sometido a la jurisdicción española y, dentro de ella, será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo el del domicilio del Asegurado, siendo nulo cualquier pacto en contra. Será aplicable la legislación española.

Artículo 11º · Prescripción

Todas las acciones que se deriven del presente Contrato prescribirán en el término de **cinco años.**

Artículo 12º · Riesgos Cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros

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, y modificado por la Ley 12/2006, de 16 de mayo, 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 y que afecten a riesgos en ella situados 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, aún 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

Acontecimientos extraordinarios cubiertos

a. Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias (incluyendo los 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 meteoritos.

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.

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 25/1964, de 29 de abril, sobre energía nuclear.

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 2 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».

Extensión de la cobertura

1. La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a los mismos bienes y sumas aseguradas que se hayan establecido en la póliza a efectos de los riesgos ordinarios.

2. 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 (**900 222 665** o **952 367 042**).

   - A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (**www.consorseguros.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.

¿Qué hacer en caso de siniestro?

¿Qué hacer en caso de siniestro?

¿Qué hacer en caso de **Fallecimiento necesitar hacer uso de cualquier otra de las prestaciones de Asistencia?**

La comunicación de los fallecimientos producidos en España, o la solicitud de otras prestaciones ofrecidas por la póliza se realizarán al teléfono **915 368 444** ó **900 299 462**

En cualquier circunstancia siempre deberá aportarse:

- DNI del tomador
- Dirección
- Localidad - Código Postal
- Teléfono de contacto
- Nº de póliza
- y el Servicio que se precisa

¿Qué hacer en caso de siniestro por las garantías optativas de **Fallecimiento o Invalidez Absoluta y Permanente por Accidente o Subsidio diario por Hospitalización?**

La solicitud de indemnización en el supuesto de Fallecimiento o Invalidez Absoluta y Permanente por Accidente, o en el caso de Subsidio diario por Hospitalización, deberá efectuarla mediante escrito dirigido a:
Cajamar Seguros Generales, S.A.
Plaza de Manuel Gómez-Moreno nº 5, 8ª planta, 28020, Madrid, España

o al fax **91 524 44 23**
o al email: **decesos@cajamarsegurosgenerales.es**
o a través de **su oficina de la Entidad Financiera**

Deberá remitir la siguiente información:

Datos identificativos:

- DNI y nombre del tomador y del asegurado (si fuera distinto)
- Dirección
- Localidad - Código Postal
- Teléfono de contacto
- Nº de póliza

Datos del siniestro:

- **En caso de fallecimiento del asegurado:**
  - Descripción de la causa.
  - Fecha de ocurrencia.
  - Autoridades que han intervenido.
  - Médico Facultativo o Centro Hospitalario que atendió al Asegurado.

- **En caso de lesiones (Invalidez):**
  - Descripción de la causa, indicando con detalle las circunstancias del accidente.
  - Informe médico-hospitalario de la primera asistencia recibida o cualquier otra documentación médica que acredite la ocurrencia del accidente.

En virtud de la información aportada, CAJAMAR Seguros Generales le indicará la documentación adicional que precisa para la tramitación del expediente (de forma habitual):

	Fallecimiento	Invalidez Permanente Total y Parcial	Indemnización por Hospitalización
Certificado de Defunción	✓		
Liquidación del Impuesto de Sucesiones y Donaciones	✓	✓ (1)	
Certificado de Últimas Voluntades/Testamento/ Declaraciones de Herederos	✓		
Informe Médico 1ª Asistencia Médica Realizada		✓	
Certificado Médico sobre el origen y evolución del Accidente causante del Siniestro y/o diligencias judiciales	✓	✓	✓
Certificado Médico del Grado de Invalidez		✓	
Certificado del Ingreso Hospitalario y Alta Médica			✓

(1) Si el Tomador y el Beneficiario son personas distintas

Los documentos deberán ser remitidos a la compañía por correo ordinario o por valija desde las oficinas de Cajamar, enviando fotocopias compulsadas de los mismos (fotocopias legalizadas en cualquier organismo de la Administración, por notario o por las propias oficinas de la Entidad Financiera).

Resolución del expediente

En el caso de que las garantías incluyan un pago por indemnización o reembolso:

Una vez reconocido el derecho a la prestación, el asegurado, o en su caso el/los beneficiarios acreditados, percibirán el importe total de la prestación menos las retenciones legales que hubieren de practicarse conforme a la legislación vigente en cada momento.

Forma de pago del siniestro:

Las indemnizaciones y pagos se realizan por medio de transferencia bancaria o, talón bancario, dependiendo de la garantía objeto de indemnización.

cajamar
SEGUROS GENERALES

Teléfonos y direcciones de correo
de atención de siniestros y servicios:

Atención de Siniestros: 91 536 84 44
900 299 462

Correo electrónico: decesos@cajamarsegurosgenerales.es

Gestiones en pólizas - Contact Center: 91 955 19 99
900 906 560

Contacto

Cajamar Seguros Generales

CENTRO OPERATIVO DE SINIESTROS

Plaza de Manuel Gómez-Moreno nº 5, 28020 MADRID

24h /
365 días
al año

Seguro Cajamar Decesos

CMD-1.22