

GENERALI PROTECCIÓN FAMILIAR

Condiciones Generales
y Condiciones Generales Específicas



GENERALI

Índice

Preliminar. Cláusula Informativa	3
Artículo 1°. Definiciones	4
Artículo 2°. Personas que intervienen en el contrato	5
Artículo 3°. Objeto del Seguro	5
Artículo 4°. Garantía de Gestión y Gastos de Sepelio	6
Artículo 5°. Garantía de Asistencia por Fallecimiento	8
Artículo 6°. Garantía de Capital Adicional para Gastos de Sepelio	11
Artículo 7°. Garantía de Asistencia Familiar	11
Artículo 8°. Garantía de Fallecimiento o Invalidez Absoluta y Permanente por Accidente	30
Artículo 9°. Garantía de Hospitalización por Enfermedad y Accidente	31
Artículo 10°. Garantía de Repatriación	33
Artículo 11°. Riesgos no cubiertos por la Póliza	34
Artículo 12°. Perfeccionamiento del Contrato	36
Artículo 13°. Duración del Contrato. Oposición a la prórroga y modificaciones de la póliza	36
Artículo 14°. Pago de Primas	37
Artículo 15°. Bases del contrato	37
Artículo 16°. Obligaciones, Deberes y Facultades del Tomador del Seguro o del Asegurado	38
Artículo 17°. Comunicaciones y notificaciones entre las partes	39
Artículo 18°. Personas asegurables	40
Artículo 19°. Plazos de carencia	40
Artículo 20°. Designación y cambio de Beneficiarios	41
Artículo 21°. Ámbito Territorial	41

Artículo 22°	Revalorización automática anual del Capital Asegurado	42
Artículo 23°.	Legislación y Jurisdicción competente	42
Artículo 24°.	Prescripción de las acciones derivadas del Contrato	42
Artículo 25°.	Riesgos Cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros	42

Preliminar. Cláusula Informativa

La presente Cláusula Informativa tiene por objeto dar cumplimiento a lo establecido en los artículos 96.1 Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y 122 del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, por el que se aprueba su Reglamento de desarrollo, relativos al deber general de información al Tomador del Seguro y al Asegurado por parte del Asegurador.

Denominación, forma jurídica y Domicilio Social del Asegurador

- Denominación. GENERALI ESPAÑA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS
- Domicilio Social: Calle Orense nº 2, (28020) MADRID-ESPAÑA, NIF A-28007268. Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid en la Hoja M-54.202.

Órgano Administrativo de Control del Asegurador

Corresponde al Ministerio de Economía y Competitividad, a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, el control de la actividad Aseguradora y la protección de la libertad de los Asegurados para decidir la contratación de los seguros y el mantenimiento del equilibrio contractual en los contratos de seguros ya celebrados.

Instancias de reclamación y procedimiento a seguir ante posibles controversias

El Asegurador pone a disposición del tomador del seguro, de los asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados o derechohabientes de cualesquiera de ellos un Servicio de Quejas y Reclamaciones cuyo Reglamento se puede consultar en la página web www.generali.es.

El tomador del Seguro, las personas aseguradas, los beneficiarios, terceros perjudicados o derechohabientes de cualesquiera de los anteriores podrán presentar sus quejas y reclamaciones relacionadas con sus intereses y derechos legalmente reconocidos dirigiendo escrito al Servicio de Quejas y Reclamaciones. En el escrito deberán consignar sus datos personales, firma, domicilio, el número de póliza o de siniestro, y los hechos que motivan su queja o reclamación, dirigiendo el mismo a la siguiente dirección:

Servicio de Quejas y Reclamaciones
Generali España, S.A. de Seguros y Reaseguros
Calle Orense, nº 2 – (28020) MADRID

O bien a la dirección de correo electrónico: reclamaciones.es@generali.com

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

Las decisiones del Servicio de Quejas y Reclamaciones tendrán fuerza vinculante para el Asegurador. Transcurrido el plazo de 2 meses desde la fecha de presentación de la reclamación sin que haya sido resuelta por el Servicio de Quejas y Reclamaciones del Asegurador, o cuando éste haya desestimado la petición, los interesados podrán presentar su reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, cuya dirección es:

Paseo de la Castellana, 44

28046- MADRID

www.dgsfp.meh.es/reclamaciones/index.asp

Todo ello sin perjuicio del derecho de los Tomadores, Asegurados, Beneficiarios, Terceros Perjudicados o derechohabientes de cualquiera de ellos de recurrir en cualquier momento a la tutela de los jueces y tribunales competentes.

Legislación aplicable al Contrato de Seguro

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

Artículo 1º. Definiciones

A continuación, y agrupados por conceptos, precisamos los significados que tienen en esta póliza los siguientes términos utilizados en ella.

Capital Asegurado: Es el importe máximo a pagar por el Asegurador en caso de siniestro, y que figura en las Condiciones Particulares de esta póliza.

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

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

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

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

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

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

Domicilio del Tomador y del Asegurador: El que figura en la póliza, que será el tenido en cuenta a todos los efectos.

Enfermedad: Alteración del estado de salud de causa común o accidental, confirmada por un

médico legalmente reconocido y que precisa de asistencia facultativa.

Accidente: Todo suceso fortuito, originado por causa externa, súbita y violenta, ajena a la voluntad del Asegurado, que directamente produzca un daño corporal en su persona causándole una invalidez o la muerte.

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

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

Artículo 2º. Personas que intervienen en el contrato

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

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

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

La Compañía o Asegurador: La Compañía Aseguradora es Generali España, S.A. de Seguros y Reaseguros, con domicilio social en Madrid, Calle Orense, número 2, quien asume la cobertura de los riesgos objeto de este Contrato.

Artículo 3º. Objeto del Seguro

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

Las garantías de la presente póliza son:

- a) Garantía de Gestión y Gastos de Sepelio.
- b) Garantía de Asistencia por Fallecimiento.
- c) Garantía de Capital Adicional para Gastos de Sepelio
- d) Garantía de Asistencia Familiar.
- e) Garantía de Fallecimiento o Invalidez Absoluta y Permanente por Accidente.
- f) Garantía de Hospitalización por Enfermedad y Accidente.
- g) Garantía de Repatriación.

Artículo 4º. Garantía de Gestión y Gastos de Sepelio

4.1. Descripción de la Garantía

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

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

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

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

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

4.2. Actualización del Capital Asegurado

La cuantía del Capital Asegurado figurará en las Condiciones Particulares de la póliza, siendo dicho Capital creciente, de acuerdo a lo recogido en el artículo «Revalorización automática anual del Capital Asegurado», de las presentes Condiciones Generales.

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

En ese caso, el Tomador tendrá 15 días para aceptar o rechazar la propuesta, contados desde el día siguiente a la recepción de la misma. En caso de aceptación expresa o tácita de la propuesta por el Tomador, el Asegurador procederá a la modificación del Capital Asegurado y al reajuste de las primas.

Solamente en caso de rechazo expreso del Tomador, el Asegurador mantendrá la póliza sin ninguna modificación de las Condiciones Particulares por este concepto, en cuyo caso al ocurrir el siniestro, el **límite máximo de la prestación a cargo del Asegurador será el Capital Asegurado que figure en la póliza vigente**.

4.3. Modalidad de Tarifa

Para la Garantía de Gestión y Gastos de Sepelio y, si se contrata, la Garantía de Capital Adicional para Gastos de Sepelio, se podrá elegir entre las tres modalidades de tarifa de primas que se detallan a continuación, y que constará en las Condiciones Particulares del Contrato de Seguro.

Modalidad Nivelada: La prima a aplicar para la Garantía de Gestión y Gastos de Sepelio y, si se contrata, la Garantía de Capital Adicional para Gastos de Sepelio para todos los asegurados incluidos en las Condiciones Particulares, permanecerá invariable para un mismo capital asegurado.

Modalidad Mixta: La prima a aplicar para las Garantías de Gestión y Gastos de Sepelio y Capital Adicional para Gastos de Sepelio, para todos los asegurados incluidos en las Condi-

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

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

4.4. Actuación en caso de Siniestro

El Capital Asegurado establecido en la Garantía de Gestión y Gastos de Sepelio y, si se contrata, en la Garantía de Capital Adicional para Gastos de Sepelio, para cada Asegurado, representa el límite máximo a pagar por el Asegurador en cada siniestro.

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

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

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

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

- Certificado de Defunción del Asegurado, en transcripción literal del Juzgado.
- Facturas, en legal forma, de los gastos de los servicios funerarios prestados al Asegurado.
- Condiciones Particulares de la póliza y último recibo de Prima pagado.

En el supuesto de ser Heredero legal del Asegurado, deberá aportar además:

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

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

Artículo 5º. Garantía de Asistencia por Fallecimiento

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

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

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

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

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

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

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

5.2. Gastos Medico Legales

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

5.3. Servicios Especiales

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

Asimismo el Asegurador pondrá a disposición del Tomador del Seguro la posibilidad de utilizar la Red de Proveedores Funerarios para que, en caso de necesidad y bajo aceptación de un presupuesto presentado previamente por el proveedor funerario, puedan prestar el Servicio Fúnebre a los familiares del Tomador que no estén incluidos en la póliza, siendo a cargo del Tomador el importe total del coste del servicio.

5.4. Gestión del Duelo

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

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

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

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

5.5. Servicio de Gestoría

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

- Atención personalizada al/los Herederos legales, en el domicilio indicado por éstos en el territorio español, mediante la asistencia de un representante acreditado del Asegurador que les informará y asesorará sobre los trámites a seguir.
- Tramitación ante organismos oficiales de los siguientes documentos:
 - a) Relativos al Asegurado:**
 - Obtención de Certificado de Defunción, en extracto y literal.
 - Obtención de Partida de Nacimiento, en extracto y literal.
 - Obtención de Certificado del Registro de Actos de Últimas Voluntades y, en su caso, copia del último testamento del Asegurado o declaración de Herederos Ab Intestato.
 - Tramitación de Baja en el Libro de Familia.
 - Tramitación de Baja del titular en cartilla del I.N.S.S.
 - b) Relativos al/los Herederos legales:**
 - Obtención de Certificado de Matrimonio, en extracto y literal.
 - Obtención de Certificado de Convivencia.
 - Obtención del Auxilio por Defunción del INSS
 - Tramitación y obtención del alta en cartilla del INSS para el cónyuge y sus beneficiarios.
 - Tramitación de la pensión de Viudedad y Orfandad.
 - Obtención de Certificado de Fe de Vida.

- Asesoramiento en la tramitación sucesoria, no litigiosa: apertura de testamento, determinación del caudal hereditario, adjudicación y aceptación de herencia, etc.
 - Tramitación de la carta de pago, cuantificación y gestión de la liquidación parcial, en su caso, del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones relativo al Capital de Fallecimiento asegurado.
- c) Recopilación de la documentación necesaria para el cobro del Capital Asegurado en caso de fallecimiento:**
- Declaración de Siniestro.
 - Certificado de Nacimiento del Asegurado, en extracto y literal.
 - Certificado de Defunción del Asegurado, en extracto y literal.
 - Obtención de Certificado del Registro de Actos de Últimas Voluntades y, en su caso, copia del último testamento del Asegurado o declaración de Herederos Ab Intestato.
 - Certificado del médico o médicos que le hayan asistido, detallando historia clínica y naturaleza de la enfermedad o accidente que ocasionó la muerte.
 - Documentos acreditativos de la personalidad de los Herederos legales.
 - Carta de Pago, o en su caso, declaración de exención del Impuesto General sobre Sucesiones y Donaciones relativo al Capital Asegurado.
 - Condiciones Particulares de la Póliza y último recibo de Prima pagado.

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

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

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

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

5.6. Gestión del Final de la Vida Digital

En caso de fallecimiento del Asegurado, si los herederos legales lo solicitan, se procederá a borrar la presencia del fallecido en internet: redes sociales y profesionales, blogs, cuentas de correo electrónico, etc. También se revisarán y, en su caso, formatearán, los equipos del Asegurado.

Los servicios incluidos son:

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

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

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

Artículo 6º. Garantía de Capital Adicional para Gastos de Sepelio

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

El capital contratado en esta Garantía se considera un capital adicional al especificado para la Garantía de Gestión y Gastos de Sepelio, con el objetivo de destinarlo a atender un mayor coste del Servicio Fúnebre por la inclusión de nuevos servicios o por la ampliación de los conceptos que intervienen en el mismo.

Dado que el objeto de esta Garantía es ampliar el Capital Asegurado de la Garantía Gestión y Gastos de Sepelio, la presente Garantía se regirá, a todos los efectos, por lo establecido en el artículo 4º de las Condiciones Generales.

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

Artículo 7º. Garantía de Asistencia Familiar

La presente Garantía será aplicable a todos los asegurados que hayan suscrito esta Garantía y así se especifique en las Condiciones Particulares. Consta de la cobertura de asistencia en viaje y otros servicios que se indican a continuación:

7.1. Asistencia en Viaje

Para poder beneficiarse de la Asistencia en Viaje, el Asegurado deberá ser residente en España.

Las prestaciones posteriormente definidas serán válidas con carácter anual, siempre que el tiempo de permanencia del Asegurado en el extranjero, **no sea superior a 90 días por viaje o desplazamiento**. Esta limitación no regirá cuando el desplazamiento sea dentro del territorio español.

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

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

7.1.1. Prestaciones de Asistencia en caso de Fallecimiento.

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

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

Acompañante de restos mortales. De no haber quien acompañe en su traslado los restos mortales del Asegurado fallecido, el Asegurador facilitará a la persona, con domicilio habitual en España, que designen los herederos legales, un billete de avión línea regular (clase turista) o tren (primera clase), para acompañar el cadáver.

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

7.1.2. Prestaciones de Asistencia para caso de enfermedad o accidente.

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

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

El avión sanitario especial, sólo se empleará en el ámbito geográfico de Europa y países ribereños del Mediterráneo.

Sólo se tendrán en cuenta las exigencias de orden médico para elegir el medio de transporte y el hospital donde deberá ser ingresado el Asegurado.

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

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

- Honorarios médicos.
- Medicamentos recetados por un médico o cirujano.

- Gastos de hospitalización.
- Gastos de ambulancia ordenados por un médico para un trayecto local.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7.1.3. Otras prestaciones de Asistencia en Viaje.

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

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

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

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

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

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

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

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

7.1.4. Exclusiones de las Prestaciones por Asistencia en Viaje.

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

Quedan excluidas con carácter general aquellas prestaciones que no hayan sido comunicadas previamente al Asegurador y aquellas para las que no se hubiera obtenido la correspondiente autorización. En cualquier caso quedan excluidas de las garantías aseguradas los daños, situaciones, gastos y consecuencias derivadas de:

- 1. Enfermedades, lesiones o afecciones preexistentes o crónicas, padecidas por el Asegurado con anterioridad a la firma del contrato o de su renovación o prórroga, así como aquellas que se manifiesten con anterioridad al inicio del viaje.**
- 2. Renuncia, retraso o adelanto voluntario por parte del Asegurado al traslado sanitario propuesto por el Asegurador y acordado por su servicio médico.**

3. *Enfermedades mentales, revisiones médicas de carácter preventivo (chequeos), curas termales, cirugía estética, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y aquellos casos en que el viaje tenga por objeto recibir tratamiento médico o intervención quirúrgica. Asimismo, queda excluido el diagnóstico, seguimiento y tratamiento del embarazo, interrupción voluntaria del mismo y partos, salvo que se trate de atención de carácter urgente, y siempre anterior al sexto mes.*
4. *Accidentes laborales que sufran personas en el ejercicio de su propia actividad calificada de riesgo y las enfermedades profesionales derivadas de su propia actividad.*
5. *La participación del Asegurado en apuestas, desafíos o riñas.*
6. *La práctica de deportes en competición o competición motorizada (carrera o rally), así como la práctica de actividades peligrosas o de riesgo enumeradas a continuación:*
 - *Boxeo, halterofilia, lucha (en sus distintas clases), artes marciales, alpinismo con acceso a glaciares, deslizamiento en trineos, inmersión con aparatos respiratorios, espeleología y esquí con saltos de trampolín.*
 - *Deportes aéreos en general.*
 - *Deportes de aventura, tales como rafting, puenting, hidrospeed, barranquismo y similares.*
 - *La práctica de ski y demás deportes de invierno.*
7. *Suicidio, intento de suicidio o autolesiones del asegurado.*
8. *Rescate de personas en montaña, sima, mar, o desierto.*
9. *Las enfermedades o accidentes derivados del consumo de bebidas alcohólicas, estupefacientes, drogas o medicamentos, salvo que estos últimos hayan sido prescritos por un médico.*
10. *Actos dolosos del Tomador, Asegurado, o Beneficiarios de éstos.*
11. *Guerras, manifestaciones, insurrecciones, movimientos tumultuosos populares, actos de terrorismo, sabotajes y huelgas, estén o no declaradas oficialmente. La transmutación del núcleo del átomo, así como de las radiaciones provocadas por la aceleración artificial de partículas atómicas. Movimientos telúricos, inundaciones, erupciones volcánicas y, en general los que procedan del desencadenamiento de las fuerzas de la naturaleza. Cualquier otro fenómeno de carácter catastrófico extraordinario o acontecimiento que por su magnitud o gravedad sean calificados como catástrofe o calamidad.*

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

1. *El traslado sanitario de enfermos o heridos originado por afecciones o lesiones que puedan ser tratadas «in situ».*
2. *Los gastos de gafas y lentillas, así como la adquisición, implantación-sustitución, extracción y/o reparación de prótesis, piezas anatómicas y ortopédicas de cualquier tipo.*
3. *Los gastos médicos, quirúrgicos y farmacéuticos cuyo importe sea inferior a 30,05 Euros.*

7.1.5. Normas para la utilización de la Asistencia en Viaje.

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

En caso de asistencia deben ponerse en comunicación con el número de teléfono que aparece en la tarjeta entregada a cada asegurado indicando: nombre del Asegurado,

número de póliza, el lugar donde se encuentra, número de teléfono y tipo de asistencia que precisa. **Si el Asegurado actuase de forma contraria a las instrucciones impartidas por el Asegurador, serán de su cuenta los gastos en que incurra por dicho incumplimiento.**

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

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

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

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

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

7.2. Servicios de Orientación Telefónica

Por esta cobertura los asegurados que constan en póliza tendrán a su disposición los siguientes Servicios de Orientación Telefónica:

7.2.1. Consulta Médica Telefónica

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

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

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

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

- Servicio de atención médica domiciliaria las 24 horas del día, todos los días del año.
- Determinación, en cada caso, del recurso médico o nivel asistencial necesario más adecuado según la valoración médica realizada por el Asegurador.

- Control del proceso de visitas médicas o de enfermería a domicilio.
- Activación y Coordinación del recurso médico activado (médico, DUE, ambulancia)
- Seguimiento de los casos mediante llamadas de control posterior a la visita a domicilio por el médico o al envío de ambulancia.

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

7.2.2. Orientación Psicológica Telefónica

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

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

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

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

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

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

Áreas de consulta más frecuentes:

- Trastornos de ansiedad
 - Crisis de ansiedad
 - Ataque de pánico
 - Sintomatología fóbico-obsesiva
 - Somatización
 - Trastornos depresivos

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

7.2.3. Consulta Jurídica Telefónica

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

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

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

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

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

7.2.4. Orientación Social Telefónica

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

El Asegurador prestará orientación y asesoramiento telefónico al Asegurado respecto a:

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

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

7.3. Teleasistencia

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

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

En caso de concurrir esta circunstancia el Asegurador instalará el correspondiente aparato de alarma en el domicilio del Asegurado y éste tendrá derecho, **durante un periodo de seis meses, de forma gratuita**, a las prestaciones indicadas en el punto 7.3.1.

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

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

7.3.1. Prestaciones del Servicio de Teleasistencia

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

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

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

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

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

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

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

7.3.2. Responsabilidad

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

- Si no pudiera proceder a la prestación del servicio a causa de fallos en la red eléctrica o telefónica y en caso de fuerza mayor.
- Por la intervención de terceras personas, tanto si se trata de personas de contacto indicadas en el documento de inscripción como de otras.
- Por la responsabilidad civil por los daños materiales ocasionados como consecuencia de la entrada violenta en el domicilio del Asegurado, de acuerdo con los términos establecidos en el apartado d) del punto 7.3.1

7.4. Segunda Opinión Médica

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

- Oncología
- Infarto Agudo de Miocardio

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

7.4.1. Prestaciones del servicio de Segunda Opinión Médica

Esta cobertura incluye las siguientes prestaciones de servicio:

- Acceso a la opinión de una red internacional reconocidos expertos médicos para cualquier caso sometido a consideración.
- Acceso a un Consultor Médico Interno que aconsejará al paciente y a su familia, en la correcta cumplimentación del formulario de solicitud, las pruebas a adjuntar, la formulación de las preguntas a realizar al experto, e incluso facilitará la recopilación de dicha información.
- Envío de toda la documentación diagnóstica al especialista o especialistas seleccionados por la Compañía para emitir el informe de Segunda Opinión.
- Edición y revisión del informe de segunda opinión que incluye: resumen del caso, motivo de la consulta, informe de los médicos expertos seleccionados y currículum de cada uno de los especialistas que intervienen en el proceso de Segunda Opinión.
- Envío del Informe de Segunda Opinión Médica al domicilio del usuario.
- Apoyo continuado del Consultor Médico Interno previo a la recepción del Informe de Segunda Opinión Médica y para su posterior comprensión o dudas.
- Además, en caso de que un paciente decida desplazarse a otra provincia o al extranjero para algún tratamiento, se ofrecen los siguientes servicios de apoyo:
 - Selección de Expertos y Centros Hospitalarios
 - Asesoramiento en caso de traslado del paciente
 - Ayuda en la gestión de citas con médicos y en los trámites de admisión en hospitales internacionales
 - Obtención de presupuestos, costes estimados de hospitalización y posibles descuentos

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

7.4.2. Utilización y prestación de los servicios

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

- Nombre del Asegurado
- Número de la Póliza
- Domicilio
- Teléfono de contacto
- Servicio/s solicitado/s

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

7.5. Servicios de Ayuda a Domicilio

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

7.5.1. Servicio de Telefarmacia

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

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

En aquellos casos en los que no fuese necesaria la receta médica para la compra del producto farmacéutico, el colaborador de la Aseguradora deberá dirigirse directamente a la oficina de farmacia, sin necesidad de acudir previamente al domicilio del Asegurado, para adquirir el medicamento y lo entregará en mano en el domicilio del Asegurado quién le satisfará el importe al que ascienda la factura del producto adquirido , así como el coste del servicio y el desplazamiento.

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

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

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

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

7.5.2. Servicio de Envío de Personal de Limpieza a Domicilio

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

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

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

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

Este servicio estará sujeto a las disponibilidades locales.

7.5.3. Servicio de Catering a Domicilio

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

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

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

Este servicio estará sujeto a las disponibilidades locales.

7.5.4. Servicio de Acompañamiento

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

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

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

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

Este servicio estará sujeto a las disponibilidades locales.

7.5.5. Servicio de Peluquería y Podología a Domicilio

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

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

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

Este servicio estará sujeto a las disponibilidades locales.

7.5.6. Servicio de Asistencia a Animales Domésticos

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

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

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

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

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

Este servicio estará sujeto a las disponibilidades locales.

7.5.7. Servicio de Asistencia Veterinaria a Domicilio

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

A petición del Asegurado, el Asegurador gestionará la búsqueda y el envío a su domicilio de un veterinario profesional que proporcionen los cuidados y tratamientos que el animal requiera.

Los servicios que serán prestados son:

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

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

Este servicio estará sujeto a las disponibilidades locales.

7.6. Acceso a Servicios Médicos y Dentales

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

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

Todos los Asegurados especificados en las Condiciones Particulares tendrán a su disposición el acceso a los siguientes Servicios Médicos y Dentales:

7.6.1. Acceso a red de Servicios Médicos

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

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

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

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

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

7.6.2. Servicio Médico Domiciliario

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

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

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

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

7.6.3. Servicio Médico Senior

Los asegurados con edad mayor de 59 años podrán acceder a los siguientes servicios:

– Médico Personal

Se pone a disposición del asegurado un médico personal que le proporcionará asesoramiento telefónico en la resolución de dudas médicas concretas, recomendación de pruebas médicas a realizar o recomendación de especialistas más adecuados a su dolencia, convirtiéndose, de esta forma en la persona de confianza del asegurado en la toma de decisiones respecto a su salud.

Para acceder a este servicio el asegurado deberá contactar telefónicamente con el Asegurador y se le asignará un médico personal que se pondrá en contacto telefónico con el asegurado en el plazo máximo de 24 horas (1 día laborable) dando resolución a su duda.

El asegurado podrá utilizar el servicio tantas veces como desee siguiendo el mismo procedimiento.

– Acceso a chequeos médicos presenciales

Se pone a disposición del asegurado un servicio que le permitirá el acceso a un chequeo médico a un precio preferencial en centros preseleccionados.

El asegurado podrá acceder a dos modalidades de chequeo:

Chequeo básico que incluye las siguientes pruebas:

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

Chequeo completo que incluye las siguientes pruebas:

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

Para acceder a este servicio el asegurado deberá contactar telefónicamente con el Asegurador.

El asegurado abonará los chequeos en el propio centro.

7.6.4. Test de Hábitos Saludables

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

Este servicio estará disponible vía telefónica, en **horario de lunes a viernes, entre las 9 y las 19 horas.**

Este servicio incluye:

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

7.6.5. Servicio de Asesor Nutricional

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

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

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

Tras el cuestionario y el envío de la información inicial, el Asegurado tendrá la posibilidad de contactar de nuevo con el equipo de Nutrición y Dietética para realizar un seguimiento.

Este servicio estará disponible vía telefónica, **en horario de lunes a viernes, entre las 9 y las 19 horas.**

Áreas de consulta más frecuentes:

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

7.6.6. Acceso a Red de servicios Dentales

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

Los servicios dentales utilizados serán abonados por el Asegurado, previa aceptación de presupuesto.

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

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

Este servicio incluye, sin coste para el Asegurado, los siguientes actos odontoestomatológicos:

- Diagnóstico Oral
 - Examen inicial oral y diagnóstico
 - Presupuesto
 - Examen de urgencia
 - Consulta profesional
 - Revisiones
- Radiografías (han de estar prescritas por un especialista del Cuadro Médico DENTYRED)

- Radiografía periapical
- Radiografía oclusal
- Radiografía de aleta
- Odontología Preventiva
 - Tartrectomía (limpieza de boca anual)
 - Pulido de dientes (pasta fluorada)
 - Utilización de bicarbonato (manchas rebeldes)
 - Educación de higiene oral
 - Enseñanza en técnicas de cepillado
 - Planificación de dieta para control de caries
 - Tinción e índice de placa
- Operatoria Dental
 - Obturación/empaste provisional
 - Recubrimiento pulpar directo
 - Colocación de pins
 - Colocación intrarradicular de perno, poste o perno prefabricado
 - Impresión directa de muñón preprotésico
 - Odontoplastia irregularidades inestéticas (remodelado incisal...)
 - Pulido de amalgamas
- Periodoncia
 - Valoración periodontal (sondaje)
 - Aplicación local de quimioterápicos
- Prótesis
 - Exploración y evaluación específica rehabilitación protésica
 - Impresión dentoalveolar y positivado del modelo
 - Zocalado especial de modelos
 - Obtención de registros intermaxilares
 - Ajustes oclusales a prótesis ya colocadas
- Cirugía oral
 - Extracción diente temporal
 - Extracción dental simple
 - Retirada de puntos
- Implantología
 - Tornillo/tapa de cierre
 - Pilar de cicatrización
 - Réplica implante
 - Fenestración para descubrir implante

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

Blanqueamiento Dental

Se pone a disposición del asegurado un servicio que le permitirá el acceso a la realización de un blanqueamiento dental, ya sea con férula en casa o con lámpara de plasma a un precio preferencial en centros preseleccionados.

Plan Dental Infantil

El Plan Dental Infantil es una prestación buco dental gratuita de prevención y de tratamiento básico en dentición definitiva, **para todos los menores de 14 años** que contraten la garantía y que hayan pasado una revisión anual. Además de los actos gratuitos descritos anteriormente, incluye los siguientes actos sin cargo:

- Odontopediatría
 - Obturación (empaste)
 - Reconstrucción
 - Corona prefabricada acero inoxidable
 - Recubrimiento pulpar indirecto
 - Pulpotomía
 - Apicoformación (por visita)
 - Apertura y drenaje pulpar (cura)
 - Extracción diente temporal
 - Sellado de puntos y fisuras 1er y 2º molar permanente
- Mantenedores de Espacio
 - Fijo unilateral
 - Removible acrílico
 - Recementado mantenedor

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

Cobertura Dental Senior

La Cobertura Dental Senior es una prestación buco dental gratuita de prevención y de tratamiento para los asegurados mayores de 59 años que contraten la garantía. Además de los actos gratuitos descritos anteriormente, incluye los siguientes actos sin cargo:

- Radiografías (analógicas o digitales RVG)
 - Ortopantomografía
 - Radiografía lateral (Telerradiografía)
 - Radiografía de A.T.M.
 - Serie radiográfica periodontal
- Exámenes Complementarios
 - Test microbiológicos (Alban, Lactobacilos, Streptococos...)
 - Estudios bioquímicos acidez de saliva
- Examen Tercera Edad
 - Estudio clínico con examen especial de abrasiones, caries radiculares e interproximales

- Revisiones periódicas y autoexamen
- Diagnóstico periodontal con sondaje
- Estudio de la oclusión
- Diagnóstico de las alteraciones tejidos blandos con especial énfasis en el diagnóstico precoz del cáncer
- Educación para la salud: enf. de mayor prevalencia, control dieta cariogénica, normas higiene bucodental...
- Enseñanza del manejo de las prótesis y reajustes
- Administración de fluoruros y/o desensibilizantes
- Odontología Preventiva
 - Aplicación tópica de flúor (máximo 2 al año)
 - Sellado de puntos y fisuras (molares permanentes)
- Prótesis
 - 1º Rebase en prótesis nueva realizada en la propia clínica concertada
- Cirugía Oral
 - Extracción complicada y/o sutura
 - Extracción compleja de raíces
 - Extracción quirúrgica cordal semiincluido
 - Extracción diente retenido en tejido óseo (con odontosección y/u osteotomía)
 - Alveolotomía conductora (exposición diente no erupcionado)
 - Apertura y drenaje de abscesos
 - Frenectomía
 - Quistectomía con o sin extracción dental
 - Cierre fístula oro-antral o perforación a seno
 - Cirugía menor (tejidos blandos)
 - Cirugía preprotésica
 - Ostectomía (eliminación de exostosis, torus...)
 - Acondicionado de tejidos prótesis removibles
 - Reimplantación-estabilización de diente avulsionado o subluxado
 - Sutura de herida reciente < 5 cm.
 - Sutura complicada ó > 5 cm.
 - Sialolitotomía

7.7. Acceso a Servicios de Bienestar y Salud

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

Los servicios utilizados serán abonados por el Asegurado, previa aceptación del presupuesto.

Algunas de las especialidades contempladas en este servicio son:

- Psicología
- Logopedia
- Acupuntura

- Medicina Predictiva
- Fisioterapia y Osteopatía
- Podología
- Óptica y Audiología
- Cirugía Ocular
- Dietética y Nutrición
- Spas & Gimnasios
- Medicina Estética

7.8. Asistencia Pedagógica. Educasa

El Asegurador garantiza, a cualquier Asegurado en edad escolar la prestación de un servicio de Asistencia Pedagógica en caso de enfermedad y/o accidente que le inmovilice en su domicilio durante más de 15 días consecutivos.

A partir del 15º día de enfermedad y/o accidente, que inmovilice al alumno en su domicilio impidiéndole seguir normalmente su escolaridad, el Asegurador buscará y mandará al domicilio del alumno un profesor particular.

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

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

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

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

El servicio quedará limitada, por cada asegurado, a un periodo **máximo de 12 meses naturales consecutivos.**

Este servicio tienen validez en la totalidad del Estado Español, para cualquier alumno escolarizado en el territorio Nacional en los cursos de Educación Primaria, Secundaria Obligatoria y Bachiller.

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

7.8.1. Actuación en caso de requerir el servicio

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

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

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

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

7.8.2. Casos no contemplados en este servicio

- a) Los casos de enfermedades o accidentes y sus consecuencias, anteriores a la fecha de alta de la Garantía Asistencia Familiar y conocidos por el Asegurado con anterioridad a la fecha de efecto del servicio.**
- b) Los gastos contraídos a iniciativa del Asegurado, de sus familiares o representantes, en caso de que elijan a una persona o a una sociedad para dar el servicio previsto sin el acuerdo previo del Asegurador.**
- c) Los fraudes, las falsificaciones o declaraciones falsas.**
- d) Las enfermedades congénitas.**

Artículo 8º. Garantía de Fallecimiento o Invalidez Absoluta y Permanente por Accidente

8.1. Descripción de la Garantía

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

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

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

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

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

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

8.2. Requisitos para el cobro de la prestación

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

- En caso de Fallecimiento, Certificado de Defunción y Certificado del Juzgado exponiendo ampliamente las causas determinantes del Accidente.
- En caso de Invalidez, Certificado de los médicos que hayan asistido al Asegurado, exponiendo el origen, evolución y naturaleza del accidente que le causó la Invalidez, así como grado y pronóstico de la misma.

- Documentos acreditativos de la personalidad de los Beneficiarios o cesionarios de éstos, o de quienes representen o deban representar a unos y a otros por cualquier circunstancia.
- Certificado del Registro de Actos de Últimas Voluntades y, en su caso, copia del último testamento del Asegurado o declaración de Herederos Ab Intestato.
- Carta de pago o , en su caso, declaración de exención del Impuesto General sobre Sucesiones y Donaciones.
- Condiciones Particulares de la póliza y último recibo de Prima pagado.
- En caso de Invalidez, el Asegurado deberá contestar con exactitud a cuantas preguntas al respecto le formule el Asegurador, suministrar las pruebas que se le pidan, y dejarse visitar y reconocer por los médicos de la misma.

Artículo 9º. Garantía de Hospitalización por Enfermedad y Accidente

9.1. Descripción de la Garantía

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

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

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

El Asegurador satisfará un único pago equivalente a diez veces el Capital Asegurado establecido en Condiciones Particulares en los siguientes casos:

- Hospitalización por cualquier tipo de parto, ya sea sencillo o múltiple, normal o distócico
- Adopción de un hijo

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

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

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

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

9.2. Alcance de la Garantía

Se aplicarán las siguientes normas:

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

9.2.2. En caso de coincidencia de varias enfermedades.

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

9.3. Requisitos para el cobro de la prestación

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

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

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

- Nombre, apellidos, edad y domicilio del Asegurado que ha sido hospitalizado.
- Nombre, apellidos, domicilio, número de colegiado, colegio médico y especialidad del facultativo que asiste al Asegurado.
- Proceso que origina la hospitalización y fecha de inicio del mismo.
- Fecha y hora del ingreso, así como centro sanitario, clínica u hospital en el cual se encuentra ingresado el Asegurado.
- Informe médico que refleje la causa que motiva el ingreso, así como el tratamiento aplicado al Asegurado.
- Fecha probable de alta del Asegurado.
- Una vez dado de alta deberá facilitar al Asegurador documento acreditativo, firmado por el médico y por la Dirección Administrativa del Centro en que ha estado ingresado el Asegurado, en el que se informe del período exacto de dicho ingreso, incluyendo día y hora del alta del Asegurado.

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

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

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

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

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

Artículo 10º. Garantía de Repatriación

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

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

10.1. Garantía de Repatriación

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

Asimismo el Asegurador asume en los países de la Unión Europea los costes de traslado desde el aeropuerto internacional hasta la localidad de inhumación en el país de origen del asegurado fallecido. **En el resto del mundo se prestará esta cobertura con un límite de hasta 1.000 Euros para el traslado desde el aeropuerto internacional hasta el lugar de inhumación del fallecido en su país de origen, siempre que la inhumación sea a más de 30 Km. del aeropuerto internacional.** Sin gestión por parte del Asegurador, esta cantidad será reembolsada a los herederos legales del Asegurado fallecido previa presentación de las facturas originales correspondientes.

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

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

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

Se excluye el Traslado en caso de que el fallecimiento del Asegurado acontezca en aquellos países que se hallen en estado de guerra, insurrección o conflictos bélicos

de cualquier clase o naturaleza, aún cuando no hayan sido declarados oficialmente; y aquellos casos en los que el traslado sea a alguno de estos países en las mismas circunstancias.

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

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

10.2. Acompañamiento de restos mortales

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

10.3. Servicio de Información

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

Artículo 11º. Riesgos no cubiertos por la Póliza

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

- a) Conflictos armados (haya mediado o no declaración oficial de guerra).**
- b) Motines y tumultos populares.**
- c) Reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.**
- d) Inundaciones, huracanes, tempestades, movimientos sísmicos y, en general, los hechos que en virtud de su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como catástrofe o calamidad nacional.**
- e) Las enfermedades graves preexistentes a la fecha de incorporación a la póliza del Asegurado afectado, aún cuando no exista un diagnóstico concreto. Se entiende por preexistente, aquellas enfermedades graves que causen sintomatología evidente o sospecha razonable anterior a la fecha de efecto de cada garantía contratada por el Asegurado afectado.**

11.2. Riesgos excluidos específicos de la Garantía de Fallecimiento o Invalidez Absoluta y Permanente por Accidente:

- a) El fallecimiento o la invalidez provocada voluntariamente por el Asegurado, o por el Beneficiario del Seguro.**
- b) El accidente en que se produzca la muerte del Asegurado causada por infarto de miocardio.**
- c) El fallecimiento o la invalidez derivada de accidentes que sobrevengan al Asegurado por los efectos del alcohol o el uso de estupefacientes no prescritos médicamente.**

- d) *El fallecimiento o la invalidez por Accidente producido como consecuencia de un acto de imprudencia temeraria o negligencia grave del Asegurado, declarado judicialmente de esta forma, así como el derivado de la participación de aquél en actos delictivos, desafíos o riñas, siempre que en este último caso no hubiera actuado en legítima defensa, o en tentativa de salvamento de personas o bienes.*
- e) *Los accidentes sobrevenidos durante viajes submarinos o por vía aérea, en aeronaves no autorizadas para el transporte de pasajeros, así como en planeadores y vuelos ala delta.*
- f) *Los accidentes ocurridos en la práctica de competiciones de velocidad o habilidad, en vehículos motorizados en que el Asegurado ocupe plaza como piloto, copiloto o pasajero.*
- g) *La práctica de espeleología, submarinismo con escafandra autónoma, o cualquier otro deporte con carácter competitivo.*
- h) *Los accidentes derivados de la participación del Asegurado en cualquier hecho notoriamente temerario realizado por aquél.*
- i) *El fallecimiento y la invalidez como consecuencia de Accidente originado con anterioridad a la entrada en vigor de este Seguro.*
- j) *El fallecimiento y la invalidez producido como consecuencia de intervención quirúrgica.*

11.3. Riesgos excluidos específicos de la Garantía de Hospitalización por Enfermedad y Accidente.

- a) *Accidentes derivados de la participación en expediciones científicas o práctica de cualquier deporte como profesional, así como la práctica de deportes aéreos, prácticas deportivas utilizando vehículos a motor y otras prácticas manifiestamente peligrosas.*
- b) *Todas las enfermedades, crónicas o no, y lesiones o defectos constitucionales y físicos preexistentes a la fecha de contratación de la póliza, aún cuando no exista un diagnóstico concreto, así como sus consecuencias y/o secuelas. Se entiende por enfermedad, lesión o defecto constitucional y físico preexistentes aquel que cause sintomatología evidente o sospecha razonable anterior a la fecha de efecto de cada garantía contratada por el Asegurado Afectado.*
- c) *Las consecuencias de guerra, alteración de orden público, hechos declarados oficialmente como fenómenos de carácter extraordinario, catastrófico o epidemia así como las consecuencias derivadas de la energía atómica nuclear, salvo que se ocasionen como consecuencia de un tratamiento médico basado en dicha fuente de energía.*
- d) *Los procesos patológicos que tengan como manifestación única el dolor, sin comprobación por pruebas de diagnóstico.*
- e) *Accidentes o enfermedades causados dolosamente por el Tomador o Asegurado que entrañen grave riesgo para la salud del Asegurado tales como la interrupción u omisión del tratamiento médico, así como otros daños causados voluntariamente por el propio Asegurado.*
- f) *Las enfermedades y accidentes derivados de la alcoholemia así como los derivados del consumo de drogas o estupefacientes, riñas, desafíos o intentos de suicidio.*
- g) *Quedan excluidos los exámenes médicos, chequeos y estancias en balnearios, casas de reposo, asilos, geriátricos o similares.*

- h) Los actos médicos o quirúrgicos y sus consecuencias, a los cuales se someta voluntariamente el Asegurado que no sean como consecuencia de accidente o enfermedad tales como los tratamientos de tipo puramente estético, salvo cirugía reparadora en caso de accidente o quemadura sobrevenida durante la vigencia del seguro.*
- i) Las enfermedades neurológicas que no estén diagnosticadas y comprobadas por pruebas de diagnóstico.*
- j) Las psicosis, neurosis, psicopatías, trastornos de la personalidad, depresiones o stress y todas aquellas manifestaciones orgánicas de una enfermedad de la mente conocidas como enfermedades psicosomáticas.*
- k) Las personas afectadas por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), sus consecuencias y complicaciones en cualquiera de sus fases.*

Artículo 12°. Perfeccionamiento del Contrato

El presente contrato se perfecciona por el consentimiento dado por ambas partes y mediante la firma de la póliza por el Asegurador y por el Tomador del Seguro, entrando en vigor las garantías previstas y cubiertas por el contrato en el día indicado en las Condiciones Particulares, una vez satisfecha la prima única o la de la primera anualidad del seguro o fracción convenida de la misma.

Artículo 13°. Duración del Contrato. Oposición a la prórroga y modificaciones de la póliza

13.1. Duración del contrato

La presente póliza tendrá una duración de un año desde su fecha de efectos. Transcurrido el mismo se prorrogará automáticamente por sucesivos periodos de un año.

Cuando se contrate para la Garantía de Gestión y Gastos de Sepelio la modalidad de tarifa a Prima Única la duración del contrato se establece hasta el fallecimiento del asegurado incluido en póliza.

13.2. Oposición a la prórroga

Sin perjuicio de lo establecido en el punto 1 anterior, las partes pueden oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de, al menos, un mes de anticipación a la conclusión del período del seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el tomador, y de dos meses cuando sea el asegurador.

No obstante, el Asegurador está obligado a la prórroga tácita de las Garantías de Gestión y Gastos de Sepelio, Asistencia por Fallecimiento, y, si se contrata, la Garantía de Capital Adicional para Gastos de Sepelio siempre que la póliza se encuentre al corriente del pago de la prima.

13.3. Modificaciones de la póliza

El asegurador deberá comunicar al tomador, al menos con dos meses de antelación a la conclusión del período en curso, cualquier modificación del contrato de seguro.

Artículo 14°. Pago de Primas

Las primas del Seguro son anuales, salvo que se haya contratado por tiempo inferior o mediante una prima única, pero podrá convenirse el pago de las primas anuales por fracciones, siendo obligatorio el pago de todas ellas hasta completar el importe de la prima anual.

El pago de la primera prima se efectuará en el momento de la perfección del contrato y las sucesivas a sus respectivos vencimientos señalados en las Condiciones Particulares de la póliza.

Si por culpa del Tomador del Seguro, no se hubiese pagado la primera prima o la fracción de la misma en su caso, podrá darse por parte del Asegurador el contrato como extinguido y sin efectos, o bien podrá aquél reclamar al Tomador del Seguro el cobro de la primera prima por vía ejecutiva, con base en la póliza.

Si la primera prima o su fracción, en su caso, no hubiese sido satisfecha antes de la ocurrencia de un siniestro, quedará el Asegurador liberado de toda obligación.

Para el pago de las primas anuales sucesivas o sus fracciones se concede un plazo de gracia de un mes a contar desde su vencimiento, finalizado el cual quedarán en suspenso las garantías del contrato hasta que hayan transcurrido las veinticuatro horas del día siguiente en que haya hecho efectiva la prima.

El Asegurador podrá reclamar, dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima anual o al de sus fracciones en su caso, el pago de la misma, considerándose que si el Asegurador no formula dicha reclamación dentro del citado plazo el contrato queda extinguido.

En cualquier caso y cuando el contrato esté en suspenso, el Asegurador sólo podrá exigir el pago de la prima anual correspondiente al período en curso.

El domicilio de pago de las primas será el del Tomador del Seguro, salvo que en las Condiciones Particulares se determine otro lugar.

Podrá convenirse el cobro de los recibos de prima mediante domiciliación bancaria, en cuyo supuesto el Tomador del Seguro entregará al Asegurador una carta dirigida al establecimiento bancario o Caja de Ahorros dando la orden oportuna al efecto, obligándose a notificar al Asegurador las modificaciones de la domiciliación. El impago derivado del incumplimiento de dicha obligación no perjudicará al Asegurador, estándose en cuanto a sus consecuencias a lo establecido para el impago de primas.

El pago de los tributos legalmente repercutibles de cualquier naturaleza, creados o por crear, que se devenguen por razón de este Seguro o en relación con el mismo, serán satisfechos por el Tomador o, en su caso, por el Asegurado.

Artículo 15°. Bases del contrato

El Asegurador ha elaborado el contrato y emitido la Póliza de acuerdo con la solicitud del Tomador del Seguro y en base a sus respuestas al Cuestionario de preguntas previamente efectuado por el Asegurador, únicos datos conocidos por el mismo y de ahí la importancia de una exacta y correcta declaración.

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición o de la solicitud de seguro, podrá subsanarse dicha divergencia mediante reclamación por parte del Tomador del Seguro, en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza. Transcurrido dicho período sin haberse efectuado la citada reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza.

En caso de haber existido reserva o inexactitud en las declaraciones del Tomador o del Asegurado al contestar el Cuestionario preparado por el Asegurador, éste podrá rescindir el Contrato en el plazo de un mes desde que haya conocido dicha reserva o inexactitud, procediendo para ello a dirigir una comunicación escrita en tal sentido al Tomador del Seguro.

En el supuesto de indicación inexacta de la edad del Asegurado, el Asegurador sólo podrá impugnar la póliza si su verdadera edad en el momento de la entrada en vigor del Contrato excede de los límites de admisión establecidos en el artículo «Personas Asegurables» de las presentes Condiciones Generales.

Artículo 16°. Obligaciones, Deberes y Facultades del Tomador del Seguro o del Asegurado

16.1. Antes de la suscripción del contrato, deberán declararse por el Tomador del Seguro o el Asegurado todas las circunstancias conocidas por los mismos que influyan en la valoración del riesgo por parte del Asegurador, contestando muy especialmente y con detalle las preguntas del cuestionario que éste le haya preguntado. Quedará exonerado de tal deber si el Asegurador no le somete cuestionario o cuando, aún sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.

16.2. Durante la vigencia del contrato, el Tomador del Seguro o Asegurado deberán declarar:

- a) Las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que de haberlas conocido el Asegurador antes de la perfección del contrato, no hubiese aceptado la cobertura del riesgo ó en su caso lo hubiese hecho en condiciones más gravosas para el Tomador del Seguro. En este caso, el Asegurador podrá proponer al Tomador del Seguro una modificación del contrato en un plazo de dos meses a contar desde la declaración de la agravación por parte de éste.

El Tomador del Seguro tiene un plazo de quince días para aceptar o rechazar dicha propuesta; en caso de rechazo o silencio por parte del Tomador del Seguro podrá el Asegurador, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato, concediendo al Tomador del Seguro un nuevo plazo de quince días, transcurrido el cual y dentro de los ocho días siguientes deberá el Asegurador comunicar al Tomador del Seguro la rescisión definitiva. El Asegurador podrá igualmente rescindir el contrato comunicándolo por escrito al Tomador del Seguro dentro de un mes a partir del día que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo.

En el caso de que la reserva o inexactitud de las declaraciones del Tomador del Seguro o del Asegurado o la agravación del riesgo no hubiesen sido declarados antes de la ocurrencia de un siniestro, la prestación del Asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado en el caso de conocer dichas circunstancias, siempre que se haya obrado de buena fe por parte del Tomador del Seguro o del Asegurado.

En caso de que el Tomador del Seguro o del Asegurado hayan obrado con dolo o mala fe, el Asegurador quedará liberado de la prestación correspondiente.

- b) También podrá declarar el Tomador del Seguro o el Asegurado aquellas circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubiesen sido conocidas por el Asegurador en el momento de la perfección del contrato, lo habría celebrado en condiciones más favorables para aquellos. En este supuesto, al finalizar el período en curso del seguro, el Asegurador deberá reducir el importe de la prima futura en la proporción

correspondiente, teniendo derecho el Tomador del Seguro o Asegurado, en caso contrario, a la resolución del contrato y la devolución de la diferencia entre la prima satisfecha y la que le hubiese correspondido pagar, desde el momento que haya puesto en conocimiento del Asegurador la disminución del riesgo.

En este caso en que la prima pagada fuera superior a la que realmente debiera de haber cobrado el Asegurador, éste está obligado a restituir el exceso de prima percibida sin intereses.

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

Artículo 17º. Comunicaciones y notificaciones entre las partes

17.1. Régimen y forma de las comunicaciones y notificaciones entre las partes por razón de este contrato

Todas las comunicaciones y notificaciones que las partes deban hacerse por razón de este contrato, relacionadas con su cumplimiento y ejecución y/o para el ejercicio de los derechos y obligaciones que del mismo se deriven deberán hacerse siempre por escrito y se regirán por lo dispuesto en el presente artículo de la póliza.

Excepcionalmente, cuando la normativa aplicable no exija que la comunicación se haga por escrito, serán válidas y surtirán plenos efectos las cursadas por el Asegurador al Tomador y/o al Asegurado realizadas por vía telefónica cuando las mismas sean grabadas en un soporte duradero que garantice su integridad siempre que el destinatario preste previamente su consentimiento expreso para dicha grabación.

17.2. Medios de efectuar las comunicaciones y notificaciones.

El asegurador podrá realizar y enviar al tomador, a los asegurados, beneficiarios y a los derechohabientes de cualesquiera de ellos las comunicaciones y notificaciones a que se refiere el punto 1 anterior, con plena validez y eficacia jurídica y surtiendo plenos efectos contractuales, por correo postal, burofax, fax, mediante correo electrónico o mediante mensaje de texto (SMS) dirigido a un teléfono móvil.

Para que dichas comunicaciones y notificaciones, cuando sean efectuadas por correo postal o burofax, surtan efectos, deberán dirigirse, en el caso de las enviadas por el Asegurador, al domicilio consignado en la póliza por el Tomador y/o el Asegurado, o al que con posterioridad a la emisión del contrato estos hayan notificado al Asegurador.

Cuando las comunicaciones y notificaciones a las que se refiere el párrafo anterior sean efectuadas por telefax, mediante mensaje de texto (SMS), o por correo electrónico deberán dirigirse, respectivamente, al número de fax, o al número de teléfono móvil o a la dirección de correo electrónico consignados en la póliza por el Tomador y/o el Asegurado, o al que con posterioridad a la emisión del contrato estos hayan notificado al Asegurador o al mediador que, en su caso, hubiera intervenido en el contrato.

Las comunicaciones y notificaciones que el Tomador y/o el Asegurado envíen al Asegurador deberán siempre dirigirse a su domicilio social, consignado en la póliza, o al de cualquiera de sus sucursales abiertas al público. Todo ello sin perjuicio de lo establecido en el punto 4 siguiente sobre comunicaciones realizadas a través de un mediador de seguros.

17.3. Fecha de efecto de las notificaciones y comunicaciones cursadas entre las partes.

Las comunicaciones y notificaciones que las partes se realicen recíprocamente surtirán efectos desde que sean recibidas por la parte destinataria, con independencia de que esta proceda o no a su lectura.

No obstante, las comunicaciones realizadas por correo postal o burofax surtirán plenos efectos contractuales desde que el Servicio de Correos intente por primera vez su entrega al destinatario en su domicilio (conforme a lo establecido en el punto 2 anterior), con independencia de que dicho intento resulte fallido por cualquier causa. En el caso de comunicaciones o notificaciones cursadas por correo electrónico o mediante mensaje de texto (SMS) a un teléfono móvil las mismas surtirán plenos efectos contractuales desde la fecha en la que sean recibidas en la dirección de correo electrónico o número de teléfono móvil de destino, con independencia de que el destinatario abra o no los correos electrónicos y/o mensajes SMS o de cuándo los abra.

17.4. Comunicaciones a través de mediadores de seguros

Las comunicaciones que efectúe el tomador del seguro al agente de seguros que medie o que haya mediado en el contrato surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado directamente a la entidad aseguradora.

Las comunicaciones efectuadas por un corredor de seguros al Asegurador en nombre del tomador del seguro surtirán los mismos efectos que si la realizara el propio tomador, salvo indicación en contrario de éste.

Las comunicaciones y notificaciones que el Asegurador efectúe al Tomador o a los Asegurados a través del agente o corredor de seguros que medie o haya mediado la operación surtirán los mismos efectos que si las hubiera realizado directamente el Asegurador.

Artículo 18º. Personas asegurables

Salvo pacto en contrario, en la fecha de la incorporación del Asegurado a la presente póliza, serán susceptibles de ser aseguradas aquellas personas que tengan una edad actuarial igual o inferior a 69 años.

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

En el caso de la Garantía de Hospitalización por Enfermedad y Accidente, serán susceptibles de ser aseguradas, salvo pacto en contrario, aquellas personas que tengan una edad menor o igual a 64 años cumplidos.

Artículo 19º. Plazos de carencia

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

19.1. Para las Garantías de Gestión y Gastos de Sepelio, Asistencia por Fallecimiento, Capital Adicional para Gastos de Sepelio, Asistencia Familiar y Repatriación, se establece un plazo de carencia de 20 días desde la fecha de incorporación del Asegurado en la póliza.

- 19.1.1.** Cuando se contrate para la Garantía de Gestión y Gastos de Sepelio la modalidad de tarifa a Prima Única, el plazo de carencia para la Garantía de Asistencia por Fallecimiento se establece por un periodo de 12 meses desde la fecha de incorporación del Asegurado en la póliza.
- 19.2.** Para la Garantía de Hospitalización por Enfermedad y Accidente se establecen los siguientes plazos de carencia, salvo pacto en contrario:
- 19.2.1.** Tres meses desde la fecha de alta de dicha garantía para el Asegurado afectado, según lo establecido en las Condiciones Particulares, salvo prescripción médica de urgencia.
- 19.2.2.** En caso de adopción de un hijo, embarazo y parto, con independencia de lo establecido en el párrafo anterior, el plazo de carencia será de ocho meses desde la fecha de alta de dicha garantía para el Asegurado afectado, según lo indicado en las Condiciones Particulares.
- 19.3.** Los plazos de carencia quedarán automáticamente derogados en caso de que el siniestro sea consecuencia de un accidente.

Artículo 20°. Designación y cambio de Beneficiarios

- 20.1.** La designación y cambio de Beneficiarios son derechos exclusivos del Tomador.
- 20.2.** La designación del Beneficiario puede efectuarse en la póliza, en cuyo caso se hará constar en las Condiciones Particulares, o en cualquier declaración escrita comunicada al Asegurador, o por testamento.
- 20.3.** El cambio del Beneficiario designado deberá realizarse en la misma forma establecida para la designación.
- 20.4.** Si los Beneficiarios no están designados e identificados por su nombre sino de una forma genérica, como «el cónyuge», «los hijos», o «los herederos», dicha designación será interpretada de la siguiente manera:
- Cónyuge: La persona que lo sea en el momento del fallecimiento del Asegurado.
 - Hijos: Todos los descendientes con derecho a herencia.
 - Herederos: Los que tengan tal condición en el momento de fallecer el Asegurado.
- En los tres casos deberá hacerse constar si son el cónyuge, hijos o herederos del Tomador, del Asegurado o de otra persona. En el caso de que no se haya especificado, el derecho corresponderá al cónyuge, hijos o herederos del Tomador.
- 20.5.** Finalmente, si en el momento de fallecer el Asegurado no hubiese Beneficiario designado ni reglas para su determinación, el capital formará parte del patrimonio del Tomador.

Artículo 21°. Ámbito Territorial

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

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

Artículo 22°. Revalorización automática anual del Capital Asegurado

Al término de cada anualidad de Seguro, el Capital Asegurado de cada una de las garantías contratadas, se revalorizará con arreglo a un porcentaje fijo acumulativo, que constará en las Condiciones Particulares de la póliza. El importe del Capital Asegurado para cada anualidad de seguro se determinará aplicando el citado porcentaje sobre el Capital Asegurado correspondiente a la anualidad inmediatamente anterior. Los incrementos de prima resultantes se reflejarán en el recibo correspondiente.

Artículo 23°. Legislación y Jurisdicción competente

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

Artículo 24°. Prescripción de las acciones derivadas del Contrato

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

Artículo 25°. Riesgos Cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros

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

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

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

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

RESUMEN DE LAS NORMAS LEGALES

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

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

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

2. Riesgos excluidos

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

- h) Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.**
- i) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de «catástrofe o calamidad nacional».**

3. Extensión de la cobertura

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

COMUNICACIÓN DE DAÑOS AL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

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

Las presentes Condiciones Generales han sido redactadas de forma simplificada para facilitar al máximo su comprensión. Por favor, léalas atentamente y solicite todas las aclaraciones que considere oportuno a su Mediador o en cualquiera de las Sucursales de Generali.

www.generali.es

generali.es

