DECESOS Y ASISTENCIA ACTIVE

NATURAL 2

CONDICIONES GENERALES

activeseguros.com

CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO
CON FAMILIAR DE SEGUROS ACTIVE S.A.

DECESOS Y ASISTENCIA ACTIVE
NATURAL 2

SECCIÓN PRELIMINAR

Gracias por contratar este seguro multirriesgo con **FAMILIAR DE SEGUROS ACTIVE.** Por el solo hecho de la contratación con ACTIVE del riesgo principal de decesos, tiene acceso a un gran número de prestaciones aseguradoras y de servicios adicionales que lo complementan, a través de otras entidades asociadas a **FAMILIAR DE SEGUROS ACTIVE**. Para mayor claridad y trasparencia, le informamos de que este **contrato de seguros** se divide en 9 Secciones distintas, en función de los riesgos y ramos cubiertos, los servicios prestados y la entidad que otorga las coberturas o presta los servicios correspondientes.

Se facilita, a continuación, un cuadro resumen de prestaciones que, como asegurado de ACTIVE tiene derecho a recibir o, en su caso, a contratar, en condiciones muy ventajosas por haber contratado el riego principal de decesos y ser cliente de ACTIVE. Para mayor trasparencia, se indica también si se trata de un riesgo asegurado o de un servicio y se identifica a la aseguradora que otorga la cobertura y a la entidad que presta el servicio:

SECCIÓN Y PÁG	PROVEEDOR	COBERTURAS DE SEGURO	SERVICIOS AUXILIARES INCLUIDOS EN LA COBERTURA PRINCIPAL	SERVICIOS AUXILIARES NO INCLUIDOS EN LA COBERTURA PRINCIPAL (DE CONTRATACIÓN VOLUNTARIA)
SECCIÓN I. Pág. 6	**ACTIVE**	**COBERTURA PRINCIPAL DE DECESOS:** Prestación de servicios funerarios por fallecimiento	Estos servicios auxiliares son distintos del seguro de decesos, que es el producto principal, están incluidos en el seguro y se ofrecen conjuntamente con él. **NO** pueden adquirirse separadamente (Art. 184 RDL 3/2020 de 4 de febrero).	Estos servicios auxiliares son distintos del seguro de decesos, que es el producto principal, **NO** están incluidos en el seguro pero se ofrecen conjuntamente con él. La contratación de estos servicios es voluntaria.
SECCIÓN I. Pág. 13	**ACTIVE**	**Garantías complementarias incluidas en la cobertura principal:** • Traslado nacional en caso de fallecimiento en España		
SECCIÓN I. Pág. 14	**ACTIVE**	**Garantías complementarias opcionales:** • Repatriación de asegurados de nacionalidad extranjera • Acompañamiento de los restos mortales • Repatriación de asegurados latinoamericanos residentes en España a su país de origen y servicios funerarios para sus familiares residentes en Latinoamérica especificados en el Suplemento de Prestación de Servicios Funerarios en Latinoamérica. • Repatriación o transporte del Asegurado fallecido residente en el extranjero • Desplazamiento de un familiar en caso de fallecimiento del Asegurado residente en el extranjero		
SECCIÓN I. Pág. 17	**ACTIVE**		**TRÁMITES DE GESTORÍA Y HERENCIA, a través de JURISLEG**, para la obtención de certificados de defunción, trámites ante el INSS, pensión viudedad y orfandad, liquidación impuestos, etc.	
SECCIÓN I. Pág. 18	**ACTIVE**		**ASISTENCIA INFORMÁTICA Y TECNOLÓGICA, a través de SOSMATIC:** solución de incidencias y consultas informáticas del asegurado.	
SECCIÓN I. Pág. 19	**ACTIVE**		**ASISTENCIA HOGAR-MANITAS, a través de EUROP ASSISTANCE:** reparaciones básicas en el hogar del asegurado. Incluye **RECLAMACIÓN DE DAÑOS Y PERJUICIOS**: gestión de reclamación amistosa o judicial a un tercero identificable, por los daños y perjuicios causados al Asegurado. Incluye **SERVICIO MANITAS**: envío de un profesional por parte del Reasegurador al domicilio habitual del Asegurado de la póliza de Decesos de la Cedente, para realizar los trabajos no urgentes.	

SECCIÓN Y PÁG	PROVEEDOR	COBERTURAS DE SEGURO	SERVICIOS AUXILIARES INCLUIDOS EN LA COBERTURA PRINCIPAL	SERVICIOS AUXILIARES NO INCLUIDOS EN LA COBERTURA PRINCIPAL (DE CONTRATACIÓN VOLUNTARIA)
SECCIÓN I. Pág. 19	**ACTIVE**		Incluye **SERVICIO DE TELEFARMACIA**: recogida a domicilio de receta de la Seguridad Social, tarjeta sanitaria o receta de un médico privado para adquirir la correspondiente medicina. Incluye **ASESORAMIENTO FISCAL TELEFÓNICO**: respuesta a cualquier consulta de carácter fiscal planteada por el Asegurado referente a su ámbito personal y circunscrita a la legislación española.	
SECCIÓN I. Pág. 24	**ACTIVE**		**SERVICIO LEGAL: "Active Laboral", a través de YO TENGO ABOGADO:** consulta de dudas legales de carácter laboral planteadas por el Asegurado.	
SECCIÓN I. Pág. 25	**ACTIVE**		**SERVICIO DENTAL, a través de GIRA DENTAL**: acceso a amplia gama de servicios dentales (limpieza de boca, examen bucal, visitas de urgencia, etc.).	
SECCIÓN I. Pág. 26	**ACTIVE**		**SERVICIO MÉDICO: "Tu salud", a través de HEALTHMOTIV:** consulta de dudas de salud por teléfono, video llamada, correo electrónico o web.	
SECCIÓN II. Pág. 29	**ARAG**	**COBERTURA ACCESORIA DE ASISTENCIA EN VIAJE incluida en la cobertura principal.** • Repatriación y transporte del asegurado fallecido. • Desplazamiento de un acopañante. • Traslado internacional en caso de fallecimiento del Asegurado en el extranjero. • Derecho de un acompañante al Asegurado fallecido durante el traslado. • Repatriación o transporte sanitario de heridos o enfermos en el Extranjero • Repatriación o transporte sanitario de heridos o enfermos en España. • Gastos médicos en el extranjero. • Repatriación o transporte de los demás Asegurados. • Repatriación o transporte de menores o disminuidos. • Desplazamiento de un familiar en caso de hospitalización en el Extranjero. • Convalecencia en hotel en el Extranjero. • Regreso anticipado por fallecimiento de un familiar. • Regreso anticipado desde el Extranjero por hospitalización de un familiar. • Búsqueda, localización y envío de equipajes extraviados. • Regreso anticipado por siniestro grave en el hogar o local profesional del Asegurado. • Envío de objetos olvidados o robados durante el viaje. • Transmisión de mensajes urgentes. • Envío de medicamentos en el Extranjero.		

SECCIÓN II. Pág. 29	**ARAG**	• Gastos de gestión por la pérdida o robo de documentos. • Servicio de información. • Robo y daños materiales al equipaje. • Gastos de anulación de viaje.		
LAS COBERTURAS DE LAS SECCIONES III, IV, V Y VI SON DE CONTRATACIÓN OPTATIVA PARA EL TOMADOR DEL SEGURO				
SECCIÓN Y PÁG	**PROVEEDOR**	**COBERTURAS DE SEGURO**	**SERVICIOS AUXILIARES INCLUIDOS EN LA COBERTURA PRINCIPAL**	**SERVICIOS AUXILIARES NO INCLUIDOS EN LA COBERTURA PRINCIPAL (DE CONTRATACIÓN VOLUNTARIA)**
SECCIÓN III. Pág. 35	**SURNE**	**COBERTURA ACCESORIA DE VIDA:** abono de indemnización por muerte del Asegurado		
SECCIÓN IV. Pág. 42	**SURNE**	**COBERTURA ACCESORIA DE ACCIDENTES:** abono de indemnización en caso de accidente del Asegurado		
SECCIÓN V. Pág. 50	**SURNE**	**COBERTURA ACCESORIA DE RENTA DE ORFANDAD:** abono de renta anual para estudios hasta que el hijo cumpla 23 años		
SECCIÓN VI. Pág. 54	**SURNE**	**COBERTURA ACCESORIA DE HOSPITALIZACIÓN**: abono de indemnización en caso de hospitalización del asegurado		
SECCIÓN VII. Pág. 55	**EUROP ASSISTANCE**	**COBERTURA ACCESORIA DE PROTECCIÓN DE PAGOS:** reembolso de la prima de renovación del seguro de decesos por hospitalización, desempleo o incapacidad temporal del asegurado.		
SECCIÓN VIII. Pág. 66	**EUROP ASSISTANCE**			**GESTIÓN DEL FINAL DE LA VIDA DIGITAL:** eliminación de referencias del asegurado fallecido en dispositivos y redes sociales.
SECCIÓN VII. Pág. 67	**EUROP ASSISTANCE**			**ASISTENCIA PERSONAL BÁSICA Y AMPLIADA:** contratación de asistente a domicilio para el cuidado de personas; asistente personal para la realización de ciertas gestiones y otros servicios.
SECCIÓN VII. Pág. 71	**EUROP ASSISTANCE**			**ASITENCIA JURÍDICA DEL PRODUCTO COMPLEMENTARIO "ASISTENCIA MÉDICA BAREMADA"** (límite 3.000 euros): defensa judicial (en la jurisdicción penal) del Asegurado en su vida privada y familiar por faltas y delitos de imprudencia, impericia o negligencia.
SECCIÓN VIII. Pág. 71	**CH MASCOTAS**			**ASISTENCIA A MASCOTAS:** mediante uso de tarjetas digitales se podrán utilizar, previa contratación, una gran variedad de servicios en relación con su mascota.
SECCIÓN IX. Pág. 73	**CH SALUD / GUÍA DE LA SANIDAD / CANAL SALUD**			**ASISTENCIA MÉDICO / JURÍDICA:** servicio, mediante tarjeta personalizada, de asistencia médica privada. Voluntaria

SECCIÓN I. SEGURO DE DECESOS A CARGO DE FAMILIAR DE SEGUROS ACTIVE, S.A.

I.1. COBERTURA DE DECESOS

I.1.1. Información preliminar facilitada al tomador del seguro antes de la contratación
Conforme al artículo 96 de LOSSEAR y 122, 123 y 125 del ROSSEAR, el Tomador del Seguro reconoce haber recibido de la entidad aseguradora, con anterioridad a la contratación del seguro, la información a que se refiere esta sección:

I.1.1.1. Legislación Aplicable Estado miembro, Autoridad de Control (Art. 96 LOSSEAR)
Las Condiciones Generales y Particulares del presente contrato de seguro, se rigen por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro, por la Ley 20/2015, de 14 de julio de ordenación, supervisión y solvencia de entidades aseguradoras y reaseguradoras y por el Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre que la desarrolla en lo que se refiere al seguro de decesos como ramo de prestación de servicios, **no siendo válidas las cláusulas limitativas de los derechos del Asegurado que no hayan sido expresamente aceptadas por escrito por el Tomador del seguro y que se destacan de modo especial con letra negrita.**

El Estado miembro de localización del riesgo es España y la autoridad a la que corresponde el control de la entidad aseguradora es la DIRECCIÓN GENERAL DE SEGUROS Y FONDOS DE PENSIONES (DGSFP).

I.1.1.2. Instancias internas y externas de reclamación y resolución de conflictos
En cumplimiento con lo dispuesto en los artículos 96 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y 123 de su normativa de desarrollo (Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras), el Asegurador informa sobre las siguientes cuestiones:

Instancias internas de reclamación:
En caso de que Ud. quisiera presentar una queja o reclamación relacionada con sus intereses y derechos legalmente reconocidos, podrá dirigirla, por escrito, a:

Servicio de Atención al Cliente
Tlf: 96 351 98 85
Correo electrónico: atencion@activeseguros.com
Página web: www.activeseguros.com

En todos los casos, rogamos indique su número de póliza y/o número de siniestro.
Una vez recibamos su queja, le enviaremos por escrito un acuse de recibo, en el que se establecerán los plazos reglamentarios para la resolución de su reclamación.

La normativa aplicable a este procedimiento es la Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo, sobre los departamentos y servicios de atención al cliente y el defensor del cliente de las entidades financieras. El Reglamento de Funcionamiento del Servicio de Atención al Cliente se encuentra a disposición de los clientes en el domicilio de ACTIVE.

Instancias externas de reclamación:

1) En caso de disputa, el Asegurado podrá reclamar ante el Juzgado de Primera Instancia correspondiente a su domicilio de conformidad con el artículo 24 de la Ley de Contrato de Seguro.

2) Asimismo, las partes podrán someter voluntariamente sus divergencias a decisión arbitral en los términos de los artículos 57 y 58 del texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias, aprobados por el Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre. En cualquier caso, y salvo aquellos supuestos en que la legislación de protección de los consumidores y usuarios lo impida, también podrán someter a arbitraje las cuestiones litigiosas, en los términos de la Ley 60/2003, de 23 de diciembre, de Arbitraje.

3) Igualmente, podrá someter sus divergencias a un mediador den los términos previstos en la Ley 5/2012, de 6 de julio, de mediación en asuntos civiles y mercantiles.

4) Igualmente y sin perjuicio de las acciones a ejercitar ante los Tribunales, los Tomadores del Seguro, Asegurados y Beneficiarios, en caso de no obtener respuesta del Servicio de Atención al Cliente del Asegurador en el plazo de dos meses desde la presentación de la queja o reclamación, o en caso de disconformidad con el pronunciamiento recaído, o si considera que el asegurador ha vulnerado sus derechos en virtud del contrato de seguro podrán reclamar, en virtud del Artículo 119 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, y de conformidad con la Orden ECC/2502/2012, de 16 de noviembre y demás normativa aplicable, ante la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. Los datos de contacto son los siguientes:

Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (Servicio de Reclamaciones)
Paseo de la Castellana 44, 28046 Madrid - España
Tel: 952 24 99 82
https://www.sededgsfp.gob.es/SedeElectronica/Reclamaciones/Reclamacion.asp
https://www.sededgsfp.gob.es/es/Paginas/Procedimiento.aspx?p=18

Para presentar tal reclamación, Usted debe haber presentado previamente una queja al Servicio de Atención al Cliente de la Aseguradora y no haber obtenido respuesta dentro de los dos meses siguientes a la presentación de la queja, o bien, puede presentar dicha reclamación si la decisión fue contraria a sus peticiones y usted sigue insatisfecho.

Si Usted ha comprado su seguro Online, también puede presentar una reclamación a través de la plataforma de resolución de litigios en línea (ODR) de la UE. El sitio web de la plataforma ODR es www.ec.europa.eu/odr.

I.1.1.3. Criterios a aplicar para la renovación de la póliza:
Este seguro es mensual prorrogable tácitamente conforme se establece en la Sección 1.13 posterior.

I.1.1.4. Modalidad que se está ofertando, definición, características y método para el cálculo de la prima inicial y primas sucesivas:
Este seguro de decesos se contrata bajo la modalidad de prima seminatural cuyo importe se determina por la probabilidad de fallecimiento durante el año en curso en función de la esperanza de vida del asegurado adaptándose, en cada vencimiento, a su nueva edad actuarial y al capital asegurado.

I.1.1.5. Cuadro evolutivo estimado de primas y edad: ver cuadro al final de esta Sección.

I.1.1.6. Actualizaciones de capitales asegurados, prestaciones y primas: ver sección 1.5 posterior.

I.1.1.7. Garantías accesorias opcionales: ver cuadro de prestaciones en la Sección Preliminar anterior.

I.1.1.8. Condiciones de resolución del contrato.
Usted podrá resolver el contrato a los vencimientos mensuales por su propia voluntad conforme a lo establecido en la Sección 1.13 posterior.

I.1.1.9. Derecho de rehabilitación de la póliza: no aplica.

I.1.1.10. Limites y condiciones relativos a la libertad de elección del prestador: ver cuadro de prestaciones en la Sección Preliminar anterior.

I.1.1.11. Protección de datos de carácter personal

¿Quién es el responsable del tratamiento de sus datos personales?
El responsable del tratamiento es FAMILIAR DE SEGUROS ACTIVE S.A. (“ACTIVE”), con domicilio social en Avenida de las Cortes Valencianas, 17-Entlo. 8, CP 46015, de la ciudad de Valencia, C.I.F. A- 46001 (en adelante "la ENTIDAD" o "ACTIVE").
ACTIVE ha nombrado formalmente un Delegado de Protección de Datos y además tiene habilitado el siguiente canal de comunicación:
NUNSYS, S.A.
CIF A97929566
C/ Gustave Eiffel, 3. Parque Tecnológico 46290 Paterna (Valencia)
963.122 868
dpo@nunsys.com

¿Cómo hemos obtenido sus datos personales?
ACTIVE ha obtenido sus datos de carácter personal de alguna de las siguientes fuentes:
• Aportados por usted en la solicitud realizada, para la formación de la relación contractual o los que se generen como consecuencia del desarrollo de la misma.
• Empresas del Grupo ACTIVE o mediadores de seguros.
• De fuentes accesibles al público, ficheros comunes o registros públicos.
En caso de que proporcione datos de terceros usted garantiza que cuenta con el consentimiento expreso de los terceros para que ACTIVE pueda tratar sus datos. Asimismo, garantiza que los terceros cuyos datos proporcione han sido debidamente informados de los tratamientos que ACTIVE llevará a cabo con dichos datos.

¿Qué tipo de datos personales tratamos?
Mientras se mantenga la relación contractual, ACTIVE podrá tratar los siguientes datos de carácter personal:
• Datos identificativos.
• Datos de características personales y familiares.
• Datos de circunstancias sociales.

• Datos económicos, financieros y de seguros.
• Datos de salud.

¿Con qué finalidad y con qué legitimación tratamos sus datos personales?
En ACTIVE tratamos sus datos personales para alcanzar las finalidades que se detallan a continuación. Asimismo, cada finalidad del tratamiento tiene una legitimación en la que se basa el tratamiento de sus datos personales.
En ACTIVE tratamos sus datos personales para el cumplimiento de obligaciones legales o por estar el tratamiento amparado en una disposición legal con las siguientes finalidades:
• Proteger su identidad y detectar debidamente el uso fraudulento de datos tanto en la fase contractual como precontractual, acometiendo las actividades necesarias para la prevención, detección y control del fraude, así como la prevención y/o detección de blanqueo de capitales y/o financiación del terrorismo.
• Cumplir con la normativa sectorial que afecta a ACTIVE como sujeto obligado por motivo de su actividad y servicios prestados, especialmente, la normativa relativa a seguros.
• Valoración, selección y tarificación de riesgos.
• Gestión y liquidación de siniestros.
• En ACTIVE tratamos sus datos personales en base al desarrollo y ejecución de la relación contractual formalizada con usted con las siguientes finalidades:
• Cumplir con las prestaciones y coberturas indicadas en la póliza de seguro o cualquier otro servicio u obligación que hayamos suscrito con usted.
• Tramitar y gestionar las solicitudes realizadas por usted en relación con productos y servicios ofrecidos por ACTIVE, así como para mantener, desarrollar y controlar las relaciones de negocio existentes entre las partes, incluyendo para ello la evaluación, valoración y seguimiento.
• Para, según proceda, la formulación, el ejercicio o la defensa de reclamaciones que pudieran plantearse con motivo de las relaciones que usted mantenga con ACTIVE.

En ACTIVE tratamos sus datos personales en base al interés legítimo de la entidad con las siguientes finalidades:
• Remitirle información publicitaria o promocional de productos y/o servicios de ACTIVE que sean similares o estén relacionados con los que ya tenga contratados, a través de cualquier medio de comunicación utilizado por la ENTIDAD, tales como:
- Correo postal
- Correo electrónico y redes sociales (Whatsapp, Facebook, etc.)
- SMS/MMS
- Servicios web/online de ACTIVE
- Llamadas telefónicas
• Conocer su solvencia patrimonial y de crédito.
• Consultar su histórico de siniestralidad en ficheros comunes.
• Realización de estudios estadísticos e históricos.

Sólo en los casos que usted haya prestado su consentimiento, en ACTIVE tratamos sus datos personales con las siguientes finalidades:
• Acceso a información de fuentes externas (p.e. redes sociales como Facebook, plataformas de colaboración, blogs, foros, datos de localización, cookies) para perfilar y ofrecer los productos que mejor se ajusten a mis necesidades.
• Envío de información comercial de terceras empresas pertenecientes a los siguientes sectores de actividad: seguros, financieros, telecomunicaciones, seguridad, tecnología, energía, audiovisual, educación, ocio, automoción y gran consumo, las cuales mantienen acuerdos de colaboración con ACTIVE.
• Envío de información promocional y publicitaria de las empresas del Grupo ACTIVE.
• Comunicación de sus datos personales a empresas del Grupo ACTIVE (www.activeseguros.com/avisoLegal.php), con la finalidad de mantener un repositorio común de sus productos contratados que le permita conseguir una experiencia como cliente más beneficiosa.

¿A qué destinatarios se comunicarán sus datos personales?
Los datos personales tratados por ACTIVE para alcanzar las finalidades detalladas anteriormente podrán ser comunicados a los siguientes destinatarios en función de la base legitimadora de la comunicación.
En virtud de lo anterior, las siguientes comunicaciones de datos persiguen garantizar el correcto desarrollo de la relación contractual, así como dar cumplimiento a obligaciones legales que exigen realizar las mencionadas comunicaciones:
A entidades financieras, para la gestión de cobros y pagos.
A entidades y organismos, públicos o privados, que intervengan en la gestión del contrato de seguro (entidades de reaseguro, coaseguro o intervinientes en la gestión de la póliza) siempre que la comunicación resulte estrictamente necesaria.
A ficheros comunes de solvencia relativos al cumplimiento e incumplimiento de obligaciones dinerarias. En el caso de no producirse el pago en los términos previstos en los contratos que usted formalice con ACTIVE y cumplirse los requisitos establecidos al efecto en la normativa sobre protección de datos, los datos relativos al impago podrán ser comunicados a ficheros comunes de solvencia relativos al cumplimiento o incumplimiento de obligaciones dinerarias.
A ficheros comunes a los que ACTIVE se haya adherido para la prevención y detección del fraude.
A cualesquiera otros ficheros a los que deban comunicarse sus datos por imperativo legal.

¿Por cuánto tiempo conservaremos sus datos?
Los datos personales serán conservados, salvo disposición legal en contrario, durante el plazo que dure la vigencia de la póliza, incluyendo la gestión de siniestros pendientes. A partir de ese momento, salvo que usted nos haya otorgado su consentimiento, los datos pasarán a estar bloqueados quedando a disposición exclusiva de los jueces y tribunales, el Ministerio Fiscal o las Administraciones Públicas competentes, o de la propia compañía aseguradora, para la exigencia de posibles responsabilidades derivadas del tratamiento y por el plazo de prescripción de las mismas.

¿Cuáles son sus derechos en relación con el tratamiento que hacemos de los mismos?
ACTIVE le informa de que tiene derecho a acceder a sus datos personales y obtener confirmación sobre cómo se están tratando dichos datos. Asimismo, tiene derecho a solicitar la rectificación de los datos inexactos o, en su caso, solicitar su supresión cuando, entre otros motivos, los datos ya no sean necesarios para los fines que hayan sido recabados por la ENTIDAD.
En determinadas circunstancias, podrá solicitar la limitación del tratamiento de sus datos, en cuyo caso ACTIVE únicamente los conservará para el ejercicio o la defensa de las posibles reclamaciones.
Asimismo, también en determinadas circunstancias, usted podrá oponerse al tratamiento de sus datos personales con la finalidad informada por la ENTIDAD. En ese caso, ACTIVE cesará en el tratamiento de los datos personales salvo que concurran motivos legítimos, o para garantizar el ejercicio o la defensa de posibles reclamaciones.
Por último, usted podrá solicitar el derecho a la portabilidad y obtener para sí mismo o para otro prestador de servicios determinada información derivada de la relación contractual formalizada con ACTIVE.
Para el ejercicio de cualquiera de estos derechos, usted podrá dirigirse a FAMILIAR DE SEGUROS ACTIVE S.A., en Avenida de las Cortes Valencianas, 17-Entlo. 8, CP 46015, de la ciudad de Valencia o a través del siguiente mail: dpo@activeseguros.com, acompañando copia de su DNI o documento oficial acreditativo de su identidad. Puede igualmente presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (www.aepd.es).
Con la firma de este documento Ud. declara haber recibido toda la información relativa a la protección de sus datos personales y, asimismo, consiente los tratamientos que se muestran a continuación y que ha marcado con la casilla "Acepto":
Ajustar en función de si se pretenden tratar o no los datos del cliente para las finalidades abajo indicadas:
Acepto que Active use información de fuentes externas (p.e. redes sociales como Facebook, plataformas de colaboración, blogs, foros, datos de localización, cookies) para perfilar y ofrecer los productos que mejor se ajusten a mis necesidades.

☐ Acepto ☐ No Acepto

Consiento el envío de información promocional y publicitaria de terceras empresas pertenecientes a los siguientes sectores de actividad: seguros, financieros, telecomunicaciones, seguridad, tecnología, energía, audiovisual, educación, ocio, automoción y gran consumo, las cuales mantienen acuerdos de colaboración con Active.

☐ Acepto ☐ No Acepto

Consiento la cesión de mis datos personales a las empresas del Grupo Active (www.activeseguros.com/avisoLegal.php) para el envío de información promocional y publicitaria.

☐ Acepto ☐ No Acepto

Acepto que mis datos se comuniquen a empresas del Grupo Active (www.activeseguros.com/avisoLegal.php), con la finalidad de mantener un repositorio común de mis productos contratados, que me permita conseguir una experiencia como cliente más beneficiosa.

☐ Acepto ☐ No Acepto

I.1.2.Definiciones
En este contrato se entiende por:

ASEGURADOR: La persona jurídica que asume los riesgos contractualmente pactados.

TOMADOR DEL SEGURO: La persona física o jurídica que, juntamente con el Asegurador, suscribe este contrato ostentando la representación de los Asegurados, y al que corresponde las obligaciones que del mismo se derive, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado.

ASEGURADO: Cada una de las personas que figuran relacionadas en las Condiciones Particulares de la póliza o en sus Suplementos.

BENEFICIARIO: La persona o personas que deberán recibir las prestaciones derivadas de los riesgos garantizados o servicios ofrecidos o, en su defecto, los herederos legales del causante.

PÓLIZA: El documento contractual que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integrante de la póliza: las Condiciones Generales, las Especiales, las Particulares que individualizan el riesgo, los Suplementos o Apéndices que se emitan para complementarla o modificarla y, en el seguro de decesos, además, la descripción del Servicio Fúnebre.

SUMA ASEGURADA: La cantidad que se fija en las Condiciones Particulares y en las sucesivas actualizaciones y revalorizaciones y que es el límite máximo a indemnizar por el valor del servicio prestado por FAMILIAR DE SEGUROS ACTIVE S.A. en caso de siniestro.

SINIESTRO: El hecho fortuito ajeno a la voluntad de las partes cuyas consecuencias económicas dañosas están garantizadas en la póliza.

PRIMA: El precio del seguro, de acuerdo con las tarifas. El recibo contendrá, además, los recargos, tasas e impuestos legalmente repercutibles. Será mensual, salvo pacto en contrario en las Condiciones Particulares.

DOMICILIO DEL TOMADOR DEL SEGURO Y DEL ASEGURADO: El que figura en las Condiciones Particulares de la póliza, que deberá coincidir con el de su residencia habitual.

SERVICIO FÚNEBRE: El conjunto de elementos y servicios necesarios para efectuar el sepelio del Asegurado fallecido, los cuales se indican relacionados en las Condiciones Particulares de la presente póliza.

I.1.3. Objeto del Seguro
Por la contratación de este seguro, el Asegurador garantiza, según estas Condiciones Generales y las Particulares de la póliza, las prestaciones del seguro de decesos.

I.1.4.Garantías del Seguro de Decesos
El Asegurador garantiza la prestación de Servicios Funerarios para el caso de que se produzca el al fallecimiento de cada uno de los Asegurados, de acuerdo con las Condiciones Generales y Particulares que figuran en la presente póliza. En el supuesto de que el Asegurador no hubiera podido proporcionar la prestación por causas ajenas a su voluntad, fuerza mayor, o por haberse realizado el servicio a través de otros medios distintos a los ofrecidos por el Asegurador, éste quedará obligado a satisfacer la suma asegurada. El resarcimiento de estos gastos será efectuado por el Asegurador a aquellas personas que acrediten suficientemente, a su juicio, haber satisfecho los gastos originados por tal fallecimiento. En su defecto, será efectuado a los herederos legales del fallecido o persona que hubiere designado a tal efecto en su día el Tomador del seguro o Asegurado.

La garantía del seguro se extiende a los Asegurados, cualquiera que fuere la causa del fallecimiento, salvo por los riesgos excluidos en la póliza. En virtud de la Ley de Contrato de Seguro para los menores de catorce años, no se podrá optar por la indemnización en metálico.

El seguro también comprenderá la prestación de un servicio fúnebre especial, en caso de fallecimiento de los hijos de Asegurados en la presente póliza, si ocurriese durante el período de gestación o antes de cumplir treinta días de edad, a partir de los cuales deberá estar asegurado para tener derecho al servicio fúnebre que corresponda.

Igualmente se garantiza la incineración, y si no fuera posible ésta, la inhumación de cualquier extremidad que le fuera amputada a cualquiera de los Asegurados incluidos en la póliza. En ambos casos queda expresamente excluido el traslado a otra localidad.

El límite máximo de la prestación a cargo de FAMILIAR DE SEGUROS ACTIVE S.A. será el valor del servicio fúnebre que figure en el momento del fallecimiento en las Condiciones Particulares con sus revalorizaciones.

I.1.5.Cláusula de revalorización automática
Con independencia de la aplicación automática de la tarifa de prima que corresponda en cada momento a la edad del Asegurado, para garantizar el necesario valor revalorizado del servicio pactado en la póliza y, con ello, cubrir el incremento de los costes de los distintos elementos que componen el servicio fúnebre, transcurrida la primera anualidad, se aplicará anualmente un ajuste de primas referenciado al aumento, en el periodo anterior, del coste del servicio fúnebre pactado, si lo hubiera, o bien referenciado al incremento del índice de precios al consumo del mismo período anterior. En este caso, la aseguradora, sin emisión de suplemento informará a través del recibo de los nuevos valores asegurados y de la nueva prima.

El mismo criterio se seguirá para el supuesto de propuesta de inclusión de nuevas garantías. En el caso de que la revalorización propuesta no fuera aceptada por el Tomador del seguro, el límite máximo de la prestación a cargo de la aseguradora será el valor del servicio que figure en la póliza vigente.

I.1.6. Límite de edad en el seguro de decesos
El límite de edad es de 75 años. No son asegurables las personas que al formular el seguro padezcan enfermedad grave, salvo que expresamente se haga constar en la póliza y se pague la sobreprima correspondiente.

I.1.7. Bases del Seguro

I.1.7.1. En el supuesto de indicación inexacta por parte del Tomador del seguro, de la edad, fecha de nacimiento o estado de salud de cualquiera de los Asegurados cubiertos por la póliza, el contrato no surtirá efecto, quedando obligada FAMILIAR DE SEGUROS ACTIVE S.A. a la devolución de las primas cobradas una vez deducidos los gastos generados y los impuestos, considerándose por tanto sin efecto el contrato.

I.1.7.2. El Tomador del seguro tiene el deber antes de la conclusión del contrato, de declarar al Asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

I.1.7.3. El Asegurador podrá rescindir el contrato, mediante comunicación dirigida al Tomador del seguro, en el plazo de un mes, a contar desde el momento en que haya tenido conocimiento de cualquier reserva o inexactitud del Tomador del seguro. Corresponderán al Asegurado, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento en que el mismo haga dicha declaración de rescisión.

I.1.7.4. Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el Tomador del seguro podrá reclamar al Asegurador, en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza, para que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación se estará a lo dispuesto en la póliza.

I.1.8.Riesgos excluidos
Para todas las garantías anteriormente descritas, quedan excluidos todos los riesgos de guerra, revolución, motines, epidemias, y los declarados por el gobierno de carácter catastrófico.

Así mismo la muerte por suicidio o las lesiones o enfermedades derivadas del intento o producidas intencionadamente por el Asegurado a sí mismo, y las derivadas de empresas criminales del Asegurado, quedan excluidas. Y la exclusión de suicido sólo se aplica en caso de que se produzca en el primer año de vigencia de la póliza de decesos.

I.1.9. Comunicaciones
Las comunicaciones y pago de las primas que efectúe el Tomador del seguro a un Agente del Asegurador surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado directamente a este. Las comunicaciones efectuadas por un Corredor de seguros al Asegurador en nombre del Tomador del seguro surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio Tomador del seguro, salvo indicación en contrario de este.

I.1.10. Modificaciones del Contrato
Las nuevas altas de Asegurados que se produzcan en esta póliza estarán sujetas a lo estipulado en los Artículos 5, 6 y 7 de estas Condiciones Generales, desde el día en que se hagan constar en el oportuno suplemento, siempre que este haya sido firmado por las partes y el Tomador del seguro haya pagado el aumento de la prima que corresponda, salvo pacto en contrario. **El Tomador del seguro deberá comunicar al Asegurador los cambios de domicilio dentro de la localidad en que resida o población distinta.** En este último caso, adaptará su contrato a los servicios fúnebres existentes en dicho lugar, dentro de los quince días siguientes a su traslado de residencia, en las oficinas del Asegurador en la localidad de su nuevo domicilio, regularizándose la prima.

Si el Tomador del seguro no aceptara la adaptación del valor del servicio, FAMILIAR DE SEGUROS ACTIVE S.A. únicamente queda obligada al abono de la cantidad que figure en las Condiciones Particulares de la póliza.

I.1.11. Efectos del Seguro
La cobertura del seguro surtirá efecto en la fecha establecida en las Condiciones Particulares de la póliza.

I.1.12. Plazo de carencia
Las garantías del seguro no serán de aplicación hasta que hayan transcurrido veinte días desde la entrada en vigor, salvo si el fallecimiento del Asegurado fuese a causa de un accidente, en cuyo caso tomarán efecto desde la entrada en vigor del seguro.
No obstante, por acuerdo de las partes contratantes, se podrá suprimir el plazo de carencia antes estipulado, figurando así en las Condiciones Particulares.

I.1.13. Duración del Seguro
El presente seguro se contratará por el período de un mes. A la expiración de dicho período quedará tácitamente prorrogado por un mes más, y así sucesivamente, salvo que el Tomador del seguro o Asegurado, desee su rescisión, en cuyo caso deberá comunicar su decisión al Asegurador mediante una notificación escrita y por lo menos quince días antes de la fecha de expiración del período mensual del seguro.

Es facultad exclusiva del Tomador del seguro o del Asegurado rescindir el contrato a los vencimientos mensuales periódicos, y por su propia voluntad. Por tanto, el Asegurador está obligado a la prórroga tácita del contrato, siempre que el tomador se encuentre al corriente de pago de la prima que, en cada momento, corresponda a la edad del asegurado. El Asegurador podrá oponerse a la prórroga del contrato mediante notificación escrita dirigida al tomador efectuada con un plazo de, al menos, dos meses a la conclusión del período del seguro en curso.

I.1.14. Tarifa y pago de primas

I.1.14.1. Tarifa de primas
La tarifa aplicable a este seguro es seminatural.

La tarifa de primas se establece mensual renovable y sus cálculos no contemplan nivelación alguna de primas hasta alcanzar la edad de 76 años de los asegurados incluidos en la póliza. Por tanto, la suma inicialmente asegurada y los posibles incrementos del coste del servicio a lo largo de la duración del contrato, tendrán la tasa de prima correspondiente a la edad que tenga en cada momento el Asegurado. Es decir, cada mes el Asegurado pagará la tarifa de primas correspondientes a su edad, no estableciéndose para este seguro ningún tipo de nivelación. A partir de los 76 años, la tarifa se convierte en nivelada, no habiendo más incrementos de prima por edad de los asegurados.

La inclusión de nuevos elementos o ampliaciones en la cobertura del servicio, junto con los del valor del servicio, será la suma asegurada en ese momento. La prima a pagar por la cobertura del seguro es la resultante de aplicar la tasa correspondiente de la edad alcanzada por el Asegurado a la suma asegurada en ese momento.

I.1.14.2. Forma de pago de las primas
Las primas a cuyo pago queda obligado el Tomador del seguro son mensuales renovables, pudiendo pactarse el pago trimestral, semestral o anual, en cuyo caso el vencimiento coincidirá con el mismo período natural.

El pago del recibo de prima se efectuará en efectivo y al contado contra recibo librado por el Asegurador y en el domicilio del Tomador del seguro, salvo pacto en contrario.

Podrá convenirse en las Condiciones particulares el cobro de los recibos de primas por medio de cuentas abiertas en Bancos o Cajas de Ahorro. En este supuesto se aplicarán las siguientes normas:

• El Tomador del seguro entregará al Asegurador un formulario SEPA debidamente cumplimentado, dando orden de domiciliación a banco o entidad de crédito correspondiente.

• La primera prima será satisfecha al suscribir la póliza. Las primas sucesivas deberán ser pagadas a su vencimiento.

Si por culpa del Tomador del seguro la primera prima no ha sido pagada, el Asegurador tiene derecho a resolver el contrato. Salvo pacto contrario establecido en las Condiciones Particulares, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación.

En caso de falta de pago de una de las primas siguientes, las coberturas del Asegurador quedan suspendidas un mes después del día de su vencimiento.

Si el Asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido. En cualquier caso, el Asegurador, cuando el contrato está en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del período en curso.

Si el contrato no hubiere sido resuelto o extinguido conforme a los párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el Tomador del seguro pagó su prima.

En ningún caso existe derecho de rescate.

I.1.15. Siniestros amparados por el Seguro de decesos
La suma asegurada, que en este seguro es el importe del servicio contratado, representa el límite máximo a pagar por el Asegurador en cada siniestro.

Para hacer efectivos los derechos derivados de este seguro en caso de fallecimiento de un Asegurado, deberá entregarse en las Oficinas de la Delegación, Sucursal o Agencia del Asegurador o del Agente, en la localidad en que haya ocurrido el fallecimiento, el **Certificado Médico Oficial de Defunción cumplimentado.**

Cuando un Asegurado fallezca dentro del territorio español, en localidad distinta a la consignada como domicilio de aquel en la póliza, se efectuará el servicio fúnebre de acuerdo con las modalidades existentes en la plaza, y de coste equivalente al contratado en la póliza, para la localidad de residencia.

En caso de que el fallecimiento del Asegurado ocurra en una localidad en que FAMILIAR DE SEGUROS ACTIVE S.A. no tenga representación, ya sea en España o en el extranjero, los causahabientes deberán comunicarse telefónicamente con el Servicio de Asistencia de FAMILIAR DE SEGUROS ACTIVE S.A., quien contactará con la funeraria correspondiente en la plaza, para que realice el servicio con cargo a FAMILIAR DE SEGUROS ACTIVE S.A.

Si los familiares del Asegurado fallecido realizaran el servicio por su cuenta, se personarán en las Oficinas de la Sucursal o Agencia donde contrataron la póliza, y **previa presentación del justificante de pago del servicio y Certificado de Defunción, se le abonará el importe del servicio pagado por su cuenta, con el límite máximo de la suma asegurada en el momento del fallecimiento,** en el plazo máximo de cinco días de haberlo reclamado.
Si el Asegurador incurriese en mora en el cumplimiento de la prestación, la indemnización de daños y perjuicios, no obstante entenderse válidas las cláusulas contractuales que sean más beneficiosas para el Asegurado, se regirá por lo dispuesto en el artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro.

Si los causahabientes del Asegurado fallecido desean inhumar el cadáver en cementerio distinto al que por su residencia le corresponda, los gastos extraordinarios que por tal concepto se originen correrán a cargo de ellos, salvo que se haya contratado expresamente este servicio con el Asegurador y así conste en las Condiciones Particulares de la póliza.

Si al fallecer un Asegurado resultase que lo está con el mismo Asegurador en más de una póliza de seguro de decesos, el Asegurador sólo reconocerá los derechos correspondientes a una de ellas, que los causahabientes podrán elegir, procediéndose al reembolso de las primas pagadas por el Asegurado en las otras pólizas con deducción de los impuestos y de los gastos consumidos.

En caso de que ocurra el siniestro se debe comunicar en forma inmediata a la compañía al teléfono: **963 51 98 85**.

I.1.16. Impuestos y recargos
Todos los impuestos, tasas y recargos, y los que en sucesivo se establezcan sobre las pólizas y primas son a cargo del Tomador del seguro, cuando legalmente sean repercutibles.

I.1.17. Prescripción
Las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en el término de cinco años.

I.1.18. Jurisdicción
Será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro el del domicilio del Asegurado.

I.1.19. Cláusula de indisputabilidad
El Asegurador, transcurrido un año, renuncia a discutir los efectos perjudiciales para el Asegurado por las inexactitudes en las que haya podido incurrir el Tomador del seguro a la hora de efectuar la declaración del riesgo.

PÓLIZA NATURAL 2
TASAS MENSUALES POR CADA 1.000€

(impuestos NO incluidos, sujetos a cambios en la legislación)

EDAD	P.TOTAL	EDAD	P. TOTAL	EDAD	P.TOTAL	EDAD	P.TOTAL	EDAD	P. TOTAL	EDAD	P.TOTAL
0	0,351	13	0,351	26	0,391	39	0,591	52	1,332	65	3,596
1	0,351	14	0,351	27	0,391	40	0,621	53	1,453	66	3,957
2	0,351	15	0,351	28	0,401	41	0,651	54	1,573	67	4,378
3	0,351	16	0,371	29	0,411	42	0,691	55	1,703	68	4,858
4	0,351	17	0,371	30	0,421	43	0,731	56	1,843	69	5,399
5	0,351	18	0,371	31	0,431	44	0,771	57	1,993	70	6,010
6	0,351	19	0,381	32	0,441	45	0,811	58	2,154	71	6,672
7	0,351	20	0,381	33	0,461	46	0,861	59	2,324	72	7,403
8	0,351	21	0,381	34	0,481	47	0,922	60	2,494	73	8,194
9	0,351	22	0,381	35	0,491	48	0,982	61	2,675	74	9,046
10	0,351	23	0,381	36	0,521	49	1,062	62	2,855	75	9,967
11	0,351	24	0,381	37	0,541	50	1,142	63	3,065	SIGUIENTES NIVELADA	
12	0,351	25	0,381	38	0,561	51	1,232	64	3,306	10,950	

I.2. GARANTIAS COMPLEMENTARIAS DE ASISTENCIA ACTIVE

Las siguientes garantías complementarias amparan a todas las personas aseguradas en la póliza de Decesos y tienen efectos a partir de la fecha de emisión de la presente póliza.

I.2.1. Traslado nacional en caso de fallecimiento en España
En caso de fallecimiento del Asegurado dentro del territorio nacional, la Compañía Aseguradora FAMILIAR DE SEGUROS ACTIVE S.A. llevará a cabo la tramitación de las gestiones oportunas y asimismo, se hará cargo de cuantos gastos sean necesarios para el traslado del Asegurado fallecido bien a la localidad dentro de España que constituya su domicilio habitual, el cual deberá coincidir con el que figura en la póliza, bien en el caso de que así lo deseen los familiares del Asegurado, a cualquier otro punto del territorio español que así elijan. De modo alternativo, la Aseguradora podrá también hacerse cargo de la incineración del Asegurado en el lugar del fallecimiento, quedando excluidos los gastos de ceremonia, y del transporte de las cenizas. El traslado del asegurado fallecido dentro del territorio nacional queda supeditado a la autorización previa por parte de las autoridades competentes y siempre que no medien causas de fuerza mayor.

I.3. GARANTIAS COMPLEMENTARIAS OPCIONALES

Usted además podrá contratar las siguientes prestaciones complementarias opcionales si así lo ha elegido y se ha hecho constar en las Condiciones Particulares:

I.3.1. Repatriación de asegurados de nacionalidad extranjera

I.3.1.1. Objeto de la Cobertura
Por la presente cobertura el Asegurador asume los gastos de traslado del Asegurado fallecido en España hasta su país de origen.

I.3.1.2. Asegurados
Las personas físicas de nacionalidad extranjera residentes legalmente en España, cuyas identidades figuren previamente en el Seguro de Decesos contratado con FAMILIAR DE SEGUROS ACTIVE S.A.

I.3.1.3. Duración
Su duración va ligada a la del Seguro de Decesos del que es complemento.

I.3.1.4. Ámbito de cobertura
Las garantías descritas son válidas exclusivamente **para eventos que se produzcan en España, y para tener validez es imprescindible que el asegurado tenga su domicilio en España y residir habitualmente en él.**

No obstante, también será objeto de cobertura el transporte o repatriación del Asegurado si la muerte se produce estando éste de viaje por un país de la Unión Europea.

I.3.1.5. Garantías

I.3.1.5.1. Repatriación o transporte del Asegurado fallecido en territorio español
En caso de defunción del Asegurado, **con exclusión de los menores de un mes de edad,** el Asegurador asume la organización del traslado de los restos del mismo hasta el aeropuerto internacional más cercano al domicilio del país de origen asumiendo los gastos del mismo. En dichos gastos se entenderán incluidos los de acondicionamiento *post mortem* de acuerdo con los requisitos legales.

Alternativamente, también se podrá realizar la incineración del cadáver en el lugar de fallecimiento (excluyendo los gastos de ceremonia) y del transporte de las cenizas hasta el aeropuerto internacional más cercano al domicilio en el país de origen.
No obstante, si el lugar del entierro o inhumación es en un país de la Unión Europea, el Asegurador asumirá los gastos y organización del traslado de los restos del Asegurado al lugar de inhumación.

Si por el contrario el lugar de entierro se localiza fuera de un país de la Unión Europea, el Asegurador asumirá la organización del traslado de los restos del Asegurado hasta el aeropuerto internacional más cercano al domicilio de su país de origen, a partir de ese momento el Asegurador indemnizará **hasta un máximo de 1.000 euros**, los gastos de traslado del Asegurado desde el aeropuerto hasta el lugar de destino, siempre con la oportuna presentación de las correspondientes facturas que justifiquen el gasto producido.

No estarán comprendidos los gastos de inhumación y ceremonia ni los de pompas fúnebres.

Este traslado se realizará siempre que por las autoridades competentes se concedan las oportunas autorizaciones y no medien causas de “fuerza mayor”.

I.3.1.5.2. Acompañamiento de los restos mortales
El Asegurador pondrá a disposición de un familiar del Asegurado o de la persona que designe el Tomador del seguro, un billete de ida y vuelta en avión (clase turista) o de tren (1ª clase), al objeto de que pueda acompañar al cadáver en su viaje de repatriación hasta el lugar de entierro o aeropuerto internacional indicado en el artículo anterior.

Si el acompañante se encuentra en España se garantizarán los gastos de un billete de transporte al país de destino y su regreso a España, si por el contrario el acompañante sale del país de destino quedan garantizados estos gastos de transporte a España para recoger el cadáver y el posterior regreso a su país.

I.3.1.6. Exclusiones
Las garantías concertadas **no comprenden:**

- **Los hechos voluntariamente causados por el Asegurado o aquéllos en que concurra dolo o culpa grave por parte del mismo.**

- **Las dolencias o enfermedades crónicas preexistentes, así como sus consecuencias, padecidas por el Asegurado con anterioridad a la contratación de la póliza.**

• La muerte por suicidio durante el primer año de contratación de la póliza.

• La muerte como causa directa de la ingestión de alcohol, psicotrópicos, alucinógenos o cualquier droga o sustancia de similares características.

• Los supuestos que dimanen, de forma directa o indirecta, de hechos producidos por energía nuclear, radiaciones radiactivas, catástrofes naturales, acciones bélicas, disturbios o actos terroristas.

Queda excluida la repatriación o transporte del cadáver a aquellos países que en el momento de producirse el siniestro se hallen en estado de guerra o de sitio, insurrección o conflicto bélico de cualquier clase o naturaleza aun cuando no se hayan declarados oficialmente.

I.3.1.7. Petición de asistencia
Ante la producción de un siniestro que pueda dar lugar a las prestaciones cubiertas, el Asegurado deberá comunicarlo al Asegurador a través del servicio telefónico de urgencia en los siguientes números de teléfono: (+34) 961 59 35 10, indicando el nombre del Asegurado, número de Póliza, lugar y número de teléfono donde se encuentra y tipo de asistencia que precise; esta comunicación podrá hacerse a cobro revertido.

I.3.1.8. Disposiciones adicionales
El Asegurador no asumirá obligación alguna en conexión con prestaciones que no le hayan sido solicitadas o que no hayan sido efectuadas con su acuerdo previo, salvo en casos de fuerza mayor debidamente justificados.

Cuando en la prestación de los servicios no fuera posible la intervención directa del Asegurador, éste estará obligado a rembolsar al Asegurado los gastos debidamente acreditados que deriven de tales servicios, dentro del plazo máximo de 40 días a partir de la presentación de los mismos.

Estas garantías complementarias forman parte integrante de la póliza correspondiente, **no teniendo validez separadas de la misma.** Las Condiciones Generales de dicha póliza son de aplicación en tanto no se opongan a lo que las presentes disponen.

I.3.1.9. Subrogación
Hasta la cuantía de las sumas desembolsadas en cumplimiento de las obligaciones derivadas de la presente póliza, el Asegurador quedará automáticamente subrogado en los derechos y acciones que puedan corresponder a los Asegurados o a sus herederos, así como a otros beneficiarios, contra terceras personas, físicas o jurídicas, como consecuencia del siniestro causante de la asistencia prestada.
De forma especial podrá ser ejercitado este derecho por el Asegurador frente a las empresas de transporte terrestre, fluvial, marítimo o aéreo, en lo referente a restitución, total o parcial, del costo de los billetes no utilizados por los Asegurados.

I.3.2. Repatriación de Asegurados latinoamericanos residentes en España
Repatriación de Asegurados latinoamericanos residentes en España a su país de origen y servicios funerarios para sus familiares residentes en Latinoamérica especificados en el Suplemento de Prestación de Servicios Funerarios en Latinoamérica.

I.3.3. Repatriación de Asegurados fallecidos residentes en el extranjero

I.3.3.1. Disposiciones previas

I.3.3.1.1. Asegurados
La persona física de nacionalidad española **residente en el extranjero**, beneficiaria del Seguro de Decesos concertado con **FAMILIAR DE SEGUROS ACTIVE S.A.**

I.3.3.1.2. Duración
Su duración va ligada a la del Seguro de Decesos del que es complemento.

I.3.3.1.3. Validez temporal
Para beneficiarse de las garantías cubiertas **el Asegurado deberá tener su domicilio habitual en un país extranjero, residir habitualmente en él y su tiempo de permanencia, fuera de dicha residencia habitual, no deberá exceder de 60 días, por viaje o desplazamiento.**

I.3.3.1.4. Ámbito territorial
Las garantías descritas son válidas para eventos que se produzcan en cualquier parte del mundo **excepto en España,** de acuerdo con lo que se especifique en el enunciado de cada una de las garantías.

Quedan excluidos de las coberturas de la presente póliza aquellos países que durante el viaje o desplazamiento del Asegurado se hallen en estado de guerra o de sitio, insurrección o conflicto bélico de cualquier clase o naturaleza, aun cuando no hayan sido declarados oficialmente y aquellos que específicamente figuren en el recibo o en las Condiciones Particulares.

I.3.3.2. Garantías

I.3.3.2.1. Repatriación o transporte del Asegurado fallecido
En caso de defunción de un Asegurado en cualquier lugar del mundo excepto España, el Asegurador organizará el traslado del cuerpo hasta el lugar que haya constituido su residencia habitual y que debe coincidir con el que figura en la póliza, o bien a cualquier otro punto del territorio español elegido por los familiares del Asegurado fallecido y se hará cargo de los gastos del mismo. En dichos gastos se entenderán incluidos los de acondicionamiento *post mortem* de acuerdo con los requisitos legales. **No estarán comprendidos los gastos de inhumación y ceremonia.**

I.3.3.2.2. Desplazamiento de un familiar en caso de fallecimiento
En caso de fallecimiento del Asegurado, el Asegurador pondrá a disposición de un familiar del Asegurado o de la persona que designe el Tomador del seguro, un billete de ida y vuelta en avión (clase turista) o de tren (1ª clase) desde España hasta el país donde ocurrió la defunción, al objeto de que pueda acompañar al cadáver en su viaje de repatriación hasta el lugar de entierro o aeropuerto internacional más cercano en España.

Si el acompañante se encuentra en el país donde ocurrió la defunción se garantizará un billete de transporte (avión o tren) a España para acompañar el cadáver, y su posterior regreso.

El Asegurador, además abonará, en concepto de gastos de estancia del acompañante y contra la presentación de las facturas correspondientes, **hasta el límite de 42,07 euros/día y hasta un máximo de 210,35 euros.**

I.3.3.3. Exclusiones
Las garantías concertadas no comprenden:

Los hechos voluntariamente causados por el Asegurado o aquéllos en que concurra dolo o culpa grave por parte de este, la muerte por suicidio durante el primer año de contratación de la póliza. Los supuestos que dimanen, en forma directa o indirecta, de hechos producidos por energía nuclear, radiaciones radiactivas, catástrofes naturales, acciones bélicas, disturbios o actos terroristas.

I.3.3.4. Petición de asistencia
Ante la producción de un siniestro que pueda dar lugar a las prestaciones cubiertas, el Asegurado deberá comunicarlo al Asegurador a través del servicio telefónico de urgencia marcando los teléfonos: (+34) 961 59 35 10, indicando el Nombre del Asegurado, número de Póliza, lugar y número de teléfono donde se encuentra, y tipo de asistencia que precise; esta comunicación podrá hacerse a cobro revertido.

I.3.3.5. Disposiciones adicionales
El Asegurador no asumirá obligación alguna en conexión con prestaciones que no le hayan sido solicitadas o que no hayan sido efectuadas con su acuerdo previo, salvo en casos de fuerza mayor debidamente justificados.

Cuando en la prestación de los servicios no fuera posible la intervención directa del Asegurador, éste estará obligado a rembolsar al Asegurado los gastos debidamente acreditados que deriven de tales servicios, dentro del plazo máximo de 40 días a partir de la presentación de los mismos.

Estas garantías complementarias forman parte integrante de la póliza correspondiente, no teniendo validez separadas de la misma. Las Condiciones Generales de dicha póliza son de aplicación en tanto no se opongan a lo que las presentes disponen.

I.3.3.6. Subrogación
Hasta la cuantía de las sumas desembolsadas en cumplimiento de las obligaciones derivadas de la presente póliza, el Asegurador quedará automáticamente subrogado en los derechos y acciones que puedan corresponder a los Asegurados o a sus herederos, así como a otros beneficiarios, contra terceras personas, físicas o jurídicas, como consecuencia del siniestro causante de la asistencia prestada.

De forma especial podrá ser ejercitado este derecho por el Asegurador frente a las empresas de transporte terrestre, fluvial, marítimo o aéreo, en lo referente a restitución, total o parcial, del costo de los billetes no utilizados por los Asegurados.

I.4. SERVICIOS AUXILIARES DE ACTIVE

Conforme a lo previsto en el artículo 184 del RDL 3/2020 de 4 de febrero, **se hace constar que con la contratación del seguro de decesos ACTIVE se incluyen, sin coste adicional alguno, los servicios a que se refiere esta Sección, que son auxiliares y distintos del seguro de decesos como producto principal, pero que forman parte de un mismo acuerdo y no pueden adquirirse separadamente.** La interacción de estos servicios **no modifica en modo alguno el riesgo o la cobertura del seguro de decesos** y suponen una indudable ventaja para el asegurado o beneficiario en la medida en que le evitan la carga de realizar ciertos trámites, o le proporcionan ciertos servicios de gran utilidad en la vida diaria.

I.4.1. Trámites de gestoría y herencia

El asegurador, a través de la empresa JURISLEG ABOGADOS & ASESORES (JURILEG), garantiza en caso de fallecimiento del Asegurado y a favor de los beneficiarios, la reclamación de prestaciones de viudedad, orfandad frente al Instituto Nacional de Seguridad Social.

Asimismo, y para el caso de fallecimiento de cualquiera de los asegurados, el Asegurador, a través de JURISLEG, les garantiza la obtención de los siguientes documentos y la tramitación ante el organismo que corresponda de las siguientes contingencias:

Obtención de los certificados necesarios de:
- Defunción
- Nacimiento
- Matrimonio o convivencia
- Registro de parejas de hecho
- Fe de vida
- Últimas voluntades testamentarias
- Cotización a la Seguridad Social
- Trámites ante el Instituto Nacional de la Seguridad Social
- Auxilio por defunción
- Anotación del fallecimiento en el libro de familia
- Solicitud y tramitación de la pensión de viudedad ante el Instituto Nacional de la Seguridad Social
- Solicitud y tramitación de la pensión de orfandad ante el Instituto Nacional de la Seguridad Social
- Solicitud y tramitación de la pensión de incapacidad ante el Instituto Nacional de la Seguridad Social
- Liquidación del impuesto de sucesiones y demás obligaciones fiscales
- Solicitud de copia autorizada de testamento
- Declaración de herederos
- Escritura de partición y adjudicación de herencia
- Inscripción de los bienes inmuebles en los registros de la propiedad
- Presentación y tramitación del impuesto de plusvalía

Todos los trámites deben realizarse de forma amistosa por parte de los herederos, quedando excluida la vía judicial contenciosa, contemplando en todo caso, los trabajos realizados por abogados y procuradores designados por Jurisleg Abogados & Asesores.

En ningún caso se incluyen los siguientes gastos:
- Impuestos
- Honorarios de Notaría
- Honorarios de Registros
- Tasas judiciales

LA ASESORÍA se obliga a realizar las siguientes funciones de asesoramiento a los beneficiarios de asegurados de LA COMPAÑÍA, consistente en el asesoramiento, reclamación y tramitación incluida en vía judicial en su caso, de las siguientes contingencias:

I.4.1.1. Divorcios de Mutuo Acuerdo
Incluye los gastos de abogados y procuradores de todos los trámites judiciales y extrajudiciales encaminados a la obtención del divorcio de mutuo acuerdo entre las partes o las medidas relativas a los hijos en común siempre de mutuo acuerdo.

I.4.1.2. Despido y reclamación de salarios
Incluye los gastos de abogados derivados del estudio y reclamación inicial de las posibles indemnizaciones por despido y salarios pendientes por parte de un trabajador.

I.4.1.3. Reclamación de cantidad
Incluye los gastos derivados de la reclamación de cualquier cantidad dineraria a través de la vía judicial siempre que la cantidad reclamada no supere los 2.000 euros.

I.4.1.4. Reclamación de contratos con intereses abusivos
Incluye los gastos de abogados derivados de la reclamación judicial y extrajudicial relativos a las tarjetas y préstamos con intereses abusivos.

I.4.1.5. Reclamación por cierre de clínica dental
Incluye los gastos de abogados derivados de la reclamación judicial y extrajudicial como consecuencia del cierre de una clínica dental donde se ha financiado el tratamiento con una entidad de crédito.

I.4.1.6. Informe pericial de valoración de vehículo turismo
Incluye la elaboración de un informe de valoración del precio del valor de mercado de un vehículo turismo con una antigüedad no superior a 15 años. No se incluye los gastos de ratificación judicial.

I.4.1.7. Derecho al honor
Incluye los gastos de abogados derivados de la reclamación judicial y extrajudicial relativos al derecho al honor en Internet.

I.4.1.8. Fichero de morosos
Incluye los gastos de consulta y cancelación amistosa de los datos en ficheros de morosos y el estudio de viabilidad sobre indemnización por una posible intromisión ilegítima al derecho al honor de la persona.

LA ASESORIA se reserva el derecho de no acudir a la vía judicial cuando determine que ésta puede ser temeraria porque existan pocas posibilidades de éxito.

Contacto
Gestión Post-Mortem y Testamentaría
Teléfono: 956 70 07 49
Urgencias: 625 69 38 69
Email: central@jurisleg.com

El proveedor de este servicio de gestoría es JURISLEG, haciéndose cargo de todos los gastos, dentro de los límites estipulados.

I.4.2. Servicio de Asistencia Informática y Tecnológica

I.4.2.1. Contenido del servicio
Este servicio permite al asegurado ponerse en contacto con un experto informático con el fin de solucionar en el momento sus incidencias y consultas de tipo informático (tanto de hardware como de software). Para la prestación de los servicios es necesario que, en la comunicación telefónica con la asistencia, el usuario se identifique con su nombre y número de póliza y/o NIF.

I.4.2.2. Tramitación del servicio
La entidad aseguradora tiene subcontratados los servicios con **SOSMATIC**, empresa especializada externa.

El servicio se llevará a cabo mediante asistencia telefónica, al teléfono 910 051 202, o entrando en la web: http://activeasistencia.soporte.com/ y en caso de ser necesario, el técnico puede solicitar acceder al ordenador del usuario, para continuar la asistencia remotamente. El usuario debe dar su permiso para poder acceder a su ordenador, mediante una herramienta web. Una vez finalizada la asistencia remota, el técnico queda desconectado, no siendo posible la reconexión, con la consiguiente seguridad para el usuario.

La cobertura se prestará durante las 24h del día todo el año.

I.4.2.3. Tipología de incidencias soportados por el servicio general
• Sistemas operativos Windows a partir de la versión 7 y MAC OS a partir de la versión X.
• Sistemas operativos móviles iOS a partir de la versión 5 y Android a partir de la versión 5.
• Software ofimático Office y MAC.
• Aplicativos estándar (Compresores, antivirus, Navegadores de Internet...).
• Clientes de correo electrónico (Hotmail, Gmail, Yahoo...).
• Visualizadores PDF.
• Reproductores de imagen y vídeo.
• Mensajería instantánea (WhatsApp, Telegram, Line, Messenger...).
• Incidencias relativas al mal funcionamiento del hardware del PC/MAC/TABLET/MÓVIL.
• Conexión y configuración de periféricos (impresoras, escáner, modem/fibra/router ADSL).
• Configuración del correo electrónico.
• Ayuda para servicios de Internet.
• Fotografía digital: retoque básico.
• Ocio digital del hogar (Videoconsolas, TV planas inteligentes, TDT, ADSL, Smartphones (iPhone, Android, BlackBerry), Home cinema y reproductores MP3).
• Asistencia In Situ para incidencias que no se hayan podido resolver previamente por el servicio remoto, limitado a 2 anuales.
• Control parental, licencia anual para instalar en 1 dispositivo (PC/MAC/Smartphone/Tablet).
• Geolocalización y Borrado de Smartphone.

I.4.2.4. EXCLUSIONES GENERALES

• Sistemas operativos LINUX/UNIX o derivados.
• Soporte físico (hardware) o lógico (software) de tipo empresarial (Windows Server, MAC OS Server, Switch, Firewall, Sistemas N.A.S, etc.).
• Software de desarrollo a medida o sectorial.
• Prestación de servicios IN SITU en un domicilio diferente al del tomador/a del seguro.

I.4.2.5. Asistencia in situ
El servicio incluye la mano de obra y desplazamiento en el domicilio del asegurado en el caso de que la incidencia técnica no se ha haya podido resolver a distancia. Los materiales de recambio u otras piezas no están incluidas. **El servicio está limitado a 2 anuales por póliza.**

I.4.2.6. Geolocalización y bloqueo de smartphone
El servicio se prestará de forma reactiva bajo demanda del asegurado. El asegurado contactará con el teléfono de asistencia telefónica o formulario web para solicitar día y hora de configuración del terminal y explicaciones del uso en caso de necesidad. **El servicio está limitado a 3 dispositivos por póliza.**

I.4.2.7. Control parental
El servicio se prestará de forma reactiva bajo demanda del asegurado, que deberá ser padre/madre o tutor legal del menor sobre el que se solicitará el servicio.
La solicitud de la licencia y el soporte en su configuración/ instalación se realizará por teléfono o mediante el formulario habilitado en la página web. En el mismo, el asegurado confirmará electrónicamente su relación de paternidad con el menor, y quedará informado que está prohibido monitorizar dispositivos cuyo usuario sea mayor de edad.

La intervención tendrá una **duración máxima de una hora aproximadamente.**

El servicio está limitado a la monitorización de un dispositivo (ordenador, o móvil o tablet).

Este servicio se presta mediante la instalación de un software de control parental en su versión gratuita, que tiene las siguientes características:
• Filtros “Inteligentes”.
• Protege a sus hijos de páginas potencialmente dañinas, que escapan a controles comunes. La tecnología “inteligente” del software es capaz de filtrar páginas sin categorizar utilizando un sofisticado algoritmo que funciona en todos los navegadores web.
• Control de acceso.
• Utiliza los controles del software para adaptar el uso de Internet de cada niño. Puede bloquear páginas, limitar el tiempo de navegación y el acceso ciertos días u horas del día, y activar la “búsqueda segura” para evitar que páginas perjudiciales aparezcan en sus resultados.
• Control de Aplicaciones.
• Si su hijo utiliza programas como Word, Excel y StudyMinder para mejorar su rendimiento escolar, o está dedicándole más tiempo a videojuegos y chatear con sus amigos, el software le muestra las aplicaciones que utilizan y por cuánto tiempo.
• Gestión Online.
• Donde quiera que usted se encuentre, sea en la oficina o al otro lado del mundo, podrá hacer seguimiento a sus hijos utilizando el panel de control online del software. Basta con acceder al portal a través de cualquier ordenador, tableta o dispositivo móvil con acceso a Internet.
• Informes de Actividad. Podrá ver exactamente lo que sus hijos están haciendo gracias a los informes de actividad del software. Toda la información que necesita se presenta en gráficos interactivos fáciles de entender y disponibles en periodos de tiempo seleccionables.
• Avisos importantes.
• Podrá estar tranquilo sabiendo que el software revisa la actividad sospechosa en internet y le puede mandar alertas si su hijo visita un sitio potencialmente peligroso. Además, recibirá un correo diario con su resumen de actividad.

NOTA LEGAL

ACTIVE SEGUROS y SOSMATIC, prestador de los servicios, no se hacen responsables de la pérdida de información o daños en los sistemas informáticos del Asegurado como consecuencia de las actuaciones en equipos que contengan o estén infectados por virus, códigos maliciosos: troyanos, gusanos, etc. software espía, programas peer to peer, o cualquier otro programa, aplicación, software o hardware que este instalado con conocimiento o no del mismo, en el ordenador del asegurado y que se comporte de forma maliciosa.

I.4.3. Asistencia hogar - manitas

I.4.3.1. Prestador del servicio:
EUROP-ASSISTANCE SERVICIOS INTEGRALES DE GESTIÓN (en adelante EASIG).

I.4.3.2. Información preliminar:
En cumplimiento de lo establecido en el artículo 96.1 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y en el Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, por el que se aprueba su Reglamento de desarrollo, se hace expresamente constar que la información recogida en esta cláusula ha sido comunicada al Tomador del Seguro con anterioridad a la celebración del contrato:

• Que el presente contrato de seguro se celebra en régimen de derecho de establecimiento con la Sucursal en España de la entidad

aseguradora francesa Europ Assistance, sociedad anónima francesa regulada por el Código de Seguros de Francia, con un capital social de 46.926.941 euros, registrada con el número 451 366 405 RCS Nanterre, y domicilio en Promenade de la Bonette, 1 - 92633 Gennevilliers Cedex, Francia.

• Que Europ Assistance S.A., Sucursal en España se encuentra debidamente inscrita en el Registro Administrativo de las Entidades aseguradoras de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones bajo la clave E-0243 y tiene su domicilio en la C/. Orense 4, Planta 14, 28020 Madrid.

• Que, sin perjuicio de las facultades de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (DGSFP), el Estado miembro a quien corresponde el control de la Entidad Aseguradora es Francia y, dentro de dicho Estado, la Autoridad a quien le corresponde el control es la Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), con domicilio en 4, Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09, Francia.

• Que el presente contrato de seguro se rige por lo convenido en las Condiciones Generales, Particulares y Especiales, si las hubiere, de conformidad con lo establecido en la Ley 50/80 de 8 de octubre, de Contrato de Seguro; la Ley de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (Ley 20/2015, de 14 de julio) y su Reglamento de desarrollo.

• Que la liquidación de Europ Assistance S.A., no está sujeta a la legislación española. El informe sobre situación financiera y de solvencia se encuentra disponible en la página web de la entidad aseguradora.

• Que, en caso de queja o reclamación, Europ Assistance S.A., Sucursal en España pone a disposición de los Asegurados un Servicio de Reclamaciones cuyo Reglamento se puede consultar en la página web www.europ-assistance.es

Podrán presentar quejas los tomadores, asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados o causahabientes de cualquiera de los anteriores, en el apartado “Defensa del cliente” de la web, o dirigiéndose por escrito al Servicio de Reclamación:

Servicio de Reclamaciones
C/ Orense, 4 - Planta 14. 28020 Madrid.

Dicho Servicio, que funciona de forma autónoma, atenderá y resolverá en un plazo máximo de dos meses las quejas escritas que le son directamente dirigidas, cumpliendo así con la Orden ECO/734/2004 de 11 de marzo y la Ley 44/2002 de 22 de noviembre.

Agotada la vía del Servicio de Reclamaciones, el reclamante podrá formular su queja ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, cuya dirección es:
Paseo de la Castellana, 44. 28046 Madrid.

• Que el contrato queda sometido a la jurisdicción española, siendo juez competente el correspondiente al domicilio habitual del Asegurado:

I.4.3.3. Asegurado
Persona física **con domicilio habitual en España** beneficiaria de una póliza de Decesos de **FAMILIAR DE SEGUROS ACTIVE, S.A.** (**ACTIVE**) y a quien corresponden los derechos de la misma.

I.4.3.4. Tomador del Seguro
La persona que ha contratado un seguro de decesos con **FAMILIAR DE SEGUROS ACTIVE, S.A.** y que, con el Asegurador suscribe este contrato, y al que corresponden las obligaciones que del mismo se deriven, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado.

I.4.3.5. Objeto del Seguro
El presente seguro se aplica exclusivamente a la garantía de *Asistencia Jurídica y Servicio Manitas* integrado en las pólizas de Decesos de **FAMILIAR DE SEGUROS ACTIVE, S.A.**, y será de aplicación únicamente en relación a la vivienda particular del Asegurado.

I.4.3.6. Sanciones Internacionales
El Asegurador no dará cobertura, no asumirá ningún siniestro, ni tampoco proporcionará prestación o servicio alguno descrito en la póliza que le pueda exponer a cualquier sanción, prohibición o restricción en virtud de las resoluciones emitidas por las Naciones Unidas o de sanciones comerciales o económicas, leyes o regulaciones de la Unión Europea o de los Estados Unidos de América. Para más detalles, visite, por favor, las páginas:
• https://www.un.org/securitycouncil/sanctions/information
• https://sanctionsmap.eu/#/main
• https://www.treasury.gov/resource-center/sanctions/Pages/default.aspx

I.4.3.7. Ámbito geográfico y temporal
Las garantías incluidas en este contrato serán de aplicación para hechos ocurridos dentro del territorio español y con sujeción al Derecho y Tribunales españoles.

Son objeto de cobertura los hechos producidos durante el período de vigencia de la póliza.
Las acciones derivadas de este contrato de seguro prescriben en el plazo de dos años a contar desde el momento en que pudieron ejercitarse.

I.4.3.8. Responsabilidad
Acaecido un siniestro, **EUROP ASSISTANCE** no asumirá ninguna responsabilidad respecto a las decisiones y actuaciones que adopte el Asegurado contrarias a sus instrucciones.

I.4.3.9. Trámites en caso de siniestro
Cualquier hecho que pueda motivar las prestaciones de este contrato, debe ser declarado por el Tomador o el Asegurado, dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido, salvo pacto en contrario expreso en las Condiciones Particulares.

Si se trata de un juicio rápido, o de cualquier otra actuación judicial o administrativa de carácter inmediato, el Tomador, Asegurado o Beneficiario deberá realizar la comunicación al Asegurador de forma inmediata a la recepción de dicha comunicación por parte del Tomador, Asegurado o Beneficiario.

En caso de incumplimiento de estos plazos, y siempre que **EUROP ASSISTANCE** no haya tenido conocimiento del siniestro por otro medio, EUROP ASSISTANCE podrá reclamar los daños y perjuicios causados por la falta de declaración.

La prestación de las garantías amparadas por este contrato será solicitada por los Asegurados directamente por teléfono al Asegurador quien iniciará la gestión y tramitación del oportuno expediente. **EUROP ASSISTANCE** pondrá en exclusiva y a disposición de los Asegurados el teléfono **91.514.14.62.**

El Asegurado se obliga a entregar por correo, fax, correo electrónico o directamente en las oficinas de **EUROP ASSISTANCE** las notificaciones que reciba a la mayor brevedad posible y como tarde al menos con cinco días hábiles de antelación al vencimiento del plazo legal de presentación del escrito correspondiente, con indicación de la fecha y forma de recepción de la notificación.

También se obliga a colaborar con **EUROP ASSISTANCE** en cuantas aclaraciones o gestiones sean necesarias para el correcto funcionamiento del servicio, así como a comunicar por escrito la actualización de los datos que aparecen en este contrato en caso de que cambien.

EUROP ASSISTANCE no responde de la veracidad de los datos a los que se ha hecho mención y, en consecuencia, no asumirá responsabilidad alguna en caso de inexactitud y/o falta de actualización de los mismos. Caso de que la información no resulte exacta y que a causa de ello se deriven perjuicios para **EUROP ASSISTANCE**, éste podrá exigir del Asegurado la reparación de los mismos.

Los reembolsos realizados por **EUROP ASSISTANCE** se realizan cumpliendo con lo establecido en las leyes españolas, concretamente en lo establecido para pagos en efectivo y salida de capital del territorio nacional. Así, para poder llevar a cabo el reembolso de un importe que sea igual o superior a 10.000 euros (o su contravalor en moneda extranjera) por los costes de contingencias cubiertas que el Asegurado hubiera abonado en metálico fuera de España, **EUROP ASSISTANCE** requerirá que se aporte justificante bancario de su retirada de caja fuera de España o que se hubiera declarado conforme a lo establecido en el artículo 34 de la Ley 10/2010 de prevención del blanqueo de capitales.

I.4.3.10. Garantías cubiertas

A. <u>Reclamación de daños y perjuicios</u>

EUROP ASSISTANCE gestionará la reclamación amistosa o judicial a un tercero identificable, por los daños y perjuicios causados al Asegurado.
Dentro de este límite, quedan incluidos todos los costes y gastos periciales de cualquier tipo necesarios para valorar el daño y/ o perjuicio.
No se garantiza resultado alguno como consecuencia de estas gestiones. Este servicio se prestará de 9 a 19 h de lunes a viernes excepto festivos.

<u>Límites y gastos garantizados</u>

La suma máxima asegurada para cubrir la totalidad de los gastos garantizados se establece en 300 € por siniestro y/o anualidad del seguro.
Se incluyen los siguientes gastos:

- Las tasas, derechos y costas judiciales derivadas de la tramitación de los procedimientos cubiertos.
- Los honorarios y gastos de abogado.
- Los derechos y suplidos de procurador, cuando su intervención sea preceptiva.
- Los gastos notariales y de otorgamiento de poderes para pleitos, así como las actas, requerimientos y demás actos necesarios para la defensa de los intereses del Asegurado.
- Los honorarios y gastos de peritos necesarios.

- La constitución, en procesos penales, de las fianzas exigidas para conseguir la libertad provisional del Asegurado, avalar su presentación al acto del juicio, así como para responder del pago de las costas judiciales, con exclusión de indemnizaciones y multas.

Exclusiones

• Quedan excluidos con carácter general aquellos gastos que no hayan sido comunicados previamente al Asegurador.
• Hechos producidos antes de la entrada en vigor del contrato.
• Consultas y actuaciones judiciales cuya resolución comporte la aplicación de derecho extranjero, y aquellas relativas a la reclamación de derechos y beneficios que asisten al Beneficiario frente al Colegio correspondiente.
• Cuando el hecho haya sido causado por mala fe o deliberadamente por el Beneficiario, incluyéndose aquí los siniestros relacionados con vehículos propiedad del Beneficiario.
• Los gastos derivados de reclamaciones infundadas, así como los que se planteen con manifiesta desproporción en relación a los daños y perjuicios sufridos. Esta exclusión no se aplicará cuando, tras el ejercicio de las acciones judiciales correspondientes, el Beneficiario obtuviese resolución favorable estimando la totalidad de la indemnización correspondiente.
• El cumplimiento de las obligaciones impuestas al Beneficiario por Sentencia o Resolución Administrativa. El pago de multas y sanciones, así como sus intereses o recargos.

B. Servicio Manitas

Alcance de la garantía

El envío de un profesional por parte del Reasegurador al domicilio habitual del Asegurado de la póliza de Decesos de la Cedente, para realizar los trabajos no urgentes que figuran a continuación y que previamente hayan sido solicitados por el tomador o asegurado.

El servicio se prestará en horario de 9 a 19 horas de lunes a viernes (excepto festivos) e incluye una intervención por anualidad del seguro y esta intervención comprende el desplazamiento y dos horas de mano de obra. No quedan incluidos los materiales.

El cliente podrá solicitar a su cargo tantos servicios como desee, aplicándosele, en este caso, tarifas preferenciales.

Todos los trabajos realizados por los profesionales de **EUROP ASSISTANCE**, dentro del "Servicio Manitas", tienen una garantía de 6 meses.

Trabajos incluidos:
- Colgar cortinas, cuadros, tendederos, accesorios de cuarto de baño, espejos, percheros, barras de armarios.
- Colocación de:
    - soporte de ducha teléfono y conexión baldas, estanterías
    - termofluídos sin necesidad de modificación eléctrica
    - pletinas de terminación:
        a. embellecedor de suelo (tapa-juntas en la unión de 2 suelos diferentes)
        b. protector de esquina de pared
- Aislamiento de ventanas:
    - únicamente poner burlete ente hoja y marco
    - Fijar cristal con silicona
- Arreglo o instalación de persianas enrollables sin mecanismo y no ocultas en cajón.
- Cambio o instalación en puertas interiores de madera de:
    - tiradores
    - picaportes
    - manillas
    - muelles
    - pequeños pestillos
- Cambio de bisagras en puertas pequeñas de muebles de cocina, baño y auxiliares de madera.
- Montaje de muebles tipo kit.
- Encolado de sillas, mesas y camas de madera.
- Colocación o cambio de:
    - embellecedores de enchufes e interruptores;
    - bombillas, tubos de neón, fluorescentes y cebadores.
- Instalación de lámparas, apliques o plafones siempre y cuando no haya que modificar cableado.
- Ajuste de grifos sueltos y cambio de zapatas si las llevara.
- Purgado de radiadores.
- Sellado con silicona de:
    - bañera,
    - ducha,
    - lavabo
    - fregadero.

- Tapado de pequeños agujeros en pared no alicatada, producidos por taladro (por colgar cuadros, accesorios...).

Trabajos no incluidos:
- Instalación de lámparas, apliques o plafones necesitando realizar nuevo punto de luz.
- Instalación de halógenos.
- Cambio de enchufes, clavijas e interruptores teniendo que manipular cableado eléctrico.
- Instalación de enchufe de vitrocerámica.
Profesional recomendado para la realización de estos trabajos: electricista.
- Reparaciones de persianas (incluye cambio de cinta, lamas) con mecanismo de cuerda, manivela o eléctrica, empotradas en cajón y persianas metálicas (cierre de comercio).
Profesional recomendado para la realización de estos trabajos: persianista.
- Instalación de zócalos
Profesional recomendado para la realización de estos trabajos: carpintero o albañil.
- Instalación o cambio de cristales
Profesional recomendado para la realización de estos trabajos: cristalero.
- Dar lechadas.
- Tapado de calas
Profesional recomendado para la realización de estos trabajos: albañil.
- Cerraduras de puertas interiores
- Rozamientos en ventanas o puertas
Profesional recomendado para la realización de estos trabajos: carpintero o carpintero de aluminio.
- Cepillado de puertas
Profesional recomendado para la realización de estos trabajos: carpintero.
- Limpieza de filtros y desagües de cualquier tipo de electrodoméstico (incluido aire acondicionado)
Profesional recomendado para la realización de estos trabajos: técnico de electrodomésticos.
- Soldaduras metálicas: Todo lo relacionado con puertas de acceso al domicilio (cerraduras, pestillos, cierres, manillas…)
Profesional recomendado para la realización de estos trabajos: cerrajero.

C. Servicio de telefarmacia

El servicio consistirá en la personación de un colaborador de EUROP ASSISTANCE (debidamente identificado) en el domicilio que a los efectos determine el Asegurado, para de esta forma recoger la receta de la Seguridad social, tarjeta sanitaria o receta de un médico privado, si fuera necesaria y adquirir la correspondiente medicina. Posteriormente entregará ésta en mano al Asegurado, el cual abonará en el acto el importe a que ascienda la factura del producto adquirido. No serán aceptados cheques, pagarés o tarjetas.

El Asegurado deberá facilitar en todo caso el nombre comercial del producto y el tipo de presentación (comprimidos, ampollas, cápsulas, emulsiones, etc.) Quedan excluidos expresamente los casos de abandono de la fabricación del medicamento o la falta de disposición del mismo en los canales habituales de distribución en España, así como los medicamentos que requieran el DNI para su adquisición y los incluidos en el recetario especial de estupefacientes.

D. Asesoramiento fiscal telefónico

EUROP ASSISTANCE dará respuesta a cualquier consulta de carácter fiscal planteada por el Asegurado referente a su ámbito personal y circunscrita a la legislación española.

Entre otras, se podrán realizar las siguientes consultas:

• Ley general tributaria
• Procedimientos tributarios y sanciones
• Información fiscal general e información sobre novedades legislativas en materia fiscal
• Calendario del contribuyente en el ámbito de los Impuestos Estatales
• Información sobre exenciones, deducciones y bonificaciones fiscales y liquidaciones de Impuestos sobre Sociedades, IRPF, Patrimonio e IVA
• Declaración de Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (se excluye este punto en contratos para comunidades y comercios).
• Información general sobre impuestos: IAE (Impuestos de Actividades Económicas), IBI (Impuestos sobre Bienes Inmuebles), INR (Impuesto sobre Renta de No Residentes), IP (Impuesto sobre Patrimonio), IRPF (Impuesto sobre Renta de Personas Físicas), IS (Impuestos sobre Sociedades), ISD (Impuestos sobre Sucesiones y Donaciones), ITP y AJD (Impuesto sobre Transmisiones Patrimoniales y Actos Jurídicos Documentados), IVA (Impuestos de Valor Añadido), IVTM (Impuestos sobre vehículos de Tracción Mecánica).

Estos servicios se prestarán verbal y telefónicamente, excluyéndose la redacción de informes o dictámenes.

Este servicio se prestará a petición del Beneficiario y en horario de 9:00 a 18:00 de lunes a viernes (excepto festivos de carácter nacional). (Horario peninsular de España). Existirá un plazo máximo de respuesta de 24 horas (excepto festivos y fines de semana) y ésta será siempre telefónica.

I.4.4. SERVICIOS LEGALES: 'ACTIVE LABORAL'

A. El Abogado

El beneficiario podrá consultar todas sus dudas de legales con abogados colegiados, que le atenderán de manera personalizada, le asesorarán y le orientarán para que pueda resolver sus problemas del mejor modo posible. Para ayudarle mejor, el Departamento legal de YO TENGO ABOGADO podrá solicitarle el envío de su documentación legal.

SERVICIOS QUE SE PRESTAN

El asesoramiento versará sobre la relación del trabajador por cuenta ajena o autónoma.

- Tipos de contrato de trabajo.
- Nóminas.
- Prórroga.
- El Convenio Colectivo aplicable.
- El contrato de alta dirección.
- Vacaciones, horario,
- Traslado geográfico y traslado funcional.
- Extinción del contrato.
- Dimisión del trabajador.
- Despido (improcedente, procedente y nulo)
- Procedimiento ante el SMAC.
- Procedimiento judicial.
- Indemnizaciones.
- Liquidación o finiquito.
- Reclamación judicial de cantidades.
- Salarios de tramitación.
- Quiebra de la empresa.
- Reclamación ante el FOGASA.
- Jubilación anticipada.
- Sanciones al trabajador y al empresario.
- Procedimiento de reclamación.
- Infracciones.
- Suspensión de empleo y sueldo.
- Despido disciplinario.
- Sanciones económicas.
- Expedientes de regulación de empleo.
- Procedimiento.
- Intervención de los representantes sindicales (delegados de personal o comité de empresa).
- Intervención de la Autoridad Laboral.
- Accidente de trabajo y enfermedad profesional.
- Accidentes ocurridos en el centro de trabajo o en desplazamientos con motivos laborales.
- Incapacidad e invalidez laboral.
- Procedimiento judicial para su declaración.
- Prestaciones de la Seguridad Social.
- Jubilación
- Desempleo
- Maternidad
- Incapacidad temporal, invalidez permanente.
- Procedimiento para su solicitud. Cuantía. Duración. Extinción. Fiscalidad.
- Retenciones.
- Salario en especie (vehículo, opciones sobre acciones,).
- Rendimientos irregulares del trabajo.
- Desplazamientos, dietas.
- Aportaciones a planes de pensiones y sistemas de previsión social.
- Prestación por desempleo.
- Indemnizaciones.

I. ASESORAMIENTO JURÍDICO INMEDIATO.

El Beneficiario podrá contar con el asesoramiento de los Abogados de YTA por vía telefónica, WhatsApp o correo electrónico para consultar las cuestiones jurídicas que se le presenten en su ámbito personal y familiar y sobre las materias enumeradas a continuación. YTA se reserva el derecho a contestar sólo verbalmente, y aunque la resolución de la consulta se realice por escrito, quedan expresamente excluidos del servicio la redacción de informes o dictámenes.

II. ASISTENCIA PERSONAL EN DESPACHO DE ABOGADOS.

Cuando YTA observe que por la naturaleza y viabilidad del asunto, tal y como se recoge en las presentes condiciones, éste debe de ser

planteado personalmente en un Despacho de Abogados, pondrá a disposición del USUARIO la RED NACIONAL DE DESPACHOS COLABORADORES, remitiéndole al Despacho de Abogados que corresponda por especialidad en función del procedimiento de que se trate.
El servicio prestado por el Despacho remitido se prestará en función del presupuesto y hoja de encargo que en su caso formalice con el BENEFICIARIO del Servicio.

El encargo profesional por parte Beneficiario del Servicio a uno de los Despachos colaboradores de la Red Nacional, conlleva el establecimiento de una relación jurídica diferente e independiente a la descrita en las presentes condiciones generales, que mantendrá el USUARIO directamente con el despacho profesional al que se realice el encargo en régimen de arrendamiento de servicios propio de la relación abogado-cliente, permaneciendo YTA ajena a dicha relación y manteniendo por ello el BENEFICIARIO indemne de cualquier perjuicio que se le pudiera derivar a YTA.
Estos Servicios tendrán un descuento Especial del 25% sobre las tarifas del Colegio de Abogados Correspondiente.

Prestación del servicio:
El beneficiario podrá elegir el canal de su preferencia:
- Por teléfono: **856 396 118**
- Por WhatsApp: **686 864 978**
- Por correo electrónico: clientes@yotengoabogado.es

El horario de atención del Departamento Legal es de lunes a viernes (salvo festivos nacionales, de la comunidad de Madrid y locales) desde las 09:00 a las 19:00.

I.4.5. Servicio dental

ACTIVE SEGUROS pone a disposición de sus asegurados el acceso a una amplia gama de servicios dentales que puede conocer a través de la web: www.activeseguros.com.

La garantía "Servicio Dental Específico" prestado por el proveedor de servicios odontológicos **GIRA DENTAL**, para los asegurados de ACTIVE SEGUROS les permite acceder a servicios dentales, siempre en condiciones preferentes, tanto económicas como de ahorro de tiempo.

Esta garantía puede ser utilizada por cualquier asegurado, sin que sea relevante la edad, ni preexistencias médicas; no existen listas de espera o periodos de carencia. Hemos pensado en la salud dental para toda la familia, desde los más pequeños hasta los más mayores.

I.4.5.1. Características del servicio

Fácil y cómodo acceso: Llamando al 915 589 973, o entrando a la web www.activeseguros.com, desde su ordenador, tablet o móvil con tan sólo introducir su número de DNI en "Acceso Asegurados", más de 1.900 clínicas dentales a su servicio en todo el territorio nacional.
Precios máximos garantizados en la totalidad de las clínicas de la red, notablemente inferiores a los del mercado.
Servicios Gratuitos a su disposición en toda la red de clínicas:
• Una limpieza de boca anual sobre periodonto sano (detartraje).
• Primera consulta, examen, diagnóstico y presupuesto.
• Visita de urgencia. Visita de revisión.
• Retirada de puntos.
• Pulido de amalgama.
• Extracciones (excluidas cordales o piezas incluidas).
• Educación para la higiene oral y técnica de cepillado.

Hasta otros 23 servicios gratuitos adicionales en función de la clínica que haya seleccionado.

Promociones y tratamientos de odontología avanzada.
Contenidos y soportes especialmente diseñados para una mayor y mejor tutela y orientación de los asegurados, imprimibles, descargables y certificables por las clínicas:
• Derechos del paciente.
• Código de Buenas Prácticas.
• Glosario de términos dentales.
• Cuestionarios de calidad.
• Definición y contenido de cada gratuidad.
• Detalle de los precios máximos aplicables por especialidades, actos y tratamientos dentales.
• Definición y contenido de las ofertas y promociones.
• Definición y contenido de los tratamientos de odontología avanzada y de los compromisos de garantía.

Amplio y detallado contenido de información para que los asegurados puedan seleccionar las clínicas dentales a las que desean acudir: localización, horarios, especialidades, descripción de las clínicas, apertura los sábados, periodos vacacionales.

Salvo las gratuidades aceptadas por cada clínica, serán de cuenta del asegurado, el pago de los honorarios profesionales correspondientes a la clínica dental por los servicios y tratamientos dentales que ésta le haya realizado.
ACTIVE SEGUROS no asume responsabilidad alguna derivada de la prestación de los servicios dentales por las clínicas que hubieren atendido al asegurado, correspondiendo en todo caso dicha responsabilidad a la clínica prestadora del servicio.

I.4.6. Servicios Médicos: "Tu Salud", Orientación Médica.

El asegurado podrá consultar todas sus dudas de salud con médicos colegiados, que le atenderán de manera personalizada, le asesorarán y le orientarán para que pueda resolver sus problemas de salud del mejor modo posible. Para ayudarle mejor, el Departamento Médico de HealthMotiv podrá solicitarle el envío de su documentación médica.

Además, si el asegurado lo necesita, los médicos harán un seguimiento cercano de su caso para explicarle las cosas que no entienda (interpretación de informes médicos, de analíticas, explicaciones de pruebas médicas…), ayudarle a preparar las nuevas consultas, o resolver cualquier otra duda que pueda surgirle.

I.4.6.1. Solicitud del servicio:
• A través de su Espacio Personal en www.healthmotiv.com/activeseguros/
• Por correo electrónico rellenando el formulario www.healthmotiv.com/form/activeservicios
• Llamando al teléfono 962 645 711

Los beneficiarios podrán hacer uso del servicio de orientación médica telefónica las 24 horas del día, todos los días del año.
Las solicitudes de servicio realizadas a través del formulario o de la plataforma serán atendidas a la mayor brevedad en horario laborable, de lunes a viernes, salvo festivos, desde las 09:00 hasta las 18:00.

I.4.6.2. Prestación del servicio:
El asegurado podrá elegir el canal de su preferencia:
• Por teléfono,
• A través de su Espacio Personal en www.healthmotiv.com/activeseguros/
• Por correo electrónico,
• Por videollamada.

I.4.6.3. Servicio de atención y orientación especial coronavirus
Con el **servicio específico sobre el Coronavirus** el asegurado podrá resolver sus dudas sobre la COVID-19 (síntomas, pruebas disponibles, protocolos de confinamiento y de vuelta al colegio, secuelas…). Además, para su tranquilidad, si ha resultado ser contagiado de Coronavirus, el Departamento Médico de HealthMotiv realizará un seguimiento cercano de la evolución, hasta su completa recuperación.

I.4.6.4. Dispensación de receta electrónica
Con este servicio, el médico que atienda al asegurado podrá renovar sus recetas de medicación crónica o recetarle algunos tratamientos que pueda necesitar, siempre a criterio del médico que haya atendido al asegurado.

Se utilizará el sistema REMPe, homologado por la Organización Médica Colegial. El asegurado recibirá la receta en su correo electrónico y podrá retirar el medicamento en cualquier farmacia, con solo presentar su DNI.

I.4.6.5. Carpeta médica digital Lite/Premium
El asegurado podrá almacenar sus informes y pruebas médicas en un Espacio Personal accediendo a un intranet seguro situado en el portal web de HEALTHMOTIV en www.healthmotiv.com/activeseguros/

En caso de que el asegurado padezca un problema de salud complejo, grave, degenerativo o que afecta sustancialmente su calidad de vida, un médico gestionará su documentación y preparará un resumen de su historia clínica. Si lo necesitase, el asegurado podrá solicitar la traducción de su resumen clínico al inglés.

Desde la Carpeta Médica Digital Premium, el Médico Personal del asegurado realizará un seguimiento personalizado continuado en el tiempo si su situación lo requiere, para ayudarle con cualquier cosa que necesite.

El asegurado deberá aportar toda su información médica a HealthMotiv y actualizarla con el resultado de nuevas consultas y pruebas.

I.4.6.6. Servicios de salud

I.4.6.6.1. Orientación psicológica (Consultas gratuitas ilimitadas):
Se trata de un servicio de consulta psicológica que permite al asegurado acceder a consejos y pautas con los que poder superar o afrontar, del mejor modo posible, situaciones concretas de su vida cotidiana, o responder alguna duda sobre su salud mental o emocional.

El objetivo es proporcionarle una orientación puntual, rápida y concreta, ante un problema que afecte su bienestar psicológico y/o emocional.

Para conocer mejor las circunstancias particulares del asegurado y ofrecerle una respuesta más personalizada, es posible que necesite rellenar un breve cuestionario inicial.

I.4.6.6.2. Solicitud del servicio:
• A través de su Espacio Personal en www.healthmotiv.com/activeseguros/
• Por correo electrónico rellenando el formulario www.healthmotiv.com/form/activeservicios
• Llamando al teléfono 962 645 711
El horario de atención es de lunes a viernes (salvo festivos), desde las 09:00 hasta las 18:00 h.

I.4.6.6.3. Prestación del servicio:
Una vez recibida la información necesaria, las consultas serán respondidas a través de la plataforma tecnológica o por correo electrónico, en un plazo de 4 horas en horario laborable.

I.4.6.6.4. Contratación opcional: Asistencia Psicológica Personalizada:
Si el problema del asegurado fuese demasiado complejo como para poder resolverlo con una orientación simple, el asegurado podrá contratar sesiones personales no presenciales, a precios baremados.
Es un servicio personalizado de ayuda psicológica, mediante el cual, tras una valoración inicial con uno de nuestros psicólogos, se inicia un proceso terapéutico para el cambio y crecimiento personal.

Está orientado a personas con problemas psicológicos, conductuales o emocionales, que no puedan resolverse de forma autónoma y que supongan un freno para conseguir sus objetivos vitales:
• Depresión
• Ansiedad
• Problemas de sueño
• Apatía
• Trastornos conductuales
• Adicciones
• Trastornos de alimentación
• Problemas familiares o de pareja

Para prestar una asistencia más personalizada, el asegurado deberá rellenar un cuestionario que recogerá información sobre diversos aspectos que pueden influir en los problemas psicológicos (nivel de estudios, situación laboral y profesional, situación familiar, antecedentes médicos relevantes…).

Las sesiones podrán realizarse por teléfono o videollamada, en función las preferencias del asegurado, en un horario convenido entre el profesional y el asegurado.
A petición del asegurado, se preparará un presupuesto personalizado del tratamiento.

Las sesiones deberán abonarse por adelantado. Si, una vez agendada la sesión personalizada, el asegurado necesitase cambiar la fecha o la hora de la misma, deberán notificarlo con al menos un día de antelación, en horario laborable. En caso contrario la consulta se considerará realizada.
No se realizan reembolsos.

I.4.6.6.5. Asesoramiento nutricional. Orientación nutricional (Consultas gratuitas ilimitadas):
Es un servicio cuyo objetivo es ayudar al asegurado a conseguir unos hábitos alimentarios saludables o a mejorarlos. El asegurado podrá formular consultas concretas sobre su dieta o alimentación. Para que las recomendaciones de nuestros profesionales en nutrición sean más personalizadas, es posible que el asegurado tenga que rellenar un breve cuestionario inicial sobre sus hábitos alimentarios y de vida al inicio del servicio.

I.4.6.6.6. Solicitud del servicio:
• A través de su Espacio Personal en www.healthmotiv.com/activeseguros/
• Por correo electrónico rellenando el formulario www.healthmotiv.com/form/activeservicios
• Llamando al teléfono 962 645 711
El horario de atención es de lunes a viernes (salvo festivos), desde las 09:00 hasta las 18:00 h.

I.4.6.6.7. Prestación del servicio:
Una vez recibida la información necesaria, las consultas serán respondidas a través de la plataforma tecnológica o por correo electrónico, en un plazo de 4 horas en horario laborable.

I.4.6.6.8. Contratación opcional: Asesoramiento Nutricional personalizado
Se trata de un servicio muy personalizado en el que, tras una valoración inicial en una sesión personal, un profesional en

nutrición diseñará un plan nutricional en función de los hábitos de vida y alimentarios del asegurado, sus necesidades individuales, sus objetivos y sus preferencias culinarias. También se le facilitarán pautas para que su dieta sea completa, variada, equilibrada y para que cubra sus necesidades energéticas, se le propondrán ejemplos de menús y recetas y se hará un seguimiento cercano de sus avances, revisando periódicamente sus logros y recomendaciones.

Las sesiones individuales podrán realizarse por teléfono o videoconsulta. A petición del asegurado, se preparará un presupuesto personalizado. Las sesiones o plan contratados deberán abonarse por adelantado.

Si, una vez agendada la sesión personalizada, el asegurado necesitase cambiar la fecha o la hora de la misma, deberán notificarlo con al menos un día de antelación en horario laborable. En caso contrario la consulta se considerará realizada.
No se realizan reembolsos.

I.4.6.6.9. Acondicionamiento físico. Orientación deportiva (Consultas gratuitas ilimitadas):
El asegurado podrá solicitar asesoramiento a nuestro equipo de preparadores físicos si tiene dudas concretas sobre una actividad física, un entrenamiento o la ejecución de un ejercicio. Es posible que tenga que rellenar un breve cuestionario inicial para conocer mejor sus circunstancias particulares y aportarle una respuesta más personalizada.

I.4.6.6.10. Solicitud del servicio:
• A través de su Espacio Personal en www.healthmotiv.com/activeseguros/
• Por correo electrónico rellenando el formulario www.healthmotiv.com/form/activeservicios
• Llamando al teléfono 962 645 711
El horario de atención es de lunes a viernes (salvo festivos), desde las 09:00 hasta las 18:00 h.

I.4.6.6.11. Prestación del servicio:
Una vez recibida la información necesaria, las consultas serán respondidas a través de la plataforma tecnológica o por correo electrónico, en un plazo de 4 horas en horario laborable.

I.4.6.6.12. Contratación opcional: Acondicionamiento Físico Personalizado
Tanto si el asegurado quiere iniciarse en un deporte, como si es un deportista confirmado o si está en un proceso de convalecencia, un entrenador personal diseñará un programa de entrenamiento adaptado a su condición física y a sus objetivos. También le facilitará pautas claras para ayudarle a mejorar y evitar lesiones, hará un seguimiento de sus avances y le motivará en la consecución de su meta.

Las sesiones individuales podrán realizarse por teléfono o videoconsulta.

A petición del asegurado, se preparará un presupuesto personalizado. Las sesiones o plan contratados deberán abonarse por adelantado.

Si, una vez agendada la sesión personalizada, el asegurado necesitase cambiar la fecha o la hora de la misma, deberán notificarlo con al menos un día de antelación en horario laborable. En caso contrario la consulta se considerará realizada.
No se realizan reembolsos.

I.4.6.7. Herramientas

I.4.6.7.1. Agenda de Salud
Es una herramienta que permite al asegurado registrar cómodamente, en un mismo entorno seguro, sus datos de salud y compartirlos mediante el envío, por correo electrónico, de un enlace a sus registros. El asegurado podrá hacer uso de su Agenda de Salud tras darse de alta en www.healthmotiv.com/activeseguros/ y programar recordatorios, que le llegarán por correo electrónico, con un enlace que le permitirá añadir nuevos registros, sin necesidad de entrar en su Espacio Personal.

En la actualidad, se pueden hacer registros de:
• Glucemia: En caso de que el asegurado introduzca un valor de glucemia que se encuentre por encima o por debajo de los valores considerados “normales”, le saltará una alerta.
• Tensión arterial: El asegurado podrá introducir los valores de su frecuencia cardíaca, de su sistólica y de su diastólica. Le saltará una alerta en caso de que este valor se encuentre por encima o por debajo de los valores considerados “normales”.
• Peso: El asegurado podrá introducir su peso y su altura (solo la primera vez salvo que se trate de un niño). Se calculará su Índice de Masa Corporal y verá cuál es su peso ideal en función de su edad, altura y sexo (dato no fiable para determinados colectivos como mujeres embarazadas, atletas de alto rendimiento...).
• Actividad física: El asegurado podrá introducir datos (tiempo e intensidad) de la actividad física que ha realizado: caminar, correr, montar en bici, nadar. Asimismo, se realiza un cálculo aproximado de las calorías consumidas en función de la actividad física, intensidad y peso del usuario.

No es necesario disponer de ningún dispositivo en particular.

En ningún momento, estas herramientas pueden sustituir la valoración personal del médico tratante del asegurado.
Las alertas solo son informativas para el usuario de los servicios.

I.4.6.7.2. Agenda del dolor
Si el asegurado padece un cuadro de dolor crónico (más de seis meses de duración), esta herramienta le permitirá registrar cómodamente y con la frecuencia de su elección, todos los datos relativos a su dolor e indicar cómo afecta a su calidad de vida. Podrá compartir estos datos con sus médicos tratantes.
La Agenda del Dolor Crónico tiene en cuenta el sexo y la edad del paciente.

I.4.6.8. Contacto. Cómo solicitar los servicios
Puedes solicitar los servicios:
• Desde Su Espacio Personal en www.healthmotiv.com/activeseguros/
• Por email, pulsando AQUÍ
• Llamando al 962 645 711
El horario de atención es de lunes a viernes, de 09:00 a 18:00 h, excepto festivos nacionales y de Madrid.

SECCIÓN II. COBERTURA DE ASISTENCIA EN VIAJE A CARGO DE ARAG

II.1. Información preliminar facilitada el tomador del seguro antes de la contratación
Conforme al artículo 96 de LOSSEAR y 122, 123 y 125 del ROSSEAR, el Tomador del Seguro reconoce haber recibido de la entidad aseguradora, con anterioridad a la contratación del seguro, la información a que se refiere esta sección:

II.1.1. Legislación Aplicable Estado miembro, Autoridad de Control (Art. 96 LOSSEAR)
Las Condiciones Generales y Particulares del presente contrato de seguro, se rigen por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro, por la Ley 20/2015, de 14 de julio de ordenación, supervisión y solvencia de entidades aseguradoras y reaseguradoras y por el Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre que la desarrolla en lo que se refiere al seguro de decesos como ramo de prestación de servicios, **no siendo válidas las cláusulas limitativas de los derechos del Asegurado que no hayan sido expresamente aceptadas por escrito por el Tomador del seguro y que se destacan de modo especial con letra negrita.**

El Estado miembro de localización del riesgo es España y la autoridad a la que corresponde el control de la entidad aseguradora es la DIRECCIÓN GENERAL DE SEGUROS Y FONDOS DE PENSIONES (DGSFP).

II.1.2. Instancias internas y externas de reclamación y resolución de conflictos
En cumplimiento con lo dispuesto en los artículos 96 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y 123 de su normativa de desarrollo (Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras), el Asegurador informa sobre las siguientes cuestiones:

Instancias internas de reclamación:
En caso de que Ud. quisiera presentar una queja o reclamación relacionada con sus intereses y derechos legalmente reconocidos, podrá dirigirla, por escrito, a:

Servicio de Atención al Cliente
Titular: Iván Algas Martín
Calle Roger de Flor 16
08018 Barcelona
Tlf: 934857419
Correo electrónico: dac@arag.es

En todos los casos, rogamos indique su número de póliza y/o número de siniestro.
Una vez recibamos su queja, le enviaremos por escrito un acuse de recibo, en el que se establecerán los plazos reglamentarios para la resolución de su reclamación.

La normativa aplicable a este procedimiento es la Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo, sobre los departamentos y servicios de atención al cliente y el defensor del cliente de las entidades financieras. El Reglamento de Funcionamiento del Servicio de Atención al Cliente se encuentra a disposición de los clientes en el domicilio de ACTIVE.

Instancias externas de reclamación:
En caso de disputa, el Asegurado podrá reclamar ante el Juzgado de Primera Instancia correspondiente a su domicilio de conformidad con el artículo 24 de la Ley de Contrato de Seguro.

Asimismo, las partes podrán someter voluntariamente sus divergencias a decisión arbitral en los términos de los artículos 57 y 58 del texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias, aprobados

por el Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre. En cualquier caso, y salvo aquellos supuestos en que la legislación de protección de los consumidores y usuarios lo impida, también podrán someter a arbitraje las cuestiones litigiosas, en los términos de la Ley 60/2003, de 23 de diciembre, de Arbitraje.
Igualmente, podrá someter sus divergencias a un mediador den los términos previstos en la Ley 5/2012, de 6 de julio, de mediación en asuntos civiles y mercantiles.

Igualmente y sin perjuicio de las acciones a ejercitar ante los Tribunales, los Tomadores del Seguro, Asegurados y Beneficiarios, en caso de no obtener respuesta del Servicio de Atención al Cliente del Asegurador en el plazo de dos meses desde la presentación de la queja o reclamación, o en caso de disconformidad con el pronunciamiento recaído, o si considera que el asegurador ha vulnerado sus derechos en virtud del contrato de seguro podrán reclamar, en virtud del Artículo 119 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, y de conformidad con la Orden ECC/2502/2012, de 16 de noviembre y demás normativa aplicable, ante la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. Los datos de contacto son los siguientes:

Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (Servicio de Reclamaciones)
Paseo de la Castellana 44, 28046 Madrid - España
Tel: 952 24 99 82
https://www.sededgsfp.gob.es/SedeElectronica/Reclamaciones/Reclamacion.asp
https://www.sededgsfp.gob.es/es/Paginas/Procedimiento.aspx?p=18

Para presentar tal reclamación, Usted debe haber presentado previamente una queja al Servicio de Atención al Cliente de la Aseguradora y no haber obtenido respuesta dentro de los dos meses siguientes a la presentación de la queja, o bien, puede presentar dicha reclamación si la decisión fue contraria a sus peticiones y usted sigue insatisfecho.

Si Usted ha comprado su seguro Online, también puede presentar una reclamación a través de la plataforma de resolución de litigios en línea (ODR) de la UE. El sitio web de la plataforma ODR es www.ec.europa.eu/odr.
Por la contratación de este seguro de Decesos de Active, usted se beneficia inmediatamente de las coberturas de Asistencia en Viaje de esta Sección, otorgadas por **ARAG**:

II.2. Validez temporal:
Para beneficiarse de las garantías cubiertas, el tiempo de permanencia del Asegurado fuera de su residencia habitual no deberá exceder de 90 días consecutivos, por viaje o desplazamiento.

II.3. Ámbito Territorial:
Las garantías descritas son válidas para eventos que se produzcan en España y Extranjero de acuerdo a lo que se especifique en el enunciado de cada una de las garantías.
El resto de las prestaciones amparadas por esta Póliza, tendrán lugar cuando el Asegurado se encuentre a más de 30 Km. de su domicilio habitual.

Quedan excluidos de las coberturas de la presente póliza aquellos países que durante el viaje o desplazamiento del Asegurado se hallen en estado de guerra o de sitio, insurrección o conflicto bélico de cualquier clase o naturaleza, aun cuando no hayan sido declarados oficialmente.

Queda expresamente convenido que las obligaciones del Asegurador derivadas de la cobertura de esta póliza finalizan en el instante en que el Asegurado haya regresado a su domicilio habitual, o haya sido ingresado en un centro sanitario situado como máximo a 25 km de distancia del citado domicilio (10 km. En las Islas Baleares y Canarias).

II.4. Garantías

II.4.1. Repatriación y transporte del asegurado fallecido
En caso de defunción en España a más de 30km de su domicilio habitual o en el Extranjero, El Asegurador organizará y se hará cargo del transporte del cuerpo hasta el lugar de inhumación en España.

El acondicionamiento Post Mortem se hará de acuerdo con los requisitos legales.
No estarán comprendidos los gastos de inhumación y ceremonia.

II.4.2. Desplazamiento de un acompañante
Cuando en aplicación de la garantía anterior deba ser trasladado o repatriado el cadáver del asegurado fallecido, el Asegurador pondrá a disposición de un familiar del mismo un billete de avión desde el lugar de residencia en España hasta el lugar en el que se encuentre el cadáver y retorno hasta el lugar de inhumación del mismo.

La garantía de este artículo será de aplicación exclusivamente cuando el fallecimiento del asegurado se produzca fuera del territorio peninsular español o en el extranjero.

II.4.3. Traslado internacional en caso de fallecimiento del Asegurado en el extranjero
En caso de fallecimiento del Asegurado fuera del territorio nacional, la Aseguradora será la responsable de llevar a cabo, en las mismas condiciones que en la garantía anterior, la tramitación de gestiones y la asunción de los gastos necesarios para el traslado del Asegurado fallecido a la localidad dentro de España que constituya su domicilio habitual, el cual deberá coincidir con el que figura en la póliza, o en su caso, si así fuera voluntad de los familiares, a cualquier otro punto del Estado español.

El traslado a España del Asegurado fallecido en el extranjero queda supeditado a la autorización previa por parte de las autoridades competentes y siempre que no medien causas de fuerza mayor.

II.4.4. Derecho de acompañante al Asegurado fallecido durante el traslado
Los familiares del Asegurado fallecido en el extranjero y cuyo traslado se vaya a realizar a cualquier punto del Estado español, podrán designar voluntariamente a una persona, la cual tendrá derecho a un billete de avión (ida y vuelta) o del medio de transporte más idóneo, con el fin de que pueda trasladarse al lugar del fallecimiento del Asegurado y regrese a España acompañando al fallecido.

En caso de que el acompañante debiera permanecer en el lugar de fallecimiento del Asegurado a consecuencia de la tramitación del traslado del mismo a España, la Aseguradora asumirá los gastos de estancia y manutención del acompañante, contra los justificantes oportunos, **por un importe de hasta 90 € por día, con un máximo de 10 días y con un límite total de 900 €.**

II.4.5. Repatriación o transporte sanitario de heridos o enfermos en el Extranjero
En caso de accidente o enfermedad sobrevenida del Asegurado, El Asegurador se hará cargo de:

a) Los gastos de traslado en ambulancia hasta la clínica u hospital más próximo.
b) El control por parte de su Equipo Médico, en contacto con el médico que atienda al Asegurado herido o enfermo, para determinar las medidas convenientes al mejor tratamiento a seguir y el medio más idóneo para su eventual traslado hasta otro centro hospitalario más adecuado o hasta su domicilio.
c) Los gastos de traslado del herido o enfermo, por el medio de transporte más adecuado, hasta el centro hospitalario prescrito o a su domicilio habitual.

El medio de transporte utilizado en cada caso se decidirá por el Equipo Médico de ARAG en función de la urgencia y la gravedad del caso.

Exclusivamente en Europa, y siempre a criterio del Equipo Médico del Asegurador, podrá utilizarse un avión sanitario especialmente acondicionado.

Si el Asegurado fuera ingresado en un centro hospitalario no cercano a su domicilio, el Asegurador se hará cargo, en su momento, del subsiguiente traslado hasta el mismo.

II.4.6. Repatriación o transporte sanitario de heridos o enfermos en España
En caso de accidente o enfermedad sobrevenida del Asegurado a más de 30 Km de su domicilio habitual, El Asegurador se hará cargo de los gastos derivados del transporte en ambulancia del Asegurado desde el lugar donde se encuentre hasta el centro médico más próximo donde se le puedan prestar los auxilios necesarios.

II.4.7. Gastos médicos en el Extranjero
El Asegurador, hasta el límite indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, tomará a su cargo los gastos correspondientes a la intervención de los profesionales y establecimientos sanitarios requeridos para la atención del Asegurado, enfermo o herido.

Quedan expresamente incluidos, sin que la enumeración tenga carácter limitativo y siempre que la gravedad del caso lo requiera, los siguientes servicios:
a) Atención por equipos médicos de emergencia.
b) Exámenes médicos complementarios.
c) Hospitalizaciones, tratamientos médicos e intervenciones quirúrgicas.
d) Suministro de medicamentos en internado, o reintegro de su costo en lesiones o enfermedades que no requieran hospitalización.
e) Atención de problemas odontológicos agudos, entendiéndose por tales los que por infección o trauma, requieran un tratamiento de urgencia.

El Asegurador toma a su cargo los gastos correspondientes a estas prestaciones, hasta un límite por Asegurado de 15.000 Euros.

II.4.8. Repatriación o transporte de los demás Asegurados
Cuando en aplicación de la garantía de «Repatriación o transporte sanitario de heridos o enfermos», se haya repatriado o trasladado, por enfermedad o accidente, a uno de los Asegurados y ello impida a su cónyuge, ascendientes o descendientes en primer grado, o hermanos, la continuación del viaje por los medios inicialmente previstos, el Asegurador se hará cargo del transporte de los mismos a su domicilio o al lugar de hospitalización.

II.4.9. Repatriación o transporte de menores o disminuidos
Si el Asegurado repatriado o trasladado en aplicación de la garantía de "Repatriación o transporte sanitario de heridos o enfermos", viajara en la única compañía de hijos disminuidos o de hijos menores de quince años, el Asegurador organizará y tomará a su cargo el desplazamiento, ida y vuelta, de una azafata o de una persona designada por el Asegurado, a fin de acompañar a los niños en el regreso a su domicilio.

II.4.10. Desplazamiento de un familiar en caso de hospitalización en el Extranjero
Si el estado del Asegurado enfermo o herido requiere su hospitalización durante un período superior a cinco días, el Asegurador pondrá a disposición de un familiar del Asegurado, o de la persona que este designe, un billete de ida y vuelta, en avión (clase turista) o tren (1ª clase), para que pueda acompañarlo.

Si la hospitalización se produce en el extranjero, el Asegurador además abonará, en concepto de gastos de estancia del acompañante y contra la presentación de las facturas correspondientes, hasta 100 euros por día y por un período máximo de 10 días.

II.4.11. Convalecencia en hotel en el Extranjero
Si el Asegurado enfermo o herido no puede regresar a su domicilio por prescripción médica, el Asegurador tomará a su cargo los gastos de hotel motivados por la prórroga de estancia, hasta 100 euros diarios y por un periodo máximo de 10 días.

II.4.12. Regreso anticipado por fallecimiento de un familiar
Si cualquiera de los Asegurados debe interrumpir su viaje a causa del fallecimiento de su cónyuge, ascendiente o descendiente en primer grado, o hermano, el Asegurador tomará a su cargo el transporte, ida y vuelta, en avión (clase turista) o tren (1ª clase), desde el lugar en que se encuentre al de inhumación en España.

Alternativamente a su elección, el Asegurado podrá optar por dos billetes de avión (clase turista) o tren (1ª clase), hasta su domicilio habitual.

II.4.13. Regreso anticipado desde el Extranjero por hospitalización de un familiar
En el caso de que uno de los Asegurados deba interrumpir su viaje a causa de la hospitalización de su cónyuge, ascendiente o descendiente en primer grado, o hermano, como consecuencia de un accidente o enfermedad grave que exija su internamiento por un período mínimo de 5 días, y el mismo se haya producido después de la fecha de inicio del viaje, el Asegurador se hará cargo del transporte hasta la localidad en la que tenga su residencia habitual en España.
Asimismo, el Asegurador se hará cargo de un segundo billete para el transporte de la persona que acompañaba en el mismo viaje al Asegurado que anticipó su regreso, siempre que ésta segunda persona se encuentre asegurada por esta póliza.

II.4.14. Búsqueda, localización y envío de equipajes extraviados
En caso de pérdida de equipajes en vuelo regular, El Asegurador arbitrará todos los medios a su alcance para posibilitar su localización, informar al Asegurado de las novedades que al respecto se produzcan y, en su caso, hacerlo llegar a manos del beneficiario sin cargo alguno para el mismo.

II.4.15. Regreso anticipado por siniestro grave en el hogar o local profesional del Asegurado
El Asegurador pondrá a disposición del Asegurado un billete de transporte para el regreso a su domicilio en España, en caso de que este deba interrumpir el viaje por daños graves en su residencia principal o en local profesional del Asegurado siempre que sea este el explotador directo o ejerza una profesión liberal en el mismo, ocasionados por incendio, siempre que este haya dado lugar a la intervención de los bomberos, robo consumado y denunciado a las autoridades policiales, o inundación grave, que haga imprescindible su presencia, no pudiendo ser solucionadas estas situaciones por familiares directos o personas de su confianza, siempre que el evento se haya producido después de la fecha de inicio del viaje. Asimismo, el Asegurador se hará cargo de un segundo billete para el transporte de la persona que acompañaba en su viaje al Asegurado que anticipó su regreso.

II.4.16. Envío de objetos olvidados o robados durante el viaje
El Asegurador organizará y tomará a su cargo el coste del envío de los objetos robados y posteriormente recuperados, o simplemente olvidados por el Asegurado, hasta el límite de 120 Euros, siempre que el coste conjunto de dichos objetos supere dicha cuantía.

II.4.17. Transmisión de mensajes urgentes
El Asegurador se hará cargo de transmitir los mensajes urgentes que le encarguen los Asegurados, a consecuencia de los siniestros cubiertos por las presentes garantías.

II.4.18. Envío de medicamentos en el extranjero
En el caso de que el Asegurado, estando en el extranjero, necesite un medicamento que no pueda adquirir en dicho lugar, el Asegurador se encargará de localizarlo y enviárselo por el conducto más rápido y con sujeción a las legislaciones locales.
Quedan excluidos los casos de abandono de fabricación del medicamento y su no disponibilidad en los canales habituales de distribución en España.

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

II.4.19. Adelanto de fondos monetarios en el extranjero
En caso de que el Asegurado no pueda obtener fondos económicos por los medios inicialmente previstos, tales como *travel cheques*, tarjetas de crédito, transferencia bancaria o similares, y esto se convierta en una imposibilidad para proseguir su viaje, el Asegurador adelantará, siempre que se le haga entrega de un aval o garantía que asegure el cobro del anticipo, hasta el **límite de 1500 euros**. En cualquier caso, las cantidades deberán ser devueltas en el plazo máximo de treinta días.

II.4.20. Gastos de gestión por la pérdida o robo de documentos
Quedan amparados los gastos de gestión y obtención, debidamente justificados, ocasionados por sustitución, que el Asegurado haya de hacer por la pérdida o robo de tarjetas de crédito, cheques bancarios, de viaje, de gasolina, billetes de transporte, pasaporte o visados, que ocurran durante el viaje y estancias, hasta el límite de 60 Euros.
No son objeto de esta cobertura y, en consecuencia, no se indemnizarán, los perjuicios derivados de la pérdida o robo de los objetos mencionados o de su utilización indebida por terceras personas.

II.4.21. Servicio de información
Cuando el Asegurado precise cualquier información relativa a los países que va a visitar, como por ejemplo formalidades de entrada, como visados y vacunas, régimen económico o político, población, idioma, situación sanitaria, etc., el Asegurador facilitará dicha información general, si esta le es demandada, mediante llamada telefónica a cobro revertido si lo desea, al número de teléfono indicado en la presente póliza.

II.4.22. Robo y daños materiales al equipaje
Se garantiza la indemnización por daños y pérdidas materiales del equipaje o efectos personales del Asegurado en caso de robo, pérdida total o parcial debida al transportista o daños a consecuencia de incendio o agresión, ocurridos durante el transcurso del viaje, **hasta un máximo de 600 euros.**

Las cámaras y complementos de fotografía, radiofonía, de registro de sonido o de la imagen, así como sus accesorios, quedan comprendidos hasta el 50% de la suma asegurada sobre el conjunto del equipaje.

Esta indemnización será siempre en exceso de las percibidas de la compañía de transporte y con carácter complementario, debiendo presentarse, para proceder al cobro de la misma, el justificante de haber percibido la indemnización correspondiente de la empresa transportista, así como la relación detallada del equipaje y su valor estimado.
Se excluye el hurto y el simple extravío por causa del propio Asegurado, así como las joyas, el dinero, documentos, objetos de valor y material deportivo e informático.

A los efectos de la citada exclusión, se entenderá por:
- Joyas: conjunto de objetos de oro, platino, perlas o piedras preciosas.
- Objetos de valor: el conjunto de objetos de plata, cuadros y obras de arte, todo tipo de colecciones, y peletería fina.

Para hacer efectiva la prestación en caso de robo, será necesaria la presentación previa de la denuncia ante las autoridades competentes

II.4.23. Gastos de anulación de viaje
El Asegurador garantiza hasta el **límite de 600 euros**, y a reserva de las exclusiones que se mencionan en estas Condiciones Generales, el reembolso de los gastos por anulación de viaje que se produzcan a cargo del Asegurado y que le sean facturados por aplicación de las condiciones generales de venta de la Agencia, o de cualquiera de los proveedores del viaje, siempre que anule el mismo antes de la iniciación de éste y por una de la causas siguientes sobrevenidas después de la suscripción del seguro:

a) Debido al fallecimiento o a la hospitalización, como mínimo de una noche, de:
- Asegurado, cónyuge, ascendiente o descendiente de cualquier grado, o hermano.
- Sustituto profesional.
- Persona a cargo de la custodia de menores, mayores o disminuidos.

b) Debido al acontecimiento de un asunto grave que afecte a la propiedad del Asegurado y haga indispensable su presencia en:
- Residencia principal.
- Local profesional o de negocios.

c) Debido al despido laboral del Asegurado. En ningún caso entrará en vigor esta garantía por término del contrato laboral, renuncia voluntaria o por la no superación del período de prueba. En todo caso, el seguro deberá haberse suscrito antes de la comunicación escrita por parte de la Empresa al trabajador.

d) Debido a la incorporación del Asegurado a un nuevo puesto de trabajo, en una empresa distinta con contrato laboral superior a un año, siempre que la incorporación se produzca con posterioridad a la inscripción del viaje y, por tanto, a la suscripción del seguro.

e) Debido a la convocatoria del Asegurado como parte o testigo de un tribunal judicial o laboral.

f) Anulación de la persona que ha de acompañar al Asegurado en el viaje, inscrita al mismo tiempo que el Asegurado, y asegurada por este mismo contrato, siempre que la anulación tenga su origen en una de las causas enumeradas anteriormente y, debido a ello, tenga el Asegurado que viajar solo.

II.5. Exclusiones:

Las garantías concertadas no comprenden:

a) Los hechos voluntariamente causados por el Asegurado o aquellos en que concurra dolo o culpa grave por parte del mismo.
b) Las dolencias, enfermedades crónicas, congénitas y/o preexistentes, así como sus consecuencias, padecidas por el Asegurado con anterioridad al inicio del viaje.
d) Las enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión de alcohol, psicotrópicos, alucinógenos o cualquier droga o sustancia de similares características.
e) Los tratamientos estéticos y el suministro o reposición de audífonos, lentillas, gafas, ortesis y prótesis en general, así como los gastos producidos por partos o embarazos y cualquier tipo de enfermedad mental.
f) Las lesiones o enfermedades derivadas de la participación del Asegurado en apuestas, competiciones o pruebas deportivas, la práctica del esquí y de cualquier otro tipo de deportes de invierno o de los denominados de aventuras (incluyendo el senderismo, trekking y actividades similares), y el rescate de personas en mar, montaña o zonas desérticas.
g) Los supuestos que dimanen, en forma directa o indirecta, de hechos producidos por energía nuclear, radiaciones radiactivas, catástrofes naturales, acciones bélicas, disturbios o actos terroristas.
h) Cualquier tipo de gasto médico o farmacéutico de importe inferior a 9 euros.
i) El fallecimiento causado por morbilidad epidérmica.

II.6. Disposiciones adicionales

II.6.1. Las garantías descritas con anterioridad solo tendrán eficacia para las personas que tengan su residencia habitual en España y el tiempo de permanencia fuera del país no exceda de 90 días por viaje o desplazamiento.

II.6.2. Cuando telefónicamente se solicite la asistencia de las garantías definidas, deberá indicarse el nombre del Asegurado, nº de póliza, lugar donde se encuentra, nº de teléfono y tipo de asistencia que precisa.

II.6.3. La falta de notificación o el incumplimiento de los trámites previstos para los casos de fallecimiento o accidente se entenderán como una renuncia expresa al beneficio de las garantías, impidiendo exigir a la Aseguradora cualquier prestación sustitutiva.

II.6.4. En ningún caso el Asegurado puede pretender el reembolso de los gastos efectuados directamente por él mismo, sin previa autorización del Asegurador salvo en los casos médicos de urgencia vital y traslado al centro médico más próximo, **siempre que el Asegurador fuere avisado en las 48 horas siguientes.**

II.6.5. La Aseguradora no responde de los retrasos e incumplimientos debidos a causas de fuerza mayor o a las especiales circunstancias administrativas o políticas de un país. En todo caso, si no fuera posible una intervención directa, el Asegurado será reembolsado a su regreso a España, o en caso de necesidad, aunque se encuentre en un país donde no concurre la anterior circunstancia, de los gastos en que hubiera incurrido y que se hallen garantizados siempre contra los justificantes correspondientes.

II.6.6. Las prestaciones de carácter médico y transporte sanitario deben efectuarse previo acuerdo del médico del centro hospitalario que atiende al Asegurado con el equipo médico del Asegurador.

II.6.7. Si el Asegurado tuviera derecho a reembolso de la parte del billete no consumida al hacer uso de la garantía de repatriación, dicho reembolso revertirá al Asegurador.

II.6.8. Las indemnizaciones fijadas en las garantías **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.

II.6.9. El Asegurador queda subrogado en los derechos y acciones que puedan corresponder al Asegurado por hechos que hayan motivados la intervención de aquel y hasta el total del importe de los servicios prestados o abonados.

II.6.10. Las Condiciones Generales de la póliza de Decesos son de aplicación en tanto no se opongan a los que las presentes disponen.

SECCIÓN III. VIDA A CARGO DE SURNE

Por ser cliente de Active, si lo desea puede contratar de forma absolutamente voluntaria un seguro de vida con la entidad SURNE conforme a las condiciones que se indican a continuación.

III.1. Información Preliminar

III.1.1. Información preliminar facilitada el tomador del seguro antes de la contratación
Conforme al artículo 96 de LOSSEAR y 122, 123 y 125 del ROSSEAR, el Tomador del Seguro reconoce haber recibido de la entidad aseguradora, con anterioridad a la contratación del seguro, la información a que se refiere esta sección:

III.1.2. Legislación Aplicable Estado miembro, Autoridad de Control (Art. 96 LOSSEAR)
Las Condiciones Generales y Particulares del presente contrato de seguro, se rigen por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro, por la Ley 20/2015, de 14 de julio de ordenación, supervisión y solvencia de entidades aseguradoras y reaseguradoras y por el Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre que la desarrolla en lo que se refiere al seguro de decesos como ramo de prestación de servicios, **no siendo válidas las cláusulas limitativas de los derechos del Asegurado que no hayan sido expresamente aceptadas por escrito por el Tomador del seguro y que se destacan de modo especial con letra negrita.**

El Estado miembro de localización del riesgo es España y la autoridad a la que corresponde el control de la entidad aseguradora es la DIRECCIÓN GENERAL DE SEGUROS Y FONDOS DE PENSIONES (DGSFP).

III.1.3. Instancias internas y externas de reclamación y resolución de conflictos
En cumplimiento con lo dispuesto en los artículos 96 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y 123 de su normativa de desarrollo (Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras), el Asegurador informa sobre las siguientes cuestiones:

Instancias internas de reclamación:

En caso de que Ud. quisiera presentar una queja o reclamación relacionada con sus intereses y derechos legalmente reconocidos, podrá dirigirla, por escrito, a:
Departamento de Atención al Cliente:
Cardenal Gardoqui, 1-bajo
48008 Bilbao
T.: 94 479 22 05 Fax.: 94 416 19 55
Email: reclamaciones@surne.es

Defensor del Cliente:
Marqués de la Ensenada, 2 28004 Madrid
T.: 91 310 40 43 Fax.: 91 308 49 91
Email: reclamaciones@da-defensor.org

En todos los casos, rogamos indique su número de póliza y/o número de siniestro.

Una vez recibamos su queja, le enviaremos por escrito un acuse de recibo, en el que se establecerán los plazos reglamentarios para la resolución de su reclamación.

La normativa aplicable a este procedimiento es la Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo, sobre los departamentos y servicios de atención al cliente y el defensor del cliente de las entidades financieras. El Reglamento de Funcionamiento del Servicio de Atención al Cliente se encuentra a disposición de los clientes en el domicilio de ACTIVE.

Instancias externas de reclamación:
En caso de disputa, el Asegurado podrá reclamar ante el Juzgado de Primera Instancia correspondiente a su domicilio de conformidad con el artículo 24 de la Ley de Contrato de Seguro.

Asimismo, las partes podrán someter voluntariamente sus divergencias a decisión arbitral en los términos de los artículos 57 y 58 del texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias, aprobados por el Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre. En cualquier caso, y salvo aquellos supuestos en que la legislación de protección de los consumidores y usuarios lo impida, también podrán someter a arbitraje las cuestiones litigiosas, en los términos de la Ley 60/2003, de 23 de diciembre, de Arbitraje.

Podrá someter sus divergencias a un mediador den los términos previstos en la Ley 5/2012, de 6 de julio, de mediación en asuntos civiles y mercantiles.

Igualmente y sin perjuicio de las acciones a ejercitar ante los Tribunales, los Tomadores del Seguro, Asegurados y Beneficiarios, en caso de no obtener respuesta del Servicio de Atención al Cliente del Asegurador en el plazo de dos meses desde la presentación de la queja o reclamación, o en caso de disconformidad con el pronunciamiento recaído, o si considera que el asegurador ha vulnerado sus derechos en virtud del contrato de seguro podrán reclamar, en virtud del Artículo 119 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, y de conformidad con la Orden ECC/2502/2012, de 16 de noviembre y demás normativa aplicable, ante la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. Los datos de contacto son los siguientes:

Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (Servicio de Reclamaciones)
Paseo de la Castellana 44, 28046 Madrid - España
Tel: 952 24 99 82
https://www.sededgsfp.gob.es/SedeElectronica/Reclamaciones/Reclamacion.asp
https://www.sededgsfp.gob.es/es/Paginas/Procedimiento.aspx?p=18

Para presentar tal reclamación, Usted debe haber presentado previamente una queja al Servicio de Atención al Cliente de la Aseguradora y no haber obtenido respuesta dentro de los dos meses siguientes a la presentación de la queja, o bien, puede presentar dicha reclamación si la decisión fue contraria a sus peticiones y usted sigue insatisfecho.

Si Usted ha comprado su seguro Online, también puede presentar una reclamación a través de la plataforma de resolución de litigios en línea (ODR) de la UE. El sitio web de la plataforma ODR es www.ec.europa.eu/odr.

III.2. Definiciones de los elementos del contrato

Para los efectos de este contrato se entiende por:

III.2.1. Mutua
SVRNE, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija, la persona jurídica que asume el riesgo contractualmente pactado en esta póliza, a cambio de la prima.

III.2.2. Tomador-Mutualista
La persona física o jurídica que, juntamente con la Mutua, suscribe este contrato. Le corresponden las obligaciones que del contrato se deriven, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado/s y/o Beneficiario/s.

III.2.3. Asegurado
La persona física sobre cuya vida se contrata el seguro y que en defecto del Tomador-Mutualista asume las obligaciones derivadas del contrato.

III.2.4. Beneficiario
En caso de fallecimiento del Asegurado, el Beneficiario será la persona física o jurídica designada en las Condiciones Particulares de la póliza y en su defecto el establecido en estas Condiciones Generales, como titular del derecho a la indemnización. En caso de invalidez del Asegurado el Beneficiario será el propio Asegurado.

III.2.5. Póliza
El documento que materializa el contrato de seguro y que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integrante de la póliza:
• La Solicitud de Adhesión y la Declaración de Salud.
• Las Condiciones Generales del Contrato que regulan las coberturas suscritas y el funcionamiento del contrato
• Las Condiciones Particulares que individualizan el riesgo y recogen las cláusulas que por voluntad de las partes completen o modifiquen las Condiciones Generales
• Las Condiciones Especiales, si procediesen, y los Apéndices o Suplementos que se emitan a la póliza para completarla o modificarla.

III.2.6. Siniestro
Es todo hecho indemnizable por la póliza.

III.2.7. Capital Garantizado
Es el importe, fijado en las Condiciones Particulares de la póliza, que deberá satisfacer la Mutua al beneficiario/s en caso de siniestro, bien como capital único o en pagos periódicos, en su caso, para cada una de las coberturas garantizadas.

III.2.8. Edad actuarial
La edad del Asegurado en su cumpleaños más cercano, por exceso o por defecto, a la fecha de efecto de la póliza.

III.2.9. Prima
Es el precio del seguro. El recibo contendrá, además, los recargos e impuestos que sean de legal aplicación, en cada momento.

III.3. Objeto del Seguro
La Mutua garantiza el pago de la indemnización prevista en las Condiciones Particulares de esta póliza:

Garantía asegurada:
- Fallecimiento por cualquier causa (Fallecimiento por accidente o enfermedad)

III.4. Hechos excluidos del Seguro
No tendrán consideración de hechos susceptibles de prestación y, por tanto, en ningún caso quedan cubiertos:

- El suicidio consciente o inconsciente, y las autolesiones, en ambos casos ocurridos durante el primer año de vigencia de la póliza.
- En el supuesto de que el Beneficiario o los Beneficiarios de la póliza causen dolosamente un siniestro, se invalidará la parte correspondiente al Beneficiario o Beneficiarios culpables, sin que se produzca la pérdida de los derechos que le corresponda al resto de los mismos.
- Cuando el fallecimiento tenga lugar en países en estado de guerra, cualquiera que sea el carácter de ésta, en el que el asegurado tenga fijada su residencia.
- Los riesgos calificados como extraordinarios, según legislación vigente en cada momento por el Consorcio de Compensación de Seguros, entre ellos:

a) Los de carácter político o social, así como los que sean consecuencia de motines y alborotos o tumultos populares, revueltas o conmociones y revoluciones.
b) Los ocurridos con ocasión de guerra civil o internacional declarada o no, invasión, asonada, sedición, rebelión, así como medidas de carácter militar.
c) Los que sean a consecuencia de erupciones volcánicas, huracanes, terremotos, temblores o desprendimientos de tierra y otros fenómenos sísmicos, meteorológicos, atmosféricos o geológicos

III.5. Declaraciones sobre el riesgo
La presente póliza ha sido concertada sobre la base de las declaraciones del Tomador-Mutualista y/o del Asegurado, en la Solicitud de Adhesión y la Declaración de Salud, que han determinado la aceptación del riesgo por la Mutua y el cálculo de la prima correspondiente. Los mencionados documentos incluyen los datos personales, la profesión, datos relativos al estado de salud y, si procede, las pruebas e informes médicos que se deriven de la información aportada por el solicitante que a juicio de la Mutua sean necesarios para la determinación del riesgo. Estos documentos forman parte integrante de la póliza y constituyen un todo unitario, fundamento del seguro, que sólo abarca, dentro de los límites pactados, a los capitales, a las personas y riesgos especificados en la misma.

El Tomador-Mutualista y/o Asegurado tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar a la Mutua, de acuerdo con el cuestionario a que ésta le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si la Mutua no le somete cuestionario o cuando, aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él. La Mutua podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador-Mutualista y/o Asegurado en el plazo de un mes a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del Tomador-Mutualista y/o Asegurado, correspondiendo a la Mutua, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento que haga esta declaración. Si el siniestro sobreviene antes que la Mutua haga la declaración anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del Tomador-Mutualista la Mutua quedará liberada del pago de la prestación.

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el Tomador-Mutualista y/o Asegurado podrá reclamar a la Mutua en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza para que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar reclamación se estará a lo dispuesto en la póliza.

III.6. Obligación de información durante su vigencia. Agravación/disminución del riesgo.

III.6.1. El Tomador-Mutualista y/o el Asegurado tiene la obligación de comunicar, durante el curso del contrato, a la Mutua, tan pronto como le sea posible, todas aquellas circunstancias que agraven el riesgo, y que por su naturaleza, de haber sido conocidas en el momento de perfección del contrato, no hubieran dado lugar a su celebración o éste hubiera sido concluido en condiciones más gravosas. El Tomador o el asegurado no tienen la obligación de comunicar la variación de las circunstancias relativas al estado de salud del asegurado, que en ningún caso se considerarán agravación del riesgo:

En tal caso, la Mutua puede proponer una modificación de las condiciones del mismo en un plazo de dos meses a contar desde el día en que la agravación del riesgo haya sido declarada y el Tomador-Mutualista y/o Asegurado dispondrá de 15 días a contar desde la recepción de esta proposición para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo o de silencio, la Mutua puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al Tomador, dándole un nuevo plazo de 15 días para que conteste, transcurridos los cuales y dentro de los 8 siguientes comunicará al tomador la rescisión definitiva
La Mutua podrá, igualmente, rescindir el contrato comunicándolo por escrito al Tomador-Mutualista y/o Asegurado, dentro de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo.

En caso de que el Mutualista o asegurado no hayan efectuado su declaración y sobreviniere un siniestro, la Mutua quedará liberada

de su obligación si aquél ha actuado con mala fe. En otro caso, la prestación de la Mutua se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.
El Tomador-Mutualista y/o Asegurado podrá, durante el curso del contrato, poner en conocimiento de la Mutua todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que, si hubieran sido conocidas por ésta en el momento de la perfección del contrato, lo habría concluido en condiciones más favorables para el Tomador-Mutualista y/o Asegurado.

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

Si la Mutua no accediera a dicha reducción de prima, el Tomador-Mutualista y/o Asegurado podrá exigir la resolución del contrato, así como la devolución de la diferencia existente entre la prima satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar, calculada esta diferencia desde el momento de la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.

III.7. Personas excluidas del Seguro

III.7.1. No serán asegurables las personas menores de 14 años o las personas legalmente incapacitadas, a tenor de lo dispuesto en el artículo 83 de la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro.

III.7.2. No son asegurables las personas que en el momento de contratación del seguro tengan 65 años.

III.7.3. Al cumplir el asegurado la edad de 65 años se extinguirán automáticamente las garantías de esta póliza, aplicando la prima sobre la garantía principal.

III.8. Ámbito Territorial
Las garantías de la póliza surten efecto en todo el mundo.

III.9. Perfección, efectos y duración del contrato.

III.9.1. El contrato se perfecciona por el consentimiento, manifestado mediante la suscripción de la póliza por las partes contratantes. El contrato de seguro y sus modificaciones deberán ser formalizadas por escrito. La cobertura contratada y sus modificaciones o adiciones no tomarán efecto, mientras no haya sido satisfecho el recibo de prima, salvo pacto en contrario en las Condiciones Particulares.
Las garantías de la póliza entran en vigor en la fecha indicada en las Condiciones Particulares.

III.9.2. El presente contrato se realiza por el período de tiempo que se fije en las Condiciones Particulares de la póliza, y a su vencimiento se prorrogará tácitamente por períodos no superiores a un año, y así sucesivamente. No obstante, cualquiera de las partes contratantes podrá oponerse a la prórroga, mediante notificación por escrito a la otra parte, efectuada con un plazo de, al menos un mes de anticipación a la conclusión del periodo del seguro en curso cuando quien se oponga a la prorroga sea el Tomador y de dos meses cuando sea el asegurador, indicando su deseo de no mantener vigente el seguro.

La prórroga tácita no es aplicable a las pólizas contratadas con una duración inferior a un año. En estos casos, el Tomador-Mutualista podrá solicitar la prórroga del mismo con antelación a su término y, en caso de que sea aceptada por la Mutua se instrumentará mediante el suplemento un suplemento de condiciones particulares y tomará efecto en el momento en que se haya satisfecho la nueva prima.

III.10. Pago de las primas

III.10.1. Período de tiempo para el pago de los recibos de prima:
El Tomador-Mutualista está obligado al pago de las primas de acuerdo con las Condiciones Generales y Particulares de esta póliza. Las partes podrán acordar el pago de la prima en forma fraccionada. En este caso, la primera de ellas será exigible en el momento de la perfección del contrato. Los sucesivos recibos de primas se deberán hacer efectivos en sus correspondientes vencimientos.

III.10.2. Domiciliación bancaria de los recibos de prima:
Las primas se satisfarán mediante la domiciliación bancaria de los recibos de prima. Se aplicarán las siguientes normas:

a) El Tomador-Mutualista entregará a la Mutua carta dirigida a la Entidad Financiera, Banco o Caja de Ahorros dando la orden oportuna al efecto.
b) La prima se entenderá satisfecha a su vencimiento, salvo que, intentando el cobro dentro del mes siguiente a su vencimiento, no existiesen fondos suficientes. En este caso, la Mutua notificará al Tomador-Mutualista que tiene el recibo a su disposición en el domicilio de la Mutua, y vendrá obligado a satisfacer la prima en dicho domicilio.

III.10.3. Efectos de impago de la primera prima:
Conforme a los artículos 14 y 15 de la Ley de Contrato de Seguro, la primera prima o fracción será exigible, una vez firmado el contrato. Si por culpa del Tomador-Mutualista la primera prima o la prima única, en su caso, no ha sido pagada a su vencimiento, la

Mutua tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva con base en la póliza. En todo caso, y salvo pacto en contrario en las Condiciones Particulares, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, la Mutua quedará liberada de su obligación.

III.10.4. Consecuencias del impago de las primas sucesivas:
En caso de falta de una de las primas siguientes a la primera, la cobertura de la Mutua quedará suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si se produjera un siniestro durante el transcurso de ese mes, la Mutua podrá deducir del importe a indemnizar el de la prima adeudada para el período en curso. Si la Mutua no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima o fracción, se entenderá que el contrato queda extinguido, sin necesidad de notificación ni requerimiento por su parte. En cualquier caso, la Mutua, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del período en curso.

Al impago de las fracciones de prima distinta de la primera fracción de prima, se aplicará el mismo régimen que al impago de primas sucesivas

Si el contrato no hubiese sido resuelto o extinguido, conforme a los párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el Tomador-Mutualista pagó la prima.

III.11. Pago de las indemnizaciones
La indemnización será satisfecha por la Mutua al término de las investigaciones necesarias para establecer la existencia del siniestro y consecuencias de éste.

Se entenderá como fecha de ocurrencia de siniestro la siguiente:
Garantías de fallecimiento: fecha de fallecimiento.

El Tomador-Mutualista y/o Asegurado o el Beneficiario deberá comunicar a la Mutua el acaecimiento del siniestro dentro del plazo de 15 días, contados a partir de la fecha en que ocurrió el siniestro, salvo pacto en contrario pudiendo la Mutua reclamar los daños y perjuicios causados por no haber efectuado esta declaración salvo que se demuestre que ésta tuvo conocimiento del siniestro por otro medio. Así mismo, el Tomador-Mutualista y/o Asegurado, deberán minorar las consecuencias del siniestro, empleando los medios a su alcance para conseguir el pronto restablecimiento del Asegurado. El incumplimiento de esta obligación con la manifiesta intención de perjudicar o engañar a la Mutua, liberará a ésta de toda obligación derivada del siniestro.
Cuando el siniestro haya sido causado por mala fe del Tomador-Mutualista y/o Asegurado, la Mutua quedará igualmente liberada de toda obligación derivada del mismo.

Para obtener el pago, el Beneficiario deberá remitir a la Mutua los documentos justificativos que, según corresponda, se indican a continuación:

Muerte:
- D.N.I. del Beneficiario/s.
- Certificado médico de defunción del Asegurado y Certificado literal de defunción expedido por el Registro Civil.
- Certificado del Registro General de Actos de última voluntad, y en su caso, copia del último testamento, del Acta de Notoriedad o de la Declaración Judicial de Herederos.
- Cuando el Tomador-Mutualista y el Beneficiario sean personas distintas, Carta de pago del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones o la declaración de exención.
- A petición de la Mutua, el Beneficiario deberá exhibir el original de todos los documentos referidos en los párrafos anteriores.
- Cualquier otro documento que la Mutua estime preciso para valorar la procedencia del pago de la prestación.

Beneficiarios
En caso de fallecimiento y de no existir designación expresa de los Beneficiarios, lo serán a efectos del presente contrato por riguroso orden de preferencia, los siguientes:

1° Cónyuge no separado legalmente en virtud de sentencia firme en la fecha del fallecimiento del asegurado o pareja de hecho legalmente constituida.
La existencia de pareja de hecho se acreditará mediante certificación de la inscripción en alguno de los registros específicos existentes en las comunidades autónomas o ayuntamientos del lugar de residencia o mediante documento público en el que conste la constitución de dicha pareja.
2° Hijos por partes iguales.
3° Padres, por partes iguales, o el superviviente de ambos.
4.° A falta de éstos, a quien en derecho corresponda.

III.12. Rescisión del contrato
El Tomador-Mutualista del seguro tendrá la facultad de resolver el contrato dentro del plazo de los treinta días siguientes a la fecha en la que el asegurador le entregue la póliza. La facultad unilateral de resolución deberá ejercitarse por escrito y producirá sus efectos desde el día de su expedición cesando la cobertura del riesgo y teniendo derecho el Tomador/Mutualista a la devolución de la prima pagada, salvo la parte correspondiente al tiempo en el que el contrato hubiera tenido vigencia.

III.13. Extinción, nulidad y prescripción del contrato
Las garantías de la póliza se extinguirán en la fecha indicada en las Condiciones Particulares.
La póliza queda automáticamente extinguida en caso de que tenga lugar un siniestro cubierto por alguna de las garantías suscritas y la Mutua tiene derecho de hacer suya la prima no consumida.

El contrato será nulo si en el momento de su conclusión no existiera el riesgo o hubiera ocurrido el siniestro.

Las acciones derivadas del contrato prescribirán a los cinco años de la fecha en que pudieron ejercitarse

III.14. Trámite pericial
De acuerdo con el trámite pericial previsto en los artículos 38 y 39 de la Ley de Contrato de Seguro, en caso de discrepancias sobre las causas del siniestro o su rehúse, y la valoración de la indemnización el Mutualista puede proceder al nombramiento de un perito Médico, comunicándoselo por escrito a la Mutua. En esta comunicación ha de constar la aceptación de dicho perito, y se ha de requerir expresamente a la entidad para que, en el plazo de ocho días, desde que reciba tal comunicación, nombre el suyo. Si la Mutua no realizase el nombramiento, se entenderá que acepta el dictamen que emita el perito Médico del asegurado y quedará vinculado por el mismo.

En el caso de que los peritos lleguen a un acuerdo, se reflejará en un acta conjunta en la que se harán constar las causas del siniestro, la valoración de los daños, y las demás circunstancias que influyan en la determinación de la indemnización. Cuando no haya acuerdo entre los peritos, se designará un tercer perito de común acuerdo, o se instará tal designación al juez de primera instancia. Conforme al artículo 39 de la Ley de Contrato de Seguro, cada parte satisfará los honorarios de su perito y los del tercero, en el caso de que se llegue a su nombramiento, se pagarán por mitad.

III.15. Comunicaciones
Las comunicaciones a la Mutua se realizarán en el domicilio social de aquélla, señalado en la póliza. Asimismo, las comunicaciones de la Mutua se realizarán en el domicilio de los interesados, recogidos en la póliza, salvo que los mismos hayan notificado a la Mutua el cambio de domicilio.

Este contrato de seguro comprende de forma indisoluble las Condiciones Generales que anteceden y las Condiciones Particulares y los Apéndices que recojan las modificaciones de todo ello acordadas por las partes. El TomadorMutualista/Asegurado declara haber leído y entendido todas las limitaciones y exclusiones contenidas en la presente póliza aceptándolas expresamente.

III.16. Tratamiento de datos de carácter personal
En cumplimiento de lo previsto en el Reglamento general de protección de datos de la Unión Europea (“RGPD”), a continuación le facilitamos una serie de información en relación al tratamiento de los datos personales del solicitante, tomador, asegurado y/o beneficiario facilitados a Svrne, Mutua de Seguros y reaseguros a prima fija durante la relación pre-contractual y/o contractual, incluidos datos de salud.

Información básica sobre protección de datos	
Responsable	Svrne, Mutua de Seguros y reaseguros a prima fija (“SVRNE”)
Finalidad	• Gestión de la relación pre-contractual y/o del contrato de seguro. • Realización de acciones comerciales y remisión de comunicaciones comerciales, incluso por medios electrónicos, sobre otros productos comercializados por SVRNE, así como por cualquiera de las entidades del Grupo SVRNE. • Conservar los datos de carácter personal para el caso de que no se formalice la relación contractual, con la finalidad de gestionar futuras solicitudes que pueda realizar.
Legitimación (base jurídica)	• Ejecución del pre-contrato y/o contrato de seguro. • Interés legítimo, para que la entidad pueda ofrecerle un servicio más completo e incrementar su grado de satisfacción. • Interés legítimo para gestionar y satisfacer a futuros sus eventuales consultas o peticiones.
Destinatarios	• Entidades reaseguradoras por razones de reaseguro. Corredores de seguros. • Profesionales médicos. • Organismos públicos. Asimismo, podrán tener acceso a sus datos como encargados del tratamiento, agentes propios (sociedades del Grupo) o terceros agentes, proveedores de servicios comerciales, servicios profesionales (i.e., gabinetes periciales, abogados externos), y de servicios informáticos, así como cualquier otro encargado cuyos servicios sean precisos para cualquier gestión adicional del contrato que sea necesaria, incluida la gestión de la eventual prestación que corresponda.
Transferencias internacionales	Sus datos de carácter personal no serán objeto de ninguna transferencia internacional de datos.

Categorías de datos y procedencia	• Los datos de carácter personal objeto de tratamiento (incluidos datos de salud), serán aquellos facilitados en el marco del pre-contrato y/o contrato de seguro. • Los datos objeto de tratamiento podrán ser relativos al tomador y/o asegurado, así como a cualquier tercero persona física relacionado con el contrato de seguro (i.e., terceros asegurados, beneficiarios o terceros perjudicados).
Derechos	Podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento, y de portabilidad conforme a lo indicado en la información adicional.
Información adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre el tratamiento de sus datos en http://www.surne.es/es/privacidad.htm

III.17. Cláusula del Consorcio

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.

Resumen de las normas legales:

III.17.1. 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.

III.17.2. 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.

g) 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.
h) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de «catástrofe o calamidad nacional».

III.17.3. Extensión de la cobertura

III.17.3.1. 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.
III.17.3.2. 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.

III.17.4. Comunicación de daños al Consorcio de Compensación de Seguros

III.17.4.1. 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.

III.17.4.2. 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).
- A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (www.consorseguros.es).

III.17.4.3. 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.

III.17.4.4. Abono de la indemnización: El Consorcio de Compensación de Seguros realizará el pago de la indemnización al beneficiario del seguro mediante transferencia bancaria.

SECCIÓN IV. ACCIDENTES A CARGO DE SURNE

CONDICIONES GENERALES

IV.1. Información Preliminar
Es de aplicación la información preliminar contenida en la Sección III de este documento.

IV.2. Definiciones
Además de las definiciones contenidas en la Sección III, resultan de aplicación a esta Sección IV las siguientes:

IV.2.1. Incapacidad permanente absoluta por accidente
La situación física irreversible determinante de la total ineptitud del Asegurado para el mantenimiento permanente de cualquier profesión u oficio remunerados, declarada o reconocida por el Organismo público competente.

IV.2.2. Accidente
La lesión corporal sobrevenida que se deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado. En todo caso, se considerarán accidentes todos aquellos hechos catalogados como tales por los Organismos Oficiales o Jurisdiccionales competentes en sus correspondientes Resoluciones o Sentencias firmes, incluso en el orden Social y Laboral.
En consecuencia, la calificación de un hecho como accidente y la graduación de la incapacidad permanente vendrán determinadas por la regulación de la Seguridad Social y/o por los Organismos Oficiales o Jurisdiccionales competentes en sus correspondientes Resoluciones o Sentencias firmes, salvo para el caso de incapacidad temporal.

IV.3. Objeto del Seguro
La Mutua garantiza el pago de la indemnización prevista en las Condiciones Particulares de esta póliza, en caso de que ocurra alguno de los supuestos que se describen a continuación dentro del año siguiente a la ocurrencia del accidente. **En caso de que se produzca con posterioridad se deberá acreditar fehacientemente que fue consecuencia del mismo.**

Garantía Principal:
- **Fallecimiento por Accidente**

Garantías Complementarias

- **Incapacidad Permanente Absoluta derivada de accidente**
- **Invalidez Parcial por accidente.** La indemnización a pagar en este caso será la que resulte de aplicar sobre el capital pactado en el contrato los porcentajes señalados en el ANEXO I.

En el caso de que con posterioridad al pago de la indemnización por Invalidez Permanente Parcial sobreviniera la Muerte o Invalidez se descontará la parte de la Invalidez Parcial indemnizada.

El pago por incapacidad permanente Absoluta supone la extinción de toda obligación posterior respecto a ese asegurado.

IV.4. Hechos excluidos del Seguro

IV.4.1. Para las garantías de fallecimiento e incapacidad permanente absoluta, las exclusiones de la póliza son las siguientes:

- Las lesiones traumáticas no accidentales, tales como: tirones, roturas o desgarros y distensiones musculares, contracturas, tendinitis, sobreesfuerzos, torceduras y esguinces, en general, todas aquellas lesiones que no cumplan la definición de accidente (traumatismo por causa violenta, externa, súbita y ajena a la voluntad del asegurado.
- Los hechos que no tengan la consideración de accidentes según lo estipulado en la definición de accidente, así como los que violen cualquier disposición legal.
- Los accidentes debidos al uso voluntario de drogas o estupefacientes o a embriaguez, en los términos anteriormente descritos, u ocurridos en estado de enajenación mental o sonambulismo.
- Las Autolesiones, y el suicidio o su tentativa.
- Los hechos resultantes de la reacción o radiación nuclear, de intervenciones en corrientes eléctricas de alta tensión, así como la contaminación radiactiva.
- Aquellos acontecimientos que tengan la consideración legal de extraordinarios.
- Los riesgos calificados como extraordinarios, según legislación vigente en cada momento por el Consorcio de Compensación de Seguros.
- Las consecuencias de guerras u operaciones de carácter similar
- Los siniestros producidos como consecuencia de la práctica como profesional de cualquier deporte. A estos efectos se entiende como práctica profesional de un deporte la práctica individual o colectiva bajo la organización y supervisión de una Federación deportiva, Organismo o Club que constituye, para la persona que realiza ese deporte, su medio de vida.
- Ejercicio de deportes arriesgados. Se consideran arriesgados:

Artes marciales, boxeo, karate y lucha corporal,
Deportes aéreos en general (paracaidismo, ascensiones en globo, ala delta, ultraligeros, planeadores, y similares).
Submarinismo con empleo de aparatos de respiración
Automovilismo y motociclismo.
Alpinismo, escalada, incluyendo travesía de glaciares y espeleología, rafting y puenting.
Derivados del ejercicio del toreo y de los encierros de reses bravas.
Equitación y polo
Ejercicio de la caza mayor.

- Las enfermedades de cualquier naturaleza, incluso el infarto de miocardio y eventos cerebrovasculares, así como las lesiones corporales que puedan producirse a consecuencia de los mismo y consecutivas a operaciones realizadas por el Asegurado sobre sí mismo.
- Las insolaciones, congelaciones u otros efectos de la temperatura atmosférica, salvo que sean consecuencia de un accidente.
- Las aneurismas, varices, toda clase de hernias y sus consecuencias, así como las distensiones musculares, cervicales y el lumbago, sea cual fuere la causa.
- Las intoxicaciones o envenenamientos por ingestión de productos alimenticios en general.
- Las enfermedades infecciosas (salvo que la penetración del virus en el cuerpo venga dada por una lesión producida por accidente cubierto en la póliza)**, entre otras la del sueño, malaria, paludismo, fiebre amarilla, y los síncopes, desvanecimientos, ataques de apoplejía o epilepsia, así como las lesiones que puedan producirse a consecuencia de los mismos.**
- Las lesiones causadas por los rayos X, el radium y sus compuestos, salvo que sean consecuencia de un tratamiento aplicado al Asegurado a consecuencia de un accidente garantizado en este contrato.
- Accidentes causados por la participación del Asegurado en duelos, desafíos, apuestas o riñas, salvo que, en este último caso, el Asegurado actúe en legítima defensa **(y así sea declarado por resolución judicial firme). Se excluyen también las lesiones ocasionadas por actos delictivos del Asegurado o que sean consecuencia de imprudencia temeraria o negligencia grave.**
- Las neuropatías y algias que no den síntomas objetivables

Podrán incluirse bajo la cobertura del presente contrato de seguro, algunos de los riesgos excluidos anteriormente, si queda expresamente estipulado en las Condiciones Particulares y se abona la sobreprima correspondiente.

IV.5. Declaraciones sobre el riesgo

La presente póliza ha sido concertada sobre la base de las declaraciones del Tomador-Mutualista y/o del Asegurado, en la Solicitud de Seguro y la Declaración de Salud, que han determinado la aceptación del riesgo por la Mutua y el cálculo de la prima correspondiente.

Los mencionados documentos incluyen los datos personales, la profesión, datos relativos al estado de salud y, si procede, las pruebas e informes médicos que se deriven de la información aportada por el solicitante que a juicio de la Mutua sean necesarios para la determinación del riesgo. Estos documentos forman parte integrante de la póliza y constituyen un todo unitario, fundamento del seguro, que sólo abarca, dentro de los límites pactados, a los capitales, a las personas y riesgos especificados en la misma.

El Tomador-Mutualista y/o Asegurado tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar a la Mutua, de acuerdo con el cuestionario a que ésta le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si la Mutua no le somete cuestionario o cuando, aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él. La Mutua podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador-Mutualista y/o Asegurado en el plazo de un mes a contar desde el conocimiento de la reserva o inexactitud del Tomador-Mutualista y/o Asegurado, correspondiendo a la Mutua, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento que haga esta declaración. Si el siniestro sobreviene antes que la Mutua haga la declaración anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del Tomador-Mutualista la Mutua quedará liberada del pago de la prestación.

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el Tomador-Mutualista y/o Asegurado podrá reclamar a la Mutua en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza para que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar reclamación se estará a lo dispuesto en la póliza.

IV.6. Obligación de información durante su vigencia. Agravación/disminución del riesgo.

IV.6.1. Agravación del riesgo durante el contrato: El Tomador-Mutualista y/o el Asegurado tiene la obligación de comunicar, durante el curso del contrato, a la Mutua, tan pronto como le sea posible, todas aquellas circunstancias que agraven el riesgo y que, por su naturaleza, de haber sido conocidas en el momento de perfección del contrato, no hubieran dado lugar a su celebración o éste hubiera sido concluido en condiciones más gravosas. El Tomador o el asegurado no tienen la obligación de comunicar la variación de las circunstancias relativas al estado de salud del asegurado, que en ningún caso se considerarán agravación del riesgo:

Tienen, a título de ejemplo, la consideración de circunstancias agravatorias del riesgo:

a) El cambio de ocupación o de actividad profesional del Asegurado, aun con carácter temporal, que implique una mayor probabilidad de que ocurra el siniestro.

b) La invalidez o incapacidad de tipo permanente y las enfermedades de tipo crónico sobrevenidas por hechos no amparados por esta póliza.

En caso de que el Tomador-Mutualista del Seguro y/o el Asegurado comunique a la Mutua la concurrencia de una circunstancia que agrave el riesgo, ésta podrá proponer una modificación de las condiciones del mismo en un plazo de dos meses a contar desde el día en que la agravación del riesgo haya sido declarada y el Tomador-Mutualista y/o Asegurado dispondrá de 15 días a contar desde la recepción de esta proposición para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo o de silencio, la Mutua puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al Tomador, dándole un nuevo plazo de 15 días para que conteste, transcurridos los cuales y dentro de los 8 siguientes comunicará al tomador la rescisión definitiva.
La Mutua podrá, igualmente, rescindir el contrato comunicándolo por escrito al Tomador-Mutualista y/o Asegurado, dentro de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo.

En caso de que el Mutualista o asegurado no hayan efectuado su declaración y sobreviniere un siniestro, el Mutualista queda liberado de su obligación si aquél ha actuado con mala fe. En otro caso, la prestación de la Mutua se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

IV.6.2. Disminución del riesgo durante el contrato
El Tomador-Mutualista y/o Asegurado podrá, durante el curso del contrato, poner en conocimiento de la Mutua todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que, si hubieran sido conocidas por ésta en el momento de la perfección del contrato, lo habría concluido en condiciones más favorables para el Tomador-Mutualista y/o Asegurado.

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

Si la Mutua no accediera a dicha reducción de prima, el Tomador-Mutualista y/o Asegurado podrá exigir la resolución del contrato, así como la devolución de la diferencia existente entre la prima satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar, calculada esta diferencia desde el momento de la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.

IV.7. Personas excluidas del Seguro
No serán asegurables las personas mayores de 65 años. Si el Asegurado cumple la edad de 70 años estando vigente el contrato, se extinguirán automáticamente las garantías de la póliza.

Asimismo, para el riesgo de fallecimiento por accidente, no son asegurables las personas menores de 14 años.

Ámbito territorial
Las garantías de la póliza surten efecto en todo el mundo.

IV.8. Opciones de cobertura.

• Cobertura Completa:
Quedan garantizados los accidentes que pueda sufrir el asegurado durante las 24 horas del día.

IV.9. Perfección, efectos y duración del contrato

IV.9.1. El contrato se perfecciona por el consentimiento, manifestado mediante la suscripción de la póliza por las partes contratantes. El contrato de seguro y sus modificaciones deberán ser formalizadas por escrito. La cobertura contratada y sus modificaciones o adiciones no tomarán efecto, mientras no haya sido satisfecho el recibo de prima, salvo pacto en contrario en las Condiciones Particulares.
Las garantías de la póliza entran en vigor en la fecha indicada en las Condiciones Particulares.

IV.9.2. El presente contrato se realiza por el período de tiempo que se fije en las Condiciones Particulares de la póliza, y a su vencimiento se prorrogará tácitamente por períodos no superiores a un año, y así sucesivamente. No obstante, cualquiera de las partes contratantes podrá oponerse a la prórroga, mediante notificación por escrito a la otra parte, efectuada con un plazo de, al menos un mes de anticipación a la conclusión del periodo del seguro en curso cuando quien se oponga a la prorroga sea el Tomador y de dos meses cuando sea el asegurador, indicando su deseo de no mantener vigente el seguro.

IV.10. Pago de las primas

IV.10.1. Período de tiempo para el pago de los recibos de prima:
El Tomador-Mutualista está obligado al pago de las primas de acuerdo con las Condiciones Generales y Particulares de esta póliza. Las partes podrán acordar el pago de la prima en forma fraccionada. En este caso, la primera de ellas será exigible en el momento de la perfección del contrato. Los sucesivos recibos de primas se deberán hacer efectivos en sus correspondientes vencimientos.

IV.10.2. Domiciliación bancaria de los recibos de prima:
Las primas se satisfarán mediante la domiciliación bancaria de los recibos de prima.
El Tomador-Mutualista entregará a la Mutua carta dirigida a la Entidad Financiera, Banco o Caja de Ahorros dando la orden oportuna al efecto.

IV.10.3. Efectos de impago de la primera prima:
Si por culpa del Tomador-Mutualista la primera prima o la prima única, en su caso, no ha sido pagada a su vencimiento, la Mutua tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva con base en la póliza. En todo caso, y salvo pacto en contrario en las Condiciones Particulares, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, la Mutua quedará liberada de su obligación.

IV.10.4. Consecuencias del impago de las primas sucesivas:
En caso de falta de una de las primas siguientes a la primera, la cobertura de la Mutua quedará suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si se produjera un siniestro durante el transcurso de ese mes, la Mutua podrá deducir del importe a indemnizar el de la prima adeudada para el período en curso. Si la Mutua no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima o fracción, se entenderá que el contrato queda extinguido, sin necesidad de notificación ni requerimiento por su parte. En cualquier caso, la Mutua, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del período en curso.

Al impago de las fracciones de prima distinta de la primera, se aplicará el mismo régimen que al impago de primas sucesivas

Si el contrato no hubiese sido resuelto o extinguido, conforme a los párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el Tomador-Mutualista pagó la prima.

IV.11. Pago de las indemnizaciones
La indemnización será satisfecha por la Mutua al término de las investigaciones necesarias para establecer la existencia del siniestro y consecuencias de éste.

Fecha de ocurrencia del siniestro: será la fecha del accidente. Por lo tanto, no se indemnizarán las consecuencias de accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha del primer efecto de la presente póliza.

Obligación de información: El Tomador-Mutualista y/o Asegurado o el Beneficiario deberá comunicar a la Mutua el acaecimiento del siniestro dentro del plazo de 15 días, contados a partir de la fecha en que ocurrió el siniestro, pudiendo la Mutua reclamar los daños y perjuicios causados por no haber efectuado esta declaración salvo que se demuestre que ésta tuvo conocimiento del siniestro por otro medio. Así mismo, el Tomador-Mutualista y/o Asegurado, deberán minorar las consecuencias del siniestro, empleando los medios a su alcance para conseguir el pronto restablecimiento del Asegurado. El incumplimiento de esta obligación con la manifiesta intención de

perjudicar o engañar a la Mutua, liberará a ésta de toda obligación derivada del siniestro.
Cuando el siniestro haya sido causado por mala fe del Tomador-Mutualista y/o Asegurado, la Mutua quedará igualmente liberada de toda obligación derivada del mismo.

El pago de la prestación por fallecimiento o por Invalidez Permanente, excepto Invalidez Permanente Parcial, implica la extinción automática del contrato, quedando la Mutua eximida de cualquier otra obligación posterior.

La condición **de Beneficiario** corresponderá a las personas en cuyo favor se generen las prestaciones objeto de cobertura.
En caso de incapacidad permanente será beneficiario el propio Asegurado.

• En caso de fallecimiento, y a falta de designación expresa de beneficiarios, se considerarán como tales, por orden de prelación preferente y excluyente, los siguientes:

1. Cónyuge no separado legalmente en virtud de sentencia firme en la fecha del fallecimiento del asegurado o pareja de hecho legalmente constituida.
La existencia de pareja de hecho se acreditará mediante certificación de la inscripción en alguno de los registros específicos existentes en las comunidades autónomas o ayuntamientos del lugar de residencia o mediante documento público en el que conste la constitución de dicha pareja.
2. Hijos, o descendientes del asegurado por partes iguales.
3. Padres o ascendientes del asegurado por partes iguales.
4. A falta de estos a los herederos del Asegurado

IV.12. Trámites y documentación a aportar en caso de siniestro

IV.12.1. Fallecimiento por Accidente/ Fallecimiento por Accidente de Circulación.

a) Original o fotocopia compulsada del Certificado Literal de Defunción.
b) D.N.I. del Asegurado y de los Beneficiarios.
c) Diligencias Judiciales y/o Atestado emitido por la autoridad competente.
d) Fotocopia de la autopsia e informe toxicológico, si se practicó. Certificado del Registro de Últimas Voluntades y, en su caso, copia del testamento. En determinados supuestos podrá solicitarse declaración de herederos “ab intestato”.
e) Carta de pago del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones o la declaración de exención.
f) Cuenta corriente de cada uno de los Beneficiarios utilizando el IBAN.

IV.12.2. Incapacidad Permanente Absoluta derivada de accidente.

a) D.N.I. del Asegurado.
b) Documentación que acredite la fecha del accidente y las circunstancias del mismo (puede ser sin carácter limitativo, el parte de accidente de trabajo, aceptación de la Mutua de Accidentes de Trabajo, diligencias judiciales, etc.).
c) Resolución expedida por la Junta de Evaluación de Incapacidades del I.N.S.S. o por el Órgano
d) Jurisdiccional competente en su caso acreditativa de la Incapacidad Permanente Total/Absoluta/Gran Invalidez derivada de accidente. En caso de que el asegurado no sea valorado por el I.N.S.S., deberá someterse al reconocimiento del equipo médico que la Mutua designe, el cual determinará si sufre o no las lesiones e incapacidades que dan derecho al cobro de la indemnización.
e) Modelo 145: Impreso de comunicación al pagador de la situación personal y familiar del perceptor de rentas del trabajo.
f) Cuenta corriente del Asegurado utilizando el IBAN.

IV.12.3. Incapacidad Permanente Parcial derivada de Accidente.

a) D.N.I. del Asegurado
b) Documentación que acredite la fecha del accidente, así como explicativo de las circunstancias del mismo.
c) Informe médico detallado informando de las secuelas definitivas y Resolución del INSS, en su caso. En caso de que el asegurado no sea valorado por el I.N.S.S., deberá someterse al reconocimiento del equipo médico que la Mutua designe, el cual determinará si sufre o no las lesiones e incapacidades que dan derecho al cobro de la indemnización.
d) Cuenta corriente del Asegurado utilizando en IBAN.

IV.13. Rescisión del Contrato

El Tomador-Mutualista del seguro tendrá la facultad de resolver el contrato dentro del plazo de los treinta días siguientes a la fecha en la que el asegurador le entregue la póliza. La facultad unilateral de resolución deberá ejercitarse por escrito y producirá sus efectos desde el día de su expedición cesando la cobertura del riesgo y teniendo derecho el Tomador/Mutualista a la devolución de la prima pagada, salvo la parte correspondiente al tiempo en el que el contrato hubiera tenido vigencia.

IV.14. Extinción, nulidad y prescripción del contrato

Las garantías de la póliza se extinguirán en la fecha indicada en las Condiciones Particulares, salvo que la póliza se prorrogue. **En todo caso, las garantías se extinguen al final de la anualidad en que el asegurado cumpla 70 años,** salvo que en condiciones particulares se establezca lo contrario.

La póliza queda automáticamente extinguida en caso de que tenga lugar un siniestro cubierto por alguna de las garantías suscritas, distintas de la incapacidad temporal, **y la Mutua tiene derecho de hacer suya la prima no consumida.**

El contrato será nulo si en el momento de su conclusión no existiera el riesgo o hubiera ocurrido el siniestro.
Las acciones derivadas del contrato prescribirán a los cinco años de la fecha en que pudieron ejercitarse

IV.15. Trámite pericial
En caso de discrepancias sobre las causas del siniestro o su rehúse, y la valoración de la indemnización el Mutualista puede proceder al nombramiento de un perito Médico, comunicándoselo por escrito a la Mutua. En esta comunicación ha de constar la aceptación de dicho perito, y se ha de requerir expresamente a la entidad para que, en el plazo de ocho días, desde que reciba tal comunicación, nombre el suyo. Si la Mutua no realizase el nombramiento, se entenderá que acepta el dictamen que emita el perito Médico del asegurado y quedará vinculado por el mismo.

En el caso de que los peritos lleguen a un acuerdo, se reflejará en un acta conjunta en la que se harán constar las causas del siniestro, la valoración de los daños, y las demás circunstancias que influyan en la determinación de la indemnización. Cuando no haya acuerdo entre los peritos, se designará un tercer perito de común acuerdo, o se instará tal designación al juez de primera instancia. Conforme al artículo 39 de la Ley de Contrato de Seguro, cada parte satisfará los honorarios de su perito y los del tercero, en el caso de que se llegue a su nombramiento, se pagarán por mitad.

IV.16. Comunicaciones
Las comunicaciones a la Mutua se realizarán en el domicilio social de aquélla, señalado en la póliza. Asimismo, las comunicaciones de la Mutua se realizarán en el domicilio de los interesados, recogidos en la póliza, salvo que los mismos hayan notificado a la Mutua el cambio de domicilio.

Este contrato de seguro comprende de forma indisoluble las Condiciones Generales que anteceden y las Condiciones Particulares y los Apéndices que recojan las modificaciones de todo ello acordadas por las partes. El Tomador Mutualista/Asegurado declara haber leído y entendido todas las limitaciones y exclusiones contenidas en la presente póliza aceptándolas expresamente.

IV.17. Tratamiento de datos de carácter personal
En cumplimiento de lo previsto en el Reglamento general de protección de datos de la Unión Europea ("**RGPD**"), a continuación le facilitamos una serie de información en relación al tratamiento de los datos personales del solicitante, tomador, asegurado y/o beneficiario facilitados a Svrne, Mutua de Seguros y reaseguros a prima fija durante la relación precontractual y/o contractual, incluidos datos de salud.

Información básica sobre protección de datos	
Responsable	Svrne, Mutua de Seguros y reaseguros a prima fija ("**SVRNE**")
Finalidad	• Gestión de la relación pre-contractual y/o del contrato de seguro. • Realización de acciones comerciales y remisión de comunicaciones comerciales, incluso por medios electrónicos, sobre otros productos comercializados por SVRNE, así como por cualquiera de las entidades del Grupo SVRNE. • Conservar los datos de carácter personal para el caso de que no se formalice la relación contractual, con la finalidad de gestionar futuras solicitudes que pueda realizar.
Legitimación (base jurídica)	• Ejecución del pre-contrato y/o contrato de seguro. • Interés legítimo, para que la entidad pueda ofrecerle un servicio más completo e incrementar su grado de satisfacción. • Interés legítimo para gestionar y satisfacer a futuros sus eventuales consultas o peticiones.
Destinatarios	• Entidades reaseguradoras por razones de reaseguro. Corredores de seguros. • Profesionales médicos. • Organismos públicos. Asimismo, podrán tener acceso a sus datos como encargados del tratamiento, agentes propios (sociedades del Grupo) o terceros agentes, proveedores de servicios comerciales, servicios profesionales (i.e., gabinetes periciales, abogados externos), y de servicios informáticos, así como cualquier otro encargado cuyos servicios sean precisos para cualquier gestión adicional del contrato que sea necesaria, incluida la gestión de la eventual prestación que corresponda.
Transferencias internacionales	Sus datos de carácter personal no serán objeto de ninguna transferencia internacional de datos.
Categorías de datos y procedencia	• Los datos de carácter personal objeto de tratamiento (incluidos datos de salud), serán aquellos facilitados en el marco del pre-contrato y/o contrato de seguro. • Los datos objeto de tratamiento podrán ser relativos al tomador y/o asegurado, así como a cualquier tercero persona física relacionado con el contrato de seguro (i.e., terceros asegurados, beneficiarios o terceros perjudicados).

Derechos	Podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento, y de portabilidad conforme a lo indicado en la información adicional.
Información adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre el tratamiento de sus datos en http://www.surne.es/es/privacidad.htm

IV.18. Cláusula de Consorcio
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.

IV.18.1. Resumen de las normas legales:
IV.18.1.1. 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.

IV.18.2. 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.
g) 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.
h) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de «catástrofe o calamidad nacional.

IV.18.3. Extensión de la cobertura

IV.18.3.1. 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.

IV.18.3.2. En las pólizas de seguro de vida que, de acuerdo con lo previsto en el contrato, y de conformidad con la normativa reguladora de los seguros privados, generen provisión matemática, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que la entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora. Comunicación de daños al Consorcio de Compensación de Seguros.

IV.18.3.3. 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.

IV.18.3.4. 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).
- A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (www.consorseguros.es).

IV.18.3.5. 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.

IV.18.3.6. Abono de la indemnización: El Consorcio de Compensación de Seguros realizará el pago de la indemnización al beneficiario del seguro mediante transferencia bancaria.

ANEXO I: BAREMO DE PARCIALES

Invalidez Parcial según baremo:

Se considera como tal la indemnización que, en caso de ser contratada en las Condiciones Particulares, concede la Mutua para el caso de que el Asegurado sufriera una invalidez parcial definitiva como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.
La indemnización a pagar en estos casos será la que resulte de aplicar sobre el capital pactado en el contrato los siguientes porcentajes:

DESCRIPCIÓN	% Dcho	% Izdo
Pérdida total del brazo o de la mano	60	50
Pérdida total del movimiento del hombro	25	20
Pérdida total del movimiento del codo	20	15
Pérdida total del movimiento de la muñeca	20	15
Pérdida del pulgar y el índice de la mano	30	15
Pérdida total de tres dedos de la mano, comprendidos el pulgar y el índice	30	15
Pérdida total de dos de estos últimos dedos de la mano	15	12
Pérdida total de tres dedos de la mano que no sean el pulgar o el índice	25	20
Pérdida total del pulgar y de otro dedo de la mano que no sea el índice	25	20
Pérdida total del índice y de otro dedo de la mano que no sea el pulgar	20	15
Pérdida total del índice sólo de la mano	15	10
Pérdida total del dedo mayor, del anular o del meñique de la mano	10	8
Pérdida total de una pierna o de un pie	50	
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30	
Ablación de la mandíbula inferior	30	
Pérdida total de un ojo o reducción de la visión binocular a la mitad	25	
Sordera completa e incurable de los dos oídos	40	

Sordera completa de un oído	10
Pérdida total del movimiento de una cadera, rodilla o de un tobillo	20
Acortamiento por lo menos de cinco centímetros de un miembro inferior	15
Pérdida total del pulgar del pie	10
Pérdida total del otro dedo del pie	3

En el caso de que con posterioridad al pago de la indemnización por Invalidez Parcial sobreviniera en el Asegurado la Muerte o Invalidez Definitiva, las cantidades satisfechas por la Mutua se considerarán abonadas a cuenta de la suma total asegurada por estos conceptos.

SECCIÓN V. CONDICIONADO GENERAL Y ESPECIAL SEGURO DE RENTA DE ORFANDAD

CONDICIONES GENERALES

Información Preliminar
Es de aplicación la información preliminar contenida en la Sección III de este documento.

V.1. Definiciones

V.1.1. Accidente
Lesión corporal derivada de un hecho violento súbito, fortuito, externo y ajeno a la intencionalidad del asegurado, que produzca directamente un daño corporal confirmado por un médico calificado legalmente y que incapacita al asegurado de forma temporal o permanente.

V.1.2. Asegurado
La persona sobre la cual se establece el seguro, que reúna las correspondientes condiciones de adhesión requeridas y que en defecto del Tomador-Mutualista, asume las obligaciones derivadas del contrato.

V.1.3. Beneficiario
La persona física o jurídica designada como titular del derecho a la indemnización. **El beneficiario será el propio asegurado** salvo pacto expreso en contrario recogido en las Condiciones Particulares de la Póliza.

V.1.4. Límites
El límite de edad de contratación es a los 60 años y la garantía finaliza a los 65 años.

V.1.5. Edad actuarial
Es la que corresponde al cumpleaños más cercano, por exceso o por defecto a la fecha de efecto del contrato.

V.1.6. Enfermedad
Causa sobrevenida no derivada de accidente que implica una lesión corporal confirmada por un médico calificado legalmente, que haga precisa la asistencia facultativa y que incapacita al Asegurado para realizar una actividad profesional de forma temporal o permanente.

V.1.7. Enfermedad congénita
Toda enfermedad con la que nace el Asegurado, por haberse contraído en el seno del útero materno o por tener un origen genético. Una afección congénita puede manifestarse y ser reconocida inmediatamente después del nacimiento, o bien ser descubierta más tarde, en cualquier período de la vida del Asegurado.

V.1.8. Enfermedad preexistente
Toda enfermedad del Asegurado padecida con anterioridad a la contratación de este seguro, diagnosticada o no por un médico.

V.1.9. Fecha de efecto
Es la fecha en que entrará en vigor la cobertura pactada en la póliza. En ningún caso la cobertura entrará en vigor con anterioridad al momento en que el Tomador haya satisfecho la primera prima, debiéndose cumplir por ambas partes los plazos y condiciones establecidos en la Ley 50/1980 de 8 de octubre de Contrato de Seguro.

Salvo pacto en expreso en contra, la cobertura entrará en vigor a las cero horas de la fecha de efecto y terminará en el momento de producirse el siniestro o a las cero horas de la fecha de vencimiento.

V.2. Objeto
En caso de fallecimiento del asegurado durante la vigencia de la póliza, la Mutua se obliga al pago de una renta mensual, pagadera a mes

vencido, por el importe anual expresado en las condiciones particulares hasta la fecha en la que el beneficiario de esta prestación haya cumplido los 23 años de edad, o hasta la fecha de su fallecimiento si esta fuese anterior a dicha edad.

El Asegurador se obliga a pagar al Beneficiario la prestación asegurada en caso de ocurrir el evento previsto en el período establecido como de duración del contrato, que figura en las Condiciones Particulares.

El Asegurador asume las obligaciones de dicho pago de acuerdo con las Condiciones Generales, Especiales y Particulares de la póliza.

V.3. Duración
La duración pactada para la presente póliza es hasta que el/los beneficiario/s cumplan los 23 años de edad, salvo que el tomador comunique con anterioridad su voluntad de anular el contrato con un mes de preaviso a su inmediato vencimiento anual.

V.4. Riesgos excluidos
No causará derecho a la prestación de renta de orfandad por fallecimiento, por tanto, se excluye de las coberturas los siguientes riesgos:

a) Suicidio durante la primera anualidad del Seguro.
b) Accidentes aéreos, cuando el Asegurado forme parte de la tripulación y descensos en paracaídas que no sean consecuencia de una situación de emergencia.
c) Navegación submarina o viajes de exploración o expediciones de alta montaña.
d) Catástrofe nuclear, consecuencia de reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva, y en caso de guerra civil o internacional, declarada o no.

V.5. Condiciones de adhesión
Las condiciones de adhesión serán las que figuran en el documento de inscripción suscrito por la MUTUA y aceptadas por el tomador. El cumplimiento de las citadas condiciones se comprobará a través del cuestionario de salud y, en su caso reconocimiento médico y otras pruebas solicitadas por la MUTUA.

V.6. Indisputabilidad
La presente póliza es indisputable a partir de un año contado desde su toma de efecto. Igualmente, cada una de las modificaciones al alza de las prestaciones del contrato, son indisputables transcurrido un año desde su toma de efecto. No obstante, cuando para la emisión de la póliza se exija como requisito indispensable reconocimiento médico, la póliza será indisputable desde su fecha de emisión.

En el supuesto de indicación inexacta de edad del asegurado, la MUTUA sólo podrá impugnar la relación si su verdadera edad en el momento de la entrada en vigor de la póliza excedía de los límites de admisión.

En otro caso, si como consecuencia una declaración inexacta de la edad, la cuota pagada es inferior a la que correspondería pagar, la indemnización se reducirá en proporción a la cuota pagada. Si por el contrario, la cuota pagada es superior a la que debería haberse abonado, la MUTUA está obligada a restituir el exceso de las cuotas recibidas sin intereses.

V.7. Prestaciones aseguradas
El importe de las rentas aseguradas se actualizará anualmente en el porcentaje establecido en las condiciones particulares. De no indicarse nada, se entenderá que son constantes.
Su importe de éstas también se actualizará anualmente en el porcentaje establecido en la solicitud de seguro durante el período de pago de la renta, en caso de que se hubiera producido un siniestro.

V.8. Pago de indemnizaciones
En caso de haberse producido el fallecimiento del asegurado, la solicitud de indemnización se acompañará por los documentos justificativos que se indican a continuación:
a) Certificado de defunción del Asegurado.
b) Certificado del médico que haya asistido al Asegurado indicando el origen, evolución y naturaleza de la enfermedad o accidente que le causó la muerte, o en su caso, testimonio de las diligencias judiciales o documentos que acrediten el Fallecimiento por Accidente.
c) Certificado del Registro de Actos de Última Voluntad y, si procede, copia del testamento o Acta Judicial de Declaración de Herederos.
d) Documento acreditativo de su condición de Beneficiario (D.N.I. y N.I.F., Pasaporte o similar).
e) Carta de liquidación, total o parcial, o declaración de exención del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones.

La MUTUA se reserva la facultad de requerir toda clase de informaciones o pruebas complementarias, incluso procurándoselas directamente, que permitan valorar la procedencia del pago de la indemnización. Los médicos del Asegurado quedan eximidos del secreto profesional frente al Asegurador en lo que hace referencia al accidente o enfermedad que haya sido causa directa o indirecta del fallecimiento.

V.9. Tratamiento de datos personales
En cumplimiento de lo previsto en el Reglamento general de protección de datos de la Unión Europea ("**RGPD**"), a continuación le faci-

litamos una serie de información en relación al tratamiento de los datos personales del solicitante, tomador, asegurado y/o beneficiario facilitados a Svrne, Mutua de Seguros y reaseguros a prima fija durante la relación pre-contractual y/o contractual, incluidos datos de salud.

Información básica sobre protección de datos	
Responsable	Svrne, Mutua de Seguros y reaseguros a prima fija ("**SVRNE**")
Finalidad	• Gestión de la relación pre-contractual y/o del contrato de seguro. • Realización de acciones comerciales y remisión de comunicaciones comerciales, incluso por medios electrónicos, sobre otros productos comercializados por SVRNE, así como por cualquiera de las entidades del Grupo SVRNE. • Conservar los datos de carácter personal para el caso de que no se formalice la relación contractual, con la finalidad de gestionar futuras solicitudes que pueda realizar.
Legitimación (base jurídica)	• Ejecución del pre-contrato y/o contrato de seguro. • Interés legítimo, para que la entidad pueda ofrecerle un servicio más completo e incrementar su grado de satisfacción. • Interés legítimo para gestionar y satisfacer a futuros sus eventuales consultas o peticiones.
Destinatarios	• Entidades reaseguradoras por razones de reaseguro. Corredores de seguros. • Profesionales médicos. • Organismos públicos. Asimismo, podrán tener acceso a sus datos como encargados del tratamiento, agentes propios (sociedades del Grupo) o terceros agentes, proveedores de servicios comerciales, servicios profesionales (i.e., gabinetes periciales, abogados externos), y de servicios informáticos, así como cualquier otro encargado cuyos servicios sean precisos para cualquier gestión adicional del contrato que sea necesaria, incluida la gestión de la eventual prestación que corresponda.
Transferencias internacionales	Sus datos de carácter personal no serán objeto de ninguna transferencia internacional de datos.
Categorías de datos y procedencia	• Los datos de carácter personal objeto de tratamiento (incluidos datos de salud), serán aquellos facilitados en el marco del pre-contrato y/o contrato de seguro. • Los datos objeto de tratamiento podrán ser relativos al tomador y/o asegurado, así como a cualquier tercero persona física relacionado con el contrato de seguro (i.e., terceros asegurados, beneficiarios o terceros perjudicados).
Derechos	Podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento, y de portabilidad conforme a lo indicado en la información adicional.
Información adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre el tratamiento de sus datos en http://www.surne.es/es/privacidad.htm

V.10. Cláusula de Consorcio

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.

V.11. Resumen de las normas legales:

V.11.1. 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.

V.11.2. 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».

V.11.3. Extensión de la cobertura

a) 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.
b) 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.

V.11.4. Comunicación de daños al Consorcio de Compensación de Seguros

a) La solicitud de indemnización de daños cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros, se efectuará mediante comunicación al mismo por el tomador del seguro, el asegurado o el beneficiario de la póliza, o por quien actúe por cuenta y nombre de los anteriores, o por la entidad aseguradora o el mediador de seguros con cuya intervención se hubiera gestionado el seguro.
b) La comunicación de los daños y la obtención de cualquier información relativa al procedimiento y al estado de tramitación de los siniestros podrá realizarse:

- Mediante llamada al Centro de Atención Telefónica del Consorcio de Compensación de Seguros (900 222 665).
- A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (www.consorseguros.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.

SECCIÓN VI. HOSPITALIZACIÓN A CARGO DE SURNE

El presente Extracto tiene carácter puramente informativo y para cualquier conflicto o litigio se estará a lo dispuesto en las Condiciones Generales, Particulares y Especiales, en su caso, de la Póliza Colectiva del contrato de reaseguro.

El presente seguro es contratado con la compañía SURNE la cual se hará cargo, en los términos establecidos en este condicionado, de los siniestros cubiertos por esta póliza que puedan tener lugar.

VI.1. Asegurador
El asegurador de esta sección es la entidad aseguradora **SURNE MUTUA DE SEGUROS y REASEGUROS a PRIMA FIJA** quien se hará cargo, en los términos establecidos en esta Sección, de los siniestros cubiertos por esta póliza que puedan tener lugar.

VI.2. Mediador
El designado en las Condiciones Particulares

VI.3. Asegurado
Tendrán la consideración de asegurados en esta cobertura los asegurados que conformen el grupo asegurado de la presente póliza y que tengan contratada ésta garantía.

VI.4. Accidente
Lesión corporal derivada de un hecho violento súbito, fortuito, externo y ajeno a la intencionalidad del asegurado, que produzca directamente un daño corporal confirmado por un médico calificado legalmente y que incapacita transitoriamente al Asegurado para su actividad profesional.

VI.5. Enfermedad
Causa sobrevenida no derivada de accidente que implica una lesión corporal confirmada por un médico calificado legalmente, que haga precisa la asistencia facultativa, y que incapacita al Asegurado transitoriamente para su actividad profesional.

VI.6. Objeto del Seguro

VI.6.1. Indemnización por hospitalización médica
SURNE abonará al beneficiario la indemnización diaria establecida en las Condiciones Particulares, en el caso de que el Asegurado fuese internado en una clínica o centro hospitalario **durante más de 24 horas. En ningún caso la prestación por hospitalización médica será superior a 90 DÍAS** contados por noches de estancia en Clínica o Centro Hospitalario desde el inicio de internamiento hospitalario.

VI.6.2. Indemnización por hospitalización quirúrgica
SURNE abonará al beneficiario la indemnización diaria establecida en las Condiciones Particulares, en el caso de que el Asegurado fuese internado en una clínica o centro hospitalario **durante más de 24 horas a causa de una intervención quirúrgica. En ningún caso la prestación por hospitalización médica será superior a 90 DÍAS** contados por noches de estancia en Clínica o Centro Hospitalario desde el inicio de internamiento hospitalario.

VI.6.3. Exclusiones
a) Las enfermedades o accidentes debidos al uso voluntario de drogas o estupefacientes o al consumo de bebidas alcohólicas o en estado de enajenación mental o sonambulismo y los accidente ocurridos cuando concurra alcoholemia, entendiéndose por tal cuando se superen los índices legalmente permitidos para la conducción de vehículos a motor.
b) Las autolesiones, causadas consciente o inconscientemente, así como el suicidio o tentativa de suicidio.
c) Los tratamientos terapéuticos o quirúrgicos no imprescindibles o de carácter estético como, por ejemplo, las curas de aguas, de reposo, las intervenciones de cirugía estética y secuelas derivadas de las mismas, los implantes y correcciones bucales y dentales, las intervenciones oculares para la reducción de miopía, astigmatismo, hipermetropía, así como cualesquiera otros tratamientos de naturaleza análoga a los anteriormente descritos.
d) Los acontecimientos que tengan la consideración legal de riesgo extraordinario o catastrófico, así como las epidemias oficialmente declaradas.
e) Los siniestros producidos como consecuencia de: ejercicio profesional y/o con carácter de competición de cualquier tipo de deporte, entendiendo como tal, el ejercicio de un deporte para el cual el Asegurado se halle inscrito en la federación correspondiente.
f) Las enfermedades o accidentes causados por la participación del Asegurado en duelos, desafíos, apuestas o riñas, salvo que, en este último caso, el Asegurado actúe en legítima defensa (y así sea declarado por resolución judicial firme). Se excluyen también las lesiones ocasionadas por actos delictivos del Asegurado o que sean consecuencia de imprudencia temeraria o negligencia grave.
g) La baja derivada de hallarse la Asegurada en estado de gestación, parto o aborto o que sea consecuencia de trastornos menstruales o menopáusicos.
h) Las neuropatías y algias que no den síntomas objetivables, así como las enfermedades psíquicas, mentales y/o psicosomáticas.

i) Las enfermedades derivadas de la infección del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y todas sus consecuencias.
j) En caso de parto, siempre que tenga contratada dicha garantía **se abonará un único pago de tres veces la cantidad diaria contratada.** En este caso y sólo para las coberturas que provengan de pólizas de producción, se establece un período de carencia de 10 meses.

VI.6.4. Personas excluidas del Seguro
No serán asegurables las personas mayores de 65 años. Si el Asegurado cumple la edad de 70 años estando vigente el contrato, se extinguirán automáticamente las garantías de la póliza.

VI.6.5. Ámbito territorial
Las garantías de la póliza surten efecto en todo el mundo.

VI.6.6. Beneficiarios del Seguro
El propio asegurado.

SECCIÓN VII. OTRAS GARANTÍAS COMPLEMENTARIAS A CARGO DE EUROP ASSISTANCE

VII.1 PROTECCIÓN DE PAGOS

Información previa

VII.1.1. Prestador del servicio: EUROP-ASSISTANCE SERVICIOS INTEGRALES DE GESTIÓN (en adelante EASIG).

VII.1.2. Información preliminar:
En cumplimiento de lo establecido en el artículo 96.1 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y en el Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, por el que se aprueba su Reglamento de desarrollo, se hace expresamente constar que la información recogida en esta cláusula ha sido comunicada al Tomador del Seguro con anterioridad a la celebración del contrato:
• Que el presente contrato de seguro se celebra en régimen de derecho de establecimiento con la Sucursal en España de la entidad aseguradora francesa Europ Assistance, sociedad anónima francesa regulada por el Código de Seguros de Francia, con un capital social de 46.926.941 euros, registrada con el número 451 366 405 RCS Nanterre, y domicilio en Promenade de la Bonette, 1 - 92633 Gennevilliers Cedex, Francia.

• Que Europ Assistance S.A., Sucursal en España se encuentra debidamente inscrita en el Registro Administrativo de las Entidades aseguradoras de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones bajo la clave E-0243 y tiene su domicilio en la C/. Orense 4, Planta 14, 28020 Madrid.

• Que, sin perjuicio de las facultades de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (DGSFP), el Estado miembro a quien corresponde el control de la Entidad Aseguradora es Francia y, dentro de dicho Estado, la Autoridad a quien le corresponde el control es la Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), con domicilio en 4, Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09, Francia.

VII.1.3. Información preliminar:

Legislación Aplicable Estado miembro, Autoridad de Control (Art. 96 LOSSEAR)
• Las Condiciones Generales y Particulares del presente contrato de seguro, se rigen por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro, por la Ley 20/2015, de 14 de julio de ordenación, supervisión y solvencia de entidades aseguradoras y reaseguradoras y por el Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre que la desarrolla, **no siendo válidas las cláusulas limitativas de los derechos del Asegurado que no hayan sido expresamente aceptadas por escrito por el Tomador del seguro y que se destacan de modo especial con letra negrita.**
• Que la liquidación de Europ Assistance S.A., no está sujeta a la legislación española. El informe sobre situación financiera y de solvencia se encuentra disponible en la página web de la entidad aseguradora.

El Estado miembro de localización del riesgo es España y la autoridad a la que corresponde el control de la entidad aseguradora es la DIRECCIÓN GENERAL DE SEGUROS Y FONDOS DE PENSIONES (DGSFP).

Instancias internas y externas de reclamación y resolución de conflictos
En cumplimiento con lo dispuesto en los artículos 96 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y 123 de su normativa de desarrollo (Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras), el Asegurador informa sobre las siguientes cuestiones:

Instancias internas de reclamación:
En caso de que Ud. quisiera presentar una queja o reclamación relacionada con sus intereses y derechos legalmente reconocidos,

podrá dirigirla, por escrito, a:

VII.1.4. Servicio de Atención al Cliente
EUROP ASSISTANCE pone a disposición de los Asegurados un Servicio de Reclamaciones cuyo Reglamento se puede consultar en la página web www.europ-assistance.es. Podrán presentar quejas los tomadores, asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados o causahabientes de cualquiera de los anteriores, en el apartado de "Defensa del Cliente" de la web, o dirigiéndose por escrito al Servicio de Reclamaciones:
Servicio de Reclamaciones
Dirección: C/ Orense, 4 - Planta 14 • 28020 MADRID

En todos los casos, rogamos indique su número de póliza y/o número de siniestro.
Una vez recibamos su queja, le enviaremos por escrito un acuse de recibo, en el que se establecerán los plazos reglamentarios para la resolución de su reclamación.

La normativa aplicable a este procedimiento es la Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo, sobre los departamentos y servicios de atención al cliente y el defensor del cliente de las entidades financieras. El Reglamento de Funcionamiento del Servicio de Atención al Cliente se encuentra a disposición de los clientes en el domicilio de ACTIVE.

Instancias externas de reclamación:
En caso de disputa, el Asegurado podrá reclamar ante el Juzgado de Primera Instancia correspondiente a su domicilio de conformidad con el artículo 24 de la Ley de Contrato de Seguro.

Asimismo, las partes podrán someter voluntariamente sus divergencias a decisión arbitral en los términos de los artículos 57 y 58 del texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias, aprobados por el Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre. En cualquier caso, y salvo aquellos supuestos en que la legislación de protección de los consumidores y usuarios lo impida, también podrán someter a arbitraje las cuestiones litigiosas, en los términos de la Ley 60/2003, de 23 de diciembre, de Arbitraje.

Podrá someter sus divergencias a un mediador den los términos previstos en la Ley 5/2012, de 6 de julio, de mediación en asuntos civiles y mercantiles.

Igualmente y sin perjuicio de las acciones a ejercitar ante los Tribunales, los Tomadores del Seguro, Asegurados y Beneficiarios, en caso de no obtener respuesta del Servicio de Atención al Cliente del Asegurador en el plazo de dos meses desde la presentación de la queja o reclamación, o en caso de disconformidad con el pronunciamiento recaído, o si considera que el asegurador ha vulnerado sus derechos en virtud del contrato de seguro podrán reclamar, en virtud del Artículo 119 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, y de conformidad con la Orden ECC/2502/2012, de 16 de noviembre y demás normativa aplicable, ante la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. Los datos de contacto son los siguientes:
Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (Servicio de Reclamaciones)
Paseo de la Castellana 44, 28046 Madrid - España
Tel: 952 24 99 82
https://www.sededgsfp.gob.es/SedeElectronica/Reclamaciones/Reclamacion.asp
https://www.sededgsfp.gob.es/es/Paginas/Procedimiento.aspx?p=18

Para presentar tal reclamación, Usted debe haber presentado previamente una queja al Servicio de Atención al Cliente de la Aseguradora y no haber obtenido respuesta dentro de los dos meses siguientes a la presentación de la queja, o bien, puede presentar dicha reclamación si la decisión fue contraria a sus peticiones y usted sigue insatisfecho.

Si Usted ha comprado su seguro Online, también puede presentar una reclamación a través de la plataforma de resolución de litigios en línea (ODR) de la UE. El sitio web de la plataforma ODR es www.ec.europa.eu/odr.

Cláusula informativa relativa a tratamiento de datos de carácter personal

¿QUIÉN ES EL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO DE SUS DATOS?
Europ Assistance, S.A., Sucursal en España (en adelante, la “Compañía Aseguradora”)
CIF: W-2504100-E
Domicilio: Calle Orense, número 4, 28020 Madrid.
Delegado de Protección de Datos (DPO): puede contactar con el DPO mediante escrito dirigido al Domicilio de la Compañía Aseguradora, indicando en la referencia “Delegado de Protección de Datos”, o escribiendo a la dirección de correo electrónico delegadoprotdatos@europ-assistance.es

¿CON QUÉ FINALIDADES SE TRATARÁN SUS DATOS PERSONALES?:
El tratamiento será mixto (tratamientos automatizados y no automatizados) y para las siguientes finalidades:
- Llevar a cabo el cumplimiento y desarrollo de la relación contractual derivada de la póliza.

- Gestión contable, fiscal y administrativa de la póliza.
- Cobro de primas y presentación de otras facturas.
- Realización de órdenes de adeudo domiciliadas en su cuenta.
- Realización de acciones comerciales y de marketing de otros productos y servicios de la Compañía Aseguradora.
- Elaboración de estudios de satisfacción de los clientes.
- Preparación, redacción y emisión de la documentación relativa al seguro.
- Realización de análisis de riesgo y siniestralidad.
- Realización de valoraciones necesarias tras la concurrencia de un siniestro o evento cubierto por la póliza contratada.
- Realización de peritaciones internas o a través de terceros.
- Liquidación de siniestros o realización de las prestaciones contractualmente pactadas.
- Llevar a cabo cualquier obligación legalmente exigible o contractualmente acordada.
- Realización de acciones destinadas a la prevención, detección o persecución del fraude.
- En caso de impagos, incorporación a ficheros de solvencia y en ficheros comunes determinados por la normativa sectorial aplicable.
- Colaboración estadístico actuarial para la elaboración de estudios de técnica aseguradora.

¿CUÁL ES LA LEGITIMACIÓN PARA EL TRATAMIENTO?
- Ejecución de un contrato entre el Tomador de la póliza, los asegurados y/o beneficiarios y la Compañía Aseguradora.
- Interés Legítimo.
- Obligación Legal.

¿QUIÉNES SON LOS DESTINATARIOS DE SUS DATOS?
- Las empresas del Grupo de la Compañía Aseguradora, del sector asegurador.
- La entidad bancaria de la Compañía Aseguradora y las empresas de su Grupo y la entidad bancaria del titular de los datos para hacer efectiva la orden de domiciliación bancaria de acuerdo con la normativa vigente.
- Las entidades que actúan como mediador o distribuidor de seguros para la gestión de las pólizas de seguros por tal entidad tramitados.
- Los proveedores elegidos por la Compañía Aseguradora cuya intervención sea necesaria para la gestión de la asistencia cubiertos por la póliza.
- El SEPBLAC, con el fin de dar cumplimiento a los requerimientos legalmente establecidos.
- La Dirección General de Seguros y Fondo de Pensiones, de acuerdo a las previsiones establecidas legalmente.
- La Administración tributaria con competencia en la materia para el cumplimiento de finalidades estrictamente legales y fiscales.
- Las Administraciones Públicas en relación con las competencias que tienen atribuidas.
- En el supuesto de seguros de cobertura de fallecimiento, el Registro General de Actos de Última Voluntad, gestionado por la Dirección General de los Registros y del Notariado, de conformidad con la normativa aplicable en la materia.

COMUNICACIONES COMERCIALES
De conformidad con lo establecido en el artículo 21.2 de la Ley 34/2002, de 11 de julio, de servicios de la sociedad de la información y de comercio electrónico, se informa que la Compañía Aseguradora podrá enviarle información y publicidad sobre productos o servicios comercializados por ella que sean similares al que Usted contrató. El interesado podrá oponerse, en cualquier momento, al envío de dichas comunicaciones comerciales electrónicas, remitiendo un correo electrónico, indicando en el asunto "BAJA COMUNICACIONES" a la siguiente dirección: baja.cliente@europ-assistance.es

TRATAMIENTO DE DATOS DE SALUD
La Compañía Aseguradora le informa que, para la gestión de los siniestros derivados de la póliza y de las coberturas en ella incluidas, es necesario que se traten datos personales relativos a su salud, ya sean obtenidos a través del cuestionario de salud o cualquier otro que en el futuro pueda aportar durante la vigencia de la relación contractual o que la Compañía Aseguradora pueda obtener de terceros (ya provengan de centros sanitarios públicos o privados o de otros profesionales sanitarios, tanto nacionales como internacionales, de exámenes o reconocimientos médicos adicionales que puedan exigirse por la Compañía Aseguradora o de otras entidades públicas o privadas).

TRATAMIENTO DE DATOS DE TERCEROS
En caso de que se faciliten datos relativos a terceras personas, el contratante de la póliza deberá haber obtenido la autorización previa de los mismos con relación a la transmisión de los datos a la Compañía Aseguradora para las finalidades acordadas en el presente documento.

¿DURANTE CUÁNTO TIEMPO CONSERVAREMOS LOS DATOS?
Salvo que nos haya dado su consentimiento, únicamente mantendremos sus datos mientras sea cliente y se mantenga la relación con Usted.

A partir de ese momento, solo se conservarán debidamente bloqueados (es decir a disposición de las autoridades correspondientes y para la defensa de la entidad) aquellos datos mínimos necesarios relativos a las operaciones y transacciones realizadas para poder atender cualquier reclamación mientras no haya prescrito. Por lo general, los plazos aplicables son de 10 años por la Ley de Prevención de Blanqueo de Capitales, en caso de que fuere aplicable, y de 5 años para atender las reclamaciones por las pólizas de seguro que cubran daños a las personas.

Transcurridos estos plazos, se procederá a la cancelación definitiva de los mismos. Si no fuese cliente y hubiese realizado alguna solicitud de contratación, conservaremos sus datos únicamente mientras la oferta que se le haya dado esté vigente, o en caso de no haberse fijado un plazo, por el plazo legal.

¿CUÁLES SON SUS DERECHOS?
Puede ejercitar, mediante un escrito dirigido a Europ Assistance S.A, Sucursal en España, C/. Orense, 4 28020 Madrid, indicando en la Referencia "Protección de Datos", adjuntando una fotocopia de su documento de identidad, en cualquier momento y de manera gratuita, los siguientes derechos:
- Revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento y la comunicación de sus datos personales.
- Acceder a sus datos personales.
- Rectificar los datos inexactos o incompletos.
- Solicitar la supresión de sus datos cuando, entre otros motivos, los datos ya no sean necesarios para los fines que fueron recogidos.
- Oponerse al tratamiento de sus datos.
- Solicitar la portabilidad de sus datos.
- Reclamar ante la Agencia Española de Protección de Datos, a través de la siguiente dirección: Calle de Jorge Juan, 6, 28001 Madrid, cuando considere que la entidad Europ Assistance S.A, Sucursal en España haya vulnerado los derechos que le son reconocidos por la normativa de protección de datos.

Para su ejercicio, el interesado podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos (DPO), mediante escrito dirigido a Europ Assistance S.A., Sucursal en España, C/. Orense, número 4, 28020 Madrid, o escribiendo a la dirección de correo electrónico delegadoprotdatos@europ-assistance.es

VII.1.5. Definiciones

VII.1.5.1. Entidad aseguradora
EUROP ASSISTANCE ESPAÑA S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS (EUROP ASSISTANCE), actuando como Entidad Aseguradora (en adelante el Asegurador)

VII.1.5.2. Tomador del Seguro
Es la persona física o jurídica que, junto con la Entidad Aseguradora, suscribe este Contrato, y al que corresponden las obligaciones que del mismo se deriven, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por los Asegurados y/o Beneficiarios.

VII.1.5.3. Grupo Asegurable
Conjunto de personas físicas que poseen alguna característica común extraña al propósito de asegurarse y que cumplan cada una de las condiciones para poder ser Asegurados.

VII.1.5.4. Grupo Asegurado: Conjunto de Asegurados incluidos en el Seguro.

VII.1.5.5. Asegurado
Persona física que reside en España (con permanencia en territorio español más de 183 días de un año natural), beneficiaria de las coberturas de la Póliza.

VII.1.5.6. Beneficiario
Es la persona o personas físicas o jurídicas que ostentan el derecho a percibir las prestaciones aseguradas en el momento de producirse la contingencia prevista en la Póliza.

VII.1.5.7. Póliza
Es el documento que contiene las bases reguladoras del Seguro, formando parte de ella, las Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Suplementos y Anexos.

VII.1.5.8. Suma Asegurada
Importe de la indemnización en caso de siniestro. Dicho importe figura en las Condiciones Particulares de la Póliza.

VII.1.5.9. Prima
Es el coste total del seguro.

VII.1.5.10. Accidente
Lesión corporal que deriva directamente de un hecho fortuito, externo, violento y ajeno a la intencionalidad del Asegurado, que se produzca durante la vigencia de la póliza y de lugar a una situación garantizada por la misma.
A los efectos de la presente póliza tendrán la consideración de Accidente:
- Las descargas eléctricas y el rayo.
- Los envenenamientos, asfixias, quemaduras o lesiones producidas por aspiración involuntaria de gases o vapores, inmersión o sumersión o por ingestión de materias liquidas, sólidas, tóxicas o corrosivas.
- Las infecciones, cuando el agente patógeno haya penetrado en el cuerpo por una lesión producida por un accidente cubierto

por la póliza, siempre y cuando se pueda demostrar fehacientemente la relación causa-efecto.
- Igualmente quedan cubiertos los atentados que no sean cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros
- Cobertura de Vuelo, quedan cubiertos los accidentes que el Asegurado pueda sufrir al viajar como pasajero de una Empresa de transporte aéreo, debidamente autorizada siempre que la aeronave sea pilotada por personal con licencia de piloto vigente y en regla y (I) que la aeronave se encuentre en vuelo regular o "chárter" entre aeropuertos acondicionados para tráfico de pasajeros, o (II) que la aeronave se encuentre estacionada en las pistas de aterrizaje o despegue de los citados aeropuertos, o (III) que la aeronave se encuentre realizando en los mismos cualquier tipo de maniobra.

VII.1.5.11. Enfermedad
Toda alteración del estado de salud cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico legalmente reconocido, cuyas primeras manifestaciones se presenten durante la vigencia de la Póliza y que haga precisa la asistencia de facultativo médico. No se considerará enfermedad a efectos de este Seguro el embarazo, parto o aborto o complicaciones derivadas de estos conceptos y los períodos de descanso voluntario y obligatorio que procedan en caso de maternidad ni la situación de excedencia solicitada por el Asegurado.

VII.1.5.12. Hospital
Institución legalmente autorizada para el tratamiento médico de enfermedades o lesiones corporales, proporcionando de forma continuada asistencia médica y de enfermeras 24 horas al día para el cuidado de enfermos o lesionados. No tendrán consideración de Hospitales a los efectos de esta garantía, las casas de reposo, hoteles, asilos, casas para convalecientes, psiquiátricos o instituciones dedicadas al internamiento o tratamiento de toxicómanos o alcohólicos.

VII.1.5.13. Hospitalización
Se considera que un Asegurado está hospitalizado cuando figura como paciente en un Hospital, tal y como se ha definido en el apartado anterior, durante un periodo superior a 24 horas.

VII.1.5.14. Desempleo
Situación en la que se encuentran quienes, pudiendo y queriendo trabajar remuneradamente por cuenta ajena pierdan su empleo y sean privados de su salario, según las condiciones establecidas en la Póliza.

V.1.5.15. Incapacidad temporal
Situación física temporal motivada por enfermedad o accidente determinante de la incapacidad del Asegurado para el ejercicio de su profesión o actividad laboral.

VII.1.5.16. Periodo de carencia
Se entiende por periodo de carencia el tiempo que ha de transcurrir desde la fecha en que toma efecto el Seguro hasta el inicio de la cobertura de una garantía.

VII.1.5.17. Franquicia
Se entiende por franquicia, el plazo de tiempo a contar desde la fecha de ocurrencia del siniestro, durante los cuales la Entidad Aseguradora está exenta del pago del capital asegurado.

VII.1.5.18. Relación laboral
Trabajo asalariado llevado a cabo por el Asegurado dentro del territorio del Estado Español bajo un contrato de trabajo realizado con un empleador por un mínimo de 16 horas semanales y en los términos y condiciones exigidos por la legislación laboral aplicable.

VII.1.5.19. Anualidad del Seguro
Corresponde al periodo anual contado desde cada renovación del Contrato, La primera anualidad será a partir de la fecha de efecto del presente contrato.

VII.1.5.20. Siniestro
Suceso que pueda dar origen al percibo de indemnización por las coberturas de la póliza Constituyen un solo y mismo siniestro el conjunto de da os y/o perjuicios derivados de una misma causa.

CONDICIONES GENERALES

VII.1.6. Bases del Contrato
Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el Tomador del Seguro podrá reclamar a la Aseguradora en el plazo de un mes a contar desde la recepción de la póliza para que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación se estará a lo dispuesto en la presente póliza (Alt 8 LCS).

VII.1.7. Toma de efecto y duración del Contrato
El contrato se perfecciona mediante el consentimiento de las partes contratantes. La cobertura contratada y sus modificaciones tomarán efecto en la fecha indicada en las Condiciones de la Póliza, siempre que haya sido satisfecho el recibo de la prima. En caso

de demora en el cumplimiento de este requisito, las obligaciones de la Entidad Aseguradora comenzarán a partir de las 24 horas del dia en que el pago se haya producido.

VII.1.8. Prima del seguro
La prima del Seguro se cargará en el medio de pago facilitado por el Tomador del seguro para tal fin. La prima del Seguro será la que se indique en las Condiciones de la Póliza. **La Entidad Aseguradora se reserva el derecho a revisar la tarifa de prima aplicada al presente contrato de seguro, lo cual sería comunicado oportunamente al Tomador.**

VII.1.9. Normas de contratación
Pertenecer al grupo asegurable

VII.1.10. Objeto y Garantías del Seguro
Por el presente contrato, la Entidad Aseguradora se obliga al pago de la prestación garantizada a los Beneficiarios, en caso de ocurrencia de los riesgos cubiertos. El Seguro ofrece las siguientes garantías:

VII.1.10.1. Garantía de Desempleo
Esta garantía es de aplicación a todas aquellas **personas físicas que mantengan una relación laboral por cuenta ajena de carácter indefinido, por un mínimo de 16 horas semanales y con una antigüedad mínima de 12 meses en la empresa. Quedan excluidos los funcionarios dependientes de cualquiera de las Administraciones Públicas y los trabajadores con contratos fijos discontinuos. En caso de Desempleo del Asegurado, la Entidad Aseguradora abonará el capital garantizado para esta cobertura.**

Para tener derecho al cobro de esta prestación se estará a las limitaciones y exclusiones especificadas en el apartado "Riesgos Excluidos".
Se hace expresamente constar que serán de aplicación los periodos de Carencia y Franquicia establecidos para esta Garantía en las Condiciones Particulares.
El hecho de haberse abonado la prestación máxima establecida para esta garantía supone la extinción automática de la cobertura de la Póliza y consecuentemente el resto de las garantías de las mismas. El derecho al devengo de la indemnización cesará en el momento en que el Asegurado pueda reanudar su trabajo, aún de manera parcial o comience a realizar cualquier otro tipo de trabajo remunerado.

VII.1.10.2 Garantía de Incapacidad Temporal
Esta garantía es de aplicación a todas aquellas **personas con trabajo remunerado que no puedan estar cubiertas por Desempleo.** En caso de Incapacidad Temporal, la Entidad Aseguradora abonará el capital garantizado para esta cobertura.

La Incapacidad Temporal cubierta por la Póliza debe ser diagnosticada, tanto en su causa como en la incapacidad que genera para el Asegurado:
a) Por médico competente de la Seguridad Social o asimilado, en caso de trabajadores por cuenta ajena o propia que coticen a la Seguridad Social.
b) Por profesional médico autorizado por la Entidad Aseguradora para el resto de casos.

No podrá existir ningún tipo de relación familiar entre el emisor del certificado y el asegurado salvo que así lo autoricé la Entidad Aseguradora, y en ningún caso el propio asegurado podrá ser el emisor del parte. El Asegurado queda obligado, a someterse al reconocimiento de los médicos que designe el Asegurador, si éste lo estima necesario, a fin de completar los informes facilitados y a trasladarse por cuenta del mismo al lugar que corresponda para que se efectúe tal reconocimiento.
El derecho al devengo de la indemnización cesará en el momento en que el Asegurado pueda reanudar su trabajo, aún de manera parcial y a pesar de no haber alcanzado su total curación o comience a realizar cualquier otro tipo de trabajo remunerado.

Se hace expresamente constar que serán de aplicación los periodos de Carencia y Franquicia establecidos para esta Garantía en las Condiciones Particulares.

Mismo Siniestro: En caso de producirse nuevas situaciones de Incapacidad Temporal, **el Asegurado únicamente tendrá derecho a nuevas prestaciones si (i) ha estado trabajando remuneradamente por un periodo mínimo de tres meses y, (ii) siempre que se trate de distinta causa que la que provocó el siniestro anterior. En caso contrario, no se abonará en razón de nueva situación de Incapacidad Temporal cantidad alguna, ya que se considerará como el mismo siniestro.**

El hecho de haberse abonado la prestación máxima establecida para esta garantía supone la extinción automática de la cobertura de la Póliza y consecuentemente del resto de las garantías de la misma.

VII.1.10.3. Garantía de Hospitalización
Esta garantía es de aplicación a todas aquellas **personas sin trabajo remunerado que no puedan estar cubiertas ni por la Garantía de Desempleo ni por la de Incapacidad Temporal.** Cuando el Asegurado tenga que ser internado en un Hospital como consecuencia de Accidente o Enfermedad cubiertos por la Póliza, la Compañía abonará la indemnización garantizada. En

caso de Hospitalización del Asegurado, la Entidad Aseguradora abonará el capital garantizado para esta cobertura.

Se hace expresamente constar que serán de aplicación los periodos de Carencia y Franquicia establecidos para esta Garantía en las Condiciones Particulares.

VII.1.10.4. Garantía de Fractura de Huesos Accidental
A los efectos de este contrato, se entiende por Fractura de Huesos Accidental la rotura completa de huesos producida como consecuencia inmediata de un Accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, y **siempre que las consecuencias del Accidente se manifiesten en los 30 días siguientes a contar de la fecha del accidente.**

Se entiende por Accidente toda lesión corporal que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad, por la acción repentina y violenta de o con un agente externo. A efectos de la cobertura de la póliza se hace expresamente constar que rotura completa es aquella en la que se produce una fractura donde el hueso se rompe completamente.

La Compañía pagará la cobertura contratada, si durante la Vigencia del Seguro de Protección de Pagos, como consecuencia directa de un Accidente cubierto y **dentro de los treinta días (30) días siguientes a la fecha del mismo,** el Asegurado sufre cualquiera de las fracturas completas de hueso mencionadas a continuación: Cráneo, Huesos Cara (excepto dientes), Columna Cervical, Columna Torácico y Lumbar. Huesos Sacro y Coxis, Costillas, Esternón, Pelvis, Clavícula, Omóplato (escápula), Húmero, Radio, Cúbito, Huesos Carpianos o Metacarpianos, Fémur, Tibia y Peroné, Huesos del Tarso y del Metatarso, Rótula o cadera. Se hace constar que no se establece periodo de Carencia ni de Franquicia para esta garantía.

VII.1.11. RIESGOS EXCLUIDOS

Se hace constar que, salvo pacto expreso y en contrario estipulado en las Condiciones Particulares de la Póliza, y con carácter adicional a las exclusiones que puedan estipularse en dichas Condiciones, quedan expresamente excluidos de la cobertura de todas las garantías de la Póliza, los siniestros debidos a alguna de las causas siguientes:

a) Los siniestros sufridos por el Asegurado ocasionados por reacción, radiación nuclear o contaminación radioactiva.
b) Como profesional cualquier práctica de deporte, y salvo pacto expreso, como aficionado, esquí de montaña y/o náutico, escalada, boxeo, submarinismo, polo, concursos hípicos, caza mayor y cualquier deporte que implique riesgo aéreo.
c) Las consecuencias de enfermedad o accidente originados con anterioridad a la entrada en vigor de este Seguro conocidas por el Asegurado.
d) Participación directa del Asegurado en guerra civil o internacional que se desarrolle en territorio nacional o extranjero.
e) Los riesgos de guerra y demás riesgos extraordinarios, calificados así por el Estatuto Legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por la Ley 21/1990 de 19 de Diciembre y legislación complementaria.
f) El infarto de miocardio no se considera un Accidente.
g) Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o cualquier otra forma de virus del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).
h) Accidentes sufridos por las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad durante el ejercicio de su profesión.
i) Los siniestros causados intencionadamente por el Asegurado.
j) Cualquier accidente que se produzca estando el asegurado bajo la influencia de bebidas alcohólicas, drogas, estupefacientes, psicotrópicos, estimulantes y otras sustancias análogas. Para la determinación de dicha influencia, independientemente del tipo de accidente de que se trate, se estará a los límites fijados por la legislación aplicable en materia de circulación de vehículos a motor y seguridad vial al momento de su ocurrencia.
k) Los sufridos por el Asegurado y derivados de actos que pudiesen ser tipificados como delito o tentativa del mismo, de carreras o apuestas, desafíos o riñas en que participe activamente el Asegurado; salvo que el Asegurado, en el caso de riña, hubiese actuado en legítima defensa o en tentativa de salvamento de personas o bienes.

Para la <u>Garantía de Desempleo</u>: Quedan excluidos de esta cobertura y no se considera que estén en Desempleo los Asegurados que se encuentren en cualquiera de las siguientes situaciones laborales:
a) Cuando cesen voluntariamente en el trabajo, salvo por las causas previstas en los artículos 40 (movilidad geográfica), 41 (modificaciones substanciales de las condiciones de trabajo) y 50 (extinción por voluntad del trabajador) del Estatuto de los Trabajadores (RDL 1/1995 de 24 de Marzo).
b) Cuando hayan sido despedidos y no reclamen en tiempo y forma oportunos contra la decisión empresarial, salvo por extinción del contrato o despidos basados en las causas objetivas previstas en el art. 52 del Estatuto de los Trabajadores (ROL 1/1995 de 24 Marzo) en cuyo caso no es necesaria dicha reclamación.
c) Cuando, declarado improcedente o nulo el despido por sentencia firme y comunicada por el empleador la fecha de reincorporación al trabajo, no se ejerza tal derecho por parte del Asegurado o no se haga uso, en su caso de las acciones previstas en la legislación vigente.
d) Cuando no se solicite el reingreso al puesto de trabajo en el plazo y tiempo oportunos siempre que la opción entre indemnización o readmisión correspondiera al trabajador, cuando fuera delegado sindical o representante legal de los trabajadores, o se estuviera en excedencia y venciera el periodo fijado para la misma.
e) Cuando se extinga el contrato por expiración del tiempo convenido y/o realización

de la obra o servicio objeto del contrato.
f) Cuando el contrato se extinga por jubilación del empresario individual de, Asegurado sin que hubiera continuidad de la actividad empresarial, siempre que trabajador conociera previamente la fecha de jubilación del empleador.
g) Cuando exista despido legalmente procedente.
h) Los trabajadores fijos de carácter discontinuo en los periodos en que carezcan d ocupación efectiva.
i) Si la relación laboral lo fuera con una empresa propiedad de su ámbito familiar, hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad, así como en los casos en que el Asegurado o un familiar suyo hasta el segundo grado de consanguinidad o tercero de afinidad fuera el administrador de la Empresa, y también si el Asegurado fuera socio o accionista con presencia directa en los órganos de administración de la sociedad.
j) Si el Asegurado rechaza un puesto alternativo de similares características ofrecido
por el mismo u otro empresario teniendo en cuenta la formación, experiencia y ubicación de dicho puesto de trabajo.
k) Si el Desempleo se produce después de que el Asegurado haya alcanzado la edad legal de jubilación con respecto a la actividad que llevaba a cabo y reúna todos los requisitos legales necesarios para acceder a la pensión de Jubilación.
l) Mientras el Asegurado perciba o tenga derecho a percibir un salario por parte del empleador. Se exceptuarán de este supuesto los complementos salariales pactados colectivamente en los expedientes de suspensión de contrato.
m) Todas las situaciones de paro o inactividad del Asegurado que no constituyan Desempleo según se encuentra definido en estas Condiciones de la Póliza Generales y Particulares.
n) Asimismo, el Asegurado no tiene derecho al cobro de las prestaciones por Desempleo en ninguno de los siguientes supuestos:

1. Si en el momento o con anterioridad a la fecha de efecto del Seguro o dentro del Periodo de Carencia el Asegurado tiene conocimiento de su posible paso a situación de desempleo.
2. Si inmediatamente antes de la fecha de inicio del desempleo, el Asegurado:
- No ha tenido relación laboral durante un periodo continuado de, al menos 12 meses con anterioridad a la contratación de la póliza, en el caso del primer siniestro ocurrido.
- Ha estado vinculado por una relación laboral en la que el despido es una característica regular o recurrente.
- Conociera o debiera conocer su paso inmediato a situación de desempleo.
o) Si la edad del asegurado no está comprendida entre las establecidas para esta Garantía en el Articulo "Coberturas" de las Condiciones Particulares.

Para la <u>Garantía de Incapacidad Temporal</u>: Quedan excluidos de esta cobertura los siniestros que resulten o sean consecuencia de las siguientes situaciones:
a) Los que se produzcan dentro del Periodo de Carencia.
b) Lesiones o enfermedades autoinfligidas o causadas voluntariamente por el Asegurado o por terceros con su connivencia, ya sea en estado de cordura o demencia.
c) Periodos de observación y sus asimilados o equivalentes en casos de Enfermedad cuando no se esté impedido para el trabajo en los términos descritos en la Póliza.
d) Los producidos cuando el Asegurado se encuentre bajo la influencia de alcohol en la sangre, drogas tóxicas o estupefacientes; los que ocurran en estado de perturbación mental, sonambulismo o en desafío, lucha o riña, excepto caso probado de legítima defensa, así como los derivados de una actuación delictiva del Asegurado declarada judicialmente.
e) Cuando la reclamación tenga su origen en cualquier Enfermedad, dolencia, estado o lesión por la que el Asegurado haya recibido consulta, diagnóstico o tratamiento médico anterior a la entrada en vigor de las garantías del seguro.
f) Las patologías secundarias a las herniaciones y las lesiones derivadas d alteraciones o defectos musculoesqueléticos como: cervicalgias, dorsalgia, lumbalgias, lumbociáticas o cualquier otros con el mismo origen salvo que se produzcan con un traumatismo.
g) Enfermedades psiquiátricas, mentales o nerviosas, incluyendo el estrés, y afecciones similares, aun cuando dichas enfermedades y afecciones hayan sido diagnosticadas y tratadas por un médico especialista.
h) Las intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos y/u odontológicos que no sean esenciales por razones médicas y sean demandados por el Asegurado por razones psicológicas, personales y/o estéticas, siempre que no se deban a secuelas de accidentes producidos con posterioridad a la fecha de efecto del seguro.
i) Las consecuencias o secuelas psíquicas de un Accidente.
j) Las derivadas o relacionadas de forma directa o indirecta con epidemias oficialmente declaradas.
k) Las curas de reposo termales o dietéticas.
l) Si la edad del Asegurado no está comprendida entre las establecidas para esta Garantía en el Articulo "Coberturas" de las Condiciones Particulares.

Para la <u>Garantía de Hospitalización</u>: Quedan excluidos de esta garantía los siniestros que resulten o sean consecuencia de las siguientes situaciones:
a) Las enfermedades crónicas, congénitas y preexistentes, que hayan sido conocidas, tratadas o diagnosticadas con anterioridad a la contratación de dicha Póliza.
b) Afecciones ginecológicas.
c) Salvo pacto expreso, gestación, aborto y sus consecuencias.
d) Exámenes médicos periódicos o de control. Cura o prótesis dental. Cura fisioterápica.
e) Operaciones de cirugía estética, salvo las prescritas por un profesional de la medicina, autorizado por la Compañía, como

consecuencia de un Accidente.
f) Enfermedades mentales, nerviosas, alcoholismo o toxicomanía, curas de sueño o reposo.
g) Si la edad del asegurado no está comprendida entre las establecidas para esta Garantía en el Artículo "Coberturas" de las Condiciones Particulares.

Para la Garantía de Fractura de Huesos Accidental: Quedan excluidos los supuestos en los que la Fractura de Huesos derive de cualquiera de las circunstancias excluidas en la' cobertura de Incapacidad Temporal o se produzca como consecuencia inmediata o mediata de osteoporosis.

Por último, debe destacarse que no se entenderá por Enfermedad a efectos de este seguro y por tanto estará excluido de todas las coberturas el embarazo, parto o aborto o complicaciones derivadas de estos conceptos y los periodos de descanso voluntario y obligatorio que procedan en caso de maternidad, ni la situación de excedencia solicitada por el Asegurado.

VII.1.12. Pago de la prestación asegurada
Si el Asegurado contase con otro seguro que cubriera los mismos riesgos, debe informar de ello a la Entidad Aseguradora en el momento de formular su solicitud de tramitación de siniestro.

Asimismo, se ha expresamente para el pago de cualquiera de las prestaciones garantizadas por la póliza será imprescindible presentar la documentación que demuestre su condición de Asegurado.
Asimismo, para cada una de las garantías se establece lo siguiente:

Garantía de Desempleo
El plazo de comunicación del siniestro a la Entidad Aseguradora establecido en las Condiciones es de 20 días desde el inicio del Desempleo, enviando notificación escrita de los hechos en que se basa la solicitud de siniestro. En caso de incumplimiento, el Asegurador podrá reclamar los daños y perjuicios causados por la falta de declaración.

Documentación a remitir
Para el pago de la prestación correspondiente deberá presentarse la siguiente documentación:
a) Comunicación escrita a la Entidad Aseguradora.
b) Fotocopia del DNI del Asegurado.
c) Fotocopia del último contrato del trabajo indefinido a la fecha del siniestro.
d) VIDA LABORAL a partir de los 30 días de la fecha legal del Desempleo.
e) Carta de comunicación de la Empresa de que va a ser cesado en el empleo.
f) Por despido improcedente:
- Sin SMAC (Servicio Mediación Arbitraje y Conciliación): Carta de Comunicación por parte de la Empresa reconociendo la improcedencia del despido incluyendo el reconocimiento de la indemnización.
- Ante el SMAC (Servicio Mediación Arbitraje y Conciliación): Copia del Acta de Conciliación.
- Ante el Juez: Copia de la Demanda y Sentencia Judicial.
g) Por Expediente de Regulación de Empleo:
- Copia de la Autorización administrativa para el expediente.
- Copia de la comunicación de la empresa al trabajador de que va ser despedido.
h) Documento de aceptación de pago de prestación de desempleo por parte del Servicio Nacional de Empleo.

Continuidad del siniestro
El Asegurado o su representante legal deberán entregar a la Entidad Aseguradora la documentación acreditativa del Desempleo en que se apoye la reclamación.

En el caso de que NO fuese entregada la citada documentación, la Entidad Aseguradora no continuara pagando prestación alguna.
El pago de la prestación sólo se llevará a cabo una vez que la Entidad Aseguradora haya recibido y aprobado la documentación correspondiente.
Una vez iniciado el pago de la prestación por la Entidad Aseguradora, el Asegurado deberá presentar mensualmente documentación acreditativa de la continuidad de la situación de Desempleo para tener derecho al pago de la prestación mensual establecida.

Condiciones del pago de la prestación
Cuando la Entidad Aseguradora haya recibido la documentación acreditativa de que el Asegurado se encuentra en situación de Desempleo, de acuerdo con las presentes Condiciones de la Póliza, pagará la suma asegurada. La citada cantidad, tendrá como límites los establecidos en las Condiciones Particulares de la Póliza. Estos últimos podrán actualizarse en cada aniversario del contrato de seguro. El pago de la prestación cesará:
- La fecha en que la Entidad Aseguradora haya alcanzado el límite máximo de indemnización para todos los siniestros establecidos en el apartado de Riesgos Cubiertos.
- La fecha en la cual el Asegurado alcance la edad límite establecida en Condiciones Particulares para esta garantía.

Garantía de Incapacidad Temporal
El plazo de comunicación del siniestro a la Entidad Aseguradora quedará ampliado a 20 días a partir de la fecha de diagnóstico de

la Incapacidad Temporal, enviando notificación escrita de los hechos en que se basa la reclamación. En caso de incumplimiento, el Asegurador podrá reclamar los daños y perjuicios causados por la falta de declaración.

Documentación a remitir

Para el pago de la prestación correspondiente deberá presentarse la siguiente documentación:

a) Comunicación escrita a la Entidad Aseguradora.
b) Fotocopia del DNI del Asegurado.
c) Parte de baja inicial emitido por la Seguridad Social o Certificado de Baja en caso de pertenecer a una Mutua.
d) Informes médicos relacionados con el origen y desarrollo de su Incapacidad Temporal.
e) Vida Laboral actualizada.

El Asegurado deberá informará la Entidad Aseguradora sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro y permitir las visitas de médicos de la misma, así como facilitar a la Entidad Aseguradora cualquier información que ésta solicite. Si no hubiese acuerdo entre la Entidad Aseguradora y el Asegurado sobre si el Asegurado se encuentra en situación de Incapacidad Temporal, la divergencia se solucionará de acuerdo con lo establecido en el artículo 17 y 38 de la LCS. Los documentos indicados en los puntos c) y d) deberán ser enviados mensualmente.

Continuidad de la reclamación

El Asegurado o su representante legal deberán entregar a la Entidad Aseguradora la documentación acreditativa de la Incapacidad Temporal en que se apoye la reclamación. **En el caso de que NO fuese entregada la citada documentación, la Entidad Aseguradora no continuara pagando prestación alguna.**

El pago de la prestación sólo se llevará a cabo una vez que la Entidad Aseguradora haya recibido y aprobado la documentación correspondiente.
Una vez iniciado el pago de la prestación por la Entidad Aseguradora, el Asegurado deberá presentar mensualmente documentación acreditativa de la continuidad de la situación de Incapacidad Temporal, para tener derecho al pago de la prestación mensual establecida.

Para ello, el Asegurado deberá aportar todos los meses el parte de continuación de Incapacidad Temporal emitido por el médico de la Seguridad Social o del médico encargado de su curación (no podrá existir ningún tipo de relación familiar entre el emisor del certificado y el asegurado salvo que así lo autorice la Entidad Aseguradora, y en ningún caso el propio asegurado podrá ser el emisor del parte).

Condiciones del pago de la prestación

En el caso de ocurrir un siniestro que conlleve la Incapacidad Temporal del Asegurado en los términos establecidos en la póliza, el Asegurado tendrá derecho al pago de las prestaciones siempre que se den las siguientes condiciones:

a) Que la causa de la Incapacidad Temporal sea la Enfermedad, el Accidente o las heridas que comiencen u ocurran durante la vigencia de la cobertura de este contrato y antes de su finalización y que aquellas causas se produzcan cuando el Asegurado esté trabajando remuneradamente en España.
b) Que en el momento del diagnóstico del Asegurado se encuentre de alta en la Seguridad Social, Mutualidad, Montepío o Institución análoga que la legislación determine con cobertura del riesgo de Incapacidad Temporal.
Cuando la Entidad Aseguradora haya recibido la documentación acreditativa de que el Asegurado se encuentra en situación de Incapacidad Temporal, de acuerdo con las presentes condiciones de la Póliza, pagará la suma asegurada. La citada cantidad tendrá como límites los establecidos en estas Condiciones.
La Entidad Aseguradora abonará la indemnización prevista, **hasta la primera de las siguientes fechas:**

- La fecha en que el Asegurado cese en su situación de Incapacidad Temporal o deje de aportar las pruebas solicitadas por la Entidad Aseguradora de que se encuentra en dicha situación.
- La fecha en que la Entidad Aseguradora haya alcanzado el límite máximo de indemnización para un mismo siniestro en el apartado de Riesgos Cubiertos.
- La fecha en que la Entidad Aseguradora haya alcanzado el límite máximo de indemnización para todos los siniestros establecido en el apartado de Riesgos Cubiertos.
- La fecha en la cual el Asegurado alcance la edad límite establecida en Condiciones Particulares para esta garantía.
- La fecha en que el trabajador comience a realizar cualquier otro tipo de trabajo remunerado, aún de manera parcial.

Garantía de Hospitalización

El plazo de comunicación del siniestro a la Entidad Aseguradora establecido en las Condiciones es de 20 días desde el inicio del Desempleo, enviando notificación escrita de los hechos en que se basa la solicitud de siniestro. En caso de incumplimiento, el Asegurador podrá reclamar los daños y perjuicios causados por la falta de declaración.

Documentación a remitir

a) Solicitud de indemnización con todos los datos para la identificación del Asegurado.
b) Certificado médico que especifique las causas que obligaron a la hospitalización.

c) Certificado de la Clínica u Hospital, que indique las fechas de ingreso y alta en los mismos.

Continuidad de la reclamación
El Asegurado o su representante legal deberán entregar a la Entidad Aseguradora la documentación acreditativa de la Hospitalización en que se apoye la reclamación.
En el caso de que NO fuese entregada la citada documentación, la Entidad Aseguradora no continuara pagando prestación alguna.

El pago de la prestación sólo se llevará a cabo una vez que la Entidad Aseguradora haya recibido y aprobado la documentación correspondiente.

Condiciones del pago de la prestación
Cuando la Entidad Aseguradora haya recibido la documentación acreditativa de que el Asegurado se encuentra en situación de Hospitalización, de acuerdo con las presentes Condiciones de la Póliza, pagará la suma asegurada. La citada cantidad, tendrá como límites los establecidos en las presentes Condiciones La Entidad Aseguradora abonará la indemnización prevista, **hasta la primera de las siguientes fechas:**

- La fecha en que el Asegurado cause alta en el centro hospitalario o deje de aportar los justificantes solicitados por la Entidad Aseguradora de que se encuentra en dicha situación.
- La fecha en que la Entidad Aseguradora haya alcanzado el límite máximo de indemnización para un mismo siniestro establecido en el apartado de Riesgos Cubiertos.
- La fecha en la cual el Asegurado alcance la edad límite establecida en Condiciones Particulares para esta garantía.

VII.1.13. Comunicaciones

VII.1.13.1. Las comunicaciones al Asegurador se remitirán al domicilio social de la misma consignado en la Póliza. Las comunicaciones y pago de primas que efectúe el Tomador del Seguro a un Agente afecto representante del Asegurador surtirán los mismos efectos que si se hubieran realizado directamente a ésta.

VII.1.13.2. Las comunicaciones efectuadas por un Corredor de Seguros al Asegurador surtirán los mismos efectos que si las efectuara el mismo Tomador del Seguro, salvo indicación en contrario de éste.

VII.1.13.3. Las comunicaciones del Asegurador al Tomador del Seguro, Asegurado o Beneficiario se realizarán en el domicilio de los mismos recogidos en la Póliza.

VII.1.14. Bases del Seguro – Reserva o inexactitud en las declaraciones
En caso de haber existido reserva o inexactitud en las declaraciones del Tomador del Seguro o del Asegurado o Asegurados al cumplimentar la Solicitud de Seguro preparada por la Entidad Aseguradora, ésta podrá rescindir el Contrato en el plazo de un mes desde que haya conocido dicha reserva o inexactitud procediendo para ello a dirigir una comunicación escrita en tal sentido al Tomador del Seguro y a los Asegurados.

VII.1.14.1. Si el siniestro sobreviene antes de que la Entidad Aseguradora haga la mencionada comunicación, la prestación se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del Tomador y/o Asegurados quedará la Entidad Aseguradora liberada del pago de la prestación.

VII.1.14.2. En caso de que el Tomador y/o Asegurados hubieran actuado con dolo al efectuar la declaración la Entidad Aseguradora quedará liberada del pago del capital en caso de siniestro.

VII.1.14.3. En caso de inexactitud en la edad del Asegurado o Asegurados si la verdadera edad en el momento de la entrada en vigor del Contrato excede de los límites de admisión establecidos por la Entidad Aseguradora. En otro caso, si en razón de la edad inexactamente declarada, la prima pagada es inferior a la que correspondería pagar, la prestación de la Entidad Aseguradora se reducirá en proporción a la prima recibida. Si, por el contrario, la prima pagada es superior, la Entidad Aseguradora devolverá el exceso de prima percibida sin intereses.

VII.1.15. Alteraciones del riesgo asegurado
El Tomador del Seguro o el Asegurado, durante el curso del Contrato, deberán comunicar a la Entidad Aseguradora, tan pronto como sea posible, todas las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por ésta en el momento de la perfección del Contrato no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

Tendrán la consideración de agravaciones del riesgo:
• **El cambio de actividad u ocupación del Asegurado, aún de carácter temporal, que signifique un mayor riesgo respecto a la situación en el momento de la contratación.**
• La incapacidad de tipo permanente y las enfermedades de carácter crónico sobrevenidas al Asegurado por hechos **no amparados por esta Póliza.**

• La agravación del riesgo podrá o no ser aceptada por la Entidad Aseguradora y se le aplicarán las normas establecidas en la Ley de Contrato de Seguro.

VII.1.16. Cancelación
El Tomador y/o Asegurado podrá cancelar la Póliza dentro de los 30 días siguientes a su contratación, en cuyo caso, la Aseguradora le devolverá íntegramente la Prima satisfecha. Si el Tomador y/o Asegurado hubiese notificado algún Siniestro durante dicho plazo de 30 días, la Aseguradora no devolverá el importe de la Prima. Si llegada la fecha de renovación de la Póliza, la Prima correspondiente no hubiera sido abonada en la fecha de su vencimiento, la cobertura de la Aseguradora quedará suspendida un mes después de la citada fecha, pasado el cual, sin el correspondiente pago de la prima, la Aseguradora quedará liberada de sus obligaciones de cobertura en caso de siniestro. Si la Aseguradora no reclama el pago durante los seis meses siguientes a la fecha de vencimiento de la prima, la Póliza quedará automáticamente cancelada. (Art. 15 LCS) Igualmente, la póliza quedará automáticamente cancelada si el Asegurado no devuelve en un plazo máximo de 90 días las cantidades adelantadas por la Aseguradora o su agente en caso de Siniestro.

La Póliza quedará asimismo automáticamente cancelada si el Tomador y/o Asegurado en cualquier momento:
a) Induce a error a la Aseguradora por omitir información, proporcionársela incorrectamente o presentar reclamación falsa.
b) Llega a algún tipo de acuerdo con terceros que le proporcione beneficios indebidos, defraudando así a la Aseguradora.
c) Incumple los términos y condiciones de la Póliza o no actúa de buena fe.
El Tomador y/o Asegurado deberán emplear los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del Siniestro. El incumplimiento de lo anterior por parte del Tomador y/o Asegurado con la manifiesta intención de perjudicar o engañar a la Aseguradora liberará a la Aseguradora de la prestación derivada del Siniestro (Art 17 LCS) y le dará derecho a cancelar la Póliza, previ; notificación al Tomador y/o Asegurado.
Si el Asegurado contase con otro seguro que cubriera los mismos riesgos, debe informar de ello en el momento de realizar la declaración de siniestro.

Igualmente, la póliza quedará cancelada en el momento de producirse el pago del capital asegurado de las Garantías de Fallecimiento o Incapacidad Permanente Absoluta por accidente, así como por haberse abonado la prestación máxima establecida para las garantías de Desempleo o Incapacidad Temporal.

VII.1.17. Tributos y recargos
Todos los tributos y recargos que graven el presente contrato, sus primas y prestaciones, siempre que sean legalmente repercutibles, serán por cuenta del Tomador del seguro, del Asegurado o del Beneficiario, según corresponda.

VII.1.18. Jurisdicción competente
Será juez competente para las acciones derivadas de la presente Póliza el del domicilio de los Asegurados, siendo nulo cualquier pacto en contrario, sin perjuicio de lo establecido en las normas del Derecho Internacional Privado del Ordenamiento Jurídico Español, que serán de aplicación en caso de que los Asegurados tengan su domicilio fuera de España,

VII.1.19. Prescripción
Las acciones derivadas del presente Contrato de Seguro prescribirán en el término de cinco (5) años. El tiempo para la prescripción se contará desde el día en que las mismas pudieron ejercitarse.

VII.2. GESTIÓN DEL FINAL DE LA VIDA DIGITAL. Garantía complementaria

La Gestión del Final de la vida Digital es un servicio complementario al seguro de decesos de Active Seguros, y como tal circunscribe su utilización a los asegurados en póliza que estén dados de alta como usuarios además del tomador de la misma. Con el fin de realizar el trabajo de la manera más selectiva posible se requiere:
• Partida de nacimiento del fallecido.
• Certificado de defunción del fallecido.
• Datos identificativos del fallecido.
• Foto (reciente y antigua).
• Claves habituales conocidas (fechas, pseudónimos, DNI, mascota…etc.).
• Información sobre las redes sociales con las que trabajaba.
• Documento que nos autoriza a realizar las gestiones necesarias para eliminar las cuentas en las diferentes redes sociales.

OPCIONALMENTE. Si el familiar lo desea, puede entregarnos aquellos dispositivos, sobre los que se desea realizar la extracción de datos, (PC, Tablet, Móvil..etc..), así como el borrado de las cuentas y aplicaciones con interacción externa: WhatsApp, Line, Mail Web, juegos online…etc. Estos le son devueltos al finalizar el trabajo con un informe del mismo.

Transcurridos 30 días hábiles de la recepción de datos, se le manda un informe al cliente con el resultado de los trabajos y la confirmación de la eliminación en las diferentes redes sociales.

En ningún caso se garantiza la eliminación en todas las redes sociales, ya que pueden existir algunas no reconocidas y/o tratadas por el usuario con un alias desconocido y de ámbito privado.

Las redes habituales más utilizadas y sobre las que se realiza la eliminación de huella digital son:

• **Facebook**	• **Tuenti**	• **Pinterest**	• **Picassa**	• **Vimeo**
• **Twitter**	• **Linkedin**	• **Instagram**	• **Myspace**	• **Skype**
• **Google +**	• **Xing**	• **Flickr**	• **Youtube**	• **Bloger**

Esta prestación está sujeto a las restricciones y disponibilidad en el momento de la solicitud, no garantizándose la completa realización de la prestación.

VII.3. ASISTENCIA PERSONAL BÁSICA Y AMPLIADA. Garantía complementaria

Servicio VIP mi Asistente

EUROP ASSISTANCE pondrá a disposición de los Asegurados los siguientes servicios:

Reserva de billetes de transporte
EUROP ASSISTANCE realizará la reserva, tras la información facilitada por el Asegurado y, en su caso, la compra y emisión del billete.

Reserva de Hoteles
EUROP ASSISTANCE realizará la reserva en el hotel elegido, condicionado a la disponibilidad de habitación en las fechas deseadas.

Reserva de Viajes programados
EUROP ASSISTANCE realizará la reserva y, en su caso, la compra y emisión del viaje seleccionado entre las ofertas de mayoristas.

Servicio de envío de regalos varios
A solicitud del Asegurado, EUROP ASSISTANCE facilitará un menú, sujeto a disponibilidades locales, con distintos tipos de regalos (bombones, perfumes, etc.) para su entrega al destinatario que indique el Asegurado, dentro del horario comercial de tiendas.

Servicio de Información
EUROP ASSISTANCE dispondrá para todos los Asegurados de un servicio gratuito e ininterrumpido de 24 horas, todos los días del año, para facilitar todo tipo de información de carácter nacional y en la medida de lo posible internacional sobre:

Todos estos servicios son a cargo del Asegurado.
Estos servicios se prestarán en horario de 9 a 18 de lunes a viernes y de 10 a 18 sábados, domingos y festivos. (Horario peninsular de España)

Información Salud
EUROP ASSISTANCE, a petición del Asegurado, proporcionará información relativa a:

1. Direcciones y teléfonos de:
   - Centros hospitalarios y extrahospitalarios nacionales, Colegios profesionales, Asociaciones y fundaciones nacionales:
   - Organismos sanitarios públicos.
   - Instituciones Académicas sanitarias nacionales tales como Facultades, Reales Academias, Escuelas.
   - Farmacias incluyendo farmacias de guardia.
   - Centros de vacunación: dentro del territorio nacional autorizados por la OMS.
   - Aseguradoras médicas.
   - Organismos sanitarios internacionales ubicados en territorio nacional.

2. Direcciones y teléfonos de:
   - Requisitos sanitarios de entrada según país de destino, a personas de nacionalidad española.

Información de Ocio
EUROP ASSISTANCE, a petición del Asegurado, proporcionará información relativa a:

1. Direcciones y teléfonos de:
   - Cines y teatros nacionales Galerías de arte, Museos y Monumentos (nacionales e internacionales):
   - Parques temáticos (nacionales e internacionales
   - Centros de ocio, casinos (nacionales e internacionales), bingos.
   - Restaurantes (nacionales e internacionales) por nombre, categoría y/o, tipo de comida.
   - Bares cafeterías, terrazas, discotecas.
   - Telecomida.
   - Establecimientos de especialidades gastronómicas: Pastelerías, Heladerías, Cocina monacal, especialidades gastronómicas por regiones.

2. Festivales y Fiestas populares: información.

Información Útil Diversa
EUROP ASSISTANCE, a petición del Asegurado, proporcionará información relativa a:

1. Direcciones y teléfonos de:
   - Bancos y Cajas españolas y extranjeras en España, Bancos y Cajas españolas en el extranjero.
   - Aseguradoras.
   - ONG.
   - Compañías de suministros: gas, electricidad, teléfono, agua, TV.
   - Organismos Oficiales Españoles: Ministerios, Registros oficiales, Comisarías de policía, Organismos del consumidor, Juzgados, Notarios, Ayuntamientos, Correos.
   - Centros de enseñanza nacionales tales como Academias, Universidades, Institutos, Colegios, Escuelas.
   - Servicios oficiales de línea blanca (electrodomésticos de cocina) así como línea marrón (electrodomésticos de salón, audio o imagen).
   - Grandes almacenes, Supermercados, Hipermercados, Centros comerciales, Tiendas.
   - Teléfonos de entidades nacionales de anulación tarjetas.

2. Horarios habituales de comercios y bancos en España y en el extranjero
3. Fechas y ubicación de ferias y congresos de España.
4. Códigos postales

Información Deportes
EUROP ASSISTANCE, a petición del Asegurado, proporcionará información relativa a:

1. Estadios y Polideportivos
2. Asociaciones y Federaciones.
3. Clubes y Centros deportivos (nacionales e internacionales).
4. Estaciones de Esquí.
5. Campos de Golf (nacionales e internacionales).
6. Información sobre rutas especiales de montaña, bicicleta, a caballo, o concentraciones deportivas de montaña, bicicleta.
7. Información sobre sitios donde practicar deportes de aventura como buceo, rafting, windsurf, parapente, ala delta.

Información: Viajes, Desplazamientos y Turismo
EUROP ASSISTANCE, a petición del Asegurado, proporcionará información relativa a:

1. Direcciones y teléfonos de:
   - Instituciones y Entidades de turismo: Ministerios, Cámaras, Diputaciones, Oficinas de turismo (extranjeras en España y Españolas), Embajadas y Consulados (extranjeros en España y españoles en el extranjero)
   - Hoteles y alojamientos en España e internacionales: Hoteles, Hoteles rurales, Paradores, Albergues, Alojamientos monacales, Camping, Balnearios: se facilitarán también categorías de establecimientos hoteleros.
   - Compañías aéreas regulares y aeropuertos internacionales.
   - Compañías marítimas españolas y trayectos en barco (España).
   - Compañías de alquiler de coches (nacionales e internacionales.
   - Estaciones de Autobuses y compañías en España.
   - Estaciones de tren en España.

2. Trámites Administrativos relacionados: de policía, de entrada, por países: información relativa a trámites administrativos exigidos por las autoridades para ciudadanos de nacionalidad española que viajen al extranjero.

3. Información genérica de países: situación geográfica, moneda, idioma, superficie, población, fiestas locales, religión, horarios de bancos y comercios.

4. Medios de transporte desde el aeropuerto hasta centro ciudad (internacional).

Información relacionada con el automóvil
EUROP ASSISTANCE, a petición del Asegurado, proporcionará información relativa a:

1. Direcciones y teléfonos de:
   - Talleres y concesionarios oficiales, así como servicios abiertos 24 horas.
   - Estaciones de servicio. Compañías Aseguradoras.
   - Centros de ITV.
   - Jefaturas Provinciales de Tráfico.
   - Autopistas de peaje (nacional).

Ayuda personal a domicilio
A petición del Asegurado, EUROP ASSISTANCE ofrece un servicio de ayuda personal (diurno o nocturno) a través de personal cualificado para necesidades que requieran en el domicilio, hospital o lugar donde se encuentre, en situaciones de enfermedad, postoperatorio o accidente.
Los servicios prestados son:

- Levantar /acostar de la cama
- Aseo personal, baño, corte de uñas y peinado sencillo
- Ayuda para comer
- Cambio de ropa personal y de cama
- Pequeños paseos, traslados en silla de ruedas, ejercicios de movilidad

Se establece un límite de 16 horas anuales por póliza (3 meses de carencia). El tiempo mínimo del servicio se establece en 4 horas continuadas.
Este servicio se prestará las 24 horas del día, los 365 días del año.
Es desplazamiento es a cargo de EUROP ASSISTANCE.
Asegurado podrá hacer uso de horas adicionales siempre a su cargo, tanto el servicio como el desplazamiento.

Este servicio está sujeto a la disponibilidad local.

Personal sanitario a domicilio
A petición del Asegurado, y en situaciones de enfermedad, postoperatorio o accidente, EUROP ASSISTANCE ofrece el servicio de envío de profesionales sanitarios (ATS, auxiliares de enfermería, fisioterapeutas, podólogos) que proporcionen los cuidados y tratamientos especiales que el Asegurado requiera, orientados a atender y cuidar al Asegurado según su problemática y su nivel de dependencia o enfermedad, con la finalidad de mejorar su calidad de vida y evitar el desplazamiento.

Para la correcta prestación de este servicio, se solicitará siempre el informe médico que prescribe el tratamiento determinado.

Los servicios prestados son:

- Administración de medicación especial
- Vigilancia de las constantes vitales
- Curas
- Rehabilitación de miembros inferiores y superiores
- Rehabilitación del habla y del lenguaje.

Se establece un límite de 6 sesiones anuales por póliza (3 meses de carencia). El tiempo mínimo del servicio se establece en 4 horas continuadas.
Este servicio se prestará las 24 horas del día, los 365 días del año.

Es desplazamiento es a cargo de EUROP ASSISTANCE.
Asegurado podrá hacer uso de sesiones adicionales siempre a su cargo, tanto el servicio como el desplazamiento.

A partir de la solicitud del servicio o de la recepción de la documentación que, en su caso, da derecho a recibirlo gratuitamente, EUROP ASSISTANCE dispondrá de 24 a 72 horas para comenzar la prestación del Servicio en capitales de provincia y grandes poblaciones. En el caso de pequeñas poblaciones, el plazo para el inicio de la prestación del Servicio podría prolongarse hasta un máximo de 5 días, en función del tipo de profesional y de la disponibilidad en la zona.

Este servicio está sujeto a la disponibilidad local.

Asistencia Post-Parto a Domicilio
A petición del Asegurado, y ante situaciones de cesárea, EUROP ASSISTANCE ofrece el servicio de envío de profesionales sanitarios para atender la evolución del postparto de la madre, el progreso del bebé, ayudar con la lactancia, higiene de la madre y del bebé, cuidados de la casa, apoyo anímico aportando consejos, información.

Se establece un límite de 30 horas anuales por póliza (9 meses de carencia). El tiempo mínimo del servicio se establece en 3 horas continuadas.

A partir de la solicitud del servicio EUROP ASSISTANCE dispondrá de 24 a 72 horas para comenzar la prestación del Servicio en capitales de provincia y grandes poblaciones. En el caso de pequeñas poblaciones, el plazo para el inicio de la prestación del Servicio podría prolongarse hasta un máximo de 5 días, en función del tipo de profesional y de la disponibilidad en la zona.
Este servicio está sujeto a la disponibilidad local.

Consultas Telefónicas de Salud y Bienestar
EUROP ASSISTANCE pondrá a disposición del Asegurado consultas telefónicas anónimas, ilimitadas y GRATUITAS a profesionales expertos en cada materia. Médicos, Psicólogos, Pediatras, Dietistas-Nutricionistas o Expertos Sociales.

Telefarmacia
El servicio consistirá en la personación de un colaborador de EUROP ASSISTANCE (debidamente identificado) en el domicilio que a los efectos determine el Asegurado, para de esta forma recoger la receta de la Seguridad social, tarjeta sanitaria o receta de un médico privado, si fuera necesaria y adquirir la correspondiente medicina. Posteriormente entregará ésta en mano al Asegurado, el cual abonará en el acto el importe a que ascienda la factura del producto adquirido. No serán aceptados cheques, pagarés o tarjetas.

El Asegurado deberá facilitar en todo caso el nombre comercial del producto y el tipo de presentación (comprimidos, ampollas, cápsulas, emulsiones, etc.) Quedan excluidos expresamente los casos de abandono de la fabricación del medicamento o la falta de disposición del mismo en los canales habituales de distribución en España, así como los medicamentos que requieran el DNI para su adquisición y los incluidos en el recetario especial de estupefacientes.
Se establece un límite de 10 servicios anuales por póliza (3 meses de carencia). El tiempo mínimo del servicio se establece en 3 horas continuadas.

Este servicio se prestará siempre en situaciones de convalecencia que le impidan salir de su domicilio, siempre que venga acompañado por certificado de su médico de cabecera o especialista que lo acredite.

Asegurado podrá hacer uso de servicios adicionales siempre a su cargo, tanto el servicio como el desplazamiento.

Servicios especiales
A petición del Asegurado, y por motivos de enfermedad o convalecencia (acreditada bajo recomendación de su médico de cabecera o especialista), EUROP ASSISTANCE gestionará la búsqueda y el envío a su domicilio de un profesional del servicio solicitado (peluquería, podología, cuidado de niños, personas mayores) que se desplazará con el material necesario para efectuar el trabajo requerido.
Los costes correspondientes a los honorarios de dicho profesional, así como del desplazamiento, correrán a cargo del Asegurado.

Este servicio está sujeto a la disponibilidad local.

Reembolso de Gastos de estancia en residencia de animales u hotel
Se consideran mascotas, y serán objeto del presente contrato, únicamente los perros y gatos propiedad del Asegurado que tengan chip identificador. Para aquellas Comunidades Autónomas en las que el chip identificador no sea obligatorio para los gatos, el Asegurado deberá aportar el documento identificativo que acredite la propiedad de la mascota.
Se cubre únicamente un animal por Asegurado.

EUROP ASSISTANCE reembolsará los costes de residencia para la mascota propiedad del Asegurado, cuando el Asegurado se encuentre en situación de enfermedad, postoperatorio o accidente (acreditada bajo recomendación de su médico de cabecera o especialista) y no hubiera otra persona para hacerse cargo del animal, hasta un límite de 30 horas anuales por póliza, con un límite de 300 euros póliza / año (3 meses de carencia).

Para el reembolso de cualquier gasto será indispensable la presentación de facturas y justificantes originales, así como copia de la cartilla sanitaria de la mascota actualizada.
El Asegurado podrá hacer uso de servicios adicionales siempre a su cargo, tanto el servicio como el desplazamiento.

Las condiciones de los Servicios anteriormente descritos deberán constar siempre en la póliza. El carácter obligatorio o voluntario de su contratación por parte del tomador de la póliza se determinará en función de lo que disponga el cuadro de coberturas.

VII.4. ASISTENCIA JURÍDICA (límite de 300 euros por siniestro y año). Garantía complementaria

EUROP ASSISTANCE gestionará la reclamación amistosa o judicial a un tercero identificable, por los daños y perjuicios causados al Asegurado.

Dentro de este límite, quedan incluidos todos los costes y gastos periciales de cualquier tipo necesarios para valorar el daño y/ o perjuicio. No se garantiza resultado alguno como consecuencia de estas gestiones. Este servicio se prestará de 9 a 19 h de lunes a viernes excepto festivos.

La suma máxima asegurada para cubrir la totalidad de los gastos garantizados se establece en 300 € por siniestro y/o anualidad del seguro.

Se incluyen los siguientes gastos:

a. Las tasas, derechos y costas judiciales derivadas de la tramitación de los procedimientos cubiertos.
b. Los honorarios y gastos de abogado.
c. Los derechos y suplidos de procurador, cuando su intervención sea preceptiva.
d. Los gastos notariales y de otorgamiento de poderes para pleitos, así como las actas, requerimientos y demás actos necesarios para la defensa de los intereses del Asegurado.
e. Los honorarios y gastos de peritos necesarios.
f. La constitución, en procesos penales, de las fianzas exigidas para conseguir la libertad provisional del Asegurado, avalar su pre-

sentación al acto del juicio, así como para responder del pago de las costas judiciales, con exclusión de indemnizaciones y multas.

VII.5. ASISTENCIA JURIDICA del producto complementario "Asistencia Médica Baremada" (límite 3.000 euros). Garantía complementaria

EUROP ASSISTANCE prestará, a través de abogados colegiados, asistencia y dirección letrada para la defensa judicial (en la jurisdicción penal) del Asegurado en su vida privada y familiar por faltas y delitos de imprudencia, impericia o negligencia.

El **límite máximo para esta garantía es de 3.000 euros** por siniestro y año e incluye los honorarios de abogado, procurador y notariales de apoderamiento.
Quedan excluidos en la jurisdicción penal el importe de la condena en costas y las fianzas judiciales.
Queda excluida esta garantía cuando la infracción se hubiese cometido antes de la entrada en vigor del presente contrato.

EUROP ASSISTANCE prestará al Asegurado ayuda legal que estará circunscrita a la existencia objetiva de una situación de urgencia como, por ejemplo, control de alcoholemia, accidente de tráfico, robo o privación de libertad.

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

SECCIÓN VIII. ASISTENCIA MASCOTAS A CARGO DE CH MASCOTAS

CH MASCOTAS
TLF: 868 023 306
Web: www.chmascotas.es
e-mail: chmascotas@chmascotas.es

EXPONE:
QUE ENTRE OTROS, EL OBJETO SOCIAL CH MASCOTAS, es la prestación de servicios al consumidor mediante la emisión de tarjetas digitales que previa firma de contrato de vinculación y pago de la cuota correspondiente, permiten que la mascota o mascotas (máximo TRES) del titular de las mismas obtenga descuentos o baremos especiales en las compras realizadas o servicios en los establecimientos comerciales, clínicas o profesionales adheridos.

VIII.1. Beneficios para el titular de las mascotas
El titular, podrá beneficiarse de todos los acuerdos obtenidos en CH MASCOTAS, en cualquiera de los centros relacionados y alojados en nuestra Web: www.chmascotas.es.

La información referente a los baremos o precios concertados, la podrán obtener en los propios centros concertados, facultativos o través del teléfono 868 023 306 (lunes a viernes de 08:00 a 15:00 excepto festivos nacionales o locales de Murcia).

VIII.2. Los titulares o beneficiarios:
NO TENDRÁN LIMITACIÓN ALGUNA EN CUANTO A NÚMERO DE COMPRAS O VISITAS VETERINARIAS O PRUEBAS QUE DECIDA REALIZAR.
NO SE NECESITAN AUTORIZACIONES POR PARTE DE CH MASCOTAS PARA SERVICIOS, CONSULTAS, HOSPITALIZACIONES, PRUEBAS, ETC.
NO EXISTE LIMITACIÓN POR EDAD.
NO EXISTE LIMITACIÓN POR ENFERMEDADES O MINUSVALÍAS CONTRAÍDAS CON ANTERIORIDAD.
NO EXISTEN PLAZOS DE CARENCIA.
PODRÁN UTILIZAR TODOS LOS SERVICIOS DESDE EL PRIMER DÍA, DÓNDE Y CUANDO DESEEN.

VIII.3. Condiciones de contratación
Las condiciones y las diferentes tarifas de contratación deben consultarse en cualquiera de nuestras agencias comerciales o bien el teléfono 868 023 306. La contratación de CH MASCOTAS, queda limitada a TRES MASCOTAS.
El titular acepta la revalorización anual del coste de la tarjeta en virtud del I.P.C.

VIII.4. Estipulaciones

a) Podrán ser titulares de la tarjeta CH MASCOTAS todas aquellas personas que lo soliciten, previa cumplimentación y aceptación del formulario de solicitud y estas condiciones generales, así como estar al corriente de pago de la cuota correspondiente al periodo de cobertura en el momento de su utilización. Aun así, CH MASCOTAS, se reserva el derecho de admisión del solicitante o de sus familiares.

b) Estas Condiciones Generales regulan la utilización de CH MASCOTAS en cualquiera de sus versiones.

c) La tarjeta CH MASCOTAS es personal e intransferible; el disfrute de los servicios estará limitado a los titulares de la tarjeta.

d) CH MASCOTAS, se reserva la facultad de modificar o cancelar estas Condiciones Generales, preavisando, si es posible, con una antelación mínima de treinta (30) días. En el caso de que sean modificadas, indicará la fecha de entrada en vigor.

e) CH MASCOTAS, se reserva el derecho de modificar, ampliar o reducir el listado de empresas colaboradoras, así como las condiciones establecidas por estas para disfrute del afiliado, como por ejemplo el importe de cada una de las prestaciones y asistencia baremadas. En cualquier caso, los beneficiarios de CH MASCOTAS, tienen a su disposición el tlf. 868 023 306, donde podrán consultar la existencia y condiciones establecidas o variaciones en las mismas, de cualquier centro concertado.

f) La recepción o descarga digital de la tarjeta CH MASCOTAS, así como el disfrute de las ventajas, será considerada aceptación expresa, voluntaria y sin reservas de todas las Condiciones Generales puestas a disposición del titular de la tarjeta CH MASCOTAS.

g) Para tener derecho a los beneficios de la tarjeta CH MASCOTAS, se exigirá la exhibición de la misma (en vigor), en cualquiera de los centros concertados por CH MASCOTAS, acompañados del D.N.I. del titular de la tarjeta.

En su caso, los centros concertados por CH MASCOTAS, podrán exigir otros requisitos relativos a su dinámica empresarial.

h) El titular o beneficiario se responsabiliza de la correcta utilización y conservación de la tarjeta CH MASCOTAS que tiene en su poder, en concepto de depósito, siendo ésta propiedad de CH MASCOTAS, por lo que se reserva la facultad de cancelar y retirar la tarjeta CH MASCOTAS, y/o dar por finalizado el disfrute de las ventajas o beneficios, preavisando, al titular de la tarjeta CH MASCOTAS con 15 días de antelación y por tanto restituyendo económicamente al titular, de la parte proporcional al periodo pagado y no disfrutado.

i) La validez de la tarjeta CH MASCOTAS expira al vencimiento designado en la propia tarjeta, salvo que no esté al corriente de pago.

j) CH MASCOTAS, no asume frente a los titulares de la tarjeta, responsabilidad alguna en relación con: la veracidad y exactitud de las informaciones dadas por los centros concertados, las mermas o defectos en la calidad y eficiencia de la prestación de los servicios y/o productos, ni las deficiencias de los servicios y/o productos ofrecidos o prestados por los centros o profesionales concertados.

CH MASCOTAS, no responderá en caso de dolo por los daños y perjuicios que el titular de la tarjeta o sus mascotas pueda sufrir como consecuencia o con ocasión del disfrute o de la falta de disfrute de las ventajas y/o del acceso o de la falta de acceso a las ventajas de la tarjeta CH MASCOTAS.
CH MASCOTAS, no se hace responsable por los actos u omisiones, incluido el supuesto de negligencia médica, que en la prestación de los servicios sanitarios a las mascotas demandados por el beneficiario y prestados por el facultativo o centros sanitarios concertados, pudieran éstos incurrir.

k) **Datos de Carácter Personal** sin perjuicio de aplicación de la Ley Orgánica de 15/1999 de datos de carácter personal.
Por medio de la aceptación de las Condiciones Generales, el titular de la tarjeta CH MASCOTAS consiente expresamente para que CH MASCOTAS, trate los datos proporcionados por el titular de la tarjeta, así como cualquier otra información futura que fuera comunicada por sus empresas colaboradoras incluidas en CH MASCOTAS y relacionadas con el uso de la tarjeta (como la información de compras), o que fuera comunicada por cualesquiera otras empresas que ofrezcan ventajas especiales a los titulares de la tarjeta CH MASCOTAS, con la finalidad de mantener la relación comercial, así como para el diseño y realización de comunicaciones y ofertas comerciales de la empresa que mejor se puedan adaptar a los hábitos de compra del titular de la tarjeta CH MASCOTAS, y para la realización de comunicaciones y ofertas comerciales de dichas empresas colaboradoras o de las empresas que ofrezcan ventajas especiales.

El titular de la tarjeta consiente expresamente que CH MASCOTAS comunique sus datos de carácter personal a sus empresas colaboradoras e interesadas en ofrecer ventajas especiales a los titulares de la tarjeta CH MASCOTAS. Las actividades realizadas por dichas empresas abarcarán los siguientes sectores de actividad: servicios y productos financieros y de seguros, servicios funerarios, servicios de asistencia en general, servicios de reparaciones en general, servicios médicos, servicios y comercios en general, servicios y productos de telecomunicaciones, electrónicos y electrodomésticos, servicios y productos relacionados con los medios o canales de comunicación, servicios y productos del sector de la informática e Internet, servicios y productos del sector de la belleza e higiene, servicios y productos del sector textil, confección y complementos, servicios y productos del sector de la automoción, servicios y productos del sector eléctrico, servicios y productos del sector de la distribución y la venta por catálogo, alimentos y bebidas, servicios y productos del sector químico y petroquímico, servicios y productos del sector eléctrico y servicios y productos del sector del ocio y del entretenimiento (como por ejemplo, espectáculos, hoteles viajes o restauración). Por medio de estas Condiciones Generales, se informa al titular de la tarjeta CH MASCOTAS de la primera comunicación de sus datos y de la facultad de revocar su consentimiento a CH MASCOTAS, para su comunicación.
Los datos se conservarán en un fichero informatizado de forma confidencial responsabilidad de CH MASCOTAS.

El titular de la tarjeta CH MASCOTAS puede solicitar el acceso, rectificación, cancelación y oposición comunicándolo por escrito adjuntando una fotocopia de su D.N.I. por ambas caras, la petición en que se concreta su solicitud, fechada y firmada, así como su domicilio a efectos de notificaciones.

l) Para cualquier comunicación que sea precisa con CH MASCOTAS, el titular de la tarjeta deberá dirigirse mediante correo electrónico a la dirección: chmascotas@chmascotas.es o al teléfono 868 023 306 de 08:00 h a 15:00 y de lunes a viernes, excepto festivos de carácter nacional o local de Murcia.

SECCIÓN IX. ASISTENCIA MÉDICO/JURÍDICA

IX. 1. Garantía complementaria: Asistencia médica
Active Seguros, incorpora un novedoso servicio de garantía médica a su póliza de decesos, consistente en una guía de asistencia médica privada para la provincia en la que el asegurado reside, la que podrá utilizar cuando lo desee, mediante una tarjeta personalizada con sus datos particulares.

Con este servicio de garantía médica de que dispone en su seguro de decesos, en caso de tenerla contratada, todos los Asegurados en una misma póliza tienen cubierta la asistencia médica privada (a través de sus precios baremados) por profesionales médicos titulados, en su localidad y provincia, en todas las especialidades de la medicina (traumatología, cirugía, anestesiología, cardiología, ginecología, dermatología, oftalmología, etc.). Incluso la asistencia dental y de servicios especiales como médicos psicólogos, podólogos, dietética y nutrición, medicina estética, etc.

Todo ello reflejado en una guía dividida por especialidades y localidades para que elija con total comodidad.

Asimismo, esta garantía le cubre también la asistencia jurídica telefónica, así como un descuento del 25% sobre los honorarios marcados por el Colegio de Abogados de cada provincia en caso de precisar letrado por proceso judicial.

IX. 2. Asistencia jurídica en reclamación de daños y perjuicios
EUROP ASSISTANCE gestionará la reclamación amistosa o judicial a un tercero identificable, por los daños y perjuicios causados al Asegurado.

Dentro de este límite, quedan incluidos todos los costes y gastos periciales de cualquier tipo necesarios para valorar el daño y/ o perjuicio.
No se garantiza resultado alguno como consecuencia de estas gestiones.
Este servicio se prestará de 9 a 19 h de lunes a viernes excepto festivos.

IX. 3. Límites y gastos garantizados
La suma máxima asegurada para cubrir la totalidad de **los gastos garantizados se establece en 300 € por siniestro y/o anualidad del seguro.**

Se incluyen los siguientes gastos:
a) Las tasas, derechos y costas judiciales derivadas de la tramitación de los procedimientos cubiertos.
b) Los honorarios y gastos de abogado.
c) Los derechos y suplidos de procurador, cuando su intervención sea preceptiva.
d) Los gastos notariales y de otorgamiento de poderes para pleitos, así como las actas, requerimientos y demás actos necesarios para la defensa de los intereses del Asegurado.
e) Los honorarios y gastos de peritos necesarios.
f) La constitución, en procesos penales, de las fianzas exigidas para conseguir la libertad provisional del Asegurado, avalar su presentación al acto del juicio, así como para responder del pago de las costas judiciales, con exclusión de indemnizaciones y multas.

IX. 4. Exclusiones
a) Quedan excluidos con carácter general aquellos gastos que no hayan sido comunicados previamente al Asegurador.
b) Hechos producidos antes de la entrada en vigor del contrato.
c) Consultas y actuaciones judiciales cuya resolución comporte la aplicación de derecho extranjero, y aquellas relativas a la reclamación de derechos y beneficios que asisten al Beneficiario frente al Colegio correspondiente.
d) Cuando el hecho haya sido causado por mala fe o deliberadamente por el Beneficiario, incluyéndose aquí los siniestros relacionados con vehículos propiedad del Beneficiario.
e) Los gastos derivados de reclamaciones infundadas, así como los que se planteen con manifiesta desproporción en relación a los daños y perjuicios sufridos. Esta exclusión no se aplicará cuando, tras el ejercicio de las acciones judiciales correspondientes, el Beneficiario obtuviese resolución favorable estimando la totalidad de la indemnización correspondiente.
f) El cumplimiento de las obligaciones impuestas al Beneficiario por Sentencia o Resolución Administrativa. El pago de multas y sanciones, así como sus intereses o recargos.

EL TOMADOR DEL SEGURO DECLARA HABER LEIDO Y ENTENDIDO TODAS LAS LIMITACIONES Y EXCLUSIONES CONTENIDAS EN EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, ACEPTÁNDOLAS EXPRESAMENTE MEDIANTE DE LA FIRMA DE LAS CONDICIONES PARTICULARES

El Tomador **Compañía Aseguradora. ACTIVE**

GUÍA DE CONTACTOS ACTIVE

963 51 98 85

atencion@activeseguros.com

activeseguros.com

ACTIVE SEGUROS
www.activeseguros.com
Traslado Nacional
Repatriación
Residentes
Tel.: 961 59 35 10

JURISLEG
www.jurisleg.com
Trámites de Gestoría y Herencia
Tel.: 956 70 07 49
625 69 38 69

HEALTHMOTIV
www.healthmotiv.com
TuSalud - Servicio Salud Digital
Tel.: 962 64 57 11

SOSMATIC
www.sosmatic.es
Asistencia Informática y Tecnológica
Tel.: 910 05 12 02

YO TENGO ABOGADO
www.yotengoabogado.es
Active Laboral - Servicio Legal
Teléfono: 856 39 61 18
WhatsApp: 686 86 49 78

ARAG
www.arag.es
Asistencia en Viaje
Tel.: 933 00 10 50

SURNE
www.surne.es
Vida
Accidentes
Hospitalización
Seguro Renta Orfandad
Tel.: 944 79 22 00

CH SALUD
www.chsalud.es
Asistencia Médica y Jurídica
Tel.: 868 02 33 06

CS24
www.canalsalud24.com
Asistencia Médica
Tel.: 917 371 708

Asistencia Jurídica
Tel.: 915 14 99 30

GUÍA AZUL
www.guiaazuldelasanidad.es
Asistencia Médica y Jurídica
Tel.: 950 25 99 40

CH MASCOTAS
www.chmascotas.es
Asistencia a Mascotas
Tel.: 868 02 33 06

EUROP-ASSISTANCE
www.europ-assistance.es
Asistencia Hogar Manitas
Tel. 915 14 14 62

Borrado Vida Digital
Tel. 915 14 14 62

Asistencia Personal
Tel. 915 14 14 62

Protección de Pagos
Tel.: 915 14 99 00

GIRA DENTAL
www.giradental.com
Servicio Dental
Tel.: 915 58 99 73

active
seguros

¡Nos adaptamos a los nuevos tiempos!

El **seguro de decesos familiar** más completo

Av. de las Cortes Valencianas nº 17, entresuelo, puerta 8 · 46015 · Valencia

Tel.: 963 519 885 · e-mail: atencion@activeseguros.com

activeseguros.com

Versión N2-0123