



Condiciones Generales
Seguro de **Vida-riesgo**

Índice

1. ¿Quiénes son las personas que intervienen en el contrato?	3
2. ¿Qué son los seguros de vida «COMPLETVIDA» y «ACCESVIDA»?	3
3. ¿Qué otros conceptos básicos es importante conocer?	4
4. ¿Cuáles son las bases legales del contrato?.....	5
5. ¿Quiénes pueden ser asegurados?	6
5.1 Profesiones no asegurables (únicamente en la modalidad de seguro «COMPLETVIDA»).....	6
6. ¿Cuáles son las condiciones de admisión establecidas por la entidad aseguradora?.....	6
7. ¿Cuál es la cobertura del seguro?	7
7.1. Garantía principal de FALLECIMIENTO	7
7.1.1. ¿Qué se cubre?.....	7
7.1.2 ¿Qué no se cubre?.....	7
7.2. Garantías complementarias	7
7.2.1. Anticipo por INVALIDEZ ABSOLUTA Y PERMANENTE	7
7.2.2. Anticipo por ENFERMEDAD GRAVE.....	8
7.2.3. Capital adicional en caso de FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE.....	11
7.2.4. Capital adicional en caso de INVALIDEZ ABSOLUTA Y PERMANENTE POR ACCIDENTE... 11	
7.2.5. INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE	11
8. Riesgos no cubiertos.....	11
9. ¿Cómo se formaliza el contrato y cuándo entra en vigor?	13
10. Carencias	13
11. Duración del seguro	13
12. ¿Cómo se revalorizan anualmente los capitales asegurados?	14
13. ¿Cuándo y cómo se pagan las primas?.....	14
13.1. Pago domiciliado.....	15
13.2. Fraccionamiento de la prima.....	15
13.3. Consecuencias del impago de la prima	15
14. ¿Qué otras obligaciones tienen el tomador y el asegurado?	15
15. ¿A quién se entrega la prestación?	16
15.1 En la contingencia de fallecimiento	16
15.1.1. Designación del beneficiario.	16
15.1.2. Revocación del beneficiario designado.	16
15.2. En las contingencias de invalidez absoluta y permanente, enfermedad grave e indemnización diaria por hospitalización a consecuencia de un accidente	16
15.3. Opción de Renta	17
16. ¿Cuál es el procedimiento de actuación para percibir la prestación?	17
16.1. Para la contingencia de fallecimiento	17
16.2. Para la contingencia de invalidez absoluta y permanente.....	17
16.3. Para la contingencia de enfermedades graves.....	18
16.4. Para la contingencia de hospitalización a consecuencia de un accidente.....	18

17. ¿Cuándo puede producirse la nulidad del seguro y qué consecuencias tiene el incumplimiento de las obligaciones del tomador y del asegurado?	18
17.1. Nulidad del contrato	18
17.2. Pérdida del derecho a la prestación	18
17.3. Supuestos en los que la entidad aseguradora reducirá el importe de la prestación.....	19
18. ¿Dónde deben ser enviadas las comunicaciones recíprocas?.....	19
19. Instancias de reclamación y jurisdicción.....	19
20. Prescripción	20
21. ¿Quién deberá pagar los impuestos?	20
22. Protección de los datos personales	20
23. Cláusula de indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios.....	21
Garantía complementaria de ASISTENCIA EN VIAJE	24
Garantía complementaria de SERVICIOS DE ASISTENCIA	30

La presente póliza se rige por lo dispuesto en la legislación que a continuación se detalla y por lo convenido en estas condiciones generales y particulares adjuntas, las cuales establecen los derechos y las obligaciones de las partes contratantes, así como el alcance de las coberturas contratadas.

1. ¿Quiénes son las personas que intervienen en el contrato?

- a. La **entidad aseguradora**: AGRUPACIÓN AMCI DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., en adelante la entidad aseguradora, quien en su condición de asegurador asume la cobertura de las prestaciones previstas en este contrato. La entidad aseguradora está sometida a la normativa vigente en el Estado español, ejerciendo el control de su actividad el Ministerio de Economía a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, organismo competente en materia de seguros.
- b. El **tomador** del seguro: la persona que juntamente con la entidad aseguradora suscribe este contrato y a quien corresponden los derechos y las obligaciones del mismo, salvo aquéllos que, por su naturaleza, correspondan al asegurado y/o al beneficiario.
- c. El **asegurado**: la persona física sobre cuya vida se concierta el seguro.
- d. Los **beneficiarios**: las personas que tienen el derecho a percibir las prestaciones del seguro.

En este seguro serán beneficiarios:

- Para las contingencias de fallecimiento del asegurado, la prestación se abonará a los beneficiarios designados por el tomador del seguro. Si en el momento del fallecimiento del asegurado no hubiera beneficiarios concretamente designados, ni reglas para su determinación, se entenderá que los mismos son, por el siguiente orden preferente y excluyente, el cónyuge del asegurado - salvo que hubiese recaído sentencia de separación -, o su actual pareja de hecho, debidamente inscrita en el Registro de Parejas de Hecho en la fecha de fallecimiento del asegurado, sus hijos a partes iguales, sus padres también a partes iguales y, por último, sus herederos.
- Para las contingencias de enfermedad grave e invalidez absoluta y permanente, en caso de ser reconocida cualquiera de dichas situaciones al asegurado por la entidad aseguradora, así como para la contingencia de hospitalización a consecuencia de accidente, el beneficiario de la prestación será siempre el asegurado.

2. ¿Qué son los seguros de vida «COMPLETVIDA» y «ACCESVIDA»?

El seguro de vida «COMPLETVIDA» y «ACCESVIDA» son dos modalidades de un contrato de seguro de vida riesgo, por el cual la entidad aseguradora, mediante el cobro de las primas estipuladas, garantiza el pago del capital asegurado en caso de fallecimiento del asegurado producido por cualquier causa, **dentro de los límites y riesgos no cubiertos que se indican en estas condiciones generales y en las particulares.**

Asimismo, este seguro de vida, tiene por objeto la cobertura de otras garantías complementarias, algunas de las cuales son de suscripción obligatoria y otras pueden ser suscritas de forma voluntaria por el tomador.

La modalidad de seguro suscrita por el tomador figurará, de forma destacada, en las condiciones particulares de la póliza.

Cada una de las dos modalidades de seguro «COMPLETVIDA» y «ACCESVIDA» comporta unas opciones y límites de contratación, el conjunto de garantías que pueden ser contratadas y, en su caso, una forma de determinación de las primas.

Las garantías del seguro se indican en las condiciones particulares.

En la modalidad «ACCESVIDA» el tomador deberá suscribir obligatoriamente, en las cuantías previstas:

- la «Garantía principal de Fallecimiento»,
- la «Garantía complementaria de Anticipo por Invalidez Absoluta y Permanente»,
- la «Garantía complementaria de Asistencia en Viaje», cuyas condiciones generales se recogen en el Anexo I del presente documento, y
- la «Garantía complementaria de Servicios de Asistencia», cuyas condiciones generales se recogen, asimismo, en el Anexo II de este documento.

En la modalidad «COMPLETVIDA» el tomador deberá suscribir obligatoriamente las mismas garantías, excepto la «Garantía complementaria de Anticipo por Invalidez Absoluta y Permanente».

A su vez, **en la modalidad «COMPLETVIDA»**, el tomador, opcionalmente, podrá suscribir algunas de las siguientes garantías complementarias:

- a. «Garantía complementaria de Anticipo por Invalidez Absoluta y Permanente».
- b. «Garantía complementaria de Anticipo por Enfermedad Grave».
- c. «Garantía complementaria de capital adicional en caso de Fallecimiento por Accidente».
- d. «Garantía complementaria de capital adicional en caso de Invalidez Absoluta y Permanente por Accidente».
- e. «Garantía complementaria de Indemnización diaria por Hospitalización a consecuencia de un Accidente».

El alcance y la cobertura de cada una de dichas garantías se recogen en los epígrafes 7 y 8 posteriores.

3. ¿Qué otros conceptos básicos es importante conocer?

A los efectos de este contrato se entiende por:

- **Accidente:** toda lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa, imprevista y ajena a la intencionalidad del asegurado.
No se considerarán como accidentes las enfermedades de cualquier tipo que no sean consecuencia directa de una lesión orgánica derivada de un accidente y en especial las psiquiátricas. Tampoco se considerarán como accidentes el infarto de miocardio ni los accidentes cardiovasculares, ictus, hemorragia cerebral o derrame cerebral.
- **Capital asegurado:** el importe de la prestación establecida para cada una de las garantías del seguro, que constituye el límite máximo de indemnización a pagar por la entidad aseguradora en caso de siniestro.

- **Clasificación TNM:** es la que permite describir la gravedad del cáncer que aqueja a una persona, basándose en la extensión del tumor original (primario) y si el cáncer se ha diseminado en el cuerpo o no.
- **Séptima edición AJCC:** Séptima edición del **American Comitee on Cancer**, autor del sistema de clasificación TNM.
- **Carencia:** período de tiempo durante el cual no están en vigor algunas de las garantías de la póliza, contado a partir de la fecha de efecto de la garantía.
- **Hospital:** todo establecimiento legalmente autorizado para el tratamiento de lesiones corporales, provisto de los medios para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas. Dicho establecimiento debe estar atendido por un médico las veinticuatro horas del día. **No se considerarán hospitales los sanatorios, balnearios, casas de reposo y cualquier otro establecimiento dedicado principalmente al tratamiento de enfermedades crónicas e instalaciones similares.**
- **Hospitalización del asegurado:** supone el registro de entrada y su permanencia en el hospital durante un mínimo de 24 horas. Para la determinación del número de días de hospitalización se computará el día del ingreso **pero no el del alta.** No se considerarán Hospitalización a los efectos de la garantía de esta póliza los ingresos o permanencias hospitalarias que respondan a tratamiento de afecciones de tipo psiquiátrico y a rehabilitación.
- **Invalidez Absoluta y Permanente:** la situación física o psíquica irreversible, **constatada por la entidad aseguradora**, que inhabilite al asegurado para realizar por completo toda profesión, oficio, actividad laboral, profesional o empresarial, provocada por accidente o enfermedad y originada por causa ajena a la voluntad del asegurado, **no pudiendo ser invocados por el asegurado como presunción a su favor, los criterios de concesión de prestaciones de igual o similar naturaleza por parte de la Seguridad Social u otras entidades tanto públicas como privadas.**
- **Prima:** el precio del seguro. El recibo de prima comprende, además de ésta, los recargos e impuestos legalmente repercutibles.
- **Siniestro:** el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura por el contrato de seguro, y cuyas consecuencias económicas sobre el interés asegurado obliga a la entidad aseguradora a indemnizar dentro de los límites pactados, de conformidad con lo establecido en las condiciones de la póliza.
- **Solicitud de seguro:** el documento cumplimentado por el potencial tomador del seguro mediante el cual éste pide a la entidad aseguradora las coberturas descritas en dicho documento y, en consecuencia, la emisión de la correspondiente póliza.

4. ¿Cuáles son las bases legales del contrato?

La Ley del Contrato de Seguro (Ley 50/1980 de 8 de octubre – BOE de 17 de octubre de 1980) y la Ley de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (Ley 20/2015, de 14 de julio – BOE de 15 de julio), constituyen la legislación aplicable al contrato, así como la normativa que las desarrolla o sustituya en el futuro.

Son de aplicación también la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre – BOE de 14 de diciembre de 1999) y sus normas de desarrollo.

Constituyen las bases fundamentales de este contrato las declaraciones del tomador recogidas en la solicitud de seguro y las respuestas del asegurado contenidas en los cuestionarios previos a la contratación de su seguro, a los que, en su caso, la entidad aseguradora le someta.

La **póliza** es el documento que contiene las condiciones reguladoras del presente contrato de seguro y que está integrado conjuntamente por:

- Las presentes **condiciones generales** que regulan los derechos y deberes de las partes, así como el alcance de las coberturas.
- Las **condiciones particulares** que recogen las cláusulas especiales y los datos propios e individualizados de cada contrato, así como los suplementos y apéndices que se produzcan durante la vigencia del seguro, para complementarlas o modificarlas y, en su caso, las condiciones especiales. La emisión de un nuevo suplemento a las condiciones particulares dejará sin efecto a las emitidas anteriormente.

Si el contenido de la póliza difiere de la solicitud o de las cláusulas acordadas, el tomador podrá pedir en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza, que se subsanen las divergencias existentes. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza.

5. ¿Quiénes pueden ser asegurados?

Pueden ser asegurados **las personas físicas que**, en el momento de la suscripción, tengan entre 16 y 64 años de edad y **cumplan los criterios de admisión establecidos por la entidad aseguradora.**

La garantía complementaria optativa de «Anticipo por Enfermedad Grave», no podrá ser contratada por personas que, en el momento de la suscripción, hayan alcanzado los 55 años de edad.

5.1 Profesiones no asegurables (únicamente en la modalidad de seguro «COMPLETVIDA»)

Esta modalidad no podrá ser contratada por:

- Los profesionales de los cuerpos de bomberos, rescate y salvamento.
- Los profesionales que manipulen explosivos.
- Los profesionales de las Fuerzas Armadas y de los Cuerpos de Seguridad de todas las Administraciones.
- Los profesionales o personas contratadas para realizar funciones de vigilancia privada y/o de control de acceso a todo tipo de locales o establecimientos.
- Las personas que trabajan en plataformas de perforación de todo tipo.

6. ¿Cuáles son las condiciones de admisión establecidas por la entidad aseguradora?

Al solicitar el seguro, el asegurado deberá cumplimentar el cuestionario de declaración del riesgo al que la entidad aseguradora le someta.

Este contrato de seguro se basa en las declaraciones efectuadas por el asegurado en dicho cuestionario y la prima se ajusta en consecuencia.

El tomador del seguro tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar a la entidad aseguradora, de acuerdo con el cuestionario que ésta le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo, tales como la actividad profesional ejercida, la práctica de deportes y los antecedentes médicos.

No obstante, el tomador quedará exonerado de tal deber cuando se trate de circunstancias que no estén comprendidas en el mencionado cuestionario de declaración del riesgo, aunque dichas circunstancias puedan influir en la valoración del riesgo.

La entidad aseguradora se reserva la facultad de solicitar más información y de aceptar la solicitud de contratación del seguro en condiciones normales o con condiciones especiales, así como de diferirla o rechazarla.

Toda falsa declaración, reticencia, omisión o inexactitud en las declaraciones del asegurado y, en su caso, del tomador, si es una persona distinta, entrañan la pérdida total o parcial de la prestación de acuerdo con lo indicado en el epígrafe 17 posterior de estas condiciones generales.

7. ¿Cuál es la cobertura del seguro?

Durante el período de vigencia del seguro y dentro de los límites y términos establecidos en las condiciones generales y particulares de la presente póliza, la entidad aseguradora cubre exclusivamente las prestaciones correspondientes a cada una de las garantías del seguro indicadas en las condiciones particulares.

El alcance y la cobertura de cada una de dichas garantías será la siguiente:

7.1. Garantía principal de FALLECIMIENTO

7.1.1. ¿Qué se cubre?

En caso de fallecimiento del asegurado, si éste ocurre durante la vigencia del seguro, la entidad aseguradora se obliga a pagar a los beneficiarios el capital asegurado vigente en la fecha de fallecimiento, dentro de los límites establecidos a continuación y siempre que no se contemple su exclusión en los riesgos no cubiertos definidos en el apartado 8 de estas condiciones generales.

7.1.2 ¿Qué no se cubre?

En el supuesto de que la muerte del asegurado sea causada dolosamente por el beneficiario, privará a éste del derecho a percibir la prestación establecida, integrándose ésta en el patrimonio del tomador. Si existieran varios beneficiarios, los no intervinientes en el fallecimiento conservarán su derecho y, si no existe estipulación en contrario, la parte no adquirida acrecerá en la de los demás.

7.2. Garantías complementarias

La contratación de alguna o algunas de las siguientes garantías complementarias se hará constar expresamente en las condiciones particulares de la póliza.

7.2.1. Anticipo por INVALIDEZ ABSOLUTA Y PERMANENTE

La entidad aseguradora se obliga a pagar al asegurado el capital asegurado vigente para esta garantía complementaria, si éste queda afectado por una invalidez absoluta

y permanente, de conformidad con la definición que consta en el apartado 3 de estas condiciones generales, durante la vigencia de esta garantía complementaria, y siempre que no se contemple su exclusión en los riesgos no cubiertos definidos en el apartado 8 de estas condiciones generales.

En caso de pago de la prestación de esta garantía complementaria, con dicho pago, se extinguirá el seguro.

7.2.2. Anticipo por ENFERMEDAD GRAVE

La entidad aseguradora se obliga a pagar al asegurado el capital asegurado vigente para esta garantía complementaria, si se le diagnostica una de las enfermedades detalladas en las siguientes letras del apartado 7.2.2.1: A), B), C) y D) o inmediatamente después de que el asegurado haya sufrido una de las intervenciones quirúrgicas indicadas en las letras E) y F).

Por esta garantía se derivará un sólo pago del capital asegurado, aún en el caso de que se le diagnostiquen al asegurado más de una de las enfermedades descritas o que se le practique más de una de las intervenciones indicadas, en la misma o en distintas fechas.

7.2.2.1. Enfermedades cubiertas

Las enfermedades graves cubiertas por esta garantía, son únicamente las que se relacionan a continuación, las cuales deberán aparecer y ser diagnosticadas durante la vigencia de la póliza y no haber producido sintomatología con anterioridad a la contratación de la póliza.

A) CÁNCER

Alcance de la cobertura

Cáncer es un tumor maligno caracterizado por el crecimiento y desarrollo descontrolado de células malignas con invasión y destrucción del tejido normal. El término cáncer incluye leucemia, linfoma, sarcoma y enfermedad de Hodgkin. El cáncer debe precisar tratamiento quirúrgico, radioterapia o quimioterapia. El diagnóstico debe estar confirmado por un informe patológico válido y el informe de un especialista colegiado.

¿Qué no se cubre?

Los siguientes cánceres están excluidos:

- Todos los tumores que histológicamente sean clasificados como benignos, premalignos, malignos dudosos o en el límite, de baja malignidad potencial, o no invasivos;
- Cualquier lesión clasificada como carcinoma in situ (Cis) o Ta por la Clasificación TNM de la Séptima Edición de la AJCC;
- Todos los cánceres de piel no melanomas;
- Todos los tumores de próstata a menos que histológicamente sean clasificados con un grado mayor de 6 según la escala de Gleason, o haya progresado hasta al menos la clase T2N0M0 según la clasificación TNM de la Séptima Edición de la AJCC;
- Cualquier melanoma que tenga un espesor menor o igual a 1.0 mm y sea clasificado como T1aN0M0 por la Clasificación TNM de la Séptima Edición de la AJCC;
- Los cánceres de tiroides en su etapa inicial que sean menores o iguales a 2 cm de

diámetro e histológicamente sean clasificados como T1N0M0 por la clasificación TNM de la Séptima Edición de la AJCC;

- Cualquier forma de cáncer en presencia de infección por VIH, incluyendo, pero no limitado a, linfoma o sarcoma de Kaposi.

B) INFARTO DE MIOCARDIO

Alcance de la cobertura

Muerte de una porción del músculo cardíaco como resultado de un suministro inadecuado de sangre al área relevante como consecuencia de enfermedad coronaria, causada durante la vigencia de la póliza y diagnosticada como un infarto nuevo agudo de miocardio y con carácter definitivo. El diagnóstico debe estar respaldado por la suma de los tres criterios siguientes y será diagnóstico de un nuevo y definitivo infarto agudo de miocardio:

- Existencia de los síntomas clínicamente aceptados como propios del diagnóstico de un infarto agudo de miocardio; y
- Existencia de nuevos cambios electrocardiográficos característicos; y
- El aumento característico por encima de los valores normales aceptados de los marcadores bioquímicos cardíacos específicos, como la CK-MB (creatinquinasa MB) o las troponinas cardíacas.

El infarto de miocardio que suceda durante una intervención coronaria debe tener un nivel de troponinas cardíacas que sea al menos tres veces más elevadas que el límite superior de los valores normales de laboratorio.

¿Qué no se cubre?

La angina de pecho y otras formas de síndromes coronarios agudos no están cubiertos.

C) ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

Alcance de la cobertura

Un accidente cerebrovascular, ictus, hemorragia cerebral o derrame cerebral, se define como un incidente cerebrovascular que causa una muerte irreversible del tejido cerebral debido a una hemorragia intracraneal o debido a una embolia o trombosis en un vaso intracraneal. Este incidente debe ocasionar un deterioro funcional neurológico permanente con señales neurológicas anormales objetivas en un examen físico hecho por un neurólogo al menos tres meses después del incidente. El accidente cerebrovascular, ictus, hemorragia cerebral o derrame cerebral, debe haber tenido lugar durante la vigencia de la póliza y ser diagnosticado como un nuevo accidente cerebrovascular, además el diagnóstico debe estar respaldado por hallazgos en pruebas de imagen cerebral.

¿Qué no se cubre?

Los siguientes incidentes están excluidos:

- Ataque isquémico transitorio (AIT);
- Daño cerebral debido a un accidente o lesión;
- Trastornos de los vasos sanguíneos que afecten el ojo, incluyendo infarto del nervio óptico o la retina;
- Trastornos isquémicos del sistema vestibular;
- Accidente cerebrovascular silencioso asintomático hallado en pruebas de imagen.

D) INSUFICIENCIA RENAL

Alcance de la cobertura

La insuficiencia total e irreversible de ambos riñones, iniciada y diagnosticada durante la vigencia de la póliza. Se debe haber establecido diálisis renal continua y la diálisis debe estar considerada médicamente necesaria por un nefrólogo colegiado.

¿Qué no se cubre?

La insuficiencia renal aguda reversible que sólo precise diálisis renal temporal no está cubierta.

E) CIRUGÍA DE LAS ARTERIAS CORONARIAS (BY-PASS CORONARIO)

Alcance de la cobertura

El sometimiento a una cirugía con toracotomía para corregir el estrechamiento o bloqueo de una o más arterias coronarias con inserción de injerto(s) de bypass. Se deben aportar las pruebas angiográficas preoperatorias de la enfermedad de las arterias coronarias obstructivas, y la cirugía de bypass coronario debe ser considerada como el tratamiento más apropiado por el cardiólogo del asegurado.

¿Qué no se cubre?

Están excluidas la angioplastia con balón (PTCA), cateterismo cardíaco, técnica con láser, técnica con rotablate, stent y cualquier otra técnica basada en catéter intravascular.

F) TRASPLANTE DE ÓRGANOS VITALES

Alcance de la cobertura

El sometimiento actual, como receptor, a un trasplante de corazón, pulmón, hígado, páncreas, o riñón, por enfermedad iniciada y diagnosticada durante la vigencia de la póliza. El trasplante de médula ósea también está cubierto, en las mismas circunstancias, si el asegurado se ha sometido al trasplante y un especialista confirma que el trasplante de médula ósea era médicamente necesario. Este trasplante debe haber sido considerado médicamente necesario para tratar la insuficiencia irreversible en etapa final del órgano relevante o la médula ósea.

¿Qué no se cubre?

Los trasplantes de células madre y los trasplantes de células isletas están excluidos.

7.2.2.2. ¿Qué consecuencias tiene percibir la prestación de esta garantía complementaria sobre las demás garantías del seguro?

La prestación por esta garantía complementaria de enfermedad grave se percibe una única vez, además, el pago de la prestación de esta garantía complementaria comporta la extinción de la póliza, si el capital de esta garantía complementaria es el mismo que el capital de la garantía principal de fallecimiento, anulándose por lo tanto la póliza.

En caso contrario, cuando el capital de esta garantía complementaria es inferior al capital de la garantía principal de fallecimiento, el pago de la prestación de esta garantía complementaria implicará la reducción, en el importe de la prestación, del capital asegurado para la garantía principal de fallecimiento y para la garantía

complementaria de invalidez absoluta y permanente.

7.2.3. Capital adicional en caso de FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE

La entidad aseguradora se obliga a pagar a los beneficiarios el capital asegurado vigente para esta garantía complementaria, en el caso de que el asegurado fallezca como consecuencia directa de un accidente, **de conformidad con la definición que consta en el apartado 3**, durante la vigencia de esta garantía complementaria, **siempre que no se contemple su exclusión en los riesgos no cubiertos definidos en el apartado 8** de estas condiciones generales y siempre que el fallecimiento se produzca dentro del plazo máximo de un año desde la fecha en que el accidente tuvo lugar.

7.2.4. Capital adicional en caso de INVALIDEZ ABSOLUTA Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

La entidad aseguradora se obliga a pagar al asegurado el capital asegurado vigente para esta garantía complementaria, en el caso de que éste resulte afectado por una invalidez absoluta y permanente a consecuencia directa de un accidente, **de conformidad con las definiciones que constan en el apartado 3**, durante la vigencia de esta garantía complementaria, **siempre que no se contemple su exclusión en los riesgos no cubiertos definidos en el apartado 8** de estas condiciones generales y siempre que dicho estado se produzca dentro del plazo máximo de un año desde la fecha en que el accidente tuvo lugar.

7.2.5. INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE

La entidad aseguradora se obliga a pagar al asegurado la indemnización diaria, cuyo importe se indica en las condiciones particulares para esta garantía complementaria, en caso de que el asegurado haya sido internado, **como consecuencia directa de un accidente**, en un hospital ubicado en territorio español, **de conformidad con las definiciones que constan en el apartado 3**, durante la vigencia de esta garantía complementaria, **siempre que no se contemple su exclusión en los riesgos no cubiertos definidos en el apartado 8** de estas condiciones generales y durante un período máximo de 365 días por accidente, con independencia de las complicaciones que puedan producirse.

8. Riesgos no cubiertos

La prima del seguro ha sido calculada tomando en consideración que expresamente no se cubren por la entidad aseguradora los hechos o riesgos que a continuación se detallan y que, en consecuencia, no se garantiza el pago de los capitales asegurados en dichas situaciones.

Quedan fuera del objeto de cobertura general del seguro las situaciones siguientes:

1. Todas las situaciones incluidas en los apartados «¿Qué no se cubre?» de algunas de las garantías del seguro (apartados 7.1.2 y 7.2.2.1 anteriores de estas condiciones generales).
2. Las siguientes situaciones, en función de las garantías:

Para todas las garantías del seguro:

- a. Sucesos ocurridos como consecuencia de:
- Navegación submarina o viajes de exploración.
 - Navegación aérea en cualquier clase de aeronaves no utilizadas para el transporte de pasajeros y en donde el asegurado ocupe, no obstante, plaza como piloto o pasajero.
 - Los descensos en paracaídas, así como vuelos o descensos en parapente, ala delta, ultraligeros o similares aparatos aeronáuticos.
 - Reacción o radiación nuclear y/o contaminación radiactiva causada directa o indirectamente.
- b. Las consecuencias y lesiones de un accidente originado o una enfermedad con sintomatología o diagnosticada con anterioridad a la fecha de efecto del seguro, no declaradas en la solicitud del seguro conforme al cuestionario que la entidad aseguradora presentó al asegurado.
- c. Conflictos armados, haya precedido o no declaración oficial de guerra, o cualquier otro siniestro que por su magnitud y gravedad sean clasificados por el Gobierno como «catástrofe o calamidad nacional».
- d. Siniestros acaecidos como consecuencia de riesgos extraordinarios que estén amparados por el Consorcio de Compensación de Seguros.
- e. Los accidentes y enfermedades que sean consecuencia del ejercicio de las actividades propias de los siguientes profesionales:
- Los profesionales de los cuerpos de bomberos, rescate y salvamento.
 - Los profesionales que manipulen explosivos.
 - Los profesionales de las Fuerzas Armadas y de los Cuerpos de Seguridad de todas las Administraciones.
 - Los profesionales o personas contratadas para realizar funciones de vigilancia privada y/o de control de acceso a todo tipo de locales o establecimientos.
 - Las personas que trabajan en plataformas de perforación de todo tipo.
- f. En la modalidad de seguro «COMPLETVIDA», los accidentes o enfermedades que sean consecuencia del ejercicio de una profesión diferente de la indicada en la solicitud del seguro o comunicada a la entidad aseguradora en un momento posterior.

Para la garantía principal de fallecimiento:

Suicidio, si este ocurre durante el primer año de vigencia del seguro. Se entiende por suicidio la muerte causada consciente y voluntariamente por el asegurado.

Para las garantías complementarias (todas las garantías excepto la de fallecimiento):

- a. Los siniestros causados voluntariamente por el asegurado.
- b. Los accidentes o enfermedades que sobrevengan al asegurado por embriaguez o consumo de drogas o estupefacientes no prescritos médicamente.
- c. Las consecuencias de un acto de imprudencia temeraria o negligencia grave del asegurado, así como los derivados de la participación de éste en actos delictivos, duelos o riñas, siempre que en este último caso no hubiera

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

- d. Los accidentes ocurridos al asegurado por su intervención en competiciones deportivas por tierra, mar o aire.
- e. Los accidentes causados por temblor de tierra, erupciones volcánicas, inundación y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario, así como los hechos derivados de terrorismo, motín o tumulto. No obstante, cuando el asegurado tenga su residencia habitual en España, se indemnizarán por el Consorcio de Compensación de Seguros de acuerdo con las normas indicadas en el apartado 23 de estas condiciones generales.

Para la garantía complementaria de anticipo por enfermedad grave:

- a. Cualquier enfermedad o intervención quirúrgica distinta de las expresamente descritas en el apartado 7.2.2.1 anterior.
- b. Aquellas enfermedades graves que sean consecuencia o se hallen relacionadas con el síndrome de inmunodeficiencia humano o bien, con la presencia del virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH) constatado en un test de anticuerpos del SIDA con resultado positivo.

9. ¿Cómo se formaliza el contrato y cuándo entra en vigor?

La póliza entra en vigor en la fecha de efecto indicada en las condiciones particulares de la póliza, siempre que se abone la primera prima. Los suplementos y apéndices tomarán efecto una vez se hayan cumplido los mismos requisitos.

No obstante, el tomador podrá rescindir libremente el contrato dentro de los 30 días siguientes a la fecha en la que la entidad aseguradora entregue la póliza. Esta facultad unilateral de rescisión del contrato deberá ejercitarse fehacientemente por escrito en el plazo indicado y producirá sus efectos desde el día de su expedición. A partir de esta fecha, cesará la cobertura del riesgo por parte de la entidad aseguradora, devolviendo al tomador la prima satisfecha, **excepto la parte correspondiente al tiempo en que la cobertura ha tenido vigencia.**

10. Carencias

La entidad aseguradora no cubrirá ninguna prestación por la garantía complementaria de enfermedad grave si la enfermedad inició su sintomatología o fue diagnosticada durante el período de carencia de 90 días, a contar desde la entrada en vigor de esta garantía complementaria.

Todos los cánceres que sean recurrencia o metástasis de un tumor que inicialmente ocurrió dentro del período de carencia establecido en el párrafo anterior, también están excluidos.

11. Duración del Seguro

La presente póliza se contrata por el período indicado en las condiciones particulares y, a su vencimiento, se prorrogará automáticamente por sucesivas anualidades, siempre

que la póliza se encuentre en vigor mediante el pago de la prima correspondiente, de acuerdo con la edad alcanzada por el asegurado y las tarifas de primas establecidas por la entidad aseguradora en cada renovación anual.

No obstante, el seguro se extingue en los siguientes supuestos:

- a. Cuando el tomador solicite su rescisión, oponiéndose a la prórroga mediante comunicación escrita a la entidad aseguradora, efectuada con un plazo mínimo de un mes de anticipación al vencimiento de la anualidad de seguro en curso.
- b. Cuando el tomador deje de pagar las primas dentro de los plazos establecidos en estas condiciones generales.
- c. Por fallecimiento del asegurado o, en su caso, por pago de la prestación en caso de invalidez absoluta y permanente del mismo.
- d. En el caso que por diagnóstico de enfermedad grave la entidad aseguradora pague la totalidad del capital previsto en el seguro principal de fallecimiento.
- e. En función de las garantías:
 - La cobertura de la **garantía principal de fallecimiento** y de las garantías complementarias de Capital Adicional en caso de Fallecimiento por Accidente, de Asistencia en Viaje y de Servicios de Asistencia, salvo pacto en contrario, al finalizar la anualidad de seguro en que el asegurado cumpla los 70 años de edad.
 - La cobertura de cualquier otra **garantía complementaria**, al finalizar la anualidad de seguro en que el asegurado cumpla los 65 años de edad.
 - La cobertura de la **garantía complementaria de anticipo por enfermedad grave**, por pago de la prestación de esta garantía.

12. ¿Cómo se revalorizan anualmente los capitales asegurados?

Al vencimiento de cada anualidad de seguro, y salvo renuncia expresa del tomador, los importes asignados a las distintas garantías aseguradas que figuran en las condiciones particulares, excepto en el caso que se alcancen los límites de aseguramiento establecidos por la entidad aseguradora, se revalorizarán automáticamente en función de las variaciones positivas del Índice nacional general de Precios al Consumo (IPC). De igual forma la prima de cada garantía se calculará de acuerdo con la edad alcanzada, aplicando las tarifas vigentes en el momento de la renovación anual sobre los nuevos capitales revalorizados.

La revalorización automática de capitales no será de aplicación para las cantidades establecidas como límites cuantitativos de cobertura en estas condiciones generales o, en su caso, en las condiciones particulares y las sumas aseguradas de la «Garantía complementaria de Asistencia en Viaje».

13. ¿Cuándo y cómo se pagan las primas?

El tomador está obligado al pago del primer recibo de prima en el momento de la formalización del seguro. Los sucesivos recibos de prima se abonarán por anticipado en los correspondientes vencimientos.

El pago de la prima se hará en el domicilio de la entidad aseguradora, si no se especifica

nada en contra en las condiciones particulares.

13.1. Pago domiciliado

Si se pacta la domiciliación bancaria de los recibos de prima, se aplicarán las siguientes normas:

- a. El tomador entregará a la entidad aseguradora carta dirigida a la entidad de crédito, dando la orden oportuna al efecto.
- b. La prima se entenderá satisfecha en la fecha de su vencimiento, salvo que, intentando el cobro, el recibo de prima resultase impagado por cualquier motivo.
- c. Durante la vigencia de la póliza, el tomador podrá cambiar libremente la cuenta bancaria donde desea domiciliar los recibos de prima, siendo necesario que lo comunique a la entidad aseguradora a la vez que le facilite la nueva orden de domiciliación, dirigida a la entidad de crédito, de los recibos de prima en la nueva cuenta.

13.2. Fraccionamiento de la prima

La prima se establece por períodos anuales. No obstante, el tomador podrá solicitar el fraccionamiento semestral, trimestral o mensual, aplicando la entidad aseguradora el correspondiente recargo, de acuerdo con las tarifas y límites vigentes en cada momento. **El fraccionamiento no libera al tomador de la obligación de abonar la totalidad de la prima anual**, salvo en caso de fallecimiento del asegurado, en el que la entidad aseguradora renuncia a reclamar la fracción o fracciones de prima todavía no satisfechas de la anualidad de seguro en curso durante la que ocurra el fallecimiento.

13.3. Consecuencias del impago de la prima

Si por culpa del tomador la primera prima no ha sido pagada, la entidad aseguradora tiene el derecho a resolver el contrato **o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva** con base a la póliza. Si por culpa del tomador, la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, la entidad aseguradora quedará liberada de su obligación.

En el caso de falta de pago de una de las primas siguientes, la cobertura del seguro quedará suspendida un mes después del día de su vencimiento. Hallándose la póliza en suspenso, la entidad aseguradora podrá instar la resolución por falta de pago de los recibos de prima. Si la entidad aseguradora no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido. **Si, de conformidad con lo expuesto, el contrato se halla resuelto o extinguido, el tomador no podrá rehabilitar la póliza.**

14. ¿Qué otras obligaciones tienen el tomador y el asegurado?

El tomador o, en su caso, el asegurado, en la modalidad «COMPLETVIDA», deberá comunicar, tan pronto como le sea posible, los cambios de profesión del asegurado o actividad de la empresa en la que trabaja, la inclusión de riesgos suplementarios, tales como la práctica de deportes de mayor riesgo que los declarados inicialmente.

La entidad aseguradora dispone de un plazo de dos meses, desde que le sea declarada la agravación del riesgo, para proponer una modificación del contrato. En dicho

supuesto el tomador tiene un plazo de 15 días desde la recepción de la modificación para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo, o de silencio por parte del tomador, la entidad aseguradora, transcurrido dicho plazo, puede rescindir el contrato, previa advertencia al tomador, dándole para que conteste un nuevo plazo de 15 días, transcurridos los cuales, y dentro de los 8 días siguientes, comunicará al tomador la rescisión definitiva.

La entidad aseguradora igualmente podrá rescindir el contrato comunicándolo por escrito al tomador dentro de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo.

Si las nuevas circunstancias dieran lugar a que el seguro pudiera contratarse en condiciones más favorables, la prima de la siguiente anualidad se reducirá en la proporción correspondiente.

No se considerará agravación del riesgo la aparición de enfermedades o incapacidades sobrevinidas durante el transcurso del seguro y de las cuales el asegurado no tuviese conocimiento en el momento de realizar las declaraciones en el cuestionario.

15. ¿A quién se entrega la prestación?

15.1 En la contingencia de fallecimiento

15.1.1. Designación del beneficiario

El tomador del seguro podrá designar beneficiario o modificar la designación anteriormente realizada, sin necesidad de consentimiento de la entidad aseguradora.

La designación del beneficiario podrá hacerse en la póliza, en una posterior declaración escrita comunicada fehacientemente a la entidad aseguradora o en el último testamento válido, siendo la última efectuada en el tiempo la que se tendrá en cuenta.

Si en el momento del fallecimiento del asegurado no hubiera beneficiarios concretamente designados, se entenderá, de conformidad con lo establecido en el apartado 1. d) de estas condiciones generales, que los mismos son, por el siguiente orden preferente y excluyente, el cónyuge del asegurado - salvo que hubiese recaído sentencia de separación - o su actual pareja de hecho, debidamente inscrita en el Registro de Parejas de Hecho en la fecha de fallecimiento del asegurado, sus hijos a partes iguales, sus padres también a partes iguales y, por último, sus herederos.

15.1.2. Revocación del beneficiario designado.

El tomador del seguro puede revocar la designación del beneficiario en cualquier momento, mientras no haya renunciado expresamente y por escrito a tal facultad.

La revocación deberá hacerse en las mismas formas previstas que para realizar la designación.

15.2. En las contingencias de invalidez absoluta y permanente, enfermedad grave e indemnización diaria por hospitalización a consecuencia de un accidente

En caso de ser reconocida la situación de invalidez absoluta y permanente, la prestación de enfermedades graves o la indemnización por hospitalización diaria a consecuencia de un accidente, por la entidad aseguradora, la prestación se entregará al asegurado. En el

supuesto de fallecimiento del asegurado, una vez reconocida la prestación por la entidad aseguradora y pendiente de cobro, ésta será abonada a aquéllos que sean beneficiarios de la contingencia de fallecimiento del asegurado.

15.3. Opción de Renta

A petición de los beneficiarios, se podrá transformar la totalidad o una parte del capital en una renta, a elegir entre las que tenga en vigor la entidad aseguradora en el momento de la transformación.

Para la transformación del capital asegurado en una renta asegurada, se aplicarán las bases técnicas que la entidad aseguradora tenga en vigor en el momento de la transformación.

16. ¿Cuál es el procedimiento de actuación para percibir la prestación?

Los beneficiarios o el asegurado, según el caso, deberán comunicar por escrito a la entidad aseguradora el hecho que pueda dar lugar a una prestación del seguro, lo antes posible y en el plazo máximo de 7 días desde haber conocido el siniestro.

Para percibir la prestación, los beneficiarios deberán aportar la siguiente documentación:

16.1. Para la contingencia de fallecimiento

- a. Certificado de defunción del asegurado.
- b. Certificado de nacimiento del asegurado o copia del DNI y, en su defecto, permiso de residencia.
- c. Informe del médico que haya asistido al asegurado, detallando los antecedentes, el origen, la evolución y la naturaleza de la enfermedad o lesión corporal que haya originado el fallecimiento o, en su caso, testimonio de las diligencias judiciales o documentos que acrediten el fallecimiento por accidente.
- d. Documentos acreditativos de la personalidad y legitimación de los beneficiarios. En su caso, Certificado del Registro de Últimas Voluntades, copia del último testamento del tomador y, si no existiera testamento, deberá aportarse el acta notarial de notoriedad o el Auto judicial de Declaración de Herederos Abintestato.
- e. En el supuesto de que el tomador y el beneficiario no sean la misma persona, documento que justifique haber presentado a liquidación la documentación correspondiente para el pago del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones o, en su caso, el ingreso de la autoliquidación practicada.

16.2. Para la contingencia de invalidez absoluta y permanente

La entidad aseguradora pagará la prestación contratada, una vez recibida y aceptada la siguiente documentación:

- a. Certificado médico en el que se precise la naturaleza, causas, principio y evolución de la enfermedad o lesión corporal que haya originado la situación de invalidez absoluta y permanente del asegurado.
- b. Informe de la autoridad administrativa competente sobre las causas y calificación de la invalidez.

La comprobación y determinación de la invalidez se efectuará por la entidad aseguradora después de la presentación de la documentación anterior y, en su caso, una vez examinado al asegurado por los servicios médicos de la entidad aseguradora.

16.3. Para la contingencia de enfermedades graves

- a. Declaración, por escrito, del asegurado que ha sido diagnosticado de una grave enfermedad que pueda originar una situación indemnizable por esta póliza.
- b. Certificados y pruebas médicas necesarias para determinar con exactitud el diagnóstico de la enfermedad según las características propias de la enfermedad cubierta. A estos efectos la entidad aseguradora facilitará, en su caso, los oportunos cuestionarios que deberán ser cumplimentados por el médico del asegurado.

16.4. Para la contingencia de hospitalización a consecuencia de un accidente

- a. Informe médico en el que se precise la naturaleza y causas de la lesión corporal resultante del accidente que haya originado la hospitalización del asegurado, así como la fecha del accidente.
- b. Informe del centro hospitalario en donde se indiquen las fechas de ingreso y alta del asegurado.

17. ¿Cuándo puede producirse la nulidad del seguro y qué consecuencias tiene el incumplimiento de las obligaciones del tomador y del asegurado?

17.1. Nulidad del contrato

El contrato de seguro será nulo si en el momento de su conclusión el siniestro ya hubiera ocurrido.

17.2. Pérdida del derecho a la prestación

La plena validez de esta póliza depende de la veracidad y exactitud de las declaraciones del tomador y, en su caso, del asegurado, realizadas en la solicitud de seguro, en los cuestionarios a los que sean sometidos por la entidad aseguradora y en cualquier otra declaración escrita.

Los beneficiarios perderán el derecho a la indemnización en los siguientes casos:

- a. Cuando el tomador y, en su caso, el asegurado incurran, al cumplimentar los correspondientes cuestionarios sobre la valoración del riesgo, en ocultación dolosa o con culpa grave.
- b. En el supuesto de indicación inexacta de la edad del asegurado, cuando la verdadera edad de éste, en el momento de la entrada en vigor del contrato, excediera de los límites de admisión establecidos por la entidad aseguradora.
- c. Cuando, durante la vigencia del seguro, el tomador o el asegurado no comuniquen la agravación del riesgo, si han actuado con mala fe.
- d. Si la primera prima no ha sido pagada por el tomador antes de que se produzca el siniestro.

- e. Si el tomador o el asegurado no facilitan a la entidad aseguradora la información necesaria, a juicio de esta última, sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro, en el supuesto de que hubiese ocurrido dolo o culpa grave.

17.3. Supuestos en los que la entidad aseguradora reducirá el importe de la prestación

- a. Si ocurre un siniestro antes de que a la entidad aseguradora le sea comunicada la agravación del riesgo, y siempre que el tomador o el asegurado no hayan actuado con mala fe, la entidad aseguradora pagará la cantidad que habría podido ser asegurada con la prima satisfecha al aplicar la prima que le hubiera correspondido, de acuerdo con la verdadera entidad del riesgo.
- b. Si en el momento de pagar la prestación se comprobase que la fecha de nacimiento del asegurado no corresponde con la declarada, aun encontrándose dentro de los límites de admisión establecidos por la entidad aseguradora y, en consecuencia, la prima pagada fuera inferior a la que le hubiera correspondido, en el momento de pagar la prestación, la entidad aseguradora reducirá el capital asegurado en proporción a la prima recibida. Si, por el contrario, la prima percibida es superior, la entidad aseguradora devolverá el exceso de prima sin intereses.

18. ¿Dónde deben ser enviadas las comunicaciones recíprocas?

Las comunicaciones dirigidas a la entidad aseguradora por parte del tomador, del asegurado o de los beneficiarios, deben ser dirigidas por escrito al domicilio social de la entidad aseguradora, o en su caso, a través del agente de ésta. Las comunicaciones remitidas por los corredores de seguros o por cualquier otra persona a la atención de la entidad aseguradora no se considerarán notificadas hasta que sean recibidas en el domicilio de ésta.

Las comunicaciones efectuadas a la entidad aseguradora por un corredor de seguros en nombre del tomador, surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio tomador, salvo indicación en contrario de éste, precisándose el consentimiento expreso del tomador del seguro para suscribir un nuevo contrato, para modificar o rescindir el contrato de seguro en vigor, o para realizar modificaciones respecto a la domiciliación bancaria o sistema de abono de los recibos de prima.

Las comunicaciones de la entidad aseguradora al tomador, al asegurado o a los beneficiarios, se realizarán al último domicilio comunicado a la entidad aseguradora.

19. Instancias de reclamación y jurisdicción

Las discrepancias que puedan surgir frente a la entidad aseguradora, y sin perjuicio del derecho de acudir a los Juzgados y Tribunales competentes, podrán ser sometidas a resolución de cualquiera de las siguientes instancias en el ámbito asegurador y de conformidad con lo establecido en las Ordenes del Ministerio de Economía y Competitividad ECO/ 734/ 04, de 11 de marzo y ECC/ 2502/2012, de 16 de noviembre:

- a. Ante el Servicio de Atención y Defensa del Cliente (SADC) de la entidad

aseguradora, personalmente o mediante representación, a través de carta, impreso disponible en las oficinas de la entidad aseguradora o correo electrónico a la dirección que, a tal efecto, figure en la web (www.grupo-acm.es). Éste adoptará propuesta de resolución de forma motivada y por escrito, según el procedimiento previsto en el reglamento de funcionamiento de la entidad aseguradora, que estará a disposición de los interesados y podrá ser consultado en cualquier momento en las oficinas de la entidad aseguradora.

El plazo de tramitación del expediente será de dos meses contados a partir del día de presentación por el interesado de la queja o reclamación ante el Servicio de Atención al Cliente.

No obstante lo anterior, el SADC no admitirá a trámite las cuestiones sometidas o ya resueltas por una decisión judicial, administrativa o arbitral.

- b. Ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (Ministerio de Economía y Competitividad), siempre que haya transcurrido el plazo mínimo de dos meses sin que se haya obtenido respuesta del SADC o que éste haya desestimado su petición. Además de resolver las quejas y reclamaciones, el Servicio de Reclamaciones también será competente para atender las consultas que se le formulen relativas a cuestiones de interés general sobre los derechos de los asegurados y cauces legales para su ejercicio.

Ponemos a su disposición un teléfono de información exclusiva sobre quejas y reclamaciones: 900 30 00 30, disponible las 24h, de lunes a viernes.

20. Prescripción

Las acciones que se deriven del presente contrato prescriben en el término de 5 años, a contar desde el día que pudieron ejercitarse.

21. ¿Quién deberá pagar los impuestos?

Los impuestos y recargos legalmente repercutibles que se deban pagar por razón de este contrato, tanto en el presente como en el futuro, correrán a cargo del tomador. Los impuestos y recargos sobre las prestaciones, de acuerdo con la legislación vigente, serán por cuenta del beneficiario.

La entidad aseguradora queda obligada a retener aquella parte del importe de cada prestación que corresponda, de acuerdo con la legislación fiscal vigente y las circunstancias por ella conocidas.

22. Protección de los datos personales

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal y la Ley 34/2002 de Servicios de la Sociedad de la Información y del Comercio Electrónico, el tomador queda informado de que los datos personales, que voluntariamente ha facilitado, son necesarios para gestionar el contrato y serán incorporados en el fichero confidencial, del que es responsable la entidad aseguradora.

Asimismo, el tomador queda informado de que sus datos serán tratados con la finalidad de enviarle, a través de cualquier medio (incluso telefónico, correo electrónico, SMS o

medio equivalente) ofertas comerciales, servicios y productos de la entidad aseguradora, de las empresas del Grupo Crédit Mutuel-CIC (consultables en www.grupo-acm.es) y de terceras empresas de los sectores asegurador, financiero, gran consumo, ocio, telecomunicaciones, tecnología y automoción con las que la entidad aseguradora concluya acuerdos de colaboración en beneficio de sus asegurados, salvo en el caso que haya comunicado expresamente su oposición al tratamiento y a la cesión de sus datos con dichos fines comerciales.

En el caso de haber facilitado a la entidad aseguradora datos de otras personas, el tomador se compromete a informar a dichos terceros sobre los extremos que se contienen en la presente cláusula.

Finalmente, el tomador queda informado de la posibilidad de ejercitar en cualquier momento los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, mediante petición escrita dirigida a la entidad aseguradora a la dirección postal Carretera de Rubí, número 72-74, Edificio Horizon, 08174 Sant Cugat del Vallès, o a través de lopd@gacm.es (acreditando debidamente su identidad).

23. Cláusula de indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios

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 pudieron ser cumplidas por haber sido declarada judicialmente en concurso o por estar sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros.

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

I. Resumen de 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 tiempos 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

- 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.
- 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.

II. Comunicación de daños al Consorcio de Compensación de Seguros

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

Garantía complementaria de ASISTENCIA EN VIAJE

1. Disposiciones previas

1.1. Asegurados

Para las coberturas de esta garantía complementaria ostenta la condición de asegurado el asegurado de la póliza que figura como tal en las condiciones particulares de la póliza.

1.2. Ámbito territorial

Esta garantía complementaria tiene validez en el mundo entero y en España a partir de 30 km. del domicilio habitual del asegurado, excepto para las coberturas 2.10 y 2.11 que únicamente serán válidas a partir del límite provincial de su residencia habitual y de las coberturas 2.5 (segundo párrafo), 2.6, 2.7, 2.8, 2.9, 2.13 y 2.14, cuyas coberturas sólo serán válidas en el extranjero.

Esta garantía complementaria no tiene validez para las personas no residentes en España.

1.3. Condiciones de asegurabilidad

Para poder beneficiarse de las prestaciones garantizadas, el asegurado debe tener su domicilio en España, residir habitualmente en él y su tiempo de permanencia fuera de dicha residencia habitual no exceder de los 90 días por viaje o desplazamiento.

2. Descripción de coberturas de la garantía

2.1. Transporte o repatriación sanitaria de heridos y enfermos

En caso de sufrir el asegurado una enfermedad o un accidente, la entidad aseguradora se hará cargo:

- a. De los gastos de transporte en ambulancia hasta la clínica u hospital más próximo.

Este traslado se realizará, de conformidad con el criterio de los Servicios Médicos de la entidad aseguradora, que determinará también conjuntamente con el médico que atienda al asegurado herido o enfermo, el medio más idóneo para su eventual traslado hasta otro centro hospitalario más adecuado o hasta su domicilio.

- b. De los gastos de traslado por el medio de transporte más adecuado, del herido o enfermo, hasta el centro hospitalario prescrito o a su domicilio habitual. Si el asegurado fuera ingresado en un centro hospitalario no cercano a su domicilio, la entidad aseguradora se hará cargo, en su momento, del subsiguiente traslado hasta el mismo.

El medio de transporte utilizado en Europa y países de la ribera del Mediterráneo, cuando la urgencia y la gravedad del caso lo requieran, será el avión sanitario especial.

En otro caso, o en el resto del mundo, se efectuará por avión de línea regular o por los medios más rápidos y adecuados, según las circunstancias.

2.2. Transporte o repatriación de los asegurados

Cuando a uno o más de los asegurados se les haya trasladado o repatriado por enfermedad o accidente en aplicación de la cobertura 2.1 anterior, y esta circunstancia impida al resto de los familiares, también asegurados, que le acompañen en el regreso hasta su domicilio por los medios inicialmente previstos, la entidad aseguradora se hará

cargo de los gastos correspondientes al transporte de dichos asegurados hasta su domicilio o hasta el lugar donde esté hospitalizado el asegurado trasladado o repatriado.

Si los asegurados de los que se trata en el párrafo anterior fueran hijos menores de 15 años del asegurado repatriado y no contaran con un familiar o persona de confianza para acompañarles en el viaje, la entidad aseguradora pondrá a su disposición una persona para que viaje con ellos hasta el lugar de su domicilio o hasta donde se encuentre hospitalizado el asegurado.

2.3. Regreso anticipado del asegurado a causa de fallecimiento de un familiar

Si en el transcurso de un viaje falleciera en España o Andorra el cónyuge, ascendiente o descendiente en primer grado, hermano o hermana del asegurado y en el caso de que el medio utilizado para su viaje o el billete contratado de regreso no le permitiera anticipar el mismo, la entidad aseguradora se hará cargo de los gastos de su transporte hasta el lugar de inhumación del familiar en España o Andorra y, eventualmente, de los gastos de regreso al lugar donde se encontraba al producirse el evento, si por motivos profesionales o personales precisara proseguir su viaje.

2.4. Regreso anticipado del asegurado a causa de incendio o siniestro en su domicilio

Si durante el transcurso de un viaje, estando el asegurado fuera de su domicilio habitual se produjera en éste un siniestro de tal gravedad que lo convirtiera en inhabitable, la entidad aseguradora pondrá a disposición del asegurado un billete de tren o de avión para regresar a su domicilio. También y en el caso de que el asegurado precisara regresar al punto de partida, la entidad aseguradora pondrá a su disposición un billete de las mismas características (avión o tren) para tal efecto.

2.5. Billete de ida y vuelta para un familiar y gastos de hotel

Cuando el asegurado se encuentre hospitalizado y su internamiento se prevea de duración superior a los 5 días, la entidad aseguradora pondrá a disposición de un familiar del mismo, un billete de ida y vuelta a fin de acudir a su lado.

Si dicha hospitalización es en el extranjero, la entidad aseguradora se hará cargo de los gastos de estancia del familiar en un hotel, contra los justificantes oportunos, hasta 50 euros por día y con un máximo de 500 euros.

2.6. Gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y de hospitalización en el extranjero

Si a consecuencia de una enfermedad o de un accidente el asegurado necesita asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica u hospitalaria, la entidad aseguradora se hará cargo de:

- a. Los gastos y honorarios médicos y quirúrgicos
- b. Los gastos farmacéuticos prescritos por un médico
- c. Los gastos de hospitalización.

La cantidad máxima cubierta por asegurado, por el conjunto de los citados gastos es de 12.000 euros.

2.7. Gastos odontológicos de urgencia en el extranjero

Si el asegurado necesita asistencia a consecuencia de la aparición de problemas

odontológicos agudos como infecciones, dolores o traumas que requieran un tratamiento de urgencia, la entidad aseguradora se hará cargo de los gastos inherentes al citado tratamiento, **hasta un máximo de 150 euros**.

2.8. Envío de medicamentos al extranjero

Si el asegurado desplazado hubiera hecho uso de la cobertura 2.6 anterior (gastos médicos), la entidad aseguradora se encargará del envío de los medicamentos necesarios para la curación del asegurado, prescritos por un facultativo, y que no pueden encontrarse en el lugar donde éste se encuentre.

Especificándose que esta cobertura se limita al coste del envío de los medicamentos, manteniéndose que la cantidad máxima cubierta por asegurado, por el conjunto de la garantía 2.6, será de 12.000 euros, por cada siniestro.

2.9. Gastos de prolongación de estancia en un hotel en el extranjero

Cuando sea de aplicación la garantía 2.6 anterior de pago de gastos médicos, la entidad aseguradora se hará cargo de los gastos de prolongación de estancia del asegurado en un hotel, después de la hospitalización y bajo prescripción médica, **hasta un importe de 50 euros por día y con un máximo de 500 euros**.

2.10. Transporte o repatriación de fallecidos y de los asegurados acompañantes

La entidad aseguradora se hará cargo de todos los gastos y todas las formalidades a efectuar en el lugar del fallecimiento del asegurado, así como de su transporte o repatriación hasta el lugar de su inhumación en España o en Andorra o en cualquier otro país de residencia habitual del asegurado.

En el caso de que los familiares asegurados que le acompañaran en el momento de la defunción no pudieran regresar por los medios inicialmente previstos o por no permitírsele su billete de regreso contratado, la entidad aseguradora se hará cargo del transporte de los mismos hasta el lugar de la inhumación o de su domicilio en España o en Andorra o su residencia habitual.

Si los familiares fueran los hijos menores de 15 años del asegurado fallecido y no contaran con un familiar o persona de confianza para acompañarles en el viaje, la entidad aseguradora pondrá a su disposición una persona para que viaje con ellos hasta el lugar de la inhumación o de su domicilio en España o en Andorra o su residencia habitual.

2.11. Acompañante en caso de traslado por fallecimiento

Los familiares del asegurado fallecido tendrán derecho a un billete de avión (ida y vuelta) o del medio de transporte idóneo, para que la persona que ellos designen pueda viajar hasta el lugar donde haya ocurrido el fallecimiento y regresar acompañando el cadáver.

2.12. Búsqueda y transporte de equipajes y efectos personales

En caso de robo de equipajes y efectos personales, la entidad aseguradora prestará asesoramiento al asegurado para la denuncia de los hechos. Tanto en este caso como en el de pérdida o de extravío de dichas pertenencias, si éstas fueran recuperadas, la entidad aseguradora se encargará de su expedición hasta el lugar donde se encuentre el asegurado de viaje o hasta su domicilio.

2.13. Defensa jurídica automovilística en el extranjero

Defensa del asegurado conductor del vehículo, ante las jurisdicciones civiles o penales, de las acciones que contra él se dirijan a consecuencia de un accidente de circulación y hasta una cantidad máxima de 1.500 euros.

2.14. Prestación y/o adelanto de fianzas penales en el extranjero

Exigidas al asegurado, conductor del vehículo, para garantizar las costas procesales en un procedimiento criminal a consecuencia de un accidente de circulación. **La suma máxima para este concepto es la señalada para la anterior garantía, o sea, 1.500 euros.**

Se incluye, en concepto de adelanto por cuenta del asegurado, la fianza penal para garantizar la libertad provisional del asegurado, o su asistencia personal al juicio. En este caso, el asegurado deberá firmar un escrito de reconocimiento de deuda, comprometiéndose a la devolución de su importe dentro de los dos meses siguientes a su regreso al domicilio o, en todo caso, en los tres meses de efectuada su petición. **La suma máxima adelantada por este concepto es la de 5.000 euros.**

La entidad aseguradora se reserva el derecho a solicitar del asegurado algún tipo de aval, garantía o depósito que le asegure el cobro del anticipo.

2.15. Informaciones de viaje

La entidad aseguradora facilitará, a petición del asegurado, información referente a:

- a. Vacunación y petición de visados para países extranjeros así como aquellos requisitos que están especificados en la publicación más reciente del T.I.M. (Travel Information Manual) manual de información sobre viajes, publicación conjunta de catorce miembros de líneas aéreas de I.A.T.A. La entidad aseguradora no se responsabiliza de la exactitud de la información contenida en el T.I.M. ni de las variaciones que puedan realizarse en la citada publicación.
- b. Direcciones y números de teléfono de las embajadas españolas y consulados de todo el mundo, donde los hubiere.

2.16. Transmisión de mensajes

La entidad aseguradora se encargará de transmitir los mensajes urgentes que le encarguen los asegurados, derivados de los eventos cubiertos por la presente garantía.

3. Riesgos no cubiertos y delimitación de la cobertura

No son objeto de la cobertura de esta garantía de asistencia en viaje las situaciones siguientes:

- Las garantías y prestaciones que no hayan sido solicitadas a la entidad aseguradora y que no hayan sido efectuadas por o con su acuerdo, salvo en casos de fuerza mayor o de imposibilidad material demostradas.
- Los gastos médicos, quirúrgicos y de hospitalización en España o Andorra, o en cualquier otro país de residencia habitual del asegurado.
- Aquellas enfermedades o lesiones que se produzcan como consecuencia de padecimientos crónicos o previos al inicio del viaje, así como sus complicaciones y recaídas.
- La muerte por suicidio o las enfermedades y lesiones resultantes del intento o causados intencionadamente por el asegurado a sí mismo.

- Las derivadas directa o indirectamente de acciones criminales del asegurado.
- El tratamiento de enfermedades o estados patológicos provocados por intencional ingestión de alcohol, drogas o sustancias estupefacientes ilegales y medicamentos sin prescripción médica.
- Los gastos de prótesis, gafas y lentillas, los partos y embarazos, excepto complicaciones imprevisibles durante sus primeros seis meses, y cualquier tipo de enfermedad mental.
- Los eventos ocasionados en la práctica de deportes en competición y el rescate de personas en mar, montaña o desierto.
- Las lesiones sobrevenidas en el ejercicio de una profesión de carácter manual.
- Cualquier tipo de gasto médico o farmacéutico inferior a 9 euros.
- En el traslado o repatriación de fallecidos: los gastos de inhumación y de ceremonia.

En ninguna circunstancia el asegurado puede pretender el reembolso de los gastos efectuados directamente por él mismo sin previa autorización de la entidad aseguradora, salvo en los casos médicos de urgencia vital y el traslado al centro médico más próximo, siempre que comunique el siniestro dentro de las cuarenta y ocho horas siguientes.

4. Forma de prestar los servicios

En las comunicaciones telefónicas solicitando la asistencia de las coberturas indicadas para esta garantía complementaria, se debe indicar: nombre del asegurado, número de póliza, el lugar donde se encuentra, número de teléfono y tipo de asistencia que precisa.

No se responde de los retrasos o incumplimientos debidos a causas de fuerza mayor o a las especiales características administrativas o políticas de un país determinado. En todo caso, si no fuera posible una intervención directa, el asegurado será reembolsado a su regreso a España, o en caso de necesidad, en cuanto se encuentre en un país donde no concurren las anteriores circunstancias, de los gastos en que hubieran incurrido y se hallen garantizados, mediante la presentación de los correspondientes justificantes, dentro de los límites establecidos en estas condiciones generales.

Las prestaciones de carácter médico y de transporte sanitario deben efectuarse previo acuerdo del médico del centro hospitalario que atiende al asegurado con el Equipo Médico de la entidad aseguradora.

Para la prestación por la entidad aseguradora de los servicios inherentes a las anteriores coberturas de esta garantía complementaria, es indispensable que el asegurado solicite su intervención desde el momento del suceso al siguiente teléfono (puede hacerlo a cobro revertido), según el país donde se encuentre.

TELÉFONO DE ASISTENCIA EN VIAJE

Desde España: 902 23 40 40 / 93 482 66 00

Desde el extranjero: + 34 93 482 66 00

24 HORAS / 365 DÍAS

5. Derechos de la entidad aseguradora

Si el asegurado tuviera derecho a reembolso por la parte del billete no consumida, al hacer uso de la cobertura de transporte o repatriación, dicho reembolso revertirá a la entidad aseguradora.

Las indemnizaciones fijadas en las coberturas de esta garantía complementaria serán en todo caso complemento de los contratos que pudiera tener cubriendo los mismos riesgos, de las prestaciones de la Seguridad Social o de cualquier otro régimen de previsión colectiva.

6. Subrogación

La entidad aseguradora queda subrogada en todos los derechos y acciones que puedan corresponder al asegurado por hechos que hayan motivado la intervención de aquél y hasta el total del importe de los servicios prestados o abonados.

Garantía complementaria de SERVICIOS DE ASISTENCIA

1. Coberturas

Esta garantía incluye los siguientes servicios:

- Servicio telefónico de orientación médica y social
- Segunda opinión médica

2. Beneficiario

Será beneficiario de los servicios incluidos en esta garantía el asegurado.

3. Servicio telefónico de orientación médica y social

3.1. Ámbito territorial

Los servicios telefónicos de orientación se prestarán en todo el territorio del Estado Español con independencia del lugar de residencia del asegurado.

3.2. Condiciones de acceso al servicio

Los servicios telefónicos de orientación se prestarán durante las 24 horas del día durante todos los días del año, con la excepción del servicio de orientación social que se prestará de lunes a viernes de 9h a 14h y de 15:30h a 17h.

Para beneficiarse de los servicios, el asegurado deberá contactar con la entidad aseguradora a través del número de teléfono indicado en las condiciones particulares.

La cobertura del seguro incluye únicamente el servicio de información y valoración telefónica y en ningún caso son objeto de cobertura los gastos derivados de una asistencia presencial.

3.3. Servicios telefónicos cubiertos

3.3.1. Servicio de orientación médica

Los servicios incluidos son:

- Orientación telefónica sobre salud personal: hábitos saludables (alimentación...), los efectos secundarios de medicamentos, la información general sobre las patologías, la nutrición y tratamientos.
- Orientación telefónica enfocada a identificar profesionales adecuados a la necesidad sanitaria del asegurado.

3.3.2. Servicio de orientación social

Los servicios incluidos son:

- Orientación telefónica sobre cuestiones de la vida diaria: vivienda, alojamiento, residencias, centros de día, ayudas técnicas, pensiones, jubilaciones, servicios públicos.
- Asesoramiento telefónico en gestiones relacionadas con Servicios Sociales y Prestaciones Públicas.

4. Segunda Opinión Médica

La entidad aseguradora garantiza la posibilidad de obtener una segunda opinión facilitada por un comité médico internacional, sobre un diagnóstico o tratamiento médico-quirúrgico, en casos que por su complejidad o gravedad la requieran o aconsejen (cáncer, enfermedades cardiovasculares, trasplante de órganos,

enfermedades neurológicas, insuficiencia renal crónica y SIDA).

Asimismo, la entidad aseguradora garantiza el acceso a un servicio personalizado de asesoramiento y apoyo si el asegurado decide viajar fuera de su país de residencia para recibir tratamiento médico.



agrupació



www.agrupacio.es



93 482 66 94



902 20 30 00

Agrupación AMCI de Seguros y Reaseguros, S.A., Carretera de Rubí, número 72-74, Edificio Horizon, 08174 Sant Cugat del Vallès,
RM Barcelona F.171, H.B-423520, T. 43402, Inscripción 10ª, NIF A-65782807