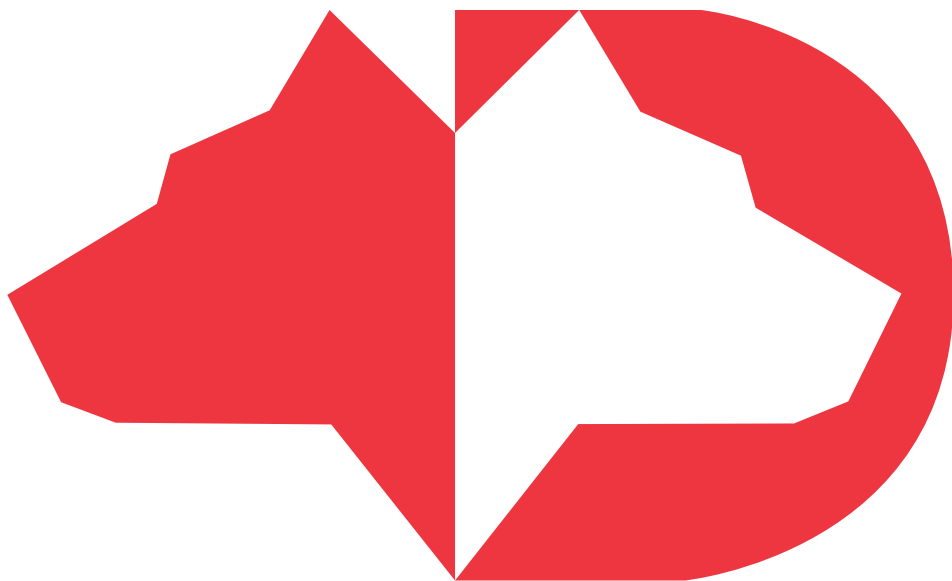


FIDELIDADE

SEGUROS DESDE 1808



FIDELIDADE

SEGURO INDIVIDUAL DE ACCIDENTES PERSONALES



fidelidade.es

CONDICIONES GENERALES
REF. CG SIAP 03/2015

ÍNDICE

CONTENIDOS	PÁGINA	CONTENIDOS	PÁGINA
Cláusula Preliminar. Definiciones	3	Cláusula 14. Actuación en caso de siniestro	11
Cláusula 1. Objeto del seguro	4	Cláusula 15. Documentación para el pago de prestaciones	12
Cláusula 2. Riesgos objeto del seguro	4	Cláusula 16. Comprobación de la incapacidad	12
Cláusula 3. Exclusiones generales	8	Cláusula 17. Pago de la prestación en caso de siniestro	12
Cláusula 4. Exclusiones propias de los accidentes	9	Cláusula 18. Retraso en el cumplimiento de la prestación	12
Cláusula 5. Iniciación y duración del contrato	9	Cláusula 19. Beneficiarios	12
Cláusula 6. Ambito territorial	9	Cláusula 20. Extinción del seguro	13
Cláusula 7. Declaración del riesgo	9	Cláusula 21. Subrogación	13
Cláusula 8. Agravación del riesgo	10	Cláusula 22. Comunicaciones y jurisdicción	13
Cláusula 9. Disminución del riesgo	10	Cláusula 23. Prescripción	13
Cláusula 10. Pago de la prima	10	Cláusula 24. Cobertura de riesgos extraordinarios	13
Cláusula 11. Capitales asegurados	11	Cláusula 25. Instancias de reclamación	14
Cláusula 12. Utilización de la garantía complementaria "línea de atención médica telefónica"	11		
Cláusula 13. Utilización de la garantía complementaria "segunda opinión médica"	11		

El presente contrato se encuentra sometido a la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro, de 8 de Octubre y por el Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de Octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, y su Reglamento aprobado por el R.D. 2486/1998, de 20 de noviembre, y por lo dispuesto en esta póliza. Asimismo por lo convenido en estas Condiciones Generales y las Particulares que se le unen y, eventualmente, las Especiales que puedan acordarse según conste en las citadas Particulares sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos del Tomador que no sean aceptadas especialmente por escrito. El control de la actividad de la Aseguradora le corresponde a la Autoridad de Supervisión de Seguros y Fondo de Pensiones de Portugal. **A la Aseguradora no le es de aplicación la normativa española en materia de liquidación de la entidad.**

CLÁUSULA PRELIMINAR. DEFINICIONES

ASEGURADORA. Es Fidelidade - Companhia de Seguros, S.A. (Portuguesa) Sucursal en España, que mediante el cobro de la correspondiente prima, asume la cobertura de los riesgos objeto de este contrato y garantiza el pago de las prestaciones que correspondan con arreglo a las condiciones del mismo.

TOMADOR DEL SEGURO: Persona, física o jurídica, que figura en las Condiciones Particulares, que, juntamente con la Aseguradora, suscribe el contrato de seguro y asume sus obligaciones, excepto las que por su naturaleza deben ser asumidas por el Asegurado.

ASEGURADO: Persona física que figura como tal en las Condiciones Particulares, sobre cuya vida o integridad física se contrata el seguro y que tiene el derecho a percibir las prestaciones del seguro.

BENEFICIARIO: Persona, física o jurídica, titular del derecho a percibir las prestaciones del seguro en caso de fallecimiento del Asegurado.

SUMA ASEGURADA: El importe de capital máximo, fijado en cada una de las garantías, que está obligada a pagar contractualmente la Aseguradora en caso de producirse un siniestro a cambio del pago de la prima por parte del Tomador.

PÓLIZA: Es el documento o conjunto de documentos que contienen las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integrante de la póliza las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares y, en su caso, las Especiales, así como los Suplementos, Anexos y/o Apéndices de cualquier tipo que se emitan para complementarla o modificarla. Ninguno de estos documentos tiene validez ni efecto por separado.

PRIMA: Es el precio del seguro. El recibo contendrá, además, los impuestos y recargos que sean aplicables legalmente.

SUICIDIO: Es el fallecimiento del Asegurado causado consciente y voluntariamente por el mismo.

SINIESTRO: Todo hecho fortuito futuro e incierto y ajeno a la voluntad del Asegurado cuyas consecuencias se encuentran cubiertas total o parcialmente por la póliza.

EMBRIAGUEZ: A efectos de este seguro se considerará que existe embriaguez cuando el grado de alcohol en la sangre sea superior a las tasas legalmente permitidas para la conducción de vehículos a motor, o cuando el Asegurado sea sancionado o condenado judicialmente por esta causa.

VEHICULOS DE RIESGO: Serán vehículos de riesgo a efectos de este seguro, los ciclomotores y motocicletas de cualquier cilindrada, vehículos que circulen por puentes y análogos y vehículos que circulen por aeropuertos y pistas de vuelo.

DEPORTES DE RIESGO: Se considera deporte de riesgo:

- La práctica como profesional de cualquier deporte.
- La práctica como aficionado de:
 - Ciclismo, deportes hípicos, rugby, náutica en embarcaciones a remo, vela o motor en el mar, en ríos o lagos.
 - Caza, deportes que empleen armas de fuego, tiro con arco.
 - Boxeo, judo, o luchas de cualquier clase.
 - Actividades subacuáticas, espeleología, escalada, deportes de invierno, tореo, rodeo, encierro de reses.
 - Automovilismo, motociclismo, deportes aéreos, deportes náuticos practicados en el mar.

GARANTÍAS COMPLEMENTARIAS: Aquellas garantías identificadas como tales en las Condiciones Generales que no pueden ser contratadas de manera independiente de la Garantía Principal, y que de ser contratadas habrán de figurar en las Condiciones Particulares con su correspondiente capital.

ACCIDENTE: Suceso, productor de daños, que tiene su origen en una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado. Salvo pacto expreso en contrario, no tendrán la consideración de accidente a efectos del seguro, los infartos u otros episodios cardiovasculares o cerebrovasculares análogos o similares.

ACCIDENTE DE TRABAJO O LABORAL: Toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que realiza, y que sea calificada como accidente de trabajo por la Autoridad Competente.

Salvo pacto expreso en contrario, no tendrán la consideración de accidente de trabajo a efectos del seguro, los infartos u otros episodios cardiovasculares o cerebrovasculares análogos o similares.

ACCIDENTE NO LABORAL: Toda lesión corporal que el Asegurado sufra por un accidente, y que no sea calificada como accidente de trabajo.

Salvo pacto expreso en contrario, no tendrán la consideración de accidente no laboral a efectos del seguro, los infartos u otros episodios cardiovasculares o cerebrovasculares análogos o similares.

FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE: El fallecimiento del Asegurado producido por un accidente y como consecuencia del mismo durante el plazo de vigencia del contrato de seguro, siempre que dicho fallecimiento sobrevenga de forma inmediata o dentro del período de un año contado desde su acaecimiento. Queda fuera de cobertura el fallecimiento cuando pueda demostrarse de forma fehaciente que no es causa directa del accidente.

INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL PARA LA PROFESION HABITUAL: La situación física permanente e irreversible a consecuencia de un accidente que inhabilita al Asegurado para el desarrollo de todas o de las fundamentales tareas de dicha profesión, siempre que pueda dedicarse a otra.

INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA POR ACCIDENTE: La situación física permanente e irreversible consecuencia de un accidente determinante de la total incapacidad del Asegurado para el ejercicio de cualquier actividad remunerada, sea o no sea la habitual o profesional que este tuviere antes de que se produjera el accidente.

INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL POR ACCIDENTE: La pérdida anatómica o la disminución funcional total o parcial con carácter permanente e irreversible de cualquier órgano o miembro como consecuencia de un accidente.

GRAN INVALIDEZ POR ACCIDENTE: La situación del Asegurado afecto de Incapacidad Permanente causada por un accidente y que, por 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.

INCAPACIDAD TEMPORAL: Situación física reversible constatada médicamente provocada por un accidente, originada independientemente de la voluntad del Asegurado, y determinante de su total ineptitud para el mantenimiento transitorio de cualquier actividad laboral o profesional.

PERÍODO DE CARENANCIA: El período de tiempo, contado a partir de la fecha de efecto del seguro, durante el cual no entran en vigor las garantías de la póliza.

FRANQUICIA: Cantidad, en tanto por ciento o cantidad, expresamente pactada en la póliza cuyo importe se reducirá de la indemnización del siniestro.

HOSPITALIZACIÓN: Permanencia en un hospital o clínica pernoctando en el centro y pasando un mínimo de 24 horas ingresado.

HUJO: A efectos de determinar las prestaciones a favor de un hijo del Asegurado, serán así considerados aquellos cuya tal condición quede reflejada en la Declaración de Herederos o en aquella otra documentación relativa a la sucesión hereditaria del Asegurado fallecido, y que la Aseguradora considere suficientemente acreditativa en relación a la acreditación de la condición de hijo del Asegurado y por tanto con derecho a percibir la prestación del seguro

DECLARACIÓN DE SALUD: Conjunto de respuestas dadas por el Tomador y/o Asegurado que contiene los datos referidos a la salud de la persona a asegurar y

permiten la Aseguradora analizar y evaluar el riesgo. Dicha declaración constará en la póliza de seguro.

CLÁUSULA 1. OBJETO DEL SEGURO

Por el presente contrato la Aseguradora garantiza el pago de las indemnizaciones previstas en las Condiciones Particulares de esta póliza al Asegurado, o en su caso, al Beneficiario, cuando el Asegurado sufra un accidente corporal, de acuerdo con la definición de Accidente.

El alcance de las garantías objeto de la presente póliza quedará establecido en las Condiciones Particulares de la misma.

CLÁUSULA 2. RIESGOS OBJETO DEL SEGURO

1. Garantía Principal - Fallecimiento por Accidente:

En caso de fallecimiento del Asegurado a resultas o a consecuencia de un accidente de los cubiertos por la póliza o dentro del período de un año a contar desde su acaecimiento, la Aseguradora deberá satisfacer al Beneficiario el capital fijado para esta eventualidad en las Condiciones Particulares de la Póliza. Tal obligación subsistirá durante dicho período de un año aunque no se halle en vigor la póliza en el momento del fallecimiento, siempre y cuando el accidente se hubiera producido durante la vigencia de aquella.

2. Garantías Complementarias:

Sólo mediante su expresa contratación, que constará en las Condiciones Particulares de la póliza, y el pago de la prima correspondiente, quedarán asegurados los siguientes riesgos, que tendrán la condición de complementarios respecto del riesgo principal. Las condiciones y límites de contratación serán las establecidas en las Condiciones Particulares de la póliza.

2.1. Invalidez Permanente por Accidente:

2.1.1. Invalidez Permanente Absoluta por Accidente:

La situación física irreversible provocada por un accidente originado por causas ajenas a la voluntad del Asegurado, determinante de la totalidad incapacidad para el mantenimiento permanente de cualquier relación laboral o actividad profesional.

También se considerará que existe una invalidez permanente absoluta cuando el Asegurado como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, sufra lesiones residuales, que de acuerdo con el baremo establecido en las condiciones generales para valorar los grados de invalidez permanente, resulten indemnizables con el 100% del capital asegurado para la garantía de Invalidez Permanente por Accidente.

2.1.2. Invalidez Permanente Total por Accidente:

La situación física irreversible provocada por un accidente originado por causas ajenas a la voluntad del Asegurado, determinante de la total incapacidad de es-

LESIÓN	DERECHO%	IZQUIERDO%
Pérdida total de ambos brazos		100%
Pérdida total de un brazo una pierna		100%
Pérdida total de ambas piernas		100%
Ceguera absoluta		100%
Parálisis completa		100%
Enajenación mental incurable que excluya cualquier trabajo		100%
Pérdida total del brazo o la mano	60	50
Pérdida total del movimiento del hombro	25	20
Pérdida total del movimiento del codo	20	15
Pérdida total del movimiento de la muñeca	20	15
Pérdida del pulgar y el índice de la mano	30	25
Pérdida total de los tres dedos de la mano comprendidos el pulgar y el índice	30	15
Pérdida total de tres dedos de la mano que no sean el pulgar o el índice	25	20
Pérdida total del pulgar y otro dedo de la mano que no sea el índice	25	20
Pérdida total del índice y de otro dedo de la mano que no sea el pulgar	20	15
Pérdida total únicamente del pulgar	20	15
Pérdida total únicamente del índice	15	10
Pérdida total del dedo corazón, del anular o el meñique de la mano	10	8
Pérdida total de dos de estos últimos dedos de la mano	15	12
Pérdida total de una pierna o de un pie		50
Amputación parcial de un pie comprendiendo todos los dedos		30
Ablación de la mandíbula inferior		30
Pérdida total de un ojo o reducción de la visión binocular a la mitad		25
Sordera completa e incurable de los dos oídos		40
Sordera completa de un oído		10
Pérdida total del movimiento de una cadera, de una rodilla o de un tobillo		20
Reducción de por lo menos cinco centímetros de un miembro inferior		15
Pérdida total del pulgar del pie		10
Pérdida total de un dedo del pie que no sea el pulgar		3

te para el ejercicio de su profesión habitual, o de una actividad similar propia de su formación y conocimientos profesionales.

2.1.3. Invalidez Permanente Parcial por Accidente;

La pérdida anatómica o funcional con carácter irreversible de cualquier órgano o miembro, sobrevinida a consecuencia de las secuelas de carácter permanente derivadas de un accidente o, si se ha contratado, de enfermedad profesional.

Cuando a resultas de un accidente, y dentro del período de un año contado desde el acaecimiento de aquel, el Asegurado sufra lesiones residuales, la indemnización a percibir será un porcentaje de la suma asegurada para el caso de Invalidez Permanente Absoluta. Dicho porcentaje se fijará mediante la aplicación de los porcentajes de indemnización establecidos en la tabla superior.

Para el cálculo de la indemnización por Invalidez Parcial se aplicarán las siguientes reglas:

a) Los casos no previstos en el baremo anterior o la limitación o la pérdida de carácter parcial de un miembro u órgano de los indicados en el cuadro anterior, se indemnizará en proporción a la pérdida o impotencia funcional absoluta del miembro u órgano afectado.

b) La indemnización total pagadera por varias pérdidas o limitaciones funcionales de miembros causadas por

un mismo accidente se calculará sumando los importes correspondientes a cada una de las mismas, sin que dicha indemnización total pueda exceder de la suma asegurada para el caso de Invalidez Permanente Absoluta fijada en las Condiciones Particulares.

c) El grado de Invalidez Permanente que resulte a consecuencia de un accidente no se verá incrementado por el hecho de que el Asegurado presentase, con anterioridad al mismo, defectos corporales en miembros u órganos no afectados por el accidente.

Si un órgano o miembro afectado por un accidente presentaba ya con anterioridad al accidente un defecto físico o funcional, el Asegurado percibirá una indemnización calculada en base a la diferencia entre el grado de Invalidez Permanente preexistente y al que resultase después del accidente.

En los casos no enumerados en este apartado, así como cuando se trate de pérdidas o parálisis parciales, la indemnización se fijará en proporción a su gravedad comparándola con la de los casos previstos.

d) La Aseguradora fijará el grado de Invalidez Permanente una vez que el estado del Asegurado sea reconocido como definitivo y calificado como tal por el organismo público competente, pero siempre dentro de los dos años siguientes a contar desde la fecha del accidente.

e) En caso de que el Asegurado hubiera declarado ser zurdo, los porcentajes de invalidez previstos para el

miembro superior derecho se aplicarán al miembro superior izquierdo y viceversa.

2.2. Gran Invalidez por Accidente:

La situación del Asegurado afecto de Incapacidad Permanente y que, por 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

2.3. Fallecimiento y/o Incapacidad Permanente Absoluta por Accidente de Circulación:

La Aseguradora pagará un capital adicional e igual al de la garantía de fallecimiento y/o invalidez cuando el Asegurado fallezca y/o se quede inválido como consecuencia de un accidente de circulación.

A los efectos de este seguro se entiende por accidente de circulación aquellos que sean causados por:

- Un vehículo terrestre, con o sin motor, utilizado por el Asegurado, bien como pasajero o como conductor.

- Medios de transporte públicos terrestres, marítimos o aéreos a consecuencia del cual el Asegurado resulte víctima como usuario.

- Las lesiones sufridas por el Asegurado como peatón en accidente de circulación.

Para la contratación de esta garantía es necesario contratar la garantía principal de Fallecimiento por Accidente.

2.4. Invalidez Temporal por Accidente:

La Aseguradora pagará al Asegurado la indemnización diaria pactada en las Condiciones Particulares de la póliza, por un periodo máximo de 12 meses, cuando a causa de un accidente cubierto por la presente póliza el Asegurado quede incapacitado temporalmente, con sujeción a las siguientes normas:

- La indemnización diaria por invalidez temporal cesará en el momento en el que se haya declarado la invalidez permanente del asegurado.

- En seguros de duración inferior a un año, esta garantía se indemnizará como máximo por el mismo periodo que la duración del contrato.

Esta garantía sólo tendrá efecto en territorio español.

EXCLUSIONES Y TRATAMIENTO PROPIO DE ESTA GARANTIA:

Esta garantía tiene un periodo de carencia de 7 días, por este motivo la prestación en algunos casos será de 0 euros. Asimismo, la Aseguradora no se hará cargo del pago de facturas médicas.

Esta garantía dejará de tener vigencia en caso de paro, invalidez permanente o jubilación.

También son aplicables las siguientes exclusiones:

- **La incapacidad laboral transitoria producida por lesiones en los huesos y las articulaciones y afecciones de la columna vertebral, como por ejemplo lumbalgia o ciática.**

2.5. Subsidio Diario por Hospitalización:

Importe diario fijado en las Condiciones Particulares de la póliza, con el que se indemnizará al Asegurado, que por causa de un accidente cubierto en esta póliza, tenga que permanecer en un hospital o clínica pernoctando en el centro y pasando un mínimo de 24 horas ingresado. Esta indemnización tendrá una duración máxima de 120 días.

EXCLUSIONES Y TRATAMIENTO PROPIO DE ESTA GARANTIA:

- **La indemnización o subsidio por hospitalización, cuando el internamiento sea inferior a 24 horas.**

- **La prestación de los servicios médicos o quirúrgicos.**

- **Hospitalizaciones con el objeto de realizar curas de rehabilitación.**

- **Cualquier enfermedad o accidente que tenga su origen en el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**

- **Hemodiálisis.**

2.6. Gastos de Asistencia Sanitaria:

Siempre que la garantía de Asistencia Sanitaria esté cubierta por las Condiciones Particulares de la póliza, el Asegurador toma a su cargo los gastos médico-farmacéuticos y de hospitalización, durante el plazo de un año a contar desde la fecha del accidente, en la siguiente modalidad:

- Hasta el importe máximo de gastos fijados expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza, cuando el Asegurado recurra a médicos o centros sanatorios elegidos libremente, que no sean los designados por el Asegurador. El límite de indemnización indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza queda establecido por anualidad de seguro.

2.7. Línea de Atención Médica Telefónica:

Este servicio ofrece acceso telefónico 24 horas a un equipo médico especializado que apoya al Asegurado ante cualquier duda o problema de salud que le afecte, con el objetivo de informarle y orientarle en caso de necesidad hacia el médico o centro hospitalario más indicado. Este servicio incluye:

- Información médica referente a enfermedades, tratamientos y prevención de la salud.

- Información acerca de interacciones y utilización de medicamentos.

- Asesoramiento en la preparación de la realización de pruebas diagnósticas.

- Asesoramiento en la comprensión de informes de laboratorio, terminología médica, evaluación de informes y diagnósticos.

- Asesoramiento respecto al centro y el tipo de especialista más indicado para la resolución de su problema de salud.

- Información sobre vacunaciones y salud infantil.
- Derivación al servicio de urgencias si el caso así lo aconseja.
- Información sobre los programas de vacunación y asesoramiento en caso de viaje al extranjero.

2.8. Segunda Opinión Médica:

El servicio de Segunda Opinión Médica permite al Asegurado, ante cualquier diagnóstico de una enfermedad grave, obtener un informe de evaluación del caso por parte de expertos del máximo prestigio internacional sin necesidad de desplazamiento y en un breve plazo de tiempo.

Este servicio incluye:

- Acceso a la opinión de reconocidos expertos médicos en todo el mundo.
- Acceso a un Consultor Médico Interno que aconsejará al paciente y a su familia, en la correcta cumplimentación del formulario de solicitud, pruebas a adjuntar, formulación de las preguntas a realizar al experto, e incluso facilitará la recopilación de dicha información.
- Envío de toda la documentación diagnóstica al especialista o especialistas seleccionados para emitir el informe de Segunda Opinión.
- Envío del Informe de Segunda Opinión Médica al domicilio del usuario.
- Apoyo continuado del Consultor Médico Interno anterior y posterior a la recepción del Informe de Segunda Opinión Médica.

2.9. Manutención Hijos Menores de 18 años:

En caso de fallecimiento por accidente del Asegurado, sus hijos, menores de 18 años, recibirán una indemnización en forma de capital, por la cantidad indicada en las Condiciones Particulares de la póliza.

En caso de existir más de un Asegurado identificado en las Condiciones Particulares de la Póliza, sólo tendrán la consideración de hijo aquellos que acrediten tal condición de hijo del Primer Asegurado mediante los documentos a los que se hace mención en la definición de hijo de la Cláusula Preliminar de las presentes Condiciones Generales del Primer Asegurado.

En el caso de que al producirse el Fallecimiento por Accidente del Asegurado el número de hijos declarados en las Condiciones Particulares fuera distinto del que a la hora de pagar la prestación se acrediten, tanto por exceso como por defecto, se procederá al reparto de la Suma Asegurada que figure en las Condiciones Particulares de la Póliza entre el total de hijos, salvo pacto en contrario.

2.10. Subsidio para Estudios:

En caso de fallecimiento por accidente del Asegurado, sus hijos, hasta la edad máxima de 24 años, recibirán una indemnización en forma de capital, por la cantidad indicada en las Condiciones Particulares de la póliza.

En caso de existir más de un hijo identificado en las Condiciones Particulares de la Póliza, sólo tendrán la

consideración de hijo aquellos que acrediten tal condición de hijo del Primer Asegurado mediante los documentos a los que se hace mención en la definición de hijo de la Cláusula Preliminar de las presentes Condiciones Generales del Primer Asegurado.

En el caso de que al producirse el Fallecimiento por Accidente del Asegurado el número de hijos declarados en las Condiciones Particulares fuera distinto del que a la hora de pagar la prestación se acrediten, tanto por exceso como por defecto, se procederá al reparto de la Suma Asegurada que figure en las Condiciones Particulares de la Póliza entre el total de hijos, salvo pacto en contrario.

2.11. Subsidio para Ascendientes:

En caso de fallecimiento por accidente del Primer Asegurado, sus ascendientes recibirán una indemnización en forma de capital, por la cantidad indicada en las Condiciones Particulares de la póliza.

En caso de existir más de un Asegurado identificado en las Condiciones Particulares de la Póliza, sólo tendrán derecho a percibir la indemnización de esta garantía los ascendientes del Primer Asegurado.

En el caso de que al producirse el Fallecimiento por Accidente del Asegurado el número de ascendientes declarados en las Condiciones Particulares fuera distinto del que pueda acreditarse a la fecha del óbito, se procederá al reparto de la Suma Asegurada que figure en las Condiciones Particulares de la Póliza entre el número real de ascendientes, salvo pacto en contrario.

2.12. Garantía de Diagnóstico de Cáncer:

Definiciones Específicas para esta Garantía:

- **Pre-maligno:** Desarrollo o crecimiento anormal de un tejido u órgano sin carácter invasor.

- **No invasor:** Localizado en el tejido de origen del tumor o lesión.

- **Cáncer in situ:** No invasor. Localizado en el tejido de origen del tumor o lesión. Queda restringido al epitelio en el que se originó y no ha invadido el estroma o el tejido contiguo. Diagnosticado en una fase inicial presenta pronóstico favorable si se extirpa completamente.

- **TNM:** Es un sistema global de calificación de tumores malignos en función de ciertos parámetros y del grado de desarrollo de los mismos. Esta clasificación es utilizada para el tratamiento del paciente.

- **Metástasis:** Extensión a distancia (vía sanguínea o ganglionar) de un tumor primario.

- **Tumor original o primario:** El tumor que aparece en el mismo tejido donde se diagnostica.

- **Tumor:** Aquella producción patológica y no inflamatoria de tejido nuevo que persiste y crece independientemente de las estructuras que la rodean y no desempeña ninguna función fisiológica.

La Aseguradora se compromete al pago de un capital igual al establecido en las Condiciones Particulares de la póliza en el momento en que el Asegurado acredite haber sido diagnosticado de Cáncer acorde a la definición recogida en el presente apartado.

DEFINICIÓN DE CÁNCER:

La presencia de un tumor maligno caracterizado por no estar encapsulado y por crecimiento y la expansión incontrolados de células malignas con invasión y destrucción del tejido normal. Esto incluye la Leucemia y la Enfermedad de Hodgkin.

No se considerará cáncer, a los efectos de la cobertura de la póliza:

- La Leucemia Linfocítica Crónica salvo a partir de momento en que se produzca una elevación brusca de leucocitos o cualquier recuento por encima de 40.000 - 50.000 leucocitos.

- Enfermedad de Hodgkin en su primera fase (estadio I)

- Tumores que histológicamente se describen como pre-malignos, como no invasores, o como cáncer in situ.

- Cualquier tumor detectado en un paciente afectado de infección por VIH.

- Cualquier tumor consecuencia directa de una metástasis o un cáncer formado en otra parte del cuerpo.

- Todo tipo de Cáncer de Piel a excepción del Melanoma Maligno.

El cáncer debe ser diagnosticado y confirmado como maligno por un médico especialista en oncología o patología a través de análisis histológicos.

En caso de declararse siniestro al amparo de esta garantía, la Aseguradora solicitará que el informe del Diagnóstico de Cáncer sea de un facultativo especialista de la Seguridad Social.

- La edad máxima permitida para la contratación de esta garantía complementaria es de 60 años.

- La edad máxima establecida para la cobertura de esta garantía complementaria es de 64 años.

CLÁUSULA 3. EXCLUSIONES GENERALES

Quedan excluidos de las garantías de la póliza:

a) Los hechos que no tengan la consideración de accidentes según lo estipulado en la Cláusula Preliminar de este contrato, así como los que vulneren cualquier disposición legal.

b) Las consecuencias de enfermedad o accidente habidos con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro, así como las consecuencias o secuelas de un accidente cubierto, que se manifieste después de un año contado desde su acaecimiento.

c) El riesgo de fallecimiento para menores de catorce años o las personas legalmente incapacitadas, a tenor de lo dispuesto en el artículo 83 de la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro, pudiéndose asegurar exclusivamente un capital destinado a cubrir los gastos de sepelio y traslado del fallecido, y sólo podrán ser asegurados mediante autorización escrita de sus representantes legales.

d) El intento de suicidio o autolesión intencionada del Asegurado durante el primer año del contrato.

e) Las consecuencias de un acto de imprudencia temeraria o negligencia grave del Asegurado declarado así judicialmente, así como los derivados de la participación de éste en actos delictivos, duelos o riñas, siempre que en este último caso no hubiera actuado en

legítima defensa o en tentativa de salvamento de personas o bienes.

f) Los accidentes sufridos por el Asegurado en situación de enajenación mental, embriaguez etílica o bajo la influencia de drogas, sustancias tóxicas o estupefacientes, siempre que cualquiera de estas circunstancias sea la causa determinante del accidente. A estos efectos se considerará que existe embriaguez etílica cuando se superen los niveles de alcohol en sangre tolerados por la legislación vigente para la conducción de vehículos a motor.

g) Los accidentes ocasionados por la conducción de vehículos a motor, si el Asegurado no está en posesión de la autorización administrativa correspondiente, y en cualquier caso los derivados del uso de motocicletas o ciclomotores, sea como conductor o como ocupante, a no ser que expresamente se incluya este riesgo mediante el pago de la oportuna sobreprima y se haga constar expresamente la inclusión en las Condiciones Particulares.

h) Los accidentales de aviación y/o toda persona que realice alguna misión a bordo (pilotos, mecánicos, radiotelegrafistas, auxiliares de vuelo, etc.) y en las aeronaves del Estado los militares en acto de servicio de las mismas.

i) Cuando el Asegurado viaje a bordo de aeronave no autorizada para el vuelo o transporte de pasajeros, o con piloto sin titulación reglamentaria, así como cuando viaje en calidad de miembro de la tripulación. El riesgo de vuelo por tanto, queda cubierto cuando el Asegurado viaje en calidad de pasajero, en líneas comerciales, vuelos charter de transporte de pasajeros o, en general, en aeronaves civiles provistas de un certificado de navegabilidad debidamente autorizado, pilotados por personas tituladas al efecto.

j) Las consecuencias de guerra y operaciones de carácter similar o derivadas de hechos de carácter político o social, así como los que sean consecuencia de motines y alborotos o tumultos populares, revueltas o conmociones y revoluciones.

k) Aquellos acontecimientos de carácter extraordinario o catastrófico cuya cobertura corresponde al Consorcio de Compensación de Seguros según su propia normativa, conforme se detalla en la cláusula especial incorporada al presente contrato en la cláusula 23 de estas Condiciones Generales.

l) Los que sean consecuencia de erupciones volcánicas, huracanes, terremotos o temblores o desprendimientos de tierra, otros fenómenos sísmicos, meteorológicos, atmosféricos o geológicos.

m) Las consecuencias de la reacción o radiación nuclear o la contaminación radiactiva.

n) Los que sean consecuencia de intervenciones en instalaciones o tendidos eléctricos de alta tensión.

o) Los accidentes que resulten de la práctica profesional de cualquier deporte, así como en cualquier caso, los derivados del ejercicio de los siguientes: rugby, boxeo, judo y cualquier otro de lucha corporal; deportes aéreos, incluido paracaidismo, ascensión en globo, ala delta, ultraligeros, planeadores y similares; caza

mayor fuera de España, espeleología, deportes submarinos, deportes acuáticos practicados a más de 3 Kilómetros de la orilla o costa, automovilismo y motorismo; esquí y escalada; equitación y polo; patinaje y hockey sobre hielo; y también los derivados del tiro y encierro de reses bravas.

No obstante, alguno de los riesgos previstos anteriormente podrá ser objeto de cobertura, mediante el pago de una sobreprima, cuando así se haga constar expresamente en las Condiciones Particulares.

Si el Asegurado practicaba alguna actividad que agravase el riesgo con anterioridad a la firma de la póliza y esta no fue declarada previamente, el accidente que pudiera sufrir el Asegurado se considera excluido del presente contrato de seguro.

CLÁUSULA 4. EXCLUSIONES PROPIAS DE LOS ACCIDENTES

No se consideran accidentes a los efectos del contrato:

a) Las enfermedades de todas las clases que no sean consecuencia directa de un accidente cubierto en esta póliza.

b) Las lesiones corporales que se produzcan a consecuencia de una enfermedad o por enajenación mental.

c) Las consecuencias de operaciones quirúrgicas que no hayan sido motivadas por un accidente garantizado en este contrato.

d) Los síncope, desvanecimientos, ataques de apoplejía o epilepsia, enfermedades cardiovasculares (infarto de miocardio u otros episodios cardiovasculares o cerebro vasculares análogos o similares), así como las lesiones que puedan producirse a consecuencia de las anteriores causas, excepto en los casos en los que se suscriba el seguro complementario que cubre el fallecimiento por infarto.

e) Las intoxicaciones o envenenamiento por ingestión de productos alimenticios, las insolaciones, congelaciones y otras consecuencias de la acción de la temperatura atmosférica que no hayan sido motivadas por un accidente garantizado en esta póliza.

f) Las enfermedades infecciosas, como la del sueño, malaria, paludismo, fiebre amarilla y los síncope, desvanecimientos, ataques de apoplejía o epilepsia, así como las lesiones que puedan producirse como consecuencia de los mismos.

g) Las aneurismas, varices, toda clase de hernias y sus consecuencias, así como las distensiones musculares y el lumbago.

h) Las lesiones causadas por rayos X, el radium y sus compuestos, salvo que sean consecuencia de un tratamiento aplicado al Asegurado a consecuencia de un accidente garantizado en este contrato.

En caso de agravación directa o indirecta de las consecuencias de un accidente, por una enfermedad o por un estado morboso, preexistentes o sobrevenido después de ocurrir aquél y por una causa independiente del mismo, la Aseguradora sólo responderá de las consecuencias directas, considerándose como ta-

les las que normalmente experimentaría una persona que no adoleciera de tal enfermedad o estado morboso. Estos casos están sometidos al dictamen del médico de la Aseguradora, y si no se llegase a un acuerdo se someterán a la decisión de los peritos médicos, conforme a lo establecido en los Artículos 38, 39 y 104 de la Ley 50/1980 del Contrato de Seguro.

CLÁUSULA 5. INICIACIÓN Y DURACIÓN DEL CONTRATO

La Póliza se perfecciona mediante el consentimiento de las partes, manifestado por la suscripción de la Póliza o en documento provisional de cobertura de las partes contratantes. Salvo pacto expreso en contrario, las Coberturas y Garantías contratadas, así como sus eventuales modificaciones o adiciones, no tomarán efecto mientras no haya sido satisfecho el recibo de prima, salvo pacto en contrario en las Condiciones Particulares.

En caso de demora en el cumplimiento de cualquiera de ambos requisitos, las obligaciones de la Aseguradora comenzarán a las veinticuatro horas del día en que hayan sido cumplimentados.

La duración del contrato se establece por periodos anuales, que se entenderán prorrogados automáticamente por otra anualidad a la finalización de cada periodo, salvo pacto en contrario.

La anualidad en la que el Asegurado cumpla los 65 años será la última de cobertura de la póliza, realizándose una extinción automática de las garantías de la póliza una vez finalizada dicha anualidad.

Las partes pueden oponerse a la prórroga del Contrato mediante notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de dos meses de anticipación a la conclusión del periodo del seguro en curso, de conformidad con lo establecido en el Artículo 22 de la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro.

CLÁUSULA 6. AMBITO TERRITORIAL

Las garantías de fallecimiento e invalidez permanente tendrán un ámbito de cobertura mundial. El resto de garantías tendrán cobertura exclusivamente en territorio español, salvo que se haya estipulado en las Condiciones Particulares un ámbito distinto al que se hace mención en esta cláusula.

Si para alguno de los riesgos incluidos en el seguro se estableciere expresamente un ámbito geográfico de cobertura distinto al indicado, se estará a lo dispuesto especialmente para dicho riesgo.

CLÁUSULA 7. DECLARACIÓN DEL RIESGO

La presente póliza ha sido concertada a tenor de las declaraciones dadas por el Tomador en la Propuesta de Seguro y en base a sus respuestas al Cuestionario de Salud previo correspondiente, o los resultados obtenidos en el reconocimiento médico oportuno.

Quedará exonerado de tal deber si la Aseguradora no le somete a cuestionario o cuando, aún sometiéndolo-

le, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en dicho cuestionario.

En caso de reserva o inexactitud, la Aseguradora podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador, en el plazo de un mes a contar desde el conocimiento de la reserva o inexactitud. Corresponderán a la Aseguradora las primas correspondientes al período en curso en el momento en que se haga esta declaración, salvo que ocurra dolo o culpa grave por su parte.

Si el siniestro sobreviniere antes de que la Aseguradora hubiera hecho la declaración a que se refiere el punto anterior, la prestación de éste se reducirá en la misma proporción existente entre la prima convenida en la póliza y la que hubiera correspondido de acuerdo con la verdadera entidad del riesgo. **Cuando la reserva o inexactitud se haya producido mediando dolo o culpa grave del Tomador y/ o el Asegurado, la Aseguradora quedará liberada del pago de la prestación.**

CLÁUSULA 8. AGRAVACIÓN DEL RIESGO

El Tomador del Seguro o el Asegurado deberán, durante el curso del contrato, comunicar a la Aseguradora, tan pronto como les sea posible, todas las circunstancias que agraven el riesgo, tales como las relativas al cambio de profesión, domicilio, etc. 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.

Facultades de la Aseguradora ante la agravación del riesgo:

En caso de que durante la vigencia de la póliza le fuese comunicada a la Aseguradora una agravación del riesgo, ésta puede proponer una modificación de las condiciones del contrato en el plazo de dos meses a contar desde el 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 por parte del Tomador del Seguro, la Aseguradora puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al Tomador del Seguro, dándole para que conteste un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho días siguientes, comunicará al Tomador del Seguro la rescisión definitiva.

La Aseguradora podrá, igualmente, rescindir la póliza comunicándolo por escrito al Asegurado dentro de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación.

Consecuencias de no comunicar la agravación del riesgo:

En el caso en el que el Tomador del Seguro o Asegurado no haya notificado esa agravación y sobreviniere un siniestro, la Aseguradora quedará liberada de su presta-

ción si el Tomador del Seguro o el Asegurado han actuado de mala fe. En otro caso, la prestación de la Aseguradora se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

En caso de agravación del riesgo durante la vigencia de la póliza que dé lugar a un aumento de prima, cuando por esta causa quede rescindido el contrato, si la agravación es imputable al Asegurado, la Aseguradora hará suya la totalidad de la prima cobrada. Si 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 por transcurrir de la anualidad en curso.

CLÁUSULA 9. DISMINUCIÓN DEL RIESGO

El Tomador del Seguro o Asegurado podrán, durante el curso del contrato, poner en conocimiento de la Aseguradora todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que, de haber 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 de seguro cubierto por la prima, la Aseguradora deberá reducir el importe de la prima futura en la proporción que corresponda, teniendo derecho el Tomador del Seguro, en caso contrario, a la resolución de la póliza y a la devolución de la diferencia entre la prima satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar, desde el momento de la puesta en conocimiento de la Aseguradora la disminución del riesgo.

CLÁUSULA 10. PAGO DE LA PRIMA

El importe de la prima correspondiente a la anualidad de seguro junto con los recargos e impuestos legalmente repercutibles se indicará en las Condiciones Particulares. La prima será exigible desde el momento de la firma del contrato de seguro bien a través de domiciliación bancaria en la cuenta que aparece en las Condiciones Particulares, bien mediante presentación de recibo físico. Si la prima no fuere pagada por culpa del Tomador, la Aseguradora tiene derecho a resolver el contrato o exigir el pago en vía ejecutiva con base en la póliza, y si no hubiese sido pagada antes de que se produzca el siniestro, la Aseguradora quedará liberada de su obligación, salvo pacto en contrario.

La prima podrá ser fraccionada tanto trimestral como semestralmente, abonando el correspondiente recargo por este concepto. En caso de la falta de pago de una de las primas siguientes a la primera, la cobertura de la Aseguradora queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si la Aseguradora no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido. Cuando el contrato esté en suspenso, la Aseguradora sólo podrá exigir el pago de la prima del período en curso. Si el contrato no hubiera sido resuelto o ex-

tinguido, conforme a lo anteriormente expuesto, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en el que el Tomador pague la prima.

En caso de domiciliación bancaria se aplicarán las siguientes normas:

a. El Tomador entregará a la Aseguradora una carta dirigida al establecimiento bancario dando la orden oportuna a tal efecto.

b. La prima se entenderá satisfecha a su vencimiento, salvo que, intentando el cobro en el plazo de gracia de un mes, no existiesen fondos suficientes en la cuenta domiciliada para pagarla. En este caso, la Aseguradora notificará al Tomador que tiene el recibo a su disposición en el domicilio de la Aseguradora y el Tomador estará obligado a satisfacer la prima en dicho domicilio.

c. Si la Aseguradora dejase transcurrir el plazo de gracia sin presentar el recibo al cobro y al hacerlo no existiesen fondos suficientes en la cuenta del Tomador, aquél deberá notificar tal hecho al Tomador por carta certificada, concediéndole un plazo de un mes natural para que pueda satisfacer su importe en el último domicilio notificado por la Aseguradora. Este plazo se computará desde la recepción de la expresada carta o notificación en el último domicilio comunicado a la Aseguradora.

El contrato se renovará tácitamente al llegar a su vencimiento, por idéntico periodo de tiempo al de duración recogido en las Condiciones Particulares de la Póliza, salvo que alguna de las partes comunique a la otra su intención de no renovar con dos meses de antelación a la fecha de vencimiento. El importe de la prima correspondiente al segundo y siguientes años será comunicado por la Aseguradora al Tomador de la póliza en el domicilio designado al efecto en las Condiciones Particulares con anterioridad a la fecha de renovación.

CLÁUSULA 11. CAPITALES ASEGURADOS

En las Condiciones Particulares de la póliza se indica el importe de la indemnización a pagar al Asegurado o Beneficiario en caso de ocurrencia de algunos de los eventos objeto de aseguramiento.

Las alteraciones de capital tomarán efecto en el próximo vencimiento de la prima, o en la fecha que se estipule en el correspondiente suplemento a las Condiciones Particulares.

CLÁUSULA 12. UTILIZACIÓN DE LA GARANTÍA COMPLEMENTARIA "LÍNEA DE ATENCIÓN MÉDICA TELEFÓNICA"

Esta garantía podrá ser utilizada por el Asegurado y por sus familiares que convivan con él.

Tendrán la consideración de Asegurados Adicionales el cónyuge del Asegurado Titular y los hijos de éste menores de 23 años.

El Asegurado, ya sea titular o adicional deberá llamar a un número facilitado por la Compañía, identificarse mediante su DNI y su Nombre y Apellidos como Asegurado de la Aseguradora.

A través de este servicio los Asegurados dispondrán de acceso continuado, 24 horas al día, a un equipo médico especializado en medicina general y de familia.

Este servicio incluye:

- Información médica referente a enfermedades, tratamientos y prevención de la salud.

- Información acerca de interacciones y utilización de medicamentos.

- Asesoramiento en la preparación de la realización de pruebas diagnósticas.

- Asesoramiento en la comprensión de informes de laboratorio, terminología médica, evaluación de informes y diagnósticos.

- Asesoramiento respecto al centro y el tipo de especialista más indicado para la resolución de su problema de salud.

- Información sobre vacunaciones y salud infantil.

- Información sobre centros médicos, hospitales y farmacias de guardia en España.

- Derivación al servicio de urgencias si el caso así lo aconseja.

- Información sobre los programas de vacunación y asesoramiento en caso de viaje al extranjero.

El uso de los Servicios descritos en esta garantía no conllevará, en ningún caso, un coste adicional ni para el Asegurado ni para la Aseguradora.

CLÁUSULA 13. UTILIZACIÓN DE LA GARANTÍA COMPLEMENTARIA "SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA"

Para utilizar esta garantía el Asegurado deberá aportar su historial médico y el correspondiente primer diagnóstico efectuado por los médicos que le hayan atendido.

Se proporcionará a los Asegurados un formulario de solicitud para que lo cumplimenten debidamente adjuntando los informes y pruebas que puedan ser necesarios para evaluar el caso, que deberán enviar a la Aseguradora debidamente firmado.

En los servicios de Asesoramiento Médico quedan incluidos los gastos derivados directamente de la realización de los servicios de atención a las consultas médicas indicadas anteriormente, siempre que estas hayan sido solicitadas de la forma descrita anteriormente.

Cualesquiera otros gastos, costes y honorarios derivados de consultas o tratamientos médicos, realización de pruebas y análisis, confección de informes, radiografías y otro tipo de exploraciones correrán a cargo del propio Asegurado, aún en el caso de que éstos estén relacionados con la enfermedad o condición clínica para la cual se solicita la segunda opinión o segundo diagnóstico.

CLÁUSULA 14. ACTUACIÓN EN CASO DE SINIESTRO

El Tomador del Seguro, Asegurado o Beneficiario deberá comunicar a la Aseguradora el acaecimiento del siniestro dentro del plazo máximo de 7 días desde que este se produjo, siendo reclamables por la Aseguradora los

daños y perjuicios que la falta de esta declaración origine, salvo que se demuestre que la Aseguradora tuvo conocimiento por otro medio.

El Tomador del Seguro, Beneficiario o el Asegurado deben, además, dar a la Aseguradora toda clase de informaciones, sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro. En caso de violación de este deber, la pérdida del derecho a la indemnización, o el rechazo del siniestro sólo se producirá en caso de concurrir dolo o culpa grave.

CLÁUSULA 15. DOCUMENTACIÓN PARA EL PAGO DE PRESTACIONES

En caso de ocurrencia del riesgo previsto en la póliza, la Aseguradora pagará, en su domicilio social, a aquel que deba recibir las prestaciones del seguro:

a) Para el supuesto de que el perceptor de la prestación haya de ser el propio Asegurado, este deberá presentar a la Aseguradora la siguiente documentación:

-Certificado médico que acredite la fecha de origen de la enfermedad o acaecimiento del accidente y, evidencie la incapacidad que es objeto de este seguro.

-La valoración de incapacidad realizada por los órganos competentes de la Seguridad Social.

-Cualquier otra documentación que pueda ser necesaria y sea requerida por la Aseguradora.

b) Para el supuesto de que el Asegurado haya fallecido el/los Beneficiario/s deberán facilitar a la Aseguradora:

-Certificado literal de defunción del Asegurado.

-Certificado del médico que haya asistido al Asegurado, indicando el origen, evolución y naturaleza de la enfermedad que le causó la muerte o, en su caso, testimonio de las diligencias judiciales o documentos que acrediten el fallecimiento por accidente.

-Certificado del Registro General de Últimas Voluntades y copia del último testamento del Asegurado o, en su caso, Declaración de Herederos.

-Carta de pago o declaración de exención del Impuesto sobre Sucesiones.

-Los que acrediten la personalidad y la condición de Beneficiario del seguro.

-Cualquier otra documentación que pueda ser necesaria y sea requerida por la Aseguradora.

c) En el caso de la garantía complementaria de Diagnóstico de Cáncer se deberá facilitar a la Aseguradora, además de la documentación descrita en el apartado a) de esta cláusula:

- Nombre, dos apellidos, dirección completa, teléfono y número de colegiado del facultativo que determina el padecimiento de la Enfermedad Grave cubierta por la póliza.

- Historial Clínico completo del Asegurado incluyendo Diagnóstico de la Enfermedad Grave y fecha de inicio de la misma.

- Una vez recibidos, serán valorados por el médico de la compañía y en caso de duda se solicitará reconocimiento médico y pruebas para determinar la existencia

de Enfermedad Grave cubierta por la póliza así como las causas del origen de la misma.

CLÁUSULA 16. COMPROBACIÓN DE LA INCAPACIDAD

La comprobación de la incapacidad del Asegurado se efectuará después de la presentación de la documentación prevista en el apartado a) de la cláusula anterior.

CLÁUSULA 17. PAGO DE LA PRESTACIÓN EN CASO DE SINIESTRO.

La Aseguradora deberá efectuar, dentro de los cuarenta días, a partir de la recepción de la declaración del siniestro, el pago del importe mínimo, de lo que la Aseguradora pueda deber, según las circunstancias por ella conocidas.

CLÁUSULA 18. RETRASO EN EL CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACIÓN.

Se entenderá que al Aseguradora incurre en mora cuando no hubiera cumplido su obligación del pago de la prestación en el plazo de 3 meses desde la comunicación del siniestro. La cuantía de la indemnización en caso de incurrir en mora la Aseguradora será la resultante del cálculo realizado de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro.

No habrá lugar a la indemnización por mora de la Aseguradora cuando la falta de satisfacción de la prestación está fundada en una causa justificada o que no le fuera imputable.

CLÁUSULA 19. BENEFICIARIOS

Durante la vigencia del contrato, únicamente el Asegurado puede designar Beneficiario o modificar la designación anteriormente realizada sin necesidad del consentimiento de la Aseguradora, salvo que se hubiese renunciado expresamente y por escrito a tal facultad.

La designación del Beneficiario o la revocación de éste se podrá hacer constar en las Condiciones Particulares de la póliza, o en una posterior declaración escrita a la Aseguradora o bien en testamento. La revocación deberá hacerse en la misma forma establecida para la designación.

Si los Beneficiarios no están establecidos por su nombre sino de una forma genérica como cónyuge, pareja de hecho o de derecho, hijos o herederos, dicha designación será interpretada de la siguiente manera:

a. Cónyuge o pareja de hecho o de derecho: persona que lo sea en el momento del fallecimiento del Asegurado.

b. Hijos: todos los descendientes del Asegurado.

c. Herederos: los que tengan tal condición en el momento de fallecer el Asegurado.

En los tres casos deberá hacerse constar si el cónyuge, los hijos o los herederos, lo son del Tomador, del

Asegurado o de otra persona. En el caso de que no se haya especificado, se considerará que lo son del Asegurado.

Si la designación se hace a favor de los Beneficiarios y no se indica la forma de distribución, la prestación convenida se distribuirá entre ellos por partes iguales; si la designación se hace a favor de los herederos y no se indica la forma de distribución, esta se hará en proporción a la cuota hereditaria.

La parte no adquirida por un Beneficiario acrecerá a los demás.

Si en el momento del fallecimiento del Asegurado no hubiese Beneficiario específicamente designado ni fuera posible su determinación, el capital asegurado formará parte del patrimonio del Asegurado.

CLÁUSULA 20. EXTINCIÓN DEL SEGURO

El presente contrato de seguro se extinguirá por cualquiera de las siguientes causas:

a) Al cumplirse el plazo de duración previsto en las Condiciones Particulares;

b) Por acaecimiento de uno de los eventos cubiertos por la póliza, quedando a salvo el derecho del Beneficiario al cobro del capital asegurado.

c) a la finalización de la anualidad de seguro en que el Asegurado cumpla la edad de 65 años, extinguiéndose automáticamente las garantías de la póliza para dicha persona. No obstante, la cobertura de riesgo podría prorrogarse si así queda expresamente establecido en las Condiciones Particulares y de común acuerdo entre ambas partes. Si la Aseguradora acepta el pago de las primas de vencimientos posteriores, la garantía se considera prorrogada automáticamente, por el correspondiente periodo.

CLÁUSULA 21. SUBROGACION

Exclusivamente en lo que se refiere a la garantía de asistencia sanitaria, la Aseguradora podrá ejercitar, a su exclusiva costa, los derechos y acciones que por razón del siniestro pudieran corresponder al Asegurado frente a las personas responsables del accidente, no pudiendo ejercitar en perjuicio de aquél tales derechos y acciones.

En caso de concurrencia de la Aseguradora y el Asegurado frente a un tercero responsable, el recobro obtenido se distribuirá entre ambos en proporción a sus respectivos intereses.

La Aseguradora no tendrá derecho a la subrogación contra ninguna de las personas, cuyos actos u omisiones den origen a responsabilidad del Asegurado de acuerdo con la Ley, ni contra el causante del siniestro que sea respecto del asegurado pariente en línea directa o colateral dentro del tercer grado civil de consanguinidad, padre adoptante o hijo adoptivo que convivan con el Asegurado.

Lo indicado en el párrafo anterior no tendrá efecto si la responsabilidad del siniestro proviene de una acción u omisión dolosa del Asegurado o si la responsabilidad

del mismo está amparada por un contrato de seguro. En este último supuesto, la subrogación se limitará a la cobertura garantizada por el mismo.

CLÁUSULA 22. COMUNICACIONES Y JURISDICCIÓN

Las comunicaciones a la Aseguradora por parte del Tomador del Seguro, del Asegurado o del Beneficiario, se realizarán en el domicilio social de aquél señalado en la póliza, pero si se realizan a un agente de la Aseguradora, surtirán los mismos efectos que si se hubieran realizado directamente a éste.

Las comunicaciones de la Aseguradora al Tomador del Seguro, al Asegurado y Beneficiario, se realizarán en el domicilio de los mismos recogido en la póliza, salvo que hubieren notificado a la Aseguradora el cambio de su domicilio.

El presente contrato de seguro queda sometido a la jurisdicción española y dentro de ella, será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo, el del domicilio del Asegurado, para lo cual éste designará un domicilio en España, en caso de que el suyo era en el extranjero.

CLÁUSULA 23. PRESCRIPCIÓN

Las acciones derivadas del contrato prescriben a los cinco años a contar desde el día en que pudieron ejercitarse.

CLÁUSULA 24. COBERTURA DE RIESGOS EXTRAORDINARIOS

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto Legal de Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de Octubre, y modificado por la Ley 12/2006, de 16 de Mayo, el Tomador de un contrato de seguro de los que deben obligatoriamente incorporar recargo a favor de la citada entidad pública empresarial tiene la facultad de convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier Entidad aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente.

Las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en España y que afecten a riesgos en ella situados, y también a 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 póliza de seguro contratada con la Aseguradora.

b) Que, aún estando amparado por póliza de seguro, las obligaciones de la Aseguradora no pudieron ser cumplidas por haber sido declarada judicialmente en concurso o por estar sujeta a un procedimiento de liquidación

intervenida o ésta hubiera sido 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, modificado por 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 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 caída de meteoritos.

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

c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

2.- RIESGOS EXCLUIDOS

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

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

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

d) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de la Ley 25/1964, de 29 de Abril, sobre energía Nuclear.

e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el artículo 1 del Reglamento del Seguro de Riesgos Extraordinarios, y en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.

f) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como 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 del Contrato del 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 "catastrofe o calamidad nacional".

3.- EXTENSION DE LA COBERTURA

La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanza 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 Aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la citada provisión matemática será satisfecho por la mencionada Aseguradora.

PROCEDIMIENTO DE ACTUACION EN CASO DE SINIESTRO INDEMNIZABLE POR EL CONSORCIO DE COMPENSACION DE SEGUROS.

En caso de siniestro, el Asegurado, Tomador, Beneficiario, o sus respectivos representantes legales, directamente o a través de la Aseguradora o del mediador de seguros, deberá comunicar, dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido, la ocurrencia del siniestro, en la delegación regional del Consorcio que corresponda, según el lugar donde se produjo el siniestro. La comunicación se formulará en el modelo establecido al efecto, que está disponible en la página "web" del Consorcio (), o en las oficinas de éste o de la entidad aseguradora, al que deberá adjuntarse la documentación que, según la naturaleza de las lesiones, se requiera.

Para aclarar cualquier duda que pudiera surgir sobre el procedimiento a seguir, el Consorcio de Compensación de Seguros dispone del siguiente teléfono de atención al asegurado: 902.222.665.

CLÁUSULA 25. INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN

De conformidad con lo establecido en el Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados y normas que la desarrollan, y en especial el Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, los conflictos que puedan surgir entre las partes podrán resolverse:

- El Asegurado podrá formular sus quejas y reclamaciones por escrito ante el Servicio de Quejas y Recla-

maciones de la Aseguradora, con domicilio en Madrid, Parque Empresarial Trianón. Edificio C. Calle Vía de los Poblados, 9-11, 2ª Planta. (28033 | Madrid) o mediante e-mail a la dirección quejasyreclamaciones@fidelidade.es

- Dicho servicio acusará recibo por escrito de las reclamaciones que se le presenten y las resolverá por escrito y de manera motivada.

- Una vez transcurrido el plazo de dos meses desde la fecha de presentación de la reclamación sin que el Servicio de Quejas y Reclamaciones haya resuelto, o bien una vez que haya sido denegada expresamente la admisión de la reclamación o desestimada la petición, podrá acudir ante la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, conforme a lo previsto en la legislación vigente.

- Por decisión arbitral en los términos establecidos en el Texto Refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y normas de desarrollo de la misma, o en los términos de la Ley de Arbitraje (siempre que hubiera acuerdo entre ambas partes para someterse a este mecanismo de solución de conflictos), siendo los gastos ocasionados satisfechos por mitad entre Asegurado y Asegurador.

- Por los jueces y tribunales competentes, siendo un juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro el del domicilio del Asegurado.

www.fidelidade.es

FIDELIDADE

SEGUROS DESDE 1908



FIDELIDADE

SEGUROS DESDE 1808

Fidelidade - Companhia de Seguros, S.A. Portuguesa (Sucursal en España)

Parque Empresarial Triánón. Edificio C. Calle Vía de los Poblados, 9-11, 2ª Planta. - Madrid 28033 | CIF: W-0101170-I | www.fidelidade.es

Sociedad inscrita en el Registro Mercantil de Madrid | Tomo: 9.759, Libro: 0, Folio: 16, Sección: 8, Hoja: M-156775.