

Seguro de Vida

Vida Protección

Contrato formalizado entre la compañía Seguros Catalana Occidente, S.A. de Seguros y Reaseguros y JULIA ARANDA MIR

Teléfono de Atención al Cliente

902 344 000

Teléfono servicio orientación médica

900 369 369

Teléfono asesoría jurídica

902 361 713



Seguro de Vida

Vida Protección

Índice

Condiciones Particulares	desde la página 1 hasta la 4
Condiciones Generales	desde la página 7 hasta la 48

Datos Compañía

Seguros CATALANA OCCIDENTE
Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros

Sociedad dependiente del Grupo CATALANA OCCIDENTE

Capital Social, totalmente desembolsado

Euros 36.000.000

Patrimonio neto

Euros 2.585.847.450,61

Datos económicos - financieros consolidados del Grupo CATALANA OCCIDENTE, S.A. Y SOCIEDADES DEPENDIENTES a 31 de diciembre de 2015, según Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF).

Condiciones Particulares



Seguro de Vida *Vida Protección*

Nº de póliza
8-24.881.800-Z

Entidad aseguradora

Seguros Catalana Occidente, S.A. de Seguros y Reaseguros
Domicilio Social en España
Avda. Alcalde Barnils, 63
08174 Sant Cugat (Barcelona)
NIF: A-28119220

Tomador del seguro

JULIA ARANDA MIR
C/ Valencia, 18, 4t 3
08015 BARCELONA
NIF: 11111002-R

Oficina emisora

Centrales-Singulares
Av. Alcalde Barnils, 63
08174 SANT CUGAT DEL VALLES

Producción directa

Gestión Directa
Av. Alcalde Barnils, 63
08174 SANT CUGAT DEL VALLES
Telf: 902344000

Asegurado

JULIA ARANDA MIR
NIF: 11111002-R

Fecha de nacimiento: 30.11.1961

Profesión / Trabajo : Administrativo de seguros

Fecha de efecto y condiciones de pago

El seguro toma efecto a las 12 horas del día ocho de febrero de 2017
La forma de pago será anual cada 08 de febrero.
La duración de pago de primas es VITALICIA.

Domicilio de cobro

CAIXABANK, S.A.

Número de cuenta (IBAN)
ES18 2100 0001 0900 0001 1111

Desglose del primer recibo de prima

Núm. del recibo: 55.352.169-J	Consortio FAEA	3,33 €
Periodo: de 08.02.2017 a 08.02.2018	Consortio :	3,60 €
Prima neta prevista: 3.538,10 €	Imp. s/primas 986,60 :	22,77 €

PRIMA TOTAL
3.567,80 €

El justificante de pago del recibo, si se hace efectivo a través del banco, será el "adeudo por domiciliación" emitido por su Entidad Bancaria.

El Mediador

El Tomador del Seguro

Condiciones Particulares

Seguro de Vida

Vida Protección

1. Garantías contratadas.

	Capital asegurado (Euros)	Capital Total a percibir por garantía (Euros)	Duración	Prima Neta Anual (Euros)
Capital por Fallecimiento	180.000,00	180.000,00	Vitalicia	1.328,40
Capital Muerte por Accidente	180.000,00	360.000,00	12 años	144,00
Capital Muerte por Accidente Circulación	180.000,00	540.000,00	12 años	90,00
Prestaciones por Invalidez absoluta	180.000,00	180.000,00	12 años	639,00
Invalidez absoluta y permanente por accidente	180.000,00	360.000,00	12 años	70,20
Invalidez absoluta y permanente por accidente de circulación	180.000,00	540.000,00	12 años	41,40
Enfermedades Graves	90.000,00	90.000,00	12 años	1.223,10
Segunda Opinión Médica			12 años	
Rehabilitación Cardíaca			12 años	
Orientación Médico Telefónica			Vitalicia	
Consulta Jurídica Telefónica.			Vitalicia	2,00
Testamento on line y borrado digital			Vitalicia	
		Prima Total		3.538,10

Revalorización automática del capital asegurado.-ÍNDICE BASE: 199,80

Acreditada la ocurrencia de alguna de las circunstancias cubiertas por esta póliza y siempre que suceda dentro del periodo de vigencia de la misma, el Asegurador se obliga a pagar al beneficiario de la póliza el "capital total a percibir" establecido en estas Condiciones Particulares para aquella garantía que, ajustándose a los hechos objeto de indemnización, reconozca mayor cuantía a percibir. Todo ello de conformidad con lo dispuesto en estas Condiciones Particulares y en las Condiciones Generales de cada una de las Garantías Complementarias de la póliza.

Los Capitales Totales a percibir por Garantía recogido en estas Condiciones Particulares para cada Garantía contratada nunca serán acumulables entre sí.

2. Tarifa de Primas

La tarifa de primas neta anual por cada 1.000 euros de capital asegurado que se aplicará en cada anualidad de seguro, según la edad alcanzada por el asegurado será la siguiente:

Edad asegurado	Fallecimiento	Invalidez	Enfermedades Graves
55 años	7,38	3,55	13,59
56 años	8,00	3,95	14,90
57 años	8,65	4,38	16,30
58 años	9,29	4,87	17,82
59 años	9,89	5,41	19,80
60 años	10,46	6,01	22,11
61 años	13,05	7,70	24,79
62 años	13,73	8,56	26,65

El Tomador del Seguro

El Mediador

Condiciones Particulares

Seguro de Vida *Vida Protección*

Nº de póliza
8-24.881.800-Z

Edad asegurado	Fallecimiento	Invalidez	Enfermedades Graves
63 años	14,44	9,52	27,90
64 años	15,24	10,58	29,26
65 años	16,14	11,76	31,19
66 años	17,84	13,08	33,82

Capital Muerte por Accidente 0,80%

Capital Muerte por Accidente Circulación 0,5%

Invalidez absoluta y permanente por accidente 0,39%

Invalidez absoluta y permanente por accidente de circulación 0,23%

Queda en la Entidad, a disposición del tomador, la información referente a la tarifa de prima a aplicar para edades posteriores a las informadas en estas Condiciones Particulares. No obstante el Asegurador, de manera previa al aniversario de la póliza, remitirá al Tomador información detallada de la prima correspondiente a la siguiente anualidad.

En el supuesto de que, del resultado de la aplicación de esta tarifa se observara una desviación, por mortalidad o persistencia de las pólizas, computadas en la determinación de aquellas, el Asegurador se reserva el derecho de sustituirla por otra tarifa basada en una tabla de mortalidad más ajustada a la realidad, según experiencia, emitiendo el documento de modificación correspondiente para su formalización por parte del Tomador del Seguro (art. 5º de la Ley del Contrato de Seguro).

3. Beneficiarios.

El tomador del seguro, en su defecto el cónyuge, en defecto de ambos los hijos por partes iguales y en defecto de todos ellos los herederos legales

4. Carencia por SIDA.

Se establece el plazo de carencia de un año para la cobertura de los riesgos de fallecimiento e invalidez derivados y/o producidos a consecuencia de la enfermedad del sida.

5. Seguro temporal renovable con garantía de índice variable de revalorización.

Por este seguro, la entidad aseguradora se obliga a pagar al beneficiario del mismo, el capital asegurado, inmediatamente después del fallecimiento del asegurado.

El plazo de vigencia de la póliza es de un año, y se renueva automáticamente por períodos anuales en cada aniversario de la fecha de efecto del seguro, sin previo reconocimiento médico y mediante el pago de la prima de tarifa que corresponda según edad alcanzada por el asegurado. Sin embargo, el tomador podrá oponerse a esta prórroga mediante una notificación escrita, efectuada con un plazo de, al menos, un mes de anticipación a la conclusión del periodo del seguro en curso.

El capital asegurado por la presente póliza se revalorizará automáticamente en los términos y condiciones que se indican en la cláusula de garantía de índice variable incluida en esta póliza.

6. Cláusulas limitativas.

El tomador del seguro declara que conoce y acepta todas las Condiciones Generales, Especiales, Particulares y Anexos a esta póliza y en particular las siguientes cláusulas limitativas:

° Condiciones Generales del Seguro Principal:

- artículo 3. "Delimitación de garantías"

° Condiciones Generales del seguro complementario de Capital en caso de Muerte por Accidente:

- artículo 5. "Delimitación de garantías"

El Mediador

El Tomador del Seguro

Condiciones Particulares

Seguro de Vida

Vida Protección

- ° Condiciones Generales del Seguro Complementario de Capital en caso de Muerte por Accidente de Circulación:
 - artículo 5. "Delimitación de garantías"
- ° Condiciones Generales del seguro complementario de Prestaciones por Invalidez:
 - artículo 5. "Delimitación del riesgo asegurado"
- ° Condiciones Generales del seguro complementario de Invalidez Absoluta y Permanente por Accidente:
 - artículo 5. "Delimitación de garantías"
- ° Condiciones Generales del seguro complementario de Invalidez Absoluta y Permanente por Accidente de Circulación:
 - artículo 5. "Delimitación de garantías"
- ° Condiciones Generales del seguro complementario de Enfermedades Graves:
 - artículo 4. "Delimitación y selección de los riesgos cubiertos"
 - artículo 5. "Definición de las Enfermedades Graves"

7. Declaración jurada de estado de salud del Asegurado.

El Asegurado ha efectuado la siguiente Declaración jurada de estado de salud:

Estatura: 1,60 m. Peso: 55 kg. Tensión arterial: Máxima 12 Mínima 6

- | | |
|---|----|
| 1. ¿Tiene algún defecto físico? | No |
| 2. ¿Se encuentra actualmente en buen estado de salud? | Si |
| 3. ¿Padece o ha padecido alguna anomalía Cardiovascular? | No |
| 4. ¿Padece o ha padecido alguna anomalía en el Aparato Respiratorio? | No |
| 5. ¿Padece o ha padecido alguna anomalía en el Aparato Digestivo o Abdomen? | No |
| 6. ¿Padece o ha padecido alguna anomalía en el Aparato Genitourinario? | No |
| 7. ¿Le han hecho algún test del SIDA? | No |
| 8. ¿Consume o ha consumido drogas? | No |
| 9. ¿Ha sufrido algún accidente? | No |
| 10. ¿Ha sido operado alguna vez? | No |

Se han incluido los siguientes comentarios: Sin especificar.

Otras enfermedades declaradas: Sin especificar.

Especialistas consultados en los últimos cinco años: Sin especificar.

Detalle de medicamentos o drogas que consume: Sin especificar.

8. Verificación de datos.

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 entidad aseguradora 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.

El Tomador del seguro declara que conoce y acepta todas las Condiciones Generales, Especiales, Particulares y Anexos a esta póliza.

El Tomador del Seguro

El Mediador

Condiciones Particulares

Seguro de Vida

Vida Protección

Nº de póliza
8-24.881.800-Z

Mediante la firma del presente, el Tomador JULIA ARANDA MIR acredita haber recibido con anterioridad a la celebración del presente contrato de seguro, información referente a la legislación aplicable a esta póliza y a las diferentes instancias de reclamación utilizables en caso de litigio, así como la nota informativa exigida por el art. 124.1 del RD 1060/2015 por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, cuyo contenido se corresponde con lo recogido en el presente contrato de seguro.

www.presupuestosyseguros.com

El Mediador

El Tomador del Seguro

www.presupuestosyseguros.com

Condiciones Generales

Garantía de Revalorización Automática

Nº de póliza
8-24.881.800-Z

1 REVALORIZACIÓN AUTOMÁTICA

Los capitales asegurados por la presente póliza quedarán automáticamente sujetos, en cada vencimiento de primas, a las fluctuaciones del "índice de Precios de consumo (conjunto nacional)" que publica el Instituto Nacional de Estadística (INE) u organismo que lo sustituya a nivel del Estado español, en su Boletín mensual.

2 DETERMINACIÓN SISTEMÁTICA DE LAS REVALORIZACIONES

Todas las prestaciones revalorizadas y garantizadas por la presente póliza (incluso seguros complementarios si los hubiere) quedarán establecidas en la cuantía que se produzca, al aplicar a las iniciales de la póliza el factor de revalorización resultante de dividir el Índice de Vencimiento por el Índice Base.

Se entiende por:

2.1. Índice base

El que se indica en las Condiciones Particulares de la Póliza y corresponde al último valor del índice publicado antes de la fecha de emisión de esta garantía.

2.2. Índice de vencimiento

El último publicado por el I.N.E., anterior al momento en que el Asegurador emite los recibos de prima correspondientes a los sucesivos vencimientos consignados en las Condiciones Particulares de la póliza.

3 PRIMAS AJUSTADAS

Las primas serán ajustadas, en cada fecha de su vencimiento, en proporción a la revalorización efectuada y teniendo en cuenta a su vez la edad del Asegurado en dicha fecha.

4 RECONOCIMIENTO MÉDICO

Una vez suscrito el seguro mediante la prueba de reconocimiento médico, el Asegurado queda posteriormente eximido de este requisito siempre que acepte las sucesivas revalorizaciones de las prestaciones de la póliza. En caso de que el Tomador del Seguro en un determinado año no aceptase la revalorización y tras un período de ausencia de revalorizaciones deseara de nuevo reanudar la secuencia de las mismas, el Asegurado deberá someterse a un nuevo reconocimiento médico, para practicar la asegurabilidad de las revalorizaciones.

5 VIGENCIA DE LA GARANTÍA

El Tomador del Seguro podrá renunciar a los beneficios de esta cláusula en cada vencimiento de prima comunicándolo previamente al Asegurador, por lo menos tres meses antes de dicha fecha. El Asegurador, en tal caso, emitirá un suplemento por el nuevo capital revalorizado, en el que no figurará la garantía de Índice Variable a que se refiere esta cláusula.

Subsisten íntegras y sin variación las Condiciones Generales y Particulares de la póliza que no queden expresamente modificadas por cuanto antecede.

Condiciones Generales

Seguro de Vida

1 BASES CONTRACTUALES

1.0 Preliminar

El presente contrato de seguro se regirá por lo dispuesto en:

- La Ley 50/1980, de 8 de octubre de Contrato de Seguro.
- La Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.
- El Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.
- El Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.
- El Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.
- La Ley 26/2006, de 17 de julio, de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados.
- Las condiciones particulares, especiales y generales de la póliza y los suplementos que se emitan a la misma para complementarla o modificarla

Y cuantas disposiciones actualicen, complementen o modifiquen a las citadas normas.

Para el supuesto en que se prevea libre elección de la Ley aplicable, de mutuo acuerdo, el Tomador y el Asegurador, optan por la legislación española antes reseñada.

No tendrán validez las cláusulas limitativas de los derechos del Asegurado que no sean específicamente aceptadas en las Condiciones Particulares de esta póliza.

El Estado miembro de la Unión Europea y la autoridad a quien corresponde el control de la actividad de la Entidad Aseguradora son, respectivamente, España y el Ministerio de Economía y Hacienda y, en éste y en lo procedente, la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

1.1 Definiciones

1.1.1. Entidad aseguradora: Es la que figura en las Condiciones Particulares y asume los riesgos derivados de esta póliza, a cambio de la prima. Se denominará en lo sucesivo el Asegurador.

1.1.2. Tomador del Seguro: Es la persona física o jurídica que suscribe la póliza con el Asegurador, y se obliga al pago de las primas de la misma.

1.1.3. Asegurado: Es la persona física sobre cuya vida se contrata el seguro.

1.1.4. Beneficiario: Es la persona física o jurídica a quien se le confiere el derecho de percibir la prestación de la póliza y es designada por el Tomador del Seguro de acuerdo con lo dispuesto en el art.84 y siguientes de la Ley de Contrato de Seguro.

1.1.5. Póliza: Es el documento que materializa el contrato de seguro y contiene las condiciones que regulan el Seguro.

Forman parte integrante de la póliza las Condiciones Generales y las Particulares que individualizan los riesgos, y las cláusulas o suplementos, que se emitan a la misma para completarla o modificarla.

1.1.6. Prima: Es el precio del Seguro; en él intervienen las condiciones de edad, estado de salud, hábitos del tabaco del Asegurado, profesión habitual y práctica de deportes que puedan influir en la apreciación del riesgo.

1.1.7. **Edad:** Es la del cumpleaños más cercano, por exceso o por defecto, a la fecha de efecto de la póliza.

1.1.8. **Prestación asegurada:** Se denomina así el valor del capital o renta que el Asegurador debe satisfacer al Beneficiario en la fecha de ocurrencia de los eventos cubiertos por la póliza, con arreglo a las condiciones previstas en la misma.

1.2 Declaración jurada de salud

Las declaraciones del Tomador del Seguro y del Asegurado deben ser efectuadas al Asegurador, de acuerdo con los arts. 10 al 13 de la Ley de Contrato de Seguro a través de la solicitud de seguro, y cuestionarios anexos. En la solicitud de seguro deben ser declaradas todas las circunstancias del riesgo conocidas por el Asegurado, especialmente sobre: estado de salud (enfermedades pasadas y/o actuales), hábitos del tabaco, profesión habitual y práctica de deportes que pueden influir en la apreciación del riesgo.

El Tomador del Seguro quedará exonerado de tal deber si el Asegurador no le somete cuestionario o cuando, aún sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.

Agravamiento del riesgo: El Tomador del Seguro o el Asegurado deberán durante la vigencia del contrato comunicar al Asegurador, tan pronto como le sea posible, la alteración de los factores y las circunstancias declaradas en el cuestionario previsto en el artículo anterior que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

El Tomador del Seguro o el Asegurado no tienen obligación de comunicar la variación de las circunstancias relativas al estado de salud del Asegurado, que en ningún caso se considerarán agravación del riesgo.

1.3 Divergencias entre la solicitud de seguro y la póliza. Subsanación

El Tomador del Seguro podrá reclamar al Asegurador en el plazo de 30 días a contar desde la fecha de la póliza, que se subsanen las divergencias existentes entre ésta y la solicitud de seguro o de las cláusulas acordadas. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza.

1.4 Facultad del Tomador del Seguro en el período inicial de la póliza

Sin perjuicio de lo establecido en el punto anterior y de acuerdo con lo establecido en el art. 83 a de la Ley de Contrato de Seguro, el Tomador 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 o un documento de cobertura provisional, en cuyo caso el Asegurador le devolverá el importe de la prima pagada, salvo la parte correspondiente al tiempo en que el Contrato hubiera tenido vigencia.

1.5 Reclamaciones. Órganos ante los que formularlas. Plazo y prescripción

Las discrepancias entre el Tomador del seguro, Asegurado y/o Beneficiario de una póliza y el Asegurador, sin perjuicio de poder acudir a la vía administrativa o judicial que se considere oportuna, podrán resolverse mediante la presentación de la correspondiente queja o reclamación ante el Departamento de Atención al Cliente (Avda. Alcalde Barnils, nº 63, Sant Cugat del Vallés -08174-, Barcelona) o, en su caso, ante el Defensor del Cliente (Apdo. Correos 101, Sant Cugat del Vallés -08171 - Barcelona), en las condiciones, y dentro de los plazos que constan detallados en el Reglamento de la institución aprobado por el Asegurador, que se encuentra a disposición de los tomadores, asegurados y/o Beneficiarios en las oficinas de la entidad aseguradora.

Caso de ser desestimada la queja o reclamación, o haber transcurrido dos meses desde su presentación sin que haya sido resuelta, y sin perjuicio de poder iniciar la vía administrativa o judicial que considere oportunas, el reclamante podrá dirigirse al Comisionado para la Defensa del Asegurado y Partícipe de Planes de Pensiones (Paseo de la Castellana, nº 44, Madrid -28046-)

El plazo de prescripción de los derechos que se deriven de la presente póliza será de cinco años, contados desde el día que ocurrió el hecho origen de aquéllos.

Condiciones Generales

Seguro de Vida

1.6 Toma de efecto del seguro

Las obligaciones del Asegurador, previo perfeccionamiento de la póliza, (firmada y pagada la primera prima), comenzarán a partir del día y hora fijados en las Condiciones Particulares.

Si el Tomador del Seguro no ha pagado la primera prima, el Asegurador tiene derecho a resolver el Contrato.

Si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro el Asegurador quedará liberado de la obligación del pago de la prestación asegurada.

1.7 Error en la edad del Asegurado

En el supuesto de indicación inexacta de la edad del Asegurado, el Asegurador podrá impugnar el contrato si la verdadera edad del Asegurado en el momento de la entrada en vigor del contrato excede de los límites de admisión establecidos por aquél.

En otro caso, si como consecuencia de una declaración inexacta de la edad, la prima pagada es inferior a la que correspondería pagar, la prestación del Asegurador se reducirá en proporción a la prima percibida. Si, por el contrario, la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, el Asegurador está obligado a restituir el exceso de las primas percibidas sin intereses.

1.8 Cambio de Beneficiario

Durante la vigencia de la póliza, el Tomador del Seguro puede designar Beneficiario o modificar la designación anteriormente señalada sin necesidad del consentimiento del Asegurado, salvo que el Tomador del Seguro haya renunciado expresamente y por escrito a tal facultad. La designación de Beneficiario o la revocación de éste se podrá hacer constar en las Condiciones Particulares o bien en testamento. Si se hace en testamento, el Tomador del Seguro deberá comunicarlo expresamente al Asegurador; de no hacerlo así, se estará a lo establecido en la póliza.

1.9 Plazo de comunicación del siniestro

El Tomador del seguro o el Asegurado o el Beneficiario deberán comunicar al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido, salvo que se haya fijado en la póliza un plazo más amplio. En caso de incumplimiento, el Asegurador podrá reclamar los daños y perjuicios causados por la falta de declaración.

Este efecto no se producirá si se prueba que el Asegurador ha tenido conocimiento del siniestro por otro medio.

El Tomador del seguro o el Asegurado deberá, además, dar al Asegurador toda clase de informaciones sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro. En caso de violación de este deber, la pérdida del derecho a la indemnización sólo se producirá en el supuesto de que hubiese concurrido dolo o culpa grave.

1.10 Órgano de Control. Jurisdicción competente

1.10.1. El Estado miembro competente para ejercer el control de la actividad aseguradora es España, siendo la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones la autoridad administrativa competente para ejercer el referido control.

1.10.2. La presente póliza de seguro queda sometida a la jurisdicción española y, dentro de ella, será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas de la misma el del domicilio del Asegurado, siendo nulo cualquier pacto en contrario.

2 OBJETO DEL SEGURO

En caso de producirse el fallecimiento del Asegurado antes de la fecha prevista de vencimiento del contrato, el Asegurador pagará al Beneficiario el Capital establecido en las Condiciones Particulares, todo ello con arreglo a las Condiciones de esta póliza.

3 DELIMITACIÓN DE GARANTÍAS

No estarán cubiertos los riesgos que no figuren expresamente garantizados en las Condiciones Particulares de esta póliza.

Están excluidas de las garantías de la póliza la cobertura de los siguientes supuestos:

- a) **Suicidio.** Durante el primer año de vigencia de la póliza el Asegurador no cubre el riesgo de muerte por esta causa (art. 93 de la Ley de Contrato de Seguro).
- b) **Muerte del Asegurado causada dolosamente por único Beneficiario.** En este caso la prestación establecida en la póliza quedará integrada en el Patrimonio del Tomador del Seguro (art. 92 de la Ley de Contrato de Seguro).
- c) **Siniestros acaecidos como consecuencia de conflictos armados, haya precedido, o no, declaración oficial de guerra.**
- d) **Siniestros calificados por el Gobierno de la Nación como "catástrofe o calamidad nacional".**
- e) **Siniestros de carácter catastrófico acaecidos como consecuencia directa o indirecta de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.**
- f) **Siniestros acaecidos como consecuencia de Riesgos Extraordinarios que estén amparados por el Consorcio de Compensación de Seguros.**

4 PRIMAS

4.1 Importe y frecuencia

Las primas de tarifa se han establecido sobre la base anual y son pagaderas por anticipado en la fecha de efecto y sucesivos aniversarios.

No obstante la base de pago anual, las primas podrán fraccionarse y ser satisfechas por anticipado, mediante el correspondiente recargo por fraccionamiento. Por consiguiente, en caso de siniestro, se exime al Tomador del Seguro el pago de las fracciones de prima que falten para completar la anualidad en curso.

4.2 Pago de primas

El primer recibo de prima deberá ser satisfecho en el momento de la firma de la póliza. Si por culpa del Tomador la primera Prima no hubiere sido pagada, la Compañía podrá resolver el contrato, o exigir el pago de la Prima debida. Si la primera prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, la Compañía queda liberada de su obligación.

A partir del segundo recibo de prima se concede un plazo de gracia de 30 días para su pago después del vencimiento de cada una de ellas.

La póliza conservará su vigor durante el plazo de gracia, salvo en el caso de que hubiere sido anulada anteriormente por cualquier causa.

4.3 Duración del pago de primas

Las primas de la presente póliza son pagaderas mientras viva el Asegurado, en las fechas de vencimiento pactadas en las Condiciones Particulares, y como máximo hasta completar el plazo de duración convenido para el pago de las mismas.

4.4 Lugar de pago

Las primas del Seguro deberán satisfacerse los días de los vencimientos fijados en la póliza, en el domicilio que se ha pactado en las Condiciones Particulares de la misma.

4.5 Domiciliación pago primas

Si el Tomador del Seguro ha convenido en las Condiciones Particulares de la póliza, el pago de los recibos de prima por medio de cuenta abierta en Banco o Caja de Ahorros, entonces deberá entregar al Asegurador una carta dirigida al Establecimiento Bancario o Caja de Ahorros, autorizando el pago, con cargo a su cuenta, de los recibos de prima de la póliza.

4.6 Cambio de domiciliación del pago de primas

Durante la vigencia de la póliza, si procede, el Tomador del Seguro puede cambiar libremente la cuenta bancaria en la cual desea domiciliar los recibos de prima sin más que comunicar previamente el cambio al Asegurador en la forma prevista en la condición 4.5.

Hasta tanto el Asegurador no tenga conocimiento del nuevo domicilio de pago, el Asegurador seguirá dirigiendo los recibos de prima al último domicilio de pago al que los venía dirigiendo.

Condiciones Generales

Seguro de Vida

4.7 Falta de pago de las primas

En caso de falta de pago de la segunda y sucesivas primas o de cualquiera de las fracciones de prima que se hubieran pactado, de acuerdo con lo establecido en la cláusula 4.1 del presente condicionado, la cobertura queda suspendida un mes después del día del correspondiente vencimiento, entendiéndose extinguida la póliza si no se reclama el pago dentro de los seis meses siguientes a dicho vencimiento.

Si la póliza no hubiera sido resuelta según lo dispuesto en la condición 1.3, o extinguida de acuerdo con lo dispuesto en el párrafo anterior, la cobertura vuelve a tener efecto a las 24 horas del día en que el Tomador del Seguro pague la prima o la fracción correspondiente.

4.8 Tarifa de primas

Esta póliza es emitida por el Asegurador, aplicando la tarifa vigente en la fecha de su emisión.

En el supuesto de que, del resultado de su aplicación se observara una desviación, por mortalidad o persistencia de las pólizas, computadas en la determinación de aquélla, el Asegurador se reserva el derecho de sustituirla por otra tarifa basada en una tabla de mortalidad más ajustada a la realidad, según experiencia, emitiendo el documento de modificación correspondiente para su formalización por parte del Tomador del Seguro (art. 5º de la Ley de Contrato de Seguro).

5 LIQUIDACIÓN Y PAGO DE LAS PRESTACIONES ASEGURADAS

En el momento en que se produzca el evento del cual depende el pago de las prestaciones aseguradas por la póliza, dentro de los términos previstos en las condiciones de la misma, el Asegurador efectuará el pago de las mismas una vez cumplimentados los requisitos siguientes:

5.1 Caso de fallecimiento del Asegurado

Si el fallecimiento del Asegurado ocurre estando la póliza en vigor, el Beneficiario o Beneficiarios deberán presentar al Asegurador los documentos justificativos necesarios para percibir la prestación asegurada. Dichos documentos son:

- Certificado de defunción del Asegurado.
- Certificado del médico que haya asistido al Asegurado en su última enfermedad, detallando historia clínica, indicando si era o no fumador y la causa de la muerte.
- Si procede, copia del último testamento; caso de no haberlo, Certificado del Registro de Actas de últimas voluntades o Acta Judicial o Notarial de Declaración de herederos.
- Carta de pago del impuesto sobre sucesiones, o la declaración de exención.

5.2 Caso de prestaciones por Seguros Complementarios

La reclamación de prestaciones, que se devenguen por el acaecimiento de eventos, cubiertos en los términos y condiciones de los respectivos Seguros Complementarios incluidos en esta póliza, estará sujeta a la presentación al Asegurador de la documentación que corresponda y a la cumplimentación de los requisitos, según sea el caso, previstos en las Condiciones Generales de aquéllos.

5.3 Pago de las prestaciones aseguradas

Una vez recibidos los anteriores documentos, según sea el caso, y demostrada la identidad personal del Beneficiario, el Asegurador pagará o consignará al Beneficiario, en el plazo máximo de cuarenta días a partir de la recepción de la declaración del siniestro, el pago del importe mínimo de lo que el Asegurador pueda deber según las circunstancias por él conocidas.

Si en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro, el Asegurador no hubiere satisfecho el importe de la prestación por causa no justificada o que le fuera imputable, dicha prestación se incrementará con los intereses legales que correspondan.

Condiciones Generales

Seguro Complementario de Capital en caso de Muerte por Accidente

Nº de póliza
8-24.881.800-Z

1 OBJETO DEL SEGURO

Por el presente Seguro Complementario, el Asegurador se obliga a pagar un capital adicional al que corresponda por la garantía principal de fallecimiento, en el supuesto de que el Asegurado fallezca a causa de un accidente cubierto por la póliza.

El pago de dicho capital se efectuará al Beneficiario designado por el Tomador del Seguro.

2 CUANTÍA DEL CAPITAL ASEGURADO

A los efectos del presente Seguro Complementario se entenderá por capital adicional Asegurado, el que se haya estipulado en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía complementaria, teniendo en cuenta a su vez la modalidad de póliza contratada de acuerdo con lo que a continuación se indica:

2.1 Si la póliza de Seguro contratada, es con revalorización automática de prestaciones, la cuantía del capital adicional es igual al valor nominal que alcance el importe que figura en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía complementaria en el momento del fallecimiento

2.2 Si la póliza de Seguro contratada, es sin revalorización automática de prestaciones, la cuantía del capital adicional es igual a la suma asegurada que figura en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía complementaria.

3 PRIMAS

Este seguro se conviene mediante las primas correspondientes al riesgo objeto del seguro y se sumarán a las del Seguro Principal incrementadas con los impuestos legalmente repercutibles, siendo pagaderas, por tanto, conjuntamente con las del Seguro Principal.

4 DURACIÓN DE LAS GARANTÍAS

Las garantías de este seguro complementario estarán en vigor mientras se paguen las primas correspondientes, terminándose al mismo tiempo que el Seguro Principal y como máximo hasta completar el plazo de duración convenido en las condiciones particulares de la póliza.

5 DELIMITACIÓN DE GARANTÍAS

5.1 Definición de accidente

A los efectos de este Seguro Complementario se entiende por accidente la lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado y que produzca la muerte del mismo **dentro de un año a partir de la fecha en que sufrió tal lesión.**

5.2 Riesgos excluidos

Quedan excluidos de las garantías del presente Seguro Complementario los siguientes riesgos:

5.2.1 Hechos de guerra, sea o no combatiente el Asegurado, aun en el caso de que el Asegurador hubiese asumido este riesgo para el Seguro Principal.

5.2.2 Participación en motines, tumultos, piquetes, alborotos populares, insurrecciones, desórdenes públicos, actos de violencia y terrorismo, así como las riñas, salvo en este último caso por legítima defensa.

5.2.3 Mutilaciones voluntarias, suicidio, tentativa de suicidio, duelo u otro cualquier acto delictivo que constituya imprudencia temeraria o negligencia grave del Asegurado.

5.2.4 Accidentes sufridos en estado de perturbación mental, a consecuencia del uso de estupefacientes, o en estado de embriaguez, así como enfermedades contraídas a consecuencia de alcoholismo.

5.2.5 Los accidentes causados por temblor de tierra, erupción volcánica, inundación y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario.

5.2.6 Las consecuencias de accidentes originados con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro.

Condiciones Generales

Seguro Complementario de Capital en caso de Muerte por Accidente

5.2.7 Los viajes de exploración, las inmersiones submarinas a profundidades superiores de 25 metros y los viajes aéreos, utilizando la aviación privada, salvo que queden expresamente cubiertos estos riesgos en las Condiciones Particulares de la póliza mediante sobreprima especial.

5.2.8 Las consecuencias directas o indirectas de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.

5.2.9 Siniestros acaecidos como consecuencia de Riesgos Extraordinarios que estén amparados por el Consorcio de Compensación de Seguros.

5.2.10. Todos los riesgos cualquiera que sea su causa, naturaleza u origen que no estén relacionados con los que de una manera expresa quedan cubiertos en la condición 5.1. de las presentes condiciones.

6 DECLARACIONES

Las garantías de este Seguro Complementario están basadas en las declaraciones realizadas por el Tomador del Seguro conforme se establece en la condición 1.2 de las Generales de la Póliza.

El Tomador del Seguro tiene el deber de comunicar al Asegurador la modificación de las circunstancias de riesgo que pueden influir en la apreciación del riesgo, especialmente profesión habitual y práctica de deportes.

7 FORMALIDADES A REALIZAR EN CASO DE ACCIDENTE MORTAL

Si por causa del accidente sobreviniera la muerte del Asegurado, sea inmediatamente o sea dentro de 12 meses después de la fecha de ocurrencia del accidente, deberá darse cuenta de la misma por escrito al Asegurador enviando a éste las pruebas justificativas, a fin de que pueda reconocer y apreciar la causa determinante de la muerte. A los efectos de la comprobación de la muerte ocasionada por accidente se deberá proceder como se indica a continuación:

7.1 El Asegurado o sus Beneficiarios deberán dar aviso por escrito al Asegurador del fallecimiento por accidente sufrido por aquél, dentro del plazo de treinta días de haber ocurrido, salvo caso de fuerza mayor, detallando el lugar y la hora en se haya producido, así como las causas y demás circunstancias relativas al mismo.

7.2 Con este aviso, deberá acompañarse cuanta documentación y/o pruebas se estimen necesarias por el Asegurador para la correcta valoración del siniestro y en especial :

- a) Certificado de defunción del Asegurado.
- b) Certificado del médico que haya asistido al Asegurado en su última enfermedad, detallando historia clínica, indicando si era o no fumador y la causa de la muerte.
- c) Atestado o informe emitido por autoridad que describa la ocurrencia del accidente.
- d) Si procede, copia del último testamento; caso de no haberlo, Certificado del Registro de Actas de últimas voluntades o Acta Judicial o Notarial de Declaración de herederos.

8 PAGO DEL CAPITAL ASEGURADO

Una vez comprobado por el Asegurador que la muerte del Asegurado es por causa de un accidente indemnizable en los términos y condiciones de este Seguro Complementario, el Asegurador procederá a pagar al Beneficiario de la póliza, el capital de este Seguro Complementario, dentro de los plazos previstos por la Ley y que figuran en la Condición General de la póliza que se refiere al Pago de las prestaciones aseguradas, una vez presentada la Carta de pago del impuesto sobre sucesiones correspondiente, o la declaración de exención.

Condiciones Generales

Seguro Complementario de Capital en caso de Muerte por Accidente

Nº de póliza
8-24.881.800-Z

9 ARBITRAJE

En el supuesto de falta de acuerdo sobre la calificación de los riesgos del accidente que hubiere afectado al Asegurado y en consideración a si son o no indemnizables en los términos previstos en este seguro, el Tomador del Seguro o los Beneficiarios y el Asegurador se obligan a solventar sus diferencias por medio de dos Peritos elegidos uno por cada parte, de acuerdo con lo establecido en los arts. 38 y 39 de la Ley del Contrato de Seguro.

www.presupuestosyseguros.com

Condiciones Generales

Seguro Complementario de Capital en caso de Muerte por Accidente de Circulación

1 OBJETO DEL SEGURO

Por el presente Seguro Complementario, el Asegurador se obliga a pagar un capital adicional al que corresponda por la garantía complementaria de capital en caso de muerte por Accidente, en el supuesto de que el Asegurado fallezca a causa de un accidente de circulación cubierto por la póliza.

Para contratar el presente Seguro Complementario es indispensable que se haya contratado previamente o conjuntamente el Seguro Complementario de capital en caso de muerte por accidente.

El pago de dicho capital se efectuará al Beneficiario designado por el Tomador del Seguro.

2 CUANTÍA DEL CAPITAL ASEGURADO

A los efectos del presente Seguro Complementario se entenderá por capital adicional Asegurado, el que se haya estipulado en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía complementaria, teniendo en cuenta a su vez la modalidad de póliza contratada de acuerdo con lo que a continuación se indica:

- a) Si la póliza de Seguro contratada, es con revalorización automática de prestaciones, la cuantía del capital adicional es igual al valor nominal que alcance el importe que figura en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía complementaria en el momento del fallecimiento.
- b) Si la póliza de Seguro contratada, es sin revalorización automática de prestaciones, la cuantía del capital adicional es igual a la suma asegurada que figura en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía complementaria.

Capital Adicional por Orfandad total.- En caso de fallecimiento simultáneo en un mismo Accidente de circulación del Asegurado y su cónyuge, el Asegurador se obliga a pagar otra cuantía adicional e igual a la descrita en este apartado a favor de sus hijos comunes menores de edad o incapacitados.

Se entenderá por fallecimiento simultáneo aquél por el que a causa de un mismo accidente de circulación se presentara el fallecimiento del asegurado y del cónyuge, y ambos fallecimientos tuvieran lugar en el mismo momento del accidente que le dio origen o **dentro de un año a partir de la fecha del accidente.**

A los efectos de esta garantía se considera cónyuge tanto a quien así conste conforme a derecho como a la pareja de hecho que conste inscrita en alguno de los registros oficiales creados a tal efecto por la correspondiente comunidad autónoma o ayuntamiento.

3 PRIMAS

Este seguro se conviene mediante las primas correspondientes al riesgo objeto de seguro y se sumarán a las del Seguro Principal incrementadas con los impuestos legalmente repercutibles, siendo pagaderas por tanto conjuntamente con las del Seguro Principal.

4 DURACIÓN DE LAS GARANTÍAS

Las garantías de este seguro complementario estarán en vigor mientras se paguen las primas correspondientes, terminándose al mismo tiempo que el Seguro Principal o el Seguro Complementario de capital en caso de muerte por accidente y como máximo hasta completar el plazo de duración convenido en las condiciones particulares de la póliza.

5 DELIMITACIÓN DE GARANTÍAS

5.1 Definición de accidente de circulación

A los efectos de este Seguro Complementario, quedan cubiertos los riesgos derivados de la circulación, entendiéndose como accidente de circulación los que se produzcan en los supuestos siguientes:

5.1.1. Fallecimiento a consecuencia de accidente causado por uno o más vehículos, mientras el Asegurado circula a pie, o montado en bicicleta o en caballería, por cualquier clase de vía pública o camino particular abierto al público.

Condiciones Generales

Seguro Complementario de Capital en caso de Muerte por Accidente de Circulación

Nº de póliza
8-24.881.800-Z

5.1.2. Fallecimiento del Asegurado bien sea conduciendo un vehículo terrestre o una embarcación de recreo, bien sea como pasajero de cualquier vehículo terrestre o embarcación de recreo.

5.1.3. Fallecimiento del Asegurado como pasajero de medios de transportes públicos, terrestres, marítimos, o aéreos.

Se entenderá por fallecimiento del Asegurado a consecuencia de accidente de circulación el que comporte la muerte del Asegurado **dentro de un año a partir de la fecha del accidente.**

5.2 Riesgos excluidos

Quedan excluidos de las garantías del presente Seguro Complementario los siguientes riesgos:

5.2.1. Hechos de guerra, sea o no combatiente el Asegurado, aun en el caso de que el Asegurador hubiese asumido este riesgo para el Seguro Principal.

5.2.2. Participación en motines, tumultos, piquetes, alborotos populares, insurrecciones, desórdenes públicos, actos de violencia y terrorismo, así como las riñas, salvo en este último caso por legítima defensa.

5.2.3. Mutilaciones voluntarias, suicidio, tentativa de suicidio, duelo u otro cualquier acto que constituya imprudencia temeraria o negligencia grave del Asegurado.

5.2.4. Accidentes sufridos en estado de perturbación mental, a consecuencia del uso de estupefacientes, o en estado de embriaguez, así como enfermedades contraídas a consecuencia de alcoholismo.

5.2.5. Los accidentes causados por temblor de tierra, erupción volcánica, inundación y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario.

5.2.6. Las consecuencias de accidentes originados con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro.

5.2.7. Los viajes de exploración, las inmersiones submarinas a profundidades superiores a 25 metros y los viajes aéreos, utilizando la aviación privada, salvo que queden expresamente cubiertos estos riesgos en las Condiciones Particulares de la póliza mediante sobreprima especial.

5.2.8. Las consecuencias directas o indirectas de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.

5.2.9. Participación del Asegurado en pruebas deportivas de cualquier clase, ocupando el vehículo como piloto, copiloto o simple pasajero.

5.2.10. Siniestros acaecidos como consecuencia de Riesgos Extraordinarios que estén amparados por el Consorcio de Compensación de Seguros.

5.2.11. Todos los riesgos cualquiera que sea su causa, naturaleza u origen que no estén relacionados con los que de una manera expresa quedan cubiertos en la condición 5.1. de las presentes condiciones.

6 DECLARACIONES

Las garantías de este Seguro Complementario están basadas en las declaraciones realizadas por el Tomador del Seguro conforme se establece en la condición 1.2. de las Generales de la Póliza.

El Tomador del Seguro tiene el deber de comunicar al Asegurador la modificación de las circunstancias de riesgo que pueden influir en la apreciación del riesgo, especialmente profesión habitual y práctica de deportes.

7 FORMALIDADES A REALIZAR EN CASO DE ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN

Si por causa del accidente de circulación sobreviniera la muerte del Asegurado deberá darse cuenta de la misma por escrito al Asegurador enviando a éste las pruebas justificativas, a fin

Condiciones Generales

Seguro Complementario de Capital en caso de Muerte por Accidente de Circulación

de que pueda reconocer y apreciar la causa determinante de la muerte. A los efectos de la comprobación de la muerte ocasionada por accidente de circulación se deberá proceder como se indica a continuación:

7.1 El Asegurado o sus Beneficiarios deberán dar aviso por escrito al Asegurador del fallecimiento por accidente sufrido por aquél, dentro del plazo de treinta días de haber ocurrido, salvo caso de fuerza mayor, detallando el lugar y la hora en se haya producido, así como las causas y demás circunstancias relativas al mismo.

7.2 Con este aviso, deberá acompañarse cuanta documentación y/o pruebas se estimen necesarias por el Asegurador para la correcta valoración del siniestro y en especial :

- a) Certificado de defunción del Asegurado.
- b) Certificado del médico que haya asistido al Asegurado en su última enfermedad, detallando historia clínica, indicando si era o no fumador y la causa de la muerte.
- c) Atestado o informe emitido por autoridad que describa la ocurrencia del accidente.
- d) Si procede, copia del último testamento; caso de no haberlo, Certificado del Registro de Actas de últimas voluntades o Acta Judicial o Notarial de Declaración de herederos.

8 PAGO DEL CAPITAL ASEGURADO

Una vez comprobada por el Asegurador que la muerte del Asegurado es por causa de un accidente indemnizable en los términos y Condiciones de este Seguro Complementario, el Asegurador procederá a pagar al Beneficiario de la póliza, el capital de este Seguro Complementario, dentro de los plazos previstos por la Ley y que figuran en la Condición General de la póliza que se refiere a Pago de las prestaciones aseguradas, una vez presentada la Carta de pago del impuesto sobre sucesiones correspondiente, o la declaración de exención.

9 ARBITRAJE

En el supuesto de falta de acuerdo sobre la calificación de los riesgos del accidente que hubiere afectado al Asegurado y en consideración a si son o no indemnizables en los términos previstos en este Seguro, el Tomador del Seguro o los Beneficiarios y el Asegurador se obligan a solventar sus diferencias por medio de dos Peritos elegidos uno por cada parte, de acuerdo con lo establecido en los arts. 38 y 39 de la Ley del Contrato de Seguro.

Condiciones Generales

Seguro Complementario de Prestaciones por Invalidez Absoluta

Nº de póliza
8-24.881.800-Z

1 OBJETO DEL SEGURO

Por el presente Seguro Complementario, el Asegurador de acuerdo con las Condiciones Generales que figuran a continuación y en cuanto no las modifiquen las del Seguro Principal, se obliga a efectuar el pago de las prestaciones previstas en caso de Invalidez absoluta y permanente del Asegurado, en los términos previstos en las presentes Condiciones Generales.

Los pagos del presente Seguro Complementario se efectuarán al Asegurado a partir del momento en que el Asegurador haya reconocido el estado de invalidez absoluta y permanente del mismo.

2 CUANTÍA DE LAS PRESTACIONES

La cuantía de las prestaciones del presente Seguro Complementario será la que se haya estipulado en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía complementaria, teniendo en cuenta a su vez la modalidad de póliza contratada de acuerdo con lo que a continuación se indica:

2.1 Si la póliza de Seguro contratada, es con revalorización automática de prestaciones, la cuantía de la prestación será igual al valor nominal que alcance, en el momento en que se cause la invalidez, el importe que figura en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía complementaria.

2.2 Si la póliza de Seguro contratada, es sin revalorización automática de prestaciones, la cuantía del capital adicional es la suma asegurada que figura en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía complementaria.

3 PRIMAS

Este Seguro se conviene mediante las primas correspondientes al riesgo objeto de Seguro y se sumarán a las del Seguro Principal, incrementadas con los impuestos legalmente repercutibles, y son pagaderas conjuntamente con las del Seguro Principal.

4 DURACIÓN DE LAS GARANTÍAS

4.1 Las garantías de este seguro complementario estarán en vigor mientras se paguen las primas correspondientes, terminándose al mismo tiempo que el Seguro Principal y como máximo hasta completar el plazo de duración convenido en las condiciones particulares de la póliza.

4.2 La póliza rescindida por falta de pago de la prima, implicará automáticamente la anulación del presente Seguro Complementario y en consecuencia el Asegurado perderá todo derecho a cualquier reclamo por Invalidez Absoluta y Permanente, después de transcurrido el plazo de 30 días siguientes a la fecha en que quedó la póliza en tal situación.

5 DELIMITACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO

5.1 Definición del estado de la invalidez absoluta

A los efectos del presente Seguro Complementario se entiende por Invalidez absoluta y permanente la situación física irreversible provocada por enfermedad o accidente, totalmente independientes de la voluntad del Asegurado **y sobrevenida después de un año de contratado este seguro, salvo si fuere por causa de accidente**, determinante de la total ineptitud de éste para el mantenimiento de cualquier relación laboral, actividad profesional, trabajo u ocupación con o sin retribución.

5.2 Riesgos excluidos

Quedan excluidos de la garantía de este Seguro:

5.2.1 Los siniestros causados voluntariamente por el Asegurado.

5.2.2 Los accidentes o enfermedades que sobrevengan al Asegurado, a consecuencia del uso de estupefacientes no prescritos médicamente, o en estado de embriaguez, así como enfermedades contraídas a consecuencia del alcoholismo.

Condiciones Generales

Seguro Complementario de Prestaciones por Invalidez Absoluta

5.2.3 Las consecuencias de un acto de imprudencia temeraria o negligencia grave del Asegurado declarado así judicialmente, así como los derivados de la participación de éste en actos delictivos, duelos o riñas, siempre que en este último caso no hubiere actuado en legítima defensa, o en tentativa de salvamento de personas o bienes.

5.2.4 Las consecuencias de guerras u operaciones de carácter similar o derivadas de hechos de carácter político o social.

5.2.5 Las consecuencias causadas por temblor de tierra, erupción volcánica, inundación, y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario.

5.2.6 Los accidentes causados por la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.

5.2.7 Las consecuencias de enfermedad, terapia o tratamiento médico, intervención quirúrgica o accidente originados con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro y no declarados expresamente en la solicitud del Seguro.

5.2.8 Siniestros acaecidos como consecuencia de Riesgos Extraordinarios que estén amparados por el Consorcio de Compensación de Seguros.

5.2.9. Todos los riesgos cualquiera que sea su causa, naturaleza u origen que no estén relacionados con los que de una manera expresa quedan cubiertos en la condición 5.1. de las presentes condiciones.

6 DECLARACIONES

Las garantías de este Seguro Complementario están basadas en las declaraciones realizadas por el Tomador del Seguro conforme se establezca en la condición 1.2 de las Generales de la póliza.

El Tomador del Seguro tiene el deber de comunicar al Asegurador la modificación de las circunstancias de riesgo que pueden influir en la apreciación del riesgo, especialmente profesión habitual y práctica de deportes.

7 COMPROBACIÓN DEL ESTADO DE INVALIDEZ

A los efectos de la comprobación de la invalidez absoluta y permanente, ocasionada por accidente o enfermedad, el Asegurador en ningún caso tomará como prueba fehaciente y vinculante para el pago de la indemnización del presente Seguro Complementario, el dictamen que para el Asegurado hayan emitido los organismos de la Seguridad Social u organismo de la Comunidad Autónoma correspondiente en orden a la calificación de su estado de Invalidez absoluta y permanente, sino que se deberá proceder como a continuación se indica:

7.1 El Asegurado o persona que le represente deberá dar aviso al Asegurador de la aparición del estado de invalidez que haya sufrido el Asegurado, detallando las circunstancias y las causas que hayan motivado la aparición del estado de invalidez absoluta y permanente.

Con este aviso, deberá acompañarse un informe suscrito por el médico que haya asistido al Asegurado en el que explique detalladamente fechas, orígenes, causas, curso y evolución probable de la enfermedad o accidente que haya producido la invalidez absoluta y permanente, y la fecha a partir de la cual se le declara como inválido en los términos y condiciones de la presente garantía.

7.2 El Asegurado, por su parte, deberá contestar con exactitud a cuantas preguntas le formule el Asegurador, suministrando las pruebas que se pidan y dejarse visitar y reconocer por los médicos de aquél, bajo la pena de pérdida de los derechos que de este seguro se derivan.

7.3 Mientras no sea reconocida la existencia de la invalidez deben seguirse pagando las primas de este seguro y de la póliza de Seguro Principal; de lo contrario, se aplicarán las disposiciones de las Condiciones Generales del Seguro sobre falta de pago de primas.

Condiciones Generales

Seguro Complementario de Prestaciones por Invalidez Absoluta

Nº de póliza
8-24.881.800-Z

Cuando el Asegurador reconozca el estado de invalidez absoluta y permanente del Asegurado, se tomará como fecha de efecto de la misma la que declare el informe médico que se menciona en el punto 7.1, y el Asegurador devolverá si las hubiere las primas pagadas a partir de aquella fecha.

7.4 El Asegurador, salvo por causa justificada o que no le fuere imputable, deberá satisfacer el importe de la suma asegurada en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro.

8 FORMA DE PAGO DE LAS PRESTACIONES

8.1 Una vez reconocido y aceptado por el Asegurador en los términos de este Seguro Complementario, el estado de invalidez absoluta y permanente del Asegurado, se procederá por parte del Asegurador a iniciar los pagos de las prestaciones por invalidez absoluta y permanente desde la fecha de efecto de la misma según lo indicado en la condición 7.3 anterior, **quedando sin efecto las restantes garantías y por tanto anulándose la póliza.**

8.2 El Asegurador efectuará el pago de las prestaciones por trimestres (por anticipado), mientras el Asegurado continúe inválido y como máximo durante veinte trimestres. Si desaparece la causa en la que se fundamenta el pago de las prestaciones de invalidez, o fallece el Asegurado dentro de los veinte trimestres, entonces la póliza quedará en las situaciones indicadas en los puntos 8.4 y 8.5 siguientes.

8.3 La cuantía de la prestación en cada trimestre será el 5% del capital del Seguro Principal de la póliza en la fecha en que el Asegurador reconoce el estado de invalidez del Asegurado en los términos indicados en la condición 7.3. hasta completar el 100% de la cuantía de la prestación de esta garantía complementaria.

8.4 Si en el transcurso del período de pago de las prestaciones, el Asegurado pasara de nuevo al estado de validez, entonces los pagos de las prestaciones terminarían a partir de la fecha en que el Asegurado obtuviera el alta médica. En este supuesto, el Seguro Principal quedaría reducido al montante de los pagos que restasen por pagar en dicho momento. Esta cobertura se mantendría mediante el pago de las primas correspondientes, reducidas en la misma proporción en que se ha reducido el Seguro Principal y quedando a partir de ese momento anulado el Seguro Complementario de invalidez.

8.5 Si se produjera el fallecimiento del Asegurado durante el período de pago de las prestaciones, el Asegurador liquidará la suma restante de los pagos pendientes hasta completar el 100% de la cuantía de la prestación de esta garantía complementaria, en la fecha de efecto de la invalidez del Asegurado, finiquitándose con este último pago el importe del seguro y anulándose automáticamente la póliza.

8.6 El Asegurador podrá solicitar al Asegurado que se deje efectuar las revisiones médicas que estime oportunas durante el período de pago de las prestaciones por invalidez, en la misma forma prevista en el punto 7.2.

9 ARBITRAJE

En el supuesto de que el Asegurador haya comunicado al Asegurado el rehúse del pago de las prestaciones por invalidez, por falta de acuerdo sobre la calificación de los riesgos que afectan al Asegurado y en consideración a si son o no indemnizables en los términos previstos en este Seguro Complementario, el Tomador del Seguro o el Asegurado por su legal Representante y el Asegurador se obligan a solventar sus diferencias por medio de dos Peritos elegidos, uno por cada parte, de acuerdo con lo establecido en los arts. 38 y 39 de la Ley de Contrato de Seguro.

Condiciones Generales

Seguro Complementario de Invalidez Absoluta y Permanente por Accidente

1 OBJETO DEL SEGURO

Por el presente Seguro Complementario, el Asegurador de acuerdo con las Condiciones Generales que figuran a continuación y en cuanto no las modifiquen las del Seguro Principal, se obliga a efectuar el pago de las prestaciones previstas en caso de Invalidez Absoluta y Permanente del Asegurado producida a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza en los términos previstos en las presentes Condiciones Generales.

Esta garantía solamente podrá ser contratada conjuntamente con el Seguro Complementario de prestaciones por Invalidez Absoluta y Permanente.

Los pagos del presente Seguro Complementario se efectuarán al Beneficiario a partir del momento en que el Asegurador haya reconocido el estado de invalidez absoluta y permanente del mismo.

2 CUANTÍA DEL CAPITAL ASEGURADO

A los efectos del presente Seguro Complementario se entenderá por capital adicional Asegurado, el que se haya estipulado en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía complementaria, teniendo en cuenta a su vez la modalidad de póliza contratada de acuerdo con lo que a continuación se indica:

2.1 Si la póliza de Seguro contratada es con revalorización automática de prestaciones, la cuantía del capital adicional es igual al valor nominal que alcance el importe que figura en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía complementaria en el momento de producirse el accidente causante del estado de invalidez absoluta y permanente.

2.2 Si la póliza de Seguro contratada es sin revalorización automática de prestaciones, la cuantía del capital adicional es igual a la suma asegurada que figura en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía complementaria.

3 PRIMAS

Este seguro se conviene mediante las primas correspondientes al riesgo objeto del seguro y se sumarán a las del Seguro Principal incrementadas con los impuestos legalmente repercutibles, siendo pagaderas, por tanto, conjuntamente con las del Seguro Principal.

4 DURACIÓN DE LAS GARANTÍAS

Las garantías de este seguro complementario estarán en vigor mientras se paguen las primas correspondientes, terminándose al mismo tiempo que el seguro complementario de Invalidez Absoluta y Permanente y como máximo hasta completar el plazo de duración convenido en las condiciones particulares de la póliza.

La póliza rescindida por falta de pago de la prima, implicará automáticamente la anulación del presente seguro complementario y en consecuencia el Asegurado perderá todo derecho a cualquier reclamo por Invalidez Absoluta y Permanente, después de transcurrido el plazo de 30 días siguientes a la fecha en que quedó la póliza en tal situación.

5 DELIMITACIÓN DE GARANTÍAS

5.1 Definición de accidente

A los efectos de este Seguro Complementario se entiende por accidente la lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado y que produzca el estado de Invalidez Absoluta y Permanente del mismo **dentro de un año a partir de la fecha en que sufrió tal lesión.**

5.2 Definición del estado de la invalidez absoluta

A los efectos del presente Seguro Complementario se entiende por Invalidez absoluta y permanente la situación física irreversible provocada por accidente totalmente independiente de la voluntad del Asegurado determinante de la total ineptitud de éste para el mantenimiento de cualquier relación laboral, actividad profesional, trabajo u ocupación con o sin retribución.

Condiciones Generales

Seguro Complementario de Invalidez Absoluta y Permanente por Accidente

Nº de póliza
8-24.881.800-Z

5.2 Riesgos excluidos

Quedan excluidos de la garantía de este Seguro:

5.2.1 Los siniestros causados voluntariamente por el Asegurado.

5.2.2 Los accidentes o enfermedades que sobrevengan al Asegurado, a consecuencia del uso de estupefacientes no prescritos médicamente, o en estado de embriaguez, así como enfermedades contraídas a consecuencia del alcoholismo.

5.2.3 Las consecuencias de un acto de imprudencia temeraria o negligencia grave del Asegurado declarado así judicialmente, así como los derivados de la participación de éste en actos delictivos, duelos o riñas, siempre que en este último caso no hubiere actuado en legítima defensa, o en tentativa de salvamento de personas o bienes.

5.2.4 Las consecuencias de guerras u operaciones de carácter similar o derivadas de hechos de carácter político o social.

5.2.5 Las consecuencias causadas por temblor de tierra, erupción volcánica, inundación, y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario.

5.2.6 Los accidentes causados por la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.

5.2.7 Las consecuencias de enfermedad, terapia o tratamiento médico, intervención quirúrgica o accidente originados con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro y no declarados expresamente en la solicitud del Seguro.

5.2.8 Siniestros acaecidos como consecuencia de Riesgos Extraordinarios que estén amparados por el Consorcio de Compensación de Seguros.

5.2.9. Todos los riesgos cualquiera que sea su causa, naturaleza u origen que no estén relacionados con los que de una manera expresa quedan cubiertos en la condición 5.1. de las presentes condiciones.

6 DECLARACIONES

Las garantías de este Seguro Complementario están basadas en las declaraciones realizadas por el Tomador del Seguro conforme se establece en la condición 1.2 de las Generales de la Póliza.

El Tomador del Seguro tiene el deber de comunicar al Asegurador la modificación de las circunstancias de riesgo que pueden influir en la apreciación del riesgo, especialmente profesión habitual y práctica de deportes.

7 COMPROBACIÓN DEL ESTADO DE INVALIDEZ

Para la solicitud y pago de la indemnización se estará a lo dispuesto en la condición 7 de las generales del Seguro Complementario de Invalidez Absoluta y Permanente, pero será indispensable en este caso, que en el informe médico, según está previsto en el punto 7.1. de dicha condición, se indique que la invalidez del Asegurado ha sido por causa de accidente. También deberá presentarse copia de la resolución judicial o prueba legal suficiente que establezca las circunstancias en que se produjo el accidente.

8 FORMA DE PAGO DE LAS PRESTACIONES

8.1 Una vez reconocido y aceptado por el Asegurador en los términos de este Seguro Complementario, el estado de invalidez absoluta y permanente producido por accidente del Asegurado, se procederá por parte del Asegurador a iniciar los pagos de las prestaciones por dicha garantía desde la fecha de efecto de la misma según lo indicado en la condición 7.3 de las Generales del Seguro Complementario de Invalidez Absoluta y Permanente, **quedando sin efecto las restantes garantías y por tanto anulándose la póliza.**

Condiciones Generales

Seguro Complementario de Invalidez Absoluta y Permanente por Accidente

8.2 El Asegurador efectuará el pago de las prestaciones por trimestres (por anticipado), mientras el Asegurado continúe inválido y como máximo durante veinte trimestres. Si desaparece la causa en la que se fundamenta el pago de las prestaciones de invalidez, o fallece el Asegurado dentro de los veinte trimestres, entonces la póliza quedará en las situaciones indicadas en los puntos 8.4 y 8.5 siguientes.

8.3 La cuantía de la prestación en cada trimestre será el 5% del capital del Seguro Principal de la póliza en la fecha en que el Asegurador reconoce el estado de invalidez del Asegurado en los términos indicados en la condición 7.3. de las Generales del Seguro Complementario de Invalidez Absoluta hasta completar el 100% de la cuantía de la prestación de esta garantía complementaria.

8.4 Si en el transcurso del período de pago de las prestaciones, el Asegurado pasara de nuevo al estado de validez, entonces los pagos de las prestaciones terminarían a partir de la fecha en que el Asegurado obtuviera el alta médica. En este supuesto, el Seguro Principal quedaría reducido al montante de los pagos que restasen por pagar en dicho momento. Esta cobertura se mantendría mediante el pago de las primas correspondientes, reducidas en la misma proporción en que se ha reducido el Seguro Principal y quedando a partir de ese momento anulado el Seguro Complementario de invalidez.

8.5 Si se produjera el fallecimiento del Asegurado durante el período de pago de las prestaciones, el Asegurador liquidará la suma restante de los pagos pendientes hasta completar el 100% de la cuantía de la prestación de esta garantía complementaria, en la fecha de efecto de la invalidez del Asegurado, finiquitándose con este último pago el importe del seguro y anulándose automáticamente la póliza.

8.6 El Asegurador podrá solicitar al Asegurado que se deje efectuar las revisiones médicas que estime oportunas durante el período de pago de las prestaciones por invalidez, en la misma forma prevista en el punto 7.2. de las Generales del Seguro Complementario de Invalidez Absoluta.

9 ARBITRAJE

En el supuesto de falta de acuerdo sobre la calificación de los riesgos del accidente que hubiere afectado al Asegurado y en consideración a si son o no indemnizables en los términos previstos en este seguro, el Tomador del Seguro o los Beneficiarios y el Asegurador se obligan a solventar sus diferencias por medio de dos Peritos elegidos uno por cada parte, de acuerdo con lo establecido en los arts. 38 y 39 de la Ley del Contrato de Seguro.

Condiciones Generales

Seguro Complementario de Invalidez Absoluta y Permanente por Accidente de Circulación

Nº de póliza
8-24.881.800-Z

1 OBJETO DEL SEGURO

Por el presente Seguro Complementario, el Asegurador de acuerdo con las Condiciones Generales que figuran a continuación y en cuanto no las modifiquen las del Seguro Principal, se obliga a efectuar el pago de las prestaciones previstas en caso de Invalidez Absoluta y Permanente del Asegurado producida a consecuencia de un accidente de circulación cubierto por la póliza en los términos previstos en las presentes Condiciones Generales.

Esta garantía solamente podrá ser contratada conjuntamente con el Seguro Complementario de prestaciones por Invalidez Absoluta y Permanente por accidente.

Los pagos del presente Seguro Complementario se efectuarán al Beneficiario a partir del momento en que el Asegurador haya reconocido el estado de invalidez absoluta y permanente del mismo.

2 CUANTÍA DEL CAPITAL ASEGURADO

A los efectos del presente Seguro Complementario se entenderá por capital adicional Asegurado, el que se haya estipulado en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía complementaria, teniendo en cuenta a su vez la modalidad de póliza contratada de acuerdo con lo que a continuación se indica:

2.1 Si la póliza de Seguro contratada es con revalorización automática de prestaciones, la cuantía del capital adicional es igual al valor nominal que alcance el importe que figura en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía complementaria en el momento de producirse el accidente causante del estado de invalidez absoluta y permanente.

2.2 Si la póliza de Seguro contratada es sin revalorización automática de prestaciones, la cuantía del capital adicional es igual a la suma asegurada que figura en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía complementaria.

3 PRIMAS

Este seguro se conviene mediante las primas correspondientes al riesgo objeto del seguro y se sumarán a las del Seguro Principal incrementadas con los impuestos legalmente repercutibles, siendo pagaderas, por tanto, conjuntamente con las del Seguro Principal.

4 DURACIÓN DE LAS GARANTÍAS

Las garantías de este Seguro Complementario estarán en vigor mientras se paguen las primas correspondientes, terminándose al mismo tiempo que el seguro complementario de Invalidez Absoluta y Permanente o Seguro Complementario de prestaciones por Invalidez Absoluta y Permanente por accidente y como máximo hasta completar el plazo de duración convenido en las condiciones particulares de la póliza.

La póliza rescindida por falta de pago de la prima, implicará automáticamente la anulación del presente seguro complementario y en consecuencia el Asegurado perderá todo derecho a cualquier reclamo por Invalidez Absoluta y Permanente, después de transcurrido el plazo de 30 días siguientes a la fecha en que quedó la póliza en tal situación.

5 DELIMITACIÓN DE GARANTÍAS

5.1 Definición de accidente de circulación

A los efectos de este Seguro Complementario, quedan cubiertos los riesgos derivados de la circulación, entendiéndose como accidente de circulación los que se produzcan en los supuestos siguientes:

5.1.1 Invalidez Absoluta y Permanente a consecuencia de accidente causado por uno o más vehículos, mientras el Asegurado circula a pie, o montado en bicicleta o en caballería, por cualquier clase de vía pública o camino particular abierto al público.

5.1.2 Invalidez Absoluta y Permanente del Asegurado bien sea conduciendo un vehículo terrestre o una embarcación de recreo, bien sea como pasajero de cualquier vehículo terrestre o embarcación de recreo.

5.1.3 Invalidez Absoluta y Permanente del Asegurado como pasajero de medios de transporte públicos, terrestres, marítimos, o aéreos.

Condiciones Generales

Seguro Complementario de Invalidez Absoluta y Permanente por Accidente de Circulación

5.2 Definición del estado de la invalidez absoluta

A los efectos del presente Seguro Complementario se entiende por Invalidez absoluta y permanente la situación física irreversible provocada por accidente de circulación totalmente independiente de la voluntad del Asegurado determinante de la total ineptitud de éste para el mantenimiento de cualquier relación laboral, actividad profesional, trabajo u ocupación con o sin retribución.

5.2 Riesgos excluidos

Quedan excluidos de la garantía de este Seguro:

5.2.1 Los siniestros causados voluntariamente por el Asegurado.

5.2.2 Los accidentes o enfermedades que sobrevengan al Asegurado, a consecuencia del uso de estupefacientes no prescritos médicamente, o en estado de embriaguez, así como enfermedades contraídas a consecuencia del alcoholismo.

5.2.3 Las consecuencias de un acto de imprudencia temeraria o negligencia grave del Asegurado declarado así judicialmente, así como los derivados de la participación de éste en actos delictivos, duelos o riñas, siempre que en este último caso no hubiere actuado en legítima defensa, o en tentativa de salvamento de personas o bienes.

5.2.4 Las consecuencias de guerras u operaciones de carácter similar o derivadas de hechos de carácter político o social.

5.2.5 Las consecuencias causadas por temblor de tierra, erupción volcánica, inundación, y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario.

5.2.6 Los accidentes causados por la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.

5.2.7 Las consecuencias de enfermedad, terapia o tratamiento médico, intervención quirúrgica o accidente originados con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro y no declarados expresamente en la solicitud del Seguro.

5.2.8 Siniestros acaecidos como consecuencia de Riesgos Extraordinarios que estén amparados por el Consorcio de Compensación de Seguros.

5.2.9. Todos los riesgos cualquiera que sea su causa, naturaleza u origen que no estén relacionados con los que de una manera expresa quedan cubiertos en la condición 5.1. de las presentes condiciones.

6 DECLARACIONES

Las garantías de este Seguro Complementario están basadas en las declaraciones realizadas por el Tomador del Seguro conforme se establece en la condición 1.2 de las Generales de la Póliza.

El Tomador del Seguro tiene el deber de comunicar al Asegurador la modificación de las circunstancias de riesgo que pueden influir en la apreciación del riesgo, especialmente profesión habitual y práctica de deportes.

7 COMPROBACIÓN DEL ESTADO DE INVALIDEZ

Para la solicitud y pago de la indemnización se estará a lo dispuesto en la condición 7 de las generales del Seguro Complementario de Invalidez Absoluta y Permanente, pero será indispensable en este caso, que en el informe médico, según está previsto en el punto 7.1. de dicha condición, se indique que la invalidez del Asegurado ha sido por causa de accidente de circulación. También deberá presentarse copia de la resolución judicial o prueba legal suficiente que establezca las circunstancias en que se produjo el accidente.

8 FORMA DE PAGO DE LAS PRESTACIONES

8.1 Una vez reconocido y aceptado por el Asegurador en los términos de este Seguro Complementario, el estado de invalidez absoluta y permanente producido por accidente del

Condiciones Generales

Seguro Complementario de Invalidez Absoluta y Permanente por Accidente de Circulación

Nº de póliza
8-24.881.800-Z

Asegurado, se procederá por parte del Asegurador a iniciar los pagos de las prestaciones por dicha garantía desde la fecha de efecto de la misma según lo indicado en la condición 7.3 de las Generales del Seguro Complementario de Invalidez Absoluta y Permanente, **quedando sin efecto las restantes garantías y por tanto anulándose la póliza.**

8.2 El Asegurador efectuará el pago de las prestaciones por trimestres (por anticipado), mientras el Asegurado continúe inválido y como máximo durante veinte trimestres. Si desaparece la causa en la que se fundamenta el pago de las prestaciones de invalidez, o fallece el Asegurado dentro de los veinte trimestres, entonces la póliza quedará en las situaciones indicadas en los puntos 8.4 y 8.5 siguientes.

8.3 La cuantía de la prestación en cada trimestre será el 5% del capital del Seguro Principal de la póliza en la fecha en que el Asegurador reconoce el estado de invalidez del Asegurado en los términos indicados en la condición 7.3. de las Generales del Seguro Complementario de Invalidez Absoluta hasta completar el 100% de la cuantía de la prestación de esta garantía complementaria.

8.4 Si en el transcurso del período de pago de las prestaciones, el Asegurado pasara de nuevo al estado de validez, entonces los pagos de las prestaciones terminarían a partir de la fecha en que el Asegurado obtuviera el alta médica. En este supuesto, el Seguro Principal quedaría reducido al montante de los pagos que restasen por pagar en dicho momento. Esta cobertura se mantendría mediante el pago de las primas correspondientes, reducidas en la misma proporción en que se ha reducido el Seguro Principal y quedando a partir de ese momento anulado el Seguro Complementario de invalidez.

8.5 Si se produjera el fallecimiento del Asegurado durante el período de pago de las prestaciones, el Asegurador liquidará la suma restante de los pagos pendientes hasta completar el 100% de la cuantía de la prestación de esta garantía complementaria, en la fecha de efecto de la invalidez del Asegurado, finiquitándose con este último pago el importe del seguro y anulándose automáticamente la póliza.

8.6 El Asegurador podrá solicitar al Asegurado que se deje efectuar las revisiones médicas que estime oportunas durante el período de pago de las prestaciones por invalidez, en la misma forma prevista en el punto 7.2. de las Generales del Seguro Complementario de Invalidez Absoluta.

9 ARBITRAJE

En el supuesto de falta de acuerdo sobre la calificación de los riesgos del accidente que hubiere afectado al Asegurado y en consideración a si son o no indemnizables en los términos previstos en este seguro, el Tomador del Seguro o los Beneficiarios y el Asegurador se obligan a solventar sus diferencias por medio de dos Peritos elegidos uno por cada parte, de acuerdo con lo establecido en los arts. 38 y 39 de la Ley del Contrato de Seguro.

Condiciones Generales

Seguro Complementario de Enfermedades Graves

1 OBJETO Y ALCANCE DEL SEGURO COMPLEMENTARIO DE ENFERMEDADES GRAVES

Este Seguro Complementario tiene por objeto garantizar el pago de la cuantía que se fija en las Condiciones Particulares de la póliza para la garantía de enfermedades graves, **en el supuesto de que el Asegurado se vea afectado por primera vez, por alguna de las situaciones cubiertas por el presente Seguro Complementario en los términos y condiciones que figuran en la Condición 5 de las Generales de este Seguro Complementario** y siempre que éste se halle en vigor, en el momento de producirse el evento.

Una vez pagada la prestación de este Seguro Complementario, éste queda anulado y las garantías del Seguro Principal y restantes Complementarios, si los hubiere, permanecerán en vigor por el valor resultante de deducir de aquéllas, en la anualidad que corresponda, el importe de la prestación pagada por el concepto de Enfermedad Grave. Las primas quedarán ajustadas consecuentemente.

2 PRIMAS

2.1. Este Seguro se conviene mediante las primas correspondientes al riesgo objeto del seguro, incrementadas con los impuestos que sean legalmente repercutibles, siendo pagaderas conjuntamente en la misma forma y periodicidad que las del Seguro Principal.

2.2. El Asegurador se reserva el derecho de un ajuste de adecuación de primas por este seguro, al próximo vencimiento, dando un preaviso con tres meses de antelación.

3 TOMA DE EFECTO Y DURACIÓN DE LAS GARANTÍAS

3.1. Las garantías de este Seguro Complementario tomarán efecto, una vez haya sido satisfecha la primera prima y hayan transcurrido 60 días desde la fecha de pago de la misma.

3.2. Igual regla se seguirá, si este Seguro Complementario se incluye mediante suplemento a la póliza en una fecha posterior a la de la emisión de la póliza.

3.3. Las garantías de este seguro complementario estarán en vigor mientras se paguen las primas correspondientes, terminándose al mismo tiempo que el Seguro Principal y como máximo hasta completar el plazo de duración convenido en las condiciones particulares de la póliza.

3.4. La terminación de este Seguro Complementario se producirá, independientemente del caso de la extinción natural prevista en el punto 3.3., también en alguna de las formas siguientes:

a) Automáticamente, por ocurrencia del evento previsto como indemnizable en las condiciones de este Seguro Complementario, o por cancelación del seguro principal.

b) A petición del Tomador del Seguro, en cuyo supuesto deberá solicitarlo por escrito al Asegurador, en el momento que desee la supresión de las citadas garantías.

4 DELIMITACIÓN Y SELECCIÓN DE LOS RIESGOS CUBIERTOS

4.1. Quedan cubiertos todos los riesgos que causen una Enfermedad Grave, cubierta en los términos previstos en la condición 5 de las Generales de este Seguro Complementario, **siempre que los mismos no sean debidos, directa o indirectamente a alguna de las siguientes causas:**

a) Adicción al alcohol o las drogas.

b) Enfermedades en conexión con infección del Sida (H.I.V.)

c) Intento de suicidio o autolesión intencionada por parte del Asegurado.

d) Los accidentes causados por temblor de tierra, erupción volcánica, inundación y cualquier otro fenómeno sísmico o meteorológico de carácter extraordinario.

e) Las consecuencias de enfermedad, terapia, intervención quirúrgica, tratamiento médico o accidentes originados con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro y no declarados en la solicitud de seguro.

4.2. Este Seguro Complementario tiene validez en cualquier país del mundo siempre que el Asegurado se desplace al país en cuestión en viajes de negocios o turismo.

5 DEFINICIONES DE LAS ENFERMEDADES GRAVES

5.1 Ataque al corazón (Infarto de miocardio)

Muerte de una parte del músculo cardíaco como resultado de un flujo sanguíneo insuficiente hacia el área comprometida.

El diagnóstico debe ser confirmado por especialista y evidenciado por todos los siguientes criterios:

- a) Una historia de dolor torácico típico,
- b) Nuevos cambios característicos de infarto en el ECG
- c) Elevación de las enzimas específicas de infarto, troponinas u otros marcadores bioquímicos.

Quedan en todo caso excluidos:

- a) El infarto del miocardio sin elevación del segmento ST con solamente elevación de Troponina I ó T;
- b) Otros síndromes Coronarios Agudos (por ejemplo angina de pecho estable o inestable)
- c) Infarto de miocardio silente
- d) Infarto de miocardio que se produce dentro de 14 días después de angioplastia coronaria

5.2 Cirugía arterio-coronaria (Bypass)

La realización de cirugía a tórax abierto para la corrección de dos o más arterias coronarias, que están estrechadas u ocluidas, por el implante de un puente arterial coronario. La necesidad de tal cirugía debe haber sido probada por angiografía coronaria y la realización de la cirugía debe ser confirmada por un especialista.

Quedan en todo caso excluidos:

- a) la angioplastia coronaria o implante de stent
- b) cualquier otro procedimiento intra-arterial
- c) cirugía por toracotomía mínima.

5.3 Derrame o hemorragia e infarto cerebrales

Cualquier incidente cerebro-vascular que produce secuelas neurológicas permanentes y que incluye infarto de tejido cerebral, hemorragia y embolización originada en una fuente extracraneal. El diagnóstico debe ser confirmado por un especialista y evidenciado por síntomas clínicos típicos como así también hallazgos típicos en la TAC (tomografía axial computarizada) de cerebro y RNM (Resonancia Nuclear Magnética) de cerebro. Deben documentarse pruebas de deficiencia neurológica de por lo menos tres (3) meses a contar de la fecha de diagnóstico.

Quedan en todo caso excluidos:

- a) Ataque isquémico transitorio (TIA) y déficit neurológico isquémico reversible prolongado (PRIND)
- b) Lesión traumática de tejido cerebral o vasos sanguíneos
- c) Déficit neurológico debido a hipoxia general, infección, enfermedad inflamatoria, migraña o intervención médica.
- d) Hallazgos incidentales en estudios de imagen (Scan CT o resonancia magnética), sin síntomas clínicos claramente relacionados (enfermedad cerebrovascular silenciosa)

Condiciones Generales

Seguro Complementario de Enfermedades Graves

5.4 Cáncer

Cualquier tumor maligno diagnosticado positivamente con confirmación histológica y caracterizado por crecimiento incontrolado de células malignas e invasión de tejidos. El diagnóstico debe ser confirmado por un especialista.

A menos que no estén expresamente excluidos, están cubiertos por esta definición la leucemia, linfoma maligno y síndrome mielodisplásico.

Quedan en todo caso excluidos:

- a) **Cualquier tumor histológicamente clasificado como pre-maligno y no invasivo, tampoco los carcinomas in situ**
- b) **Cualquier cáncer de próstata, a menos que esté clasificado histológicamente con una puntuación de Gleason superior a 6 ó que haya progresado hasta alcanzar por lo menos la clasificación TNM clínica T2N0M0.**
- c) **La leucemia linfocítica crónica a no ser que haya progresado, hasta al menos la etapa B de Binet**
- d) **Carcinoma de células basales, carcinoma de células escamosas de la piel y melanoma maligno en estadio IA (T1aN0M0), a menos que haya evidencia de metástasis**
- e) **Cáncer papilar de tiroides menor de 1 cm de diámetro e histológicamente descrito como T1N0M0**
- f) **Carcinoma micro papilar de la vejiga histológicamente descrito como Ta**
- g) **Policitemia rubra vera y trombocitemia esencial**
- h) **Gammapatía monoclonal de significado indeterminado**
- i) **Linfoma MALT gástrico que puede ser tratado mediante la erradicación del Helicobacter Pylori**
- j) **Tumor del estroma gastrointestinal en estadio I y II**
- k) **Linfoma cutáneo a menos que la enfermedad requiera de tratamiento con quimioterapia o radiación**
- l) **Carcinoma microinvasor de mama a menos que la enfermedad requiera de una mastectomía, quimioterapia o radiación**
- m) **Carcinoma microinvasor del cuello uterino a menos que la enfermedad requiera histerectomía, quimioterapia o radiación.**

5.5 Insuficiencia renal (Enfermedad renal en etapa final)

Etapa final de enfermedad renal que se manifiesta por una falla crónica e irreversible de la función de ambos riñones, como resultado de lo cual se hace necesario realizar regularmente diálisis renal (hemodiálisis o diálisis peritoneal) ó requirió de un trasplante renal. El diagnóstico debe ser confirmado por especialista.

5.6 Trasplantes de órganos mayores

La realización actual de un trasplante de órganos en que el Asegurado participa como receptor de alguno de los siguientes órganos: corazón, pulmón, hígado, páncreas, riñón, intestino delgado o médula ósea. La realización del trasplante debe ser confirmada por especialista.

Estará también incluido en esta garantía el trasplante parcial o total de cara, manos, brazos y piernas (trasplante de aloinjertos de tejido compuesto). El trastorno principal que motiva el trasplante debe ser considerado como imposible de tratar por cualquier otro medio, de acuerdo a confirmación médica del especialista en la materia.

5.7 Alzheimer

Diagnóstico definitivo de Alzheimer confirmado por los siguientes factores:

- Pérdida de capacidad intelectual con deterioro de la memoria y de funciones ejecutivas (secuencia, organización, abstracción y planificación) que provoque una importante reducción de las funciones mentales y sociales.
- Cambio en la personalidad
- Disminución gradual de las funciones cognitivas.

- Sin trastorno de la conciencia.
- Hallazgos típicos neuropsicológicos y de neuroimagen (p.ej. CT Scan)

La enfermedad debe requerir de una supervisión constante (24 horas al día) antes de los 67 años. El diagnóstico y la necesidad de supervisión deben ser confirmados por un neurólogo.

No están cubiertas otras formas de demencia debidas a patologías cerebrales, enfermedades sistémicas o patologías psiquiátricas.

5.8 Parkinson

Diagnóstico inequívoco de Enfermedad de Parkinson primaria o idiopática (**todas las otras formas de Parkinsonismo están excluidas**) confirmado por un especialista en neurología. La enfermedad debe provocar incapacidad permanente para realizar independientemente tres o más actividades de la vida diaria: bañarse (capacidad de tomar un baño o ducharse), vestirse y desvestirse, higiene personal (capacidad de usar el lavatorio y mantener un nivel razonable de higiene), movilidad (capacidad de desplazarse al interior de un mismo nivel o piso) continencia (control sobre los esfínteres), comer/beber (capacidad de alimentarse por si mismo pero no de preparar la comida) o causar postración e incapacidad para levantarse sin asistencia de terceras personas. Estas condiciones deben estar médicamente documentadas durante 3 meses al menos.

6 PAGO DE LAS PRESTACIONES

6.1 Aviso de siniestro

Se deberá dar aviso de un siniestro, por escrito, al domicilio social del Asegurador, lo antes posible, después de haber contraído o desarrollado el Asegurado una enfermedad grave, de las previstas en la Condición 5 de este Seguro Complementario, en todo caso, durante un período no superior a tres meses a contar desde la fecha del diagnóstico de la enfermedad.

6.2 Pruebas

No se indemnizará ningún importe pagadero por esta garantía complementaria sin antes haber recibido por parte del Asegurado pruebas de la ocurrencia de la enfermedad grave, que incluirán el diagnóstico confirmado por un médico colegiado y nombrado a tal efecto por el Asegurador, así como información clínica, radiológica, histológica y de laboratorio aceptables.

6.3 Pago de la prestación

Cumplidos los requisitos previstos en las condiciones 6.1. y 6.2. anteriores, el Asegurador procederá a efectuar el pago de la prestación por la cuantía indicada en la condición 1 de este Seguro Complementario.

6.4 Prestación máxima

La prestación pagadera por el presente Seguro Complementario no podrá ser superior al importe de 150.000 euros.

7 REDUCCIÓN DEL IMPORTE DE LAS COBERTURAS DE LA PÓLIZA

7.1 Una vez pagada la prestación por este Seguro Complementario, las sumas aseguradas del Seguro Principal y del resto de Seguros Complementarios, caso de tenerlos, serán reducidas en el importe pagado en concepto de «enfermedad grave».

Asimismo, la prima del próximo vencimiento se reducirá por el concepto de enfermedad grave y por la reducción que corresponda en el Seguro Principal y el resto de los Seguros Complementarios y teniendo en cuenta, si procede, las circunstancias previstas en el punto 7.2.

7.2. En el supuesto de que, a consecuencia de haber contraído una «enfermedad grave», indemnizable por este Seguro Complementario, le quedara al Asegurado, como secuela, un estado de invalidez, en el grado de absoluta y permanente, el Asegurador exonerará al Tomador del Seguro del pago de sucesivas primas correspondientes a la prestación del Seguro Principal y al resto de Seguros Complementarios, si los hubiere, hasta el límite de la prestación máxima prevista en el punto 6.4. del presente Seguro Complementario, y hasta su vencimiento o hasta el fallecimiento del Asegurado si ocurre antes.

Condiciones Generales

Seguro Complementario de Enfermedades Graves

7.3. Si el evento contemplado en el punto 7.2., se produjera teniendo el Asegurado cubierto el riesgo de la invalidez absoluta y permanente mediante el Seguro Complementario correspondiente, entonces con arreglo a las Condiciones Generales de éste último se satisfará el importe del Seguro Reducido, quedando automáticamente anulada la póliza.

8 ARBITRAJE

En el supuesto de que el Asegurador haya comunicado al Asegurado el rechazo del pago de la prestación, por falta de acuerdo en cuanto a que supuestamente no se hayan producido las condiciones mínimas exigidas bajo los términos de la cobertura de este seguro, el Asegurado o su Representante legal, en su caso, y el Asegurador se obligan a solventar sus diferencias por medio de dos peritos, elegidos uno por cada parte, de acuerdo con lo establecido en los arts. 38 y 39 de la Ley de Contrato de Seguro.

www.presupuestosyseguros.com

1 ¿QUÉ ES LA REHABILITACIÓN CARDÍACA?

La Rehabilitación Cardíaca es un complemento imprescindible al tratamiento convencional de las enfermedades cardíacas siendo además, un método de prevención.

Entendemos por Rehabilitación Cardíaca aquel conjunto de medidas dirigidas a mejorar la capacidad funcional, fisiológica y psicológica de la persona que presenta una enfermedad cardíaca, principalmente Cardiopatía Isquémica (angina de pecho e infarto de miocardio).

La Rehabilitación Cardíaca puede iniciarse después de transcurridas seis semanas del accidente coronario, una vez el Asegurado ha salido del hospital y se encuentra en una situación clínicamente estable para poder realizarla.

No es rehabilitación cardíaca y, en consecuencia no están cubiertos por la presente garantía, los estudios y tratamientos en cuidados intensivos, unidad coronaria y sala de hospitalización así como los controles cardiológicos posteriores.

2 ALCANCE Y DELIMITACIÓN DE LA GARANTÍA

2.1. La presente garantía ampara a los Asegurados de las pólizas de Seguro de Vida en vigor, a las que se haya incluido la Garantía de Rehabilitación Cardíaca.

El Asegurado tendrá derecho a la prestación de servicios de Rehabilitación Cardíaca si sufre alguna de las afecciones indicadas en la condición 3 de la presente Garantía. Para acceder a tal derecho el Asegurado deberá seguir las instrucciones del procedimiento que se indica en la condición 7 de las presentes Condiciones Generales.

El Centro responsable de la Rehabilitación Cardíaca facilitará al cardiólogo o Centro asistencial que atienda al paciente, toda la información médica concerniente al programa de Rehabilitación de esta cobertura. A su vez tomará en cuenta las sugerencias que éstos le hagan y les mantendrá informados periódicamente del estado clínico del Asegurado.

Esta garantía entra en vigor a partir de la fecha en que se incluya a la póliza de Seguro de Vida. **Todos los riesgos enumerados en la condición 3 de estas Condiciones Generales, cuya fecha de acaecimiento fuere anterior a aquélla, quedarán automáticamente excluidos.**

2.2. La duración de esta garantía se extiende a toda la duración de la póliza del Seguro Principal, siempre que dicha póliza esté en vigor, y como máximo hasta completar el plazo de duración convenido en las condiciones particulares de la póliza para este seguro complementario, todo ello con sujeción a lo establecido en las condiciones 6.2 y 8 de esta garantía.

3 ¿A QUIÉN VAN DIRIGIDOS LOS TRATAMIENTO DE PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN CARDÍACA?

Los programas de Prevención y Rehabilitación Cardíaca van dirigidos a los pacientes que se encuentren en alguna de las situaciones clínicas siguientes:

- a) Angina de pecho estable. Infarto de Miocardio reciente o antiguo (no complicado).
- b) Post-operados de cirugía coronaria (incluido By-Pass)
- c) Post- angioplastia coronaria.
- d) Enfermedades de las válvulas cardíacas.
- e) Trasplante cardíaco.
- f) Pacientes portadores de marcapasos.

4 ¿EN QUÉ CONSISTE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDÍACA?

a) Entrenamiento físico

Es el elemento fundamental del programa. Con la prueba Electrocardiográfica de Esfuerzo se consigue clasificar a cada paciente en un grupo de entrenamiento determinado.

El entrenamiento se desarrolla bajo un equipo de control que dispone de:

- . Monitorización electrocardiográfica de cada paciente supervisada por un cardiólogo.
- . Sesiones dirigidas por un fisioterapeuta.
- . Grupos reducidos y convenientemente clasificados por la Prueba de Esfuerzo.
- . Utillaje para resolver cualquier eventual emergencia.

b) Readaptación psicológica

Se utilizan técnicas de relajación dinámica y psicoterapia de grupo, que desarrolladas durante las sesiones, constituyen un medio óptimo para combatir la ansiedad y la depresión.

c) Información

Es el programa dirigido a pacientes y familiares sobre los factores de riesgo que hay que corregir y que inciden en la enfermedad coronaria.

5 DURACIÓN DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDÍACA

El Asegurado para seguir su programa de rehabilitación podrá elegir y/o cambiar el grupo que más le convenga o que se adapte mejor a sus necesidades, de entre los tres siguientes:

Condiciones Generales

Garantía de Rehabilitación Cardíaca

GRUPO I: Rehabilitación de 3 sesiones semanales.

Programa de Rehabilitación Cardíaca Global controlada en el centro con el que el Asegurador tenga concertada la prestación de la presente garantía con una duración total de 4 meses.

GRUPO II: Rehabilitación de 1 - 2 sesiones semanales.

Programa de Rehabilitación Cardíaca Global controlada en el centro con el que el Asegurador tenga concertada la prestación de la presente garantía con una duración total de 6 - 9 meses.

GRUPO III: Rehabilitación Cardíaca Global supervisada por el centro con el que el Asegurador tenga concertada la prestación de la presente garantía a nivel domiciliario con controles periódicos con una duración total de 12 meses.

a. Los programas se adecuarán a la patología que presente el paciente.

b. En cada caso los Especialistas que atienden la Rehabilitación efectuarán las modificaciones que según su leal saber y entender sean las más adecuadas, siempre contando con el Cardiólogo o Cardiólogos que asistieron al paciente en su enfermedad de base. Por tanto, los plazos indicados en los grupos anteriormente descritos son orientativos, si bien, nunca podrán rebasar con cargo al Asegurador los plazos máximos descritos.

c. La presente garantía continuará en vigor, aún después que el Asegurado haya terminado un programa de rehabilitación cardíaca, pudiendo ser utilizada posteriormente si se repite o produce alguna de las situaciones clínicas previstas en la condición 3 de las Generales de esta Garantía.

6 CÓMO Y DÓNDE SE REALIZARÁ LA REHABILITACIÓN CARDÍACA

6.1. El Servicio de Rehabilitación Cardíaca se efectuará en el centro con el que el Asegurador tenga concertada la prestación de la presente garantía.

Para los Asegurados que por razón de residencia u otro motivo no puedan desplazarse a dicho Centro, la Rehabilitación se efectuará mediante programa de Rehabilitación Cardíaca a Distancia, en el domicilio del paciente que será controlado periódicamente por el centro con el que el Asegurador tenga concertada la prestación de la presente garantía.

6.2. En el supuesto de que este servicio se suspendiera, entonces el Asegurador se obliga a comunicarlo al Tomador del Seguro con un plazo de antelación de al menos un mes antes de la fecha efectiva de la rescisión del servicio. Esta suspensión de garantía no afectará a los pacientes que estuvieren siguiendo un programa de Rehabilitación Cardíaca.

7 PROCEDIMIENTO PARA INICIAR EL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDÍACA

7.1. El Asegurado para tener derecho a la prestación del servicio de Rehabilitación cardíaca deberá presentar al Asegurador los siguientes documentos cumplimentados:

a) Solicitud de prestación del servicio.

b) Certificado del Cardiólogo o Centro Asistencial que atiende al Asegurado en que se haga constar que se halla afecto de alguna de las dolencias referidas en la condición 3 de las presentes Condiciones Generales.

c) Junto con el anterior Certificado del Cardiólogo se deberá cumplimentar por éste el Cuestionario Médico de Valoración.

7.2. El Asegurador, al recibo de la documentación anterior, trasladará a el centro con el que el Asegurador tenga concertada la prestación de la presente garantía la orden para que se ponga en contacto con el paciente, a fin de iniciar el proceso del Programa de Rehabilitación Cardíaca.

7.3. El responsable de llevar a término dicho programa de Rehabilitación, será el centro con el que el Asegurador tenga concertada la prestación de la presente garantía, previa información obtenida del Cuestionario Médico de Valoración que permita a juicio de dicho Centro desarrollar la actuación más conveniente para la salud del paciente. La decisión médica que se tome, cualquiera que sea ésta, prevalecerá sobre cualquier otra opinión facultativa y el Asegurador no interferirá la decisión que el centro con el que el Asegurador tenga concertada la prestación de la presente garantía haya tomado.

7.4. En el caso de que debido a indicación médica del personal médico del centro con el que el Asegurador tenga concertada la prestación de la presente garantía, en aplicación de lo establecido en el apartado anterior, el Asegurado no pueda seguir el programa de Rehabilitación Cardíaca ni en el citado centro ni en otro Centro de asistencia concertado por el Asegurador, ni seguir el programa a distancia en su domicilio, podrá renunciar a seguir dicho programa de Rehabilitación Cardíaca, percibiendo del centro con el que el Asegurador tenga concertada la prestación de la presente garantía una indemnización única de un importe de 1.500 euros.

La percepción de dicha indemnización implica la anulación de la presente garantía.

8 CONTROL MÉDICO DE LA REHABILITACIÓN CARDÍACA

El Asegurador se reserva el derecho de solicitar los informes o efectuar a su cargo las revisiones médicas precisas para garantizar que, en todo momento, se efectúan las prestaciones dentro de los pactos y acuerdos contemplados en el presente Condicionado. La negativa del Asegurado a facilitar la información

Condiciones Generales

Garantía de Rehabilitación Cardíaca

Nº de póliza
8-24.881.800-Z

solicitada, invalida con carácter inmediato el efecto de la presente garantía y exime al Asegurador de todas las responsabilidades legales y económicas.

www.presupuestosyseguros.com

Condiciones Generales

Garantía de Segunda Opinión Médica de Enfermedades Graves y de Intervenciones Quirúrgicas

1 ¿QUÉ ES LA SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA?

El supuesto de que el Asegurado hubiese sido diagnosticado clínicamente por un médico especialista o institución médica autorizada, de padecer alguna de las enfermedades definidas en la Condición 4 de la presente Garantía y/o de la necesidad de someterse a una intervención quirúrgica, el Asegurador conseguirá del centro con el que el Asegurador tenga concertada la prestación de la presente garantía, para su entrega al Asegurado, un Informe de Segunda Opinión Médica que confirme o no las conclusiones del primero, incluyendo, si proceden, las orientaciones y/o recomendaciones de carácter médico y psicológico que se consideren más adecuadas para el mejor tratamiento de la enfermedad diagnosticada.

Cuando a juicio del centro con el que el Asegurador tenga concertada la prestación de la presente garantía, la información técnica o el asesoramiento científico a su disposición no fueran suficientes para establecer un Segunda Opinión Médica concluyente y asumible con plena responsabilidad, el Asegurador podrá decidir, en su lugar, el pago al Asegurado de 300 euros, como prestación única sustitutoria, para que éste pueda obtener una Segunda Opinión Médica del especialista o entidad médica que considere oportunos.

2 ¿CÓMO Y DÓNDE SE REALIZARÁ LA SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA?

El informe médico del Segunda Opinión Médica así como las recomendaciones, si procede, serán realizados por el centro con el que el Asegurador tenga concertada la prestación de la presente garantía, basándose en la información directa y asesoramiento técnico y científico obtenido a través de su cuerpo de Especialistas y/o Centros médicos de reconocido prestigio, con los cuales tenga establecidos convenios de colaboración a nivel nacional o internacional.

3 REQUISITOS EXIGIDOS POR LA PRESENTE GARANTÍA

Para tener derecho a acceder a la Segunda Opinión Médica indicado en la Condición 1, el Asegurado deberá cumplir los requisitos siguientes:

3.1. Solicitarlo por escrito al Asegurador, durante la vigencia de la póliza.

3.2. Aportar todas las exploraciones clínicas y pruebas de que disponga el Asegurado que justifican el padecimiento de alguna de las «Enfermedades Graves» descritas en el punto 4, y/o la necesidad de someterse a una intervención quirúrgica.

3.3. Cuando se considere que la documentación aportada por el Asegurado no es suficiente para emitir la Segunda Opinión Médica, el Asegurado acepta hacer a su cargo la prueba o pruebas complementarias que se soliciten en el Centro médico recomendado por éste, o en el elegido libremente por el Asegurado, con el fin de completar la información adicional, imprescindible para la emisión de la Segunda Opinión Médica.

DEFINICIÓN DE LAS ENFERMEDADES GRAVES E INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS CUBIERTAS POR LA PRESENTE GARANTÍA

4.1. Infarto de miocardio

Muerte de una parte del músculo cardíaco como resultado de un flujo sanguíneo insuficiente hacia el área comprometida.

El diagnóstico debe ser confirmado por especialista y evidenciado por todos los siguientes criterios:

- Una historia de dolor torácico típico,
- Nuevos cambios característicos de infarto en el ECG
- Elevación de las enzimas específicas de infarto, troponinas u otros marcadores bioquímicos.

Quedan en todo caso excluidos:

- El infarto del miocardio sin elevación del segmento ST con solamente elevación de Troponina I ó T;
- Otros síndromes Coronarios Agudos (por ejemplo angina de pecho estable o inestable)
- Infarto de miocardio silente
- Infarto de miocardio que se produce dentro de 14 días después de angioplastia coronaria

Condiciones Generales

Garantía de Segunda Opinión Médica de Enfermedades Graves y de Intervenciones Quirúrgicas

Nº de póliza
8-24.881.800-Z

4.2 Cirugía arterio-coronaria (Bypass)

La realización de cirugía a tórax abierto para la corrección de dos o más arterias coronarias, que están estrechadas u ocluidas, por el implante de un puente arterial coronario. La necesidad de tal cirugía debe haber sido probada por angiografía coronaria y la realización de la cirugía debe ser confirmada por un especialista.

Quedan en todo caso excluidos:

- a) la angioplastia coronaria o implante de stent
- b) cualquier otro procedimiento intra-arterial
- c) cirugía por toracotomía mínima.

4.3 Derrame o hemorragia e infarto cerebrales

Cualquier incidente cerebro-vascular que produce secuelas neurológicas permanentes y que incluye infarto de tejido cerebral, hemorragia y embolización originada en una fuente extracraneal. El diagnóstico debe ser confirmado por un especialista y evidenciado por síntomas clínicos típicos como así también hallazgos típicos en la TAC (tomografía axial computarizada) de cerebro y RNM (Resonancia Nuclear Magnética) de cerebro. Deben documentarse pruebas de deficiencia neurológica de por lo menos tres (3) meses a contar de la fecha de diagnóstico.

Quedan en todo caso excluidos:

- a) Ataque isquémico transitorio (TIA) y déficit neurológico isquémico reversible prolongado (PRIND)
- b) Lesión traumática de tejido cerebral o vasos sanguíneos
- c) Déficit neurológico debido a hipoxia general, infección, enfermedad inflamatoria, migraña o intervención médica.
- d) Hallazgos incidentales en estudios de imagen (Scan CT o resonancia magnética), sin síntomas clínicos claramente relacionados (enfermedad cerebrovascular silenciosa)

4.4 Cáncer

Cualquier tumor maligno diagnosticado positivamente con confirmación histológica y caracterizado por crecimiento incontrolado de células malignas e invasión de tejidos. El diagnóstico debe ser confirmado por un Especialista.

A menos que no estén expresamente excluidos, están cubiertos por esta definición la leucemia, linfoma maligno y síndrome mielodisplásico.

Quedan en todo caso excluidos:

- a) Cualquier tumor histológicamente clasificado como pre-maligno y no invasivo, tampoco los carcinomas in situ
- b) Cualquier cáncer de próstata al menos que esté clasificado histológicamente con una puntuación de Gleason superior a 6 o que haya progresado hasta alcanzar por lo menos la clasificación TNM clínica T2N0M0.
- c) La leucemia linfocítica crónica a no ser que haya progresado, hasta al menos la etapa B de Binet
- d) Carcinoma de células basales, carcinoma de células escamosas de la piel y melanoma maligno en estadio IA (T1aN0M0), a menos que haya evidencia de metástasis
- e) Cáncer papilar de tiroides menor de 1 cm de diámetro e histológicamente descrito como T1N0M0
- f) Carcinoma micro papilar de la vejiga histológicamente descrito como Ta
- g) Policitemia rubra vera y trombocitemia esencial
- h) Gammapatía monoclonal de significado indeterminado
- i) Linfoma MALT gástrico que puede ser tratado mediante la erradicación del Helicobacter Pylori
- j) Tumor del estroma gastrointestinal en estadio I y II

Condiciones Generales

Garantía de Segunda Opinión Médica de Enfermedades Graves y de Intervenciones Quirúrgicas

- k) Linfoma cutáneo a menos que la enfermedad requiera de tratamiento con quimioterapia o radiación
- l) Carcinoma microinvasor de mama a menos que la enfermedad requiera de una mastectomía, quimioterapia o radiación
- m) Carcinoma microinvasor del cuello uterino a menos que la enfermedad requiera histerectomía, quimioterapia o radiación.

4.5 Insuficiencia renal (Enfermedad renal en etapa final)

Etapa final de enfermedad renal que se manifiesta por una falla crónica e irreversible de la función de ambos riñones, como resultado de lo cual se hace necesario realizar regularmente diálisis renal (hemodiálisis o diálisis peritoneal) ó requirió de un trasplante renal. El diagnóstico debe ser confirmado por especialista.

4.6 Transplantes de órganos mayores

La realización actual de un trasplante de órganos en que el Asegurado participa como receptor de alguno de los siguientes órganos: corazón, pulmón, hígado, páncreas, riñón, intestino delgado o médula ósea. La realización del trasplante debe ser confirmada por especialista.

Estará también incluido en esta garantía el trasplante parcial o total de cara, manos, brazos y piernas (trasplante de aloinjertos de tejido compuesto). El trastorno principal que motiva el trasplante debe ser considerado como imposible de tratar por cualquier otro medio, de acuerdo a confirmación médica del especialista en la materia.

4.7 Alzheimer

Diagnóstico definitivo de Alzheimer confirmado por los siguientes factores:

- Pérdida de capacidad intelectual con deterioro de la memoria y de funciones ejecutivas (secuencia, organización, abstracción y planificación) que provoque una importante reducción de las funciones mentales y sociales.
- Cambio en la personalidad
- Disminución gradual de las funciones cognitivas.
- Sin trastorno de la conciencia.
- Hallazgos típicos neuropsicológicos y de neuroimagen (p.ej. CT Scan)

La enfermedad debe requerir de una supervisión constante (24 horas al día) antes de los 67 años. El diagnóstico y la necesidad de supervisión deben ser confirmados por un neurólogo.

No están cubiertas otras formas de demencia debidas a patologías cerebrales, enfermedades sistémicas o patologías psiquiátricas.

4.8 Parkinson

Diagnóstico inequívoco de Enfermedad de Parkinson primaria o idiopática (**todas las otras formas de Parkinsonismo están excluidas**) confirmado por un especialista en neurología. La enfermedad debe provocar incapacidad permanente para realizar independientemente tres o más actividades de la vida diaria: bañarse (capacidad de tomar un baño o ducharse), vestirse y desvestirse, higiene personal (capacidad de usar el lavatorio y mantener un nivel razonable de higiene), movilidad (capacidad de desplazarse al interior de un mismo nivel o piso) continencia (control sobre los esfínteres), comer/beber (capacidad de alimentarse por si mismo pero no de preparar la comida) o causar postración e incapacidad para levantarse sin asistencia de terceras personas. Estas condiciones deben estar médicamente documentadas durante 3 meses al menos.

4.9. Sida

Es una infección crónica del sistema inmune por el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) que produce una destrucción progresiva de los linfocitos CD4 y ocasiona una disminución de las defensas propias del organismo, lo cual lleva a una fácil adquisición de múltiples enfermedades que debilitan al individuo hasta hacerle perecer, después de un largo período de incubación que puede durar hasta 10 ó 12 años.

4.10 Intervenciones quirúrgicas

Cualquier tipo de intervención quirúrgica a la cual se somete el Asegurado, relacionada o no con las enfermedades graves indicadas en este punto 4.

Condiciones Generales

Garantía de Segunda Opinión Médica de Enfermedades Graves y de Intervenciones Quirúrgicas

Nº de póliza
8-24.881.800-Z

5 DURACIÓN DE LA GARANTÍA

5.1. Las garantías de este seguro complementario estarán en vigor mientras se paguen las primas correspondientes, terminándose al mismo tiempo que el Seguro Principal y como máximo hasta completar el plazo de duración convenido en las condiciones particulares de la póliza.

En el supuesto de que el Asegurador y el centro con el que el Asegurador tenga concertada la prestación de la presente garantía rescindieran su contrato y mientras no se restablezca el servicio del Segundo Diagnostico, el Asegurador se compromete, como cobertura alternativa, al pago de una prestación única sustitutoria por importe de 300 euros, por el período de duración de esta garantía, con el fin de que dicho Tomador pueda obtener una Segunda Opinión Médica del especialista o entidad médica que considere oportunos.

5.2. La terminación de este Seguro Complementario se producirá, independientemente del caso de la extinción natural prevista en el punto 5.1, tras la utilización de la garantía de Segunda Opinión Médica de cada una de las enfermedades graves definidas en el punto 4 de esta garantía o de cinco intervenciones quirúrgicas.

www.presupuestosyseguros.com

Condiciones Generales

Orientación Médica Telefónica

1 PRESTACIONES BÁSICAS

Mediante esta garantía el Asegurado tiene a su disposición orientación médica telefónica de atención permanente las 24 horas del día, los 365 días del año y que se extiende a toda España. **Las llamadas son gratuitas y deben efectuarse al teléfono indicado en esta cobertura que es el que se especifica, asimismo, en la tarjeta que se entrega junto con la presente póliza.**

El servicio no se entiende como de diagnóstico ni de prestación de asistencia sanitaria.

A través de este servicio se dará información sobre: Centros Sanitarios, Médicos generales y de urgencias, Médicos especialistas, Centros de vacunaciones, Ambulancias, Farmacias de guardia.

2 SERVICIO DE VIDEOLLAMADA

Alternativamente a lo indicado en el punto anterior, el Asegurado tiene a su disposición el servicio de videoconferencia o videollamada, disponible las 24 horas del día, los 365 días del año.

Gracias a esta tecnología, el Asegurado podrá visualizar al especialista médico en la pantalla de su teléfono para realizar su consulta médica o de asesoramiento médico/social. Para ello solo tendrá que instalar la aplicación de Seguros Catalana Occidente en su Smartphone.

3 PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS

Además de las prestaciones indicadas en el punto 1 anterior, esta garantía incluye la información que se detalla seguidamente:

- A. **"El especialista en casa"**, siempre que el médico generalista que atiende la llamada lo crea oportuno o bien por solicitud del propio consultante, se le pondrá en contacto con un médico especialista en la materia, previa historia clínica del médico consultor. (Pediatría, Traumatología, Cardiología, Psiquiatría, Medicina del Deporte, Neumología, Aparato Digestivo, Neurología, Oncología, etc.)
- B. **Asesoramiento y Orientación Médica:**
- Patologías en general (no se realizan diagnósticos ni tratamientos)
 - Consultas farmacológicas: posologías, interacciones, incompatibilidad.
 - Consultas analíticas, vacunas, accidentes domésticos.
 - Centros sanitarios: públicos y privados. Urgencias médicas etc.
- C. **Asesoramiento y Orientación Psicológica:**
- Depresiones, crisis de ansiedad, miedos, accidentes, decesos, separaciones, etc.
 - Infancia, adolescencia, sexología. Bullying.
 - Trastornos de la conducta.
 - Actitudes desafiantes (Síndrome del emperador, hijos tiranos).
 - Toxicomanías (drogodependencias, alcoholismo...). Adicciones.
 - Trastornos de la alimentación (anorexia y bulimia).
 - Trastornos del aprendizaje, relacionales, sociabilidad. Dificultades escolares, etc.
 - Niños/as y jóvenes con discapacidad.
- D. **Asesoramiento y Orientación Social:**
- Información de ayudas a la familia: carné familia numerosa, pensión de orfandad, pensión de viudedad, descuentos en transportes públicos. Información sobre diversos trámites oficiales.
 - Adopciones y entidades acreditadas para adopciones internacionales.
 - Toxicomanías y drogodependencias: asociaciones, centros de atención.
 - Disminuidos físicos, psíquicos y sensoriales: asociaciones, centros de atención, logopedas.
 - Residencias, centros de día, etc.
 - Ayuda a domicilio privada.
 - Hospitales y clínicas de larga estancia.
 - Asociaciones: Parkinson, Esclerosis Múltiple, Alzheimer, Diabéticos, etc.
 - Violencia de género.
 - Información a la Tercera Edad, otros colectivos, etc.
 - Orientación sobre inmigración: asociaciones, trámites, ayudas, etc.

Condiciones Especiales

Orientación Médica Telefónica

Nº de póliza
8-24.881.800-Z

- Ocio: Universidades populares, Educación permanente de adultos, Aulas de mayores, Programas de animación sociocultural, Voluntariado.
- Vacaciones Tercera Edad, Balnearios, Deportes, Aficiones.

E. Asesoramiento y Orientación Dietética:

- Pautas de introducción de alimentos.
- Orientación en dietas equilibradas, hábitos alimentarios.
- Trastornos de la alimentación. Alergias alimentarias, etc.
- Alimentación en el embarazo y lactancia.
- **Control de obesidad infantil.**
- Alteraciones Nutricionales: falta de apetito, deficiencias de hierro, caries dental, etc.

F. Orientación Médica o Social dirigido a Discapacitados Auditivo y Orales. Consulta 24 horas al día, los 365 días del año, por fax al número 902.158.742

www.presupuestosyseguros.com

Condiciones Generales

Consulta Jurídica Telefónica

1 OBJETO DEL SEGURO

El Tomador del Seguro, los Asegurados, o sus causahabientes, podrán consultar, mediante llamada telefónica, **sobre cualquier cuestión jurídica y personal que pudiera afectar a su vida particular o familiar.**

Las consultas telefónicas serán atendidas por abogados en ejercicio.

2 GARANTÍAS ASEGURADAS

El Tomador del Seguro, los Asegurados, o sus causahabientes, podrán efectuar consulta jurídica telefónica sobre las cuestiones jurídicas motivadas por el fallecimiento del Asegurado, sin que necesariamente se haya producido el óbito, ofreciendo el asesoramiento jurídico necesario para la obtención de documentos tales como:

- a) Fe de Vida de los causahabientes del Asegurado.
- b) Certificación de matrimonio del Archivo Eclesiástico.
- c) Certificación de Registro de Uniones de Hecho.
- d) Testamento otorgado por el Asegurado fallecido.
- e) Inscripciones registrales.

Asimismo el Tomador del Seguro, el Asegurado, o sus causahabientes, también podrán efectuar consulta jurídica telefónica sobre cuestiones jurídicas tales como:

- . Asesoramiento jurídico para tramitar sucesiones con testamento, sucesiones sin testamento, aceptación o renuncia de herencias e inventario de bienes.
- . Asesoramiento jurídico sobre cuestiones fiscales relativas al Impuesto sobre Sucesiones.
- . Asesoramiento jurídico sobre trámites relativos al cobro de pensiones, derechos y beneficios sobre seguros y productos financieros contratados por el Asegurado.
- . Asesoramiento jurídico sobre subrogación en contratos de arrendamiento sobre bienes inmuebles en calidad de arrendador, arrendatario o usufructuario de los mismos, y gestiones a realizar para la subrogación de los causahabientes.
- . Sus derechos en relación al contrato de alquiler de la vivienda.
- . Trámites a seguir en reclamaciones derivadas de accidentes.
- . Sus derechos en relación a productos o reparaciones defectuosas.
- . Sus derechos en relación a la Comunidad de propietarios.
- . Sus derechos en caso de pérdida de equipajes en el aeropuerto.
- . Sus derechos frente a la Administración Pública.
- . Sus derechos frente a la empresa constructora de su vivienda por defectos de construcción.
- . Sus derechos en relación a una facturación indebida en contratos de suministros: agua, gas, electricidad o teléfono.
- . Sus derechos en relación a su contrato de trabajo: salario, movilidad geográfica, horario, vacaciones, etc.

Asimismo, se garantizan los siguientes servicios:

- **Reclamación administrativa en contratos de seguros:** se garantiza, en caso de fallecimiento o invalidez del Asegurado y a favor de los herederos perjudicados, la reclamación por incumplimiento contractual de otras Aseguradoras privadas, al objeto de que hagan efectivos los derechos que en general se deriven de las pólizas de seguros personales, cuyas prestaciones se produzcan o deriven de la ocurrencia del evento.
Solamente se garantiza el trámite por la vía administrativa, quedando excluida la vía judicial.
- **Reclamación administrativa de prestaciones de Seguridad Social:** se garantiza, en caso de fallecimiento, incapacidad permanente o accidente del Asegurado y a favor de los Beneficiarios, la reclamación de prestaciones de viudedad, orfandad e incapacidad permanente frente al Instituto Nacional de la Seguridad Social, y demás Entes u Organismos responsables.

Condiciones Generales

Consulta Jurídica Telefónica

Nº de póliza
8-24.881.800-Z

Solamente se garantiza el trámite por la vía administrativa, quedando excluida la vía judicial.

El límite máximo de honorarios y gastos es de 3.000,00 euros.

- **Trámites de gestoría:** se garantiza, en caso de fallecimiento del Asegurado, la obtención de los siguientes documentos a favor de los Beneficiarios:
 1. Certificado de últimas voluntades.
 2. Certificado de defunción.
 3. Certificado de nacimiento.
 4. Certificado de matrimonio

3 CENTRAL DE CONSULTA JURÍDICA

TELÉFONO CONSULTA JURÍDICA:

902 361 713.

La Central de Asistencia Jurídica estará atendida 24 horas al día, ininterrumpidamente, los 365 días del año.

4 RESCISIÓN DEL SERVICIO

En el supuesto de que el Servicio de Consulta Jurídica Telefónica se suspendiera, el Asegurador se obliga a comunicarlo al Tomador del Seguro con un plazo de antelación de un mes antes de la fecha efectiva de la rescisión del Servicio.

Condiciones Generales

Testamento on line

1. ELABORACIÓN DE TESTAMENTO ABIERTO NOTARIAL

Por esta garantía el Asegurador pondrá a disposición del Asegurado los medios dirigidos a que el Asegurado cuente con una adecuada asistencia para la redacción de su Testamento Abierto Notarial (testamento otorgado ante notario a quién el testador le da a conocer cuál es el contenido de su voluntad para después de su fallecimiento).

La garantía queda supeditada a que durante la vigencia de la póliza, ocurra alguna de las siguientes circunstancias:

- Que no tuviera ya otorgado testamento
- Que se produzca una variación en la composición o valoración económica del patrimonio del Asegurado.
- Que se modifique su situación de convivencia o familiar.
- Que se vea alterada su salud o la de alguno de sus parientes cercanos.
- Que se produzca un cambio de residencia o de vecindad civil o de nacionalidad.
- Que cambie su estatus laboral o profesional.

El proceso de realización del trámite será el siguiente:

1. El Asegurado facilitará la información necesaria para la redacción del testamento rellenando un formulario con los datos necesarios para poder ofrecer el servicio. El citado formulario se puede cumplimentar a través de la plataforma web o telefónicamente.

2. Tras la recopilación de la información, un abogado experto en sucesiones elaborará el borrador de testamento que entregará o pondrá a disposición del Asegurado. El Asegurado podrá aclarar dudas o realizar consultas telefónicamente o vía correo electrónico, según se le indique en el mismo proceso.

3. Una vez el Asegurado esté de acuerdo se fijará una fecha para la firma ante el Notario más cercano a su zona.

4. Tras la firma del testamento ante Notario, éste conservará el original, entregará una copia al Asegurado y llevará a cabo la inscripción en el Registro de Actos de Últimas Voluntades.

El Asegurador se hará cargo de los gastos derivados de la redacción, del asesoramiento jurídico y notarial y elevación a público del Testamento abierto, así como del coste de expedición de una copia simple para el Asegurado. Será por cuenta del Asegurado cualquier otro gasto derivado de la utilización de este servicio.

El asesoramiento se efectuará sobre Derecho español, común o foral y el testamento se otorgará en una notaría ubicada en España.

2. ASESORAMIENTO JURÍDICO SOBRE EL TESTAMENTO VITAL

Por esta garantía el Asegurador pondrá a disposición del Asegurado los medios dirigidos a que el Asegurado cuente con el adecuado asesoramiento sobre el documento de instrucciones previas, también denominado Testamento Vital, documento de voluntades anticipadas o denominaciones similares.

El Testamento Vital es el documento por el cual una persona mayor de edad y capaz manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresar personalmente, sobre el cuidado y tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo.

El asesoramiento jurídico se prestará por un abogado y versará sobre los siguientes aspectos:

- a) El contenido del documento de instrucciones previas,
- b) El procedimiento de inscripción del documento en su historia clínica y en el registro de las instrucciones previas, como mecanismo que asegura la eficacia y posibilita su conocimiento en todo el territorio nacional.

El Asegurador se hará cargo de los gastos derivados del asesoramiento jurídico y redacción y solamente en los casos en que el Testamento Vital se otorgue ante Notario, de los de asesoramiento notarial y registro. Será por cuenta del Asegurado cualquier otro gasto derivado de la utilización de este servicio.

3. BORRADO DIGITAL: GESTIÓN DEL FINAL DE LA VIDA DIGITAL (EN CASO DE FALLECIMIENTO)

Por esta garantía el Asegurador pondrá a disposición de los herederos del Asegurado, medios dirigidos a iniciar las acciones para la cancelación en internet de la información que pudiera aparecer relacionada con el fallecido. El servicio de cancelación prestado por la Aseguradora se limitará a lo siguiente:

Condiciones Generales

Testamento on line

Nº de póliza
8-24.881.800-Z

- a) Solicitud de baja del difunto en redes sociales de las que fuera usuario o la solicitud a cambio de cuenta conmemorativa.
- b) Tramitación de la baja del correo electrónico.
- c) Tramitación de la baja o traspaso de blogs o webs del difunto, perfiles en foros, chats o páginas de búsqueda de pareja.
- d) Tramitación de la eliminación o traspaso de archivos almacenados en servidores de internet (nube de internet).

La garantía se concreta en informar a los responsables de los ficheros la existencia del fallecimiento a fin de que éstos procedan a cancelar los datos, sin responder del resultado. La prestación del servicio está condicionada a que resulte posible identificar al responsable ante el que solicitar la cancelación. **En caso de que los responsables de los ficheros no procedieran a la cancelación, no se garantizarían los gastos derivados de acciones judiciales solicitando dicha cancelación.**

El resultado de las gestiones efectuadas podría no ser efectivo en los siguientes casos:

- Cuando la información se encuentra en países que no disponen de legislación específica en materia de protección de datos.
- En los casos en que prevalezcan las condiciones contractuales pactadas con el titular del recurso de internet.
- En los casos en que otros derechos prevalezcan sobre la exactitud de los datos, tales como el derecho a la información o la libertad de expresión.

A efectos de solicitar la cancelación, los herederos deberán aportar la siguiente documentación/información:

- a) Si dispusieran de ellos, identificación de los recursos de internet de los que la persona fallecida fuera usuario, sobre los que desean efectuar la cancelación. En caso de no conocerlos, la Aseguradora podrá rastrear los recursos de internet vinculados a la dirección o direcciones de correo electrónico que los herederos faciliten, aunque por razones técnicas no puede garantizarse la localización de la totalidad de dichos recursos.
- b) Fotocopia del Documento Nacional de Identidad o Número de Identificación Extranjero del solicitante.
- c) Certificado de defunción original del fallecido.
- d) Acreditación de la condición de heredero.
- e) Autorización del heredero.
- f) Dirección de correo electrónico del difunto, si se solicita su baja.
- g) Opcionalmente, si dispusieran de ellos, datos de usuario y contraseñas de acceso.

La Aseguradora se hará cargo de los gastos derivados de la solicitud y, de ser necesario, de la traducción de la documentación requerida al idioma del país al que se remite. **El Asegurado tendrá derecho a la solicitud de cancelación de datos de un máximo de cuatro cuentas o páginas web. No se garantiza el servicio de cancelación de cuentas o páginas web ubicadas en el extranjero. No se garantiza el servicio de cancelación en caso de discrepancia entre los herederos.**

4. DURACIÓN DE LA GARANTÍA

Las garantías de este seguro complementario estarán en vigor mientras se paguen las primas correspondientes, terminándose al mismo tiempo que el seguro principal.

No obstante, el Asegurador se reserva el derecho, previa comunicación al Tomador del seguro, a cancelar la presente garantía complementaria haciendo coincidir dicha cancelación con la próxima fecha de renovación del seguro.

En el supuesto de que la garantía esté en vigor, el Asegurado solicite su prestación y el Asegurador se vea imposibilitado de prestar el servicio, podrá decidir, como cobertura alternativa, el pago de una prestación única sustitutoria por importe de 100 euros.

5. ACCESO A LOS DIFERENTES SERVICIOS

El acceso se realizará vía web oficial de la entidad a través de un link visible o a través de nuestro teléfono de atención al cliente. Tanto la dirección de la web como el teléfono de atención al cliente figuran en la portada de este condicionado.

Condiciones Generales

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

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

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

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

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

RESUMEN DE LAS NORMAS LEGALES

1. ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS CUBIERTOS

- a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias (incluyendo los embates de mar), erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 135 km/h, y los tornados) y caídas de meteoritos.
- b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
- c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

2. RIESGOS EXCLUIDOS

- a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
- b) Los ocasionados en personas asegurados por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.
- c) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- d) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 25/1964, de 29 de abril sobre energía nuclear.
- e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, y en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.
- f) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios conforme al artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios.
- g) Los causados por mala fe del asegurado.
- h) Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley 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.

Condiciones Generales

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

Nº de póliza
8-24.881.800-Z

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

3. EXTENSIÓN DE LA COBERTURA

La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y sumas aseguradas que se hayan establecido en la póliza a efectos de los riesgos ordinarios.

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

PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN EN CASO DE SINIESTRO INDEMNIZABLE POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

En caso de siniestro, el asegurado, tomador, beneficiario, o sus respectivos representantes legales, directamente o a través de la entidad aseguradora o del mediador de Seguros, deberá comunicar dentro del plazo de siete días de haberlo conocido, la ocurrencia del siniestro, en la delegación regional del Consorcio que corresponda, según el lugar donde se produjo el siniestro. La comunicación se formulará en el modelo establecido al efecto, que estará disponible en la página «web» del Consorcio (www.consorseguros.es) o en las oficinas de éste o de la entidad aseguradora, al que deberá adjuntarse la documentación que, según la naturaleza de los daños, se requiera.

Para aclarar cualquier duda que pudiera surgir sobre el procedimiento a seguir, el Consorcio de Compensación de Seguros dispone del siguiente teléfono de atención al asegurado: 902 222 665.

10Q202

Condiciones Generales

Normativa de protección de datos de carácter personal

La Entidad Aseguradora incorporará en sus ficheros los datos personales que se recogen en el presente contrato, y los que pueda solicitar con posterioridad al mismo, para poder analizar correctamente el riesgo, así como, para hacer frente a las obligaciones derivadas del contrato de seguro.

La finalidad de los ficheros es el tratamiento de los datos recabados, con los exclusivos fines de delimitar y valorar el riesgo, y gestionar y controlar el desarrollo de la relación contractual.

Dado que se recogen datos relativos a la salud, su titular otorga su consentimiento expreso para que la Entidad Aseguradora proceda a su tratamiento, en los términos indicados en los párrafos anteriores.

La Entidad Aseguradora, destinataria y poseedora de estos datos, podrá someterlos a tratamiento en Ficheros, comprometiéndose a respetar y facilitar el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación y cancelación por parte del afectado, dentro de los límites previstos por la Ley Orgánica de Protección de Datos (LOPD 15/99, de 13 de diciembre).

En los supuestos en que el firmante ejerza el derecho de cancelación, y ello afecte a los datos necesarios para el desarrollo de la relación contractual, la Entidad Aseguradora podrá oponerse a la indicada solicitud de cancelación.

El firmante para ejercitar los derechos antes mencionados, y para cualquier aclaración, puede dirigirse por escrito al Departamento de Atención al Cliente de la Entidad Aseguradora, Avda. Alcalde Barnils, 63 - 08174 Sant Cugat del Vallés (Barcelona). En el caso que, por cualquier circunstancia, la póliza se rescindiera, el firmante consiente expresamente que la Entidad Aseguradora conserve los datos con el fin exclusivo de evaluar y gestionar ulteriores solicitudes relativas al mismo riesgo.

La Entidad responsable de los ficheros es Seguros Catalana Occidente, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros con domicilio social en Avda. Alcalde Barnils, 63 - 08174 Sant Cugat del Vallés (Barcelona)

El firmante otorga su consentimiento expreso para que los datos de carácter personal recogidos en el presente contrato, y los que pudieran recabarse en el transcurso de su vigencia, puedan ser cedidos a las Sociedades Consolidadas del Grupo Catalana Occidente y Participadas, designándose como domicilio a efectos de dar cumplimiento a la LOPD, el mismo que el señalado para la Entidad Aseguradora.

Asimismo consiente que estos datos puedan ser comunicados a aquellas personas físicas o jurídicas, organismos públicos o privados relacionados con el sector asegurador y servicios sanitarios (médicos, personal sanitario, centros sanitarios, hospitales u otras instituciones de carácter análogo), cuando sea preciso para la adecuada actuación profesional relacionada con el contrato y el eficaz desempeño y cumplimiento de sus fines.

Supuesto de ser necesario, también consiente que estos datos puedan ser cedidos a las Compañías Reaseguradoras que participen en el riesgo, cuya identificación está a su disposición en el Departamento de Atención al Cliente de la Entidad Aseguradora.

El firmante acepta recibir información sobre los productos y servicios de la Entidad Aseguradora y Entidades Consolidadas del Grupo o Participadas. Esta autorización puede ser revocada por el firmante en cualquier momento, mediante comunicación escrita dirigida al Departamento de Atención al Cliente de la Entidad Aseguradora.

Los datos de carácter personal del firmante podrán ser cedidos a ficheros comunes que puedan crear las entidades aseguradoras para la liquidación de siniestros, colaboración estadístico-actuarial y prevención del fraude, con la finalidad de permitir la tarificación y selección de riesgos y la elaboración de estudios de técnica aseguradora, conforme establece el art. 24.3 de la ley de ordenación y supervisión de los seguros privados ley 30/95, de 8 de noviembre.

Mediante la firma del presente, el Tomador JULIA ARANDA MIR acredita haber recibido con anterioridad a la celebración del presente contrato de seguro, información referente a la legislación aplicable a esta póliza y a las diferentes instancias de reclamación utilizables en caso de litigio, así como la nota informativa exigida por el art. 124.1 del RD 1060/2015 por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, cuyo contenido se corresponde con lo recogido en el presente contrato de seguro.

En Sant Cugat del Vallès a 28 de marzo de 2017

El Tomador del Seguro,

Por la Entidad,


Director General

AGRADECEMOS SU CONFIANZA

Esta póliza y el recibo al corriente de pago son documentos que acreditan las garantías contratadas y su vigencia. En consecuencia, le aconsejamos que dedique unos minutos a la lectura de sus condiciones.

Si lo estima necesario, estaremos encantados de resolver cualquier duda que le surja, bien directamente o a través de su agente o corredor de seguros.

Y recuerde que estos profesionales serán, también, su mejor ayuda en caso de siniestro.

www.presupuestosyseguros.com

www.presupuestosyseguros.com



www.catalanaoccidente.com

www.presupuestosyseguros.com

Seguro de Vida
Vida Protección Seguro temporal renovable.

Entidad aseguradora	Tomador del seguro
Seguros Catalana Occidente,S.A. de Seguros y Reaseguros Avda. Alcalde Barnils, 63 08174 Sant Cugat (Barcelona) NIF: A-28119220	JULIA ARANDA MIR C/ Valencia, 18, 4t 3 08015 BARCELONA NIF: 11111002-R

Objeto de la Nota Informativa

El objeto de la presente Nota Informativa es dar cumplimiento al R.D. 1060/2015 por el que se aprueba el Reglamento de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, y en concreto a lo dispuesto en su Art. 124 sobre el deber particular de información en los seguros de vida.

Contenido de la Nota Informativa

1. Garantías y costes iniciales

1.1. Definición de las garantías y opciones ofrecidas

Seguro Principal: 180.000,00 euros

Incremento anual Seguro Principal: según "índice de precios de consumo".

www.presupuestosyseguros.com

	Definición garantía	Duración Seguro
En caso de fallecimiento	El Asegurador pagará al Beneficiario el importe estipulado en la póliza.	Vitalicia
Capital Muerte por Accidente	Si el Asegurado fallece a causa de un accidente el Asegurador pagará al Beneficiario un capital adicional igual a la cuantía del Seguro Principal.	12 años
Capital Muerte por Accidente Circulación	Si el Asegurado fallece a causa de un accidente de circulación el Asegurador pagará al Beneficiario un capital adicional igual al del Seguro Complementario de muerte por accidente.	12 años
Prestaciones por Invalidez absoluta	En el momento en que sea reconocido por el Asegurador el estado de invalidez del Asegurado en el grado de absoluta y permanente, abonará el capital establecido en la póliza	12 años
Invalidez absoluta y permanente por accidente	En caso de invalidez absoluta y permanente del Asegurado a causa de un accidente, el Asegurador pagará al Beneficiario un capital adicional al del seguro complementario de invalidez absoluta y permanente según el importe contratado para esta garantía.	12 años
Invalidez absoluta y permanente por accidente de circulación	En caso de invalidez absoluta y permanente del Asegurado a causa de un accidente de circulación, el Asegurador pagará al Beneficiario un capital adicional al del seguro complementario de invalidez absoluta y permanente por accidente según el importe contratado para esta garantía.	12 años
Enfermedades Graves	En el supuesto de que al Asegurado se le diagnostique una Enfermedad Grave, el Asegurador le abonará el importe estipulado en la póliza, con un máximo de 150.000 euros. Las sumas aseguradas del Seguro Principal y del resto de Seguros Complementarios serán reducidas en el importe pagado en concepto de "enfermedad grave".	12 años
Segunda Opinión Médica	Obtención de un informe de evaluación por parte de expertos médicos de reconocido prestigio en caso de que al asegurado se le haya diagnosticado una enfermedad grave y/o deba someterse a una intervención quirúrgica.	12 años
Rehabilitación Cardíaca	Acceso a un completo programa de rehabilitación en caso de afección de una enfermedad cardíaca.	12 años
Orientación Médica Telefónica - Telf. 900 369 369	Línea de atención telefónica permanente las 24 horas del día, los 365 días del año, atendido por un equipo de médicos especialistas, de ámbito nacional y llamada gratuita.	Vitalicia
Asesoría Jurídica Telefónica - Telf. 902 361 713	Información telefónica sobre cuestiones jurídicas de ámbito personal o familiar, atendido de forma permanente las 24 horas del día, los 365 días del año, de ámbito nacional.	Vitalicia
Testamento on line y Borrado Digital 902 344 000	Asistencia para la elaboración de Testamento Abierto Notarial, asesoramiento jurídico sobre Testamento Vital y gestión del Borrado de la Vida Digital del asegurado en caso de fallecimiento.	Vitalicia

1.2. Condiciones, plazos y vencimientos de las primas

La prima será de: 3.538,10 euros al año.

La forma de pago será anual y se hará efectivo cada aniversario de la póliza.

La duración de pago de primas es VITALICIA.

El importe de la prima variará anualmente según la edad alcanzada por el Asegurado y por el importe de los capitales asegurados.

2. Condiciones de rescisión

2.1. Reserva o inexactitud en las declaraciones del Tomador o Asegurado

En el cuestionario médico deben ser declaradas todas las circunstancias del riesgo conocidas por el Asegurado.

El Tomador del Seguro queda exonerado de tal deber si el Asegurador no le somete a cuestionario o cuando, aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.

El Asegurador, a partir del conocimiento de la reserva o inexactitud en las declaraciones del Tomador del Seguro y/o Asegurado podrá proceder, a la rescisión contractual de la póliza (art. 10 LCS) salvo en los casos en que haya transcurrido el plazo de un año desde la fecha de su conclusión sin mediar dolo en la actuación

del Tomador y/o Asegurado (art. 89 LCS), o bien que el error se produzca en la indicación inexacta de la edad del Asegurado (art. 90 LCS).

2.2. Variación del riesgo asegurado

Agravación del riesgo (art. 12 L.C.S.).- El asegurador podrá rescindir el contrato comunicándolo por escrito al asegurado dentro de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo.

Disminución del riesgo (art. 13 L.C.S.).- De existir circunstancias que disminuyan el riesgo, al finalizar el periodo en curso cubierto por la prima, deberá reducirse el importe de la prima futura en la proporción correspondiente, teniendo derecho el tomador en caso contrario a la resolución del contrato y a la devolución de la diferencia entre la prima satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar desde el momento de puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.

2.3. Derecho de resolución

De acuerdo con lo establecido en el art. 83 a. de la Ley de Contrato de Seguro, el Tomador 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 o un documento de cobertura provisional, en cuyo caso el Asegurador le devolverá el importe de la prima total pagada.

La facultad de resolución del contrato deberá ejercitarse por escrito expedido por el Tomador del Seguro en el plazo indicado y producirá sus efectos desde el día de su expedición.

A partir de esta fecha, cesará la cobertura del riesgo por parte del Asegurador y el Tomador del Seguro tendrá derecho a la devolución de la prima que hubiera pagado, salvo la parte correspondiente al tiempo en el que el contrato hubiera tenido vigencia.

2.4. Resolución por impago de la prima

En caso de falta de pago de la segunda y sucesivas primas la cobertura que garantiza el Asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento, y si la prima no se paga dentro de los seis meses siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que la póliza queda definitivamente extinguida.

3. Ámbito jurídico fiscal del contrato

3.1. Órgano de control. Jurisdicción competente

El estado miembro competente para ejercer el control de la actividad aseguradora es España, siendo la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones la autoridad administrativa competente para ejercer el referido control. La póliza de seguro quedará sometida a la jurisdicción española y, dentro de ella será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas de la misma el del domicilio del Tomador, siendo nulo cualquier pacto en contrario.

3.2. Legislación aplicable

El contrato de seguro se registrará por lo dispuesto en:

- La Ley 50/1980, de 8 de octubre de Contrato de Seguro.
- La Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades aseguradoras y Reaseguradoras.
- El Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras.
- El Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.
- El Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.
- La Ley 26/2006, de 17 de julio, de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados.
- Las Condiciones Particulares, Especiales y Generales de la póliza y los suplementos que se emitan a la misma para complementarla o modificarla.

Y cuantas disposiciones actualicen, complementen o modifiquen a las citadas normas.

Para el supuesto en que se prevea libre elección de la Ley aplicable, de mutuo acuerdo, el Tomador y la Compañía, optan por la legislación española antes reseñada.

No tendrán validez las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados que no sean específicamente aceptadas en las Condiciones Particulares de la póliza.

3.3. Sobre las diferentes instancias de reclamación

Las discrepancias entre el tomador del seguro, asegurado y/o beneficiario de una póliza y el asegurador, sin perjuicio de poder acudir a la vía administrativa o judicial que se considere oportuna, podrán resolverse mediante la presentación de la correspondiente queja o reclamación ante el Departamento de Atención al Cliente (Avda. Alcalde Barnils, 63 - 08174 Sant Cugat del Vallés - Barcelona, correo electrónico: dac@catalanaoccidente.com) o, en su caso, ante el Defensor del Cliente (Apdo. Correos 101 - 08171 Sant Cugat del Vallés - Barcelona), en las condiciones, y dentro de los plazos que constan detallados en el Reglamento de la institución aprobado por el Asegurador, que se encuentra a disposición de los tomadores, asegurados y/o beneficiarios en las oficinas de la entidad aseguradora.

Caso de ser desestimada la queja o reclamación, o haber transcurrido el plazo establecido por la normativa en vigor desde su presentación sin que haya sido resuelta, y sin perjuicio de poder iniciarla vía administrativa o judicial que considere oportunas, el reclamante podrá dirigirse al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (Paseo de la Castellana, nº 44 - 28046 Madrid; o a través de la oficina virtual: www.dgsfp.es).

El plazo de prescripción de los derechos que se deriven de la presente póliza será de cinco años contados desde el día que ocurrió el hecho origen de aquéllos.

3.4. Tratamiento fiscal

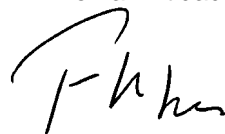
De acuerdo con la legislación vigente, el contrato queda sometido a la normativa fiscal española y, en concreto, a los siguientes textos normativos:

- La Ley 35/2006, de 28 de Noviembre, del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.
- Ley 29/1987, de 18 de diciembre, de Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones.
- Real Decreto Legislativo 4/2004, de 5 de marzo, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley del Impuesto sobre Sociedades.
- Ley 19/1991, de 6 de junio, del Impuesto sobre el Patrimonio.

Y cuantas disposiciones actualicen, complementen o modifiquen a las citadas normas.

En Sant Cugat del Vallès a 28 de marzo de 2017

Por la Entidad



Director General