



Emisión de Pólizas y Suplementos  
Gestión y Tramitación de Siniestros  
Diseño e impartición de Formación en  
las áreas de gestión de seguros



# Condiciones Específicas y Generales Helvetia “Vida Segura”

Helvetia Seguros pone este documento a su disposición porque al igual que nosotros comprendemos a nuestros clientes, deseamos que Usted comprenda nuestra Póliza. Por ello, ofrecemos una información clara, útil, cómoda y fácil de entender, sin espacio para la “letra pequeña”.  
**Le invitamos a conocer nuestro Seguro.**

## Índice

<b>Diccionario de interés</b>	5
<b>Objeto del Seguro</b>	8
<b>Aspectos importantes que debe conocer de su Póliza</b>	8
Modalidad de contratación	
Al comienzo del seguro	8
Durante la vigencia del Contrato	8
A la finalización del seguro	11
¿Qué hacer en caso de siniestro?	12
<b>Garantías Básicas</b>	14
Fallecimiento	14
Fallecimiento Conjunto	14
Helvetia Bienestar	15
<b>Garantías Complementarias</b>	18
Invalidez Absoluta y Permanente	18
Invalidez Profesional Total y Permanente	18
Fallecimiento por accidente	18
Invalidez Absoluta y Permanente por accidente	18
Fallecimiento por accidente de circulación	19
Invalidez Absoluta y Permanente por accidente	19
Invalidez Absoluta y Permanente por accidente de circulación	19
Enfermedad grave	19
Incapacidad Temporal	20
<b>Cuestiones comunes a las garantías complementarias</b>	22
<b>Compatibilidad de prestaciones</b>	23
<b>Riesgos extraordinarios</b>	24
<b>Información General al Tomador del Seguro</b>	27

# Diccionario de interés

## A

### **Accidente**

Toda lesión corporal derivada de una causa fortuita, momentánea, violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado.

### **Accidente de circulación**

Todo accidente que ocurra al Asegurado, con ocasión de un hecho relacionado con la circulación y uso de vehículos, como peatón, conductor o pasajero de un vehículo terrestre o como usuario de transportes públicos terrestres, marítimos o aéreos.

### **Asegurado**

La persona física sobre la que se estipula esta Póliza y que en defecto del Tomador del Seguro asume las obligaciones de este Contrato.

### **Asegurador**

**Helvetia Compañía Suiza, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros**, con domicilio social en Paseo de Cristóbal Colón 26, 41001 Sevilla (España), que asume la cobertura de los riesgos objeto de este Contrato y garantiza el pago de las prestaciones que le correspondan como Asegurador con arreglo a las Condiciones del mismo.

## B

### **Beneficiario**

La persona física o jurídica a quien el Tomador del Seguro, reconoce el derecho a percibir la prestación derivada de este Contrato.

## C

### **Capital Asegurado**

Cantidad fijada en las Condiciones Particulares y que constituye el importe de indemnización establecido para cada Garantía asegurada.

### **Condiciones Generales**

Documento común a todas las Pólizas de este Seguro que contiene la descripción y alcance de las Garantías objeto del Seguro.

### **Condiciones Particulares**

Documento en el que se incluyen los datos individuales y particulares de cada Póliza, como la duración del Contrato, descripción de los contratantes y del riesgo Asegurado y las Garantías que se contratan.

## **Contrato de seguro**

Contrato por el que el Asegurador se obliga, mediante el cobro de una Prima y en el caso de que se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura, a indemnizar, dentro de los límites pactados, el daño producido al Asegurado o a satisfacerle un capital, una renta u otras prestaciones convenidas.

## **Cuestionario de Salud y Evaluación del Riesgo**

**Documento que forma parte de la solicitud de Seguro consistente en una serie de preguntas sobre el estado de salud y hábitos de vida que permiten al Asegurador valorar el riesgo a suscribir.**

## **D**

### **Declaración de siniestro**

Documento por el que se comunica al Asegurador que se ha producido un siniestro y las circunstancias en que se produjo.

### **Domicilio habitual**

Domicilio en España declarado por el Tomador en las Condiciones Particulares.

## **F**

### **Fecha de Efecto**

Fecha en la que se inicia el Contrato de Seguro y comienza la cobertura de la Póliza. Durante la vigencia de la Póliza, también es la fecha en la que comienza la cobertura de una Garantía.

### **Franquicia**

Periodo de tiempo o importe económico no indemnizable por la compañía en cada siniestro.

## **G**

### **Garantías**

Prestaciones de posible aseguramiento en la Póliza.

## **P**

### **Plazo de carencia**

Tiempo a transcurrir entre la entrada en vigor de la Póliza y la toma de efecto de la Garantía.

### **Póliza**

Conjunto de documentos que recogen los datos y acuerdos del Contrato de Seguro:

- La Solicitud y el Cuestionario, cumplimentados por el Tomador del Seguro y el Asegurado, respectivamente.
- Las Condiciones Generales.
- Las Condiciones Particulares.
- Las cláusulas anexas y cualquier otro documento que sirva para concretar las Garantías cubiertas y las características de los riesgos objeto del Seguro.

**Prima**

Precio a pagar por la cobertura de este Contrato de Seguro.

El recibo incluirá, además de la Prima, las tasas, impuestos y recargos legalmente repercutibles al Tomador.

**R****Recargo**

Aumento de la Prima que tiene que pagar el Asegurado para que se asuma un riesgo agravado.

**Riesgo agravado**

Riesgo que, en función de las condiciones propias del mismo, el Asegurador lo define como tal en sus normas de contratación.

**S****Solicitud**

Declaración formal de la voluntad de contratar que el posible Tomador dirige al Asegurador donde especifica las circunstancias del riesgo que pretende asegurar y las Garantías que pretende contratar y que, junto al Cuestionario, constituyen la base para que el Asegurador determine la asunción de las coberturas, su alcance y el precio. La solicitud no vincula ni al Solicitante ni al Asegurador.

**Suicidio**

Se entiende por suicidio la muerte causada consciente y voluntariamente por el propio Asegurado.

**Suplemento**

Documento que forma parte de la Póliza y que se crea en caso de modificación de las condiciones del riesgo o del Contrato por mutuo acuerdo entre el Tomador y/o Asegurado y el Asegurador.

**T****Tomador del seguro**

La persona física o jurídica que pacta y suscribe este Contrato con el Asegurador, firmando la Póliza y asumiendo las obligaciones que de dicho Contrato se derivan.

## Objeto del seguro

El objeto de este Seguro es cada uno de los riesgos que se encuentren expresamente incluidos en las Condiciones Particulares de la Póliza.

La cuantía de cada Garantía está establecida en las Condiciones Generales y Particulares de esta Póliza, así como en los Suplementos o Apéndices que las modifiquen.

**Para considerar que un Riesgo, Garantía o Cobertura está contratado, debe figurar expresamente incluido en las Condiciones Particulares de la Póliza.**

## Aspectos importantes que debe conocer de su Póliza

### ■ Duración del Seguro

La duración de la Póliza será de un año prorrogable, renovándose tácitamente por un año más a su vencimiento anual, y así sucesivamente. No obstante las partes pueden oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de, al menos, un mes de anticipación a la conclusión del período del Seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el Tomador, y de dos meses cuando sea el Asegurador.

### ■ Tarifa de Prima

La Prima correspondiente a cada anualidad de Seguro estará determinada básicamente en función de la edad del Asegurado en el momento de la renovación anual de la Póliza y del capital Asegurado para ese periodo. **El Asegurador podrá aplicar las tarifas de primas que tenga en vigor en cada momento de acuerdo a la siniestralidad y las bases técnicas de este Seguro.** Comunicándolo oportunamente al Tomador del Seguro en los plazos fijados en la Ley de Contrato de Seguro.

### ■ Al comienzo del seguro

El presente Contrato se perfecciona por el consentimiento de las partes que se manifiesta por la suscripción de la Póliza.

Las Garantías de la Póliza, sus modificaciones o adiciones, tomarán efecto en la hora y fecha indicadas en las Condiciones Particulares, siempre y cuando haya sido satisfecho el recibo de Prima correspondiente, salvo pacto en contrario establecido en dichas Condiciones Particulares.

### ■ Durante la vigencia del seguro

#### ■ Facultad de resolver el Contrato por el Tomador del Seguro

El Tomador del Seguro en un Contrato de Seguro individual de duración superior a seis meses que haya estipulado el Contrato sobre la vida propia o la de un tercero tendrá la facultad unilateral de resolver el Contrato sin indicación de los motivos y sin penalización alguna dentro del plazo de treinta días siguientes a la fecha en la que el Asegurador le entregue la Póliza o documento de cobertura provisional. La facultad unilateral de resolución del Contrato deberá ejercitarse por el Tomador del Seguro mediante comunicación dirigida al Asegurador a través de un soporte duradero, disponible y accesible para éste y que permita dejar constancia de la notificación.

A partir de la fecha en la que se expida la comunicación 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 periodo de tiempo en que el Contrato hubiera tenido vigencia. El Asegurador dispondrá para ello de un plazo de treinta días a contar desde el día que reciba la comunicación de rescisión.

## ■ **Modificaciones del riesgo**

El Tomador del Seguro y, en su caso el Asegurado o Beneficiario deberán comunicar al Asegurador, tan pronto como les sea posible, el cambio de profesión y todas las circunstancias ajenas al estado de salud del Asegurado, que según el Cuestionario presentado por el Asegurador, antes de la conclusión del Contrato agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por el Asegurador en el momento de la perfección del Contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

De igual forma, el Tomador del Seguro o el Asegurado podrán, durante el curso del Contrato, poner en conocimiento del Asegurador todas las circunstancias que disminuyan el riesgo.

## ■ **Error de edad**

**En el supuesto de indicación inexacta de la fecha de nacimiento del Asegurado, el Asegurador solo 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 recibida.** 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.

## ■ **Pago de primas**

### • **Prima**

La Prima es el precio a pagar por la cobertura de este Contrato de Seguro. El recibo de Prima deberá hacerse efectivo por el Tomador en los correspondientes vencimientos por anualidades completas anticipadas.

El recibo incluirá, además de la Prima, los impuestos y recargos legalmente repercutibles a cargo del Tomador del Seguro que se deban pagar por razón de este Contrato.

### • **Recargo por pago fraccionado**

Podrá convenirse el pago fraccionado de la Prima anual, **mediante la aplicación de un recargo en dicha Prima**, cuyo importe se cuantificará en el recibo.

### • **Forma de pago**

El Tomador del Seguro está obligado al pago de la primera Prima o de la Prima única en el momento de la perfección del Contrato. Las sucesivas Primas se deberán hacer efectivas en los correspondientes vencimientos estipulados en la Póliza.

Para el pago de cada Prima periódica, a excepción de la primera, se concede un plazo de gracia de un mes a contar desde el día siguiente a la fecha de su vencimiento.

### • **Lugar de pago**

Si en las Condiciones Particulares no se determina ningún lugar para el pago de la Prima, éste habrá de efectuarse en el domicilio del Tomador del Seguro.

Si el Tomador del Seguro, o en su caso el Asegurado, desea realizar el pago tanto de la primera Prima como de las sucesivas, por el sistema de domiciliación bancaria, deberá facilitar al Asegurador una carta dirigida a la Entidad Bancaria o Caja de Ahorros firmada por el titular de la cuenta corriente o libreta, dando la oportuna orden para la aceptación de los cargos de las Primas.

#### • **Consecuencia del impago de la Prima**

Si por culpa del Tomador del Seguro la primera Prima no ha sido pagada, o la Prima única no lo ha sido a su vencimiento, el Asegurador tiene derecho a resolver el Contrato o a exigir el pago de la Prima debida en vía ejecutiva con base en la Póliza.

Si la Prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación.

En caso de falta de pago de una de las Primas siguientes a la primera, la cobertura del Asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si el Asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la Prima, se entenderá que el Contrato queda extinguido. En cualquier caso, el Asegurador, cuando el Contrato esté en suspenso, solo podrá exigir el pago de la Prima del periodo en curso.

Si el Contrato no hubiere sido resuelto o extinguido conforme a los párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el Tomador del Seguro pague su Prima.

#### ■ **Pago de prestaciones**

El Asegurador pagará las prestaciones establecidas en el Contrato, en caso de una contingencia cubierta por la Póliza, a los Beneficiarios designados por el Tomador del Seguro.

**En caso de una contingencia cubierta, se descontarán del pago de la prestación establecida, las fracciones de Prima de la anualidad en curso no percibidas (incluidas las no vencidas o devengadas).**

#### ■ **Beneficiarios**

Durante la vigencia del Contrato, el Tomador del Seguro puede designar Beneficiario o modificar la designación anteriormente señalada sin necesidad del consentimiento del Asegurador, salvo que el Tomador del Seguro haya renunciado expresamente y por escrito a tal facultad.

En caso de no recogerse en las Condiciones Particulares de esta Póliza una designación expresa de Beneficiario, se considerará como tal:

En caso de vida: El Asegurado.

En caso de fallecimiento del Asegurado:

- El cónyuge superviviente no separado legalmente mediante sentencia firme,
- En su defecto a los hijos del fallecido por partes iguales,
- En defecto de éstos a los herederos legales también por partes iguales.

#### ■ **Cesión y pignoración de la Póliza**

El Tomador del Seguro podrá, en todo momento, ceder o pignorar esta Póliza, siempre que no haya sido designado Beneficiario con carácter irrevocable. La cesión o pignoración de la Póliza implica la revocación del Beneficiario. El Tomador del Seguro deberá comunicar por escrito al Asegurador la cesión o pignoración realizada.



## ■ Prescripción

Las acciones que se deriven del presente Contrato de Seguro prescribirán en el término de cinco años. El tiempo de prescripción comenzará a contarse desde el día en que las respectivas acciones pudieran ejercitarse.

## ■ Comunicaciones: Tomador del Seguro, Asegurado, Asegurador y Mediadores

Todas las comunicaciones entre el Tomador del Seguro, o en su caso el Asegurado, el Mediador y el Asegurador deberán hacerse mutuamente por escrito.

Las comunicaciones del Tomador del Seguro, del Asegurado o del Beneficiario al Asegurador se realizarán en el domicilio del Asegurador señalado en la Póliza. Las comunicaciones que efectúe el Tomador del Seguro al agente de seguros que medie o haya mediado en el presente Contrato de Seguro, surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado directamente al Asegurador. Asimismo el pago de los recibos de Prima por el Tomador del Seguro o el Asegurado al referido agente de seguros, se entenderá realizado al Asegurador, salvo que ello se haya excluido expresamente y destacado de modo especial en la Póliza de Seguro.

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

El pago de la Prima efectuado por el Tomador del Seguro o el Asegurado al corredor de seguros, no se entenderá realizado al Asegurador, salvo que, a cambio, el corredor de seguros entregue a aquél el recibo de Prima emitido por el Asegurador.

Las comunicaciones del Asegurador al Tomador del Seguro y, en su caso, al Asegurado y al Beneficiario, se realizarán al domicilio de éstos, recogido en la Póliza.

Las modificaciones incorporadas a la Póliza y formalizadas mediante la firma de las partes se entenderá que han cumplido todos estos requisitos.

## ■ Extravío o destrucción de la Póliza y/o recibo

En caso de extravío, robo o destrucción de la Póliza y/o recibo, el Asegurador emitirá un duplicado de dichos documentos a petición del Tomador del Seguro..

## ■ Jurisdicción

Será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del presente Contrato de Seguros el del domicilio del Asegurado en España.

## ■ A la finalización del seguro

El seguro finaliza por:

- El pago de las prestaciones de Fallecimiento o Invalidez Absoluta y Permanente o Total y Permanente del Asegurado, cualquiera que sea su causa.
- Por anulación del Contrato por parte del Tomador del Seguro o de la Entidad Aseguradora.
- En caso que el Tomador del Seguro deje de pagar la prima vencida dentro de los plazos establecidos en estas Condiciones Generales y Específicas.
- En la anualidad en que el Asegurado cumpla la edad indicada en las Condiciones Particulares para cada una de las Garantías contratadas.

# ¿Qué hacer en caso de siniestro?

## ¿Cómo avisarnos?

Debe avisarnos lo antes posible comunicándolo a través de nuestro centro de atención telefónica o a través de nuestra página web [www.helvetia.es](http://www.helvetia.es).

## ¿Qué documentación debe facilitarnos?

En todo caso, entre la documentación necesaria a aportar, deberá acompañarse copia del DNI del Asegurado.

En caso de ocurrir la contingencia contratada en la Póliza se exigirán al Tomador del Seguro o al Beneficiario en su caso:

## Documentación necesaria en caso de fallecimiento

- a) Certificado de defunción del Asegurado.
- b) Certificado del médico que haya asistido al Asegurado, indicando el origen, evolución y naturaleza de la enfermedad o accidente que le causó el fallecimiento o, en su caso, testimonio de las diligencias judiciales o documentos que acrediten el fallecimiento por accidente y del informe de la autopsia practicada.
- c) Certificado del Registro de Actos de Últimas Voluntades y, copia del último testamento del Tomador del Seguro o Asegurado. De no existir testamento, Auto Judicial de Declaración de Herederos o acta de declaración de herederos otorgada ante Notario.
- d) Cuando proceda, carta de pago o declaración de exención de los Impuestos que correspondan.
- e) Documentos que acrediten la personalidad del Beneficiario.

## Documentación necesaria en caso de Invalidez Permanente:

- a) Certificado de la Seguridad Social, Instituto de Asuntos Sociales u organismo oficial competente declarando la situación de Invalidez Permanente del Asegurado.
- b) Cualquier otra documentación médica aclarativa que el Asegurador estime necesario.
- c) Será necesario aportar las actuaciones judiciales completas en caso de producirse esta como consecuencia de accidente.

## Documentación necesaria en caso de Incapacidad Temporal

- a) Partes médico de la Seguridad Social de Baja y de Confirmación de la Baja expedido por el facultativo del Servicio Público de Salud, indicando expresamente en el mismo el diagnóstico del Asegurado.
- b) Parte médico de Alta expedido por el facultativo del Servicio Público de Salud.
- c) **El Asegurador podrá solicitar en cualquier momento**, a la vista de los informes médicos de seguimiento de la incapacidad recibidos, **las pruebas complementarias médicas al uso según el tipo de lesión para comprobar que la persistencia de la baja médica no se debe exclusivamente a algopatías o molestias sin objetivización clínica, que en su caso produciría la finalización del pago de la indemnización.**

d) Aunque la indemnización correspondiente se devenga, transcurrido el periodo de franquicia, a partir de la comunicación de siniestro una vez aportada la documentación que acredite la baja médica del Asegurado, **el pago de la indemnización diaria, se realizará de una sola vez, por el tiempo que haya durado la Incapacidad Temporal, con el límite máximo de tiempo establecido para esta Garantía y una vez recepcionada la documentación de los apartados a) y b).**

**El Asegurador podrá disponer las visitas de inspección que estime conveniente para comprobar el estado de salud del Asegurado.**

**En caso de que el Asegurado se opusiera a estas visitas, el Asegurador quedará liberado del pago de las prestaciones.**

## Documentación necesaria en caso de enfermedad grave

Certificado del médico que haya asistido al Asegurado, indicando el origen, evolución y naturaleza de la enfermedad grave cubierta.

**La comprobación y determinación de la enfermedad grave se efectuará por el Asegurador después de la presentación de la documentación prevista además del historial clínico del Asegurado, certificando la enfermedad que ha padecido, sus síntomas y secuelas.**

# Garantías Básicas

## ■ Fallecimiento

### Fallecimiento por cualquier causa

El Asegurador abonará al Beneficiario designado, el capital indicado en las Condiciones Particulares en caso de fallecimiento del Asegurado durante la vigencia del Contrato, cualquiera que sea la causa que lo produzca y el lugar en que ocurra.

El Tomador del seguro definirá en el contrato la forma de cobro de la indemnización, bien en forma de capital, de renta o ambas.

En caso de elección en forma de renta las coberturas a contratar serán las siguientes:

- Renta de Viudedad: consistente en una renta temporal cierta de acuerdo a la duración indicada en el contrato cuyo beneficiario será el cónyuge o pareja de hecho y en su defecto los herederos legales.
- Renta de Orfandad: consistente en una renta temporal cierta de acuerdo a la duración indicada en el contrato cuyos beneficiarios serán los hijos y en su defecto los herederos legales.

### Fallecimiento conjunto de ambos cónyuges por accidente

Por esta garantía se indemnizará con un capital adicional del 100% de la garantía básica de Fallecimiento **siempre que** como consecuencia de un accidente, tal y como está definido en este Contrato, **se produzca el fallecimiento conjunto del Asegurado y su cónyuge o pareja de hecho, de forma inmediata o como consecuencia directa de las lesiones del accidente en el plazo de un año desde la ocurrencia del mismo.** Por tanto, **serán también de aplicación a esta cobertura las exclusiones comunes a las garantías de accidentes indicadas en el correspondiente apartado de estas Condiciones Generales.**

### Ayuda para gastos de sepelio:

El Beneficiario podrá disponer de un anticipo del 10% de la prestación que le corresponda por fallecimiento por cualquier causa para atender los gastos derivados de este hecho, previa justificación documental.

## ■ Exclusiones de la garantía de Fallecimiento

- a) El fallecimiento por enfermedades contraídas o accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de efecto del seguro, conocidas por el Asegurado antes de dicha fecha, que no hubieran sido declarados por el mismo y que de haber sido conocidos por el Asegurador, hubieran sido motivo de rehusé o aplazamiento.**
- b) El fallecimiento por suicidio del Asegurado si no ha transcurrido más de un año desde la conclusión del Contrato.**
- c) El fallecimiento del Asegurado como consecuencia directa o indirecta de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva, así como consecuencia de epidemias así declaradas oficialmente.**
- d) Las consecuencias de guerra u operaciones de carácter similar o derivadas de hechos de carácter político o social o actos de terrorismo, así como los accidentes causados**

por terremotos, erupción volcánica, inundación y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario. (Dichos acontecimientos extraordinarios quedan cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros de acuerdo a la cláusula de riesgos extraordinarios que recoge este Contrato).

## ■ Helvetia Bienestar

El Asegurador pone en exclusiva a disposición del Tomador una plataforma digital de servicios para el cuidado de la salud y el bienestar, mediante acceso web o aplicación móvil que le permiten acceder desde cualquier lugar y dispositivo. Dicha plataforma ofrece una completa gama de funcionalidades, servicios de valor añadido y ventajas para el usuario que se pueden resumir en los siguientes bloques:

### Historial Médico Digital

Esta funcionalidad permite al Tomador, tras crear su perfil médico, integrar toda su información médica en un entorno digital, así como llevar un seguimiento de los datos y consultas médicas. Ello le permite una mayor usabilidad en la gestión de su historial médico, con la posibilidad de compartir dicha información (tratamiento, pautas médicas, vacunas, etc.) si así lo desea, así como disponer de la misma a través de sistemas de códigos QR configurable como elemento preventivo en caso de emergencia o accidente.

### Programas de Hábitos de Vida Saludable

Este servicio ofrece al Tomador la posibilidad de planificar hábitos de vida saludable para mejorar su estado físico, además acceder a contenidos y recomendaciones relacionados con el bienestar y la nutrición. De acuerdo al perfil del usuario el programa propondrá distintos retos y actividades de manera personalizada, pudiendo monitorizar y sincronizar todas sus actividades con las principales pulseras, relojes o cualquier otro dispositivo inteligente del mercado quedando integrada la misma en un solo espacio digital.

### Servicios de Segunda Opinión Médica

- Servicio de consulta no presencial, que permite al Asegurado, **su cónyuge e hijos menores de 23 años que convivan en el domicilio familiar**, en adelante beneficiarios del servicio, acceder a las observaciones y recomendaciones de especialistas de referencia a nivel internacional en sus respectivas áreas de formación específica, sobre su diagnóstico y sus opciones de tratamiento.

Estarán cubiertas las enfermedades graves, crónicas o degenerativas que afecten sustancialmente la calidad de vida del Asegurado y sobre las que recae la prestación de los servicios.

**No quedan cubiertas las “patologías agudas o subagudas” ni las patologías psiquiátricas. Tienen la consideración de “patología aguda” aquellas que tienen un inicio y un fin claramente definidos y es de corta duración. Generalmente se considera que su duración es menos de tres meses. Es el término contrario a patología crónica. Tiene la consideración de “patología subaguda” aquella con sintomatología de tipo moderado y que avanza con rapidez moderada, pero que no se vuelve grave**

- El proveedor del servicio pone a disposición del beneficiario toda su infraestructura y asistirá al mismo en la identificación del especialista apropiado para el tratamiento de su patología, en la coordinación de citas y desplazamiento, alojamiento, solicitud de presupuesto, garantía de pago, auditoría de facturas y gestión de pagos (en nombre del beneficiario previo depósito).

**El proveedor del servicio no asumirá ninguno de los gastos derivados de las atenciones médicas ambulatorias y/u hospitalarias, pruebas diagnósticas, desplazamiento y alojamiento, siendo responsabilidad exclusiva del beneficiario de los servicios.** En cada caso, se informará al beneficiario del protocolo de facturación y cobro fijado por el establecimiento médico. **El**

**beneficiario será el único responsable del cumplimiento de las normas establecidas por el establecimiento médico, siendo responsabilidad del propio beneficiario su incumplimiento y las consecuencias derivadas del mismo (negación a atender al paciente, retraso en la atención del paciente, pérdida del derecho a descuentos, registro en la lista de morosos,...), quedando eximidos el proveedor del servicio y el Asegurador de cualquier responsabilidad al respecto.**

## **Servicios de Orientación Médica On-Line y Teleconsulta**

**Orientación médica on-line:** Este servicio permite al Asegurado acceder a un equipo médico en cualquier momento a través de la web del Asegurador a información general sobre cuestiones relativas a la salud como:

- Aclaración de términos médicos o parámetros de analíticas difíciles de entender.
- Explicación comprensible acerca de la finalidad, preparación y operativa de ciertas pruebas diagnósticas.
- Información general sobre cualquier aspecto médico y dudas más habituales sobre tratamientos farmacológicos.

**Este servicio no sustituye a la consulta médica propiamente dicha, entendida ésta como la relación médico paciente imprescindible para llevar a cabo cualquier diagnóstico y tratamiento, ni a los servicios de socorros estatales o privados.**

**Teleconsulta:** Orientación Médica a través de videoconferencia con un equipo médico de forma rápida, directa, sin esperas en horario de 9:00 a 20:00 horas en días laborables.

## **Servicios de Medicina Preventiva**

El Asegurador gestionará para el Asegurado el **acceso a las siguientes prestaciones convenidas, a requerimiento del Tomador, el cual asume a su cargo el coste de la misma en condiciones de precio preferenciales concertados por el Asegurador:**

**Reconocimiento médico preventivo concertado:** La relación de pruebas concertadas está disponible para el Tomador en el acceso web habilitado por el Asegurador.

**Test genético GENOMA:** Predicen su mayor o menor riesgo de padecer algunas de las 10 posibles enfermedades que una persona puede padecer a lo largo de su vida, a tenor de su constitución genética. Los riesgos analizados corresponden a las siguientes enfermedades:

### **Enfermedades oncológicas:**

- Cáncer de Pulmón.
- Cáncer de Tiroides.
- Cáncer de Vejiga.
- Cáncer colorrectal.
- Cáncer de Próstata o Mama y Ovario

### **Enfermedades Cardiovasculares:**

- Infarto de miocardio
- Aneurisma intracraneal
- Aneurisma aórtico abdominal
- Enfermedad arterial periférica
- Trombosis venosa profunda

**Test NUTRIGENETIC:** Consiste en un test genético que estudia la predisposición genética que tiene cada persona sobre la forma de asimilar los diversos alimentos, los hábitos de vida, y su repercusión sobre el organismo. Permitiendo elaborar y ajustar una dieta personalizada para perder peso y mejorar su salud.

## Servicios Legales

**Servicio de Testamento On-line:** El Asegurado y su cónyuge dispondrán de este servicio **gratuito**, consistente en el asesoramiento en la elaboración del testamento.

Para ello el Asegurado o su cónyuge a través de la plataforma web habilitada por el Asegurador cumplimentará un formulario con sus datos personales que será analizado por un abogado que asesorará en base a la voluntad del Asegurado y redactará un borrador de su testamento. Una vez obtenido el visto bueno del Asegurado sobre este borrador, se acordará una cita con el notario más próximo a su domicilio, de entre los concertados por el Asegurador, para su firma.

Queda cubierto el asesoramiento legal, elaboración de un borrador del testamento y servicio de secretaría, consistente en la coordinación de la firma con el notario. **No queda, por tanto, cubierto el coste de las tasas notariales y el registro, siendo estos por cuenta del Asegurado.**

**Servicio de Borrado de la Huella Digital:** Consiste en la eliminación de la información personal que puede aparecer sobre el Asegurado en las redes sociales e Internet en general.

## Proveedores de los Servicios

Todos los servicios que el Asegurador pone a disposición del Asegurado son prestados por proveedores externos, **reservándose el Asegurador el derecho de modificar o cancelar estos servicios si en un momento dado no encontrara ninguna entidad capaz de prestarlos con las garantías y calidad exigidas.**

**Aquellos servicios que tienen como objetivo proporcionar información general de la salud, en ningún caso realizarán diagnósticos ni se recomendarán tratamientos. Las recomendaciones obtenidas de estos servicios se basan en información facilitada por el cliente y no constituyen en modo alguno información médica que sustituya una posible visita médica.**

# Garantías Complementarias

## ■ Invalidez Absoluta y Permanente

### ¿Qué se cubre?

El Asegurador abonará al Asegurado la indemnización indicada en las Condiciones Particulares, si como consecuencia de un accidente o una enfermedad, se ocasiona al Asegurado durante la vigencia de la Póliza una Invalidez Absoluta y Permanente. **En caso de que se produzca a consecuencia de accidente, la invalidez absoluta y permanente deberá acreditarse en un plazo no superior a dos años desde la fecha de ocurrencia del accidente, siempre que éste sobrevenga estando la Póliza en vigor.**

El Tomador del seguro definirá en el contrato la forma de cobro de la indemnización, bien en forma de capital, de renta o ambas.

En caso de elección en forma de renta el Asegurado recibirá dicha indemnización en forma de renta temporal cierta de acuerdo a la duración indicada en el contrato. En caso de fallecimiento del Asegurado durante del periodo de cobro de esta renta, esta se pagará a los herederos legales hasta el final del plazo previsto.

Esta Garantía surte efecto en todo el mundo y durante las 24 horas del día.

Se entiende por Invalidez Absoluta y Permanente la situación física o psíquica irreversible, determinante de la total ineptitud del Asegurado para el ejercicio de cualquier profesión o actividad laboral, provocada por accidente o enfermedad, originados independientemente de la voluntad del Asegurado.

## ■ Invalidez Profesional Total y Permanente

### ¿Qué se cubre?

El Asegurador pagará al Asegurado el capital de esta Garantía, si como consecuencia de un accidente o una enfermedad, cubierto por la Póliza, se ocasiona al Asegurado durante la vigencia de la Póliza una Invalidez Profesional Total y Permanente. **En caso de que se produzca a consecuencia de accidente, la invalidez profesional total y permanente deberá acreditarse en un plazo no superior a dos años desde la fecha de ocurrencia del accidente, siempre que éste sobrevenga estando la Póliza en vigor.**

Esta Garantía surte efecto en todo el mundo y durante las 24 horas del día.

A efectos de esta Póliza se entiende por Invalidez Profesional Total y Permanente la situación física o psíquica irreversible, determinante de la total ineptitud del Asegurado para el ejercicio de su profesión o actividad laboral habitual, provocada por accidente o enfermedad, originados independientemente de la voluntad del Asegurado.

## ■ Fallecimiento por accidente

### ¿Qué se cubre?

El Asegurador abonará al Beneficiario del Asegurado el capital adicional indicado para esta Garantía, si éste fallece a consecuencia de un accidente garantizado por la Póliza de forma inmediata **o como consecuencia de las lesiones sufridas en el plazo de un año a la fecha de su ocurrencia, siempre que el accidente y el fallecimiento sobrevengan estando la Póliza en vigor.** Esta Garantía surte efecto en todo el mundo y durante las 24 horas del día.



## ■ Fallecimiento por accidente de circulación

### ¿Qué se cubre?

El Asegurador abonará al Beneficiario del Asegurado el capital adicional indicado para esta Garantía, si éste fallece a consecuencia de un accidente circulación garantizado por la Póliza de forma inmediata **o como consecuencia de las lesiones sufridas en el plazo de un año a la fecha de su ocurrencia, siempre que el accidente y el fallecimiento sobrevengan estando la Póliza en vigor.** Esta Garantía surte efecto en todo el mundo y durante las 24 horas del día.

## ■ Invalidez Absoluta y Permanente por Accidente

### ¿Qué se cubre?

El Asegurador abonará al Asegurado el capital adicional indicado para esta Garantía, si como consecuencia de un accidente garantizado, **se ocasiona al Asegurado una Invalidez Absoluta y Permanente comprobada y fijada en el término de dos años desde la fecha de ocurrencia del accidente, siempre que el accidente y la Invalidez sobrevengan estando la Póliza en vigor.** Esta Garantía surte efecto en todo el mundo y durante las 24 horas del día.

## ■ Invalidez Absoluta y Permanente por accidente de circulación

### ¿Qué se cubre?

El Asegurador abonará al Asegurado el capital adicional indicado para esta Garantía, si como consecuencia de un accidente de circulación cubierto en la Póliza, se ocasiona al Asegurado una Invalidez Absoluta y Permanente **comprobada y fijada en el término de dos años desde la fecha de ocurrencia del accidente, siempre que el accidente y la invalidez sobrevengan estando la Póliza en vigor.** Esta Garantía surte efecto en todo el mundo y durante las 24 horas del día.

## ■ Enfermedades Graves

### ¿Qué se cubre?

Se entiende por enfermedad grave toda alteración del estado de la salud, **cuyo diagnóstico será efectuado por un médico legalmente reconocido y confirmado por el médico del Asegurador, que requiera tratamiento y cuyas manifestaciones se presenten durante la vigencia de Póliza.**

El Asegurador en caso de diagnóstico de una enfermedad grave del Asegurado, anticipará al Asegurado, el capital especificado en las condiciones particulares de la Póliza.

**En caso de enfermedad grave la cobertura comenzará una vez transcurridos los tres primeros meses a contar desde la fecha de efecto de la Póliza.**

Esta Garantía surte efecto en todo el mundo y durante las 24 horas del día.

A efectos de esta Póliza, **tendrán la consideración de enfermedad grave sola y exclusivamente las siguientes:**

## ■ Cáncer

**Tumor maligno caracterizado por el crecimiento descontrolado y la diseminación de células malignas y la invasión de los tejidos.**

**Se incluyen todos los tumores con repercusión general, como por ejemplo melanoma maligno, leucemia (salvo leucemia linfocítica crónica), linfomas, cáncer mamario, prostático, gástrico, de colon y pulmonar.**

## ■ Accidente cerebro vascular

**Todo padecimiento cerebro vascular que produzca secuelas neurológicas que duren más de veinticuatro horas e incluyan infartación del tejido cerebral, hemorragia o embolización de una fuente extracraneal, debiendo existir signos de deficiencia neurológica permanente.**

## ■ Infarto de miocardio

**Muerte (necrosis) de una parte del músculo cardíaco (miocardio) como resultado de un insuficiente suministro sanguíneo a la zona pertinente. El diagnóstico debe basarse en antecedentes de dolores pectorales típicos, nuevos cambios electrocardiográficos y aumento de las enzimas cardíacas a niveles superiores de los aceptados como normales por el laboratorio.**

## ■ Insuficiencia renal

**Insuficiencia renal en su etapa final, presentándose como una insuficiencia crónica e irreversible del funcionamiento de ambos riñones, de donde se deriva un tratamiento regular de diálisis renal o la práctica de una operación de trasplante de riñón.**

## ■ Trasplante de órganos vitales

**Entendiéndose como tal la transferencia al Asegurado, mediante operación de corazón, pulmón, hígado, páncreas, riñón, o medula ósea.**

No está cubierto...

a) **Los tipos de cáncer no invasores in situ, tumores en la presencia de cualquier virus de inmunodeficiencia humana, la enfermedad de Hodgkin en su primera fase y todo tipo de cáncer de piel, excepto el melanoma maligno.**

b) **Accidentes vasculares isquémicos transitorios y accidentes lentamente reversibles.**

c) **Quedan pues expresamente excluidas como enfermedades graves las que sean consecuencia o estén relacionadas con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH) constatado en un test de anticuerpos, o del virus del SIDA con resultado positivo.**

## ■ Incapacidad Temporal

¿Qué se cubre?

Se entiende por Incapacidad Temporal, la alteración del estado de salud del Asegurado, debida a accidente o enfermedad, común o profesional, que lleve consigo la interrupción de su actividad profesional. **Esta Incapacidad Temporal debe estar acreditada mediante los informes o partes de baja del médico de la Seguridad Social, aunque esta no será vinculante para el Asegurador si no es confirmada por el médico del mismo.** Esta Garantía surte efecto en todo el territorio español y durante las 24 horas del día.

El Asegurador abonará al Asegurado la indemnización diaria indicada para esta Garantía, si como consecuencia de un accidente o enfermedad, se ocasiona al Asegurado una Incapacidad Temporal.

**No se considerará como Incapacidad Temporal, a efectos de indemnización por la presente Póliza, la motivada por embarazo o parto.** En compensación, y por cada recién nacido cuya madre esté asegurada por la presente Póliza, el Asegurador abonará como única prestación económica, una indemnización equivalente a veinte veces la que se garantiza diariamente para los casos de enfermedad siempre que el parto ocurra después de ocho meses de vigencia de la Póliza.

**El plazo máximo de indemnización será de trescientos sesenta y cinco días, a partir de la fecha de la contingencia cubierta. A este plazo máximo de indemnización se le descontará la franquicia especificada en las condiciones particulares de la Póliza. El periodo de franquicia comenzará una vez que el Asegurador haya recibido la baja médica como acreditación de la ocurrencia del siniestro.**

**El Asegurador podrá solicitar en cualquier momento, a la vista de los informes médicos de seguimiento de la incapacidad recibidos, las pruebas complementarias médicas al uso según el tipo de lesión para comprobar que la persistencia de la baja médica no se debe exclusivamente a algopatías o molestias sin objetivización clínica, que en su caso produciría la finalización del pago de la indemnización.**

**Las lesiones relativas a hernias, lumbalgias, ciáticas, esguinces, desgarros y distensiones musculares y ligamentosas, menisco y ligamentos de rodilla tendrán un periodo máximo de indemnización de 60 días por año.**

Se considera continuidad de la Incapacidad Temporal, si no han transcurrido más de tres meses entre dos bajas consecutivas motivadas por el mismo proceso. No obstante, si la nueva Incapacidad Temporal tuviese como causa un proceso distinto de las declaradas anteriormente, empezará a contar otro periodo de indemnización, pero, teniendo en cuenta que, **por anualidad la suma de los periodos de baja no podrá ser superior a los trescientos sesenta y cinco días.**

En caso de enfermedad existirá una **carencia de tres meses**, o sea la cobertura pactada comenzará una vez transcurridos dicho plazo desde la formalización de la Póliza. En el caso de accidente no existe ningún plazo de carencia.

No está cubierto...

- a) **La Incapacidad Temporal ocasionada por las enfermedades mentales cualquiera que sean sus formas así como cualquier patología ocasionada o desencadenada por el estrés.**
- b) **La Incapacidad Temporal ocasionada por las patologías que tengan como manifestación única el dolor, sin comprobación con pruebas médicas.**
- c) **La Incapacidad Temporal por cirugía estética o plástica reparadora salvo las necesarias para eliminar las secuelas de un accidente cubierto en la Póliza y sufrido por el Asegurado.**
- d) **La Incapacidad Temporal ocasionada por cualquier enfermedad que tenga su origen en el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).**
- e) **La Incapacidad Temporal ocasionada por cualquier proceso que tenga su origen en lesiones osteoarticulares y que provengan de lesiones previas degenerativas, defectos o deformaciones que sean preexistentes a la contratación de la Póliza**

# Cuestiones comunes a las garantías complementarias

¿Qué no queda cubierto por las garantías complementarias?

## Exclusiones:

Además de las exclusiones que figuran en las garantías de fallecimiento y en las garantías complementarias correspondientes, quedan excluidos todos los siniestros originados por alguno de los siguientes motivos:

- a) El suicidio, frustrado o consumado, o autolesión intencionada del Asegurado.
- b) Los ocasionados por la participación en espectáculos taurinos, actos delictivos, alborotos, reyertas o luchas, salvo que en este último caso hubiese actuado en legítima defensa, infracciones de la Ley, imprudencias o negligencias graves del Asegurado, declaradas así judicialmente, así como por las consecuencias de participación del Asegurado en carreras o apuestas de velocidad con vehículos de motor.
- c) Los ocasionados por la práctica profesional de cualquier deporte, los debidos a deportes de alto riesgo como escalada o alta montaña, automovilismo, motorismo, motonáutica de competición, submarinismo, paracaidismo, vuelo sin motor, ala delta, y demás deportes aeronáuticos, esquí de competición, deportes de contacto como boxeo y otros, puenting, rafting y similares.
- d) Los accidentes sufridos por el Asegurado en estado de embriaguez o bajo los efectos de drogas o estupefacientes, no prescritos médicamente. Se considera embriaguez cuando el grado de alcohol en la sangre sea superior en más de un 20 % a los límites legales establecidos en la Ley sobre Tráfico o en el Reglamento General de la Circulación, o el Asegurado sea sancionado o condenado por esta causa.

Se considera accidente...

Toda lesión corporal derivada de una causa fortuita, momentánea, violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado.

Tienen además la consideración de accidente:

- a) Los envenenamientos, la asfixia, las lesiones a consecuencia de gases o vapores, inmersión o sumersión, la ingestión de materias líquidas o sólidas siempre que no se trate de productos alimenticios en mal estado, ocurrido por error o por acto de terceros.
- b) Las infecciones y consecuencias de intervenciones quirúrgicas derivadas de accidente.
- c) Las mordeduras de animales o las picaduras de insectos y sus consecuencias.
- d) Las consecuencias de desvanecimientos o síncope.
- e) Las lesiones producidas en legítima defensa o en salvamento de personas o bienes.

No se considera accidente...

- a) Las enfermedades de cualquier naturaleza, incluidas las profesionales, y sus consecuencias, así como las lesiones corporales o complicaciones relacionadas con una enfermedad o estado morbo, ataques de apoplejía, de epilepsia o epileptiformes, aneurismas, varices, etc.
- b) Los accidentes ocurridos como consecuencia de enfermedades psíquicas.
- c) Los infartos, trombosis y embolias de cualquier clase, aunque sean dictaminados como accidentes laborales.

## Compatibilidad de prestaciones

No serán compatibles para un mismo siniestro asegurado:

- **Capital de Fallecimiento, Capital de Invalidez Absoluta y Permanente y Capital de Invalidez Profesional Total y Permanente, salvo que el Capital de Invalidez sea inferior al de Fallecimiento en cuyo caso y si se produjera un fallecimiento posterior se indemnizaría por la diferencia de capitales entre la invalidez y el fallecimiento.**
- **Capital de Fallecimiento, Capital de Invalidez Absoluta y Permanente, Capital de Invalidez Profesional Total y Permanente y Capital de Enfermedades Graves, salvo que el Capital de Enfermedades Graves sea inferior al de Fallecimiento o al de la Invalidez.**

**Si se contrata la Garantía de Enfermedad grave junto a la Garantía de Invalidez Absoluta Permanente, Invalidez Profesional Total y Permanente o de Fallecimiento, tras el pago de un siniestro por la Garantía de Enfermedad grave, si posteriormente se produjera una declaración de invalidez o el fallecimiento del Asegurado, únicamente se indemnizaría por la diferencia entre el capital contratado por estas garantías y el abonado por la Garantía de Enfermedad grave, considerando a este, desde ese momento, como anticipo del capital de fallecimiento e invalidez.**

# Riesgos Extraordinarios

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

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

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

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

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

## I Resumen de las normas legales

### 1 Acontecimientos extraordinarios cubiertos

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

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

### 2 Riesgos excluidos

- a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
- b) Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.

- c) **Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.**
- d) **Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 12/2011, de 27 de mayo, sobre responsabilidad civil por daños nucleares o producidos por materiales radiactivos.**
- e) **Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el apartado 1.a) anterior y, en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.**
- f) **Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios de los señalados en el apartado 1.b) anterior.**
- g) **Los causados por mala fe del asegurado.**
- h) **Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.**
- i) **Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de «catástrofe o calamidad nacional».**

### **3 Extensión de la cobertura**

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

## **II Comunicación de daños al Consorcio de Compensación de Seguros**

- 1 La solicitud de indemnización de daños cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros, se efectuará mediante comunicación al mismo por el Tomador del seguro, el Asegurado o el beneficiario de la póliza, o por quien actúe por cuenta y nombre de los anteriores, o por la Entidad Aseguradora o el mediador de seguros con cuya intervención se hubiera gestionado el seguro.
- 2 La comunicación de los daños y la obtención de cualquier información relativa al procedimiento y al estado de tramitación de los siniestros podrá realizarse:
  - Mediante llamada al Centro de Atención Telefónica del Consorcio de Compensación de Seguros (900 222 665 o 952 367 042).
  - A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros ([www.conorseguros.es](http://www.conorseguros.es)).

- 3 Valoración de los daños: la valoración de los daños que resulten indemnizables con arreglo a la legislación de seguros y al contenido de la Póliza de seguro se realizará por el Consorcio de Compensación de Seguros, sin que éste quede vinculado por las valoraciones que, en su caso, hubiese realizado la Entidad Aseguradora que cubriese los riesgos ordinarios.
4. Abono de la indemnización: el Consorcio de Compensación de Seguros realizará el pago de la indemnización al beneficiario del seguro mediante transferencia bancaria.



# Información General al Tomador del Seguro

La presente información se facilita en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 96 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y en los artículos 122 y 124 de su Reglamento aprobado por Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre.

## 1 Legislación aplicable. El presente seguro se rige por:

- Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.
- Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras.
- Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras.
- Ley 35/2006, de 28 de noviembre, del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y de modificación parcial de las leyes de los Impuestos sobre Sociedades, sobre la Renta de no Residentes y sobre el Patrimonio
- Real Decreto 439/2007, de 30 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.
- Ley 29/1987, de 18 de diciembre, del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones.
- Real Decreto 1629/1991, de 8 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento del Impuesto de Sucesiones y Donaciones.
- Ley 19/1991, de 6 de junio, del Impuesto sobre el Patrimonio
- Ley 27/2014, de 27 de noviembre, del Impuesto sobre Sociedades
- Real Decreto 634/2015, de 10 de julio, por el que se aprueba el Reglamento del Impuesto sobre Sociedades.

## 2 Instancias de reclamación

De conformidad con el artículo 97.1 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, los conflictos que puedan surgir entre Tomadores del seguro, Asegurados, Beneficiarios, terceros perjudicados o derechohabientes de cualesquiera de ellos con la Entidad Aseguradora, se resolverán por los Jueces y Tribunales competentes. De acuerdo con el artículo 97.2 y 4 de la referida Ley 20/2015, podrán someter voluntariamente sus divergencias a decisión arbitral, en los términos de los artículos 57 y 58 del Texto Refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, o a arbitraje privado en los términos de la Ley 60/2003, de 23 de diciembre, de Arbitraje.

Asimismo y conforme al artículo 97.2 de la citada Ley 20/2015, se podrán someter las divergencias a un mediador en los términos previstos en la Ley 5/2012, de 6 de julio, de Mediación en Asuntos Civiles y Mercantiles.

## Cláusula de información sobre tramitación de quejas y reclamaciones

Conforme a lo dispuesto en los artículos 29 y siguientes de la Ley 44/2002 de 22 de noviembre de Reforma del Sistema Financiero, artículo 97.5 de la Ley 20/2015, de 14 de julio de Ordenación, Supervisión y Solvencia de entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y el desarrollo del Reglamento de los comisionados para la defensa del cliente de servicios financieros, R.D. 303/2004 de 20 de febrero; y en el artículo 9 de la Orden ECO/734/2004 de 11 de marzo, **esta Entidad tiene un Departamento de Atención al Cliente** para atender las quejas y reclamaciones de los mismos relacionados con sus intereses y derechos legalmente reconocidos, con domicilio en Paseo de Cristóbal Colón 26, 41001 Sevilla y dirección electrónica: [departamentoatencioncliente@helvetia.es](mailto:departamentoatencioncliente@helvetia.es).

En relación con el Departamento de Atención al Cliente, le informamos que:

1. La Entidad tiene la obligación legal de atender y resolver las quejas y reclamaciones de sus clientes en el plazo máximo de dos meses de la recepción de la misma. No obstante ello, la Entidad se compromete a finalizar el expediente en el plazo máximo de un mes a partir de la fecha en que la consulta, queja o reclamación fuera presentada en el Departamento de Atención al Cliente.

Cuando a la Entidad no le sea posible responder dentro de dicho plazo, se informará al reclamante sobre las causas del retraso con indicación del momento en que sea probable que se complete la investigación y se resuelva la reclamación. No obstante ello y en todo caso, la finalización del expediente no podrá prolongarse más de dos meses desde la presentación de la consulta, queja o reclamación.

2. La presentación de la consulta, queja o reclamación se realizará por escrito al Departamento de Atención al Cliente, personalmente o mediante representación debidamente acreditada, en cualquiera de las oficinas de la Entidad, o por medios informáticos, electrónicos o telemáticos, siempre que éstos permitan la lectura, impresión y conservación de los documentos.
3. La Entidad tiene en sus oficinas, a disposición de los clientes, el modelo de presentación de quejas y reclamaciones adaptado a los requisitos legales, y el reglamento de funcionamiento del Departamento de Atención al Cliente.
4. La decisión del Departamento de Atención al Cliente será motivada y contendrá conclusiones claras sobre la solicitud planteada en la consulta, queja o reclamación, fundamentándose en las cláusulas contractuales, en la legislación de seguros y en las buenas prácticas y usos del sector asegurador.
5. Transcurrido este plazo, el reclamante podrá trasladar su queja o reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros para lo cual deberá acreditar que ha transcurrido el plazo de dos meses desde la presentación de la reclamación ante el Departamento de Atención al Cliente, sin que ésta haya sido resuelta, o que haya sido denegada la admisión o desestimada, total o parcialmente, su petición.

Esta cláusula no es de aplicación a las operaciones calificadas como «grandes riesgos» (Artículo 107 Ley 50/1980 de Contrato de Seguro). No obstante, los clientes pueden dirigirse, con carácter previo a la interposición de la acción judicial o arbitral que corresponda, al Departamento de Atención al Cliente que atenderá y se pronunciará sobre la queja o reclamación formulada en el plazo máximo de dos meses desde la recepción de cualquiera de ellas.

### **3 Entidad Aseguradora**

**La Entidad Aseguradora es Helvetia Compañía Suiza, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros**, con domicilio social en Paseo de Cristóbal Colón 26, 41001 Sevilla (España). Corresponde al Ministerio de Economía y Hacienda, a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, el control y supervisión de su actividad aseguradora.

### **4 Jurisdicción**

Será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del Contrato de Seguro el del domicilio del Asegurado.

**Helvetia Compañía Suiza**  
**Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros**

**Sede Social Sevilla**

Paseo de Cristóbal Colón 26  
41001 Sevilla (España)  
T +34 954 593 200  
F +34 902 366 050  
[www.helvetia.es](http://www.helvetia.es)

Registro Mercantil de Sevilla, Tomo 136, Libro 14  
Sección 3ª de Sociedades, Folio 47, Hoja 869  
C.I.F. A 41003864  
Capital Social  
Suscrito y Desembolsado: 21.434.838,24 euros





## PREGUNTAS FRECUENTES SOBRE EL SEGURO DE PÉRDIDA DE LICENCIA

### ¿Qué cubren los siguientes casos?

#### Fallecimiento por cualquier causa:

El Asegurador abonará al Beneficiario designado, el capital indicado en las Condiciones Particulares en caso de fallecimiento del Asegurado durante la vigencia del Contrato, cualquiera que sea la causa que lo produzca y el lugar en que ocurra. El Tomador del seguro definirá en el contrato la forma de cobro de la indemnización, bien en forma de capital, de renta o ambas:

En caso de elección en forma de renta las coberturas a contratar serán las siguientes:

- En Renta de Viudedad: consistente en una renta temporal cierta de acuerdo a la duración indicada en el contrato cuyo beneficiario será el cónyuge o pareja de hecho y en su defecto los herederos legales.
  
- En Renta de Orfandad: consistente en una renta temporal cierta de acuerdo a la duración indicada en el contrato cuyos beneficiarios serán los hijos y en su defecto los herederos legales.

#### Invalidez absoluta y permanente:

El Asegurador abonará al Asegurado la indemnización indicada en las Condiciones Particulares, si como consecuencia de un accidente o una enfermedad, se ocasiona al Asegurado durante la vigencia de la Póliza una Invalidez Absoluta y Permanente. En caso de que se produzca a consecuencia de accidente, la invalidez absoluta y permanente deberá acreditarse en un plazo no superior a dos años desde la fecha de ocurrencia del accidente, siempre que éste sobrevenga estando la Póliza en vigor.

El Tomador del seguro definirá en el contrato la forma de cobro de la indemnización, bien en forma de capital, de renta o ambas. En caso de elección en forma de renta el Asegurado recibirá dicha indemnización en forma de renta temporal cierta de acuerdo a la duración indicada en el contrato. En caso de fallecimiento del Asegurado durante del periodo de cobro de esta renta, esta se pagará a los herederos legales hasta el final del plazo previsto. Esta Garantía surte efecto en todo el mundo y durante las 24 horas del día. Se entiende por Invalidez Absoluta y Permanente la situación física o psíquica irreversible, determinante de la total ineptitud del Asegurado para el ejercicio de cualquier profesión o actividad laboral, provocada por accidente o enfermedad, originados independientemente de la voluntad del Asegurado.



### **¿Qué diferencias hay respecto a otra oferta similar en el mercado?**

Este seguro se ha negociado de tal manera que las coberturas y condiciones son exclusivas para el colectivo, por lo que son más beneficiosas.

### **¿Qué edad mínima y máxima de contratación tiene el seguro?**

La edad mínima es de 18 años y la máxima de contratación 55 años.

### **¿Cuál es el máximo de capital para contratar?**

Max. 80.000 € para ambas garantías (Fallecimiento por Cualquier Causa, Incapacidad Permanente Total y Helvetia Bienestar). El importe del capital deberá ser siempre el mismo tanto para la garantía FCC y IPT.

### **¿Qué es necesario para contratar el seguro?**

Para poder contratar el seguro, el asegurado deberá presentar el cuestionario de salud y la solicitud del seguro y una copia del DNI.

### **¿Cuánto tiempo dura el seguro?**

La duración de la Póliza será de un año prorrogable, renovándose tácitamente por un año más a su vencimiento anual, y así sucesivamente. No obstante, las partes pueden oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de, al menos, un mes de anticipación a la conclusión del período del Seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el Tomador, y de dos meses cuando sea el Asegurador.

### **¿Es necesario presentar el cuestionario de salud?**

Sí, la compañía exige que se realice el cuestionario de salud previo a contratar el seguro.

### **¿Qué ocurre si tengo una patología durante el seguro o me cambio de trabaja?**

El Tomador del Seguro y, en su caso el Asegurado o Beneficiario deberán comunicar al Asegurador, tan pronto como les sea posible, el cambio de profesión y todas las circunstancias ajenas al estado de salud del Asegurado, que según el Cuestionario presentado por el Asegurador, antes de la conclusión del Contrato agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por el Asegurador en el momento de la perfección del Contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas. De igual forma, el Tomador del Seguro o el Asegurado podrán, durante el curso del Contrato, poner en conocimiento del Asegurador todas las circunstancias que disminuyan el riesgo.

### **¿Qué debo saber sobre el pago de la prima?**

- A. Forma de pago:** El Tomador del Seguro está obligado al pago de la primera Prima o de la Prima única en el momento de la perfección del Contrato. Las sucesivas Primas se deberán hacer efectivas en los correspondientes vencimientos estipulados en la Póliza. Para el pago de cada Prima periódica, a excepción de la primera, se concede un plazo de gracia de un mes a contar desde el día siguiente a la fecha de su vencimiento



- B. Lugar de pago:** Si en las Condiciones Particulares no se determina ningún lugar para el pago de la Prima, éste habrá de efectuarse en el domicilio del Tomador del Seguro.<sup>10</sup> Si el Tomador del Seguro, o en su caso el Asegurado, desea realizar el pago tanto de la primera Prima como de las sucesivas, por el sistema de domiciliación bancaria, deberá facilitar al Asegurador una carta dirigida a la Entidad Bancaria o Caja de Ahorros firmada por el titular de la cuenta corriente o libreta, dando la oportuna orden para la aceptación de los cargos de las Primas.
- C. Impago de la prima:** Si por culpa del Tomador del Seguro la primera Prima no ha sido pagada, o la Prima única no lo ha sido a su vencimiento, el Asegurador tiene derecho a resolver el Contrato o a exigir el pago de la Prima debida en vía ejecutiva con base en la Póliza. Si la Prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación. En caso de falta de pago de una de las Primas siguientes a la primera, la cobertura del Asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si el Asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la Prima, se entenderá que el Contrato queda extinguido. En cualquier caso, el Asegurador, cuando el Contrato esté en suspenso, solo podrá exigir el pago de la Prima del periodo en curso. Si el Contrato no hubiere sido resuelto o extinguido conforme a los párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el Tomador del Seguro pague su Prima
- D. Impuestos:** El recibo incluirá, además de la Prima, los impuestos y recargos legalmente repercutibles a cargo del Tomador del Seguro que se deban pagar por razón de este Contrato

### ¿Qué exclusiones tienen los siguientes casos?

Cuando la incapacidad se produzca como consecuencia de la exclusión recogida en el punto J) de los RIESGOS EXCLUIDOS, de estas condiciones particulares, el Asegurador pagará al asegurado una cuarta parte (25%) de la suma estipulada para esta cobertura.

Las exclusiones aplicables para todas las garantías serán las siguientes:

- A. Las consecuencias derivadas de tentativas de suicidio, conscientes o inconscientes o de mutilación voluntaria.
- B. Las consecuencias de accidente o enfermedad originados con anterioridad a la vigencia de la presente póliza, que haya necesitado cuidados en cualquiera de los doce meses anteriores.
- C. Las consecuencias de enfermedades o accidentes producidos con intencionalidad expresa del Asegurado o por el beneficiario del seguro.
- D. Las consecuencias de bajas laborales derivadas de situaciones voluntarias de incapacidad, como excedencias de cualquier tipo, periodos de embarazos, permisos de paternidad o maternidad, permisos por lactancia, o cualquier otra situación análoga que produzca una baja laboral temporal y que no se derive de una enfermedad o accidente ajenos a la voluntad del asegurado.
- E. Las consecuencias derivadas de embriaguez, alcoholismo, o uso de estupefacientes no prescritos médicamente.



- F. Los accidentes o enfermedades ocurridos como consecuencia de duelos, riñas (salvo en caso de legítima defensa) o que resultaran de exponerse el Asegurado deliberadamente a un peligro excepcional (salvo los intentos de salvamento de personas o cosas).
- G. Las consecuencias directas o indirectas de hechos de guerra (entre países o civil), movimiento popular, insurrección o revuelta y en general de la acción de grupos o individuos armados u organizados en los cuales el Asegurado hubiese tomado parte activa.
- H. Sí estará cubierta por la presente póliza la pérdida de licencia de vuelo definitiva que se pueda producir como consecuencia de daños directos o indirectos causados al piloto asegurado en situaciones de guerra (entre países o civil), movimiento popular, insurrección o revuelta y en general por la acción de grupos o individuos armados u organizados hasta 24h después desde que la situación de excepción en el país en que se produzcan estos hechos se haga pública internacionalmente.
- I. Los accidentes causados por temblor de tierra, erupción volcánica, inundación y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario.
- J. Las consecuencias derivadas de accidentes, enfermedades o debilidad ocasionados directa o indirectamente por la modificación de la estructura del núcleo de átomo.) Procesos de origen psicológicos o psiquiátricos o enfermedades incapaces de ser diagnosticadas con la evidencia disponible. No objetivables.
- K. Las consecuencias de vuelo en aeronave que, necesitando Certificado de Aeronavegabilidad en plena vigencia, carezca del mismo.
- L. No obstante, esta última exclusión no es válida para los vuelos de prueba, así como tampoco en las pruebas realizadas con motivo de la recepción de aparatos nuevos, reparados o revisados.
- M. Los accidentes derivados de la práctica de deportes de alto riesgo, tales como el paracaidismo, vuelo sin motor, ala delta, escalada, alpinismo, parapente y la conducción de vehículos o motocicletas de alta cilindrada como participante de rallies o carreras, ya sea como amateur o como profesional.
- N. La suspensión de la licencia de Tripulante de cabina de Pasajeros (TCP) derivada de infracciones o sanciones administrativas, o del no cumplimiento de las normas legales estipuladas en la reglamentación de licencias.
- O. Aquellas exclusiones que no se encuentren específicamente aquí recogidas, pero si lo hagan en las CC.GG del producto.

### **Documentación a aportar en caso de pérdida definitiva de licencia de vuelo:**

1. Historial médico especificando origen, evolución y naturaleza de la enfermedad o accidente que origina la incapacidad permanente en el grado de total o superior.
2. Para todos los asegurados, sin excepción, el Certificado del CENTRO DE INSTRUCCIÓN DE MEDICINA AEROESPACIAL C.I.M.A., (Centro de Instrucción de Medicina Aeroespacial) o Centros autorizados y reconocidos por la EUROPEAN AVIATION SAFETY AGENCY con indicación de la NO APTITUD.
3. En el caso de los asegurados que se hallen prestando servicios activos para una compañía aérea, un Certificado de la Compañía en el que conste que se hallaba incluido en su plantilla de pilotos hasta la fecha de obtención del certificado de NO APTITUD.



4. Copia del DNI y NIF del Asegurado.

Una vez en poder de la aseguradora la documentación detallada, se procederá al pago de la indemnización garantizada en un plazo no superior a 30 días a contar desde la fecha de recepción definitiva de la documentación.

**¿Existe algún periodo de carencia en el seguro?**

En caso de enfermedad existirá una carencia de tres meses, o sea la cobertura pactada comenzará una vez transcurridos dicho plazo desde la formalización de la Póliza. En el caso de accidente no existe ningún plazo de carencia.

**¿Si tengo alguna duda o quiero informar de algún siniestro cómo me puedo poner en contacto?**

Desde Rosillo Hnos. Correduría de Seguros contamos con un equipo especializado para asesorarle ante cualquier duda o incidencia que tengas relativa al seguro contratado. Para ello podrá ponerse en contacto a través de [info@rosillohnos.com](mailto:info@rosillohnos.com), a través de nuestro teléfono de atención al cliente: 913 199 879. Para más información, puede consultar nuestra web aquí: [www.rosillohermanos.com](http://www.rosillohermanos.com)