



# Accidentes individual

Durante práctica de deporte

Proyecto presentado por la compañía  
Seguros Catalana Occidente a **Jose Luis Martinez Garcia**

## Durante práctica de deporte

### Accidentes individual

Contrato formalizado entre la compañía  
Seguros Catalana Occidente y **Jose Luis Martinez Garcia**

### Índice

Condiciones particulares.....	1
Condiciones generales.....	6

PROYECTO

---

### Datos compañía

Seguros Catalana Occidente,S.A. de Seguros y Reaseguros, Sociedad Unipersonal NIF: A-28119220 - inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Hoja M 91458

---



**Aclaraciones del proyecto**

Este documento ha sido elaborado en base a los datos facilitados por el Solicitante y según condiciones vigentes en esta compañía aseguradora en el momento de la confección del mismo.

Es una síntesis del alcance de la cobertura que el asegurador podrá ofrecer al solicitante una vez que sea verificado el riesgo por la Compañía, conservando la misma, la facultad de modificar las condiciones económicas o de cobertura en función del resultado de la verificación, incluso rechazando la presentación de la oferta y por tanto carece de validez contractual.

PROYECTO

**Datos del asegurado**

Nombre del asegurado: Jose Luis Martinez Garcia

DNI: [REDACTED]

Fecha de nacimiento: [REDACTED]

Profesión principal: Agente y representante comercial  
[REDACTED]  
[REDACTED]

Práctica de deportes como profesión remunerada: No

Práctica de deportes peligrosos o con elevado riesgo de accidentabilidad: No

**Resumen de coberturas**

<b>COBERTURAS</b>	<b>CAPITALES</b>
<b>Muerte</b>	
- Por accidente	30.000€
- Anticipo pago del impuesto sobre sucesiones	Incluida
<b>Invalidez permanente</b>	
- Por accidente. Incluidas parciales	30.000€
<b>Hospitalización</b>	
- Por accidente (subsidiario diario)	30€/día
<b>Asistencia accidente</b>	
- Gastos de asistencia sanitaria en centros concertados por el asegurador	Ilimitada
- Gastos de asistencia sanitaria en centros ajenos	6.000€
- Adquisición, sustitución o reparación de aparatos correctores de audición u ortopédicos	800 € por stro en audición u ortopédicos
- Reparación o sustitución de piezas o prótesis dentales	1.500€
- Gastos de adquisición de gafas	150€
- Gastos de búsqueda, localización y salvamento (rescate)	3.000 €
- Gastos primera prótesis ortopédica	1.500€
- Elementos ortoprotésicos (Órtesis)	Incluida
- Gastos no sanitarios relacionados con el accidente	hasta el 10% de importe total satisfecho por la asistencia hospitalaria
- Terapia física	Incluida
- Gastos cirugía estética	1.500€
<b>Tarjeta Bienestar</b>	
- Segundo diagnóstico (segunda opinión médica)	Incluida
- Asistencia familiar	Incluida
- Salud dental prevención	Incluida
- Línea salud (orientación médico telefónica)	Incluida
<b>Defensa Jurídica</b>	
- Básica	3.000€

**Plazos de carencia:****Las coberturas contratadas entrarán en vigor:**

- En caso de accidente o enfermedades que requieran asistencia de carácter urgente, las sobrevenidas y diagnosticadas después de la fecha de efecto del seguro. Se entiende por asistencia de carácter urgente la asistencia médica que, de no prestarse de forma inminente o inmediata, podría poner en peligro la vida del paciente o su integridad física o causar un menoscabo permanente en su salud.
- En caso de accidente, desde el momento de puesta en vigor del contrato.

**Para cobertura de defensa jurídica**

- En caso de defensa jurídica, 3 meses completos desde la fecha de efecto del seguro o desde que entró en vigor este grupo de garantías.

No habrá cobertura si al momento de formalizar este grupo de garantías o durante el plazo de carencia se rescinde por alguna de las partes el contrato origen de litigio o se solicita su resolución, anulación o modificación.

***A estos efectos, será de aplicación el plazo de carencia tanto para los suplementos de incremento de capital en la cuantía incrementada, como para la inclusión de nuevas coberturas. Por tanto, no será de aplicación el plazo de carencia, ni en los decrementos de capital, ni en la exclusión de coberturas.***

**Beneficiarios**

Designación automática de beneficiarios. Se considerarán beneficiarios preferente y excluyentemente:

a) Para el caso de fallecimiento:

- Cónyuge o pareja de hecho legalmente constituida estable constituida mediante inscripción en un registro o documento público o que haya convivido un mínimo de un año inmediatamente anterior al fallecimiento o un periodo inferior si tiene un hijo en común.
- Hijos o descendientes del asegurado por partes iguales.
- Padres o ascendientes del asegurado por partes iguales.
- Hermanos del asegurado por partes iguales.
- Herederos legales.

b) Para las garantías de invalidez e incapacidad:

- En estos casos será el propio asegurado, salvo lo dispuesto en las condiciones particulares de la póliza.

**Declaraciones del asegurado:**

- La persona a asegurar SÍ releva de su obligación de guardar el secreto profesional a los médicos, hospitales y centros sanitarios que le atiendan o le hayan atendido, cuando el Asegurador considere necesario consultar a dichos profesionales o entidades sobre datos médicos o clínicos a él relativos.
- NO ha padecido ningún tipo de intervención quirúrgica con anterioridad a la presente declaración de salud o no está informado de que tiene alguna enfermedad o lesión que pueda precisar de intervención quirúrgica, transfusión o tratamiento terapéutico próximamente.
- NO se encuentra de baja actualmente o no está informado de que tiene ninguna enfermedad o lesión que puede precisar consulta médica, tratamiento u hospitalización o no ha sido sometido a ningún tratamiento médico por periodo superior a 1 mes en los 2 últimos años o no padece ninguna enfermedad o lesión con programación de tratamiento en el próximo año.
- NO desea cobertura en la práctica de deporte federado amateur
- NO está tramitando ningún expediente de invalidez, por cualquier causa.

**Ámbito de cobertura: Durante práctica de deporte**

Las garantías de la presente póliza se extienden a los accidentes corporales que pueda sufrir el asegurado durante la práctica de deporte, de acuerdo con la definición de accidente consignada en el apartado - Definiciones del contrato y conceptos básicos - de las condiciones generales de la póliza.

**Concurrencia de seguros**

El tomador del seguro o el asegurado quedan obligados a comunicar anticipadamente al asegurador la existencia de otras pólizas, contratadas con distintos aseguradores, cubriendo los efectos que un mismo riesgo puede producir sobre el mismo interés y durante idéntico tiempo.

El asegurador se reserva el derecho a reclamar al tomador los daños y perjuicios causados por la falta de comunicación de la contratación de otros seguros de accidentes que se refieran a la misma persona.

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley de Contrato de Seguros, el asegurado se compromete a informar al asegurador, en el momento de su formalización, de las nuevas contrataciones de pólizas de accidentes o vida, así como, de las modificaciones realizadas en las que pudiera tener contratadas.

El asegurado declara que en el momento de la formalización de la presente póliza, no tiene contratada en otra compañía ninguna póliza de accidentes o de vida.

PROYECTO

## Muerte por accidente

### Objeto de la cobertura

Por la presente cobertura el asegurador garantiza el pago del capital establecido en las condiciones particulares, a favor del beneficiario, si el asegurado fallece como consecuencia de un accidente, tal y como se define en el apartado "Definiciones" del presente contrato.

## Anticipo pago del impuesto sobre sucesiones

### Objeto de la cobertura

Por la presente cobertura, el asegurador anticipará **hasta el capital máximo asegurado** en las condiciones particulares para afrontar **el gasto derivado del impuesto de sucesiones y donaciones**, si como consecuencia de un **accidente** cubierto por la póliza, se produce el fallecimiento del asegurado.

El asegurador, mientras no sea liquidada la deuda tributaria de esta indemnización de forma fehaciente, queda autorizado a retener aquella parte de la indemnización en que, de acuerdo con las circunstancias por él conocidas, se estime la deuda tributaria resultante en la liquidación del impuesto sobre sucesiones y donaciones.

### Anticipo de capital

La indemnización por esta cobertura se considera a cuenta de la indemnización principal de la cobertura básica de muerte por accidente.

El anticipo siempre será pagado en España.

## Invalidez permanente por accidente - incluidas parciales

### Objeto de la cobertura

Por la presente cobertura el asegurador garantiza el pago del capital establecido en las condiciones particulares, si el asegurado sufre una invalidez permanente por accidente, tal y como se define en el apartado "Definiciones" del presente contrato.

Para determinar la indemnización a percibir por el asegurado, se aplicarán los porcentajes sobre el capital garantizado señalados en el Baremo de indemnizaciones.

### Baremo de indemnizaciones

Pérdidas conjuntas (funcional o amputación)	
Pérdida total de un brazo y un pie	100%
Pérdida total de un brazo y una pierna	100%
Pérdida de una mano y un pie	100%
Pérdida de una mano y una pierna	100%
Pérdida de las 2 manos	100%
Pérdida de los 2 antebrazos	100%
Pérdida total de las dos extremidades superiores	100%
Amputación a nivel de codo	47%
Pérdida de los 2 pies	100%
Pérdida de las 2 piernas por debajo de la rodilla	100%
Pérdida total de las dos extremidades inferiores	100%

Cabeza	
<b>Cráneo:</b>	
Estado vegetativo persistente o muerte cerebral	100%

CONDICIONES GENERALES

Alteración del habla sin posibilidad de comunicación	50%
Amnesia anterógrada de fijación	30%
Epilepsia (sin antecedentes) parcial o focal simple	5%
Epilepsia (sin antecedentes) parcial o focal compleja	15%
Epilepsia (sin antecedentes) generalizada tónico clónica bien controlada médicamente	20%
Epilepsia (sin antecedentes) generalizada tónico clónica mal controlada médicamente	40%
<b>Síndromes psiquiátricos:</b>	
Trastorno orgánico de la personalidad	40%
Enajenación mental incurable y absoluta	100%
<b>Cara:</b>	
Pérdida maxilar superior	40%
Ablación de la mandíbula inferior	30%
Pérdida de la nariz	30%
Pérdida del olfato	10%
Amputación de la lengua	30%
Pérdida del gusto	10%
Pérdida de los 2 ojos o ceguera absoluta	100%
Pérdida Total de un ojo	30%
Pérdida total de la visión de un ojo	25%
Pérdida del pabellón auditivo unilateral	10%
Sordera completa de los 2 oídos	60%
Sordera completa de un solo oído	20%

<b>Tronco, abdomen y pelvis</b>	
<b>Sistema respiratorio:</b>	
Insuficiencia respiratoria severa derivada de lesiones postraumáticas, con disnea de reposo y afectación severa de las pruebas de función pulmonar	60%
Pérdida de un pulmón	Se valorará según repercusión funcional
Pérdida de un lóbulo pulmonar	Se valorará según repercusión funcional
<b>Bazo:</b>	
Esplenectomía (extirpación total con repercusión hematoinmunológica)	10%
Esplenectomía (extirpación total sin repercusión hematoinmunológica)	5%
<b>Riñón:</b>	
Extirpación de un riñón (nefrectomía unilateral)	25%
Extirpación de los dos riñones (nefrectomía bilateral)	70%
<b>Aparato genital femenino:</b>	
Lesiones vulvares con disfuncionalidades graves	35%
Pérdida del útero	30%
Pérdida de los dos ovarios	30%
Pérdida de un ovario	15%
<b>Aparato genital masculino:</b>	
Pérdida del pene	35%

CONDICIONES GENERALES

Pérdida de los dos testículos	30%
Pérdida de un testículo	15%
<b>Laringe y tráquea:</b>	
Estenosis cicatriciales sin posibilidad de prótesis, que provoquen disnea	20%
Parálisis de una cuerda vocal (disfonía)	10%
Parálisis de dos cuerdas vocales (afonía)	25%
Traqueotomizado con cánula permanente (irreversible)	40%
<b>Mamas:</b>	
Mastectomía unilateral	15%
Mastectomía bilateral	30%
<b>Vejiga:</b>	
Incontinencia urinaria total con pérdida completa del control urinario (inoperable)	20%
<b>Aparato digestivo:</b>	
Gastrectomía total	30%
Yeyuno-ilectomía total	60%
Colectomía total	60%
Colostomía, ileostomía (inoperable)	20%
Incontinencia fecal total con pérdida completa del control fecal (inoperable)	20%

<b>Columna vertebral</b>	
<b>Columna cervical</b>	
Cuadro clínico derivado de hernia/s discal/es operadas o sin operar sin antecedentes y con compresión neurológica objetivable (se considera globalmente todo el segmento)	10%
Anquilosis de la columna vertebral completa	43%
Anquilosis de la columna vertebral Segmento cervical	32%
Luxación irreductible acromio clavicular	10%
<b>Columna dorso lumbar y pelvis</b>	
Limitación de movilidad dorso lumbar consecutiva de fracturas vertebrales mayor o igual que el 50%	16%
Cuadro clínico derivado de hernia/s discal/es operadas o sin operar sin antecedentes y con compresión neurológica objetivable (se considera globalmente todo el segmento)	30%
Disyunción púbica y sacroilíaca	10%
Anquilosis de la columna vertebral Segmento dorsal	6%
Anquilosis de la columna vertebral Segmento lumbar	10%

<b>Extremidades superiores</b>	
Pérdida total del brazo	70%
Pérdida total de la mano	60%
Pérdida total del antebrazo	65%
Fractura no consolidada del húmero	25%
Fractura no consolidada del antebrazo	25%
Pérdida total de los movimientos del hombro	30%
Pérdida total de los movimientos del codo	24%
Anquilosis completa del pulgar	10%

CONDICIONES GENERALES

Pérdida total de los movimientos de la muñeca	20%
Pérdida total del pulgar sólo, o del índice y otro dedo	20%
Pérdida total del pulgar y del índice	35%
Pérdida Total del dedo índice o del corazón	15%
Pérdida total del dedo medio o anular	8%
Pérdida total del meñique	10%
Pérdida total de tres dedos de la mano, o del pulgar y otro dedo	25%
Pérdida de los cinco dedos de la mano	44%
Pérdida total del pulgar y de otros dos dedos comprendiendo el índice	50%
Pérdida total del pulgar y de otros dos dedos sin comprender el índice	45%
Pérdida total de una falange del pulgar	8%
Pérdida total de una falange del índice	4%
Pérdida total de dos falanges del índice	10%
Pérdida total de una falange de otro dedo de la mano	3%

<b>Extremidades inferiores</b>	
Pérdida total de una pierna con amputación por encima de la rodilla o parálisis total de la misma	60%
Pérdida de una pierna con amputación por debajo de la rodilla o impotencia funcional de la misma	50%
Acortamiento de pierna de 2 a 3 cm	4%
Acortamiento de pierna de más de 3 cm a 6 cm	15%
Acortamiento de pierna de más de 6 cm a 8 cm	22%
Pérdida total de un pie	45%
Amputación parcial de un pie comprendiendo todos los dedos	30%
Fractura calcáneo con alteración del ángulo de Böehler	10%
Fractura no consolidada de una pierna o un pie	25%
Extirpación total de rótula	9%
Fractura no consolidada de una rótula	20%
Pérdida total de los movimientos de la cadera	25%
Pérdida total de los movimientos de la rodilla	20%
Pérdida total de los movimientos de la articulación del tobillo	15%
Anquilosis subastragalina	10%
Pérdida total del dedo gordo del pie	10%
Pérdida total de otro dedo del pie	3%

<b>Déficits sensitivo motores de origen medular y central</b>	
Hemiplejia completa	100%
Hemiparesia leve	20%
Hemiparesia moderada	55%
Hemiparesia grave	75%
Tetraplejia o parálisis completa de las cuatro extremidades	100%
Tetraparesia leve	50%
Tetraparesia moderada	75%

Tetraparesia grave	90%
Paraplejia	100%
Paraparesia leve	25%
Paraparesia moderada	60%
Paraparesia grave	80%
Pentaplejia	100%
Síndrome de hemisección medular (Brown - Sequard) leve	30%
Síndrome de hemisección medular (Brown - Sequard) moderado	50%
Síndrome de hemisección medular (Brown - Sequard) grave	75%
Síndrome de la cola de caballo Completo (incluye trastornos motores, sensitivos y de esfínteres)	55%
Síndrome de la cola de caballo Incompleto (incluye trastornos motores, sensitivos y de esfínteres)	30%

Los porcentajes que anteriormente se indican expresan el valor máximo de la pérdida anatómica o déficit del órgano afectado. Cuando la pérdida no sea total o no esté prevista en el anterior baremo, el porcentaje de invalidez permanente se determinará mediante la aplicación exclusiva del baremo para la determinación del porcentaje de discapacidad originada por deficiencias permanentes descrito en el apartado A) del anexo I del Real Decreto 1971/1999, del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, de 23 de diciembre, publicado en el Boletín Oficial del Estado del 26 de enero del 2000.

## Hospitalización por accidente - subsidio diario

### Objeto de la cobertura

Por la presente cobertura el asegurador garantiza el pago de la indemnización diaria señalada en las condiciones particulares, **como consecuencia de accidente cubierto por la póliza, siempre que el asegurado precise internamiento en un centro hospitalario situado en España y sea prescrito por un médico titulado.**

### Documentación a presentar

Adicionalmente a la ya solicitada en "Normas aplicables al contrato", se debe presentar:

- Informe de alta del centro hospitalario.
- Parte de ingreso, donde determine el motivo, causa y tratamientos efectuados durante la hospitalización.

Será requisito indispensable para optar a la indemnización la presentación de estos informes médicos, en documentos originales.

### Máximo indemnizable

El período máximo de indemnización será de **trescientos sesenta y cinco días (365 días), para el total de hospitalizaciones derivadas de un mismo hecho.**

**Si el asegurado tuviera que ser ingresado nuevamente en un hospital por las mismas causas o por causas conexas con las anteriores durante los tres meses siguientes a un alta hospitalaria, el nuevo internamiento será considerado a todos los efectos como prolongación del anterior.** No obstante, si el nuevo internamiento tuviese como causa un accidente distinto al anterior, empezará a contar otro periodo de indemnizaciones, pero, teniendo en cuenta que, **por anualidad la suma de los periodos no podrá ser superior a 365 días.**

### Devengo de la indemnización

La indemnización diaria se devengará, salvo pacto en contrario, a partir del primer día de hospitalización y por cada día de hospitalización en el centro hospitalario.

La indemnización será la resultante de multiplicar la indemnización diaria contratada por los días de hospitalización, **teniendo en cuenta siempre la franquicia fijada en las condiciones particulares.**

## Gastos de asistencia sanitaria en centros concertados por el asegurador

### Objeto de la cobertura

Pago de los **gastos de asistencia sanitaria** que se citan a continuación, debidamente justificados y documentados, como consecuencia de sufrir el asegurado un accidente cubierto por la presente póliza.

El límite conjunto para todos los gastos y por un mismo accidente será el señalado en las condiciones particulares de la póliza, y corresponderán como máximo a los que se produzcan dentro de los 2 años siguientes a la fecha de ocurrencia del accidente.

Se garantizarán estos gastos siempre que la asistencia se preste por parte de los centros concertados o recomendados por el asegurador.

Igualmente, se abonarán hasta el capital contratado, los gastos que se deriven de la asistencia sanitaria de urgencia o de primeros auxilios (incluido el traslado sanitario), con independencia del médico o centro que los presten.

### Hospitalización y asistencia médico farmacéutica

Comprende aquellos gastos de internamiento hospitalario, curación, tratamiento médico-farmacéutico y asistencia clínica por prescripción facultativa.

**Tanto los médicos como los establecimientos de cura quedarán sometidos a la aprobación del asegurador.**

### Gastos de transporte

Comprende los gastos necesarios por traslados del asegurado desde el lugar del accidente hasta el centro hospitalario que le deba prestar asistencia.

**No tendrán la consideración de gastos de traslado aquellos derivados del rescate y/o salvamento del asegurado como consecuencia de un accidente cubierto por las garantías de esta póliza.**

### Asistencia domiciliaria

Comprende los gastos originados por la asistencia sanitaria prescrita por los médicos y prestada por personal especializado en el domicilio del asegurado, siempre que sea debida a un accidente de éste.

### Elementos auxiliares

Comprende los gastos de alquiler de elementos auxiliares que precise el asegurado para la recuperación posterior al accidente amparado por la póliza, como pueden ser: silla de ruedas, muletas.

### Rehabilitación física

Comprende los gastos que se originen con motivo de la rehabilitación física del asegurado a consecuencia de haber sufrido un accidente garantizado por la presente póliza.

**No quedan garantizados los gastos de desplazamiento.**

### Reconocimientos

Ampliando la garantía de gastos de asistencia, quedan garantizados los gastos que se originen por los reconocimientos médicos necesarios a los que deba someterse el asegurado por haber sufrido un accidente, como pueden ser: análisis, radiografías.

### Definiciones

**Traslado sanitario de urgencia**, el transporte del accidentado que se realiza ante una situación clínica que obliga a atención sanitaria inmediata, e implica riesgo vital o daño irreparable para la salud, hasta un centro sanitario que pueda atender de forma óptima la situación de urgencia derivada del accidente.

**Transporte para tratamiento ambulatorio**: que se realiza con motivo de la recuperación de las lesiones sufridas por las personas accidentadas que, por imposibilidad física u otras causas exclusivamente clínicas, no pueden utilizar un transporte ordinario.

## Exclusiones

- a) Reposición del equipaje, ropa y efectos personales del asegurado, dañados por el accidente.
- b) Los que atiendan a lesiones excluidas en las condiciones generales de la póliza, a pesar de ser producidas por un accidente cubierto por la misma. No obstante, quedarán cubiertos los gastos asistenciales derivados del accidente hasta tanto este tipo de lesiones no haya sido diagnosticado por el centro sanitario o médico interviniente, si esto se produce después de la declaración del siniestro al asegurador.
- c) Los gastos que atiendan a causas excluidas de la definición de accidente de la presente póliza. No obstante, el asegurador asumirá a su cargo los derivados de la hospitalización y asistencia médico-farmacéutica por intoxicaciones o envenenamientos ocurridos por la ingestión de alimentos en mal estado, siendo dichos gastos necesarios para el restablecimiento del asegurado.

## Máximo de indemnización

Los gastos de transporte del asegurado para seguir un tratamiento ambulatorio, cuando sean objetivamente necesarios y mediante autorización expresa del asegurador, quedarán incluidos hasta un capital máximo de 750 euros por siniestro.

**La cuantía total de gastos a indemnizar por el asegurador, incluidos dentro de todas las coberturas relacionadas con asistencia sanitaria, no excederá en ningún caso la suma asegurada por esta cobertura.**

## Gastos de asistencia sanitaria en centros ajenos

### Objeto de la cobertura

Se asegura el pago de los **gastos de asistencia sanitaria** que se citan a continuación, debidamente justificados y documentados, como consecuencia de sufrir el asegurado un accidente cubierto por la presente póliza.

### Hospitalización y asistencia médico farmacéutica

Comprende aquellos gastos de internamiento hospitalario, curación, tratamiento médico-farmacéutico y asistencia clínica por prescripción facultativa.

**Tanto los médicos como los establecimientos de cura quedarán sometidos a la aprobación del asegurador.**

### Gastos de transporte (traslado sanitario de urgencia)

Comprende los gastos necesarios por traslados del asegurado desde el lugar del accidente hasta el centro hospitalario que le deba prestar asistencia.

**No tendrán la consideración de gastos de traslado aquellos derivados del rescate y/o salvamento del asegurado como consecuencia de un accidente cubierto por las garantías de esta póliza.**

### Asistencia domiciliaria

Comprende los gastos originados por la asistencia sanitaria prescrita por los médicos y prestada por personal especializado en el domicilio del asegurado, siempre que sea debida a un accidente de éste.

### Elementos auxiliares

Comprende los gastos de alquiler de elementos auxiliares que precise el asegurado para la recuperación posterior al accidente amparado por la póliza, como pueden ser: silla de ruedas, muletas.

### Rehabilitación física

Comprende los gastos que se originen con motivo de la rehabilitación física del asegurado a consecuencia de haber sufrido un accidente garantizado por la presente póliza.

No quedan garantizados los gastos de desplazamiento.

### Reconocimientos

Ampliando la garantía de gastos de asistencia, quedan garantizados los gastos que se originen por los reconocimientos médicos necesarios a los que deba someterse el asegurado por haber sufrido un accidente, como pueden ser: análisis, radiografías.

### Gastos de transporte sanitario del asegurado para seguir un tratamiento ambulatorio

El asegurador asume los citados gastos cuando sean objetivamente necesarios y mediante autorización expresa del asegurador, hasta un capital máximo de 750 euros por siniestro.

El límite conjunto para todos los gastos y por un mismo accidente será el señalado en las condiciones particulares de la póliza, y corresponderán como máximo a los que se produzcan dentro de los 2 años siguientes a la fecha de ocurrencia del accidente.

La cuantía total de gastos a indemnizar por el asegurador, incluidos dentro de todas las coberturas relacionadas anteriormente con asistencia sanitaria, no excederá en ningún caso la suma asegurada por esta cobertura.

### Definiciones

**Traslado sanitario de urgencia**, el transporte del accidentado que se realiza ante una situación clínica que obliga a atención sanitaria inmediata, e implica riesgo vital o daño irreparable para la salud, hasta un centro sanitario que pueda atender de forma óptima la situación de urgencia derivada del accidente.

**Transporte para tratamiento ambulatorio**: el transporte del accidentado que se realiza con motivo de la recuperación de las lesiones sufridas por las personas accidentadas que, por imposibilidad física u otras causas exclusivamente clínicas, no pueden utilizar un transporte ordinario.

### Exclusiones

a) Reposición del equipaje, ropa y efectos personales del asegurado, dañados por el accidente.

b) Los que atiendan a lesiones excluidas en las condiciones generales de la póliza, a pesar de ser producidas por un accidente cubierto por la misma. No obstante, quedarán cubiertos los gastos asistenciales derivados del accidente hasta tanto este tipo de lesiones no haya sido diagnosticado por el centro sanitario o médico interviniente, si esto se produce después de la declaración del siniestro al asegurador.

c) Los gastos que atiendan a causas excluidas de la definición de accidente de la presente póliza. No obstante, el asegurador asumirá a su cargo los derivados de la hospitalización y asistencia médico-farmacéutica por intoxicaciones o envenenamientos ocurridos por la ingestión de alimentos en mal estado, siendo dichos gastos necesarios para el restablecimiento del asegurado.

## Gastos de adquisición, sustitución o reparación de aparatos correctores de audición u ortopédicos

### Objeto de la cobertura

Ampliando la cobertura de gastos de asistencia sanitaria por accidente, quedan garantizados hasta el límite máximo indicado en las condiciones particulares, **la reposición, reparación o sustitución de aparatos ortopédicos de audición y prótesis auditivas**, que hiciera uso el asegurado antes del accidente y resultasen dañados o extraviados a consecuencia del mismo.

### Documentación a presentar en caso de siniestro

En caso de siniestro, el tomador del seguro o el asegurado deberán presentar al asegurador los documentos justificativos que se indican a continuación:

- Informes de la asistencia sanitaria efectuada al asegurado.
- Facturas originales del tratamiento médico recibido.
- Justificantes originales de los gastos producidos, que hubieran sido abonados por el tomador o asegurado.

## Reparación o sustitución de piezas o prótesis dentales

### Objeto de la cobertura

Ampliando la cobertura de gastos de asistencia sanitaria por accidente, queda garantizados hasta el límite máximo indicado en las condiciones particulares, los gastos derivados de la reparación y/o el reemplazo de aquella prótesis

dental que hubiese sido dañada a consecuencia del accidente cubierto por la póliza, inclusive la implantación de piezas dentales por la misma causa.

### Documentación a presentar en caso de siniestro

En caso de siniestro, el tomador del seguro o el asegurado deberán presentar al asegurador los documentos justificativos que se indican a continuación:

- Informes de la asistencia sanitaria efectuada al asegurado.
- Facturas originales del tratamiento médico recibido.
- Justificantes originales de los gastos producidos, que hubieran sido abonados por el tomador o asegurado.

## Gastos de adquisición de gafas

### Objeto de la cobertura

Ampliando la cobertura de gastos de asistencia sanitaria por accidente, queda garantizados hasta el límite máximo indicado en las condiciones particulares, los gastos derivados de la reparación o sustitución de aparatos de visión, tales como gafas, que hiciera uso el asegurado antes del accidente y resultasen dañados o extraviados a consecuencia del mismo.

### Documentación a presentar en caso de siniestro

En caso de siniestro, el tomador del seguro o el asegurado deberán presentar al asegurador los documentos justificativos que se indican a continuación:

- Informes de la asistencia sanitaria efectuada al asegurado.
- Facturas originales del tratamiento médico recibido
- Justificantes originales de los gastos producidos, que hubieran sido abonados por el tomador o asegurado.

## Gastos de búsqueda, localización y salvamento (rescate)

### Objeto de la cobertura

Ampliando la cobertura de gastos de asistencia sanitaria por accidente, se garantiza hasta el límite indicado en las condiciones particulares de la póliza el reembolso de los gastos que deban satisfacerse y sean consecuencia de las operaciones de búsqueda, localización y salvamento del asegurado, tras sufrir un accidente.

### Documentación a presentar en caso de siniestro

El reembolso se hará contra la presentación de los documentos justificativos originales de los pagos satisfechos por esos servicios.

### Extensión de la garantía

No quedan comprendidos en esta definición los gastos de transporte sanitario urgente o de emergencia, los cuales están garantizados según lo definido en la cobertura de "Asistencia sanitaria por accidente".

## Gastos de primera prótesis ortopédica

### Objeto de la cobertura

Ampliando la cobertura de gastos de asistencia sanitaria por accidente, quedan garantizado hasta el límite indicado en las condiciones particulares de la póliza el importe de los gastos de la primera prótesis que se le practique al asegurado para corregir las lesiones residuales, derivadas del accidente, **pero no sus reposiciones**.

### Definiciones

**Prótesis:** se entiende por prótesis toda pieza o aparato utilizado como reemplazo anatómico de un órgano o parte de un órgano.

## Elementos ortoprotésicos (órtesis)

### Objeto de la cobertura

Ampliando la cobertura de "Gastos de asistencia sanitaria por accidente", queda garantizado el reembolso de los gastos de adquisición de elementos ortoprotésicos (Ortesis), como tratamiento conservador para la recuperación de las lesiones derivadas del accidente cubierto, siempre que esté autorizado previamente por el asegurador.

### Exclusiones

**Elementos ortoprotésicos (Ortesis) adquiridos como tratamiento conservador o correctivo de cualquier patología no relacionada con el siniestro cubierto.**

## Gastos no sanitarios relacionados con el accidente

### Objeto de la cobertura

Ampliando la cobertura de "Gastos de asistencia sanitaria por accidente", quedan garantizados los importes destinados a servicios de atención personal, durante la estancia en habitación de hospitales o centros asistenciales; tales como teléfono, TV, alquiler de caja fuerte o sofá-cama para acompañante, entre otros.

### Capital máximo de indemnización

Los gastos no sanitarios, relacionados con el accidente, quedan cubiertos hasta el 10% del importe total satisfecho por la asistencia hospitalaria prestada, siempre que se acredite el pago de la factura correspondiente por parte del tomador o asegurado.

## Terapia física

### Objeto de la cobertura

Ampliando la cobertura de "Gastos de asistencia sanitaria por accidente", se incluyen las sesiones de terapia física o alternativa, hasta un número máximo de cinco, a las cuales decidiera acudir el asegurado bien durante el periodo de convalecencia o bien, tras la recuperación total de las lesiones producidas tras el accidente cubierto.

### Definiciones

Por terapia física o alternativa, se entiende aquellos tratamientos especiales relacionados con la medicina natural, fisioterapia, masajes, acupuntura, yoga, hidroterapia, osteopatía, quiropraxia, homeopatía, y similares.

## Gastos de cirugía estética

### Objeto de la cobertura

Ampliando la cobertura de "Gastos de asistencia sanitaria por accidente", si a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, queda menoscabado de forma permanente el cuerpo del asegurado y su aspecto físico después del tratamiento médico, el asegurador asumirá los gastos indicados a continuación, siempre que el asegurado decida someterse a una operación de cirugía estética plástica reparadora, a fin de corregir el indicado defecto.

Los gastos asegurados alcanzan los honorarios médicos, medicamentos y cualesquiera otros gastos en general prescritos por orden facultativa relacionados con la operación y tratamiento clínico, así como los gastos por la estancia y manutención en la clínica, **hasta el límite máximo indicado en las condiciones particulares de la póliza.**

### Extensión de la garantía

La operación y el tratamiento clínico del asegurado deben hacerse en un plazo máximo de 3 años a contar desde la fecha de ocurrencia del accidente.

**La determinación de la necesidad de cirugía estética, ha de ser determinado por escrito por un especialista y debe informarse al asegurador antes de proceder a la operación de cirugía, quedando libre el asegurador de toda responsabilidad referida a la intervención, tratamiento y resultado si no se cumple esta información.**

## Defensa jurídica básica

### Objeto de la cobertura

El asegurador asume los gastos derivados de la defensa jurídica de los intereses del asegurado en el ámbito de su vida particular y en su calidad de asalariado o profesional por cuenta propia, así como otras prestaciones cubiertas en este grupo de garantías, con las limitaciones y exclusiones que más adelante se indican.

### Prestaciones del asegurador

Son gastos garantizados:

- a) Las tasas, derechos y costas judiciales derivados de la tramitación de los procedimientos cubiertos.
- b) Los honorarios y gastos de abogado.
- c) Los derechos y suplidos de procurador, cuando su intervención sea preceptiva.
- d) Los gastos notariales y de otorgamiento de poderes para pleitos, así como las actas, requerimientos y demás actos necesarios para la defensa de los intereses del asegurado.
- e) Los honorarios y gastos de peritos designados o autorizados por el asegurador.
- f) La constitución, en procesos penales, de las fianzas exigidas para conseguir la libertad provisional del asegurado, así como para responder del pago de las costas judiciales, con exclusión de indemnizaciones y multas.

### Alcance de las garantías

#### Reclamación de daños

Esta garantía comprende la defensa de los intereses del asegurado, reclamando los daños de origen no contractual que haya sufrido tanto en su persona como en las cosas muebles de su propiedad, ocasionados por imprudencia o dolosamente.

Se extiende la presente garantía a la reclamación de daños y perjuicios sufridos por el asegurado en su calidad de peatón; pasajero de cualquier medio de transporte terrestre; o en la práctica no profesional de cualquier deporte, no relacionado con vehículos a motor.

#### Defensa penal

Esta garantía comprende la defensa penal del asegurado en procesos que se le sigan por imprudencia, impericia o negligencia.

Se extiende la presente garantía a la defensa penal del asegurado en su calidad de peatón; pasajero de cualquier medio de transporte terrestre; o en la práctica no profesional de cualquier deporte, no relacionado con vehículos a motor.

#### Asesoramiento jurídico telefónico

Mediante esta garantía el asegurado podrá consultar, a través del teléfono de Atención al Cliente que aparece en el dorso de la póliza de servicio 24 horas al día, los 365 días al año, sobre cualquier cuestión jurídica y personal que pudiere afectar a su vida particular y familiar.

#### Subrogación

El asegurador queda subrogado en los derechos y acciones que correspondan al asegurado o a los beneficiarios frente a los terceros responsables, por los gastos y pagos de cualquier clase que haya efectuado, e incluso por el costo de los servicios prestados.

#### Límite de gastos por siniestro

El límite de gastos por siniestro a cargo del asegurador para el conjunto de prestaciones indicadas en el punto I.2. de este grupo de garantías es la cantidad, a primer riesgo, fijada en las condiciones particulares.

Tratándose de hechos que tengan la misma causa y se hayan producido en un mismo tiempo, serán considerados como un siniestro único.

En relación con los gastos garantizados, cuando por un mismo hecho sea precisa la activación de varias coberturas, el importe máximo garantizado es el señalado en las condiciones particulares; siendo dicho importe el límite máximo de la cobertura concedida por la aseguradora.

En el supuesto de hacer uso del derecho de libre elección de abogado y procurador, sin utilizar los servicios jurídicos de la compañía, el límite máximo de honorarios y gastos será hasta como máximo del 50% del límite establecido en las condiciones particulares.

### **Delimitación geográfica de la cobertura**

Con relación a las garantías de la presente cobertura, se garantizan los eventos asegurados producidos en España o en Andorra y que sean competencia de juzgados y tribunales españoles o andorranos.

En materia de reclamación de daños y derecho penal, la cobertura se hace extensiva a Europa. Esta extensión únicamente tiene validez si el asegurado tiene su domicilio en España o Andorra, pero queda en suspenso cuando esté fuera de España o Andorra durante más de 50 días consecutivos.

### **Vigencia temporal de la cobertura**

a) Los derechos derivados de materia contractual están sujetos a un plazo de carencia establecido en las condiciones particulares.

No habrá cobertura si al momento de formalizar este grupo de garantías o durante el plazo de carencia se rescinde por alguna de las partes el contrato origen de litigio o se solicita su resolución, anulación o modificación.

b) Sólo se entenderán amparados los casos asegurados que se declaren durante la vigencia de la cobertura o antes de transcurrir dos años desde la fecha de rescisión o anulación de la misma.

### **Momento de ocurrencia del siniestro o evento**

Se entiende ocurrido el siniestro o evento:

a) En las infracciones penales, en el momento en que se ha realizado o se pretende que se ha realizado el hecho punible.

b) En los supuestos de reclamación por culpa no contractual, en el momento mismo que el daño ha sido causado.

c) En los litigios sobre materia contractual, en el momento en que el asegurado, el contrario o tercero iniciaron o se pretende que iniciaron la infracción de las normas contractuales.

### **Pagos excluidos**

**En ningún caso están cubiertos por este grupo de garantías los siguientes pagos:**

a) Las indemnizaciones, multas o sanciones a que fuera condenado el asegurado.

b) Los impuestos u otros pagos de carácter fiscal, dimanantes de la presentación de documentos públicos o privados ante los Organismos oficiales.

c) Los gastos que procedan de una acumulación o reconversión judicial, cuando se refieran a materias no comprendidas en las coberturas garantizadas.

### **Exclusiones**

**En ningún caso están cubiertos por este grupo de garantías:**

a) Los hechos relacionados con vehículos a motor y sus remolques de los que sean responsables los asegurados de esta póliza, excepto lo previsto en la cobertura de "Subsidio privación temporal del permiso de conducir por accidente de circulación", de contratarse ésta en la presente póliza.

b) Los eventos que se produzcan en el ejercicio de la profesión liberal del asegurado distinta de la indicada en las condiciones particulares de la póliza, o que deriven de cualquier actividad ajena al ámbito de su vida particular.

c) Las reclamaciones que puedan formularse entre sí las siguientes personas: asegurado, cónyuge o la persona que como tal conviva, ascendientes, descendientes y familiares, hasta el cuarto grado colateral del asegurado.

d) Los litigios sobre cuestiones de propiedad intelectual o industrial, así como los procedimientos judiciales en materia de urbanismo, concentración parcelaria y expropiación o que dimanen de contratos sobre cesión de derechos a favor del asegurado.

e) Los litigios que se deriven o tengan su origen en huelgas, cierres patronales, conflictos colectivos de trabajo o regulaciones de empleo.

f) Los asuntos voluntariamente causados por el tomador, asegurado o Beneficiario, cuando así se declare por sentencia judicial firme.

g) Cualquier clase de actuaciones que dimanen, en forma directa o indirecta, de hechos producidos por energía nuclear, alteraciones genéticas, radiaciones radiactivas, catástrofes naturales, acciones bélicas, disturbios, explosión y actos terroristas.

h) Los asuntos derivados de la participación del asegurado o beneficiario en competiciones o pruebas deportivas, siempre que no estén específicamente cubiertas en condiciones particulares o especiales de la presente póliza.

## Segundo diagnóstico (segunda opinión médica)

### Objeto de la cobertura

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

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

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

### Definición de enfermedades cubiertas por esta garantía

#### Infarto de miocardio

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

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

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

#### Quedan en todo caso excluidos:

- a) El infarto del miocardio sin elevación del segmento ST con solamente elevación de Troponina I o T.
- b) Otros síndromes coronarios agudos (por ejemplo, angina de pecho estable o inestable).
- c) Infarto de miocardio silencioso.

**Cirugía arterio-coronaria (Bypass)**

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

**Quedan en todo caso excluidos:**

- a) La angioplastia.
- b) Cualquier otro procedimiento intra-arterial.
- c) Cirugía por toracotomía mínima.

**Derrame o hemorragia e infarto cerebrales**

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

**Quedan en todo caso excluidos:**

- a) Accidentes isquémicos transitorios (TIA).
- b) Lesiones traumáticas del cerebro.
- c) Síntomas neurológicos secundarios a migraña (jaqueca).
- d) Infartos lacunares sin déficit neurológico.

**Cáncer**

Enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento y expansión incontrolada de células malignas e invasión de tejidos. El diagnóstico debe ser evidenciado por una histología claramente definida. El término cáncer también incluye las leucemias y las enfermedades malignas del sistema linfático como la enfermedad de Hodgkin.

**Quedan en todo caso excluidos:**

- a) Cualquier etapa CIN (neoplasia intraepitelial cervical).
- b) Cualquier tumor pre-maligno.
- c) Cualquier cáncer no invasivo (cáncer in situ).
- d) El cáncer de próstata en estadio I (T1a, 1b, 1c).
- e) Carcinoma basocelular y carcinoma de células escamosas.
- f) Melanoma maligno estadio IA (T1a NO M0).
- g) Cualquier tumor maligno en presencia de cualquier Virus de Inmunodeficiencia Humana.

**Insuficiencia renal (enfermedad renal en etapa final)**

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

**Sida**

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

### Trasplante de órganos mayores

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

### Parkinson

Diagnóstico inequívoco de enfermedad de Parkinson primaria o idiopática (todas las otras formas de parkinsonismo están excluidas) confirmado por un especialista en neurología. La enfermedad debe provocar incapacidad permanente para realizar independientemente tres o más actividades de la vida diaria: bañarse (capacidad de tomar un baño o ducharse), vestirse y desvestirse, higiene personal (capacidad de usar el lavatorio y mantener un nivel razonable de higiene), movilidad (capacidad de desplazarse al interior de un mismo nivel o piso) continencia (control sobre los esfínteres), comer/beber (capacidad de alimentarse por sí mismo pero no de preparar la comida) o causar postración e incapacidad para levantarse sin asistencia de terceras personas. Estas condiciones deben estar médicamente documentadas durante 3 meses al menos.

### Alzheimer

Diagnóstico clínico inequívoco de enfermedad de Alzheimer (demencia pre-senil), confirmado por un especialista y evidenciado por hallazgos típicos en exámenes neurológicos y cognitivos (por ejemplo, TAC, resonancia nuclear magnética, PET de cerebro). La enfermedad debe producir como resultado una incapacidad permanente de realizar independientemente tres o más actividades de la vida diaria - bañarse (capacidad de tomar un baño o ducharse), vestirse y desvestirse, higiene personal (capacidad de usar el lavatorio y mantener un nivel razonable de higiene), movilidad (capacidad de desplazarse al interior de un mismo nivel o piso) continencia (control sobre los esfínteres), comer/beber (capacidad de alimentarse por sí mismo pero no de preparar la comida) o requerir debido a la enfermedad, de la supervisión y la presencia permanente de personal especializado en cuidados. Estas condiciones deben estar médicamente documentadas durante 3 meses al menos.

### Intervenciones quirúrgicas

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

### Documentación a presentar en caso de siniestro

#### Requisitos exigidos por la presente garantía:

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

- Solicitarlo llamando al teléfono 902 367 472, locución 1.
- Aportar todas las exploraciones clínicas y pruebas de que disponga el asegurado que justifican el padecimiento de alguna de las «enfermedades graves» descritas en el anterior punto, y/o la necesidad de someterse a una intervención quirúrgica.
- Cuando se considere que la documentación aportada por el asegurado no es suficiente para emitir la segunda opinión médica, el asegurado acepta hacer a su cargo la prueba o pruebas complementarias que se soliciten en el centro médico recomendado por éste, o en el elegido libremente por el asegurado, con el fin de completar la información adicional, imprescindible para la emisión de la segunda opinión médica.

### Duración de la garantía

La duración de esta garantía se extiende a toda la duración de la póliza del seguro principal, siempre que dicha póliza esté en vigor y, como máximo, hasta que el asegurado alcance la edad de 65 años.

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

### Cancelación de la garantía

La garantía de segundo diagnóstico será cancelada de forma automática en los siguientes casos:

- Al vencimiento de la póliza.
- A la anulación de la póliza.
- Cuando se haya realizado el segundo diagnóstico de cada una de las enfermedades graves definidas en el apartado "**Definición de enfermedades cubiertas por esta garantía**" de esta garantía.

## Línea salud (orientación médico telefónica)

### Objeto de la cobertura

#### Garantía de línea salud

##### Prestaciones básicas

Mediante esta garantía el asegurado tiene a su disposición un servicio de orientación médica telefónica de atención permanente las 24 horas del día, los 365 días del año y que se extiende a toda España. El servicio puede solicitarse llamando al teléfono indicado en su tarjeta o bien a través de video llamada mediante la app de la compañía.

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

A través de este servicio se dará información sobre: centros sanitarios, médicos generales y de urgencias, médicos especialistas, centros de vacunaciones, ambulancias, farmacias de guardia.

##### Prestaciones complementarias

Además de las prestaciones indicadas en el punto "prestaciones básicas", esta garantía incluye los servicios e información que se detallan seguidamente:

##### Especialista en casa

Siempre que el médico generalista que atiende la llamada lo crea oportuno o bien por solicitud del propio consultante, se le pondrá en contacto con un médico especialista en la materia, previa historia clínica del médico consultor. (pediatría, traumatología, cardiología, psiquiatría, medicina del deporte, neumología, aparato digestivo, neurología, oncología, etc.)

##### Información sobre asistencia social

- Residencias, centros de día, etc.
- Ayuda a domicilio privada.
- Hospitales y clínicas de larga estancia.
- Asociaciones: párkinson, esclerosis múltiple, alzhéimer, diabéticos, etc.
- Centros de drogodependencia y desintoxicación.
- Información a la tercera edad, otros colectivos, etc.
- Ocio: universidades populares, educación permanente de adultos, aulas de mayores, programas de animación sociocultural, voluntariado, vacaciones 3º edad, balnearios, deportes y aficiones.
- Información sobre diversos trámites oficiales: pensión de viudedad, descuentos en transportes públicos, etc.
- Circunstancias familiares que requieran información u orientación urgente (soledad, maltrato, alcoholismo, drogadicción, etc.).

##### Información y asesoramiento

- Dietético: orientación sobre dietas equilibradas, hábitos alimentarios, trastornos de la alimentación, alergias alimentarias, intolerancias...
- Psicológico: orientación y valoración de la problemática individual y/o familiar

##### Orientación médica social dirigida a discapacitados auditivos y orales

Consulta 24 horas al día, los 365 días del año, por **fax** al número 902158742.

## Salud dental prevención

### Objeto de la cobertura

Las llamadas para una consulta sobre esta garantía deben efectuarse al teléfono arriba indicado, que es el que se especifica asimismo en la tarjeta MULTISALUD PREVENCIÓN que acompaña la presente póliza, y la cual deberá obligatoriamente presentarse en los Centros odontológicos concertados por el sistema DENTYRED para obtener la prestación del servicio dental.

El Asegurado puede acceder a la consulta tanto del cuadro médico dental como del baremo de precios concertados, a través de la página web:

**[www.seguroscatalanaoccidente.com](http://www.seguroscatalanaoccidente.com)**

y accediendo a: servicios on line/cuadro médico dental.

Dentro de los servicios prestados, el asegurado se beneficia de una serie de actos médicos gratuitos. Algunos ejemplos de estos servicios sin coste son:

- Examen inicial / diagnóstico
- Revisiones
- Radiografía periapical / oclusal
- Obturación/empaste provisional
- Examen implantológico
- Primera Tartrectomía (limpieza de boca anual)

**El coste del resto de los tratamientos dentales, no indicados como "gratuitos", será asumido por el asegurado en su totalidad de conformidad con el baremo DENTYRED vigente en el momento de la prestación, y serán abonados por el Asegurado directamente a los facultativos.**

El precio de estos servicios no podrá superar en ningún caso a los honorarios que el facultativo cobre a un cliente particular, ni el coste fijado en el baremo DENTYRED.

Aquellos actos quirúrgicos propios de la medicina maxilofacial solo podrán ser realizados por los especialistas cuando la indicación diagnóstica así lo aconseje. **Si no fuera así, dichos tratamientos sólo los podrá realizar un cirujano maxilofacial, quedando excluidos del Servicio dental.**

Las radiografías han de estar prescritas por un especialista del cuadro médico dental. En caso contrario, las clínicas radiológicas no tienen obligación de ajustarse al baremo de precios máximos.

## Asistencia familiar

### Objeto de la cobertura

Mediante esta cobertura, el asegurador se compromete a prestar los servicios descritos más adelante, **siempre que el asegurado solicite los mismos, desde la producción del evento, al teléfono de Atención al Cliente que aparece en el dorso de la póliza de servicio 24 horas al día, los 365 días al año.**

### Garantías cubiertas

#### Transporte en ambulancia (primera asistencia de urgencia en caso de accidente)

En caso de sufrir el asegurado un accidente cubierto por la póliza cuyo tratamiento de urgencia requiera, según criterio médico, un traslado sanitario en ambulancia, y siempre que no pueda obtener la prestación del servicio sanitario a través de la Seguridad Social o cualquier otro seguro público o privado, el asegurador organizará y tomará a su cargo dicho traslado hasta el centro hospitalario que disponga de las instalaciones necesarias, o hasta su propio domicilio habitual cuando no precise hospitalización.

En cualquier supuesto, la decisión de realizar o no el traslado corresponde al equipo médico designado por el asegurador.

El coste de esta prestación se limita a la primera asistencia, y no incluye traslados posteriores a su domicilio o al centro médico.

#### **Servicios de profesionales sanitarios a domicilio en caso de accidente**

Si como consecuencia de un accidente cubierto, el asegurado tiene la prescripción médica de guardar cama en su domicilio habitual, bajo vigilancia de un ATS o enfermero/a, sin necesidad de hospitalización, el asegurador se hará cargo de facilitar este servicio hasta un máximo de 1.800€ por siniestro.

Regreso anticipado del asegurado desde el extranjero por accidente grave, enfermedad grave o fallecimiento de un familiar

En caso de enfermedad grave, accidente grave o fallecimiento en España o Andorra de un familiar del asegurado (cónyuge, hijos, padres o hermanos), y en el caso de que el medio utilizado para su viaje o el billete de regreso no le permitiera al asegurado anticipar el mismo, el asegurador organizará y se hará cargo de los gastos de su transporte hasta el lugar de inhumación del familiar en España o Andorra; o bien, hasta el lugar de convalecencia del enfermo o accidentado.

Regreso anticipado desde el extranjero por accidente grave, enfermedad grave o fallecimiento de la persona encargada del cuidado de los hijos, menores de edad o discapacitados, del asegurado

En caso de enfermedad grave, accidente grave o fallecimiento en España o Andorra de la persona designada para el cuidado de los hijos del asegurado, menores de edad o discapacitados, y en el caso de que el medio utilizado para su viaje o el billete de regreso no le permitiera anticipar el mismo, el asegurador organizará y se hará cargo de los gastos de su transporte hasta el lugar donde se encuentre el menor o discapacitado, siempre que éste sea en España o Andorra.

#### **Regreso anticipado desde el extranjero por perjuicios graves en el domicilio del asegurado**

En caso de incendio, explosión y/o inundación en la residencia habitual del asegurado, y en el caso de que el medio utilizado para su viaje o el billete contratado de regreso a España o Andorra no le permitiera anticipar el mismo, el asegurador organizará y se hará cargo de los gastos de su traslado hasta su domicilio habitual.

#### **Transmisión de mensajes**

El asegurador se encargará de transmitir los mensajes urgentes que, por incidencias amparadas por la presente cobertura, el asegurado tuviese necesidad de enviar.

#### **Gastos necesarios de acondicionamiento de la vivienda y/o del automóvil**

Si a consecuencia de una invalidez permanente del asegurado derivada de un accidente cubierto, el domicilio habitual del mismo precisara obras de acondicionamiento para su accesibilidad y habitabilidad, a juicio del equipo médico designado por el asegurador, éste se hará cargo de los gastos que comporten las mismas.

Asimismo, si el automóvil del asegurado precisa, por esa misma causa, cambios en su estructura para su accesibilidad y funcionalidad, el asegurador se hará cargo de los gastos que comporten los mismos.

En cualquier caso, la suma asegurada de gastos por ambos conceptos se limita a 3.000 euros por siniestro.

#### **Servicio de personal doméstico**

Si como consecuencia de un accidente cubierto por la presente póliza, se hace necesaria la hospitalización del asegurado o su estado de salud así lo requiere, a juicio del equipo médico designado por el asegurador, éste tomará a su cargo el reembolso de los honorarios de una persona para auxiliarle en las labores de limpieza y gastos de lavandería del hogar.

#### **Dicha prestación no se iniciará hasta el séptimo día del accidente.**

Así mismo, el límite cuantitativo de indemnización será de 30€ diarios, y hasta un máximo de 600€ por siniestro.

#### **Guarda provisional de animales de compañía**

Si como consecuencia de un accidente cubierto por la presente póliza, ninguno de los miembros de la familia pudiese hacerse cargo de la custodia de sus mascotas, el asegurador organizará y tomará a su cargo dicha custodia. Los gastos derivados de esta prestación se cubrirán hasta un máximo de 25€ por día de internamiento, y con el límite de 300 euros por siniestro, independientemente del número de animales de compañía.

### Asistencia pedagógica (estudiantes)

Si como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza el asegurado, debe permanecer en su domicilio más de 15 días, el asegurador garantiza los gastos necesarios para que un profesor le imparta dos horas diarias de clases particulares, de las asignaturas incluidas en el plan oficial que reglamente los estudios de aquél, en los distintos niveles de educación primaria o secundaria (incluido bachillerato o ciclos formativos de grado medio).

**La prestación se iniciará a partir del decimosexto día del accidente, se realizará de lunes a viernes, y no se extenderá más allá del día de alta médica o de la finalización del año escolar, el menor periodo de ambos.**

**En cualquier caso, no se indemnizará un periodo superior a 6 meses, a contar desde el inicio de la prestación.**

### Definiciones

A efectos de esta cobertura se entiende por:

- **Domicilio:** Se entenderá como tal el del propio asegurado.

### Carácter de las indemnizaciones

Las indemnizaciones fijadas en las coberturas descritas serán en todo caso complemento de los contratos que pudiera estar cubriendo los mismos riesgos, de las prestaciones de la Seguridad Social, o de cualquier otra prestación garantizada en un régimen de previsión colectiva.

### Documentación a presentar en caso de siniestro

Para prestaciones no urgentes, derivadas de un accidente sufrido por el asegurado, será preciso en todos los casos remitir la declaración del siniestro al asegurador para tener derecho a las mismas.

### Ámbito territorial

Las prestaciones de la presente cobertura se garantizan en España o Andorra, con excepción de las garantías de Regreso anticipado del asegurado desde el extranjero o transmisión de mensajes.

### Exclusiones

Quedan excluidos:

- Las prestaciones que no le hayan sido previamente solicitadas al asegurador o que no hayan sido efectuadas con su acuerdo, salvo en los casos de fuerza mayor debidamente demostrados. En estos supuestos, se procederá a reembolsar los gastos contra los documentos justificativos legales, dentro del límite contractual de la garantía utilizada.

No se atenderán solicitudes de reembolso cuyo plazo entre la fecha de ocurrencia y la fecha de declaración a la compañía de asistencia prestadora del servicio sea superior a 30 días.

- Los perjuicios por retrasos o incumplimientos debidos a causas de fuerza mayor o de las especiales características administrativas o políticas de un país determinado.
- La prestación derivada de Asistencia Pedagógica al asegurado, cuando curse estudios superiores (ciclos formativos de Segundo grado, formación universitaria, etc.)
- Las prestaciones derivadas de cualquier enfermedad, salvo que ésta se halle incluida como causa de alguna de descritas en la presente cobertura.

## Definiciones del contrato y conceptos básicos

A los efectos del presente contrato, se entiende por:

**Asegurador:** La que figura en las condiciones particulares y asume los riesgos contractuales pactados. Se denomina en este contrato "el asegurador".

**Tomador del seguro:** La persona física o jurídica que juntamente con el asegurador, suscribe este contrato y al que corresponden las obligaciones que del mismo se derive, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el asegurado.

**Asegurado:** La persona física sobre la cual se establece el seguro y que, salvo cesión, es el titular del derecho a las prestaciones que en el mismo se garantizan.

**Beneficiario:** La persona física o jurídica que, previa designación por el tomador del seguro, resulta titular del derecho a la indemnización.

**Póliza:** El documento que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integrante de la póliza: las condiciones generales, las condiciones particulares que individualizan el riesgo, las especiales y los suplementos que se emitan a las mismas para complementarlas o modificarlas.

**Cuestionario-solicitud:** Formulario a través del cual el asegurador obtiene del tomador la información precisa sobre las características de las personas y riesgos a garantizar, para, y a su tenor, resolver sobre su aceptación o rechazo.

**Prima:** Es el precio del seguro. El recibo contendrá además los recargos e impuestos que sean de legal aplicación.

**Siniestro:** Ocurrencia del evento previsto en la póliza y que dé lugar a indemnización, por aplicación de las garantías contratadas específicamente detalladas en las condiciones particulares de la póliza. En todos los casos, se considerará que constituye un solo y único siniestro, el conjunto de lesiones o hechos derivados de una misma causa.

**Fecha de siniestro:** Aquella en que se produzca el riesgo previsto y garantizado en la póliza que, en todo caso, habrá de derivar necesariamente, de un hecho manifestado estando el vigor el contrato de seguro.

**Suma asegurada:** La cantidad señalada por la póliza para cada una de las garantías de la misma, y que constituyen el capital máximo de indemnización a pagar por el asegurador para cada una de ellas y por todos sus conceptos.

**Franquicia:** La cantidad, porcentaje y/o periodo de tiempo expresamente pactados en las condiciones particulares, que quedarán a cargo del asegurado y que no podrán ser nunca objeto de seguro. A tal efecto en las garantías cuya franquicia sea un periodo de tiempo, ésta corresponderá con el periodo de tiempo que debe transcurrir entre la fecha de ocurrencia del siniestro y el día que el asegurado tiene derecho a percibir la indemnización.

**Periodo de carencia:** El periodo de tiempo, contado a partir de la fecha de efecto inicial del seguro, durante el cual no entra en vigor la cobertura de la póliza. Asimismo, si la inclusión de la cobertura fuera en fecha posterior a la fecha de efecto de la póliza, el citado periodo de carencia se iniciará a partir del momento de entrada en vigor de la cobertura.

**Accidente:** La lesión corporal que se deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado, que produzca la muerte o invalidez permanente o temporal.

Tendrán la consideración de accidente:

**a)** Las lesiones musculares, tendinosas, ligamentosas y cartilaginosa, que vengan provocadas por un hecho accidental **siempre que no sean provocadas por movimientos repetitivos o esfuerzos planificados, o deriven de actos físicos preexistentes o degenerativos.**

**b)** La asfixia o lesiones internas por inhalación de gases o vapores, inmersión o sumergimiento, o por la ingestión de materias sólidas o líquidas, sean o no alimenticias, **siempre que se trate de un hecho fortuito e involuntario.**

**c)** Las lesiones sufridas a consecuencias de un acto de legítima defensa, propia o ajena, o con ocasión o tentativa de salvamento a personas o bienes.

**d)** Los casos de congelación, congestión, insolación y sus consecuencias; **sólo cuando el asegurado haya estado expuesto a ellos a consecuencia de un accidente garantizado.**

**e)** Las lesiones traumáticas sufridas como consecuencia de ataques de apoplejía, vahídos, desvanecimientos, síncope, crisis epilépticas o sonambulismos, **que no sean provocados por embriaguez o uso de estupefacientes y/o alucinógenos.**

**f)** La mordedura de todo tipo de animales, **inclusive las picaduras de insectos y arácnidos, pero no las infecciones generales que padezca el asegurado (como la malaria, fiebre amarilla, enfermedad del sueño, o similares), aun cuando pudieran derivar de dichas causas.**

**g)** Las lesiones producidas practicando cualquier deporte como aficionado, **salvo los excluidos expresamente en las condiciones generales de la póliza.**

**No tendrán la consideración de accidente:**

**a)** Las enfermedades y afecciones de cualquier clase y naturaleza, incluidas las hernias, los reumatismos, los infartos de miocardio y accidentes cerebro-vasculares, salvo pacto en contrario que se especificará en las condiciones particulares.

- b) Las consecuencias de operaciones quirúrgicas que no hayan sido practicadas en virtud de un accidente.
- c) Los envenenamientos orgánicos e inorgánicos, así como las intoxicaciones producidas por el consumo de productos farmacéuticos no prescritos por algún facultativo médico de forma expresa, o bien ingeridos en dosis diferentes a las prescritas.
- d) Las hernias o protrusiones discales, sean o no de origen traumático, y sus consecuencias.
- e) La intoxicación o envenenamiento accidental producido por la ingestión de alimentos en mal estado.
- f) Los hechos provocados intencionadamente por el asegurado, así como su participación activa en apuestas, desafíos o riñas.
- g) Los hechos derivados de actos dolosos cometidos por el asegurado.
- h) La agravación de las consecuencias de un accidente por una enfermedad o invalidez preexistentes o sobrevenidas después de ocurrir aquél y por causa independiente del mismo. El asegurador sólo responderá de las consecuencias que el accidente habría probablemente tenido sin la intervención agravante de tales circunstancias.

**Accidente de circulación:** Se considerará como tal, la lesión corporal que sobrevenga al asegurado, derivada de un hecho de la circulación, y adicionalmente:

- a) Como peatón, cuando el accidente lo cause un vehículo terrestre en movimiento debidamente autorizado para circular.
- b) Como conductor o pasajero de bicicletas, y similares, con o sin motor.
- c) Como conductor de patinete con o sin motor, **siempre que la circulación se realice por vías donde según la normativa vigente se permita su circulación.**
- d) Como usuario de transportes públicos terrestres, marítimos o aéreos de líneas regulares o vuelos "charter".
- e) Como conductor de un vehículo automóvil de uso particular, **en tanto posea y tenga vigencia el permiso de circulación legalmente establecido.**
- f) Como conductor de un vehículo automóvil de uso profesional, **en tanto posea y tenga vigencia el permiso de circulación legalmente establecido, y sólo y exclusivamente si se asegura el riesgo de la actividad profesional destinada al transporte de personas o mercancías.**

**Hecho derivado de la circulación:** Los derivados del riesgo creado por la conducción de los vehículos a motor tanto por garajes y aparcamientos, como por vías o terrenos públicos y privados aptos para la circulación, urbanos o interurbanos, así como por vías o terrenos que sin tener tal aptitud sean de uso común, en tanto posea y tenga vigencia del permiso de circulación legalmente establecido.

**Deporte:** La actividad física pautada conforme a reglas o normas, que se practica con finalidad recreativa, profesional o como medio de mejoramiento de la salud, requiriendo una preparación o entrenamiento con distintos grados de intensidad y dedicación, en función de la modalidad y los objetivos a alcanzar.

A los efectos del presente contrato, y salvo pacto en contrario, **la práctica remunerada de cualquier deporte tendrá la consideración de actividad profesional.**

**Infarto de miocardio:** La necrosis o muerte de una parte del músculo del miocardio como resultado de un déficit de aporte sanguíneo.

El diagnóstico se basa en:

- a) Un historial de dolor precordial típico y prolongado.
- b) Cambios específicos del E.C.G. (aparición de la onda Q).
- c) Una elevación en sangre de los valores de las enzimas musculares cardíacas

**Derrame cerebral:** Se entiende por "derrame cerebral" (llamado también ictus o accidente vascular cerebral), la brusca interrupción del flujo sanguíneo al cerebro cuyo origen está en:

- a) Un accidente isquémico, debido a la oclusión de algunas de las arterias intracraneales que irrigan la masa encefálica.
- b) Un accidente hemorrágico, por ruptura de un vaso sanguíneo encefálico.

A efectos del presente contrato, tendrán además la consideración de accidente:

- Las lesiones musculares, tendinosas, ligamentosas y cartilaginosa, que vengan provocadas por un movimiento anómalo del cuerpo, sobrecarga o esfuerzo súbito.
- La asfixia o lesiones internas por inhalación de gases o vapores, inmersión o sumergimiento, o por la ingestión de materias sólidas o líquidas, sean o no alimenticias, siempre que se trate de un hecho fortuito e involuntario.
- Las lesiones sufridas a consecuencias de un acto de legítima defensa, propia o ajena, o con ocasión o tentativa de salvamento a personas o bienes.

**Invalidez permanente:** Pérdida anatómica o funcional de miembros y/u órganos, sufrida por el asegurado que, una vez transcurrido el tiempo suficiente para permitir su posible recuperación, resulte estable, consolidada y definitiva, sin posibilidad de mejora mediante cualquier tratamiento médico/quirúrgico.

**Invalidez permanente total (profesional):** Se entenderá como tal la incapacidad permanente que inhabilite al asegurado para la realización de todas o de las fundamentales tareas de su profesión habitual, siempre que pueda dedicarse a otra distinta, según la calificación que sobre dicha incapacidad emite el organismo dependiente de la Seguridad Social.

**Invalidez permanente absoluta:** Se entenderá como tal la incapacidad permanente que inhabilite por completo al asegurado para toda profesión u oficio.

**Gran invalidez:** Se entenderá como tal la situación del asegurado afecto de una incapacidad permanente y que, a consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesite la asistencia de otra persona para los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos.

**Resolución del INSS:** Se entenderá por resolución del Instituto Nacional de la Seguridad Social a la declaración por la que se declare al asegurado en situación de incapacidad permanente y les reconozca el derecho a las prestaciones económicas de incapacidad permanente.

**Centro hospitalario:** Se entiende como hospital, o centro asistencial, aquella institución donde se recibe atención médica urgente o tratamiento por un accidente o enfermedad cubierta por la póliza. Su función principal debe ser la de proveer cuidados médicos y tratamientos dentro de un sistema de cuidado residencial. Debe:

- a) Contar con recursos para realizar diagnósticos médicos y tratamientos, por, o bajo la supervisión de uno o más médicos.
- b) Suministrar un servicio de 24 horas de enfermería bajo la supervisión de un profesional de enfermería cualificado.
- c) Tener departamentos organizados de medicina.

**No se incluyen bajo este concepto los centros de reposo, de convalecencia, centros de rehabilitación, centros de cuidados crónicos, o de servicios especializados de enfermería. Tampoco están incluidos las residencias para la tercera edad, los lugares para el tratamiento de drogodependencias o alcohólicos, las instituciones psiquiátricas o los balnearios.**

**Tampoco se incluyen bajo esta definición las partes, alas, zonas, o cualquier otra sección, que se utilice para las funciones descritas en el párrafo anterior, tanto sí en una parte de un hospital o residencia, como si es una entidad complementaria independiente.**

**Enfermedad:** Toda alteración de salud no derivada de accidente, cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuada por un médico legalmente calificado como tal y haga precisa la asistencia facultativa.

**Enfermedad preexistente:** Es aquella que, desde el punto de vista médico, ya se había manifestado con anterioridad a la fecha de efecto de la póliza o alta de las coberturas del seguro, aunque no hubiera sido diagnosticada.

**Enfermedad crónica:** Proceso patológico prolongado en el tiempo, que puede cursar con episodios de agudización o agravamiento del mismo proceso. Enfermedad de larga duración (más de 6 meses), y por lo general de progresión lenta.

**Enfermedad grave:** Oncología (cáncer, leucemia, linfomas), psiquiatría (trastornos psicóticos, esquizoides o depresivos mayores), neurología (epilepsias, esclerosis múltiple, enfermedades cerebro-vasculares, distrofias musculares), hematología (aplasia medular grave, granulocitosis y hemoglobinopatías graves), inmunología (asma bronquial grave, alergias alimentarias graves e inmunodeficiencias), cardiología (cardiopatía isquémica con necesidad de bypass, miocardiopatías con disfunción ventricular), aparato digestivo (enfermedades hepáticas graves, resección intestinal amplia), nefrología (enfermedad renal crónica en diálisis, síndrome nefrótico),

endocrinología (diabetes Mellitus Tipo I), aparato respiratorio (fibrosis quística, neuropatías intersticiales, displasia broncopulmonar, hipertensión pulmonar), desórdenes o alteraciones metabólicas graves, reumatología (artrosis generalizada, espondilitis, esclerodermia y lupus), enfermedades infecciosas (VIH / SIDA, tuberculosis, neumonías complicadas, osteomielitis, endocarditis, sepsis), enfermedades terminales, enfermedades mentales, parálisis, apoplejía, alcoholismo, toxicomanía, enfermedades en la médula espinal, encefalitis letárgica, y en general, toda lesión, intervención quirúrgica o enfermedad tipificada como grave por el sistema de la Seguridad Social, o tener reconocida legalmente cualquier minusvalía física o psíquica.

**Cáncer:** Las enfermedades neoplásicas malignas invasivas que el Instituto Nacional de Oncología considere como cáncer.

**Urgencia vital:** Enfermedad que precise indispensablemente y prontamente tratamiento para la conservación de la vida del individuo que corre un riesgo vital inminente si no se actúa rápidamente.

**Condiciones generales:** Regulan los principios básicos del seguro, los derechos y deberes de las partes en relación con el nacimiento, vida y extinción del contrato de seguro, y los diversos acontecimientos y situaciones que pueden producirse en dichas etapas. Forman parte indivisible de la póliza.

**Condiciones particulares:** Regulan y recogen los datos propios e individuales de cada contrato, así como las cláusulas que, por voluntad de las partes, completen o modifiquen las condiciones generales en los términos que sean permitidos por la Ley. Forman parte indivisible de la póliza.

**Suplementos o apéndices:** Durante la vigencia de la póliza, ésta puede ser modificada, de acuerdo con el tomador del seguro, mediante apéndices, numerados correlativamente, cuantas veces sea necesario.

## Normas aplicables al contrato

### Perfección y efectos del contrato

Las garantías de la póliza entran en vigor en el día y hora indicados en las condiciones particulares, previo perfeccionamiento del contrato, manifestado por la suscripción de la póliza, y una vez haya sido satisfecho el pago del primer recibo de prima, salvo pacto expreso en contrario.

Las coberturas contratadas y sus modificaciones o adiciones no tomarán efecto mientras no se hayan cumplido las dos condiciones anteriores. En caso de demora en su cumplimiento, las obligaciones del asegurador comenzarán a las veinticuatro horas del día en que hayan sido cumplimentadas.

### Duración del contrato

El presente contrato se realiza por el período de tiempo previsto en las condiciones particulares de la póliza, en las que se determina la fecha en que entran en vigor las garantías contratadas.

A la expiración del período indicado en las condiciones particulares, la póliza se prorrogará automáticamente a su vencimiento por iguales periodos. **No obstante, tanto el asegurado como el asegurador pueden manifestar su oposición a la prórroga, siempre que ésta se realice por escrito con una antelación de un mes al vencimiento de la póliza en el caso del tomador y de dos meses en el de la aseguradora.**

La prórroga tácita no es aplicable a los seguros contratados con una duración temporal.

**Las garantías de la póliza cesarán automáticamente desde la fecha de extinción del contrato, o desde la fecha de baja del asegurado en el mismo.**

### Declaración, agravación y disminución del riesgo

1. Las declaraciones del tomador del seguro y del asegurado deben ser efectuadas al asegurador, de acuerdo con los artículos 10 al 13 de la Ley de Contrato de Seguro a través de la solicitud de seguro, y cuestionarios anexos, declarando en los mismos todas las circunstancias del riesgo conocidas por el asegurado, destacando especialmente las cuestiones más relevantes, como edad, actividad profesional del asegurado, así como su estado de salud.

2. **El tomador del seguro o el asegurado deberán, durante el curso del contrato, comunicar al asegurador, tan pronto como les sea posible, el cambio de profesión y aquellas otras circunstancias ajenas al estado de salud contempladas en el cuestionario-solicitud que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.**

3. En caso de que durante la vigencia de la póliza le fuese comunicada al asegurador una agravación del riesgo, éste puede proponer una modificación de las condiciones del contrato en un plazo de dos meses a contar del día en que la agravación le haya sido declarada. En tal caso, el tomador del seguro dispone de quince días, a contar desde la recepción de esta proposición, para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo, o de silencio, el asegurador puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al tomador del seguro, dándole para que conteste un nuevo plazo de quince días, transcurrido el cual y dentro de los ocho siguientes, comunicará al tomador del seguro la rescisión definitiva.

4. El asegurador podrá, igualmente, rescindir el contrato comunicándolo por escrito al asegurado dentro de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo.

**5. Si sobreviniere un siniestro sin haberse realizado declaración de agravación del riesgo, el asegurador queda liberado de su prestación si el tomador o el asegurado ha actuado con mala fe. En otro caso, la prestación del asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.**

6. En el caso de agravación del riesgo durante el tiempo del seguro que dé lugar a un aumento de prima, cuando por esta causa quede rescindido el contrato, **si la agravación es imputable al asegurado, el asegurador hará suya en su totalidad la prima cobrada.** Siempre que dicha agravación se hubiera producido por causas ajenas a la voluntad del asegurado, éste tendrá derecho a ser reembolsado de la parte de prima satisfecha correspondiente al período que falte de transcurrir de la anualidad en curso.

El tomador del seguro o el asegurado podrán, durante el curso del contrato, poner en conocimiento del asegurador todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que, si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato, lo habría concluido en condiciones más favorables para el tomador del seguro.

En tal caso, al finalizar el período en curso cubierto por la prima, el asegurador deberá reducir el importe de la prima futura en la cuantía que corresponda.

7. Si el asegurador no accediera a dicha reducción de prima, el tomador del seguro podrá exigir la resolución del contrato, así como la devolución de la diferencia existente entre la prima satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar, calculada esta diferencia desde el momento de la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.

### **Inexactitud en las declaraciones**

**En los supuestos de inexactitud en la edad o cualquier otra declaración del tomador que influyen en la estimación del riesgo, se estará a lo dispuesto en los artículos 89 y 90 de la Ley 50/1980, de Contrato de Seguro.**

### **Pago de la prima**

El contrato de seguro se perfecciona por el consentimiento de las partes, no obstante, el abono de la prima de seguro es requisito indispensable para que resulte eficaz, tanto en su primer período de vigencia como en los períodos sucesivos. Si por culpa del tomador la primera prima no ha sido pagada, el asegurador queda liberado de su obligación y tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la misma. Para el caso de la falta de pago de una de las primas siguientes el tomador dispone del plazo de un mes después del vencimiento, transcurrido el cual sin haberse hecho efectivo el pago, la cobertura del seguro también quedará en suspenso y el asegurador no responderá de los siniestros.

Si el asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima el contrato queda extinguido. Si el contrato no hubiese sido resuelto o extinguido, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el tomador pagó su prima.

Sin perjuicio de lo anteriormente expuesto, en el caso en que la forma de pago del recibo de prima anual esté fraccionada, el impago de una fracción facultará al asegurador a reclamar la misma, así como las fracciones siguientes, pendientes de emitir, que se consideran líquidas, vencidas y exigibles por la totalidad del recibo de prima anual, y ello, sin perjuicio de la facultad que tiene la compañía de rescindir el contrato de seguro por impago del recibo de prima o de cualquiera de sus fracciones.

### **Actualización de capitales**

Para que las indemnizaciones estén en consonancia con el valor de cada momento y los capitales iniciales, que sirven de base al contrato, no se desfasen por el paso del tiempo, el asegurador propondrá su revalorización cada 12

meses. Dicha revalorización seguirá las fluctuaciones del Índice General de Precios al Consumo publicado por el Instituto Nacional de Estadística u organismo que le sustituya, salvo que el porcentaje de revalorización se encuentre expresamente determinado en las condiciones particulares, en cuyo caso se aplicaría dicho porcentaje.

**La revalorización no tendrá efecto retroactivo respecto a aquellos tratamientos especiales y hospitalizaciones que, iniciados antes de la fecha en que haya de tener lugar la revalorización, continúen al tiempo de ésta, los cuales se indemnizarán con arreglo a los capitales vigentes en el momento de su inicio. Igual regla se aplicará a aquellas intervenciones o tratamientos ortopédicos que pudieran practicarse en el curso de un internamiento en clínica ya iniciado en la fecha en que se produzca la revalorización.**

### Actualización de la prima

El asegurador podrá modificar la prima en periodos sucesivos de renovación de la póliza, teniendo en consideración lo dispuesto en la Ley 20/2015, de Ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y sus reglamentos, fundamentándose la misma de acuerdo a las tarifas vigentes del asegurador en función de la edad cumplida del asegurado, así como en los cálculos técnicos-actuariales realizados y basados en las modificaciones de los costes asistenciales de los servicios y en las innovaciones tecnológicas de incorporación necesarias.

### Designación de beneficiarios

Durante la vigencia de la póliza, el tomador del seguro podrá designar beneficiario o modificar la designación señalada, sin necesidad del consentimiento del asegurador, salvo que el tomador haya renunciado por escrito a tal facultad.

La designación del beneficiario podrá hacerse en la póliza, en una posterior declaración escrita comunicada al asegurador o en testamento. La revocación deberá hacerse en la misma forma establecida para la designación.

Si el tomador no hubiera efectuado en el contrato designación expresa de beneficiarios, tendrán esta consideración, por riguroso orden de preferencia, los siguientes:

#### a) Para caso de fallecimiento.

1. Cónyuge no separado legalmente en virtud de sentencia firme en la fecha del fallecimiento del asegurado o pareja de hecho estable constituida mediante inscripción en un registro o documento público o que haya convivido un mínimo de un año inmediatamente anterior al fallecimiento o un periodo inferior si tiene un hijo en común.

La existencia de pareja de hecho se acreditará mediante certificación de la inscripción en alguno de los registros específicos existentes en las comunidades autónomas o ayuntamientos del lugar de residencia o mediante documento público en el que conste la constitución de dicha pareja.

2. Hijos o descendientes del asegurado por partes iguales.

3. Padres o ascendientes del asegurado por partes iguales.

4. Hermanos del asegurado por partes iguales.

5. Herederos legales.

En los seguros para caso de muerte, si son distintas las personas del tomador del seguro y del asegurado, será preciso el consentimiento de éste, dado por escrito, salvo que pueda presumirse de otra forma su interés por la existencia del seguro.

#### b) Para las garantías de Invalidez e incapacidad.

En estos casos será el propio asegurado, salvo lo dispuesto en las condiciones particulares de la póliza.

### Forma de actuar en caso de siniestro

El tomador del seguro, el asegurado o el beneficiario deberán comunicar al asegurador el acaecimiento del siniestro, **dentro del plazo máximo de siete días, contados a partir de la fecha en que fue conocido**, salvo pacto en contrario. El incumplimiento de este deber dará lugar a que el asegurador pueda reclamar los daños y perjuicios causados por la falta de esta declaración, salvo que se demuestre que éste tuvo conocimiento del siniestro por otro medio.

Para las garantías de: hospitalización por enfermedad y accidente de recibirse la comunicación del siniestro transcurrido dicho plazo máximo, se entiende que el perjuicio causado al asegurador se traduce en la imposibilidad

manifiesta de control del siniestro, **por lo que el capital asegurado comenzará a devengarse desde la fecha en que el asegurador haya recibido la citada comunicación.**

**El tomador del seguro o el asegurado están obligados a aportar toda la información relativa al siniestro**, su forma de ocurrencia, las circunstancias y sus consecuencias y también deberán dar traslado al asegurador de todas las notificaciones que pudiera recibir de juzgados, administraciones públicas, terceros o cualesquiera otras personas. En caso de violación de este deber, **la pérdida del derecho a la indemnización sólo se producirá si se ha realizado concurriendo dolo o culpa grave.**

**Una vez producido el siniestro y en el plazo de cinco días, a partir de la notificación del mismo, el asegurado o el tomador deberá comunicar por escrito al asegurador la estimación de los daños causados.**

El asegurador no queda vinculado por las valoraciones emitidas por profesionales de cualquier otro organismo público o privado.

El asegurador queda en disposición de dar por concluido el devengo del capital asegurado 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 un siniestro.

En caso de que el asegurado se encontrara fuera de su residencia habitual y no pudiera trasladarse a la misma tras el accidente o enfermedad, tiene derecho a percibir el capital asegurado contratado, siempre que cumpla todos los requisitos establecidos en las presentes condiciones generales para las distintas garantías, informando, además, del domicilio en el cual se encuentra de forma circunstancial debido al accidente o enfermedad.

### **Pago de la indemnización**

El asegurador está obligado a satisfacer el capital asegurado al término de las investigaciones y peritaciones necesarias para establecer la existencia del siniestro, y, en su caso, el importe de los daños que resulten del mismo.

En todo caso, el asegurador se compromete a pagar la indemnización mínima en un período máximo de 40 días desde que tenga conocimiento del siniestro. En caso de incumplimiento de este plazo o si en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro, el asegurador no hubiese pagado o consignado su importe por causa no justificada o que le fuere imputable, la indemnización se incrementará de conformidad a lo señalado en el artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro, 50/1980.

El asegurador pagará al beneficiario o beneficiarios designados por el tomador del seguro, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 84 y siguientes de la Ley 50/1980, la prestación garantizada.

Un mismo accidente no da derecho simultáneamente a las indemnizaciones para el caso de muerte y de invalidez, en tanto que para el supuesto de incapacidad temporal y hospitalización el derecho a la indemnización es independiente al que corresponde por fallecimiento o declaración de invalidez. No obstante, este derecho cesará, en cualquier caso, en el momento en que se haya declarado la muerte o la invalidez.

**El asegurado se compromete a:**

- **Recurrir sin dilación a un médico y cumplir sus prescripciones con la diligencia necesaria para el pronto restablecimiento del asegurado; el abandono injustificado del tratamiento dará lugar a la suspensión del seguro y la compañía quedaría liberada de sus obligaciones respecto a las agravaciones que pudieran producirse.**
- **Permitir en cualquier caso el examen del asegurado por los médicos que designe el asegurador, la obtención de toda clase de informaciones o pruebas complementarias, incluso procurándolas directamente al asegurador, y el eventual traslado del asegurado al lugar que corresponda para efectuar dichas pruebas. Los gastos de tales reconocimientos, así como de los traslados, serán a cargo del asegurador.**
- **Relevar del deber de secreto profesional, respecto a la información que pudiera solicitar el asegurador, a los profesionales que hubieran intervenido.**

**Documentación a aportar en caso de un siniestro:**

**El beneficiario o beneficiarios, el asegurado, o el tomador, según el caso, deberán aportar, en el momento de la comunicación del siniestro, la documentación exigida específica para cada garantía contratada en el presente contrato o en el caso de no constar la misma, la genérica indicada a continuación:**

- **En caso de fallecimiento por accidente.**
  - Certificado literal de defunción.

- Documento acreditativo de la condición de beneficiario. Testamento o declaración de herederos ab-intestato.
- Exención del impuesto de sucesiones o certificado de haber presentado liquidación ante Hacienda.
- **En caso de invalidez permanente.**
  - Certificado médico en el que consten las causas y el tipo de invalidez.
  - Para la garantía de adecuación de la vivienda habitual o del automóvil deberán presentarse facturas originales de las reformas necesarias llevadas a cabo.
- **En caso de incapacidad temporal.**
  - Declaración del accidente en el plazo máximo de 7 días al de su ocurrencia (salvo en caso de hospitalización del asegurado). **De declararse con posterioridad a los referidos 7 días, se iniciará el derecho a la indemnización a partir de la fecha de declaración.**
  - Certificado médico de incapacidad temporal para la profesión del asegurado, en el que consten las lesiones que presenta y con indicación de la probable duración de la incapacidad. **Estos certificados deberán enviarse al asegurador en periodos no superiores a 30 días, y en tanto no se produzca el alta definitiva.**
  - **Partes originales de baja y alta de la Seguridad Social que determinen la incapacidad temporal especificando la causa, naturaleza, consecuencia de la misma y su duración, así como como cuantos informes médicos complementarios sean precisos para determinar el diagnóstico definitivo de la lesión o enfermedad padecida.**
  - Por accidente, certificado original en que se precise la fecha del mismo con expresa indicación de las lesiones sufridas.
  - Por enfermedad, certificado médico original que acredite la fecha inicial del diagnóstico.
  - En todo caso, parte de urgencias o informe médico original de la primera asistencia con los datos propios de un informe clínico:
  - Historia del accidente/enfermedad (antecedentes, fecha y circunstancias de producción, fecha de asistencia).
  - Sintomatología y datos de la exploración física.
  - Resultados de las pruebas complementarias realizadas.
  - Juicio clínico o diagnóstico (provisional o definitivo).
  - Tratamiento prescrito.
- **En caso de asistencia sanitaria (servicio médico) por accidente.**
  - Cuando se preste en centros de libre elección, facturas originales. **En el caso de que esta garantía no se cubra por el asegurador, los gastos de certificados médicos irán a cargo del asegurado.**
  - Cuando se preste en centros recomendados los pagos los hará directamente el asegurador al centro que corresponda.

### **Determinación en la evaluación del grado de invalidez**

Para todas aquellas coberturas referidas a la invalidez del asegurado a la hora de determinar la evaluación del grado de invalidez se tendrá en cuenta lo señalado en el artículo 104 de la Ley 50/1980, de contrato de seguro, de 8 de octubre, que indica lo siguiente: **"La determinación del grado de invalidez que derive del accidente se efectuará después de la presentación del certificado médico de incapacidad"**.

Se atenderá a los siguientes apartados:

**a) La determinación del grado de invalidez se llevará a cabo sin tener en cuenta la actividad profesional, la edad de del asegurado. Tampoco tendrán aplicación en esta garantía las calificaciones de invalidez efectuadas por las juntas de valoración en accidentes de trabajo u organismos competentes en esa materia, ni guarda relación alguna con los grados de invalidez previstos por la Seguridad Social.**

**b)** Si la pérdida de un miembro o de un órgano o las limitaciones funcionales de cualquiera de ellos, son solo parciales, el grado de invalidez fijado en el apartado anterior se reducirá proporcionalmente.

**c)** La pérdida por amputación o impotencia funcional de cada una de las falanges que componen un dedo, se valorará en una tercera parte de lo establecido para la pérdida anatómica o funcional total de cada dedo.

d) Los porcentajes que anteriormente se indican expresan el valor máximo de la pérdida anatómica o déficit del órgano afectado. Cuando la pérdida no sea total o no esté prevista en el anterior baremo, el porcentaje de invalidez permanente se determinará mediante la aplicación exclusiva del baremo para la determinación del porcentaje de discapacidad originada por deficiencias permanentes descrito en el apartado A) del anexo I del Real Decreto 1971/1999, del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, de 23 de diciembre, publicado en el Boletín Oficial del Estado del 26 de enero del 2000.

e) Los porcentajes de indemnización en las extremidades superiores serán reducidos en un 15% cuando no se trate del lado dominante (lesiones en el miembro izquierdo de un diestro y viceversa).

f) El grado de invalidez a tener en cuenta cuando un mismo accidente cause diversas pérdidas anatómicas o funcionales, se determinará sumando los porcentajes correspondientes a cada una de las mismas, sin que dicho porcentaje pueda exceder del 100%. La suma de porcentajes de varias limitaciones funcionales o pérdidas anatómicas de un mismo órgano o miembro, no puede superar el porcentaje de la pérdida anatómica o funcional total de ese órgano o miembro. En cualquier caso, una misma pérdida anatómica o funcional valorada aplicando el baremo, solo puede ser contemplada una vez, aunque dichas pérdidas anatómicas o funcionales vengan descritas en otros apartados del baremo.

**g) El asegurado, a requerimiento del asegurador, deberá someterse a las visitas y reconocimientos médicos necesarios para verificar las limitaciones anatómicas o funcionales que sufra.**

h) Para determinar el grado de invalidez se tendrá en cuenta únicamente las pérdidas anatómicas o funcionales sufridas a consecuencia del accidente cubierto por la póliza. **Por lo tanto, si un órgano o miembro presentaba ya con anterioridad al accidente un defecto anatómico o funcional, el grado de invalidez vendrá determinado por la diferencia entre el preexistente y el que resulte después del accidente.**

i) El asegurador notificará por escrito al asegurado el grado de invalidez resultante y el importe de la indemnización que por esta garantía le corresponda.

j) Si el asegurador hubiera pagado una indemnización por invalidez a consecuencia de un accidente y el asegurado falleciera con posterioridad, el asegurador sólo estará obligado a pagar la diferencia entre el importe indemnizado y el capital asegurado para la garantía de fallecimiento accidental. Si lo ya indemnizado fuese superior el asegurador no podrá reclamar la diferencia.

**El asegurador notificará por escrito al asegurado la cuantía de la indemnización que le corresponde de acuerdo con el grado de invalidez que deriva del certificado médico y de los baremos fijados en la póliza.**

**Si el asegurado no aceptase la proposición del asegurador en lo referente al grado de invalidez, las partes se someterán a la decisión de peritos médicos, conforme al artículo 38 de la Ley de Contrato de Seguro".**

### **Subrogación**

1. El asegurador, en base a los pagos que hubiera efectuado **por la garantía de asistencia médica**, podrá ejercitar, con gastos a su cargo, los derechos y acciones que por razón del siniestro pudieran corresponder al asegurado, frente a las personas responsables del accidente, no pudiendo ejercer en perjuicio del mismo los derechos en que se haya subrogado.

**El asegurado estará obligado, si fuera necesario, a ratificar esta subrogación y otorgar los oportunos poderes, siendo responsable de los perjuicios que con sus actos y omisiones pueda causar al asegurador en su derecho a subrogarse.**

2. En caso de concurrencia del asegurador y el asegurado frente a tercero responsable, el recobro obtenido se repartirá entre ambos, en proporción a sus respectivos intereses.

### **Resolución del contrato en caso de siniestro**

1. El asegurador podrá resolver el contrato de seguro antes de su vencimiento, si con ocasión de la declaración de siniestro se pone de manifiesto que el tomador del seguro y/o asegurado ha actuado de mala fe, ha declarado con inexactitud el riesgo en el momento de la conclusión del contrato, o no ha comunicado durante la vigencia del mismo todas las circunstancias que agraven el riesgo asegurado.

El asegurador quedará liberado de cualquier prestación si el tomador o el asegurado han actuado con mala fe, dolo o culpa grave. En otro caso, dicha prestación se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

2. Dicha resolución contractual deberá ser comunicada por escrito al tomador y/ asegurado en el plazo de **un mes** a partir del conocimiento del asegurador de las circunstancias anteriormente descritas para el tomador y/o asegurado, liberando al asegurador de reintegrar las primas relativas al período en curso.

3. Si al tiempo de producirse cualquiera de los hechos marcados en el apartado de cancelación automática de las coberturas de incapacidad temporal, estuviese el asegurado percibiendo indemnización, cesará el derecho al devengo de las prestaciones pendientes a partir de la fecha misma de su ocurrencia.

## Exclusiones generales del contrato

Además de las exclusiones indicadas en cada garantía, quedan excluidos los siniestros producidos con motivo o a consecuencia de los hechos y situaciones siguientes:

1. Los daños y pérdidas que sean indemnizables por el Consorcio de Compensación de Seguros conforme a lo establecido en la "cláusula de indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros" del condicionado general, así como, por catástrofe y/o calamidad nacional, es decir, toda garantía cubierta por el Estado por estos conceptos.

2. Los daños y/o pérdidas producidos con ocasión o a consecuencia de siniestros que, teniendo carácter extraordinario, el Consorcio de Compensación de Seguros no admita la efectividad del derecho de los asegurados por incumplimiento de alguna de las normas establecidas en el reglamento y disposiciones complementarias vigentes en la fecha de su ocurrencia, ni los derivados de siniestros ocurridos durante los plazos de carencia establecidos por dicho organismo.

3. Reclamaciones, daños y responsabilidades que, directa o indirectamente, tengan su origen o sean consecuencia de un acto terrorista o de actos preparatorios o conexos con dicho acto.

Se entiende por terrorismo, toda acción violenta efectuada con la finalidad de desestabilizar el sistema político establecido o causar terror o inseguridad en el medio social en el que se produce, según los términos previstos por el reglamento de riesgos extraordinarios sobre las personas y los bienes (R.D. 2022/1986, de 25 de agosto).

4. Daños sufridos por el asegurado, derivados de acciones antijurídicas dolosas o delictivas, en las que participe como autor o acompañante de los causantes de dichas acciones. Especialmente, los que deriven del uso de armas de cualquier tipo.

Todas las pérdidas y/o daños provocados o causados por uno de los siguientes eventos, o que se hubieran originado como consecuencia directa o indirecta de los mismos:

- Guerra (haya mediado o no declaración oficial), invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas (con o sin declaración de guerra o guerra civil).
- Alborotos populares, conmociones civiles que revelan el carácter de asonada popular, sublevación militar, insurrección, rebelión, revolución, poder militar o usurpado, proclamación de la ley marcial, estado de alarma, excepción o sitio.
- Actuaciones de las Fuerzas Armadas y Cuerpos de Seguridad del Estado.

Tampoco quedarán amparados bajo las coberturas de este contrato los daños, gastos y responsabilidades derivadas de ataques informáticos de cualquier naturaleza.

5. Los daños y lesiones ocasionados directamente por los efectos mecánicos, térmicos y radioactivos, debido a reacciones o transmutaciones nucleares, cualquiera que sea la causa que las produzca.

6. Los siniestros originados por cualquier tipo de arma, y en particular las denominadas químicas, biológicas, bioquímicas o electromagnéticas, así como los daños originados o provocados por materiales o sustancias químicas, biológicas, bioquímicas o electromagnéticas.

Tampoco quedarán amparados bajo las coberturas de este contrato los daños, gastos y responsabilidades derivadas de ataques informáticos de cualquier naturaleza.

7. Los daños sufridos, causados o provocados por el tomador del seguro o asegurado intencionadamente, o con su complicidad o imprudencia constitutiva de delito. Si el asegurado provoca intencionadamente el accidente, el asegurador se libera del cumplimiento de su obligación. En el caso de que la intencionalidad sea imputable al beneficiario, quedará nula la designación hecha a su favor, y la indemnización corresponderá al tomador, o en su caso, a los herederos legales de éste.

8. Los defectos o incapacidades ya existentes al contratar el seguro, salvo pacto expreso en contrario.

9. Los accidentes que sobrevengan en estado de embriaguez, o bajo los efectos de drogas o estupefacientes no prescritos médicamente.

Se entenderá por embriaguez la presencia de una tasa de alcohol en sangre superior a la establecida en la normativa vigente cuando se trate de accidente de circulación, y el asegurado fuera condenado o sancionado por dicha causa, salvo que pueda probarse por parte del asegurado o beneficiario que el accidente tuvo sus consecuencias por ser un tercero el causante del mismo.

Se entenderá que el asegurado ha consumido drogas o estupefacientes no prescritos médicamente, siempre que se determine mediante análisis la presencia de estas sustancias o metabolitos de éstas.

10. Todos los accidentes y/o enfermedades que se hayan manifestado y/u ocurrido con anterioridad a la entrada en vigor de la póliza, aun cuando no exista un diagnóstico concreto, así como sus consecuencias y/o secuelas, salvo pacto en contrario.

11. Los accidentes ocurridos por la utilización como piloto o tripulante de cualquier medio de navegación aérea, y en las aeronaves del estado, los militares en actos de servicio en las mismas, salvo pacto expreso en contrario.

12. Los accidentes ocurridos por la utilización como pasajero de cualquier medio de navegación aérea distinto a los aviones de líneas regulares o vuelos "chárter".

13. Ocurridos por la conducción de vehículos a motor si el asegurado no está en posesión del permiso correspondiente expedido por la autoridad competente, según la legislación vigente.

14. Tratamientos de esterilización, cambio de sexo y cirugía estética y reparadora con intención fundamentalmente estética.

15. Los accidentes producidos en la práctica de cualquier deporte realizado profesionalmente, salvo pacto expreso en contrario. Igualmente, los deportes realizados como federado amateur, salvo si están declarados en póliza.

16. Salvo pacto en contrario estipulado en las condiciones particulares - declaraciones y el abono de la sobreprima correspondiente, se excluyen los accidentes que sufra el asegurado practicando las actividades deportivas indicadas a continuación:

- Automovilismo o motociclismo, en cualquier modalidad.
- Acuáticas:
  - Navegación de recreo a vela o en yate a más de 5 millas de la costa respectivamente.
  - Inmersiones subacuáticas con aparatos de respiración autónoma a más de 30 metros.
  - Uso de motos náuticas saltos, paracaidismo acuático, deportes en aguas bravas (tales como rafting, hidrospeed, hidrotironeo, hidrobob, piragüismo y en general cualquier otro deporte en aguas bravas).
  - Towsurf, kitesurf, esquí acuático, wake-board y similares deportes náuticos.
- Actividades aeronáuticas y deportes aéreos tales como; ascensión en globo, aerostatos, ala delta, paracaidismo, parapente, puenting, bungee jumping, salto base, y cualquier deporte de saltos con sujeción de cordajes; ultraligeros, planeador, moto planeador, vuelo libre con motor o acrobático y, en general, cualquier deporte aéreo de similar riesgo.
- Artes marciales y deportes de contacto, tales como; boxeo, artes marciales y cualquier clase de lucha corporal.
- Deportes de invierno: bobsleigh, esquí acrobático, esquí fuera de pistas, esquí con saltos de trampolín, heli-ski, esquí de montaña, moto de nieve, skeleton y similares.
- Montaña y subsuelo: alpinismo (ascensiones a más de 4.500 m. o con uso de medios técnicos de progresión), escalada y/o rappel, espeleología o accidentes en rocódromos y similares.
- Polo y deportes hípicas, excepto paseo.
- Varios: caza mayor fuera de España, así como otros deportes con armas de fuego, ciclismo (en modalidades de trial, bicicross BMX u otras de similar riesgo), halterofilia, corte de troncos, levantamiento de piedras, rugby, fútbol americano, hockey sobre hielo, street luge, patinaje estilo agresivo (piruetas en barandillas, saltar rampas y escaleras, etc.) y similares.
- Toreo, encierro de reses bravas y suelta de vaquillas.

17. Salvo pacto en contrario, las neuropatías, algias o cualquier proceso de dolor sin sintomatología clínica comprobable, así como las curas de reposo o los exámenes de estado de salud.

18. Enfermedades preexistentes o accidentes ocurridos antes de la entrada en vigor de la póliza. A estos efectos, se consideran enfermedades preexistentes todas aquellas que se hubiesen manifestado, aun cuando no exista un diagnóstico concreto, así como sus consecuencias y secuelas.

19. Los accidentes en expediciones a glaciares, volcanes o regiones inexploradas, salvo pacto en contrario.

20. Se excluyen de este contrato todos los daños y perjuicios, responsabilidades, reclamaciones, costes o gastos de cualquier naturaleza que, de forma directa o indirecta, hayan sido causados por una enfermedad contagiosa o resulten o se deriven de una enfermedad contagiosa o en relación con ella o del temor o amenaza (real o percibido) de una enfermedad contagiosa, con independencia de que cualquier otra causa o hecho cubierto bajo las pólizas en cuestión, que de manera concurrente o secuencial haya contribuido a los mismos, quedará cubierto en los términos de este contrato de reaseguro.

Se entiende por enfermedad contagiosa toda enfermedad que puede transmitirse de un organismo a otro por medio de cualquier sustancia o agente cuando:

- la sustancia o agente sea, sin carácter limitativo, un virus, bacteria, parásito u otro organismo o cualquier variación del mismo, tanto si se le considera vivo como si no, y
- el método de transmisión, directo o indirecto, incluya, sin carácter limitativo, la transmisión por vía aérea, la transmisión por fluidos corporales, la transmisión por o a cualquier superficie u objeto ya sea sólido, líquido o gaseoso, o entre organismos, y
- la enfermedad, sustancia o agente pueda ser causa o amenaza de daños a la salud o al bienestar de las personas o pueda ser causa o amenaza de daños, deterioro o pérdida de valor, comerciabilidad o uso de bienes y
- la enfermedad se enmarque en el contexto de una epidemia o pandemia, declarada como tal por la Organización Mundial de la Salud o cualquier autoridad gubernamental o sanitaria del lugar donde se haya producido el siniestro.

## Otros aspectos del contrato

### Comunicaciones

a) Las comunicaciones al asegurador por parte del tomador del seguro, del asegurado o del beneficiario, se realizarán en el domicilio social del asegurador señalado en la póliza.

b) Las comunicaciones que efectúe el tomador del seguro a un agente representante del asegurador, surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado directamente a éste.

c) Las comunicaciones efectuadas por un corredor de seguros al asegurador en nombre del tomador del seguro surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio tomador, salvo indicación en contrario de éste. En todo caso, se precisará el consentimiento expreso del tomador del seguro para suscribir un nuevo contrato o para modificar o rescindir el contrato de seguros en vigor.

d) Las comunicaciones del asegurador al tomador del seguro y, en su caso, al asegurado y al beneficiario, se podrán realizar por correo postal, electrónico o por cualquier otro medio telemático (incluyendo, entre otros, mensajes SMS) que permita verificar su correcta puesta a disposición, en las direcciones o números de teléfono de éstos, recogidos en la póliza, salvo que los mismos hayan notificado al asegurador el cambio de dichas direcciones y/o números de teléfono.

### Extensión del seguro

Las garantías se extienden a cualquier parte del mundo, y su ámbito de cobertura será el detallado en las condiciones particulares de esta póliza, o en aquellas que tengan establecida una delimitación geográfica específica.

**El asegurado estará cubierto por la póliza siempre que mantenga su residencia habitual o domicilio en territorio español, entendiéndose como tal si permanece en él más de 183 días dentro del año natural.**

**Si el asegurado traslada su residencia habitual al extranjero, quedarán suspendidas las garantías del seguro al vencimiento de la anualidad de seguro correspondiente.**

## Prescripción

**Las acciones del tomador del seguro y del asegurado para reclamar judicialmente contra el rehúse de un siniestro o contra la estimación del importe de la indemnización, prescribe a los cinco años, a contar desde el día en que pudieron ejercitarse.**

## Nulidad del contrato

El contrato de seguro será nulo, salvo en los casos previstos por la ley, si en el momento de su conclusión no existía el riesgo o había ocurrido el siniestro.

## Marco normativo

El presente contrato de seguro se rige por lo establecido en:

- La Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (B.O.E de 17 de octubre de 1980).
- La Ley 26/2006, de 17 de julio, de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados.
- El Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre que aprueba el texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.
- El Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.
- Las condiciones particulares, especiales y generales de la póliza y los Suplementos que se emitan a la misma para complementarla o modificarla.

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

Las discrepancias entre el tomador del seguro, asegurado y/o beneficiario de una póliza y el asegurador, sin perjuicio de poder acudir a la vía administrativa o judicial que se considere oportuna, podrán resolverse mediante la presentación de la correspondiente queja o reclamación ante el Departamento de Atención al Cliente (Avda. Alcalde Barnils, 63 - 08174 Sant Cugat del Vallés - Barcelona, correo electrónico: dac@catalanaoccidente.com) o en su caso, ante el Defensor del Cliente (Apdo. Correos 101 - 08171 Sant Cugat del Vallés - Barcelona), en las condiciones, y dentro de los plazos que constan detallados en el reglamento de la institución aprobado por el asegurador, que se encuentra a disposición de los tomadores, asegurados y/o beneficiarios en las oficinas de la entidad aseguradora.

Caso de ser desestimada la queja o reclamación, o haber transcurrido el plazo establecido por la normativa en vigor desde su presentación sin que haya sido resuelta, y sin perjuicio de poder iniciarla vía administrativa o judicial que considere oportunas, el reclamante podrá dirigirse al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (Paseo de la Castellana, n° 44 - 28046 Madrid; o a través de la oficina virtual: [www.dgsfp.es](http://www.dgsfp.es)

## Riesgos extraordinarios

Se indemnizará por el Consorcio de Compensación de Seguros los siniestros de carácter extraordinario, de conformidad con la siguiente cláusula:

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

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

Las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en España, 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.

## Resumen de las normas legales

### 1. 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 cuerpos siderales y aerolitos.

b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.

c) Hechos o actuaciones de las fuerzas armadas o de las fuerzas y cuerpos de seguridad en tiempo de paz.

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

### 2. Riesgos excluidos

a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.

b) Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.

c) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.

d) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 12/2011, de 27 de mayo, sobre responsabilidad civil por daños nucleares o producidos por materiales radiactivos.

e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el 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 durante 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 la póliza a efectos 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.

#### **4. Comunicación de daños al Consorcio de Compensación de Seguros**

**a)** 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.

**b)** 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.conorseguros.es](http://www.conorseguros.es)).

**c)** 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.

**d)** Abono de la indemnización: El Consorcio de Compensación de Seguros realizará el pago de la indemnización al beneficiario del seguro mediante transferencia bancaria.

PROYECTO

## Protección de datos personales

En relación con los datos personales, le informamos que el responsable del tratamiento es el Asegurador.

La finalidad principal para la que el Asegurador recaba los datos es la gestión de la relación del titular de los datos personales con el Asegurador y, en caso de emitirse un contrato, dar cumplimiento a las obligaciones contractuales y legales que pudieran resultar de aplicación en cada momento.

Serán objeto de tratamiento los datos personales recogidos antes, durante y con posterioridad a la formalización de un contrato, ya sean según proceda, del tomador, asegurado, partícipe, beneficiario, tercer perjudicado o derechohabiente, que sean precisos para la gestión de la relación contractual, incluidos en su caso los biométricos y de geolocalización. En caso de que los datos sean aportados por persona distinta de su titular, recaerá en el aportante la obligación de trasladar esta información al titular de los datos personales, así como de recabar su consentimiento cuando sea necesario.

Los tratamientos para: (i) la emisión, desarrollo y ejecución del contrato, (ii) el cumplimiento en cada caso de los deberes de ordenación, supervisión, solvencia y previsión social, (iii) la prevención y lucha contra el fraude y el blanqueo de capitales, (iv) la tarificación y selección de riesgos en el seguro, incluyendo si fuera necesaria la elaboración de perfiles y/o la toma de decisiones automatizadas, pudiendo siempre el interesado solicitar la revisión de los resultados por parte de una persona, expresar su punto de vista e impugnar la decisión; están legitimados por la normativa aseguradora y de previsión social que pudiera resultar de aplicación en cada momento.

El Asegurador no cederá los datos personales excepto en el caso de que sea necesario para el cumplimiento de la normativa aplicable, la emisión, desarrollo y ejecución del contrato y/o en interés legítimo, en los términos establecidos en la **POLÍTICA DE PRIVACIDAD** publicada en el apartado de la página web, <https://www.seguroscatalanaoccidente.com/esp/politica-privacidad>

El titular de los datos personales dispone de los derechos de acceso, rectificación, supresión y derecho al olvido, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad, que podrá ejercitar acreditando su identidad, mediante una comunicación escrita al Delegado de Protección de Datos a través de su dirección de correo electrónico: [dpo@grupocatalanaoccidente.com](mailto:dpo@grupocatalanaoccidente.com) y/o de la dirección postal, Avenida Alcalde Barnils 63, 08174 Sant Cugat del Vallés (Barcelona).

Asimismo, en el caso de que haber obtenido la autorización específica del interesado, el Asegurador también utilizará los datos para: (i) desarrollar acciones comerciales y remitirle información, incluso por los medios a distancia disponibles, sobre otros productos y servicios, generales o de forma personalizada, ya sean propios o de otras Entidades pertenecientes al Grupo Catalana Occidente (identificadas en la página web [www.grupocatalanaoccidente.com](http://www.grupocatalanaoccidente.com)); (ii) mostrarle publicidad personalizada en páginas web, buscadores y redes sociales y (iii) ofrecerle la participación en concursos promocionales; todo ello incluso tras la terminación de la relación con el Asegurador. En cualquiera de los casos señalados, la adaptación de los productos y servicios al perfil del interesado, se podrá efectuar sobre la base de análisis de perfiles de comportamiento y riesgo, teniendo en cuenta tanto fuentes internas como de terceros, información de geolocalización, así como información de la navegación por internet o de redes sociales.

## Documento de información sobre el producto de seguro

Empresa: Seguros Catalana Occidente, S.A. de Seguros y Reaseguros

Registrada en: España. N.º Autorización entidad aseguradora: C0468

**Producto: Accidentes individuales**

La información precontractual y contractual completa relativa al producto de seguro se facilita en otros documentos tales como la nota informativa, así como las condiciones generales, particulares y en su caso, especiales del contrato de seguro.

**¿En qué consiste este tipo de seguro?** Producto que garantiza la protección de los asegurados en caso de accidente y/o enfermedad a través de diversas coberturas mediante el pago de una indemnización según el hecho garantizado, ocurrido tanto en el ejercicio de sus ocupaciones profesionales como en el ámbito de su vida privada. Se entiende por accidente, la lesión corporal que se deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado.



### ¿Qué se asegura?

**Resumen de las principales coberturas del seguro y riesgos que pueden asegurarse por el contratante según la modalidad elegida en el contrato**

#### Muerte y/o invalidez permanente por accidente

- ✓ Muerte del asegurado como consecuencia de un accidente, fallecimiento por infarto de miocardio y derrame cerebral, o un capital adicional en caso de accidente de circulación.
- ✓ Los gastos de sepelio
- ✓ Orfandad por fallecimiento accidental del asegurado y su cónyuge/pareja de hecho.
- ✓ Invalidez permanente del asegurado como consecuencia de un accidente, según un baremo de lesiones. Posibilidad de ampliar la cobertura a la invalidez profesional por accidente, invalidez permanente progresiva, invalidez absoluta de ambos cónyuges por un mismo accidente, invalidez absoluta por infarto de miocardio y derrame cerebral, o un capital adicional en caso de accidente de circulación.

#### Incapacidad Temporal

- ✓ Posibilidad de contratar distintas modalidades para esta garantía por accidente o enfermedad; rige un Baremo en días de baja en caso de accidente o enfermedad, con una opción de ampliación de cobertura para casos en que la baja real supere los días del Baremo.

#### Subsidio o dieta diaria hospitalización por accidente, o accidente / enfermedad

Posibilidad de contratar una modalidad amplia: incluye la Hospitalización a domicilio, sin pernocta para intervención quirúrgica e indemnización por Convalecencia domiciliaria.



### ¿Qué no está asegurado?

#### Principales riesgos excluidos:

- ✗ No están aseguradas las personas que, en el momento de contratar el seguro, estén afectadas por cualquier lesión, enfermedad crónica o grave, o minusvalía física o psíquica, que disminuyan gravemente su capacidad.
- ✗ Los daños causados por mala fe del asegurado
- ✗ Los accidentes ocurridos bajo los efectos: del alcohol, estupefacientes o similares; en desafío o riña; en suicidio o tentativa del mismo.
- ✗ Todos los accidentes y/o enfermedades que se hayan manifestado y/u ocurrido con anterioridad a la entrada en vigor del contrato, aun cuando no exista un diagnóstico concreto, así como sus consecuencias y/o secuelas.
- ✗ Los accidentes que pudieran producirse por la práctica como deportista profesional de cualquier deporte
- ✗ Los accidentes que puedan producirse por la participación como aficionado en deportes de elevado riesgo, salvo pacto expreso en contrario.



### ¿Existen restricciones en lo que respecta a la cobertura?

#### Principales restricciones a las coberturas relacionadas con enfermedad (Incapacidad temporal y Hospitalización):

- ! Periodo de carencia (período en el que todavía no se puede disfrutar de la cobertura) en caso de enfermedad de 90 días (salvo urgencia vital), 240 días para obstetricia.

#### Gastos de asistencia sanitaria por accidente

- ✓ Posibilidad de ampliar la cobertura básica de gastos médicos con diversas prestaciones y gastos extra-hospitalarios, como los de búsqueda y salvamento en caso de accidente.

#### Asistencia en viaje / Cancelación de viajes

- ✓ Repatriación o transporte sanitario de los asegurados, gastos médicos en el extranjero, así la pérdida o robo de equipajes.
- ✓ Gastos de cancelación de viajes, por distintas causas, y repatriación para extranjeros en caso de fallecimiento.

#### Servicios complementarios

- ✓ Tarjeta Multisalud: Línea de Orientación médica telefónica, Segundo diagnóstico médico por enfermedades graves, cobertura Dental.
- ✓ Defensa Jurídica, Asistencia Familia y Protección de primas en caso de desempleo o incapacidad temporal.

#### Incapacidad Temporal:

- ! La prestación de Incapacidad Temporal finaliza cuando se inicie la percepción de una pensión de jubilación o invalidez.
- ! Cobertura de Ampliación: para las afecciones determinadas en la tabla de valoración con cero días se indemnizará con el 50% del capital siempre que la baja real supere los 4 días.
- ! Las coberturas de Incapacidad Temporal y Hospitalización cuentan con un periodo máximo de indemnización de 365 días.

#### Restricciones respecto de otras coberturas:

- ! Las coberturas de Asistencia sanitaria cuentan con un periodo máximo de indemnización de 2 años a contar desde la ocurrencia del accidente
- ! Posibilidad de restringir el ámbito temporal de 24 horas a accidentes que ocurran en el ámbito laboral, extra-laboral, deportivo, durante un viaje, o con motivo de la circulación.



### ¿Dónde estoy cubierto?

- ✓ Las garantías de este contrato se extienden a cualquier parte del mundo, y durante las veinticuatro horas del día, salvo pacto en contrario indicado expresamente en las Condiciones Particulares del contrato o la delimitación geográfica específica que dispongan algunas de las coberturas o servicios contratados.



### ¿Cuáles son mis obligaciones?

- Facilitar información veraz y precisa al contratar el seguro y comunicar, a lo largo del contrato, las variaciones que ocurran sobre el riesgo, tan pronto como sea posible (cambios de profesión, práctica de deportes, o cualquier otro dato recogido en el cuestionario del seguro, salvo las variaciones relativas al estado de salud del asegurado).
- Atender el pago del recibo del seguro en el momento en el que le sea presentado al cobro.
- Comunicar al Asegurador el acaecimiento del siniestro (hecho que determina la solicitud de cobertura) dentro del plazo máximo de siete días, contados a partir de la fecha en que fue conocido, facilitando toda clase de información sobre las circunstancias y consecuencias del hecho que determina la solicitud de cobertura.
- En el caso de coberturas de servicios, el Tomador o Asegurado deberán llamar al Teléfono 24 horas que se informa en el contrato de seguro para solicitar la prestación que precise



### ¿Cuándo y cómo tengo que efectuar los pagos?

En el momento de la contratación y según forma de pago señalada en el contrato. Si el contrato se prorroga, en la fecha de inicio de la renovación. Podrá efectuarse el pago mediante domiciliación bancaria o, en su caso, tarjeta de crédito o débito.



### ¿Cuándo comienza y finaliza la cobertura?

Abonado el primer pago, la cobertura comienza y finaliza a las horas y fechas indicadas en el contrato.



### ¿Cómo puedo rescindir el contrato?

Mediante notificación escrita dirigida a la entidad aseguradora y efectuada con, al menos, un mes de antelación a la conclusión del periodo del seguro en curso.

Grupo Catalana Occidente

[www.seguroscatalanaoccidente.com](http://www.seguroscatalanaoccidente.com)

