

CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. hace entrega de la presente Nota Informativa al potencial Tomador/Asegurado del contrato de seguro denominado **VIDA TRANQUILA** con anterioridad a la celebración del mismo, en cumplimiento de lo establecido en los artículos 122 y siguientes del 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.

1.- DENOMINACIÓN SOCIAL Y FORMA JURÍDICA DE LA ENTIDAD ASEGURADORA

La Entidad Aseguradora es CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., Sociedad Anónima inscrita en el Registro de Entidades Aseguradoras por Orden Ministerial de 13 de septiembre de 1978 con el número C-559 con domicilio social en Carrera de San Jerónimo 21, 28014 Madrid, es quien asume la cobertura de los riesgos objeto de este contrato y garantiza el pago de las prestaciones que correspondan con arreglo a las condiciones del mismo.

El control de la actividad de CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. corresponde al Ministerio de Economía y Empresa del Estado Español, a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

2.- REGULACION LEGAL Y REGIMEN DE RECLAMACIONES

El régimen de las reclamaciones será el previsto en el artículo 97.5 de la Ley 20/2015 de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y disposiciones concordantes.

El Tomador del seguro, el Asegurado y el Beneficiario o los Beneficiarios, así como sus derechohabientes, están facultados para formular quejas y reclamaciones ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones con domicilio en el Pº de la Castellana nº 44, 28046 Madrid y página web: www.dgsfp.mineco.es/reclamaciones/index.asp contra la Entidad Aseguradora, si consideran que ésta realiza prácticas abusivas o lesiona los derechos derivados del contrato de seguro.

En relación con lo anterior, se advierte que, para la admisión y tramitación de quejas o reclamaciones ante el Área de Protección del Cliente, será imprescindible acreditar haber formulado las quejas o reclamaciones, previamente por escrito al Área de Protección del Cliente de CNP PARTNERS, y en su caso, con posterioridad, al Defensor del Cliente de la Entidad Aseguradora, o que haya transcurrido el plazo legalmente establecido sin que haya sido resuelta por la Entidad..

El Área de Protección del Cliente de CNP PARTNERS, domiciliado en Carrera de San Jerónimo, 21 - 28014 MADRID, y dirección de correo electrónico protecciondelcliente@cnppartners.eu tramitará y resolverá cuantas quejas y reclamaciones le sean formuladas por las personas anteriormente mencionadas, en primera instancia y tras su resolución por dicho departamento el reclamante podrá, si así lo decide, seguir la tramitación de dicha reclamación o queja, ante el Defensor del Cliente de la Entidad Aseguradora, D.A.DEFENSOR, S.L., domiciliado en c/Velázquez nº80, 1ºD, 28001 Madrid Tfno. 913104043 - Fax 913084991 reclamaciones@da-defensor.org. La Entidad Aseguradora se compromete a prestar la colaboración necesaria en la instrucción del procedimiento de resolución de las quejas y reclamaciones y a aceptar las resoluciones que el Defensor del Cliente emita y que tengan carácter vinculante para CNP PARTNERS.

La presentación de la queja o reclamación ante el Defensor del cliente de CNP PARTNERS así como su resolución, no obstaculiza la plenitud de tutela judicial, el recurso a otro mecanismo de solución de conflictos, ni a la protección administrativa.

El Área de Protección del cliente, actuará en la resolución de las quejas y reclamaciones, de acuerdo con lo establecido en su Reglamento que estará a disposición de los Asegurados en las oficinas y en la web de la Entidad Aseguradora, y que les será facilitado en cualquier momento.

En todo caso, el reclamante podrá acudir a los tribunales de Justicia del domicilio del asegurado en España.

3.- MODALIDAD Y DURACION DEL CONTRATO DE SEGURO

La póliza del seguro **VIDA TRANQUILA**, es un contrato de seguro de vida temporal anual renovable por iguales periodos de tiempo hasta que el Asegurado alcance la edad de 75 años, siendo la edad mínima de contratación 18 años y la edad máxima de contratación 64 años.

La garantía opcional de Incapacidad Laboral Temporal se mantendrá hasta el final de la anualidad en la que el Asegurado alcance los 65 años de edad.

Las garantías opcionales de Fallecimiento por Accidente, Fallecimiento por Accidente de Circulación, Incapacidad Permanente Absoluta, Incapacidad Permanente Absoluta por Accidente, Incapacidad Permanente Absoluta por Accidente de Circulación, Incapacidad Permanente Total, Incapacidad Permanente Total por Accidente, Gran Invalidez, Incapacidad Permanente Parcial por Accidente y Enfermedades Graves, se mantendrán hasta el final de la anualidad en la que el Asegurado alcance los 67 años de edad, momento en el cual sólo podrá renovarse el contrato para la garantía principal de Fallecimiento hasta el final de la anualidad en que el Asegurado alcance los 75 años de edad.

El contrato entrará en vigor en la fecha de efecto que figure en Condiciones Particulares, siempre que haya sido firmado el mismo por las partes y se haya pagado el primer recibo de prima anual. En caso de demora en el cumplimiento de éstos

requisitos, las obligaciones de la Entidad Aseguradora comenzarán a partir de las veinticuatro horas del día en que hayan sido cumplimentados.

4.- OBJETO Y GARANTIAS DEL CONTRATO DE SEGURO

Dentro del presente seguro quedará incluida obligatoriamente la garantía de Fallecimiento por cualquier causa.

Igualmente pueden contratarse las garantías opcionales de Fallecimiento por Accidente, Fallecimiento por accidente de Circulación, Incapacidad Permanente Absoluta, Incapacidad Permanente Absoluta por accidente, Incapacidad Permanente Absoluta por accidente de Circulación, Incapacidad Permanente Total, Incapacidad Permanente Total por Accidente, Gran Invalidez, Incapacidad Permanente Parcial por Accidente, Incapacidad Laboral Temporal y Enfermedades Graves.

Las garantías opcionales de Incapacidad Permanente Absoluta e Incapacidad Permanente Total son alternativas y excluyentes entre sí.

Para contratar la garantía de Incapacidad permanente Absoluta por accidente tiene que tener contratada la garantía de Incapacidad Permanente Absoluta.

Para contratar la garantía de Incapacidad permanente Absoluta por Accidente de Circulación tiene que tener contratada la garantía de Incapacidad Permanente Absoluta por cualquier causa.

Para contratar la garantía de Incapacidad permanente Total por Accidente tiene que tener contratadas la garantía de Incapacidad Permanente Total.

Para contratar la garantía de Gran Invalidez, complementaria a las coberturas de Incapacidad Permanente Absoluta e Incapacidad Permanente Total, es obligatorio contratar alguna de estas dos últimas garantías.

La Entidad Aseguradora se obliga a pagar, al ocurrir alguna de las contingencias objeto del seguro y contratadas por el Tomador, una vez verificados los requisitos exigidos de acuerdo con lo establecido en la misma, los capitales Asegurados que aparecen reflejados en las Condiciones Particulares de la póliza.

5.- DEFINICIÓN DE LAS GARANTÍAS OFRECIDAS

GARANTÍA PRINCIPAL: FALLECIMIENTO

Se entiende por Fallecimiento la pérdida de la vida debidamente acreditada por certificado médico de defunción o declaración de ausencia.

GARANTÍA OPCIONAL: FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE

Se entenderá que el Asegurado ha fallecido como consecuencia de un accidente cuando el siniestro se produzca por una lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita externa y ajena a la intencionalidad del asegurado que cause su fallecimiento dentro de los 365 días siguientes a la fecha en que sufrió tal lesión.

GARANTÍA OPCIONAL: FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN

Se entenderá que el Asegurado ha fallecido como consecuencia de un accidente de circulación, cuando el Fallecimiento se produzca cuando el Asegurado lo sufra en alguna de las siguientes situaciones:

- Como peatón, o cuando sin ocupar plaza en algún vehículo las lesiones sufridas sean causadas por un vehículo terrestre en movimiento.
- Como conductor o pasajero de vehículos terrestres.
- Como usuario o pasajero de transportes públicos terrestres, marítimos, fluvial o aéreos legalmente autorizado.

GARANTÍA OPCIONAL: INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA POR CUALQUIER CAUSA

Se entiende por Incapacidad Permanente Absoluta a la situación física o psíquica irreversible, sobrevenida, que provoca la ineptitud total para toda relación laboral o profesional. Debe ser permanente en el sentido de que no pueda esperarse razonablemente la recuperación

Se entenderá cubierta la Incapacidad Permanente Absoluta reconocida durante el año siguiente a la fecha del accidente o la enfermedad que la causó, y siempre que esta fecha estuviera dentro del periodo de cobertura establecido en el Condiciones Particulares

GARANTÍA OPCIONAL: INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA POR ACCIDENTE

Se entenderá que el Asegurado se ha incapacitado con carácter permanente y absoluto como consecuencia de un accidente cuando el siniestro se produzca por una lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita externa y ajena a la intencionalidad del asegurado que cause su incapacidad permanente absoluta dentro de los 365 días siguientes a la fecha en que sufrió tal lesión.

GARANTÍA OPCIONAL: INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA POR ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN

Se considerará accidente de circulación para la garantía de Incapacidad Permanente Absoluta, cuando las lesiones que determinen la Incapacidad Permanente Absoluta se produzcan cuando el Asegurado actúe en alguna de las siguientes situaciones:

- Como peatón, o cuando sin ocupar plaza en algún vehículo sea causado por un vehículo terrestre en movimiento.
- Como conductor o pasajero de vehículos terrestres.

- Como usuario o pasajero de transportes públicos terrestres, marítimos, fluviales o aéreos, legalmente autorizado.

GARANTÍA OPCIONAL: INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL

Se entenderá por Incapacidad Permanente Total a la situación física o psíquica irreversible, sobrevenida, que provoca la ineptitud total para la realización de todas o de las fundamentales tareas de la profesión declarada en la solicitud del seguro o en posterior comunicación. Debe ser permanente en el sentido de que no pueda esperarse razonablemente la recuperación.

Se entenderá cubierta la Incapacidad Permanente Total reconocida durante el año siguiente a la fecha del accidente o la enfermedad que la causó, y siempre que esta fecha estuviera dentro del periodo de cobertura establecido en el Condiciones Particulares.

GARANTÍA OPCIONAL: INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL POR ACCIDENTE

Se entenderá que el Asegurado se ha incapacitado con carácter permanente y total como consecuencia de un accidente cuando el siniestro se produzca por una lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita externa y ajena a la intencionalidad del asegurado que cause su incapacidad permanente total dentro de los 365 días siguientes a la fecha en que sufrió tal lesión.

GARANTÍA OPCIONAL: GRAN INVALIDEZ

Se entiende por Gran Invalidez a la situación del Asegurado afecto de incapacidad permanente y que, por consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesita la asistencia de otra persona para los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos. Debe ser permanente en el sentido de que no pueda esperarse razonablemente la recuperación.

GARANTÍA OPCIONAL: INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL POR ACCIDENTE

Se entiende por Incapacidad Permanente Parcial por Accidente a la situación de limitación funcional irreversible como consecuencia de las secuelas derivadas de un accidente cubierto por la póliza. La situación de Incapacidad Permanente será indemnizable a partir del momento en que merezca la consideración de estable y definitiva mediante dictamen Médico.

A los efectos de la presente póliza se entenderá que el Asegurado se ha incapacitado con carácter permanente parcial como consecuencia de un accidente cuando el siniestro se produzca por una lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita externa y ajena a la intencionalidad del asegurado que cause su incapacidad permanente parcial dentro de los 365 días siguientes a la fecha en que sufrió tal lesión.

El grado de invalidez no guarda relación directa con las distintas calificaciones previstas por la Seguridad Social para la contingencia de Invalidez o Incapacidad Permanente aplicándose siempre y en todo caso el baremo descrito en la póliza.

GARANTÍA OPCIONAL: INCAPACIDAD LABORAL TEMPORAL (Autónomos)

A los efectos de este seguro Incapacidad Laboral Temporal es la alteración temporal (situación física reversible) del estado de salud del Asegurado constatada médicamente, debida a un accidente o enfermedad, y que determina su imposibilidad para ejercer temporalmente su actividad remunerada o profesión habitual.

Esta garantía tiene por objeto cubrir la pérdida económica que para el Asegurado supone no poder ejercer su trabajo, por lo que si el Asegurado continuara ejerciéndolo, aunque fuera parcialmente, no se devengarán indemnización alguna.

La suma asegurada tiene carácter de indemnización diaria, por días naturales (incluyendo sábados, domingos y festivos), con el máximo de un año (365 días).

GARANTÍA OPCIONAL: ENFERMEDADES GRAVES

Se entenderá por Enfermedad Grave es toda alteración del estado de salud provocado por accidente o enfermedad, originados independientemente de la voluntad del Asegurado, confirmada por un médico legalmente reconocido en España y que coincida con alguna de las enfermedades específicas indicadas en estas Condiciones.

5.- PRIMAS DEL SEGURO

La prima del presente seguro será la expresada en las Condiciones Particulares. A dicha prima le serán de aplicación los impuestos y recargos que deban ser repercutidos.

La Entidad Aseguradora como consecuencia de la evaluación de los riesgos declarados por el Asegurado podrá establecer las tasas de sobreprima que considere necesaria para la cobertura de los mismos.

Los recibos de primas deberán ser satisfechos por el Tomador del seguro por anualidades completas. No obstante, podrá convenirse con la Aseguradora su pago fraccionado por meses, trimestres o semestres aplicando en dicho caso el siguiente recargo.

6.- PARTICIPACION EN BENEFICIOS

No se conceden derechos de Participación en Beneficios.

7.- DERECHO DE RESCATE Y REDUCCION DE LA POLIZA

La presente póliza no otorga derecho de rescate ni valor de reducción.

El/los Beneficiario/s de la póliza de seguro, en caso de Fallecimiento del Asegurado, podrá/n disponer de un anticipo de hasta 3.000€ como máximo para la cobertura

principal de "Fallecimiento por cualquier causa" a cuenta del pago del capital Asegurado, con los siguientes límites y únicamente en las siguientes circunstancias:

- Como primera ayuda para gastos urgentes previa presentación del certificado literal de defunción del asegurado; documento acreditativo de la identificación del beneficiario o de los beneficiarios; justificante de titularidad de cuenta bancaria y justificante de la liquidación Parcial del Impuesto de Sucesiones y Donaciones. Para el caso de más de un beneficiario, adicionalmente se solicitará escrito firmado por todos los beneficiarios, solicitando dicho anticipo e indicando en el mismo a favor de cuál de los beneficiarios se concede el mismo.
- Como anticipo de capital con el exclusivo fin de que los Beneficiarios abonen el Impuesto de Sucesiones y Donaciones, o aquel que lo sustituyera o reemplazase en un futuro. El abono de esta cantidad se realizará mediante cheque bancario a nombre de la Administración Tributaria encargada de la recaudación del tributo. En este caso, la entidad Aseguradora queda autorizada a retener la parte del capital Asegurado que, de acuerdo con las circunstancias por ella conocidas, se estime la deuda tributaria resultante en la liquidación de dicho impuesto.

8.- CESIÓN Y PIGNORACIÓN DE LA PÓLIZA.

El tomador podrá ceder y pignorar la póliza en todo momento, salvo que haya designado beneficiario con carácter irrevocable. El tomador deberá comunicar fehacientemente y por escrito la pignoración realizada.

9.- CONDICIONES PARA LA RESCISIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

De conformidad con lo previsto en el artículo 83 a) de la Ley del Contrato de seguro, el Tomador del presente seguro tendrá la facultad unilateral de resolver el contrato sin indicación de los motivos y sin penalización alguna dentro del plazo de 30 días siguientes a la fecha en la que el asegurador le entregue la presente póliza.

La facultad unilateral de resolución del contrato deberá ejercitarse por el Tomador mediante comunicación dirigida al asegurador a través de un soporte duradero, disponible y accesible para éste y que permita dejar constancia de la notificación. La referida comunicación deberá expedirse por el Tomador del seguro antes de que venza el plazo indicado en el apartado anterior.

A partir de la fecha en que se expida la comunicación a que se refiere el apartado anterior 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.

Durante su vigencia, la póliza podrá ser rescindida anticipadamente a la fecha prevista para su vencimiento, en el caso de que el Tomador solicite la rescisión anticipada de la póliza está tomará efecto a la finalización de la anualidad en curso, quedando el Asegurado cubierto por las garantías durante la misma y no procediendo el extorno de prima.

La Entidad Aseguradora podrá rescindir el contrato en los siguientes casos:

- Por agravación del riesgo. Una vez comunicada esta circunstancia a la Aseguradora, ésta podrá proponer una modificación del contrato en un plazo de dos meses. El Asegurado podrá aceptarla o rechazarla en un plazo de quince días. Transcurrido dicho plazo, en caso de silencio o de rechazo, la Entidad podrá advertir de nuevo al Asegurado, dándole un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales y en los ocho días siguientes comunicará al Asegurado la rescisión definitiva. La Aseguradora podrá, igualmente, rescindir el contrato comunicándolo por escrito al Asegurado dentro del plazo de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo.
- Por indicación inexacta de la fecha de nacimiento del Asegurado si la verdadera edad del mismo, en el momento de entrada en vigor del contrato, excede de los límites de admisión establecidos en las Condiciones Particulares.
- Por reserva o inexactitud del tomador del seguro antes de la conclusión del contrato, de declarar al asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. En estos casos, el asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al tomador del seguro en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del tomador del seguro. Corresponderán al asegurador, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al periodo en curso en el momento que haga esta declaración.
- De conformidad con lo establecido en el artículo 15 de la Ley de Contrato de Seguro en caso de falta de pago de una de las primas siguientes la cobertura del asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si el asegurador no reclama el pago dentro de los 6 meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido.
- En otros casos previstos por la legislación vigente.

De acuerdo con lo establecido en el artículo 22 de la Ley de Contrato de Seguro las partes pueden oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de dos meses de anticipación a la conclusión del periodo del seguro en curso, cuando la oposición a la prórroga sea ejercitada por la Entidad Aseguradora; o bien con un mes de antelación cuando la oposición a la prórroga sea ejecutada por el Tomador/Asegurado.

10.- JURISDICCIÓN

El Contrato de Seguro queda sometido a la Jurisdicción española y, dentro de ella, a los Tribunales que correspondan al domicilio del Asegurado.

11.- REGIMEN FISCAL

(Vigente en el momento de emisión de la presente Nota Informativa para las personas físicas, pueden existir diferencias para algunos territorios.)

A reserva de las modificaciones posteriores que se puedan producir durante la vigencia del contrato, el mismo quedará sometido a la normativa fiscal española y, en concreto, a la Ley 35/2006 de 28 de Noviembre del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF) y de modificación parcial de las leyes de los Impuestos sobre Sociedades, sobre la Renta de no residentes y sobre el Patrimonio, al Reglamento del Impuesto aprobado por Real Decreto 439/2007 de 30 de marzo, a la Ley 29/1987, de 18 de Diciembre del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones y demás disposiciones concordantes que las complementen, modifiquen o amplíen.

En el supuesto que exista identidad entre el Tomador y el Beneficiario de las prestaciones del contrato de seguro, el capital percibido como prestación, tributará en el IRPF.

La retención aplicable será la que corresponda según la legislación vigente en cada momento.

En el caso de que no exista identidad entre el Tomador y el Beneficiario de la prestación, ésta estará sujeta al Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones, o en caso de que el Beneficiario sea una persona Jurídica, estará sujeta al Impuesto de Sociedades.

12. INFORME DE SOLVENCIA

Puede Ud. acceder al informe sobre la situación financiera y de solvencia de CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. en la web www.cnppartners.es dentro del apartado de Publicaciones de Actualidad.

**CONDICIONES
GENERALES Y
ESPECIALES**

VIDA TRANQUILA



1. INFORMACIÓN GENERAL	3
1.1 LEGISLACIÓN APLICABLE.....	3
1.2 JURISDICCIÓN.....	3
2. CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO DE SEGURO	3
2.1 CONTRATO DE SEGURO	3
2.2 DEFINICIONES A LOS EFECTOS DEL PRESENTE CONTRATO.....	3
2.3 CONDICIONES DE LA CONTRATACIÓN	4
2.4 OBJETO DEL SEGURO	4
2.5 PERFECCIÓN, TOMA DE EFECTO Y DURACIÓN DEL CONTRATO	5
2.6 ERROR EN LA EDAD.....	5
2.7 INDISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA.....	5
2.8 ÁMBITO TERRITORIAL.....	5
2.9 DERECHO DE RESCISIÓN UNILATERAL	5
2.10 CONDICIONES PARA LA RESCISIÓN DEL SEGURO	5
2.11 NULIDAD DEL CONTRATO	6
2.12 IMPORTE DE LA PRIMA.....	6
2.13 PAGO DE LAS PRIMAS	6
2.14 DEBER DE COMUNICACIÓN DE LA AGRAVACIÓN O AMINORACIÓN DEL RIESGO	6
2.15 IMPUESTOS Y RECARGOS.....	7
2.16 CAMBIO DE BENEFICIARIO, CESIÓN Y PIGNORACIÓN DE LA PÓLIZA.....	7
2.17 VALORES GARANTIZADOS.....	7
2.18 COMUNICACIONES.....	7
2.19 EXTRAVÍO Y DESTRUCCIÓN DE LA PÓLIZA.....	7
2.20 PRESCRIPCIÓN.....	7
2.21 PROCEDIMIENTO PERICIAL EN CASO DE INCAPACIDAD	7
2.22 TRIBUNAL COMPETENTE	8
2.23 RÉGIMEN DE RECLAMACIONES.....	8
2.24 CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS DE LAS PÉRDIDAS DERIVADAS DE ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS EN SEGUROS DE PERSONAS.....	8
3. CONDICIONES ESPECIALES POR GARANTÍA	9
3.1 GARANTÍA PRINCIPAL FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA	9
3.2 GARANTÍA OPCIONAL FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE	10
3.3 GARANTÍA OPCIONAL FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN	11
3.4 GARANTÍA OPCIONAL INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA POR CUALQUIER CAUSA	11
3.5 GARANTÍA OPCIONAL INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA POR ACCIDENTE.....	12
3.6 GARANTÍA OPCIONAL INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA POR ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN.....	12
3.7 GARANTÍA OPCIONAL INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL	13
3.8 GARANTÍA OPCIONAL INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL POR ACCIDENTE.....	14
3.9 GARANTÍA OPCIONAL GRAN INVALIDEZ.....	14
3.10 GARANTÍA OPCIONAL INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL POR ACCIDENTE.....	15
3.11 GARANTÍA OPCIONAL INCAPACIDAD LABORAL TEMPORAL (Autónomos).....	18
3.12 GARANTÍA OPCIONAL ENFERMEDADES GRAVES.....	19

1. INFORMACIÓN GENERAL

1.1 LEGISLACIÓN APLICABLE

El presente contrato de seguro se encuentra sometido a la Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro, a la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, así como el Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, a la normativa que desarrolle, modifique o complemente dichas normas y se registrará por lo convenido en la Póliza y en los restantes documentos contractuales.

1.2 JURISDICCIÓN

El Contrato de Seguro queda sometido a la Jurisdicción española y, dentro de ella, a los Juzgados y Tribunales que correspondan al domicilio del Asegurado.

2. CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO DE SEGURO

2.1 CONTRATO DE SEGURO

Por el presente Contrato de Seguro, CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., en adelante el Asegurador, se obliga a satisfacer, mediante el cobro de la Prima, para el caso de que se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura y dentro de los límites pactados, una prestación conforme a las condiciones de cobertura contenidas en la póliza.

2.2 DEFINICIONES A LOS EFECTOS DEL PRESENTE CONTRATO

ENTIDAD ASEGURADORA: La Entidad Aseguradora es CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., Sociedad Anónima inscrita en el Registro de Entidades Aseguradoras por Orden Ministerial de 13 de septiembre de 1978 con el número C-559 con domicilio social en Carrera de San Jerónimo 21, 28014 Madrid, es quien asume la cobertura de los riesgos objeto de este contrato y garantiza el pago de las prestaciones que correspondan con arreglo a las condiciones del mismo.

El control de la actividad de CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. corresponde al Ministerio de Economía y Empresa del Estado Español, a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

MEDIADOR: Persona física o jurídica que realizan las actividades de distribución entre los tomadores de los seguros y las entidades aseguradoras consistentes en la presentación, propuesta realización de trabajos previos a la celebración de un contrato de seguro, o de celebración de estos contratos.

TOMADOR: Es la persona física o jurídica que paga la prima del seguro.

ASEGURADO: Es la persona física sobre cuya vida se estipula el seguro.

BENEFICIARIOS: Las personas físicas o jurídicas a quienes corresponde percibir la prestación garantizada por este contrato.

PÓLIZA: Es el documento en dónde se regulan las condiciones del seguro. En este caso concreto la póliza del seguro de vida la componen las presentes Condiciones Generales y Especiales y las Condiciones Particulares donde se establecen los límites concretos del riesgo asegurado. Igualmente, formarán parte de la póliza los eventuales suplementos o Anexos que pudieran suscribirse, así

como la solicitud-cuestionario/s a los que haya sido sometido el Tomador del Seguro y/o Asegurado.

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

EDAD A EFECTOS DE LA PÓLIZA: Es la edad del asegurado correspondiente al aniversario más cercano (anterior o posterior) a la fecha de efecto de contratación en la primera anualidad del seguro y a la fecha del aniversario del seguro para anualidades posteriores, en cada prórroga del mismo.

PERIODO DE CARENCIA: Periodo de tiempo computado en días o meses transcurridos a partir de la Fecha de Efecto del Seguro, o, en su caso, entre dos siniestros, durante el cual el contrato de seguro no despliega efectos.

PERIODO DE CARENCIA INICIAL: Periodo de tiempo trascurrido desde la fecha de efecto de la póliza, durante el cual el siniestro no está cubierto.

PERIODO DE CARENCIA ENTRE SINIESTROS: Periodo de tiempo trascurrido desde la fecha de alta de un siniestro y durante el cual el siniestro no está cubierto.

PERIODO DE FRANQUICIA: Número de días transcurrido desde la ocurrencia del siniestro durante el cual el asegurado no tiene derecho a percibir indemnización alguna.

SINIESTRO: Es la ocurrencia de uno de los riesgos asegurados, que produce por parte de la entidad aseguradora la obligación de indemnizar, dentro de los límites y con las exclusiones pactadas en la póliza. **El conjunto de los daños derivados de un mismo evento constituye un solo siniestro.**

DOMICILIO HABITUAL: Es el lugar de residencia habitual del Tomador del seguro. La contratación del presente seguro está condicionada a que los asegurados tengan su residencia habitual en España.

Se entiende que la residencia habitual es España cuando el asegurado vive más de 183 días al año dentro del territorio español.

PRESCRIPCIÓN: Plazo a partir del cual ya no se puede ejercitar ninguna acción derivada del contrato de seguro.

CAPITAL ASEGURADO: Es la cantidad establecida en las condiciones Particulares de la póliza para cada una de las coberturas contratadas que la Entidad Aseguradora se obliga a pagar a los beneficiarios designados una vez haya verificado que se ha producido el riesgo cubierto en la presente póliza.

BAREMO: Tabla empleada para la determinación de la cuantía exacta de la indemnización. En el caso de la Incapacidad Permanente, se estará a la tabla incorporada en las condiciones especiales de la garantía (3.10). En el caso de Incapacidad Laboral Temporal, se estará a la tabla recogida en el anexo a las condiciones generales y particulares.

TRABAJADOR POR CUENTA PROPIA O AUTÓNOMO: La persona física que desarrolla una actividad profesional remunerada no dependiente y que se encuentra dado de alta en el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos de la Seguridad Social, Mutua, Montepío o institución análoga.

FALLECIMIENTO: Es la pérdida de la vida debidamente acreditada por certificado médico de defunción o declaración de ausencia.

ENFERMEDAD: Es la alteración de la salud originada por una causa diferente de un accidente.

ACCIDENTE: Es la lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita externa y ajena a la intencionalidad del asegurado que cause su fallecimiento o Incapacidad Temporal o Permanente.

ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN: Se considerará que un accidente es de circulación cuando el Asegurado lo sufra en alguna de las siguientes situaciones:

- Como peatón, o cuando sin ocupar plaza en algún vehículo sea causado por un vehículo terrestre en movimiento.
- Como conductor o pasajero de vehículos terrestres.
- Como usuario o pasajero de transportes públicos terrestres, marítimos, fluviales o aéreos, legalmente autorizado.

INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA: Es la situación física o psíquica irreversible, sobrevenida, que provoca la ineptitud total para toda relación laboral o profesional. Debe ser permanente en el sentido de que no pueda esperarse razonablemente la recuperación. **Se entenderá cubierta la Incapacidad Permanente Absoluta reconocida durante el año siguiente a la fecha del accidente o la enfermedad que la causó, y siempre que esta fecha estuviera dentro del periodo de cobertura establecido en el Condiciones Particulares.**

INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL: Es la situación física o psíquica irreversible, sobrevenida, que provoca la ineptitud total para la realización de todas o de las fundamentales tareas de la profesión declarada en la solicitud del seguro o en posterior comunicación. Debe ser permanente en el sentido de que no pueda esperarse razonablemente la recuperación. **Se entenderá cubierta la Incapacidad Permanente Total reconocida durante el año siguiente a la fecha del accidente o la enfermedad que la causó, y siempre que esta fecha estuviera dentro del periodo de cobertura establecido en el Condiciones Particulares.**

INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL POR ACCIDENTE: Es la situación de limitación funcional irreversible como consecuencia de las secuelas derivadas de un accidente cubierto por la póliza. La situación de Incapacidad Permanente será indemnizable a partir del momento en que merezca la consideración de estable y definitiva mediante dictamen Médico. En este caso, el grado de invalidez no guarda relación directa con las distintas calificaciones previstas por la Seguridad Social para la contingencia de Invalidez o Incapacidad Permanente.

INCAPACIDAD LABORAL TEMPORAL: Es la alteración temporal (situación física reversible) del estado de salud del Asegurado constatada médicamente, debida a un accidente o enfermedad, y que determina su imposibilidad para ejercer temporalmente su actividad remunerada o profesión habitual.

GRAN INVALIDEZ: Es la situación del Asegurado afecto de incapacidad permanente y que, por consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesita la asistencia de otra persona para los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos. **Se entenderá cubierta la Gran Invalidez reconocida durante el año siguiente a la fecha del accidente o la enfermedad que la causó, y siempre que esta fecha estuviera dentro del periodo de cobertura establecido en el Condiciones Particulares.**

ENFERMEDAD GRAVE: Es toda alteración del estado de salud provocado por accidente o enfermedad, originados independientemente de la voluntad del Asegurado, confirmada por un médico legalmente reconocido en España y que coincida con alguna de las enfermedades específicas indicadas en estas Condiciones.

2.3 CONDICIONES DE LA CONTRATACIÓN

El presente seguro se ha contratado teniendo en cuenta las declaraciones y contestaciones realizadas por el asegurado a las

preguntas de salud planteadas por la Entidad Aseguradora en el cuestionario, así como de acuerdo con el reconocimiento médico del asegurado, en aquellos casos en los que se haya realizado.

La póliza cubrirá al asegurado siempre que mantenga su residencia habitual en territorio español. Los asegurados tienen la obligación de comunicar a la entidad cualquier cambio de residencia en el plazo más breve posible. En el caso de que el traslado de residencia se realizase a un Estado en el que la entidad no estuviera autorizada para llevar a cabo su actividad aseguradora, el contrato quedará cancelado al vencimiento del periodo en curso en relación al o los asegurados afectados.

La Entidad Aseguradora decidirá sobre la contratación del seguro de acuerdo con sus normas de aceptación de riesgos.

En consecuencia la Entidad Aseguradora someterá al Asegurado a los cuestionarios y procesos de selección de riesgos por ella establecidos tanto en el momento de la contratación como en caso de variación del riesgo.

La edad del Asegurado en el momento de la contratación, no podrá ser inferior a 18 años, ni superior a 64 años.

Tampoco podrán ser Asegurados las personas que en el momento de la contratación se encuentren incapacitadas legalmente y o que sufran incapacidad permanente absoluta o permanente total o gran invalidez.

2.4 OBJETO DEL SEGURO

Dentro del presente seguro quedará incluida obligatoriamente la garantía de Fallecimiento por cualquier causa.

Igualmente pueden contratarse las garantías opcionales de Fallecimiento por Accidente, Fallecimiento por accidente de Circulación, Incapacidad Permanente Absoluta, Incapacidad Permanente Absoluta por accidente, Incapacidad Permanente Absoluta por accidente de Circulación, Incapacidad Permanente Total, Incapacidad Permanente Total por Accidente, Gran Invalidez, Incapacidad Permanente Parcial por Accidente, Incapacidad Laboral Temporal y Enfermedades Graves.

Para cualquier garantía opcional definida en el párrafo anterior se tiene que tener contratada la garantía de fallecimiento por cualquier causa.

Las garantías opcionales de Incapacidad Permanente Absoluta e Incapacidad Permanente Total son alternativas y excluyentes entre sí.

Para contratar la garantía de Incapacidad permanente Absoluta por accidente tiene que tener contratada la garantía de Incapacidad Permanente Absoluta.

Para contratar la garantía de Incapacidad permanente Absoluta por Accidente de Circulación tiene que tener contratada la garantía de Incapacidad Permanente Absoluta por cualquier causa.

Para contratar la garantía de Incapacidad permanente Total por Accidente tiene que tener contratadas la garantía de Incapacidad Permanente Total.

Para contratar la garantía de Gran Invalidez, complementaria a las coberturas de Incapacidad Permanente Absoluta e Incapacidad Permanente Total, es obligatorio contratar alguna de estas dos últimas garantías.

La Entidad Aseguradora se obliga a pagar, al ocurrir alguna de las contingencias objeto del seguro y contratadas por el Tomador, una

vez verificados los requisitos exigidos de acuerdo con lo establecido en la misma, los capitales Asegurados que aparecen reflejados en las Condiciones Particulares de la póliza.

2.5 PERFECCIÓN, TOMA DE EFECTO Y DURACIÓN DEL CONTRATO

La fecha de entrada en vigor y la duración son las indicadas en las Condiciones Particulares. El contrato entrará en vigor en la fecha anteriormente indicada, siempre que haya sido firmado el mismo por las partes y se haya pagado el primer recibo de prima anual.

En caso de demora en el cumplimiento de estos requisitos, las obligaciones de la Entidad Aseguradora comenzarán a partir de las veinticuatro horas del día en que hayan sido cumplimentados.

Este seguro se contrata por un año de duración entendiéndose prorrogado tácitamente por periodos anuales, salvo que alguna de las partes se oponga a la prórroga por escrito y en el plazo de dos meses en el caso de la Entidad Aseguradora y de un mes en el del Tomador, o se produjera la extinción del seguro por incurrir en alguna de las situaciones descritas a continuación:

- La garantía opcional de Incapacidad Laboral Temporal se mantendrá hasta el final de la anualidad en la que el Asegurado alcance los 65 años de edad.

Las garantías opcionales de Fallecimiento por Accidente, Fallecimiento por Accidente de Circulación, Incapacidad Permanente Absoluta, Incapacidad Permanente Absoluta por Accidente, Incapacidad Permanente Absoluta por Accidente de Circulación, Incapacidad Permanente Total, Incapacidad Permanente Total por Accidente, Gran Invalidez, Incapacidad Permanente Parcial por Accidente y Enfermedades Graves, se mantendrán hasta el final de la anualidad en la que el Asegurado alcance los 67 años de edad, momento en el cual sólo podrá renovarse el contrato para la garantía principal de Fallecimiento hasta el final de la anualidad en que el Asegurado alcance los 75 años de edad.

- Cuando se haya producido un siniestro cubierto por la garantía de Incapacidad Permanente Absoluta, Incapacidad Permanente Absoluta por Accidente, Incapacidad Permanente Absoluta por Accidente de Circulación, Incapacidad Permanente Total por cualquier causa, Incapacidad Permanente Total por Accidente, Incapacidad Permanente Parcial por Accidente, Gran Invalidez o Enfermedad Grave el presente contrato quedará finalizado para el resto de garantías contratadas, si el capital asegurado de la garantía cubierta es igual que el capital de la garantía principal de fallecimiento.
- Por traslado de la residencia habitual del asegurado al extranjero o no residir en el territorio de España un mínimo de 183 días al año.

Una vez ocurrido un siniestro cubierto por alguna garantía complementaria cuyo capital sea inferior al de la garantía principal de fallecimiento o al resto de garantías complementarias contratadas, el seguro continuará en vigor por la diferencia entre dichos capitales.

2.6 ERROR EN LA EDAD

En el supuesto en el que existiese un error en relación con la edad del asegurado, la entidad Aseguradora podrá impugnar el contrato si excede de la edad de admisión.

Si el error en la edad del asegurado no excediera los límites de admisión de la póliza pero las primas abonadas fueran inferiores a las que le hubiese correspondido abonar al tomador, la entidad

aseguradora tendrá derecho a reducir la prestación en caso de siniestro, en proporción a la diferencia entre las primas cobradas y las que efectivamente le hubiese correspondido abonar. Por el contrario, si las primas cobradas hubiesen sido superiores a las que le hubiera correspondido pagar, CNP PARTNERS devolverá sin intereses, la parte de prima cobrada de más.

2.7 INDISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA

La póliza será indisputable transcurrido un año desde la fecha de efecto de la misma. En las Condiciones Particulares de la póliza se podrá expresar un plazo más breve transcurrido el cuál la póliza sea indisputable.

2.8 ÁMBITO TERRITORIAL

La cobertura del contrato para todas las garantías contratadas será de ámbito mundial.

2.9 DERECHO DE RESCISIÓN UNILATERAL

De conformidad con lo previsto en el artículo 83 a) de la Ley del Contrato de seguro, el Tomador del presente seguro tendrá la facultad unilateral de resolver el contrato sin indicación de los motivos y sin penalización alguna dentro del plazo de 30 días siguientes a la fecha en la que el asegurador le entregue la presente póliza.

La facultad unilateral de resolución del contrato deberá ejercitarse por el Tomador mediante comunicación dirigida al asegurador a través de un soporte duradero, disponible y accesible para éste y que permita dejar constancia de la notificación. La referida comunicación deberá expedirse por el Tomador del seguro antes de que venza el plazo indicado en el apartado anterior.

A partir de la fecha en que se expida la comunicación a que se refiere el apartado anterior 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 período de tiempo en que el contrato hubiera tenido vigencia.

2.10 CONDICIONES PARA LA RESCISIÓN DEL SEGURO

La Entidad Aseguradora podrá rescindir el contrato en los siguientes casos:

- Por agravación del riesgo. Una vez comunicada esta circunstancia a la Aseguradora, ésta podrá proponer una modificación del contrato en un plazo de dos meses. El Asegurado podrá aceptarla o rechazarla en un plazo de quince días. Transcurrido dicho plazo, en caso de silencio o de rechazo, la Entidad podrá advertir de nuevo al Asegurado, dándole un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales y en los ocho días siguientes comunicará al Asegurado la rescisión definitiva. La Aseguradora podrá, igualmente, rescindir el contrato comunicándolo por escrito al Asegurado dentro del plazo de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo.
- Por indicación inexacta de la fecha de nacimiento del Asegurado si la verdadera edad del mismo, en el momento de entrada en vigor del contrato, excede de los límites de admisión establecidos en las Condiciones Particulares.
- Por reserva o inexactitud del tomador del seguro antes de la conclusión del contrato, de declarar al asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. En estos casos, el asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al tomador del seguro en el plazo

de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del tomador del seguro. Corresponderán al asegurador, salvo que concorra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento que haga esta declaración.

- De conformidad con lo establecido en el artículo 15 de la Ley de Contrato de Seguro en caso de falta de pago de una de las primas siguientes la cobertura del asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si el asegurador no reclama el pago dentro de los 6 meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido.
- En otros casos previstos por la legislación vigente.

2.11 NULIDAD DEL CONTRATO

Será nulo el contrato si en el momento de su perfeccionamiento no había riesgo o el siniestro ya había ocurrido.

2.12 IMPORTE DE LA PRIMA

La prima del presente seguro será la expresada en las Condiciones Particulares. A dicha prima le serán de aplicación los impuestos y recargos que deban ser repercutidos.

La Entidad Aseguradora como consecuencia de la evaluación de los riesgos declarados por el Asegurado podrá establecer las tasas de sobreprima que considere necesaria para la cobertura de los mismos.

Los recibos de primas deberán ser satisfechos por el Tomador del seguro por anualidades completas. No obstante, podrá convenirse con la Aseguradora su pago fraccionado por meses, trimestres o semestres aplicando en dicho caso el siguiente recargo:

Recargo Mensual fraccionamiento primas	3%
Recargo Trimestral fraccionamiento primas	2%
Recargo Semestral fraccionamiento primas	1%

2.13 PAGO DE LAS PRIMAS

La prima anual se determinará en el momento de la entrada en vigor de la póliza, teniendo en consideración la edad del asegurado, el capital contratado y la profesión o grupo profesional del Asegurado.

El capital asegurado inicial, figurará en las condiciones particulares, y evolucionará cada anualidad según la elección escogida por el solicitante en la solicitud del seguro.

Dicho capital podrá ser:

- Un capital constante: En este caso los capitales permanecerán constantes durante toda la duración del seguro. La prima evolucionará según la edad del asegurado en cada anualidad.
- Un capital creciente: En este caso los capitales crecerán en cada renovación, en un porcentaje fijo sobre el establecido el año anterior. La revalorización será geométrica hasta un máximo de un 4% y la prima anual se calculará teniendo en consideración dicha revalorización y la edad del asegurado en cada anualidad.

Si por culpa del tomador del seguro la primera prima no ha sido abonada en el momento de su vencimiento, la Entidad Aseguradora tendrá derecho a rescindir el contrato o a solicitar el abono de la misma a través de la vía judicial.

En el supuesto de que la primera prima no haya sido abonada la entidad aseguradora quedará liberada de su obligación. En el supuesto de falta de pago de una de las primas sucesivas a la Entidad Aseguradora, la cobertura del presente seguro quedará suspendida al día siguiente en el que la prima debió ser satisfecha.

Si la Entidad Aseguradora no reclama el pago dentro de los seis meses posteriores al impago mencionado con anterioridad, se entenderá que el contrato ha quedado resuelto. Durante el período de suspensión del seguro, la entidad aseguradora sólo podrá reclamar la prima no abonada correspondiente al período en curso.

Si el contrato no hubiera sido resuelto, de acuerdo con lo establecido con anterioridad, la cobertura volverá a tener efecto a las veinticuatro horas siguientes del abono de la prima impagada. Salvo que en las Condiciones Particulares se establezca otra cosa, la prima se entenderá abonada en el domicilio del tomador.

En el caso de impago de una fracción de prima será de aplicación el régimen establecido para las primas sucesivas.

Las fracciones de primas pendientes de pago en el momento de la ocurrencia de un siniestro se deducirán de la suma asegurada.

2.14 DEBER DE COMUNICACIÓN DE LA AGRAVACIÓN O AMINORACIÓN DEL RIESGO

Tomador/Asegurado deben comunicar durante el transcurso del contrato a CNP PARTNERS todas las circunstancias que atendiendo al cuestionario formalizado para suscribir esta póliza de seguro, incidan en el riesgo y que, de haber sido conocidas por el asegurador en el momento de perfección del contrato, o no habría concluido la firma del mismo o lo habría concluido en otras condiciones. No obstante, el Tomador/Asegurado no tiene obligación de comunicar la variación de las circunstancias relativas al estado de salud del Asegurado, que en ningún caso se considerarán agravación del riesgo.

El Asegurador puede, en el plazo de dos meses a contar desde el día en que la agravación ha sido declarada, proponer una modificación del contrato. En tal caso, el Tomador dispone de quince días a contar desde la recepción de esta proposición para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo o de silencio por parte del Tomador, CNP PARTNERS puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al Tomador, dándole para que conteste el nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho siguientes comunicará al Tomador la rescisión definitiva.

CNP PARTNERS igualmente podrá rescindir el contrato comunicándolo por escrito al Tomador dentro de un mes a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo.

En el caso de que el Tomador del Seguro o el Asegurado no hayan efectuado su declaración y sobreviniera el siniestro, CNP PARTNERS queda liberado de su prestación si el Tomador o el Asegurado han actuado con mala fe.

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 y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato, lo hubiera concluido en condiciones más favorables.

En tal caso, al finalizar el período 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 la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.

2.15 IMPUESTOS Y RECARGOS.

Los impuestos y recargos legalmente repercutibles que se deban pagar por razón de este Contrato, tanto en el presente como en el futuro, correrán a cargo del tomador/asegurado del seguro o Beneficiario, según proceda.

2.16 CAMBIO DE BENEFICIARIO, CESIÓN Y PIGNORACIÓN DE LA PÓLIZA.

La designación y cambio de Beneficiarios es un derecho exclusivo del Tomador, que podrá efectuarse en la contratación de la póliza, mediante posterior declaración escrita comunicada a la Entidad Aseguradora o en testamento.

En caso de no haber designación específica, los Beneficiarios para las garantías de fallecimiento, serán los establecidos en las Condiciones Particulares según el orden de prelación definido en éstas.

El Tomador del seguro podrá en todo momento cambiar la designación del beneficiario que se haya realizado en las condiciones particulares, salvo que haya renunciado expresamente y por escrito a dicha facultad.

El cambio en la designación de beneficiario podrá realizarse en suplemento a dicha póliza, en una comunicación realizada por el Tomador y dirigida a la entidad aseguradora con la finalidad expresa del cambio de beneficiario o en declaración testamentaria.

El tomador podrá ceder y pignorar la póliza en todo momento, salvo que haya designado beneficiario con carácter irrevocable. El tomador deberá comunicar fehacientemente y por escrito la pignoración realizada.

2.17 VALORES GARANTIZADOS

No se conceden al presente seguro valores de rescate y reducción.

El/los Beneficiario/s de la póliza de seguro, en caso de Fallecimiento del Asegurado, podrá/n disponer de un anticipo de hasta 3.000€ como máximo para la cobertura principal de "Fallecimiento por cualquier causa" a cuenta del pago del capital Asegurado, con los siguientes límites y únicamente en las siguientes circunstancias:

- Como primera ayuda para gastos urgentes previa presentación del certificado literal de defunción del asegurado; documento acreditativo de la identificación del beneficiario o de los beneficiarios; justificante de titularidad de cuenta bancaria y justificante de la liquidación Parcial del Impuesto de Sucesiones y Donaciones. Para el caso de más de un beneficiario, adicionalmente se solicitará escrito firmado por todos los beneficiarios, solicitando dicho anticipo e indicando en el mismo a favor de cuál de los beneficiarios se concede el mismo.
- Como anticipo de capital con el exclusivo fin de que los Beneficiarios abonen el Impuesto de Sucesiones y Donaciones, o aquel que lo sustituyera o reemplazase en un futuro. El abono de esta cantidad se realizará mediante cheque bancario a nombre de la Administración Tributaria encargada de la recaudación del tributo. En este caso, la entidad Aseguradora queda autorizada a retener la parte del capital Asegurado que, de acuerdo con las circunstancias por ella conocidas, se estime la deuda tributaria resultante en la liquidación de dicho impuesto.

2.18 COMUNICACIONES

Las comunicaciones que el Tomador del seguro realice al Agente de Seguros que haya intervenido en la póliza, surtirán los mismos efectos que si se hubieran hecho a la Compañía Aseguradora. Las comunicaciones hechas a la Entidad Aseguradora por un corredor de seguros surtirán los mismos efectos que si las hubiera hecho el tomador, salvo que el tomador se hubiera manifestado en contra de que así se realice. En todo caso se precisará el consentimiento expreso del tomador del seguro para suscribir un nuevo contrato o para modificar o rescindir el contrato de seguro en vigor.

Igualmente el Tomador del Seguro, el Asegurado o el Beneficiario podrán dirigirse por escrito a CNP PARTNERS a la dirección que aparece en el encabezamiento de la presente póliza. De igual modo la entidad Aseguradora se pondrá en contacto con el tomador del seguro en el domicilio que este haya indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza, cualquier modificación del mismo tendrá que ser comunicada a la entidad en el menor tiempo posible desde que se produjo el cambio.

2.19 EXTRAVÍO Y DESTRUCCIÓN DE LA PÓLIZA

El Tomador del Seguro deberá comunicar a la Entidad Aseguradora mediante carta certificada el extravío, el robo o la destrucción de la póliza y la entidad Aseguradora procederá a emitir un duplicado de la misma.

2.20 PRESCRIPCIÓN

Las acciones derivadas del presente contrato prescriben a los cinco años desde que pudieron ejercitarse.

2.21 PROCEDIMIENTO PERICIAL EN CASO DE INCAPACIDAD

En el caso de que no existiere acuerdo entre la Entidad Aseguradora y el Asegurado sobre la determinación del grado de incapacidad, el período y sus causas, se seguirá el procedimiento que se describe a continuación:

- Cada una de las partes habrá de nombrar un Perito médico debiendo constar por escrito la aceptación de éstos.
- Si alguna de las partes no hubiera realizado su designación, estará obligada a realizarla en los ocho días siguientes a la fecha en que sea requerida por la parte que hubiera designado el suyo y de no hacerlo en este plazo se entenderá que acepta el dictamen que emita el perito designado por la otra parte, quedando vinculado por el mismo.
- En el caso de que los Peritos lleguen a un acuerdo, se reflejará en un acta conjunta, en la que se harán constar las causas del siniestro y la valoración de los daños, determinándose el grado de incapacidad del Asegurado.
- Cuando no haya acuerdo entre los Peritos, ambas partes designarán un tercer Perito de conformidad y de no existir conformidad, se podrá promover expediente en la forma prevista en la Ley de la Jurisdicción Voluntaria o en la legislación notarial. la designación se hará, previo el oportuno expediente de jurisdicción voluntaria y por los trámites previstos en la Ley de Enjuiciamiento Civil por el Juez de Primera Instancia del domicilio del Asegurado.
- El dictamen se emitirá, en este caso, en el plazo señalado por las partes que establezcan o en su defecto en el plazo de treinta días a partir de la aceptación del nombramiento por parte del perito.
- El dictamen de los Peritos, por unanimidad o por mayoría, se notificará a las partes de manera inmediata y de forma

indubitada, siendo vinculante para éstas, salvo que se impugne por el Asegurado dentro del plazo de ciento ochenta días, o en treinta días por la Entidad Aseguradora. Si el dictamen pericial no se impugna en dichos plazos devendrá inatacable.

- Cada parte satisfará los honorarios de su Perito médico. Los honorarios del tercer perito y los demás gastos que se ocasionen por la intervención pericial serán de cuenta y cargo por mitad del Asegurado y de la Entidad Aseguradora. No obstante, si cualquiera de las partes hubiera hecho necesaria la peritación por haber mantenido una valoración de la incapacidad manifiestamente desproporcionada, será ella la única responsable de dichos gastos.

Se perderá el derecho a toda indemnización por falsas declaraciones, omisión o reticencia que puedan influir en la apreciación de la incapacidad.

En cualquier caso, la Entidad Aseguradora podrá solicitar la documentación que estime oportuna en orden a conocer la realidad del siniestro.

No obstante lo anterior, el Asegurado queda obligado a dejarse reconocer por el médico o médicos designados por la Entidad Aseguradora todas las veces que sean necesarias para comprobar su estado.

2.22 TRIBUNAL COMPETENTE

El presente contrato quedará sometido a la jurisdicción de los Juzgados y Tribunales del domicilio del asegurado.

2.23 RÉGIMEN DE RECLAMACIONES.

El régimen de las reclamaciones será el previsto en el artículo 97.5 de la Ley 20/2015 de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y disposiciones concordantes.

El Tomador del seguro, el Asegurado y el Beneficiario o los Beneficiarios, así como sus derechohabientes, están facultados para formular quejas y reclamaciones ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones con domicilio en el Pº de la Castellana nº 44, 28046 Madrid y página web: www.dgsfp.mineco.es/reclamaciones/index.asp contra la Entidad Aseguradora, si consideran que ésta realiza prácticas abusivas o lesiona los derechos derivados del contrato de seguro.

En relación con lo anterior, se advierte que, para la admisión y tramitación de quejas o reclamaciones ante el Área de Protección del Cliente, será imprescindible acreditar haber formulado las quejas o reclamaciones, previamente por escrito al Área de Protección del Cliente de CNP PARTNERS, y en su caso, con posterioridad, al Defensor del Cliente de la Entidad Aseguradora, o que haya transcurrido el plazo legalmente establecido sin que haya sido resuelta por la Entidad.

El Área de Protección del Cliente de CNP PARTNERS, domiciliado en Carrera de San Jerónimo, 21 - 28014 MADRID, y dirección de correo electrónico protecciondelcliente@cnppartners.es tramitará y resolverá cuantas quejas y reclamaciones le sean formuladas por las personas anteriormente mencionadas, en primera instancia y tras su resolución por dicho departamento el reclamante podrá, si así lo decide, seguir la tramitación de dicha reclamación o queja, ante el Defensor del Cliente de la Entidad Aseguradora, D.A.DEFENSOR, S.L., domiciliado en c/Velázquez nº80, 1ºD, 28001 Madrid Tfno. 913104043 - Fax 913084991 reclamaciones@da-defensor.org. La Entidad Aseguradora se compromete a prestar la colaboración necesaria en la instrucción del procedimiento de resolución de las quejas y reclamaciones y a aceptar las resoluciones que el Defensor del Cliente emita y que tengan carácter vinculante para CNP PARTNERS.

La presentación de reclamación ante el Defensor del cliente de CNP PARTNERS así como su resolución, no obstaculiza la plenitud de tutela judicial, el recurso a otro mecanismo de solución de conflictos, ni a la protección administrativa.

El Área de Protección del cliente, actuará en la resolución de las quejas y reclamaciones, de acuerdo con lo establecido en su Reglamento que estará a disposición de los Asegurados en las oficinas y en la web de la Entidad Aseguradora, y que les será facilitado en cualquier momento.

2.24 CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS DE LAS PÉRDIDAS DERIVADAS DE ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS EN SEGUROS DE PERSONAS

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

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

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

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

RESUMEN DE LAS NORMAS LEGALES

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.
- d) 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.

4. Comunicación de Daños al Consorcio de Compensación de Seguros

1. La solicitud de indemnización de daños cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros, se efectuará mediante comunicación al mismo por el tomador del seguro, el asegurado o el beneficiario de la póliza, o por quien actúe por cuenta y nombre de los anteriores, o por la entidad aseguradora o el mediador de seguros con cuya intervención se hubiera gestionado el seguro.

2. La comunicación de los daños y la obtención de cualquier información relativa al procedimiento y al estado de tramitación de los siniestros podrá realizarse:

– Mediante llamada al Centro de Atención Telefónica del Consorcio de Compensación de Seguros (900 222 665 o 952 367 042).

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

3. Valoración de los daños: La valoración de los daños que resulten indemnizables con arreglo a la legislación de seguros y al contenido de la póliza de seguro se realizará por el Consorcio de Compensación de Seguros, sin que éste quede vinculado por las valoraciones que, en su caso, hubiese realizado la entidad Aseguradora que cubriese los riesgos ordinarios.

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

3. CONDICIONES ESPECIALES POR GARANTÍA

3.1 GARANTÍA PRINCIPAL FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA

3.1.1 COBERTURA DE LA GARANTÍA

En virtud de esta cobertura, si el Asegurado fallece dentro del periodo de cobertura establecido, los Beneficiarios designados tendrán derecho, a partir de la fecha de comunicación del siniestro a la Entidad Aseguradora y una vez presentada la documentación prevista acreditativa del siniestro y verificados los requisitos exigidos de acuerdo con las condiciones de la Póliza, al abono del capital asegurado expresado en las Condiciones Particulares, quedando extinguido el seguro.

A los efectos de esta póliza se entiende por Fallecimiento la pérdida de la vida debidamente acreditada por certificado médico de defunción o declaración de ausencia.

Esta garantía finaliza siempre al término de la anualidad en que el Asegurado cumpla 75 años, cancelándose la póliza en dicho momento.

3.1.2 EXCLUSIONES PARA GARANTÍA DE FALLECIMIENTO (Y todas las garantías opcionales de la póliza)

El Asegurado/Beneficiario no tendrá derecho al cobro de la prestación si la contingencia se produce, o se deriva o es consecuencia directa o indirecta de:

- Los siniestros ocurridos como consecuencia de enfermedades o accidentes originados con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro.
- El suicidio o tentativa de suicidio ocurrido durante el primer año de la adhesión.
- Las consecuencias de guerras o de otras circunstancias extraordinarias y aquellos otros supuestos que tengan consideración de fuerza mayor de acuerdo con lo previsto en el artículo 1.105 del Código Civil.

- Los siniestros producidos por reacción/radiación nuclear o contaminación radiactiva.
- Los siniestros producidos por Terremotos, erupciones volcánicas, inundaciones y otros fenómenos de naturaleza sísmica o meteorológica de carácter extraordinario y todas aquellas que deriven de situaciones calificadas por el Gobierno de la Nación como de “catástrofe” o “calamidad nacional” así como epidemias y pandemias oficialmente declaradas.
- Los siniestros ocurridos como consecuencia de accidentes aéreos cuando el Asegurado forme parte de la tripulación y descensos en paracaídas que no sean consecuencia de una situación de emergencia, así como las causadas por la utilización de líneas de navegación no autorizadas.
- Los hechos que tengan la consideración legal de riesgos extraordinarios, incluidos los cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros.
- Los siniestros ocasionados a consecuencia de encontrarse el asegurado bajo la influencia de alcohol o cuando haya consumido drogas o estupefacientes sin prescripción médica. Se considera que el asegurado ha consumido bebidas alcohólicas cuando la tasa de alcohol en sangre sea superior a 0.5 mg. Se considera que el asegurado ha consumido drogas o estupefacientes cuando se detecte su presencia mediante determinación en sangre.
- Los que ocurran en estado de perturbación mental, sonambulismo o en desafío, lucha o riña, excepto caso probado de legítima defensa; así como los derivados de una actuación delictiva del Asegurado, declarada judicialmente, o su resistencia a ser detenido.
- Los siniestros ocurridos como consecuencia de la voluntad intencionada por el propio Asegurado excepto el suicidio que queda excluido solo durante el primer año desde contratación del seguro, así como los causados voluntariamente por su único Beneficiario (en estos casos, se integrará el capital en el patrimonio del Tomador si éste es distinto del Beneficiario).
- Los siniestros ocurridos como consecuencia de la práctica profesional de cualquier deporte y como aficionado en los siguientes deportes: motociclismo y automovilismo (ocupando el vehículo como piloto, copiloto o como simple pasajero), actividades aéreas (paracaidismo, parapente, ala delta, ultraligero, planeador, ascensiones globo, skysurf, saltos al vacío con cualquier tipo de sujeción), esquí o snowboard o cualquier otro deporte de nieve que no se realice en una pista autorizada, submarinismo con pulmón artificial o que se realice a más de 30m de profundidad, boxeo, caza mayor, artes marciales, escalada y alpinismo de alta montaña, hockey, rugby, espeleología, troteo o encierro de reses bravas, concursos hípicas, polo a caballo, puenting, piragüismo en aguas bravas y rafting.
- Los siniestros ocurridos como consecuencia de viajes a lugares cuya situación sociopolítica sea inestable, países cerrados al turismo, países que están en guerra civil o extranjera (ya esté declarada o no), que tengan declarados motines y movimientos populares, actos de terrorismo, sean fuente de radiactividad o cuya población mantenga una desobediencia consciente de las prohibiciones oficiales.
- Los siniestros ocurridos como consecuencia de la conducción de motos de una cilindrada superior a 125 c.c.

3.1.3 DOCUMENTACIÓN PARA EL PAGO DE LA PRESTACIÓN

El beneficiario deberá aportar la siguiente documentación:

- Fotocopia legible del DNI/NIE del asegurado.
- Copia legible del DNI/NIE del/los Beneficiario/s.
- Certificado de Defunción expedido por el Registro Civil.
- Historial Clínico o Certificado Médico donde se detalle la fecha de diagnóstico y causas del fallecimiento del Asegurado. En el certificado se hará constar específicamente si existen antecedentes relacionados con las causas de dicho fallecimiento y las fechas de diagnóstico.
- En caso de Accidente copia completa de las diligencias judiciales y/o atestado y/o copia del certificado emitido por la empresa si se trata de un accidente laboral. En todo caso, en dicha documentación se deberá determinar la fecha del acaecimiento del accidente.
- Cuando proceda, carta de pago o declaración de exención de los Impuestos que correspondan.
- Justificante de titularidad bancaria de cada uno de los beneficiarios, donde ingrese la prestación.
- Certificado del Registro de Actos de últimas voluntades o, en su caso, copia del último testamento del Asegurado o Auto Judicial de Declaración de Herederos.
- Cualquier otra documentación adicional, sustitutiva o complementaria de la anteriormente relacionada o que sea necesaria para verificar su validez, alcance o realidad del siniestro.

3.2 GARANTÍA OPCIONAL FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE

3.2.1 COBERTURA DE LA GARANTÍA

En virtud de esta cobertura, si el Asegurado fallece dentro del periodo de cobertura establecido como consecuencia de un accidente, la Entidad Aseguradora, una vez presentada la documentación prevista acreditativa del siniestro y verificados los requisitos exigidos de acuerdo con las condiciones de la Póliza, se obliga a pagar el capital asegurado para esta garantía expresados en las condiciones particulares, **quedando extinguido el seguro**.

A los efectos de la presente póliza se entenderá que el Asegurado ha fallecido como consecuencia de un accidente cuando el siniestro se produzca por una lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita externa y ajena a la intencionalidad del asegurado que cause su fallecimiento dentro de los 365 días siguientes a la fecha en que sufrió tal lesión.

La presente garantía opcional finaliza siempre al término de la anualidad en que el asegurado cumpla 67 años.

3.2.2 RELACIÓN CON EL RESTO DE GARANTÍAS

Para contratar la garantía de fallecimiento por Accidente tiene que tener contratada la garantía de fallecimiento por cualquier causa.

El capital asegurado para la garantía de Fallecimiento por Accidente, será el establecido en las condiciones particulares y en ningún caso podrá superar el capital contratado para la garantía obligatoria, que es el Fallecimiento por cualquier causa.

3.2.3 EXCLUSIONES ESPECÍFICAS DE ESTA GARANTÍA

Además de las exclusiones detalladas para la garantía de Fallecimiento por cualquier causa, en ningún caso se considerarán riesgos cubiertos por esta garantía los ocurridos como consecuencia de los hechos que se describen a continuación:

- En ningún caso se considerará Fallecimiento por Accidente, los sucesos por infarto de miocardio, trombosis, embolia, hemorragia cerebral y, en general, por cualquier tipo de colapso, cualquiera que sea su causa,

aun cuando sean calificados como accidente de trabajo por resolución judicial o por órganos competentes de la Seguridad Social.

3.2.4 DOCUMENTACIÓN PARA EL PAGO DE LA PRESTACIÓN

El beneficiario deberá aportar la documentación exigida para la garantía de fallecimiento por cualquier causa.

3.3 GARANTÍA OPCIONAL FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN

3.3.1 COBERTURA DE LA GARANTÍA

En virtud de esta cobertura, si el Asegurado falleciese dentro del periodo de cobertura establecido como consecuencia de un Accidente de Circulación, la Entidad Aseguradora, una vez presentada la documentación prevista acreditativa del siniestro y verificados los requisitos exigidos de acuerdo con las condiciones de la Póliza, se obliga a pagar el capital asegurado para esta garantía expresado en las condiciones particulares, **quedando extinguido el seguro.**

A los efectos de la presente póliza, se considerará accidente de circulación, cuando el Fallecimiento se produzca cuando el Asegurado lo sufra en alguna de las siguientes situaciones:

- Como peatón, o cuando sin ocupar plaza en algún vehículo las lesiones sufridas sean causadas por un vehículo terrestre en movimiento.
- Como conductor o pasajero de vehículos terrestres.
- Como usuario o pasajero de transportes públicos terrestres, marítimos, fluvial o aéreos legalmente autorizado.

La presente garantía opcional finaliza siempre al término de la anualidad en que el asegurado cumpla 67 años.

3.3.2 RELACIÓN CON EL RESTO DE GARANTÍAS

Para contratar la garantía de Fallecimiento por Accidente de Circulación, se tiene que tener contratada la garantía de Fallecimiento por cualquier causa.

El capital asegurado para la garantía de Fallecimiento por Accidente de Circulación será el establecido en las condiciones particulares y en ningún caso podrá superar el capital contratado para la garantía obligatoria, que es el Fallecimiento por cualquier causa.

3.3.3 EXCLUSIONES ESPECÍFICAS DE ESTA GARANTÍA

Además de las exclusiones detalladas para la garantía de Fallecimiento por cualquier causa, en ningún caso se considerarán riesgos cubiertos por esta garantía los ocurridos como consecuencia de los hechos que se describen a continuación:

- En ningún caso se considerará Fallecimiento por Accidente, los acontecidos por infarto de miocardio, trombosis, embolia, hemorragia cerebral y, en general, por cualquier tipo de colapso, cualquiera que sea la causa que lo ocasione, aun cuando sean calificados como accidente de trabajo por resolución judicial o por órganos competentes de la Seguridad Social.

3.3.4 DOCUMENTACIÓN PARA EL PAGO DE LA PRESTACIÓN

El beneficiario deberá aportar la documentación exigida para la garantía de fallecimiento por cualquier causa.

3.4 GARANTÍA OPCIONAL INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA POR CUALQUIER CAUSA

3.4.1 COBERTURA DE LA GARANTÍA

En virtud de esta cobertura si el Asegurado resulta afectado por una Incapacidad Permanente Absoluta dentro del periodo de cobertura establecido, la Entidad Aseguradora, una vez presentada la documentación prevista acreditativa del siniestro y verificados los requisitos exigidos de acuerdo con las condiciones de la Póliza, se obliga a pagar al Tomador del seguro el capital asegurado para esta garantía expresado en las Condiciones Particulares.

A los efectos de esta póliza, es Incapacidad Permanente Absoluta la situación física o psíquica irreversible, sobrevenida, que provoca la ineptitud total para toda relación laboral o profesional. Debe ser permanente en el sentido de que no pueda esperarse razonablemente la recuperación. **Se entenderá cubierta la Incapacidad Permanente Absoluta reconocida durante el año siguiente a la fecha del accidente o la enfermedad que la causó, y siempre que esta fecha estuviera dentro del periodo de cobertura establecido en el Condiciones Particulares.**

Las garantías opcionales del presente seguro finalizan siempre al término de la anualidad en que el asegurado cumpla 67 años.

3.4.2 RELACIÓN CON EL RESTO DE GARANTÍAS

La garantía de Incapacidad Permanente Absoluta será alternativa a la Incapacidad Permanente total, no pudiendo contratar ambas garantías de manera simultánea.

El capital asegurado para la garantía de Incapacidad Permanente Absoluta por cualquier causa, será el establecido en las condiciones particulares y en ningún caso podrá superar el capital contratado para la garantía obligatoria, que es el Fallecimiento por cualquier causa.

En el caso de que el capital asegurado para esta la garantía sea igual que el de la garantía obligatoria de fallecimiento, el pago del capital supone la extinción de la garantía obligatoria y de las garantías opcionales contratadas en la póliza.

Una vez ocurrido un siniestro cubierto por alguna garantía complementaria cuyo capital sea inferior al de la garantía principal de fallecimiento o al resto de garantías complementarias contratadas, el seguro continuará en vigor por la diferencia entre dichos capitales.

El pago del capital asegurado para esta garantía supone la extinción de todas las garantías complementarias de Incapacidad Permanente de la póliza, es decir: extinción de las garantías de Incapacidad Permanente Absoluta por Accidente, Incapacidad Permanente Absoluta por Accidente de Circulación, Gran Invalidez, Incapacidad laboral temporal e Incapacidad Permanente Parcial por Accidente.

3.4.3 EXCLUSIONES ESPECÍFICAS DE ESTA GARANTÍA.

Además de las exclusiones detalladas para la garantía de Fallecimiento por cualquier causa, en ningún caso se considerarán riesgos cubiertos para esta garantía los ocurridos como consecuencia de los hechos que se describen a continuación:

- Los siniestros ocurridos como consecuencia de las lesiones y enfermedades derivadas de alteraciones o defectos músculo esqueléticos como: cervicalgias,

dorsalgias, lumbalgias y lumbociáticas, con la excepción de las producidas por traumatismo.

3.4.4 DOCUMENTACIÓN Y PAGO DE LA PRESTACIÓN

La prueba de Incapacidad Permanente Absoluta, corresponde al Asegurado, el cual deberá remitir a la Entidad Aseguradora la siguiente documentación:

- Fotocopia legible del DNI/NIE del asegurado.
- Resolución firme y definitiva de Incapacidad Permanente Absoluta de la Seguridad Social u organismo oficial competente del estado español donde se evidencie el grado y la causa de la Incapacidad objeto de indemnización y la documentación médica necesaria.
- Historial Clínico o Certificado Médico donde se detalle la fecha de diagnóstico y causas de la enfermedad o accidente del Asegurado. En el certificado se hará constar específicamente si existen antecedentes relacionados con las causas de la incapacidad y las fechas de diagnóstico de las mismas.
- En caso de Accidente copia completa de las diligencias judiciales y/o atestado y/o copia del certificado emitido por la empresa si se trata de un accidente laboral. En todo caso, en dicha documentación se deberá determinar la fecha del acaecimiento del accidente.
- Justificante de la titularidad de la cuenta bancaria donde se realizará el ingreso de la prestación.
- Cualquier otra documentación adicional, sustitutiva o complementaria de la anteriormente relacionada o que sea necesaria para verificar su validez, alcance o realidad del siniestro.

En el caso de que el Asegurado no se encontrara adscrito a la Seguridad Social, la Entidad Aseguradora podrá comprobar la incapacidad del Asegurado con posterioridad a la presentación de la documentación establecida en el apartado anterior.

3.5 GARANTÍA OPCIONAL INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA POR ACCIDENTE

3.5.1 COBERTURA DE LA GARANTÍA

En virtud de esta cobertura, si el Asegurado resulta afectado por una Incapacidad Permanente Absoluta por Accidente dentro del periodo de cobertura establecido, la Entidad Aseguradora, una vez presentada la documentación prevista acreditativa del siniestro y verificados los requisitos exigidos de acuerdo con las condiciones de la Póliza, se obliga a pagar el capital asegurado para la Incapacidad Permanente Absoluta por Accidente, expresado en las condiciones particulares.

A los efectos de la presente póliza se entenderá que el Asegurado se ha incapacitado con carácter permanente y absoluto como consecuencia de un accidente cuando el siniestro se produzca por una lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita externa y ajena a la intencionalidad del asegurado que cause su incapacidad permanente absoluta dentro de los 365 días siguientes a la fecha en que sufrió tal lesión.

Las garantías opcionales del presente seguro finalizan siempre al término de la anualidad en que el asegurado cumpla 67 años.

3.5.2 RELACIÓN CON EL RESTO DE GARANTÍAS

Para contratar la garantía de Incapacidad permanente Absoluta por accidente tiene que tener contratadas las garantías de Incapacidad Permanente Absoluta y Fallecimiento por cualquier causa.

El capital asegurado para la garantía de Incapacidad Permanente Absoluta por accidente, será el establecido en las condiciones

particulares y en ningún caso podrá superar el capital contratado para la garantía obligatoria, que es el Fallecimiento por cualquier causa.

En el caso de que el capital asegurado para esta la garantía sea igual que el de la garantía obligatoria de fallecimiento, el pago del capital supone la extinción de la garantía obligatoria y de las garantías opcionales contratadas en la póliza.

Una vez ocurrido un siniestro cubierto por esta garantía complementaria cuyo capital sea inferior al de la garantía principal de fallecimiento o al resto de garantías complementarias contratadas, el seguro continuará en vigor por la diferencia entre dichos capitales.

3.5.3 EXCLUSIONES ESPECÍFICAS DE LA GARANTÍA

Además de las exclusiones detalladas para las garantías de Fallecimiento por cualquier causa, en ningún caso se considerarán riesgos cubiertos para esta garantía los ocurridos como consecuencia de los hechos que se describen a continuación:

- **En ningún caso se considerará Incapacidad por Accidente, los sobrevenidos por infarto de miocardio, trombosis, embolia, hemorragia cerebral y, en general, por cualquier tipo de colapso, cualquiera que sea la causa que los ocasione, aun cuando sean calificados como accidente de trabajo por resolución judicial o por órganos competentes de la Seguridad Social.**

3.5.4 DOCUMENTACIÓN Y PAGO DE LA PRESTACIÓN

El beneficiario deberá aportar la documentación exigida para la garantía de Incapacidad Permanente Absoluta por cualquier causa.

En el caso de que el Asegurado no se encontrara adscrito a la Seguridad Social, la Entidad Aseguradora podrá comprobar la incapacidad del Asegurado con posterioridad a la presentación de la documentación establecida en el apartado anterior.

3.6 GARANTÍA OPCIONAL INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA POR ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN.

3.6.1 COBERTURA DE LA GARANTÍA.

En virtud de esta cobertura, si el Asegurado resulta afectado por una Incapacidad Permanente Absoluta por Accidente de Circulación dentro del periodo de cobertura establecido, la Entidad Aseguradora, una vez presentada la documentación prevista acreditativa del siniestro y verificados los requisitos exigidos de acuerdo con las condiciones de la Póliza, se obliga a pagar el capital asegurado para la Incapacidad Permanente Absoluta por Accidente de Circulación expresado en las condiciones particulares.

A los efectos de la presente póliza se considerará accidente de circulación para la garantía de Incapacidad Permanente Absoluta, cuando las lesiones que determinen la Incapacidad Permanente Absoluta se produzcan cuando el Asegurado actúe en alguna de las siguientes situaciones:

- Como peatón, o cuando sin ocupar plaza en algún vehículo sea causado por un vehículo terrestre en movimiento.
- Como conductor o pasajero de vehículos terrestres.
- Como usuario o pasajero de transportes públicos terrestres, marítimos, fluviales o aéreos, legalmente autorizado.

Las garantías opcionales del presente seguro finalizan siempre al término de la anualidad en que el asegurado cumpla 67 años.

3.6.2 RELACIÓN CON EL RESTO DE GARANTÍAS.

Para contratar la garantía de Incapacidad permanente Absoluta por Accidente de Circulación tiene que tener contratadas las garantías de Incapacidad Permanente Absoluta por cualquier causa y el fallecimiento por cualquier causa.

El capital asegurado para la garantía de Incapacidad Permanente Absoluta por accidente de circulación, será el establecido en las condiciones particulares y en ningún caso podrá superar el capital contratado para la garantía obligatoria, que es el Fallecimiento por cualquier causa.

En el caso de que el capital asegurado para esta la garantía sea igual que el de la garantía obligatoria de fallecimiento, el pago del capital supone la extinción de la garantía obligatoria y de las garantías opcionales contratadas en la póliza.

Una vez ocurrido un siniestro cubierto por esta garantía complementaria cuyo capital sea inferior al de la garantía principal de fallecimiento o al resto de garantías complementarias contratadas, el seguro continuará en vigor por la diferencia entre dichos capitales.

3.6.3 EXCLUSIONES ESPECÍFICAS DE LA GARANTÍA.

Además de las exclusiones detalladas para las garantías de Fallecimiento por cualquier causa, en ningún caso se considerarán riesgos cubiertos para esta garantía los ocurridos como consecuencia de los hechos que se describen a continuación:

- En ningún caso se considerará Invalidez por Accidente de Circulación, los acontecidos por infarto de miocardio, trombosis, embolia, hemorragia cerebral y, en general, por cualquier tipo de colapso, cualquiera que sea su causa, aun cuando sean calificados como accidente de trabajo por resolución judicial o por órganos competentes de la Seguridad Social.

3.6.4 DOCUMENTACIÓN Y PAGO DE LA PRESTACIÓN.

El beneficiario deberá aportar la documentación exigida para la garantía de Incapacidad Permanente Absoluta por cualquier causa.

En el caso de que el Asegurado no se encontrara adscrito a la Seguridad Social, la Entidad Aseguradora podrá comprobar la incapacidad del Asegurado con posterioridad a la presentación de la documentación establecida en el apartado anterior.

3.7 GARANTÍA OPCIONAL INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL

3.7.1 COBERTURA DE LA GARANTÍA

En virtud de esta cobertura, si el Asegurado resulta afectado por una Incapacidad Permanente Total dentro del periodo de cobertura establecido, la Entidad Aseguradora, una vez presentada la documentación prevista acreditativa del siniestro y verificados los requisitos exigidos de acuerdo con las condiciones de la Póliza, se obliga a pagar al Tomador del seguro el capital asegurado para esta garantía en las Condiciones Particulares.

A los efectos de esta póliza Incapacidad Permanente Total es la situación física o psíquica irreversible, sobrevenida, que provoca la ineptitud total para la realización de todas o de las fundamentales tareas de la profesión declarada en la solicitud del seguro o en posterior comunicación. Debe ser permanente en el sentido de que no pueda esperarse razonablemente la recuperación. **Se entenderá cubierta la Incapacidad Permanente Total**

reconocida durante el año siguiente a la fecha del accidente o la enfermedad que la causó, y siempre que esta fecha estuviera dentro del periodo de cobertura establecido en el Condiciones Particulares.

Las garantías opcionales del presente seguro finalizan siempre al término de la anualidad en que el asegurado cumpla 67 años.

3.7.2 RELACIÓN CON EL RESTO DE GARANTÍAS.

Para contratar la garantía de Incapacidad permanente Total por cualquier causa tiene que tener contratada la garantía de fallecimiento por cualquier causa.

La garantía de Incapacidad Permanente total será alternativa a la Incapacidad Permanente Absoluta, no pudiendo contratar ambas garantías de manera simultánea.

El capital asegurado para la garantía de Incapacidad Permanente Total por cualquier causa, será el establecido en las condiciones particulares y en ningún caso podrá superar el capital contratado para la garantía obligatoria, que es el Fallecimiento por cualquier causa.

En el caso de que el capital asegurado para esta la garantía sea igual que el de la garantía obligatoria de fallecimiento, el pago del capital supone la extinción de la garantía obligatoria y de las garantías opcionales contratadas en la póliza.

Una vez ocurrido un siniestro cubierto por esta garantía complementaria cuyo capital sea inferior al de la garantía principal de fallecimiento o al resto de garantías complementarias contratadas, el seguro continuará en vigor por la diferencia entre dichos capitales.

El pago del capital asegurado para esta garantía supone la extinción de todas las garantías complementarias de Incapacidad Permanente de la póliza, es decir: extinción de las garantías de Incapacidad Permanente Total por Accidente, Gran Invalidez, Incapacidad laboral temporal e Incapacidad Permanente Parcial por Accidente.

3.7.3 EXCLUSIONES ESPECÍFICAS DE LA GARANTÍA.

Además de las exclusiones detalladas para las garantías de Fallecimiento por cualquier causa, en ningún caso se considerarán riesgos cubiertos para esta garantía los ocurridos como consecuencia de los hechos que se describen a continuación:

- Los siniestros ocurridos como consecuencia de las lesiones y enfermedades derivadas de alteraciones o defectos músculo esqueléticos como: cervicalgias, dorsalgias, lumbalgias y lumbociáticas, con la excepción de las producidas por traumatismo.

3.7.4 DOCUMENTACIÓN PARA EL PAGO DE LA PRESTACIÓN.

La prueba de Incapacidad Permanente Total, corresponde al Asegurado, el cual deberá remitir a la Entidad Aseguradora la siguiente documentación:

- Fotocopia legible del DNI/NIE del asegurado
- Resolución firme y definitiva de Incapacidad Permanente Total de la Seguridad Social u organismo oficial competente del estado español donde se evidencie el grado y la causa de la Incapacidad objeto de indemnización y la documentación médica necesaria.

- Historial Clínico o Certificado Médico donde se detalle la fecha de diagnóstico y causas de la enfermedad o accidente del Asegurado. En el certificado se hará constar específicamente si existen antecedentes relacionados con las causas de la incapacidad y las fechas de diagnóstico de las mismas.
- Además de lo anterior en caso de Accidente copia completa de las diligencias judiciales y/o atestado y/o copia del certificado emitido por la empresa si se trata de un accidente laboral. En todo caso, en dicha documentación se deberá determinar la fecha del acaecimiento del accidente
- Justificante de la titularidad de la cuenta bancaria donde se realizará el ingreso de la prestación.
- Cualquier otra documentación adicional, sustitutiva o complementaria de la anteriormente relacionada o que sea necesaria para verificar su validez, alcance o realidad del siniestro.

En el caso de que el Asegurado no se encontrara adscrito a la Seguridad Social, la Entidad Aseguradora podrá comprobar la incapacidad del Asegurado con posterioridad a la presentación de la documentación establecida en el apartado anterior.

3.8 GARANTÍA OPCIONAL INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL POR ACCIDENTE

3.8.1 COBERTURA DE LA GARANTÍA

En virtud de esta cobertura, si el Asegurado resulta afectado por una Incapacidad Permanente Total por Accidente, dentro del periodo de cobertura establecido, la Entidad Aseguradora, una vez presentada la documentación prevista acreditativa del siniestro y verificados los requisitos exigidos de acuerdo con las condiciones de la Póliza, se obliga a pagar el capital asegurado para la Incapacidad Permanente Total por Accidente, expresado en las condiciones particulares.

A los efectos de la presente póliza se entenderá que el Asegurado se ha incapacitado con carácter permanente y total como consecuencia de un accidente cuando el siniestro se produzca por una lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita externa y ajena a la intencionalidad del asegurado que cause su incapacidad permanente total dentro de los 365 días siguientes a la fecha en que sufrió tal lesión.

Las garantías opcionales del presente seguro finalizan siempre al término de la anualidad en que el asegurado cumpla 67 años.

3.8.2 RELACIÓN CON EL RESTO DE GARANTÍAS

Para contratar la garantía de Incapacidad Permanente Total por accidente tiene que tener contratadas las garantías de Incapacidad Permanente Total y Fallecimiento por cualquier causa.

El capital asegurado en la garantía de Incapacidad Permanente Total por accidente será como máximo el capital contratado para la garantía principal, que es el Fallecimiento por cualquier causa.

En el caso de que el capital asegurado para esta la garantía sea igual que el de la garantía obligatoria de fallecimiento, el pago del capital supone la extinción de la garantía obligatoria y de las garantías opcionales contratadas en la póliza.

Una vez ocurrido un siniestro cubierto por esta garantía complementaria cuyo capital sea inferior al de la garantía principal de fallecimiento o al resto de garantías complementarias contratadas, el seguro continuará en vigor por la diferencia entre dichos capitales.

3.8.3 EXCLUSIONES ESPECÍFICAS DE LA GARANTÍA

Además de las exclusiones detalladas para las garantías de Fallecimiento por cualquier causa, en ningún caso se considerarán riesgos cubiertos para esta garantía los ocurridos como consecuencia de los hechos que se describen a continuación:

- **En ningún caso se considerará Incapacidad por Accidente, los sobreenvenidos por infarto de miocardio, trombosis, embolia, hemorragia cerebral y, en general, por cualquier tipo de colapso aun cuando sean calificados como accidente de trabajo por resolución judicial o por órganos competentes de la Seguridad Social.**

3.8.4 DOCUMENTACIÓN PARA EL PAGO DE LA PRESTACIÓN

El beneficiario deberá aportar la documentación exigida para la garantía de incapacidad permanente total por cualquier causa.

En el caso de que el Asegurado no se encontrara adscrito a la Seguridad Social, la Entidad Aseguradora podrá comprobar la incapacidad del Asegurado con posterioridad a la presentación de la documentación establecida en el apartado anterior.

3.9 GARANTÍA OPCIONAL GRAN INVALIDEZ

3.9.1 COBERTURA DE LA GARANTÍA

En virtud de esta cobertura, si el Asegurado resulta afectado por una Gran Invalidez dentro del periodo de cobertura establecido, la Entidad Aseguradora, una vez presentada la documentación prevista acreditativa del siniestro y verificados los requisitos exigidos de acuerdo con las condiciones de la Póliza, se obliga a pagar al Tomador del seguro el capital asegurado para esta garantía expresado en las Condiciones Particulares

A los efectos de esta póliza se entenderá por Gran Invalidez la situación del Asegurado afecto de incapacidad permanente y que, por consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesita la asistencia de otra persona para los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos. Debe ser permanente en el sentido de que no pueda esperarse razonablemente la recuperación. **Se entenderá cubierta la Gran Invalidez reconocida durante el año siguiente a la fecha del accidente o la enfermedad que la causó, y siempre que esta fecha estuviera dentro del periodo de cobertura establecido en el Condiciones Particulares.**

Las garantías opcionales del presente seguro finalizan siempre al término de la anualidad en que el asegurado cumpla 67 años.

3.9.2 RELACIÓN CON EL RESTO DE GARANTÍAS

Para contratar la garantía de Gran Invalidez tiene que tener contratada la garantía de fallecimiento por cualquier causa.

La garantía de Gran Invalidez será complementaria a las coberturas de Incapacidad Permanente Absoluta e Incapacidad Permanente Total, siendo obligatorio contratar alguna de estas dos garantías cuando se contrate la Gran Invalidez. El capital por Gran Invalidez no puede ser superior al capital de Incapacidad Permanente Absoluta ni superior a la Incapacidad permanente total.

En el caso de que el capital asegurado para esta la garantía sea igual que el de la garantía obligatoria de fallecimiento, el pago del capital supone la extinción de la garantía obligatoria y de las garantías opcionales contratadas en la póliza.

Una vez ocurrido un siniestro cubierto por esta garantía complementaria cuyo capital sea inferior al de la garantía principal de fallecimiento o al resto de garantías complementarias contratadas, el seguro continuará en vigor por la diferencia entre dichos capitales.

3.9.3 EXCLUSIONES ESPECÍFICAS DE LA GARANTÍA

Además de las exclusiones detalladas para las garantías de Fallecimiento por cualquier causa, en ningún caso se considerarán riesgos cubiertos para esta garantía los ocurridos como consecuencia de los hechos que se describen a continuación:

- Los siniestros ocurridos como consecuencia de las lesiones y enfermedades derivadas de alteraciones o defectos músculo esqueléticos como: cervalgias, dorsalgias, lumbalgias y lumbociáticas, con la excepción de las producidas por traumatismo.

3.9.4 DOCUMENTACIÓN PARA EL PAGO DE LA PRESTACIÓN

La prueba de la gran invalidez corresponde al Asegurado, el cual deberá remitir a la Entidad Aseguradora la siguiente documentación:

- Fotocopia legible del DNI/NIE del asegurado
- Resolución firme y definitiva de Incapacidad de la Seguridad Social u organismo oficial competente del estado español donde se evidencie el grado y la causa de la Incapacidad objeto de indemnización y la documentación médica necesaria, donde se determine la fecha de acaecimiento del accidente.
- Historial Clínico o Certificado Médico donde se detalle la fecha de diagnóstico y causas de la enfermedad o del accidente del Asegurado. En el certificado se hará constar específicamente si existen antecedentes relacionados con las causas de la incapacidad y las fechas de diagnóstico de las mismas.
- Además de lo anterior en caso de Accidente copia completa de las diligencias judiciales y/o atestado y/o copia del certificado emitido por la empresa si se trata de un accidente laboral.
- Justificante de la titularidad de la cuenta bancaria donde se realizará el ingreso de la prestación.
- Cualquier otra documentación adicional, sustitutiva o complementaria de la anteriormente relacionada o que sea necesaria para verificar su validez, alcance o realidad del siniestro.

En el caso de que el Asegurado no se encontrara adscrito a la Seguridad Social, la Entidad Aseguradora podrá comprobar la incapacidad del Asegurado con posterioridad a la presentación de la documentación establecida en el apartado anterior.

3.10 GARANTÍA OPCIONAL INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL POR ACCIDENTE

3.10.1 COBERTURA DE LA GARANTÍA

En virtud de esta cobertura si el Asegurado resulta afectado por una Incapacidad Permanente Parcial por Accidente dentro del periodo de cobertura establecido, la Entidad Aseguradora, una vez presentada la documentación prevista acreditativa del siniestro y verificados los requisitos exigidos de acuerdo con las condiciones de la Póliza, se obliga a pagar al asegurado, un capital, que se fijará mediante la aplicación, sobre la suma asegurada, de los porcentajes establecidos en el baremo de lesiones de esta garantía. En ningún caso el capital a pagar por un accidente podrá ser superior al capital contratado por fallecimiento por cualquier causa.

A los efectos de la presente póliza, se entenderá por Incapacidad Permanente Parcial por Accidente, la situación de limitación

funcional irreversible como consecuencia de las secuelas derivadas de un accidente cubierto por la póliza. La situación de Incapacidad Permanente será indemnizable a partir del momento en que merezca la consideración de estable y definitiva mediante dictamen Médico.

A los efectos de la presente póliza se entenderá que el Asegurado se ha incapacitado con carácter permanente parcial como consecuencia de un accidente cuando el siniestro se produzca por una lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita externa y ajena a la intencionalidad del asegurado que cause su incapacidad permanente parcial dentro de los 365 días siguientes a la fecha en que sufrió tal lesión.

El grado de invalidez no guarda relación directa con las distintas calificaciones previstas por la Seguridad Social para la contingencia de Invalidez o Incapacidad Permanente aplicándose siempre y en todo caso el baremo descrito en este apartado.

Esta garantía cesa en el momento en que se produzca un siniestro cubierto por la póliza.

Para la determinación de dichos porcentajes no se tendrán en cuenta la profesión, sexo y edad del Asegurado, ni ningún otro factor ajeno al baremo.

En el caso de que el capital asegurado para esta la garantía sea igual que el de la garantía obligatoria de fallecimiento, el pago del capital supone la extinción de la garantía obligatoria y de las garantías opcionales contratadas en la póliza.

Una vez ocurrido un siniestro cubierto por esta garantía complementaria cuyo capital sea inferior al de la garantía principal de fallecimiento o al resto de garantías complementarias contratadas, el seguro continuará en vigor por la diferencia entre dichos capitales.

Cada asegurado sólo podrá tener contratada una póliza para esta garantía. En el caso de tener varias pólizas solo se pagará la de mayor capital.

Las garantías opcionales del presente seguro finalizan siempre al término de la anualidad en que el asegurado cumpla 67 años.

3.10.2 RELACIÓN CON EL RESTO DE GARANTÍAS

Para contratar la garantía de Incapacidad Permanente Parcial por Accidente tiene que tener contratada la garantía de fallecimiento por cualquier causa.

El capital asegurado en la garantía de Incapacidad Permanente Parcial por accidente será el resultado de la aplicación de los porcentajes establecidos en la tabla de Baremo arriba indicada y que en ningún caso podrá superar el capital contratado para la garantía principal, que es el Fallecimiento por cualquier causa.

3.10.3 EXCLUSIONES ESPECÍFICAS DE LA GARANTÍA

Además de las exclusiones detalladas para las garantías de Fallecimiento por cualquier causa, en ningún caso se considerarán riesgos cubiertos para esta garantía los ocurridos como consecuencia de los hechos que se describen a continuación:

- En ningún caso se considerará Incapacidad Permanente Parcial por Accidente, los sucesos por infarto de miocardio, trombosis, embolia, hemorragia cerebral y, en general, por cualquier tipo de colapso, cualquiera que se cause, aun cuando sean calificados como accidente de trabajo por resolución judicial o por órganos competentes de la Seguridad Social.

3.10.4 DOCUMENTACIÓN PARA EL PAGO DE LA PRESTACIÓN

La prueba de la Incapacidad Permanente Parcial por Accidente corresponde al Asegurado, el cual deberá remitir a la Entidad Aseguradora la siguiente documentación:

- Fotocopia legible del DNI/NIE del asegurado
- Resolución firme y definitiva de Incapacidad de la Seguridad Social u organismo oficial competente del estado español donde se evidencie el grado y la causa de la Incapacidad objeto de indemnización y la documentación médica necesaria, donde se determine la fecha de acaecimiento del accidente.
- Historial Clínico o Certificado Médico donde se detalle la fecha de diagnóstico y causas de la enfermedad y lesiones derivadas del accidente.
- Copia completa de las diligencias judiciales y/o atestado y/o copia del certificado emitido por la empresa si se trata de un accidente laboral.
- Justificante de la titularidad de la cuenta bancaria donde se realizará el ingreso de la prestación.
- Cualquier otra documentación adicional, sustitutiva o complementaria de la anteriormente relacionada o que sea necesaria para verificar su validez, alcance o realidad del siniestro.

3.10.5 IMPLICACIONES DEL BAREMO

3.10.5.1 Normas de Aplicación del Baremo

- El porcentaje de invalidez será fijado sin tener en cuenta elementos subjetivos: solo las lesiones anatómicas constadas por un médico a través de un examen clínico podrán dar lugar a indemnización.
- La anquilosis de los dedos (distintos del pulgar y del índice) o de los dedos del pie (distintos del dedo gordo) da derecho a 50% de la compensación que sería obtenida por la pérdida de estos miembros.
- Las incapacidades permanentes que no estén mencionadas en el baremo anteriormente indicado serán indemnizadas según su importancia, por analogía con las establecidas en el baremo.

3.10.5.2 Baremo para la garantía de Incapacidad Permanente Parcial por Accidente

- La incapacidad parcial o total “funcional” que no esté especificada en el Baremo de Incapacidades Permanentes será indemnizada en la misma proporción que la pérdida del miembro u órgano afectado.
 - **Del mismo modo, la suma de diversas indemnizaciones debidas para un mismo miembro, no podrá sobrepasar la indemnización prevista para la pérdida total de dicho miembro.**
- En caso de que en un mismo accidente concorra más de una lesión indemnizable según baremo, se sumarán los importes correspondientes a cada lesión no pudiendo superar en ningún caso la suma asegurada máxima establecida en condiciones particulares.
- La pérdida de miembros u órganos con anterioridad al accidente no puede dar lugar a una indemnización. La lesión de miembros u órganos impedidos sólo es indemnizable por la diferencia entre los estados posterior y anterior al accidente.
 - **Si el asegurado es zurdo, y lo señala en la solicitud/cuestionario de seguro, los porcentajes indicados para el miembro superior derecho y del miembro superior izquierdo serán invertidos.**

CONDICIONES GENERALES Y ESPECIALES

Seguro de Vida Temporal Anual Renovable

VIDA TRANQUILA

Miembros Superiores	% (DERECHO)	% (IZQUIERDO)	Miembros inferiores	Porcentaje
Pérdida de un brazo o de una mano	60%	50%	Amputación del muslo (mitad proximal)	60%
Lesión definitiva e incurable del hueso del brazo	50%	40%	Amputación del muslo (mitad distal) o de la pierna	50%
Parálisis del miembro superior (lesión incurable de los nervios)	65%	55%	Pérdida total de un pie	45%
Parálisis total del nervio circunflejo	20%	15%	Pérdida parcial de un pie (desarticulación del hueso bajo la rodilla)	40%
Anquilosis del hombro	40%	30%	Pérdida parcial de un pie (desarticulación medio-tarsal)	35%
Anquilosis del codo:			Pérdida parcial de un pie (desarticulación tarso-metatarsiana)	30%
- en posición favorable	25%	20%	Parálisis total y definitiva de un miembro inferior	60%
- en posición desfavorable	40%	35%	Parálisis completa del nervio poplíteo ciático externo	30%
Lesión definitiva e incurable de 2 huesos del antebrazo	40%	30%	Parálisis completa del nervio poplíteo ciático interno	20%
Parálisis total del nervio mediano	45%	35%	Parálisis completa de dos nervios poplíteos ciáticos	40%
Parálisis total del nervio radial en el foco de torsión	40%	35%	Anquilosis de la cadera	40%
Parálisis total del nervio radial del antebrazo	30%	25%	Anquilosis de la rodilla	20%
Parálisis total del nervio radial de la mano	20%	15%	Lesión definitiva e incurable del hueso del muslo	60%
Parálisis total del nervio cubital	30%	25%	Lesión definitiva e incurable de dos huesos de la pierna	60%
Anquilosis de la muñeca:			Lesión definitiva e incurable de la rotula (sin posibilidad de movimientos)	40%
- en posición favorable	20%	15%	Lesión definitiva e incurable de la rotula (con posibilidad de movimientos)	20%
- en posición desfavorable	30%	25%	Acartamiento de un miembro inferior:	
Pérdida total del dedo pulgar	20%	15%	- en al menos 5 cm	30%
Pérdida parcial del dedo pulgar	10%	5%	- de 3 a 5 cm	20%
Anquilosis total del dedo pulgar	20%	15%	- de 1 a 3 cm	10%
Amputación total del dedo índice	15%	10%	Amputación total de todos los dedos	25%
Amputación de dos falanges del dedo índice	10%	8%	Amputación total de cuatro dedos, incluido el dedo gordo del pie	20%
Amputación de la falangeta del índice	5%	3%	Amputación total de cuatro dedos, sin incluir el dedo gordo del pie	10%
Amputación del dedo pulgar y de otro dedo que no sea el índice	25%	20%	Amputación del dedo gordo del pie	10%
Amputación de dos dedos distintos del pulgar y del índice	12%	8%	Amputación de dos dedos, sin incluir el dedo gordo	5%
Amputación de tres dedos distintos del pulgar y del índice	20%	15%	Amputación de dos dedos, incluido el dedo gordo	3%
Amputación de cuatro dedos comprendido el pulgar	45%	40%		
Amputación de cuatro dedos sin incluir el pulgar	40%	35%		
Amputación del dedo mediano	10%	8%		
Amputación de cualquier dedo excepto pulgar, índice o mediano	7%	3%		

Cabeza	Porcentaje
Pérdida de la sustancia oxea del cráneo en toda su densidad	
- superficie de al menos 6 cm ²	40%
- superficie de 3 a 6 cm ²	20%
- superficie de al menos 3 cm ²	10%
Luxación parcial de la mandíbula inferior	40%
Pérdida de un ojo	40%
Sordera completa de un oído	30%

3.11 GARANTÍA OPCIONAL INCAPACIDAD LABORAL TEMPORAL (Autónomos)

3.11.1 COBERTURA DE LA GARANTÍA

En virtud de esta cobertura si el Asegurado resulta afectado por una Incapacidad Laboral Temporal dentro del periodo de cobertura establecido, la Entidad Aseguradora, una vez presentada la documentación prevista acreditativa del siniestro y verificados los requisitos exigidos de acuerdo con las condiciones de la Póliza, se obliga a pagar al asegurado la cantidad diaria contratada por el número de días establecido en el Baremo de Incapacidad Laboral Temporal anexo a Condiciones Particulares, en el supuesto de que el Asegurado se encuentre impedido de forma temporal para el desarrollo de todas y cada una de las actividades propias de su profesión y ello con independencia del número de días que el asegurado esté en situación de baja en la Seguridad Social o Mutua u otras entidades asimiladas.

A los efectos de este seguro Incapacidad Laboral Temporal es la alteración temporal (situación física reversible) del estado de salud del Asegurado constatada médicamente, debida a un accidente o enfermedad, y que determina su imposibilidad para ejercer temporalmente su actividad remunerada o profesión habitual.

Esta garantía tiene por objeto cubrir la pérdida económica que para el Asegurado supone no poder ejercer su trabajo, por lo que si el Asegurado continuara ejerciéndolo, aunque fuera parcialmente, no se devengará indemnización alguna.

La garantía finalizará:

- Al final de la anualidad en la que el Asegurado cumpla los 65 años de edad.
- Fecha en la cual el Asegurado cese toda su actividad profesional remunerada por Jubilación o Jubilación anticipada o pase a situación de desempleo.
- Cuando el Asegurado esté en situación de Incapacidad Permanente Total para la profesión habitual, Incapacidad Permanente Absoluta para toda profesión o Gran Invalidez.
- Cuando el Asegurado cause baja en el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos de la Seguridad Social, Mutua, Montepío o institución análoga.

En estos supuestos la Entidad aseguradora se obliga a extornar al Tomador del Seguro la parte de Prima satisfecha correspondiente al período que, como consecuencia de la extinción, no hubiera soportado riesgo.

La suma asegurada tiene carácter de indemnización diaria, por días naturales (incluyendo sábados, domingos y festivos), con el máximo de un año (365 días).

En el caso de que concurren diversas enfermedades o lesiones en el mismo periodo de tiempo, únicamente se tomará en consideración aquella a la que corresponda mayor número de días de indemnización según el Baremo de indemnización.

En el momento del siniestro el Asegurado debe estar ejerciendo una actividad profesional remunerada no dependiente y encontrarse de alta en el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos de la Seguridad Social, Mutua, Montepío o institución análoga.

3.11.2 PERIODO DE CARENIA

Periodo de tiempo computado en días o meses transcurridos a partir de la Fecha de Efecto del Seguro, o, en su caso, entre dos siniestros, durante el cual el contrato de seguro no despliega efectos.

Esta garantía no tiene carencia inicial en el caso de accidente. En el caso de enfermedad la carencia inicial será de 60 días y para las complicaciones del embarazo y muerte intrauterina la carencia inicial será de 8 meses.

Se aplicará carencia entre siniestros. Por lo tanto, en caso de haberse abonado alguna indemnización por la presente garantía, si el asegurado sufriera una nueva incapacidad temporal por la misma causa o por causas directamente relacionadas con la anterior, tendrá que haber transcurrido un periodo mínimo de 180 días desde la fecha de alta del anterior siniestro. En el caso de que el asegurado sufriera una nueva incapacidad temporal por diferente causa tendrá que haber transcurrido un período mínimo de 30 días desde la fecha de alta del anterior siniestro.

3.11.3 PERIODO DE FRANQUICIA

Número de días transcurrido desde la ocurrencia del siniestro durante el cual el asegurado no tiene derecho a percibir indemnización alguna.

El tomador podrá elegir contratar la garantía sin franquicia o bien eligiendo una franquicia de 3 días o de 10 días.

Si la póliza se contrata sin periodo de franquicia la indemnización se devengará desde el primer día.

Si la póliza se contrata con franquicia de 3 días, la indemnización se devengará el cuarto día. A los siniestros de menos de 3 días no les corresponderá indemnización alguna.

Si la póliza se contrata con franquicia de 10 días, la indemnización se devengará el décimo primer día. Los siniestros de menos de 10 días no les corresponderán indemnización alguna.

3.11.4 RELACIÓN CON EL RESTO DE GARANTÍAS

Para contratar la garantía de Incapacidad Laboral Temporal tiene que tener contratada la garantía de fallecimiento por cualquier causa.

El capital asegurado en la garantía de Incapacidad Laboral Temporal, será la cantidad diaria contratada por las condiciones particulares de la póliza por el número de días establecido en el Baremo de la presente garantía anexo a Condiciones Particulares.

3.11.5 EXCLUSIONES ESPECÍFICAS DE ESTA GARANTÍA

Además de las exclusiones detalladas para la garantía de Fallecimiento por cualquier causa, en ningún caso se considerarán riesgos cubiertos por esta garantía la incapacidad laboral derivada de:

- Cualquier enfermedad o lesión no incluida en el baremo de indemnización.
- Enfermedades o lesiones ocurridas en los periodos en los que el asegurado no desarrolle ninguna actividad laboral, profesional o empresarial.
- Las patologías manifestadas por dolores, algias o vértigos, sin otros síntomas objetivos médicamente comprobables.
- Embarazo, aborto, parto o postparto, a excepción del parto complicado y la muerte intrauterina según se especifica en el baremo.
- Las lesiones derivadas del intento de suicidio y autolesión.
- Cualquier tipo de tratamiento no curativo y cualquiera de sus secuelas y consecuencias al que se someta voluntariamente el asegurado como cirugía estética, vasectomía, ligadura de trompas, tratamiento quirúrgico

de la obesidad incluso con prescripción médica, las técnicas de reproducción asistida.

- Cualquier enfermedad psicológica o psiquiátrica, incluyendo, pero no limitado a depresión, estrés, ansiedad, fibromialgia o síndrome de fatiga crónica, enfermedades psicosomáticas, anorexia, bulimia.

3.11.6 DOCUMENTACIÓN PARA EL PAGO DE LA PRESTACIÓN

El Asegurado deberá aportar los siguientes documentos:

- Fotocopia legible del DNI/NIE del asegurado.
- Documento acreditativo de estar inscrito en el régimen de Autónomos de la Seguridad Social, Mutualidad u Organismo Análogo así como el último pago.
- Copia legible de los partes de baja que acrediten la incapacidad temporal del Asegurado expedido por la Seguridad Social u Organismo Competente del estado español.
- Historial Clínico o Certificado Médico donde se detalle la fecha de diagnóstico y causas de la enfermedad o del accidente del Asegurado. En el certificado se hará constar específicamente si existen antecedentes relacionados con las causas de la incapacidad y las fechas de diagnóstico de las mismas.
- En caso de Accidente copia completa de las diligencias judiciales y/o atestado y/o copia del certificado emitido por la empresa si se trata de un accidente laboral.
- Copia legible del n° de cuenta bancaria donde ingresar las prestaciones y justificante de la titularidad.
- Cualquier otra documentación sustitutiva de la anteriormente relacionada o que sea necesaria para verificar su validez o alcance.

En cualquier caso, en relación a todas las garantías contratadas, la Entidad Aseguradora podrá solicitar la documentación que estime oportuna en orden a conocer la realidad del siniestro.

Si fuera procedente el rechazo de un siniestro con posterioridad a haberse efectuado pagos con cargo al mismo, la Entidad Aseguradora podrá repetir contra el Beneficiario por las sumas indebidamente satisfechas más los intereses legales que correspondan.

El pago de la Prestación sólo se llevará a cabo una vez que la Entidad Aseguradora haya recibido la documentación y las pruebas requeridas, por parte del Asegurado o el Beneficiario. Hasta tanto no se entregara dicha documentación, la Entidad Aseguradora no estará obligada a pagar Prestación alguna.

3.12 GARANTÍA OPCIONAL ENFERMEDADES GRAVES

3.12.1 COBERTURA DE LA GARANTÍA

En aquellos casos en los que al Asegurado le sea diagnosticado una de las Enfermedades Graves definidas en las presentes condiciones generales y especiales éste podrá solicitar una Suma Asegurada correspondiente al cincuenta por ciento del capital de fallecimiento expresado en las presentes Condiciones Particulares.

A los efectos de este seguro Enfermedad Grave es toda alteración del estado de salud provocado por accidente o enfermedad, originados independientemente de la voluntad del Asegurado, confirmada por un médico legalmente reconocido en España y que coincida con alguna de las enfermedades específicas indicadas en estas Condiciones.

De esta garantía se derivará un solo pago por el capital pactado, aun en el caso de que al asegurado se le diagnostique más de una de las enfermedades cubiertas, en las mismas o distintas fechas.

La garantía opcional del presente seguro finaliza siempre al término de la anualidad en que el asegurado cumpla 67 años.

3.12.2 PERIODO DE CARENANCIA

Periodo de tiempo computado en días o meses transcurridos a partir de la Fecha de Efecto del Seguro, o, en su caso, entre dos siniestros, durante el cual el contrato de seguro no despliega efectos

Se establece un plazo de carencia de tres meses.

Si se diagnostica una enfermedad grave durante el plazo de carencia, las primas serán reembolsadas al asegurado.

3.12.3 ENFERMEDADES GRAVES

Se consideran Enfermedades Graves objeto de cobertura para esta garantía complementaria, las siguientes:

- Cáncer.
- Infarto de miocardio.
- Accidente cerebro – vascular
- Cirugía de las arterias coronarias
- Insuficiencia renal crónica
- Alzheimer
- Parálisis
- Trasplante de órganos vitales
- Parkinson
- Esclerosis múltiple
- Ceguera

A las enfermedades anteriormente descritas, le serán de aplicación además de las exclusiones detalladas para las garantías de Fallecimiento por cualquier causa, las exclusiones previstas para cada enfermedad.

3.12.3.1 CÁNCER

Cáncer es la presencia de un tejido de células malignas caracterizado por el crecimiento incontrolado por proliferación en el organismo seguido de invasión y destrucción de tejidos adyacentes y/o metástasis distantes.

Esta definición incluye leucemia, los linfomas y la enfermedad de Hodgkin. Los melanomas malignos están incluidos en esta garantía, si el tumor es mayor o igual a pT1bN0M0 (Breslow > 1 mm de grosor en profundidad o con ulceración o nivel IV/V de Clark).

La fecha de diagnóstico es la fecha del diagnóstico definitivo del examen histopatológico.

Si por motivos médicos no es posible el examen histopatológico, el diagnóstico de tumor maligno tiene que ser confirmado por un Oncólogo. Adicionalmente, tienen que explicarse los motivos médicos y el tumor maligno debe confirmarse mediante scanner o Resonancia Magnética.

Exclusiones específicas de esta enfermedad:

- Tumores benignos o precancerosos - Tumores pre-invasivos y tumores in situ (Tis*).
- Displasia cervical CIN I-III - Carcinoma de vejiga estadio Ta*.
- Carcinoma papilar y folicular de tiroides, diagnosticado histológicamente como T1a* (tumor de 1 cm o menos en su dimensión mayor) siempre que no exista afectación ganglionar y/o metástasis a distancia.

- **Cáncer de próstata, diagnosticado histológicamente como T1N0M0*.**
- **Leucemia linfática crónica (LLC) menos de la etapa 3 de RAI.**
- **Cualquier tumor de piel no mencionado en el apartado de definición.**

*De acuerdo con la clasificación internacional TNM

3.12.3.2 INFARTO DE MIOCARDIO

Infarto de miocardio es la muerte de una parte del músculo cardiaco como resultado de un suministro sanguíneo insuficiente que ha producido todas las evidencias siguientes de infarto agudo de miocardio:

- Síntomas clínicos típicos (como por ejemplo, dolor típico torácico),
- Cambios nuevos electrocardiográficos (no presentes antes del episodio),
- Elevación típica de las enzimas cardíacas específicas (es decir CK-MB) o troponina

El diagnóstico debe confirmarse por un cardiólogo.

3.12.3.3 ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR

Accidente cerebrovascular que produzca déficit neurológico permanente causado por hemorragia, infarto cerebral o embolia de origen extracraneal. La evidencia de déficit neurológico permanente (en base a las AVD (Actividades de la Vida diaria)) **debe ser confirmada después de un periodo mínimo de 3 meses desde el accidente por un Neurólogo.**

Exclusiones específicas de esta enfermedad:

- **Ataques isquémicos transitorios (los AIT se definen como accidente con déficit neurológico reversible que no dura más de 24 horas).**

3.12.3.4 INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Insuficiencia renal terminal, crónica e irreversible de ambos riñones que requiere hemodiálisis o diálisis peritoneal periódica o trasplante de riñón.

3.12.3.5 CIRUGÍA DE LAS ARTERIAS CORONARIAS (BYPASS AORTO-CORONARIO)

Es la cirugía de corazón que se realiza mediante esternotomía media (cirugía para dividir el esternón) por indicación de un Cardiólogo para la corrección de estenosis o bloqueo de una o más arterias coronarias con injertos arteriales.

Exclusiones específicas de esta enfermedad:

- **Los procedimientos no quirúrgicos como la angioplastia con balón, angioplastia láser, colocación de stents o cualquier otro procedimiento distinto a la estereotomía.**

3.12.3.6 ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS ORGÁNICAS (ANTES DE LOS 60 AÑOS)

Es el deterioro o pérdida de la capacidad intelectual y/o comportamiento anormal, diagnosticado y certificado por un Neurólogo. El diagnóstico de enfermedad de Alzheimer o de otras demencias orgánicas debe confirmarse con evidencia clínica, pruebas estandarizadas y cuestionarios de Enfermedad de Alzheimer o de trastornos degenerativos irreversibles orgánicos. La enfermedad debe producir un deterioro significativo en las funciones mentales y sociales necesitando supervisión y ayuda

continua del asegurado. **El diagnóstico debe confirmarse antes de los 60 años.**

Exclusiones específicas de esta enfermedad:

- **No quedan cubiertas la neurosis ni los trastornos psiquiátricos.**

3.12.3.7 PARÁLISIS

Es la pérdida completa y permanente del uso de dos o más extremidades debido a enfermedad o accidente.

La parálisis permanente debe confirmarse por un Neurólogo después de al menos 6 meses desde su comienzo.

3.12.3.8 TRASPLANTE DE ÓRGANOS VITALES

Es la cirugía actual del asegurado- como receptor - de trasplante de un órgano vital completo (corazón, pulmón, hígado, riñón, intestino delgado o páncreas) o de la médula ósea. También la confirmación de la inclusión del asegurado en la lista nacional oficial de espera de uno de los trasplantes incluidos en esta definición.

Exclusiones específicas de esta enfermedad:

- **El trasplante selectivo de células de Langerhans del páncreas.**

3.12.3.9 ENFERMEDAD DE PARKINSON (ANTES DE LOS 60 AÑOS)

El diagnóstico inequívoco de la enfermedad idiopática de Parkinson **antes de los 60 años debe confirmarse por un Neurólogo.** La enfermedad produce la incapacidad de realizar, sin la asistencia de una tercera persona, tres o más de las siguientes actividades de la vida diaria (Clasificación de las AVD):

Lavarse: la capacidad de lavarse en el baño o la ducha (incluyendo entrar o salir de la bañera o ducha) o lavarse por otros medios.

Vestirse: la capacidad de ponerse, quitarse, abrocharse y desabrocharse todas las prendas y, si procede, aparato ortopédico, miembros artificiales u otros aparatos quirúrgicos.

Alimentarse: la capacidad de alimentarse por sí mismo una vez que los alimentos están preparados y servidos.

Ir al baño: la capacidad de utilizar el baño o de controlar la micción/defecación con uso de protección u otros dispositivos (quirúrgicos) en su caso.

Movilidad: la capacidad de moverse dentro del hogar de una habitación a otra en superficies niveladas.

Transferencia: la capacidad de moverse de la cama a una silla o silla de ruedas y viceversa.

Exclusiones específicas de esta enfermedad:

- **Enfermedad de Parkinson inducida por abuso de drogas y/o sustancias tóxicas.**
- **Otros síndromes Parkinsonianos.**

3.12.3.10 ESCLEROSIS MÚLTIPLE

El diagnóstico debe establecerse por un Neurólogo, confirmando al menos anomalías neurológicas moderadas persistentes y

trastornos asociados. Debe haber evidencia de los síntomas típicos de la desmielinización y deterioro de la función motora o sensorial.

El diagnóstico debe apoyarse en las técnicas de diagnóstico modernas tales como el escáner.

El paciente debe tener una puntuación en la escala EDSS > 5 y presentar anomalías neurológicas que han persistido **durante un período continuado de al menos seis meses**.

3.12.3.11 CEGUERA (PÉRDIDA DE VISIÓN)

La pérdida permanente e irreversible de la vista en la medida en que la agudeza visual medida, incluso cuando se mide con el uso lentes, es de 3/60 o peor en el mejor ojo utilizando el test de Snellen.

El diagnóstico de la pérdida permanente de la vista **debe establecerse al menos 6 meses después del comienzo de la enfermedad o accidente**. El diagnóstico debe confirmarse por un oftalmólogo.

3.12.4 RELACIÓN CON RESTO DE GARANTÍAS DE LA PÓLIZA

Para contratar la garantía de Enfermedad Grave tiene que tener contratadas la garantía de fallecimiento por cualquier causa.

En caso de siniestro por Enfermedad Grave, la póliza continuará en vigor por la garantía principal de fallecimiento y en todas aquellas garantías complementarias cuyo capital sea superior al de la garantía de Enfermedad Grave.

Una vez ocurrido un siniestro cubierto por esta garantía complementaria cuyo capital sea inferior al de la garantía principal de fallecimiento o al resto de garantías complementarias contratadas, el seguro continuará en vigor por la diferencia entre dichos capitales.

La suma de la indemnización de las garantías de Enfermedad Grave, Incapacidad Permanente Absoluta por cualquier causa y/o Incapacidad Permanente Total por cualquier causa no podrá superar la suma asegurada de la garantía principal de Fallecimiento por cualquier causa.

3.12.5 DOCUMENTACIÓN PARA EL PAGO DE LA PRESTACIÓN

El asegurado debe aportar los siguientes documentos:

- Fotocopia legible del DNI/NIE del asegurado
- Historial Clínico o Certificado Médico donde se detalle la fecha de diagnóstico y causas de la enfermedad del Asegurado. En el certificado deberá figura el informe concreto y detallado del médico especialista en cada caso, así como los antecedentes de salud del asegurado.
- Información clínica, radiológica, histológica y de laboratorio que se precise en cada caso concreto, si corresponde según enfermedad.
- En caso de cáncer resultado del análisis anatómico patológico de la pieza extirpada, si corresponde según enfermedad.
- En caso de Accidente copia completa de las diligencias judiciales y/o atestado y/o copia del certificado emitido por la empresa si se trata de un accidente laboral.
- Justificante de la titularidad de la cuenta bancaria donde se realizará el ingreso de la prestación.
- El Asegurado permitirá la realización por los servicios médicos de la Entidad Aseguradora de los reconocimientos y pruebas médicas que se consideren oportunos.
- Cualquier otra documentación sustitutiva de la anteriormente relacionada o que sea necesaria para verificar su validez o alcance.

El presente contrato se rige por las CONDICIONES GENERALES Y ESPECIALES, por las CONDICIONES PARTICULARES y por los anexos y Apéndices que emita la Entidad aseguradora, que, en su conjunto, constituyen el Contrato de Seguro, careciendo de valor y efecto por separado. En caso de discrepancia entre lo establecido en las CONDICIONES GENERALES y lo pactado en las CONDICIONES ESPECIALES, prevalecerán éstas sobre aquéllas, y el caso de discrepancia entre los establecido en CONDICIONES ESPECIALES y PARTICULARES prevalecerán éstas sobre aquéllas.

A los efectos de lo dispuesto en los artículos 122 y siguientes del Real Decreto 1060/2015 de 20 de noviembre de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras ambos incluidos, el Tomador y el Asegurado del seguro reconoce haber recibido, en la misma fecha y con anterioridad a la celebración del presente contrato, Nota Informativa comprensiva de todos los aspectos relativos al presente seguro que se contemplan en los citados preceptos reglamentarios y se compromete expresamente a darlo a conocer a los Tomador/Asegurados.

LA ENTIDAD ASEGURADORA



D. SANTIAGO DOMINGUEZ VACAS
Director General Adjunto

INFORMACIÓN PREVIA A LA CONTRATACIÓN PROPORCIONADA POR EL MEDIADOR DEL SEGURO

Objeto de la nota informativa

ISALUD HEALTH SERVICES SL (en adelante el MEDIADOR o iSalud) actúa en este contrato como mediador de seguros entre la entidad aseguradora y el tomador del seguro, velando porque el cliente reciba una información veraz y transparente a cargo de los profesionales más formados del sector.

Este papel de mediador actualmente está regulado en el Real Decreto-ley 3/2020, de 4 de febrero, de medidas urgentes por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español diversas directivas de la Unión Europea en el ámbito de la contratación pública en determinados sectores; de seguros privados; de planes y fondos de pensiones; del ámbito tributario y de litigios fiscales. Y en cumplimiento de dicha normativa, le entregamos esta nota informativa que le ofrece detalles acerca de la naturaleza, funciones, así como derechos y obligaciones de la mediación que realiza iSalud.

Identidad y dirección del mediador

ISALUD HEALTH SERVICES SL, es una Sociedad de Agencia Vinculada, con NIF B-65239923 y domicilio social en la Calle Cedaceros, 10 (28014) Madrid. Y domicilio a efecto de notificaciones en la Calle Milanésat 25-27, Planta 5ª (08017), Barcelona.

Clasificación y naturaleza de la actuación

iSalud, como Sociedad de Agencia de Seguros Vinculada, realiza su actividad de mediación por cuenta de las entidades aseguradoras con las que tiene suscrito un contrato de agencia. En la actualidad las entidades aseguradoras para las que iSalud media son:

FIATC MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA, DKV SEGUROS Y REASEGUROS S.A.E, ASEFA S.A. SEGUROS Y REASEGUROS, SEGURCAIXA ADESLAS S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, ASISA ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL S.A., SANITAS S.A. DE SEGUROS, MAPFRE ESPAÑA COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., AXA SEGUROS GENERALES S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A. (CASER), MÚTUA MANRESANA MUTUALITAT DE PREVISIÓ SOCIAL, CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A., AURA S.A. DE SEGUROS, ALLIANZ COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.

En la comercialización de sus productos, iSalud no ofrece asesoramiento personalizado, sin embargo da cumplimiento a las necesidades y exigencias del cliente, según las informaciones facilitadas por el mismo.

Procedimientos para presentar quejas y reclamaciones sobre los mediadores de seguros

Le informamos de que podrá presentar quejas sobre las tareas de intermediación de seguros realizadas por iSalud ante el Servicio de Atención al Cliente y, en su caso, ante el Departamento de Defensor del Cliente de las respectivas entidades aseguradoras para las que iSalud medie.

Los Departamento de Atención al Cliente de las entidades aseguradoras para las que actualmente media iSalud son:

FIATC: SCAC@fiatc.es

SANITAS: clientes@sanitas.es

DKV: clientes@dkv.es

MAPFRE: reclamaciones@mapfre.com

ASEFA: atencionalcliente@asefa.es

AXA: axasalud@axa.es

ADESLAS: servicio.cliente@lacaixa.es

CASER: atencionclientes@caser.es

ASISA: asisa.informacion@asisa.es

MÚTUACAT: mutua@mutuacat.cat

CNP PARTNERS: info.es@cnppartners.eu

AURA: info@auraseguros.com

ALLIANZ: ddc@allianz.es

Siempre que acredite haber formulado previamente la reclamación ante las entidades aseguradoras, y si la resolución ha sido contraria a su petición o no se haya producido en el plazo de dos meses desde su presentación, podrá formular reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección de Seguros y Fondos de Pensiones, que está en la Calle Miguel Ángel, 21, 28010, de Madrid o a través de su sitio web:

[https://www.sededsfp.gob.es/sedelectronica/reclamaciones/Reclamacion.asp](https://www.sededsfp.gob.es/sedeelectronica/reclamaciones/Reclamacion.asp).

Las anteriores instancias de reclamación no son obstáculo para la obtención de tutela judicial, el recurso a otros mecanismos de solución de conflictos u otras instancias de protección administrativa.

Régimen de tratamiento de datos de carácter personal

Los datos que facilite a los efectos de formalizar la solicitud y el contrato de seguro, así como los que se generen como consecuencia del desarrollo y ejecución de la citación relación, se incorporan a un fichero del que es responsable la entidad aseguradora para la que se está mediando, con la única finalidad de cumplir o exigir el cumplimiento de los derechos y obligaciones exigibles en el marco del contrato de seguro que vaya a suscribirse. Salvo que se indique lo contrario, todos los datos solicitados serán obligatorios, ya que son necesarios para el mantenimiento de la relación contractual.

El titular de los datos tiene derecho de acceso, rectificación, oposición, limitación, supresión y portabilidad y a no ser objeto de decisiones automatizadas, dirigiéndose por escrito a la entidad aseguradora para la que se está mediando, a través de su domicilio o a través de la dirección de correo electrónico indicada en la información previa de la entidad aseguradora.

En este servicio de mediación, iSalud actuará como encargado de tratamiento de sus datos de carácter personal por cuenta de la entidad aseguradora para la que se esté mediando, para los fines antes señalados. Para otros servicios y/o productos ofrecidos y comercializados por iSalud, iSalud actuará como responsable de tratamiento, de conformidad con lo indicado en su [Política de Privacidad](#), siguiendo lo estipulado en la normativa de protección de datos.

Registro en el que está inscrito el mediador

Inscrito en el Registro administrativo especial de mediadores de seguros, corredores de reaseguros y de sus altos cargos de la DGSFP, con la clave AJ-0123. Dicha inscripción se puede comprobar en el domicilio de la DGSFP (Paseo de la Castellana, nº 44, 28046- Madrid) y en la siguiente página web:

<http://www.dgsfp.mineco.es/es/Distribuidores/PUI/Paginas/pui.aspx>

Participación en el capital o en los derechos de voto de una entidad aseguradora o de un mediador de seguros

La entidad aseguradora CNP PARTNERS DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A. posee una participación directa o indirecta superior al 10 por 100 de los derechos de voto o del capital de iSalud. iSalud no cuenta con participaciones directas/indirectas del 10% o superior de los derechos de voto o del capital en una entidad aseguradora determinada.

Contrato de seguro ofrecido al cliente

En la comercialización de este seguro: i) iSalud no facilita asesoramiento basándose en un análisis objetivo y personalizado y ii) iSalud realiza la actividad de distribución para las siguientes entidades aseguradoras indicadas en el apartado "Clasificación y naturaleza de la Actuación".

Naturaleza de la remuneración recibida

En la comercialización de este seguro, iSalud percibe una comisión de la entidad aseguradora, incluida en la prima del seguro, pudiendo llegar a percibir adicionalmente otro tipo de remuneraciones o ventajas económicas de ésta.

La información contenida en esta nota informativa se encuentra actualizada a 1 de abril de 2020.