

FIATC DECESOS



CONDICIONES GENERALES GESTISEP GS1

FIATC 
S E G U R O S

CONTENIDO

- 7 ARTÍCULO 1.º MARCO JURÍDICO REGULADOR
- ARTÍCULO 2.º DEFINICIONES PRELIMINARES
- 9 ARTÍCULO 3.º OBJETO DEL SEGURO
- 10 ARTÍCULO 4.º GARANTÍA DE SERVICIO DE SEPELIO
- 13 ARTÍCULO 5.º GARANTÍA DE TRASLADO - ASISTENCIA
- 25 ARTÍCULO 6.º GARANTÍA COMPLEMENTARIA DE ACCESO
 A SERVICIOS MÉDICOS
- 29 ARTÍCULO 7.º GARANTÍA COMPLEMENTARIA DE
 ACCIDENTES INDIVIDUALES
- 39 ARTÍCULO 8.º GARANTÍA COMPLEMENTARIA DE HOSPITALIZACIÓN
 POR ENFERMEDAD Y ACCIDENTE E INDEMNIZACIÓN POR PARTO
- 43 ARTÍCULO 9.º GARANTÍA COMPLEMENTARIA DE REPATRIACIÓN.
 EXTRANJEROS RESIDENTES EN ESPAÑA
- 45 ARTÍCULO 10.º GARANTÍA COMPLEMENTARIA DE RESIDENTES.
 ESPAÑOLES RESIDENTES FUERA DE ESPAÑA
- 46 ARTÍCULO 11.º TARJETA ASISTENCIA
- 47 ARTÍCULO 12.º REVALORIZACIÓN AUTOMÁTICA DE CAPITALES
 ASEGURADOS
- ARTÍCULO 13.º DETERMINACIÓN DE LA PRIMA DE LA GARANTÍA DE
 SERVICIO DE SEPELIO
- 48 ARTÍCULO 14.º PAGO DE PRIMAS
- ARTÍCULO 15.º LÍNEA PERMANENTE Y COMUNICACIÓN
- 49 ARTÍCULO 16.º DECLARACIONES FORMULADAS AL ASEGURADOR
- 50 ARTÍCULO 17.º INICIO DE LAS GARANTÍAS DE LA PÓLIZA
- ARTÍCULO 18.º DURACIÓN DEL CONTRATO
- 51 ARTÍCULO 19.º DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS
- 52 ARTÍCULO 20.º COMUNICACIONES ENTRE TOMADOR Y ASEGURADOR

- 52 ARTÍCULO 21.º **PRESCRIPCIONES**
- ARTÍCULO 22.º **JURISDICCIÓN**
- 53 ARTÍCULO 23.º **DERRAMA ACTIVA Y PASIVA**

CONDICIONES GENERALES

GESTISEP GS1

SEGURO DE ASISTENCIA FAMILIAR

ARTÍCULO 1.º

MARCO JURÍDICO REGULADOR

El contrato de seguro concertado con FIATC Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija se rige, en concreto, por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro y por la Ley 20/2015, de 14 de Julio, de Ordenación y Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, así como, con carácter general, por cualquier otra disposición que regule las obligaciones y derechos de las partes de este contrato.

FIATC, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija tiene señalada su sede social en España, correspondiendo el control de su actividad a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

Inscrita en el Registro Especial de Entidades Aseguradoras por R.O. de 11 de Abril de 1930. Constituidos los depósitos que marca la Ley. Los Estatutos se encuentran a su disposición en la página web www.fiatc.es y en cualquiera de nuestras oficinas.

ARTÍCULO 2.º

DEFINICIONES PRELIMINARES

En este contrato se entenderá por:

ACCIDENTE: 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 o la muerte.

ASEGURADO: La persona o personas físicas incluidas en la relación que figura en las Condiciones Particulares de la Póliza, o en sus Suplementos o Apéndices.

ASEGURADOR: FIATC Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija (en adelante FIATC), que como Entidad Aseguradora asume los riesgos que se pactan en este contrato.

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

CAPITAL ASEGURADO: Es el importe máximo a pagar por el Asegurador en caso de siniestro, y que figura en las Condiciones Particulares de esta Póliza.

DOMICILIO DEL TOMADOR Y EL ASEGURADOR: Los que figuran en las Condiciones Particulares de la Póliza.

DOMICILIO PAÍS DE REPATRIACIÓN: El que figura en las Condiciones Particulares de la Póliza correspondiente al país de origen del Asegurado, distinto a España o Andorra, que el Tomador ha indicado para realizar la repatriación o traslado en caso de fallecimiento del Asegurado.

DOMICILIO PAÍS DE RESIDENCIA: El que figura en las Condiciones Particulares de la Póliza correspondiente al país de residencia del Asegurado español, distinto a España o Andorra, que el Tomador ha indicado para realizar la repatriación o traslado en caso de fallecimiento del Asegurado.

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

PLAZO DE CARENIA: 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 alguna de las garantías de la Póliza.

PÓLIZA: El documento que contiene las condiciones que regulan el seguro. Forman parte integrante de la Póliza: estas Condiciones Generales, las Particulares y los Suplementos o Apéndices que se emitan a los mismos para complementarlos o modificarlos.

PRIMA: El precio del seguro. En la Póliza o en el recibo se incluirán los recargos e impuestos que sean de aplicación según la legislación vigente.

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.

TOMADOR DEL SEGURO: Es la persona física o jurídica que junto con el Asegurador contrata y suscribe el presente seguro, asumiendo las obligaciones que le corresponden y adquiriendo los derechos que en él se establezcan. En caso de fallecimiento del Tomador pasará a serlo el primer Asegurado que cumpla con los requisitos de ser mayor de edad o emancipado, siempre que así lo acepte, designando nueva domiciliación de cobro, si fuese necesario.

ARTÍCULO 3.º

OBJETO DEL SEGURO

El Asegurador garantiza, dentro de los límites y condiciones estipulados por la Póliza y mediante el pago de la prima que en cada caso corresponda, 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:

- a) Garantía de Servicio de Sepelio.
- b) Garantía de Traslado – Asistencia.
- c) Garantía Complementaria de Acceso a Servicios Médicos.
- d) Garantía Complementaria de Accidentes Individuales.
- e) Garantía Complementaria de Hospitalización por Enfermedad y Accidente e Indemnización por Parto.
- f) Garantía Complementaria de Repatriación. Extranjeros residentes en España.
- g) Garantía Complementaria de Residentes. Españoles residentes fuera de España.

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

- **Revolución, terrorismo, motines, tumultos populares y en general, conflictos armados, entendiéndose por tales los de guerra, haya o no mediado declaración oficial.**
- **Reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva.**
- **Epidemias, 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.**

- 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 preexistente, aquellas enfermedades graves que causen sintomatología evidente o sospecha razonable anterior a la fecha de efecto de cada garantía contratada por el Asegurado afectado.
- Cuando el siniestro corresponda a coberturas opcionales que no se hayan contratado expresamente en las Condiciones Particulares y/o Suplementos.

ARTÍCULO 4.º

GARANTÍA DE SERVICIO DE SEPELIO

4.1. 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.

Serán los Beneficiarios quienes, siguiendo la voluntad del Asegurado, si éste 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 población del Domicilio de Residencia de los Asegurados.

Si la prestación de dicho Servicio Fúnebre no fuera posible, o no se llevase a efecto por el Asegurador por circunstancias imprevisibles, el Asegurador se compromete a reembolsar los gastos ocasionados a los Beneficiarios del fallecido.

Cuando el importe del Servicio Fúnebre prestado fuera inferior al Capital Asegurado, el Asegurador abonará a los Beneficiarios la diferencia resultante. Los Beneficiarios, no obstante, podrán optar por percibir el importe íntegro del Capital Asegurado si se hacen cargo de la contratación y pago directo del Servicio, **salvo que el Asegurado fuera menor de catorce años, en cuyo caso la obligación del Asegurador queda limitada al reembolso de los gastos del Servicio Fúnebre en los que haya incurrido, con el límite del Capital Asegurado.**

La Garantía de Servicio de Sepelio se extiende a los Asegurados, cualquiera que fuese la causa del fallecimiento, salvo para los riesgos expresamente excluidos.

El Seguro también comprenderá la prestación de un Servicio Fúnebre Especial para Neonatos en caso de fallecimiento de los hijos de Asegurados de la presente Póliza, si ocurriera durante el período de gestación o antes de cumplir treinta días de edad, **a partir de los cuales deberá estar asegurado para tener derecho al Servicio Fúnebre que corresponda.** También se garantiza la inhumación o incineración de extremidades amputadas en su totalidad a cualquiera de los Asegurados incluidos en la Póliza, **quedando expresamente excluido el traslado de los mismos. No procederá indemnización por diferencia entre el coste del Servicio Fúnebre y el Capital Asegurado.**

4.2. ACTUALIZACIÓN DEL CAPITAL ASEGURADO

Si a lo largo de la duración de la Póliza el Asegurador observase que existe una desviación entre los Capitales Asegurados y el coste de los servicios fúnebres, lo pondrá en conocimiento del Tomador del seguro proponiéndole una actualización de los Capitales Asegurados y comunicándole las nuevas primas a satisfacer.

Salvo renuncia de forma expresa por parte del Tomador a la actualización propuesta por el Asegurador, éste procederá a emitir el correspondiente suplemento de Póliza en que constarán los nuevos Capitales Asegurados y las primas iniciales relativas a los mismos.

Si el Tomador rechazase la modificación propuesta, el Asegurador mantendrá la Póliza en la misma situación, en cuyo caso al ocurrir el siniestro, el límite máximo de la prestación a cargo del Asegurador será el Capital Asegurado que figure en las Condiciones Particulares, o en el último recibo de prima.

4.3. SINIESTRO EN ESTA GARANTÍA

El Capital Asegurado, establecido en la Garantía de Servicio 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 teléfono que aparece en la Tarjeta Asistencia, disponible durante las 24 horas del día, los 365 días del año.

Serán los beneficiarios quienes, siguiendo la voluntad del Asegurado si éste 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 población del Domicilio de Residencia del Asegurado.

Cuando un Asegurado fallezca en población distinta a la consignada en las Condiciones Particulares como Domicilio del Asegurado, se prestará un Servicio Fúnebre de categoría equivalente al contratado de acuerdo con las modalidades existentes en dicha localidad.

En el caso de que el fallecimiento del Asegurado ocurra fuera de España y los beneficiarios opten por su inhumación en el lugar del siniestro, éstos realizarán el servicio por su cuenta y presentarán al Asegurador las facturas correspondientes, así como, el certificado de defunción, quién abonará el importe con el límite máximo del Capital Asegurado.

b) Si por causas de fuerza mayor, circunstancias imprevisibles o por voluntad de los beneficiarios del fallecido, el Asegurador no hubiera gestionado la prestación del Servicio Fúnebre, éste se obliga, si procede, a reembolsar los gastos ocasionados, hasta el límite máximo del Capital Asegurado establecido en las Condiciones Particulares, a los beneficiarios del fallecido.

Si al fallecer un Asegurado resultase que está con el mismo Asegurador en más de una Póliza del Seguro de Sepelio, el Asegurador sólo reconocerá los derechos correspondientes a una de ellas, que los beneficiarios podrán elegir, procediéndose al reembolso de las primas pagadas por el Tomador en las otras Pólizas con deducción de los gastos consumidos.

ARTÍCULO 5.º

GARANTÍA DE TRASLADO - ASISTENCIA

5.1. TRASLADO LIBRE DEL ASEGURADO FALLECIDO EN TERRITORIO ESPAÑOL

En caso de fallecimiento del Asegurado en territorio español, el Asegurador se hará cargo de las gestiones y gastos necesarios para el traslado del cuerpo desde el lugar de fallecimiento, al cementerio o planta incineradora dentro del territorio español elegido libremente por los Beneficiarios del Asegurado fallecido, siempre que por parte de las Autoridades competentes no exista impedimento alguno para efectuarlo 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 o incineración y ceremonia, en cuyo caso se estará a lo establecido al efecto en el artículo referente a la Garantía de Servicio de Sepelio y a lo estipulado en las Condiciones Particulares.

5.2. ASISTENCIA JURÍDICA Y GESTORÍA

5.2.1. SERVICIO DE GESTORÍA EN CASO DE FALLECIMIENTO

Por la presente cobertura el Asegurador garantiza la prestación de un servicio de gestión y asesoramiento en relación con los trámites a realizar con motivo del fallecimiento del Asegurado, tanto respecto de éste, como de los beneficiarios para este caso designado en las Condiciones Particulares de la Póliza, que consistirá en:

1. Asistencia personalizada a los Beneficiarios mediante asistencia de un representante acreditado del Asegurador que les informará y asesorará sobre los trámites a seguir.
2. Obtención de Certificado de Defunción.
3. Obtención de Partida de Nacimiento.
4. Obtención de Certificado del Registro de Actos de Últimas Voluntades.
5. Tramitación de baja en el libro de familia.

6. Tramitación de baja del titular en cartilla de I.N.S.S.
7. Obtención de Certificado de Matrimonio.
8. Obtención de Certificado de Convivencia.
9. Obtención del Auxilio por Defunción del I.N.S.S.
10. Tramitación y obtención del alta de la cartilla del I.N.S.S. para el cónyuge y sus beneficiarios.
11. Tramitación de la pensión de Viudedad.
12. Tramitación de la pensión de Orfandad.
13. Obtención de Certificados de Fe de Vida, relativo a los beneficiarios.
14. Asesoramiento orientativo en la tramitación sucesoria, no litigiosa.
15. Tramitación de la carta de pago.
16. Liquidación del Impuesto de Sucesiones y demás obligaciones fiscales.
17. Gestión de las inscripciones registrales necesarias.

Los Beneficiarios deberán solicitar al Asegurador la prestación del servicio de Gestoría dentro de los 3 meses siguientes a la fecha de fallecimiento del Asegurado, llamando al teléfono que aparece en la Tarjeta Asistencia, por la que informará del siniestro ocurrido.

Los Beneficiarios para caso de fallecimiento deberán 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 del territorio español, así como los trámites que requieran la intervención de autoridad u organismo oficial ubicado fuera del territorio español.

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.

Quedan excluidos los costes correspondientes a Impuestos de todo tipo, Honorarios de Notaría, Honorarios de Registros y cualquier otro gasto o tasa no incluido en los trámites mencionados.

La gestión de esta documentación se realizará por profesionales o procuradores designados por el Asegurador. En ningún caso procederá indemnización alguna, tanto por la utilización, como por la no utilización de este servicio.

5.2.2. SERVICIO DE ASISTENCIA JURÍDICA Y SERVICIO DE GESTORÍA

Por la presente cobertura el Asegurador garantiza la prestación de un servicio de Asistencia Jurídica y servicio de Gestoría al Asegurado, referente a su ámbito personal y circunscrito a la legislación española. Y que consistirá en:

5.2.2.1. Asistencia Jurídica Telefónica/Consejo

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

5.2.2.2. Servicio de Asesoría/Ayuda Legal 24 Horas

El Asegurador prestará de forma telefónica al Asegurado ayuda legal que estará circunscrita a la existencia objetiva de una situación de urgencia como: control de alcoholemia, accidente de tráfico, robo o privación de libertad.

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

5.2.2.3. Asesoramiento y Servicio de Gestoría Administrativa

Asesoramiento telefónico en servicios de gestoría administrativa en las siguientes especialidades:

- Tráfico: matriculaciones (nuevos, rematriculaciones, placas verdes), transferencias, bajas (definitivas, temporales), permisos y licencias (renovaciones, canjes, duplicados, cambios de domicilio), informes.

- Transportes: nacional (nuevas autorizaciones, rehabilitaciones, suspensiones, sustituciones, visados, autorizaciones), internacional (licencias comunitarias, ADR o TCP, libros de ruta).
- Escrituras.
- Hipotecas.
- Últimas voluntades.
- Certificados.
- Caza y Pesca.

5.2.2.4. Elaboración y Revisión de Contratos

El Asegurador a instancias del Asegurado, elaborará o revisará los siguientes tipos de contrato y escritos en los que el Asegurado sea parte:

- Compraventa de inmueble.
- Constitución de hipoteca.
- Examen de notas simples registrales.
- Arras o señal.
- Carta de reclamación por retraso o vicio oculto.
- Arrendamiento de inmueble.
- Cartas de reclamación como arrendador o arrendatario.
- Cartas de comunicación como arrendador o arrendatario.
- Cartas de reclamación o comunicación a la Comunidad de Propietarios.
- Contrato de trabajo para el servicio doméstico.
- Escrito de cancelación o rectificación de datos personales.
- Compraventa de vehículo.

5.2.3. FORMA DE PRESTAR LOS SERVICIOS

Los Asegurados podrán solicitar la prestación de la cobertura de Asesoría Jurídica y Servicio de Gestoría llamando al teléfono que aparece en la Tarjeta Asistencia. El horario de consultas será de 9 a 19 horas de lunes a viernes (excepto festivos de carácter nacional). El horario será de 24 horas para consultas comprendidas en el apartado 5.2.2.2. Servicio de Asesoría/Ayuda Legal 24 Horas.

Se excluye todo servicio que haya de prestarse fuera del ámbito geográfico del territorio español, así como los trámites que requieran la intervención de autoridad u organismo oficial ubicado fuera del territorio español.

5.2.4. RIESGOS EXCLUIDOS

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.

La gestión de esta documentación se realizará por profesionales o procuradores designados por el Asegurador. En ningún caso procederá indemnización alguna, tanto por la utilización, como por la no utilización de este servicio.

No queda cubierta la Defensa Jurídica, la representación del Asegurado en procedimientos judiciales o administrativos, ni las reclamaciones relativas a contratos suscritos por los Asegurados con el Asegurador.

La respuesta telefónica dada al Asegurado únicamente supone una orientación jurídica a la consulta planteada por el mismo, sin que en ningún caso pueda entenderse que se garantiza el resultado de las acciones de cualquier tipo que el Asegurado pueda iniciar en base a dicha orientación, cuya decisión corresponde exclusivamente al Asegurado, el cual podrá contrastar con otros profesionales del Derecho la respuesta jurídica facilitada por el Asegurador.

5.3. ELABORACIÓN ONLINE Y OFFLINE DE TESTAMENTO Y/O TESTAMENTO VITAL

El Asegurado y su cónyuge dispondrán de acceso a un servicio gratuito de elaboración del testamento y/o testamento vital a través de internet. Para utilizar este servicio se facilitará telefónicamente al Asegurado el código de acceso a la página web donde podrá elaborarlo con el asesoramiento de un abogado.

También se dará la opción al Asegurado de realizar todas las gestiones telefónicamente con un operador como intermediario, a través de esta misma página web.

Una vez redactado el testamento y/o testamento vital se concertará la firma del Asegurado en una notaría cercana al domicilio del Asegurado.

El Asegurado tendrá derecho a una modificación anual del testamento y/o testamento vital otorgado a través de este servicio.

En caso de tratarse de un Asegurado dependiente o que carezca de movilidad se concertará la firma notarial en el lugar de residencia del Asegurado. También se incluye la elaboración y firma de poder notarial de personas enfermas o impedidas siempre que esté relacionado con los trámites sucesorios.

Este servicio incluye el asesoramiento legal, la elaboración del testamento y/o testamento vital y las tasas notariales siendo por cuenta del Asegurado cualquier otro gasto derivado de este servicio.

Los asegurados podrán solicitar la prestación de la cobertura llamando al teléfono que aparece en la Tarjeta Asistencia.

Se excluye todo servicio que haya de prestarse fuera del ámbito geográfico del territorio español.

5.4. ASISTENCIA EN VIAJE EN EL EXTRANJERO

5.4.1. ASEGURADOS

Los Asegurados relacionados en las Condiciones Particulares de esta Póliza.

5.4.2. ÁMBITO INTERNACIONAL

El mundo entero, excepto en España, y aquellos países que, durante el viaje o desplazamiento del Asegurado se hallen en estado de guerra o de sitio, insurrección o conflicto bélico de cualquier clase o naturaleza, aún cuando no hayan sido declarados oficialmente.

5.4.3. VALIDEZ

Para beneficiarse de ASISTENCIA EN VIAJE EN EL EXTRANJERO, el Asegurado debe residir en España y su tiempo de permanencia fuera de su residencia habitual no deberá exceder de 90 días por viaje o desplazamiento.

5.4.4. COBERTURAS

5.4.4.1. Traslado internacional del Asegurado Fallecido

En caso de fallecimiento del Asegurado en cualquier lugar del mundo, el Asegurador se hará cargo de las gestiones y gastos necesarios para el traslado del cuerpo desde el lugar de fallecimiento, al cementerio o planta incineradora dentro del territorio español elegido libremente por los Beneficiarios del Asegurado fallecido, siempre que por parte de las Autoridades competentes no exista impedimento alguno para efectuarlo 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, incineración y ceremonia, en cuyo caso se estará a lo establecido al efecto en el artículo referente a la Garantía de Servicio de Sepelio y a lo estipulado en las Condiciones Particulares.

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.

5.4.4.2. Asistencia médica y sanitaria

El Asegurador tomará a su cargo la organización de la asistencia y los gastos correspondientes a la intervención de los profesionales y establecimientos sanitarios requeridos para la atención del Asegurado herido o enfermo.

Quedan expresamente incluidos, sin que la enumeración tenga carácter limitativo, los siguientes servicios:

- a) Atención por equipos médicos de emergencia y por especialistas.
- b) Exámenes médicos complementarios.
- c) Hospitalización, tratamientos e intervenciones quirúrgicas.
- d) Suministro de medicamentos en internado, o reintegro de su coste en lesiones o enfermedades que no requieran hospitalización.

- e) Atención de problemas odontológicos agudos, entendiéndose por tales los que por infección, dolor o trauma, requieran un tratamiento de urgencia.
- f) Traslado en ambulancia, por prescripción facultativa, de recorrido exclusivamente local.

El Asegurador toma a su cargo los gastos correspondientes a estas prestaciones, hasta un límite por Asegurado de 12.000 euros o su equivalente en moneda local del país donde se hagan efectivas.

Los gastos odontológicos se limitan, en cualquier caso, a 120 euros o su equivalente en moneda local.

5.4.4.3. Repatriación o transporte sanitario de heridos

Si las circunstancias del caso requieren, según criterio médico, el traslado sanitario del Asegurado, el Asegurador toma a su cargo el transporte del mismo, por el medio idóneo -incluso bajo vigilancia médica si procede- hasta el Centro hospitalario que disponga de las instalaciones necesarias.

Si la hospitalización se realizase en lugar alejado del domicilio del Asegurado, el Asegurador se hará igualmente cargo del subsiguiente traslado al domicilio, en cuanto éste pueda efectuarse. El medio de transporte utilizado en cada caso se decidirá por el Equipo Médico del Asegurador en función de la urgencia y gravedad del caso.

5.4.4.4. Repatriación o transporte de los demás Asegurados

Cuando al Asegurado se le haya trasladado, por fallecimiento, 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, a su domicilio o al lugar de hospitalización.

5.4.4.5. Repatriación o transporte de menores

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, 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 azafata del Asegurador, al objeto de acompañar a los niños en su regreso a su domicilio.

5.4.4.6. Desplazamiento de un familiar en caso de hospitalización

Si el estado del Asegurado enfermo o herido, requiere su hospitalización durante un período superior a cinco días, el Asegurador pondrá a disposición de un familiar del Asegurado o de la persona que éste designe, un billete de ida y vuelta en avión (clase turista) o tren (1ª clase), para que pueda acompañarlo.

El Asegurador además abonará en concepto de gastos de estancia del acompañante y contra la presentación de las facturas correspondientes, hasta 150 euros por día y por un período máximo de 10 días.

5.4.4.7. Convalecencia en Hotel

Si el Asegurado enfermo o herido no puede regresar a su domicilio por prescripción médica, el Asegurador tomará a su cargo los gastos de hotel motivados por la prórroga de estancia, hasta 150 euros diarios, y por un período máximo de 10 días.

5.4.4.8. Regreso anticipado

Si cualquiera de los Asegurados debe interrumpir su viaje a causa del fallecimiento de su cónyuge, ascendiente o descendiente en primer grado, o hermano, el Asegurador pondrá a su disposición un billete de avión (clase turista) o de tren (1ª clase), desde el lugar en que se encuentre al de inhumación en España y de regreso al lugar donde se encontrara.

Alternativamente y a su elección, el Asegurado podrá optar por dos billetes de avión (clase turista) o tren (1ª clase), hasta su domicilio habitual.

5.4.4.9. Transmisión de mensajes

El Asegurador se encargará de transmitir los mensajes urgentes que le encarguen los asegurados, derivados de los eventos cubiertos por las presentes garantías.

5.4.4.10. Envío de medicamentos

El Asegurador se encargará del envío de los medicamentos necesarios para la curación del Asegurado, prescritos por un facultativo, y que no pueden encontrarse en el lugar donde éste se encuentre.

5.4.4.11. Servicio de información de viajes

El Asegurador facilitará al Asegurado mediante un servicio gratuito e ininterrumpido de 24 horas información referente a:

- a) Vacunación y petición de Visados para países extranjeros así como aquellos requisitos que están especificados en la publicación más reciente del T.I.M. (Travel Information Manual), publicación conjunta de catorce miembros de líneas aéreas del I.A.T.A.

El Asegurador no se responsabiliza de la exactitud de la información contenida en el T.I.M., ni de las variaciones que puedan realizarse en la citada publicación.

- b) Direcciones y números de teléfono de las Embajadas españolas y Consulados en todo el mundo, donde los hubiere, según figura en la “Guía de las Representaciones de España en el extranjero” editada por el Ministerio de Asuntos Exteriores.

5.4.4.12. Delimitaciones de la cobertura. Exclusiones

Las coberturas concertadas en la presente garantía no comprenden:

- a) **Las dolencias o enfermedades crónicas o preexistentes, así como sus consecuencias, padecidas por el Asegurado con anterioridad al inicio del viaje, salvo la asistencia necesaria para resolver la eventual “urgencia vital”, en cuyo caso la prestación queda limitada a un día.**
- b) **La muerte por suicidio o las lesiones o enfermedades producidas intencionalmente por el Asegurado a sí mismo, y las derivadas de empresa criminal del Asegurado.**
- c) **Las enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión de alcohol, psicotrópicos, alucinógenos o cualquier droga o sustancia de similares características.**
- d) **Los tratamientos estéticos y el suministro o reposición de audífonos, lentillas, gafas y prótesis en general.**
- e) **Los embarazos, salvo afecciones por complicación súbita e imprevisible y partos prematuros imprevisibles.**

- f) Las lesiones derivadas de la participación del Asegurado en competiciones o pruebas deportivas, y el rescate de personas en mar, montaña o desierto.
- g) Las lesiones o enfermedades que dimanen, en forma directa o indirecta de hechos producidos por energía nuclear, radiaciones radioactivas, catástrofes naturales y acciones bélicas.
- h) Las enfermedades mentales.

5.4.4.13. Disposiciones Adicionales

El Asegurador no asumirá obligación alguna en conexión con prestaciones que no le hayan sido solicitadas o que no hayan sido efectuadas con su acuerdo previo, salvo en casos de fuerza mayor debidamente justificados.

Cuando en la prestación de los servicios no fuera posible la intervención directa del Asegurador, éste estará obligado a reembolsar al Asegurado los gastos debidamente acreditados que deriven de tales servicios, dentro del plazo máximo de 40 días a partir de la presentación de los mismos.

5.4.4.14. Subrogación

Hasta la cuantía de las sumas desembolsadas en cumplimiento de las obligaciones derivadas de la presente Póliza, el Asegurador quedará automáticamente subrogado en los derechos y acciones que puedan corresponder a los Asegurados o a sus herederos, así como a otros beneficiarios, como consecuencia del siniestro causante de la asistencia prestada.

De forma especial podrá ser ejercitado este derecho por el Asegurador frente a las empresas de transporte terrestre, fluvial, marítimo o aéreo, en lo referente a restitución total o parcial, del coste de billetes no utilizados por los Asegurados o Beneficiarios.

En los supuestos de concurrencia de coberturas con otros seguros públicos o privados, se estará a lo dispuesto al efecto, en la Ley de Contrato de Seguro, en sus artículos treinta y uno, treinta y dos y treinta y tres o normativa legal concordante o de aplicación vigente en cada momento.

5.5. GESTIÓN DEL FINAL DE LA VIDA DIGITAL

En caso de fallecimiento del Asegurado, si los herederos legales lo solicitan, se procederá a borrar la presencia del fallecido en redes sociales y profesionales, blogs y cuentas de correo electrónico. También se ofrecerá la ayuda y el asesoramiento para cumplimentar el formulario de Google para la “Solicitud de retirada de resultados de búsqueda en virtud de la normativa de protección de datos europea”.

Los servicios incluidos son:

- Revisión mediante todas las sesiones de control remoto necesarias, de todos los dispositivos tecnológicos que utilizaba el fallecido como PC's, netbooks, portátiles, BlackBerry, 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.

Los Beneficiarios podrán solicitar al Asegurador la prestación del servicio, dentro de los 6 meses siguientes a la fecha de fallecimiento del Asegurado, llamando al teléfono que aparece en la Tarjeta Asistencia, por la que informará del siniestro ocurrido.

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

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

Se excluye todo servicio que haya de prestarse fuera del ámbito geográfico del territorio español.

ARTÍCULO 6.º

GARANTÍA COMPLEMENTARIA DE ACCESO A SERVICIOS MÉDICOS

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

6.1. CONSULTA MÉDICA TELEFÓNICA

A través de este servicio, los Asegurados pueden acceder inmediatamente a personal médico cualificado a través de una línea Médica personalizada para resolver sus dudas respecto a los problemas de salud que les afecten, 24 HORAS al día, 365 DÍAS al año. Se podrán solicitar las siguientes peticiones de información:

- Información médica referente a síntomas, enfermedades y prevención de la salud.
- Información sobre la correcta utilización de medicamentos.
- Asesoramiento en el entendimiento de informes médicos, de laboratorio, etc.
- Asesoramiento sobre preparación de pruebas médicas.
- Asesoramiento respecto al centro y el tipo de especialista más indicado para la resolución de su problema de salud.
- Información sobre salud infantil y vacunaciones.
- Derivación al servicio de urgencias si el caso así lo aconseja.
- Información sobre los programas de vacunación y asesoramiento en caso de viaje al extranjero.

Deben llamar al teléfono que aparece en la Tarjeta Asistencia, e identificarse como asegurado facilitando su nombre y apellidos y el número de Póliza, el equipo médico atenderá la llamada y dará respuesta a su consulta.

La información facilitada tendrá carácter orientativo, sin que pueda establecerse diagnóstico a causa de ella.

6.2. GESTIÓN DE CONSULTA PRESENCIAL A MÉDICO ESPECIALISTA

Este servicio permite la utilización por parte del Asegurado de una red de profesionales y/o centros médicos a nivel del territorio español, 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.

6.3. SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

Se garantiza a los Asegurados 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 enfermedad grave.

Esta cobertura incluye las siguientes prestaciones de servicio:

- Acceso a la opinión de una red internacional de 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 el Asegurador 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.

No quedan cubiertos los gastos de ningún tipo de asistencia sanitaria, traslado y estancia extrahospitalaria que, en algún caso, pudiera requerir la obtención del informe médico de Segunda Opinión garantizado, ni ningún tipo de coste de asistencia sanitaria derivada de las recomendaciones del informe de Segunda Opinión.

6.4. ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA TELEFÓNICA

El Asegurador garantiza la prestación de un servicio de Orientación Psicológica Telefónica a los Asegurados, en el que ofrece un apoyo puntual, no de urgencia, cuyo servicio incluye:

- Contención emocional, valoración del riesgo, evaluación del soporte familiar o entorno del afectado.
- Información de los recursos asistenciales disponibles.
- 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 20 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 puede recuperar su autonomía en el menor tiempo posible.

Áreas de consulta más frecuentes:

- Trastornos de ansiedad.
- Trastornos depresivos.
- Problemática relacional, laboral.
- Acompañamiento tras un diagnóstico de patología grave.
- Dudas sobre comportamiento infantil y adolescente.
- Dudas acerca de un diagnóstico o tratamiento.

En caso de que el equipo de psicólogos aconseje seguimiento presencial, el Asegurador podrá asesorar al Asegurado para facilitarle el servicio presencial, previa aprobación del presupuesto económico correspondiente por parte del Asegurado.

6.5. 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, éste 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 del fallecido y dar tiempo para elaborar el duelo.

NO HACER USO DE LAS COBERTURAS DE LA GARANTÍA COMPLEMENTARIA DE ACCESO A SERVICIOS MÉDICOS NO DA DERECHO A INDEMNIZACIÓN ALGUNA.

ARTÍCULO 7.º

GARANTÍA COMPLEMENTARIA DE ACCIDENTES INDIVIDUALES

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

7.1. OBJETO DE LA GARANTÍA

El Asegurador garantiza el pago del Capital Asegurado en las Condiciones Particulares cuando el Asegurado, con posterioridad a la fecha de efecto de la Póliza, sufra un accidente corporal en el ejercicio de su profesión y/o en su vida privada.

7.2. DURACIÓN DE LA GARANTÍA

La presente garantía se estipula por el período de un año y a su vencimiento, de conformidad con el artículo veintidós de la Ley 50/1980, se prorrogará por períodos anuales indefinidamente. No obstante, cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga mediante notificación escrita a la otra afectada, con antelación no inferior a dos meses de la conclusión del período de seguro en curso.

En cualquier caso, el seguro se extinguirá al término de la anualidad dentro de la cual el Asegurado cumpla la edad de 70 años.

7.3. LÍMITES GEOGRÁFICOS

La presente garantía ampara los accidentes que ocurran en cualquier parte del mundo.

7.4. COBERTURAS DE LA GARANTÍA

El Asegurador asume las coberturas que a continuación se indican, si están expresamente pactadas en las Condiciones Particulares.

- a) Fallecimiento ocurrido inmediatamente o dentro del plazo de cinco años contados desde la fecha de ocurrencia del accidente.
- b) Invalidez permanente comprobada dentro del plazo de cinco años contados desde la fecha de ocurrencia del accidente.

Según sea la pérdida orgánica o funcional de los miembros y/o facultades del Asegurado, la invalidez permanente puede tener distintos grados de intensidad. Dichos grados, expresados a continuación porcentualmente, indican a la vez la proporción de la suma asegurada que procede indemnizar en cada caso:

	Derecho	Izquierdo
Pérdida del brazo o de la mano	70%	60%
Anquilosis completa de un hombro	30%	25%
Anquilosis completa de un codo	25%	20%
Pérdida total del dedo pulgar	32%	28%
Pérdida total del dedo índice	20%	10%
Pérdida total de uno de los demás dedos de un mano	8%	6%
Pérdida de una pierna por encima de la rodilla	50%	
Pérdida de una pierna por debajo de la rodilla o de un pie	40%	
Anquilosis completa de la cadera, de la rodilla o de un pie	30%	
Pérdida de una pierna por fractura no consolidada, excepto de sus dedos	40%	
Pérdida del dedo gordo de un pie	10%	
Pérdida de cualquier otro dedo de un pie	8%	
Pérdida total de la visión de un ojo con o sin ablación	40%	
Sordera completa de ambos oídos	60%	
Sordera completa de un oído	25%	
Pérdida del habla (mudez absoluta)	20%	
Pérdida completa de dos miembros	100%	
Enajenación mental incurable y absoluta que excluye cualquier trabajo	100%	
Parálisis completa	100%	
Ceguera completa	100%	

Si el Asegurado es zurdo se invertirá el baremo en lo que corresponda.

El grado de intensidad que corresponde a cualquier estado de invalidez permanente no previsto en la tabla anterior será fijado por comparación con los grados consignados en dicha tabla, sin tener en cuenta la profesión del Asegurado.

Cuando la pérdida anatómica o funcional de los miembros u órganos del Asegurado sea sólo parcial, el grado de intensidad de la invalidez resultante se fijará en proporción a dicha pérdida.

En el caso de que el Asegurado perdiese simultáneamente varios miembros u órganos, el grado de invalidez se fijará sumando los respectivos grados de intensidad de cada pérdida. No obstante, la indemnización procedente no podrá sobrepasar el 100% de la suma asegurada por esta garantía.

Si un miembro u órgano afectado por un accidente presentaba ya con anterioridad al mismo un defecto anatómico o funcional, el grado de invalidez vendrá determinado por la diferencia entre el preexistente y el que resulte después del accidente.

Si las partes no se pusiesen de acuerdo en la valoración del grado de invalidez, se someterán al procedimiento de peritación previsto en los artículos treinta y ocho y treinta y nueve de la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro, o de cualquier otra que sustituya o modifique la citada.

Si después del pago de la indemnización por invalidez permanente el Asegurado fallece a consecuencia del accidente, dentro del plazo de cinco años contados desde la fecha de ocurrencia del Accidente, el Asegurador abonará la diferencia entre la indemnización pagada y la asegurada para caso de muerte, si ésta es superior. En caso de ser inferior, el Asegurador no tendrá derecho a reintegro alguno.

En caso de invalidez permanente sobrevinida al Asegurado como consecuencia de accidente garantizado por la presente Póliza que deje lesiones residuales corregibles mediante prótesis, el Asegurador pagará el importe que alcance la primera prótesis ortopédica, sin exceder del 10% del capital indemnizable para caso de invalidez y hasta la cantidad máxima de 600 euros.

7.5. PERSONAS NO ASEGURABLES

a) En todos los casos:

- Las personas mayores de 65 años.
- Los incapacitados absoluta y permanentemente para cualquier actividad laboral.
- Las personas afectadas de enajenación mental, parálisis, apoplejía, epilepsia, diabetes, ceguera, sordera completa, alcoholismo y toxicomanía.

b) Para la garantía en caso de muerte:

- Las personas menores de 14 años.

7.6. EXCLUSIONES

Quedan excluidas de las coberturas de esta Garantía Complementaria y, en consecuencia, no darán derecho a indemnización alguna:

- a) Los accidentes y/o sus consecuencias ocurridos con anterioridad a la fecha de efecto de la Póliza.
- b) Los hechos que no tengan consideración de accidente de acuerdo con lo estipulado en el Artículo Preliminar.
- c) Los accidentes provocados intencionadamente por el Asegurado, el suicidio o tentativa de suicidio y las mutilaciones voluntarias.
- d) Los accidentes a causa de guerras, motines, revoluciones, terremotos, maremotos y movimientos sísmicos, salvo que adquieran el carácter de catastróficos, en cuyo caso quedarán amparados por la cobertura de Riesgos Extraordinarios.
- e) Las lesiones provocadas por sustancias radioactivas o nucleares.
- f) Las consecuencias derivadas de duelos, riñas y comisión o intento de comisión por parte del Asegurado de actos delictivos.
- g) Los accidentes sobrevenidos en estado de enajenación mental, embriaguez manifiesta o bajo los efectos de estupefacientes.
- h) Las enfermedades de cualquier clase y naturaleza, incluidas las profesionales, siempre y cuando no hayan sido provocadas directamente por traumatismo accidental. Se entenderá expresamente excluido el infarto de miocardio, salvo pacto en contrario establecido en las Condiciones Particulares.
- i) Las hernias de cualquier clase, lumbalgias, dorsalgias, cervicalgias y desgarros musculares que no sean consecuencia de un accidente.
- j) Las insolaciones, congelaciones y otros efectos de la temperatura atmosférica, salvo que el Asegurado esté expuesto a ellos como consecuencia de un accidente.
- k) Los envenenamientos ocurridos por la ingestión de alimentos en mal estado.
- l) Las consecuencias puramente psíquicas de un accidente.

- m) Las operaciones o intervenciones practicadas por el Asegurado sobre sí mismo.
- n) Las agravaciones que sobre las consecuencias directas del accidente puedan provocar en la salud del Asegurado cualquier enfermedad, estado morboso o invalidez, preexistentes o sobrevenidos al accidente por causa independiente del mismo. En tales supuestos, el Asegurador responderá solamente de las consecuencias que el accidente habría probablemente tenido, sin la intervención agravante de tales circunstancias ajenas.
- ñ) La práctica como profesional de cualquier deporte; la práctica como aficionado de deportes aéreos en general (paracaidismo, ascensiones en globo, ala delta, ultraligeros, planeadores, etc.) y la participación en competiciones de vehículos a motor, incluidos entrenamientos. Quedará igualmente excluida la práctica de aquellos deportes que por sus características y peligrosidad sean asimilables a los anteriores, como puenting, barranquismo, rafting, etc.
- o) Tampoco quedarán amparados, salvo pacto en contrario estipulado en las Condiciones Particulares y el abono de la sobreprima correspondiente, los accidentes ocurridos con ocasión de utilizar ciclomotores o motocicletas y practicar artes marciales, lucha libre, boxeo, rugby, alpinismo, escalada, espeleología, esquí, ciclismo en competición, equitación en carreras o concursos y entrenamientos previos, inmersión con empleo de aparatos de respiración y pesca submarina.

7.7. TRAMITACIÓN DE SINIESTROS Y PAGO DE INDEMNIZACIONES

El Tomador del Seguro, el Asegurado o el Beneficiario deberán comunicar al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido, facilitando toda la información sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro.

Para el pago de las indemnizaciones, el Tomador deberá entregar al Asegurador los documentos que, según corresponda, se indican a continuación:

- a) En caso de fallecimiento.
 - Testimonio de las diligencias judiciales o documentos que acrediten el fallecimiento por accidente.

- Partida de defunción.
- Documentos que acrediten la personalidad y en su caso la condición de beneficiario.
- En su caso, Certificado del Registro de Actos de Últimas Voluntades, copia del último testamento del Tomador o Acta Judicial/Notarial de Declaración de Herederos.
- Documentación acreditativa del pago o la exención del Impuesto sobre Sucesiones.
- Otros documentos legalmente exigibles.

En el supuesto de que el fallecimiento del Asegurado sea causado intencionadamente por su único beneficiario, el Asegurador quedará desligado de sus obligaciones respecto a dicho beneficiario, integrándose el capital asegurado en el patrimonio del Tomador. Si existieran varios beneficiarios, los no intervinientes en el fallecimiento del Asegurado conservarán su derecho.

b) En caso de Invalidez Permanente.

- Testimonio de las diligencias judiciales o documentos que acrediten el acaecimiento del accidente.
- Certificado médico de alta con expresión del grado de invalidez resultante del accidente.

En cualquier supuesto el Asegurador deberá efectuar, dentro de los 40 días a partir de la recepción de la declaración del siniestro, el pago del importe mínimo de lo que el Asegurador pueda deber, según las circunstancias por él conocidas.

7.8. RESCISIÓN DE LA GARANTÍA

Después de la comunicación de cada siniestro, haya o no dado lugar a indemnización, cualquiera de las partes podrá resolver el contrato, siempre y cuando sea mediante acuerdo mutuo que deberá constar por escrito o mediante otro medio indubitable.

El plazo para la eficacia de la resolución será de dos meses a partir de la fecha del acuerdo y una vez producida, dará derecho al Tomador del Seguro para que le sea devuelta la parte de prima correspondiente al riesgo no transcurrido.

La resolución del contrato no afectará a los derechos y obligaciones existentes entre las partes por los siniestros que hayan ocurrido y que aún no hayan sido declarados durante la vigencia del contrato.

7.9. 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 y también los acaecidos en el extranjero cuando el asegurado tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el tomador hubiese satisfecho los correspondientes recargos a su favor, y se produjera alguna de las siguientes situaciones:

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

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

I. RESUMEN DE NORMAS LEGALES

1. ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS CUBIERTOS

Se entiende por acontecimientos extraordinarios:

- 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 135 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.

2. RIESGOS EXCLUIDOS

- a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
- b) Los ocasionados en personas o bienes asegurados 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 artículo 1 del Reglamento del Seguro de Riesgos Extraordinarios, 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 en el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios conforme al artículo 1 del Reglamento del Seguro de Riesgos Extraordinarios.
- g) Los causados por mala fe del asegurado.
- h) Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.
- i) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de “catástrofe o calamidad nacional”.

3. EXTENSIÓN DE LA COBERTURA

La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y sumas aseguradas que se hayan establecido en las Pólizas de seguro a efectos de la cobertura de los riesgos ordinarios.

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 se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que, de conformidad con la normativa citada, la entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la citada provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

II. PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN EN CASO DE SINIESTRO INDEMNIZABLE POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

En caso de siniestro, el asegurado, tomador, beneficiario, o sus respectivos representantes legales, directamente o bien a través de la entidad aseguradora con la que se contrató el seguro ordinario o del mediador de seguros, deberá comunicar, dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido, la ocurrencia del siniestro, en la delegación regional del Consorcio que corresponda, según el lugar donde se produjo el siniestro. La comunicación se formulará en el modelo establecido al efecto, que estará disponible en la página 'web' del Consorcio (www.conorseguros.es) en las oficinas de éste o de la entidad aseguradora, al que deberá adjuntarse la documentación que, según la naturaleza de las lesiones, se requiera.

Para aclarar cualquier duda que pudiera surgir sobre el procedimiento a seguir, el Consorcio de Compensación de Seguros dispone del siguiente teléfono de atención al asegurado: 902 222 665.

ARTÍCULO 8.º

GARANTÍA COMPLEMENTARIA DE HOSPITALIZACIÓN POR ENFERMEDAD Y ACCIDENTE E INDEMNIZACIÓN POR PARTO

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

8.1. OBJETO DE LA GARANTÍA

El Asegurador abonará la indemnización diaria señalada en las Condiciones Particulares, durante el período de tiempo en que el Asegurado, si como consecuencia de Enfermedad o Accidente, debiera ser hospitalizado por permanencia ininterrumpida en un centro sanitario, clínica u hospital.

Las hospitalizaciones sucesivas por una misma causa tendrán la consideración de un solo período 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.

8.2. PERÍODO INDEMNIZABLE

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.

El período de indemnización máximo es de 120 días.

8.3. PLAZOS DE CARENCIA

Las coberturas pactadas comenzarán una vez transcurridos, desde la fecha de efecto de esta garantía complementaria, los plazos de carencia establecidos a continuación:

- **Hospitalización: seis meses.**
- **Parto: ocho meses.**

Los plazos de carencia indicados no serán de aplicación en los siniestros derivados de accidente.

8.4. DURACIÓN DE LA GARANTÍA

El presente seguro se estipula por el período de un año y a su vencimiento, de conformidad con el artículo 22 de la Ley 50/1980, se prorrogará por períodos anuales indefinidamente. No obstante, cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga mediante notificación escrita a la otra afectada, con antelación no inferior a dos meses de la conclusión del período de seguro en curso.

En todo caso el seguro se extinguirá al término de la anualidad dentro de la cual el Asegurado cumpla la edad de 65 años.

8.5. PERSONAS NO ASEGURABLES

En todos los casos:

- Las personas mayores de 65 años.
- Los incapacitados absoluta y permanentemente para cualquier actividad laboral.
- Las personas afectas de enajenación mental, parálisis, apoplejía, epilepsia, diabetes, ceguera, sordera completa, alcoholismo y toxicomanía.

8.6. EXCLUSIONES

Quedan excluidas de las coberturas de esta Garantía Complementaria y, en consecuencia, no darán derecho a indemnización alguna:

- a) Los accidentes y/o sus consecuencias, las enfermedades, las lesiones y los defectos constitucionales o físicos de origen anterior a la fecha de emisión de la presente Póliza.
- b) Los siniestros producidos en alteraciones de orden público o guerra, los consecutivos a la energía atómica o nuclear, salvo que sea consecuencia de tratamiento médico, las epidemias oficialmente declaradas, las enfermedades o lesiones originadas o producidas por embriaguez, alcoholismo o toxicomanía, las autolesiones y el intento de suicidio.
- c) Los accidentes ocurridos en la práctica de cualquier deporte como profesional, así como los ocurridos en la práctica de deportes aéreos, alpinismo, boxeo, artes marciales, actividades subacuáticas con utilización de aparatos de respiración autónoma y los entrenamientos, competiciones y pruebas de velocidad o resistencia con cualquier tipo de vehículo.
- d) Los procesos patológicos manifestados exclusivamente por dolores, algias o vértigos, es decir, sin otros síntomas objetivos médicamente comprobables.
- e) Quedan excluidos los exámenes médicos, chequeos y estancias en balnearios, casas de reposo, asilos, geriátricos o similares.
- f) 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.

- g) Las enfermedades neurológicas que no estén diagnosticadas y comprobadas por pruebas de diagnóstico.
- h) Las psicosis, neurosis, psicopatías, trastornos de la personalidad, depresiones o stress y todas aquellas manifestaciones orgánicas de una enfermedad de la mente conocidas como enfermedades psicósomáticas.
- i) Las personas afectadas por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), sus consecuencias y complicaciones en cualquiera de sus fases.

8.7. TRAMITACIÓN DE SINIESTROS Y PAGO DE INDEMNIZACIONES

Salvo en casos de urgencia vital, el Tomador del Seguro o el Asegurado deberán comunicar anticipadamente al Asegurador el internamiento en el centro sanitario, clínica u hospital y el día del ingreso.

Una vez efectuada el alta deberá entregarse al Asegurador un certificado médico con la descripción del proceso que origina la hospitalización y las fechas de entrada y salida del centro sanitario, clínica u hospital.

El Asegurador podrá solicitar, complementariamente a lo indicado en el párrafo anterior, cuantos documentos y certificados estime necesarios para la verificación de los siniestros.

En cualquier caso el Asegurador deberá efectuar, dentro de los 40 días a partir de la recepción de la declaración del siniestro, el pago del importe mínimo de lo que el Asegurador pueda deber según las circunstancias por él conocidas.

8.8. RESCISIÓN DE LA GARANTÍA

Después de la comunicación de cada siniestro, haya o no dado lugar a indemnización, cualquiera de las partes podrá resolver el contrato, siempre y cuando sea mediante acuerdo mutuo que deberá constar por escrito o mediante otro medio indubitable.

El plazo para la eficacia de la resolución será de dos meses a partir de la fecha del acuerdo y una vez producida, dará derecho al Tomador del Seguro para que le sea devuelta la parte de prima correspondiente al riesgo no transcurrido.

La resolución del contrato no afectará a los derechos y obligaciones existentes entre las partes por los siniestros que hayan ocurrido y que aún no hayan sido declarados durante la vigencia del contrato.

ARTÍCULO 9.º

GARANTÍA COMPLEMENTARIA DE REPATRIACIÓN. EXTRANJEROS RESIDENTES EN ESPAÑA

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

9.1. OBJETO DE LA GARANTÍA

El Asegurador garantiza, las gestiones y gastos necesarios, para el traslado del Asegurado fallecido en España o Andorra al aeropuerto internacional más cercano a la localidad de inhumación del país de repatriación identificado en las Condiciones Particulares. Siempre que por parte de las Autoridades Competentes se concedan las oportunas autorizaciones, no exista impedimento alguno para efectuarlo 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.

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

El Tomador se obliga a declarar al Asegurador la pérdida de Residencia en España o Andorra de todos o alguno de los Asegurados, entendiéndose como tal pérdida de Residencia los casos en que el Asegurado traslade su Residencia habitual a país distinto a España o Andorra, y en todo caso, cuando sea privado de la Residencia en España o Andorra de conformidad con la legislación vigente.

9.2. GASTOS DE TRASLADO Y GASTOS EN EL PAÍS DE REPATRIACIÓN

Cuando resulte cubierto el traslado del Asegurado fallecido según indica la garantía del artículo Noveno, punto primero, el Asegurador se hará cargo, con un límite de hasta 1.500 Euros, de la recepción, traslado de los restos mortales y gastos incurridos hasta la localidad de inhumación o en su caso hasta la recepción por parte de la funeraria designada por los familiares debidamente acreditados, en el país de repatriación identificado en las Condiciones Particulares. El traslado se realizará por mediación de la empresa funeraria que el Asegurador designe y siempre que pueda ser realizado por medios normales de transporte.

9.3. ACOMPAÑAMIENTO DE RESTOS MORTALES

Asimismo, los causahabientes del Asegurado fallecido en España o Andorra, podrán designar a una persona, con residencia en España o Andorra, la cual tendrá derecho a un billete de ida y vuelta en avión (clase turista), para que pueda viajar desde la localidad de su residencia en España o Andorra, a la localidad de inhumación del país de destino designado en las Condiciones Particulares de la póliza, para acompañar al fallecido y, finalmente, regresar hasta la localidad de su residencia en España o Andorra.

Se excluye el traslado a aquellos países que se hallen en estado de guerra, insurrección o conflictos bélicos de cualquier clase o naturaleza, aun cuando no hayan sido declarados oficialmente.

Quedan excluidos de la presente garantía los gastos de inhumación, incineración y ceremonia.

La cobertura de la presente garantía se extinguirá respecto del Asegurado que pierda su condición legal de residente en España o Andorra.

Es requisito indispensable para la prestación de esta garantía que el Asegurado de la misma tenga la condición legal de residente en España o Andorra en el momento de acaecer el hecho que da derecho a la prestación.

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.

No hacer uso de cualquiera de las coberturas de la presente Garantía no da derecho al abono de cantidad alguna.

ARTÍCULO 10.º

GARANTÍA COMPLEMENTARIA DE RESIDENTES. ESPAÑOLES RESIDENTES FUERA DE ESPAÑA

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

10.1 OBJETO DE LA GARANTÍA

El Asegurador garantiza las gestiones y gastos necesarios para el traslado del cuerpo desde el lugar de fallecimiento, al cementerio o planta incineradora dentro del territorio español elegido libremente por los Beneficiarios del Asegurado fallecido, siempre que por parte de las Autoridades competentes no exista impedimento alguno para efectuarlo 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.

La presente garantía será aplicable exclusivamente a los Asegurados para los que expresamente figure contratada en esta póliza, que sean residentes, en cualquier país del mundo, excluyendo a España y cuya nacionalidad sea la española. Independientemente de la duración de la estancia del fallecido en el extranjero.

10.2. ACOMPAÑAMIENTO DE RESTOS MORTALES

Asimismo, los causahabientes del Asegurado fallecido, cuyo traslado está cubierto por esta garantía, podrán designar a una persona, con residencia en España o Andorra, la cual tendrá derecho a un billete de ida y vuelta en avión (clase turista), para que pueda viajar acompañando al cadáver desde el lugar de ocurrencia del fallecimiento hasta el lugar de inhumación, o viceversa.

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, aun cuando no hayan sido declarados oficialmente.

Quedan excluidos de la presente garantía los gastos de inhumación, incineración y ceremonia, en cuyo caso se estará a lo establecido al efecto en el artículo referente a la Garantía de Servicio 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.

No hacer uso de cualquiera de las coberturas de la presente Garantía no da derecho al abono de cantidad alguna.

ARTÍCULO 11.º

TARJETA ASISTENCIA

El Asegurador facilitará a cada asegurado una Tarjeta Asistencia, en la que se incluye el número de teléfono en caso de siniestro o necesidad de cualquier asistencia comprendida dentro de las coberturas de la Póliza.

Esta tarjeta no contiene información sanitaria y es exclusivamente identificativa, con validez limitada por períodos de tiempo, no obstante, cuando el profesional o centro que presta el servicio lo considere conveniente, se podrá requerir el Documento Nacional de Identidad.

La Tarjeta Asistencia es personal e intransferible, reservándose el Asegurador las acciones legales que procedan sobre el uso fraudulento de la misma.

En caso de robo, hurto o extravío, el Asegurado está obligado a comunicar esta circunstancia al Asegurador a la mayor brevedad posible; asimismo, el Asegurado deberá devolver la Tarjeta Asistencia al finalizar la vigencia del seguro.

ARTÍCULO 12.º

REVALORIZACIÓN AUTOMÁTICA DE CAPITALES ASEGURADOS

Al término de cada anualidad del Seguro, el Capital Asegurado de cada una de las garantías contratadas, quedará automáticamente revalorizado en función de las variaciones que experimente el Índice de Precios al Consumo (IPC). **Excepto en la garantía de Traslado-Asistencia recogida en el artículo Quinto.**

Los nuevos Capitales Asegurados serán los resultantes de multiplicar los garantizados en la anualidad anterior por la variación anual experimentada por el IPC en la anualidad en curso. A estos efectos se tomará la última variación publicada por el Instituto Nacional de Estadística con anterioridad a la fecha de emisión del recibo correspondiente al vencimiento anual.

Para la determinación de la prima correspondiente a cada una de las revalorizaciones de Capital Asegurado anteriormente indicadas se tendrá en cuenta la edad de los Asegurados en las fechas de las citadas revalorizaciones y se estará a lo dispuesto en el artículo Treceavo relativo a la Determinación de la Prima.

La Revalorización Automática de Capitales Asegurados será de aplicación sobre las cantidades fijas establecidas como límites de cobertura en la Póliza no siendo de aplicación sobre los límites porcentuales establecidos en la misma.

ARTÍCULO 13.º

DETERMINACIÓN DE LA PRIMA DE LA GARANTÍA DE SERVICIO DE SEPELIO

Para todos los Asegurados incluidos en las Condiciones Particulares de edad actuarial inferior a 70 años la prima a aplicar, para la garantía de servicio de sepelio, se establece en función del Capital Asegurado y de la edad actuarial alcanzada en cada renovación anual.

Para los Asegurados incluidos en Condiciones Particulares con una edad actuarial igual o superior a 70 años y para los incrementos de Capital Asegurado que se produzcan a partir de los 70 años de edad actuarial, el Asegurador aplicará, sobre los capitales correspondientes, la tarifa de un seguro de vida entera a primas vitalicias, según las bases técnicas vigentes en la entidad, que se revalorizará anualmente en un 5% lineal.

ARTÍCULO 14.º

PAGO DE PRIMAS

El Tomador del Seguro está obligado al pago de la primera prima en el momento de la perfección del contrato. Las primas sucesivas deberán hacerse efectivas por el Tomador en los correspondientes vencimientos.

Si en las Condiciones Particulares no se determina ningún lugar para el pago de la prima, se entenderá que éste ha de hacerse en el domicilio del Tomador del Seguro, salvo que en condición particular se acuerde otra cosa.

Si por culpa del Tomador la primera prima no ha sido pagada, o la prima única no lo ha sido a su vencimiento, el Asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva con base en la Póliza. En todo caso, y salvo pacto expreso en condición particular, **si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación.**

En caso de falta de pago de una de las primas siguientes, la cobertura del Asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si el Asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido. En cualquier caso, el Asegurador, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima en curso.

Si el contrato no hubiera sido resuelto o extinguido conforme a los párrafos anteriores, **la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el Tomador pagó su prima.**

ARTÍCULO 15.º

LÍNEA PERMANENTE Y COMUNICACIÓN

Ante un evento que pueda dar lugar a las prestaciones cubiertas, el Asegurado deberá indispensablemente comunicarse con el servicio telefónico de urgencia establecido por el Asegurador (desde España 902 224 223, y si llama desde el extranjero con el prefijo 34, marcando previamente el prefijo internacional propio del país en que se encuentre), indicando: Nombre del Asegurado, número de Póliza, lugar y número de teléfono donde se encuentre y tipo de asistencia que precise.

ARTÍCULO 16.º

DECLARACIONES FORMULADAS AL ASEGURADOR

La Póliza se concierta sobre la base de las declaraciones formuladas por el Tomador de este Seguro realizadas en la Solicitud que existe a tal efecto y que pueden motivar:

- La aceptación del riesgo por parte del Asegurador.
- La asunción por el Asegurador de todas las obligaciones derivadas de este Contrato.
- La fijación de la Prima correspondiente.

La Póliza, junto con la Solicitud debidamente cumplimentada, constituyen la base de este Seguro. Si el contenido de la Póliza difiere del de la Solicitud de Seguro o de las cláusulas acordadas, el Tomador podrá reclamar al Asegurador en el plazo de un mes desde la fecha de emisión de la Póliza para que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo se estará a lo dispuesto en la Póliza.

El Tomador del Seguro y en su caso el Asegurado o Beneficiario, debe comunicar por escrito al Asegurador cualquier cambio de domicilio, notificándolo por escrito al Asegurador. En el supuesto de cambio de población se adaptará el contrato a los Servicios Fúnebres vigentes en dicho lugar, obligándose el Asegurador a emitir el correspondiente suplemento.

Si en las declaraciones formuladas por el Tomador al cumplimentar la Solicitud se incurriera en error, ocultación o inexactitud en aquellas circunstancias por él conocidas, y éstas pudieran influir en la valoración del riesgo:

- **El Asegurador podrá rescindir la Póliza durante el plazo de un año, a contar desde la fecha de efecto de la Póliza notificándolo por declaración dirigida al Tomador, salvo que éste hubiera actuado con dolo. Si la declaración inexacta hubiese sido relativa a la edad de alguno de los Asegurados y de ello resultase que la prima a pagar hubiera debido ser mayor a la percibida el Asegurador podrá reducir los capitales de cada uno de ése o esos Asegurados en proporción idéntica a la prima percibida.**

- Si, por el contrario, resultase que la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, el Asegurador restituirá inmediatamente el exceso de primas percibidas sin interés.

Si sobreviniese el siniestro antes de que el Asegurador efectúe dicha declaración, la indemnización se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre Prima convenida y la que hubiese resultado de aplicarse la información correspondiente a la verdadera entidad del riesgo. En caso de que hubiese existido dolo o culpa grave del Tomador, el Asegurador quedará liberado del pago de la indemnización.

ARTÍCULO 17.º

INICIO DE LAS GARANTÍAS DE LA PÓLIZA

Las garantías de la presente Póliza entran en vigor en la fecha y hora que figuran en la fecha de efecto de las Condiciones Particulares, una vez haya sido firmada por ambas partes y satisfecho el recibo de Prima correspondiente.

Para aquellos nuevos Asegurados que se incorporen con posterioridad a la fecha de efecto de esta Póliza, la cobertura entrará en vigor en la fecha de efecto del suplemento de incorporación correspondiente, siempre que éste se haya firmado y abonado el importe de la prima por el Tomador.

ARTÍCULO 18.º

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 períodos anuales, y así sucesivamente a la finalización de cada anualidad. A esta prórroga tácita pueden oponerse tanto el Tomador del Seguro como el Asegurador, mediante notificación escrita con un plazo de dos meses de antelación a la conclusión del período del seguro en curso.

No obstante, el Asegurador está obligado a la prórroga tácita de la Garantía de Servicio de Sepelio siempre que la Póliza se encuentre al corriente del pago de la prima.

El Asegurado o Asegurados causarán automáticamente baja en las Garantías Complementarias de Accidentes Individuales y de Hospitalización por Enfermedad y Accidente e Indemnización por Parto, al finalizar la anualidad del seguro en que cada Asegurado cumpla 70 años de edad y 65 años respectivamente, salvo pacto en contrario.

ARTÍCULO 19.º

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

La designación y cambio de beneficiarios son derechos exclusivos del Tomador. El Tomador puede renunciar a estos derechos a favor de otra persona. Dicha renuncia debe ser expresa y por escrito.

El Beneficiario en caso de fallecimiento para cada Asegurado es, salvo designación expresa: cónyuge; en su defecto los hijos por partes iguales; en su defecto, los padres por partes iguales o de vivir uno sólo de ellos por la totalidad; y en defecto de todos ellos los herederos legales del Asegurado.

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.

ARTÍCULO 20.º

COMUNICACIONES ENTRE TOMADOR Y ASEGURADOR

Las comunicaciones al Asegurador del Tomador del Seguro o del Asegurado se realizarán en el domicilio social del Asegurador, señalado en la Póliza.

Las comunicaciones del Asegurador al Tomador del Seguro y, en su caso, al Asegurado, se realizarán en el domicilio de éstos, recogido en la Póliza, salvo que los mismos hayan notificado al Asegurador el cambio de su domicilio.

Las comunicaciones que efectúe el Tomador del Seguro al Agente de Seguros que medie o haya mediado en el contrato, surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado directamente al Asegurador.

El pago de los recibos de prima por el Tomador del Seguro al Agente de Seguros se entenderá realizado al Asegurador, salvo que ello se haya excluido expresamente en las Condiciones Particulares del Seguro.

El pago del importe de la prima efectuado por el Tomador del Seguro al Corredor no se entenderá realizado al Asegurador salvo que, a cambio, el Corredor entregue al Tomador el Seguro el recibo de prima del Asegurador.

ARTÍCULO 21.º

PRESCRIPCIONES

Las acciones derivadas de esta Póliza prescriben a los cinco años contados desde el primer día en que pudieron ejercitarse.

ARTÍCULO 22.º

JURISDICCIÓN

Si cualquiera de las partes contratantes o ambas decidieran ejercitar sus acciones ante los Órganos Jurisdiccionales, deberán recurrir al Juez del domicilio del Asegurado, que será el único competente para el conocimiento de las acciones derivadas de este contrato de seguro. A estos efectos el Asegurado designará un domicilio en España, en el caso de que el suyo fuera en el extranjero.

ARTÍCULO 23.º

DERRAMA ACTIVA Y PASIVA

En cumplimiento de lo previsto en la legislación vigente sobre Ordenación del Seguro Privado, se hace constar que los socios mutualistas tendrán los derechos y obligaciones que se determinen en los Estatutos de la Mutua con respecto a la derrama activa y pasiva. Dichos estatutos están a disposición de los socios mutualistas.

CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/99, de 13 de diciembre sobre Protección de Datos de Carácter Personal se informa al tomador y/o asegurado-beneficiario de que los datos de carácter personal que nos facilite, incluidos los datos de salud, en el desarrollo del presente contrato de seguro, se incluyen en un fichero responsabilidad de FIATC con la finalidad de gestión, control, cumplimiento y ejecución de las prestaciones garantizadas en el mismo y prevención del fraude, así como para el envío de comunicaciones comerciales, sobre los productos de nuestra Entidad o de las empresas participadas por FIATC, salvo que usted manifieste o hubiera manifestado su negativa a recibirlas. Pueden ser destinatarios de la información, para que la entidad pueda cumplir con las prestaciones contratadas o con fines legales de coaseguro o reaseguro, las entidades participadas por FIATC u otras entidades con las que FIATC suscriba convenios de colaboración a tales efectos, cuya comunicación con dichas finalidades consiente expresamente el solicitante, tomador y/o asegurado-beneficiario. Así, le informamos que la solicitud o la prestación de los servicios derivados del contrato de seguro, supone la conformidad expresa del interesado a los tratamientos indicados. Los datos objeto de dicho tratamiento o comunicación serán los pertinentes, adecuados y no excesivos para poder cumplir, desarrollar y controlar los derechos y obligaciones que para el tomador, asegurado o beneficiario y FIATC vienen establecidas contractualmente, cuya legislación aplicable obliga al asegurado a informar al asegurador de las causas que motivan la prestación.

El afectado podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante escrito dirigido a FIATC, Avenida Diagonal 648, 08017, Barcelona, al que deberá acompañar una fotocopia de su DNI. En caso de oposición al tratamiento y comunicación de los datos descritos, no podrán hacerse efectivas las prestaciones de la Póliza durante el tiempo que dure dicha oposición, por carecer FIATC de los datos necesarios para el cálculo de la indemnización o para el cumplimiento de los demás fines garantizados en el contrato de seguro.

Finalmente y para el caso que haya facilitado datos de terceras personas, usted se obliga a informarles de forma expresa, precisa e inequívoca acerca del contenido del tratamiento de los datos en los términos expuestos en la presente.

CLÁUSULA ADICIONAL ÚLTIMA: INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN

El Reglamento de Defensa del Cliente de FIATC, se encuentra a disposición de los Sres. Clientes de la Mutua en cualquier oficina abierta al público, en el domicilio social de la entidad, Avenida Diagonal, 648 de Barcelona así como en la página web **www.fiatc.es**.

I. DEPARTAMENTO O SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE (SCAC)

El Departamento o Servicio de Atención al Cliente atenderá, instruirá y resolverá la integridad de las quejas y reclamaciones que presenten los Tomadores, Asegurados, Beneficiarios o Terceros Perjudicados relacionados con sus intereses y derechos legalmente reconocidos por cualquier razón derivada del contrato de seguro.

El Departamento de Atención al Cliente (SCAC) se encuentra en nuestra sede sita en Avenida Diagonal, núm. 648, -08017- de Barcelona, Teléfono 902 110 120, Fax 936 027 374 y dirección de correo electrónico scac@fiatc.es.

El SCAC dispondrá de DOS MESES a contar desde la presentación de la queja o reclamación para dictar un pronunciamiento definitivo (dicho plazo será de UN MES cuando la relación de consumo conformante del contrato de seguro se haya desarrollado en el territorio de Catalunya, en aplicación de lo dispuesto por la normativa autonómica catalana en esta materia).

2. PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO

El reclamante en caso de disconformidad con el resultado emitido o bien en ausencia de resolución en el plazo de dos meses por parte del SCAC puede presentar su reclamación ante el COMISIONADO PARA LA DEFENSA DEL CLIENTE DE LOS SERVICIOS FINANCIEROS, dependiente de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, con domicilio en Paseo de la Castellana, núm. 44, -28042- de Madrid.

3. JUECES Y TRIBUNALES

Con carácter general y sin obligación de acudir a los anteriores procedimientos, los conflictos se resolverán por los Jueces y Tribunales que correspondan.

FIATC 
S E G U R O S

www.fiatc.es