Seguro de Decesos SIEMPRE

Condiciones Generales

MAPFRE

810-038-SG ED-03-20

S105847

MAPFRE ESPAÑA Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Tomo 487 Folio 166, Hoja M-9333, Inscripción 121 CIF. A28141935

MAPFRE

MAPFRE ESPAÑA.
COMPAÑÍA DE SEGUROS
Y REASEGUROS, SA
DOMICILIO SOCIAL
Edificio MAPFRE.
Carretera de Pozuelo, n.° 50.
28222 MAJADAHONDA
(Madrid)
Teléf. 918 366 181 / 900 814 111

MAPFRE

SIEMPRE MAPFRE

De acuerdo con lo establecido en la Ley 50/80, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro se destacan en letra negrita las exclusiones y las cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados contenidas en las Condiciones Generales de la póliza.

Límites Específicos (L.E.)

DECESOS

Servicio Decesos	Suma asegurada
Traslado	Sin límite
Coordinación del servicio	Sin límite
Ayuda psicológica	3 horas máximo
Tramitación de documentos por fallecimiento	Prestación o 60€ máx.
Gastos extraordinarios	Sin límite
Servicios especiales	Sin límite
Consulta Jurídica Familiar	Sin límite

ASISTENCIA EN VIAJE

A. PARA LOS ASEGURADOS

A.1. POR FALLECIMIENTO

Traslado o repatriación con libre elección de cementerio	Sin límite

A.2. POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD GRAVES

EN ESPAÑA:

Traslado en ambulancia	Sin límite

EN EL EXTRANJERO:

Gastos médicos de urgencia	12.000€ / persona
Arreglos dentales de urgencia	350€ / persona
Envío de un médico especialista	Sin límite
Prolongación de estancia en el hotel	150€ / día y 1.500€ máximo
Repatriación sanitaria	Sin límite

B. PARA DESPLAZAMIENTO DE UNA PERSONA

Billete ida y vuelta	Sin límite
Gastos de alojamiento y manutención en España	125€ / día y 1.250€ máximo
Gastos de alojamiento y manutención en el extranjero	150€ / día y 1.500€ máximo
Fallecimiento por accidente de la persona desplazada	12.000€

C. AYUDA A MENORES Y ACOMPAÑANTES

D. OTRAS PRESTACIONES

EN ESPAÑA Y EN EL EXTRANJERO:

Regreso anticipado	Sin límite
Transmisión de mensajes urgentes	Sin límite
Localización de equipajes	Sin límite
Reposición de equipajes, máximo de	300€ / asegurado 1.200€ / siniestro
Localización y salvamento	1.500€ máximo

	Límites Específicos (L.E.)
Envío de medicamentos	Sin límite
SÓLO EN EL EXTRANJERO:	Sin límite
Consulta médica a distancia	12.000€ máximo
Anticipo de fondos por hospitalización (fianza)	6.600€ máximo
Anticipo de fondos por accidente de circulación (fianza)	1.000€ máximo
Anticipo de fondos por accidente de circulación (abogados)	900€ máximo
Anticipo de fondos por accidente, enfermedad, robo o extravío	Sin límite
Servicio de información	

COBERTURAS ADICIONALES

ACCIDENTES

A. FALLECIMIENTO

A.1. Fallecimiento por accidente	Suma asegurada
A.2. Doble capital por fallecimiento de ambos cónyuges	Capital adicional igual a Suma asegurada en A.1.
ODONTOLOGÍA	Servicios concertados y baremo precios máximos

Pág.

Condiciones Generales

1.1. Legislación aplicable 7
1.2. Definiciones 7
1.3. Bases del seguro 8
1.4. Perfección, toma de efecto y duración delseguro 9
1.5. Contratación a distancia del seguro 9
1.6. Importe y pago de la prima y efectos de su impago 10
1.7. Riesgos no asegurados 11
1.8. Actuación en caso de siniestro 12
• Siniestros ocurridos en el extranjero 12
• Pago de indemnizaciones 12
1.9. Prescripción, jurisdicción e instancias de reclamación 12
1.10. Comunicaciones 13
1.11. Actualización de sumas aseguradas y primas 14
1.12. Modificación de las garantías pactadas 15

Cobertura de Decesos

2.1. Objeto y extensión 15
2.1.1. Prestación del servicio funerario 15
2.2. Bases de la cobertura 16
2.2.1. Edad y estado de salud 16
2.2.2. Suma asegurada y actualización 16
2.3. Concurrencia de seguros 17

Cobertura de Asistencia

3.1. Asistencia complementaria 17
3.1.1. Traslado 17
3.1.2. Gastos extraordinarios 18
3.1.3. Servicios especiales 18
3.2. Asistencia a personas 18
3.2.1. Coordinación del servicio 18
3.2.3. Tramitación de documentos por fallecimiento 19
3.2.4. Ayuda psicológica 20
3.3. Asistencia en viaje 21
3.3.1. Objeto y extensión 21
3.3.2. Prestaciones 21
A. Para los asegurados 21
B. Para desplazamiento de una persona 23
C. Ayuda a menores y acompañantes 23
D. Otras prestaciones 24

Pág.

Coberturas Adicionales

4.1. Cobertura odontológica 26
4.1.1. Objeto y extensión 26
4.1.2. Riesgos excluidos 27
4.1.3. Tarjeta dental 28
4.2. Accidentes 28
4.2.1. Objeto y extensión 28
4.2.2. Exclusiones 28
4.2.3. Garantías 30
4.2.4. Documentación a aportar en caso de siniestro 30

Seguro de Riesgos Extraordinarios

Cláusula de indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios en seguros de personas 31

Condiciones Generales

1.1. LEGISLACIÓN APLICABLE

El presente contrato se rige por lo establecido en las Condiciones Generales, Particulares y Especiales y, salvo pacto en contrario que resulte más beneficioso para el Asegurado, por la Ley de Contrato de Seguro (Ley 50/ 80, de 8 de octubre) y la Ley de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (Ley 20/2015, de 14 de julio) y sus normas reglamentarias de desarrollo.

1.2. DEFINICIONES

A efectos del contrato se entenderá, con carácter general, por:

ACCIDENTE: Ha de entenderse la lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado.

También se considerarán como accidentes a efectos del seguro:

- La asfixia o lesiones internas a consecuencia de gases o vapores, inmersión o sumersión, o por ingestión de materias líquidas o sólidas.
- Las infecciones derivadas de un accidente cubierto por la Póliza.
- Las lesiones que sean consecuencia de intervenciones quirúrgicas o tratamientos motivados por un accidente cubierto por la Póliza.

Las lesiones sufridas a consecuencia de legítima defensa.

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

ASEGURADO: Persona o personas designadas como tales en las Condiciones Particulares de la Póliza o en sus Suplementos.

ASEGURADOR: MAPFRE ESPAÑA, Compañía de Seguros y Reaseguros S.A., en lo sucesivo denominada «la Compañía» , que, con sujeción a los términos de la Ley y de este contrato, asume el riesgo contractualmente pactado.

BENEFICIARIO: Persona o personas designadas expresamente por el Tomador del Seguro para percibir las indemnizaciones derivadas del presente contrato. En defecto de designación expresa, serán beneficiarios el heredero o herederos legales.

PRIMA: El precio del seguro. El recibo contendrá, además, los recargos e impuestos legalmente repercutibles.

PÓLIZA: El documento que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integrante de la Póliza: las Condiciones Generales, las Especiales, las Particulares y los Suplementos o Apéndices que se emitan para complementarlas o modificarlas.

SERVICIO: Para la cobertura de Decesos será el conjunto de elementos y prestaciones necesarios para llevar a cabo el sepelio del Asegurado fallecido.

SINIESTRO: Hecho cuyas consecuencias están total o parcialmente cubiertas por la Póliza. **El conjunto de los daños derivados de una misma causa, acaecidos en la misma fecha, constituye un solo siniestro**.

SUMA ASEGURADA: Cantidad establecida en las Condiciones Particulares o, en su caso, en las Generales, que representa el **límite máximo de la indemnización a pagar por la Compañía en cada siniestro.**

TOMADOR DEL SEGURO: Persona física o jurídica que suscribe el contrato con la Compañía y a quien corresponden las obligaciones que se deriven del mismo, salvo aquéllas que correspondan expresamente al Asegurado.

1.3. BASES DEL SEGURO

Las respuestas del Tomador del Seguro al cuestionario sometido por la Compañía en la Solicitud del Seguro relativas a las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo, como la edad de los asegurados, son las bases que ésta ha tenido en cuenta para determinar la prima aplicable y aceptar la emisión de la Póliza.

Si el contenido del contrato difiere de la Solicitud de Seguro o de las cláusulas acordadas, el Tomador del Seguro podrá reclamar a la Compañía en el plazo de un mes, a contar desde la entrega del mismo, para que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuarse la reclamación, se estará a lo dispuesto en el contrato.

En caso de reserva o inexactitud del Tomador del seguro al responder el cuestionario, mediando dolo o culpa grave, la Compañía quedará liberada de las prestaciones pactadas.

El Tomador del Seguro, mediante la firma de las Condiciones Particulares, acepta específicamente las cláusulas limitativas de los derechos del Asegurado que se resaltan en letra «negrita» en estas Condiciones Generales.

1.4. PERFECCIÓN, TOMA DE EFECTO Y DURACIÓN DELSEGURO

El Seguro se estipula por el periodo señalado en las Condiciones Particulares de la Póliza y a su vencimiento se prorrogará por periodos anuales. Entrará en vigor el día y hora señalados en dichas Condiciones Particulares, siempre que la Compañía haya cobrado la prima correspondiente al primer recibo.

El seguro se prorrogará automáticamente por periodos sucesivos de un año cada vez, salvo que el Tomador se oponga a la prórroga mediante notificación escrita a la Compañía, efectuada con un plazo de, al menos, un mes de antelación a la conclusión del periodo en curso.

Ambas partes, de común acuerdo, podrán resolver el contrato después de la declaración de un siniestro. La Compañía devolverá al Tomador del Seguro, en tal caso, la parte de la prima total que corresponda al periodo comprendido entre la fecha de la rescisión y la de vencimiento del periodo de seguro en curso.

1.5. CONTRATACIÓN A DISTANCIA DEL SEGURO

En caso de contratación a distancia, se aplicará lo dispuesto en este artículo. Se considera que existe contratación de un seguro a distancia cuando para su negociación y celebración se utiliza exclusivamente una técnica de comunicación a distancia sin presencia física y simultánea de la Aseguradora y el Tomador, consistente en la utilización de medios telemáticos, electrónicos, telefónicos, fax u otros similares.

En caso de contratación a distancia, el seguro entrará en vigor a las 0 horas del día siguiente a aquel en que el Tomador haya prestado su consentimiento, salvo que, por acuerdo expreso de las partes se concierte otra fecha. En todo caso, la fecha de efecto quedará reflejada en las Condiciones Particulares de la póliza.

Sin perjuicio de lo indicado en los párrafos anteriores, el contrato y sus modificaciones o adiciones deberán ser formalizados por escrito. La Aseguradora está obligada a entregar al Tomador del seguro la póliza. El Tomador deberá devolver a la Aseguradora un ejemplar firmado por él de las Condiciones Particulares de la póliza, así como la documentación acreditativa de las circunstancias que configuren el riesgo. El Tomador, cuando sea consumidor, esto es, persona física que actúe con un propósito ajeno a una actividad comercial o profesional propia, dispondrá de un plazo de 14 días naturales para desistir del contrato a distancia, sin indicación de los motivos y sin penalización alguna, siempre que no haya ocurrido el siniestro. Dicho plazo se contará desde el día de la celebración del contrato o desde la fecha en que la Aseguradora entregue la póliza.

El Tomador habrá de comunicarlo a la Aseguradora por un procedimiento que permita dejar constancia de la notificación de cualquier modo admitido en Derecho y estará obligado a pagar la prima correspondiente hasta el momento del desistimiento. En caso de que la prima hubiera sido cobrada, la Aseguradora reembolsará al Tomador, dentro de un plazo máximo de 30 días naturales, dicho importe, salvo la parte correspondiente al periodo de tiempo en que el contrato hubiera tenido vigencia hasta el momento del desistimiento.

1.6. IMPORTE Y PAGO DE LA PRIMA Y EFECTOS DE SU IMPAGO

1. El Tomador del Seguro está obligado al pago de la prima de acuerdo con las Condiciones Generales y Particulares del contrato. En ausencia de pacto, respecto del lugar de pago, la Compañía presentará los recibos en el último domicilio que el Tomador del Seguro le haya notificado.

La prima es indivisible y se debe y corresponde a la Aseguradora por entero durante todo el periodo de duración del contrato pactado, aún en el caso de que se haya acordado el fraccionamiento del pago. En caso de extinción del contrato antes de la fecha de vencimiento pactada, o de cualquiera de sus prórrogas, la Aseguradora no está obligada a reintegrar al Tomador cantidad alguna correspondiente a la prima que haya sido satisfecha íntegramente, salvo en los supuestos legalmente previstos.

2. Podrá pactarse el fraccionamiento del pago de la prima anual en los plazos y de acuerdo con las estipulaciones que se establezcan en las Condiciones Particulares.

Si el Tomador del seguro no pagase uno de los recibos en que se hubiese fraccionado el pago de la prima, el seguro quedará en suspenso un mes después del día del vencimiento de la primera fracción de prima impagada.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo precedente y en tanto no se haya producido la suspensión de la cobertura, en caso de siniestro, la Compañía podrá deducir en la indemnización el importe de las fracciones de prima vencidas y no satisfechas por el Tomador del seguro.

3. Prima inicial:

Si ésta no hubiera sido pagada por culpa del Tomador, la Compañía tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva.

Salvo pacto en contrario, si no hubiera sido pagada antes de que se produzca un siniestro, la Compañía queda liberada de su obligación.

4. Primas sucesivas:

En caso de falta de pago de las primas sucesivas, la cobertura de la Compañía queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si se produjera un siniestro durante el transcurso de ese mes, la Compañía deducirá del importe a indemnizar el de la prima adeudada para el periodo en curso. Si la Compañía no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento, se entenderá que el contrato queda extinguido.

5. Pago a través de Entidad Bancaria:

Podrá convenirse en las Condiciones Particulares el pago de los recibos de prima por medio de domiciliación bancaria, en cuyo caso se actuará de la siguiente forma:

a) El Tomador del Seguro facilitará a la Compañía una carta dirigida a la entidad bancaria, dando la orden correspondiente.

b) Si la entidad bancaria devolviera el recibo impagado, la Compañía notificará el impago al Tomador del Seguro, indicándole que tiene el recibo en el domicilio de ésta para su pago.

El seguro, en el caso de primas sucesivas, quedará en suspenso si no se realiza el pago dentro del mes siguiente al día de vencimiento del recibo, o dentro del plazo de 15 días desde la citada notificación del impago al Tomador, si hubiese transcurrido dicho mes.

En caso de tratarse de la primera prima, si transcurrido 15 días desde la notificación del impago ésta no hubiera sido satisfecha, el contrato quedará resuelto. Si el contrato no hubiera sido resuelto o extinguido conforme a los apartados anteriores, la cobertura volverá a tener efecto a las 24 horas del día en que el Tomador del Seguro pague la prima.

1.7. RIESGOS NO ASEGURADOS

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

- **Conflictos armados (haya mediado o no declaración oficial de guerra).**
- **Motines y tumultos populares.**
- **Reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva.**
- **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.**

1.8. ACTUACIÓN EN CASO DE SINIESTRO

El siniestro deberá ser comunicado a la Compañía lo antes posible, a través del teléfono 24 horas de la Central de Asistencia Telefónica, cuyo número figura en las Condiciones Particulares, o bien en cualquiera de sus oficinas.

El Asegurado, el Tomador del Seguro y el Beneficiario, según el caso, están obligados a:

- Facilitar a la Compañía, por escrito si fuera necesario, cuanta información pueda ésta requerir, respecto a las circunstancias del siniestro y la salud del Asegurado, **incluso referida a fechas anteriores a su ocurrencia**.
- Autorizar a facultativos y profesionales para que faciliten a la Compañía cuanta información necesite respecto al siniestro y sus circunstancias.
- Acceder al reconocimiento del Asegurado por los médicos que designe la Compañía, así como a la práctica de las pruebas que éstos pudieran recomendar.

La Compañía, cuando el siniestro haya sido causado por un tercero, podrá ejercer las acciones que estime pertinentes a fin de recobrar las cantidades satisfechas por la asistencia sanitaria del Asegurado.

SINIESTROS OCURRIDOS EN EL EXTRANJERO

En caso de que el siniestro ocurra en el extranjero, el Asegurado lo comunicará a la Compañía tan pronto le sea posible, llamando al teléfono de ASISTENCIA EN EL EXTRANJERO, cuyo número figura en las Condiciones Particulares.

Las comunicaciones telefónicas desde el extranjero pueden solicitarse por el sistema de cobro revertido, de tal manera que la llamada no suponga coste alguno para el Asegurado.

PAGO DE INDEMNIZACIONES

Las indemnizaciones correspondientes serán satisfechas en España y en euros.

1.9. PRESCRIPCIÓN, JURISDICCIÓN E INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN

1. Las acciones que se deriven del presente contrato prescribirán en el término de dos años, a contar desde la fecha en que puedan ejercitarse, excepto las correspondientes a prestaciones de daños personales, en cuyo caso el plazo de prescripción será de cinco años.

2. 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.

3. Conforme a la normativa establecida para la protección de los usuarios de los servicios financieros, en el caso de que se suscite controversia en la interpretación o ejecución del presente contrato de seguro, el Tomador del seguro, el Asegurado, los beneficiarios y los terceros perjudicados o sus derechohabientes, podrán formular reclamación o queja mediante escrito dirigido a la Dirección de Reclamaciones de MAPFRE por escrito (Apartado de Correos 281 - 28220 Majadahonda (Madrid), o por medios electrónicos a través de la Web www.mapfre.es, de conformidad con el Reglamento para la Solución de Conflictos entre las Sociedades del Grupo MAPFRE y los Usuarios de sus Servicios Financieros, que puede consultarse en la página Web "mapfre.es", y las normas de actuación que lo resumen y que se facilitan al Tomador junto con este contrato. Le informamos igualmente de que, de no estar conforme con la resolución de su reclamación, en aquellos casos en que sea competente para intervenir el Defensor del Asegurado de acuerdo con nuestras normas, Ud. podrá solicitar la remisión de la misma a dicho Defensor.

   Asimismo, podrán formular reclamaciones y quejas los clientes de la Aseguradora, así como sus derechohabientes, en relación con la actuación de sus agentes de seguros y operadores de bancaseguros, de conformidad con el Reglamento y el procedimiento antes citado.

   La reclamación podrá realizarse en soporte papel o por medios informáticos, electrónicos o telemáticos, conforme a lo previsto en la legislación que les resulte aplicable y en el teléfono 900 205 009.

   Desestimada dicha reclamación o queja o transcurrido el plazo de dos meses desde su presentación, el usuario podrá formular reclamación o queja ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (Paseo de la Castellana, 44, 28046, Madrid; página web, www.dgsfp.mineco.es), a cuyo efecto, si lo solicita, pondremos a su disposición el formulario correspondiente.

4. Sólo con la expresa conformidad de las partes, podrán someterse las diferencias derivadas de la interpretación y cumplimiento de este contrato al juicio de mediadores o árbitros, de acuerdo con la legislación vigente.

1.10. COMUNICACIONES

1. Las comunicaciones del Tomador del Seguro, del Asegurado o del Beneficiario sólo se considerarán válidas si han sido dirigidas por escrito a la Aseguradora.

En caso de contratación a distancia, cuando el contrato se haya perfeccionado por el consentimiento de las partes manifestado de forma verbal, las comunicaciones relativas a las declaraciones de los factores de riesgo y demás datos necesarios para la suscripción y emisión de la póliza o sus suplementos se harán verbalmente.

Las partes se autorizan mutuamente a grabar las conversaciones telefónicas que se mantengan a tales efectos.

2. Todas las comunicaciones entre el Tomador, Asegurado o Beneficiario y la Aseguradora que puedan efectuarse por razón de esta Póliza, podrán realizarse y serán válidas, además de por carta, por cualquier otro medio escrito, incluido el correo electrónico, SMS, o fax, en la dirección que tanto la Aseguradora como el Tomador hubieran facilitado, ya sea al contratar la Póliza o en un momento posterior, debiendo el Tomador comunicar a la Aseguradora, tan pronto como sea posible, cualquier cambio del domicilio, teléfono, fax o dirección de correo electrónico facilitado.

3. Las comunicaciones efectuadas a la Aseguradora por un corredor de seguros, en nombre del Tomador del seguro, surtirán los mismos efectos que si las realizase éste, salvo expresa indicación en contrario por su parte.

1.11. ACTUALIZACIÓN DE SUMAS ASEGURADAS Y PRIMAS

Las actualizaciones de sumas aseguradas, primas y límites del contrato se realizarán, excepto para la cobertura de Decesos, en función de la evolución del Índice de Precios al Consumo. El Índice pactado se aplicará siempre sobre los valores de la anualidad anterior, mediante el porcentaje de variación que resulte de comparar el Índice último publicado antes del vencimiento de la póliza con el de la misma fecha del año anterior.

Si al aplicar las tarifas de prima que, fundadas en criterios técnico actuariales, establezca la Compañía para cada anualidad, la prima de estas coberturas de asistencia y adicionales, para los periodos sucesivos, fuese superior a la resultante del párrafo precedente, teniendo en cuenta además, las modificaciones de garantías o las causas de agravación o disminución del riesgo que se hubieran producido, la Compañía, conforme a lo previsto en estas Condiciones Generales y con dos meses al menos de anterioridad al vencimiento del contrato, lo comunicará al Tomador del Seguro por carta o por cualquier otro medio escrito, incluido correo electrónico, SMS o fax, en la dirección que el Tomador hubiera facilitado, ya sea al contratar la póliza o en un momento posterior.

El Tomador podrá aceptar las nuevas primas propuestas o, sin perjuicio de lo establecido en estas Condiciones Generales, dar por resueltas estas coberturas de

asistencia y adicionales mediante notificación a la Compañía, por carta certificada o cualquier otro medio fehaciente, con anterioridad al vencimiento del periodo en curso, en cuyo caso éstas quedarán extinguidas a dicho vencimiento.

En este último caso, si por hallarse domiciliado el pago en una entidad bancaria, el recibo fuese cargado en la cuenta del Tomador, la Compañía le reintegrará el importe correspondiente a la prima de estas coberturas.

Para la cobertura de Decesos se estará a lo indicado en el apartado 2.2.2 de estas Condiciones Generales.

1.12. MODIFICACIÓN DE LAS GARANTÍAS PACTADAS

Cualquiera de las partes que desee modificar las garantías pactadas para el siguiente periodo de seguro deberá comunicarlo a la otra con anterioridad al vencimiento del mismo. En todo caso, la Aseguradora deberá efectuar dicha comunicación al Tomador, al menos, con dos meses de antelación a la conclusión del periodo en curso, para que el Tomador pueda oponerse a la prórroga del contrato, al menos, con un mes de anticipación a dicho periodo. Si la parte notificada no manifiesta su oposición mediante notificación escrita a la otra, se entenderá que lo acepta y surtirá efectos en el siguiente periodo de seguro; y si contesta negativamente, podrá rescindirse la póliza a partir de dicho vencimiento.

Cobertura de Decesos

2.1. OBJETO Y EXTENSIÓN

La Compañía garantiza la prestación del servicio contratado, al fallecimiento de cada uno de los Asegurados, según la descripción que figura en las Condiciones Particulares y hasta el límite de la suma asegurada para esta cobertura.

2.1.1. PRESTACIÓN DEL SERVICIO FUNERARIO

la prestación del servicio funerario se llevará a cabo por parte de la Compañía, a través de los profesionales o Empresas por ella contratados a tal fin.

Si la Compañía no pudiera prestar el servicio por causas ajenas a su voluntad, fuerza mayor o por haberse realizado el servicio a través de otros medios distintos a los ofrecidos por ella, quedará obligada a satisfacer la suma asegurada a los herederos del Asegurado fallecido, que deberán justificar su condición cuando así lo requiera la Compañía. En estos casos, la Aseguradora no será responsable de la calidad de los servicios prestados.

Si por cualquier causa que no sea imputable a la Compañía, los organismos públicos o privados propietarios de los nichos o sepulturas no las tuvieran disponibles, aquélla indemnizará a los herederos del Asegurado fallecido con la suma asegurada para esta prestación.

En caso de fallecimiento de un menor de catorce años, la Compañía únicamente abonará los gastos que se hubieran producido con ocasión del servicio funerario realizado por un tercero, hasta el límite de la suma asegurada, siendo imprescindible en este caso, la aportación de las correspondientes facturas acreditativas de la prestación.

2.2. BASES DE LA COBERTURA

2.2.1. EDAD Y ESTADO DE SALUD

Si al ocurrir un siniestro se comprobase que la edad del Asegurado era mayor que la declarada, la prestación de la Compañía se reducirá en proporción a la prima percibida con la que correspondería por la edad real del Asegurado. Por el contrario, si la prima pagada es superior a la prima que correspondiera, la Compañía está obligada a restituir el exceso de las primas percibidas.

Asimismo, de haberse ocultado en el cuestionario que, en el momento de la contratación de este Seguro, el Asegurado padecía alguna enfermedad grave o era portador de virus que pudiera hacer peligrar su vida, la Compañía quedará exonerada de sus obligaciones.

2.2.2. SUMA ASEGURADA Y ACTUALIZACIÓN

La suma asegurada pactada en las condiciones generales o particulares de la póliza representa el límite máximo de la indemnización a pagar por la compañía en caso de siniestro y viene determinada por el precio de los servicios concertados con los proveedores de la Compañía en la localidad de residencia del Tomador.

En caso de variación del domicilio del Tomador, éste queda obligado a notificar tal hecho a la Compañía, la cual le propondrá, si fuera procedente, la actualización de las sumas aseguradas.

Si un Asegurado fallece en localidad distinta a la del domicilio consignado en las Condiciones Particulares, se efectuará un servicio de acuerdo con las modalidades y costumbres existentes en el lugar de fallecimiento y con un costo equivalente al contratado.

Establecido el valor del Servicio Fúnebre con arreglo a su coste en el momento de la contratación, con la finalidad de mantener actualizado su valor, se podrá

convenir un Sistema de revalorización automática que constará en las Condiciones Particulares, comunicando la Compañía el nuevo valor y la prima correspondiente a través del recibo.

Si no se contrata dicha revalorización, o si aún contratándola, el coste del Servicio fuera superior a la suma asegurada una vez revaloralizada, la Compañía lo pondrá en conocimiento del Tomador del Seguro y le comunicará el nuevo valor del Servicio Asegurado y el nuevo importe de la prima, por medio del Suplemento que se expida.

Si el Tomador no aceptase las condiciones propuestas por la Compañía, ésta mantendrá el contrato sin variación y aquél se hará cargo del exceso de costes que, sobre la suma asegurada, pudiera producirse al ocurrir un siniestro.

Cuando el importe de los servicios prestados fuera inferior a la suma asegurada, la Compañía abonará a los beneficiarios del Asegurado fallecido la diferencia resultante.

No obstante, cuando el importe de los servicios fuese superior a la suma asegurada, los herederos del fallecido podrán optar entre percibir el importe de la indemnización hasta el límite de la suma asegurada, o renunciar a la misma y permitir que la Compañía gestione el servicio hasta el límite de dicha suma, asumiendo los herederos, en ese caso, el exceso en los gastos que pudiera producirse.

2.3. CONCURRENCIA DE SEGUROS

Si al fallecer un Asegurado, lo fuera en más de una póliza de la Compañía que cubriera el mismo riesgo, ésta sólo reconocerá los derechos correspondientes a una de ellas, a elección de los herederos del fallecido. Las primas pagadas en las pólizas no reconocidas les serán reembolsadas desde la fecha en la que se produjo la concurrencia.

Cobertura de Asistencia

3.1. ASISTENCIA COMPLEMENTARIA

La Compañía garantiza la prestación de las coberturas descritas a continuación.

La falta de utilización de cualquiera de las garantías incluidas en esta cobertura de Asistencia no da derecho a indemnización alguna por ello.

3.1.1. TRASLADO

Dentro del territorio nacional, la Compañía asumirá los costes necesarios para el traslado del Asegurado fallecido hasta el cementerio de la localidad libremente

elegida por sus familiares, siempre que por las Autoridades competentes no exista impedimento alguno y el traslado se efectúe por Empresa Funeraria autorizada por la Compañía.

3.1.2. GASTOS EXTRAORDINARIOS

Quedan cubiertos los gastos médico-legales que se originen con motivo del fallecimiento traumático de los Asegurados, así como en los casos en los que se precise la intervención judicial.

Esta cobertura y la inmediata anterior serán consideradas como elementos del servicio. En consecuencia, la Compañía se hará cargo del exceso que pudiera producirse sobre el coste del mismo por tales gastos.

3.1.3. SERVICIOS ESPECIALES

- La Compañía garantiza la prestación de un **Servicio Fúnebre** específico, en el lugar en que se produzca, si el fallecimiento de los hijos de los Asegurados ocurriese **durante el periodo de gestación o antes de cumplir los treinta días de edad.**
- De igual manera, la Compañía garantiza la **inhumación o incineración** de extremidades amputadas a cualquiera de los Asegurados.

3.2. ASISTENCIA A PERSONAS

3.2.1. COORDINACIÓN DEL SERVICIO

La Compañía se compromete a poner a disposición de los familiares del Asegurado fallecido el personal necesario para organizar, coordinar y gestionar todos aquellos servicios contratados en la Póliza.

3.2.2. CONSULTA JURÍDICA FAMILIAR

La Compañía, a través del Servicio de Orientación Jurídica, atenderá telefónicamente las consultas que le formule el Asegurado.

El servicio se limita a la orientación telefónica respecto a la cuestión que se plantee, **sin emitir dictamen escrito.**

Este servicio incluye información jurídica respecto a las siguientes materias:

- DERECHO LABORAL: contratos de trabajo, nóminas, despidos, sanciones y expedientes de regulación, vacaciones, horarios, traslados.

- DERECHO ADMINISTRATIVO: asesoramiento en procedimientos sancionadores, relaciones con las administraciones públicas, vehículos (sanciones y recursos, obtención de permisos y autorizaciones) permisos de residencia y trabajo.
- DERECHO CIVIL: vivienda (compraventa, hipoteca, Registro de la Propiedad, arrendamiento), información sobre derechos del consumidor, temas relacionados con el matrimonio y parejas de hecho, con los hijos, testamento.
- DERECHO PENAL: robos.
- SUCESIONES, PENSIONES, SEGUROS, CONTRATOS DE ARRENDAMIENTO.
- RECLAMACIONES A TERCEROS y cualquier asunto relacionado con el fallecimiento.

3.2.3. TRAMITACIÓN DE DOCUMENTOS POR FALLECIMIENTO

La Compañía gestionará y asumirá los gastos que a consecuencia del fallecimiento de un Asegurado sean necesarios para la tramitación y obtención de la documentación siguiente, en organismos situados en España:

3.2.3.1. Para PENSIONES, SEGUROS y AYUDAS:

EN GENERAL:

- Certificado de Inscripción de Defunción.
- Libro de Familia actualizado.

VIUDEDAD:

- Declaración del fallecimiento del pensionista o certificado de empresa, o impresos del régimen especial de autónomos, según el caso.
- Solicitud de pensión de viudedad.

ORFANDAD:

- Solicitud de la pensión de orfandad.

A FAVOR DE FAMILIARES, POR HIJO A CARGO Y/O AUXILIO POR DEFUNCIÓN:

- Certificado de convivencia del solicitante y demás beneficiarios.
- Impreso de solicitud correspondiente.

SEGUROS:

- Certificado de Contratos de Seguro de cobertura de fallecimiento.

3.2.3.2. Para SUCESIONES, además de los indicados anteriormente:

- Certificado de Actos de Última Voluntad y los necesarios del Registro Civil (nacimiento del Asegurado, matrimonio, nacimiento de sus hijos u otros necesarios para la declaración de herederos).
- Partida de defunción original o fotocopia compulsada.
- Copia compulsada del testamento.

3.2.3.3. De CARÁCTER GENERAL:

- Baja del Asegurado fallecido como usuario del Sistema Público Sanitario y/o como pensionista del Instituto Nacional de la Seguridad Social o, si la competencia estuviese transferida, en el organismo correspondiente de la Comunidad Autónoma.

En aquellos casos en los que sea obligada la presencia de los derechohabientes para la solicitud de algún documento, la actuación de la Compañía se limitará al asesoramiento para su obtención.

La gestión de esta documentación se realizará por profesionales designados por la Compañía o aceptados expresamente por ésta; en caso contrario la responsabilidad de la Compañía queda limitada hasta un máximo de SESENTA EUROS (60 €).

La Compañía, no obstante, no hará frente a los gastos derivados de la intervención profesional de Abogados, Procuradores, Notarios, Registradores y Gestorías.

3.2.4. AYUDA PSICOLÓGICA

La Compañía pondrá a disposición de los familiares de los Asegurados fallecidos, un servicio de atención psicológica en los siguientes supuestos:

a) Cuando el fallecimiento sea consecuencia de un accidente.

b) Cuando les sobrevivan Asegurados menores de edad.

c) En el caso de que el Asegurado fallecido sea menor de edad.

La prestación del servicio de atención psicológica será realizada por profesionales adecuados, con anterioridad al sepelio, en el lugar de inhumación o fallecimiento y durante un periodo máximo de tres horas.

3.3. ASISTENCIA EN VIAJE

3.3.1. OBJETO Y EXTENSIÓN

Tiene por objeto prestar los servicios que a continuación se relacionan, con arreglo a las especificaciones que en ellos se citan.

Se entenderá como viaje cualquier desplazamiento de una duración máxima de **90 días consecutivos**, siempre que el hecho causante del siniestro ocurra fuera de la localidad de residencia del Asegurado. Este límite de 90 días no será aplicable, en territorio español, cuando el desplazamiento tenga por objeto la realización de estudios reglados.

No tendrán tal consideración, a efectos de esta cobertura, los desplazamientos realizados con objeto de recibir asistencia sanitaria, aunque en caso de fallecimiento, los Asegurados tendrán derecho a las prestaciones descritas en estas Condiciones Generales.

En ningún caso los Asegurados o los beneficiarios tendrán derecho al reembolso de los gastos efectuados directamente por ellos mismos sin previa autorización de la Compañía, salvo en los casos así previstos y en los de urgencia médica.

No estarán cubiertas las asistencias derivadas de:

- **Provocación intencionada de lesiones o de intoxicaciones por el Asegurado.**
- **Estados patológicos producidos por la ingestión voluntaria de alcohol, drogas, estupefacientes o medicamentos que no hayan sido prescritos por un facultativo autorizado.**
- **Práctica de deportes en competiciones oficiales.**

3.3.2. PRESTACIONES

A. PARA LOS ASEGURADOS

A.1. Por fallecimiento

Traslado o repatriación, con libre elección de cementerio

Si en el transcurso de un viaje, tanto en España como en el extranjero, se produjese el fallecimiento de cualquiera de los Asegurados, la Compañía efectuará a su cargo las gestiones y gastos necesarios para su traslado desde el lugar de ocurrencia del

hecho hasta el cementerio en España que **libremente designen los familiares** para su inhumación, siempre que por parte de las Autoridades competentes no exista impedimento alguno y **el traslado se realice por Empresa Funeraria autorizada por la Compañía.**

Esta prestación cubre el exceso de gastos que sobre la suma asegurada de Decesos se pudieran producir, como consecuencia del traslado del fallecido.

A.2. Por accidente o enfermedad grave

En España

Traslado en ambulancia

Si cualquier Asegurado sufriese un **accidente o enfermedad grave en España, a más de 25 Km. de su residencia habitual**, la Compañía abonará los gastos de ambulancia para el traslado desde el lugar de ocurrencia del siniestro hasta el centro médico más cercano a éste.

Cuando los médicos que asistan al Asegurado autoricen su traslado, la Compañía se hará cargo de los gastos para realizarlo en ambulancia hasta el centro sanitario más próximo a su domicilio.

En el extranjero

Gastos médicos de urgencia

En caso de accidente o enfermedad del Asegurado que sobrevengan encontrándose éste fuera de España y **hasta su regreso, la Compañía satisfará los gastos médicos de urgencia, hasta el límite de DOCE MIL EUROS (12.000 €) por persona. Se garantizan también los arreglos dentales de urgencia hasta el límite de TRESCIENTOS CINCUENTA EUROS (350 €).**

La cobertura de GASTOS MÉDICOS DE URGENCIA no será de aplicación en los casos de padecimientos crónicos o accidente acaecidos con anterioridad al viaje del Asegurado al extranjero.

Envío de un médico especialista

Cuando el Asegurado enfermo o accidentado presente un cuadro clínico muy grave que no permita su traslado y la asistencia médica no sea la adecuada a su estado, la Compañía enviará un médico especialista al lugar donde se encuentre.

Prolongación de estancia en hotel

Cuando por prescripción facultativa el Asegurado deba prolongar su estancia, la Compañía abonará los gastos de hospedaje y manutención, debidamente justificados, **hasta la cantidad de CIENTO CINCUENTA EUROS DIARIOS (150 €), con un máximo de MIL QUINIENTOS EUROS (1.500 €).**

Repatriación sanitaria

Si el estado de salud del Asegurado le impidiera retornar a su domicilio por sus propios medios, la Compañía organizará su traslado hasta el mismo o a un Centro Sanitario adecuado. **Los servicios médicos de la Compañía, en coordinación con los facultativos que le atiendan, serán los encargados de organizar y supervisar la prestación del servicio y determinar los medios de transporte idóneos; la utilización de medios aéreos especiales, cuando proceda, queda limitada a los países ribereños del Mediterráneo y al resto de Europa**.

B. PARA DESPLAZAMIENTO DE UNA PERSONA

Billete y gastos de alojamiento y manutención

Si durante un viaje, el Asegurado fallece o sufre un accidente o una enfermedad grave por los que deba permanecer hospitalizado **durante un periodo de tiempo superior a cinco días**, la persona que el Asegurado o sus familiares designen tendrá derecho a:

- **Un billete** de avión o del medio de transporte público idóneo, para viajar hasta el lugar donde haya ocurrido el siniestro y regreso.
- **Gastos justificados de alojamiento y manutención, hasta la cantidad de CIENTO VEINTICINCO EUROS diarios (125 €) y con límite de MIL DOSCIENTOS CINCUENTA EUROS (1.250 €). En caso de que el siniestro se produzca en el extranjero, los límites serán de 150 € y 1.500 €, respectivamente.**
- Si durante el viaje de la persona desplazada se **produjera su fallecimiento por accidente**, la Compañía indemnizará a sus herederos en la cantidad de DOCE MIL EUROS (12.000 €).

C. AYUDA A MENORES Y ACOMPAÑANTES

Menores

Si los menores de edad que viajasen con el Asegurado que falleciera durante el viaje o sufriera accidente o enfermedad, quedaran sin cuidado personal, la Compañía organizará el regreso a su domicilio, con una persona que los custodie, si fuera necesario.

Acompañantes

Si los acompañantes, con la condición de Asegurados, que viajasen con el Asegurado que hubiera fallecido o tuviera que ser hospitalizado, no pudieran utilizar el medio

de transporte previsto para su regreso, la Compañía organizará el traslado hasta su domicilio, a través del medio de transporte más idóneo.

D. OTRAS PRESTACIONES

En España y en el extranjero

Regreso anticipado

Si el Asegurado se viera en la necesidad de interrumpir el viaje como consecuencia de:

- Un siniestro grave en su domicilio o en su industria o negocio, o
- Accidente, enfermedad grave o fallecimiento de un familiar (hasta segundo grado de parentesco directo o por afinidad),

y no le fuera posible emplear los mismos medios de transporte previstos para su regreso, la Compañía le abonará los gastos del viaje de vuelta en medios ordinarios de transporte público.

Transmisión de mensajes urgentes

La Compañía tendrá a disposición de los Asegurados el servicio de teléfono permanente de la Central de Asistencia, para transmitir los mensajes urgentes relativos a las incidencias sobre riesgos cubiertos por esta garantía.

Localización de equipajes

En caso de robo o extravío del equipaje y efectos personales del Asegurado, la Compañía colaborará en las gestiones para su localización y cuando sea localizado lo expedirá al lugar designado por el Asegurado o reembolsará a éste los gastos en que haya incurrido para recogerlo.

Si el extravío se produjera con motivo de un vuelo en medios públicos de navegación aérea y no apareciese en las 24 horas siguientes a la llegada al aeropuerto de destino, la Compañía reembolsará además, **hasta un máximo de TRESCIENTOS EUROS (300 €) por Asegurado y con límite de MIL DOSCIENTOS EUROS (1.200 €) por siniestro,** los gastos en que éste haya incurrido para adquirir el vestuario y los objetos de aseo personal imprescindibles.

Localización y salvamento

Si un Asegurado desapareciera en situación de inminente peligro, la Compañía pagará los gastos para su localización y salvamento **hasta un máximo de MIL QUINIENTOS EUROS (1.500 €).**

Envío de medicamentos

La Compañía enviará cualquier medicamento de interés vital, que no pueda ser obtenido en el lugar donde se encuentre el Asegurado enfermo o accidentado.

Sólo en el extranjero

Consulta médica a distancia

Si el Asegurado necesita, durante su viaje por el extranjero, efectuar una consulta médica que le sea imposible obtener localmente, la Compañía, a través de los servicios médicos, le facilitará telefónicamente la información deseada. Dada la dificultad de establecer un diagnóstico por teléfono, la información deberá ser considerada como una **mera orientación,** por lo que la Compañía y sus cuadros médicos no serán responsables por las actuaciones que realizara el Asegurado con fundamento en aquélla.

Anticipo de fondos

Por hospitalización

Si debido a un accidente o enfermedad grave, ocurridos en el extranjero, el Asegurado precisa ser internado en un centro hospitalario y éste le exigiera fianza, la Compañía realizará el oportuno depósito, hasta un máximo de **DOCE MIL EUROS (12.000 €).**

Por accidente de circulación

Si como consecuencia de un accidente de circulación que sufra en el extranjero, el Asegurado es encarcelado o procesado, la Compañía depositará la fianza exigida por las autoridades competentes, **hasta un máximo de SEIS MIL SEISCIENTOS EUROS (6.600 €).**

Asimismo, la Compañía adelantará el importe de los honorarios de abogado, **hasta un límite de MIL EUROS (1.000 €).**

Por accidente, enfermedad, robo o extravio

Si como consecuencia de accidente, enfermedad, robo o extravío de bienes, ocurridos en el extranjero, el Asegurado quedara sin recursos económicos y no tuviera medios para obtenerlos, la Compañía le enviará, **en concepto de préstamo sin intereses**, la cantidad necesaria para hacer frente a sus necesidades urgentes y **hasta un máximo de NOVECIENTOS EUROS (900 €).**

El Asegurado se obliga a la devolución del importe percibido en cuanto regrese a su domicilio habitual, como máximo en el plazo de sesenta días. Si transcurrido ese plazo no se hubiera efectuado la devolución del préstamo, **la Compañía podrá reclamarlo incrementado en el interés legal aplicable en el momento de su reclamación.**

Servicio de información

El Asegurado puede obtener información de orden administrativo o sanitario, antes de emprender un viaje al extranjero, de datos referidos a necesidad de pasaporte, visados de entrada en otros países, vacunas exigidas, tasas de cambio y moneda, llamando al teléfono de Asistencia que figura en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Coberturas Adicionales

4.1. COBERTURA ODONTOLÓGICA

4.1.1. OBJETO Y EXTENSIÓN

La presente cobertura comprende una serie de servicios odontoestomatológicos básicos, de los que el Asegurado podrá hacer uso sin coste alguno, y otros servicios específicos con un coste franquiciado, y ello conforme con lo estipulado en las presentes Condiciones.

No se incluyen en esta cobertura los honorarios profesionales, gastos hospitalarios ni de anestesia, cuando se precise medio hospitalario para la realización de los actos garantizados.

1. Descripción de los servicios

La relación completa de prestaciones, el cuadro de especialistas concertados, las normas de utilización, así como el baremo de precios aplicables máximos de los servicios cubiertos por esta garantía son los que se especifican en la relación de Actos y Franquicias incluido en el documento SEGURO DENTAL que la Compañía facilita al Asegurado junto con estas Condiciones Generales.

La presente cobertura tomará efecto, una vez transcurrido el período de UN MES desde la fecha de contratación del Seguro.

2. Franquicias dentales

El Asegurado participará en el coste de determinados servicios mediante el abono de las franquicias que figuran en el apartado de ACTOS GARANTIZADOS del documento SEGURO DENTAL.

Las franquicias establecidas son válidas para el año natural de contratación del seguro, reservándose la Aseguradora el derecho de poderlas modificar si así lo precisara, e incluso someter a franquicia prestaciones que antes no la tenían prevista, previa comunicación a los Asegurados.

El Asegurado utilizará preferentemente el cuadro de especialistas en odontoestomatología de la provincia de su domicilio, que aparece en la Guía Médica Asistencial en vigor. No obstante, el Asegurado podrá acceder a cualquier profesional o centro del cuadro de especialistas nacional de la Compañía que esté concertado para el tipo de tratamiento a realizar.

3. Prestación de los servicios dentales

El Asegurado podrá concertar libremente cita con un especialista en odontoestomatología concertado por la Aseguradora a nivel nacional, identificándose como tal ante el Especialista o servicio concertado, presentando al efecto su Tarjeta Dental.

El especialista seleccionado le realizará el examen oportuno, facilitándole un presupuesto bucodental previo al tratamiento que deberá ser firmado por ambas partes.

El Asegurado abonará directamente al Especialista o Servicio Concertado las franquicias dentales que correspondan a los actos que figuran en el presupuesto bucodental. El importe de las mismas deberá coincidir con las cantidades indicadas en el apartado ACTOS GARANTIZADOS del documento SEGURO DENTAL.

El Especialista facilitará al Asegurado comprobantes de todos los actos realizados y justificantes de las franquicias pagadas.

4. Garantía y calidad

Todos los materiales utilizados en los tratamientos a los Asegurados, por parte del Especialista tendrán una garantía de un año y cumplirán las normas de calidad tipo ISO o ADA. En el caso de implantes, la garantía se amplía a 5 años, siempre que el Asegurado siga las indicaciones del Especialista.

El presupuesto bucodental previo deberá ser facilitado por el Asegurado a la Compañía en caso de reclamación.

4.1.2. RIESGOS EXCLUIDOS

Quedan en todo caso excluidos los servicios dentales que pudieran prescribir los facultativos no concertados con la Compañía, salvo autorización previa y por escrito de ésta.

4.1.3. TARJETA DENTAL

Para la utilización de los servicios dentales en los términos contemplados en la presente cobertura, es imprescindible la presentación de la Tarjeta Dental que identifica al Asegurado como tal y que será facilitada a los Asegurados por la Compañía.

La Tarjeta Dental no contiene información sanitaria es exclusivamente identificativa. Tendrá una duración anual, siendo renovada anualmente durante la vigencia del contrato.

Cada servicio dental prestado requerirá de un único pase de tarjeta, que se podrá efectuar en soporte papel o por datáfono.

La Tarjeta Dental es personal e intransferible, reservándose la Compañía el ejercicio de las acciones legales que procedan por el uso fraudulento de la misma. En caso de robo, hurto o extravío, el Asegurado está obligado a comunicar esta circunstancia a la Compañía a la mayor brevedad posible.

4.2. ACCIDENTES

4.2.1. OBJETO Y EXTENSIÓN

La Compañía cubre los accidentes que pueda sufrir el Asegurado durante las veinticuatro horas del día, tanto de su vida privada como en el ejercicio de su profesión. **La cobertura de los riesgos extraordinarios, excluidos de esta Póliza con carácter general, es asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros conforme a su propia normativa. Se incluye un resumen de la misma en estas Condiciones Generales.**

4.2.2. EXCLUSIONES

No quedan cubiertos por esta garantía aquellos accidentes que se deriven de los siguientes supuestos:

- **Por disposición legal no puede cubrirse el riesgo de Fallecimiento de los menores de 14 años, como tampoco el de las personas incapacitadas.** No obstante, al cumplir los 14 años, para los Asegurados afectados se adecuarán las sumas aseguradas al objeto de incluir las garantías de Fallecimiento, emitiéndose el correspondiente suplemento.
- **Provocación intencionada del siniestro por parte del Asegurado o con su complicidad.**

- **Las consecuencias o secuelas de accidentes acaecidos con anterioridad a la entrada en vigor de este Seguro, aunque éstas se manifiesten durante su vigencia.**
- **La participación en competiciones o torneos organizados por federaciones deportivas u organismos similares, así como la práctica de deportes o actividades notoriamente peligrosas y especialmente las siguientes: automovilismo, motociclismo, submarinismo, navegación de altura (en embarcaciones no destinadas al transporte público de pasajeros), escalada, espeleología, boxeo, paracaidismo, aerostación, vuelo libre y vuelo sin motor.**
- **La utilización, como pasajero o tripulante, de helicópteros y medios de navegación aérea no autorizados para el transporte público de viajeros.**
- **Tirones, roturas o desgarros musculares, lumbalgias y hernias de cualquier naturaleza.**
- **Participación activa del asegurado en actos delictivos o en apuestas, desafíos o riñas, salvo en los casos de legítima defensa o estado de necesidad.**
- **Accidentes sufridos por estar embriagado o bajo el efecto de las drogas, tóxicos o estupefacientes, siempre que cualquiera de estas circunstancias haya sido causa determinante del accidente. Se considerará que hay embriaguez cuando el grado de alcohol en la sangre sea superior a 0,50 gramos por 1.000 centímetros cúbicos.**
- **Lesiones y enfermedades que sean consecuencia de intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos no motivados por un accidente cubierto por la Póliza; así como las enfermedades de cualquier naturaleza (incluso las de origen infeccioso), infartos (salvo por cobertura de la propia garantía), episodios cardiovasculares, ataques de epilepsia y pérdida de las facultades mentales, salvo que sean ocasionadas por un accidente.**
- **Los siniestros cuya cobertura corresponde al «Consorcio de Compensación de Seguros», aun cuando éste no admita la efectividad del derecho del Asegurado por incumplimiento de alguna de las disposiciones legales que regulan su cobertura, o por haber sobrevenido el siniestro dentro del periodo de carencia que rige para este Organismo.**

4.2.3. GARANTÍAS

Fallecimiento por accidente

Si el Asegurado falleciera a consecuencia de Accidente, la Compañía pagará al beneficiario el capital garantizado que conste en las Condiciones Particulares.

Si con anterioridad al fallecimiento la Compañía hubiera pagado una indemnización por Invalidez, a consecuencia del mismo Accidente, ésta deberá indemnizar la diferencia entre el importe pagado y la suma asegurada en caso de fallecimiento. Si lo ya indemnizado fuera superior, la Compañía no reclamará la diferencia.

Doble capital por fallecimiento de ambos cónyuges

Si a causa de un mismo Accidente se produjera el fallecimiento de ambos cónyuges, dejando hijos menores de 18 años o mayores con discapacidad legal permanente y absoluta, la Compañía indemnizará una cantidad adicional equivalente a la suma contratada por cada uno de ellos en la garantía de Fallecimiento por Accidente.

Tendrán la consideración de cónyuges, a los efectos aquí descritos, las parejas de hecho.

4.2.4. DOCUMENTACIÓN A APORTAR EN CASO DE SINIESTRO

Cuando tenga lugar un siniestro de la **cobertura de Accidentes,** junto con la comunicación del siniestro, el Asegurado o el Beneficiario deberán presentar la documentación precisa y que genéricamente será la siguiente:

a) Certificado Médico en el que deberán constar las consecuencias del Accidente.

b) Certificado de Defunción.

c) Justificante de haber presentado ante la Oficina Liquidadora correspondiente la declaración a efectos del Impuesto de Sucesiones, cuando proceda.

d) En cualquier caso la documentación o informes de los que resulte el acaecimiento del Accidente (Policía, Juzgado, etc.).

El acceso a la videoconsulta deberá realizarse también a través de la citada plataforma.

Seguro de Riesgos Extraordinarios
CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

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

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

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

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 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.

II. 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 (900 222 665 o 952 367 042).

– 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.

MAPFRE

24 horas a su servicio

Teléfono de información
918 366 181 / 900 814 111

Y desde el extranjero:
(+34) 915 811 823

mapfre.es