



Seguro de Vida Grupo

Escolar - Modalidad I

Contrato formalizado entre la compañía Seguros Catalana Occidente, S.A.U. de Seguros y Reaseguros y APA LICEO FRANCES

Teléfono de contacto

932 220 212

Seguro de Vida Grupo

Escolar - Modalidad I

Índice

Condiciones Particulares

desde la página 1 hasta la 5

Condiciones Generales

desde la página 7 hasta la 23

Datos Compañía

Seguros CATALANA OCCIDENTE
Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros

Sociedad dependiente del Grupo CATALANA OCCIDENTE

Capital Social, totalmente desembolsado

Euros 36.000.000

Patrimonio neto

Euros 3.937.619.329,12

Datos económicos - financieros consolidados del Grupo CATALANA OCCIDENTE, S.A. Y SOCIEDADES DEPENDIENTES
a 31 de diciembre de 2020, según Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF).

Condiciones Particulares

DUPLICADO



Seguro de Vida Grupo *Escolar - Modalidad I*

Nº de póliza
8-34.130.490-M

Entidad aseguradora

Seguros Catalana Occidente, S.A.U. de Seguros y Reaseguros
Domicilio Social en España
Paseo de la Castellana, 4
28046 Madrid
NIF: A-28119220

Tomador del seguro

APA LICEO FRANCES
Carrer Orenga, 20
Lloma Llarga - Paterna - Valencia
NIF: G-46770830-

Oficina emisora

Sucursal Oficinas Valencia

Agente exclusivo

FELIX RODRIGUEZ GOMEZ, SL
C/ Pedro de Valencia, 16
46022 Valencia
Telf: 963 714 127

Grupo asegurable

Todas las personas que pertenecen al colectivo referenciado como Tomador del Seguro en las presentes condiciones particulares y que, una vez cumplimentados los requisitos de asegurabilidad establecidos por el Asegurador, sean aceptadas por éste.

Fecha de efecto y condiciones de pago

El seguro toma efecto a las 12 horas del día diez de noviembre de 2021.
Se establece por una duración de un año prorrogable.
La forma de pago será anual cada 01 de septiembre.

Domicilio de cobro

CAIXABANK, S.A.

Número de cuenta (IBAN)
ES14 2100 5932 9802 0001 0131

El Mediador

El Tomador del Seguro

Condiciones Particulares

Seguro de Vida Grupo

Escolar - Modalidad I

1. Garantías contratadas

Seguro Principal	Fallecimiento
Seguros complementarios	Invalidez Absoluta y Permanente
	Rehabilitación cardíaca
	Segunda opinión médica
	Orientación Médica Telefónica.
	Asesoría Jurídica Telefónica.

Los certificados de seguro incluidos en esta póliza contratada por años renovables, tendrán un período de vigencia, siempre que las primas se encuentren al corriente de pago, de:

- a) En el riesgo del Seguro Principal mientras el hijo del asegurado siga cursando estudios en el Centro representado por el Tomador.
- b) En los riesgos de los Seguros Complementarios hasta la edad de 65 años.

La duración de la póliza, al ser renovable de año en año, es de duración indefinida. La rescisión puede efectuarse por ambas partes denunciándola con un mes de antelación a su inmediato vencimiento.

Por este Seguro el Asegurador garantiza a los escolares del Centro de Enseñanza Tomador de la Póliza de Seguro de Vida Grupo Escolar que pertenezcan al grupo asegurado en calidad de Beneficiarios, el pago de un capital equivalente al coste de la continuación de sus estudios desde la fecha en que ocurriera el fallecimiento, o en caso de tener la garantía de invalidez contratada, la invalidez del padre del escolar-beneficiario, (o de la persona que en defecto de éste tuviera la condición de Asegurado) hasta el último curso de estudio cubierto por la póliza. Dicho capital será determinado por la suma de los costes por Alumno de cada uno de los cursos que le resten para terminar sus estudios en el Centro de Enseñanza, de acuerdo con la situación escolar del beneficiario, según el módulo de fijación de capitales que figura en el punto 2 de las presentes Condiciones Particulares de esta Póliza.

2. Módulo de fijación de capitales.

Los capitales correspondientes al riesgo del seguro principal, que quedarán cubiertos sobre cada componente del Grupo Asegurable, vendrán determinados en función del módulo de fijación de capitales siguientes:

Curso	Nº Asegurados	Coste	Capital por asegurado
INFANTIL P3		4.998,31 euros	80.195,41 euros
INFANTIL P4	1	4.998,31 euros	75.197,10 euros
INFANTIL P5		4.998,31 euros	70.198,79 euros
1º PRIMARIA		4.998,31 euros	65.200,48 euros
2º PRIMARIA	1	4.998,31 euros	60.202,17 euros
3º PRIMARIA	1	4.998,31 euros	55.203,86 euros
4º PRIMARIA		4.998,31 euros	50.205,55 euros
5º PRIMARIA		4.998,31 euros	45.207,24 euros
6º PRIMARIA		5.557,31 euros	40.208,93 euros
1º E.S.O.	1	5.557,31 euros	34.651,62 euros
2º E.S.O.	1	5.557,31 euros	29.094,31 euros
3º E.S.O.		5.557,31 euros	23.537,00 euros
4º E.S.O.		5.993,23 euros	17.979,69 euros
1º BACHILLERATO / M.P.2		5.993,23 euros	11.986,46 euros
2º BACHILLERATO / M.P.3		5.993,23 euros	5.993,23 euros

Condiciones Particulares

Seguro de Vida Grupo

Escolar - Modalidad I

Nº de póliza
8-34.130.490-M

3. Primas de la modalidad escolar - modalidad I

3.1 En las Condiciones Particulares de esta póliza figura la tarifa de primas anuales por cada 1.000 euros de capital asegurado en función del curso escolar.

3.2 Las primas de esta Póliza se establecen por períodos anuales renovables a la fecha de vencimiento de cada año. La prima de cada anualidad o curso-escolar será igual a la suma de cada una de las Primas individuales de cada asegurado con arreglo a la situación de estudio alcanzada por el escolar-beneficiario al principio del curso escolar. En cada renovación anual se recalculará la prima global, teniendo en cuenta la distribución de los Asegurados por curso y los costes de cada curso que corresponda cubrir en la fecha de renovación.

4. Bases contributivas.

El Tomador del Seguro podrá establecer el Seguro sobre la base de fijar una determinada contribución, fija o variable, a cargo de los Asegurados en el pago de la prima, en cuyo caso se hará constar en las Condiciones Particulares de la póliza, la cuota o porcentaje de la contribución. Si tal extremo no figura en las Condiciones Particulares se entenderá que el Seguro está suscrito sobre Bases no contributivas, es decir, sin contribución por parte de los Asegurados.

5. Tarifa de Primas

Primas anuales de la garantía Principal por cada 1.000 Euros de capital asegurado:

Curso Escolar	Seguro Principal Fallecimiento	Seguro Complementario Invalidez Absoluta y Permanente
INFANTIL P3	0,96	0,58
INFANTIL P4	1,05	0,65
INFANTIL P5	1,15	0,72
1º PRIMARIA	1,25	0,80
2º PRIMARIA	1,37	0,89
3º PRIMARIA	1,51	0,99
4º PRIMARIA	1,68	1,10
5º PRIMARIA	1,88	1,22
6º PRIMARIA	2,10	1,36
1º E.S.O.	2,33	1,51
2º E.S.O.	2,56	1,68
3º E.S.O.	2,82	1,86
4º E.S.O.	3,10	2,06
1º BACHILLERATO / M.P.2	3,41	2,30
2º BACHILLERATO / M.P.3	3,75	2,55

El coste indicado en la anterior tabla corresponde al riesgo de Fallecimiento más las garantías de Rehabilitación Cardíaca, Segunda Opinión Médica y Orientación Médica Telefónica.

Prima anual de la garantía del Servicio de Asesoría Jurídica Telefónica por cada asegurado: 2,00 Euros.

6. Reajuste de la prima de tarifa en función de la siniestralidad.

Expresamente se conviene entre Asegurador y Tomador que en el presente contrato no se proceda a realizar Reajuste de la prima de tarifa en función de la siniestralidad.

En la medida en que en la presente póliza expresamente se ha convenido no aplicar el reajuste de la prima de tarifa en función de la siniestralidad, la tarifa de prima a aplicar será el 90% sobre la recogida en este condicionado.

El Mediador

El Tomador del Seguro

Condiciones Particulares

Seguro de Vida Grupo

Escolar - Modalidad I

7. Variaciones en el colectivo asegurado

El tomador del Seguro deberá notificar al Asegurador por escrito todas las altas y bajas que deba sufrir el Colectivo Asegurado, así como las variaciones en la situación de estudios de cada escolar-beneficiario que de acuerdo con el módulo de fijación de capitales, deban de dar lugar a un cambio en el importe del capital asegurado.

8. Regularizaciones de primas.

Las regularizaciones debidas a las variaciones por altas, bajas y/o variaciones de capitales en el Grupo Asegurado, se reflejarán en las prorratas de prima pertinentes. Dichas prorratas se calcularán en base a la tarifa de primas o por el tiempo que media desde el efecto hasta la próxima fecha de renovación.

9. Modalidad de seguro.

La modalidad de Seguro de la presente póliza se denomina "Seguro de Vida Escolar Modalidad I". Mediante ella el Asegurador se compromete a satisfacer al Beneficiario del Seguro, el capital asegurado, inmediatamente después del fallecimiento del Asegurado. El plazo de duración de la póliza es de un año; sin embargo si el Tomador del Seguro no manifiesta lo contrario, la póliza se renueva automáticamente por períodos anuales a partir de cada aniversario de la fecha de efecto del seguro, mediante el pago de la prima que corresponda en la anualidad de renovación.

10. Toma de efecto de las garantías que se incluyen en la póliza

a) Altas. Las altas que se produzcan al seguro, de acuerdo con lo previsto en la condición 5 de las Generales de la póliza, de personas pertenecientes al grupo asegurable, tomarán efecto en la fecha en que hayan sido comunicadas al Asegurador por el Tomador del Seguro.
b) Aumentos de capital. Los aumentos de capital que se produzcan por las variaciones que el Tomador del Seguro haya comunicado al Asegurador, tomarán efecto desde la fecha en la cual se dio origen a la variación.
c) Reducciones de capital. Las reducciones de capital tomarán efecto desde la fecha de la comunicación efectuada por el Tomador del Seguro al Asegurador.

11. Edades de alta y baja en el grupo asegurado.

11.1. No podrán incorporarse a este seguro, en las condiciones económicas y de selección de seguro de grupo, las personas de edad superior a 65 años salvo aceptación expresa del Asegurador.

11.2. Cada certificado de seguro finaliza su cobertura al finalizar la anualidad de seguro dentro de la cual cumpla la edad que figura en las Condiciones Particulares como edad límite de cobertura.

12. Asegurados

Para tener la condición de Asegurado por esta Póliza será condición indispensable tener a su cargo los gastos de estudio del escolar-beneficiario y que este último se encuentre matriculado en el centro de enseñanza. El Asegurado deberá ser en todo caso el padre, la madre o el tutor del escolar-beneficiario. Solamente podrá admitirse como Asegurado persona distinta a los indicados, cuando exista una previa justificación y ésta sea aceptada previamente por el Asegurador y reconocido como Asegurado.

El Asegurador eximirá de la obligación de someterse a los requisitos de asegurabilidad para adquirir la condición de Asegurado del Colectivo.

Condiciones Particulares

Seguro de Vida Grupo Escolar - Modalidad I

Nº de póliza
8-34.130.490-M

13. Condiciones de adhesión.

El Tomador, en relación con aquellos Asegurados aceptados en la póliza sin la cumplimentación de la correspondiente declaración jurada, declara que se encuentra en buen estado de salud, que de manera previa a su inclusión en la póliza no padecen ni han padecido accidente o enfermedad que hayan dejado secuelas o sigan requiriendo tratamiento.

El Asegurador efectúa la aceptación del riesgo basándose en la presente declaración.

Además el Tomador reconoce estar informado y acepta que el Asegurador no procederá el pago de las garantías cubiertas en el caso de que el siniestro se produzca a consecuencia de enfermedades o accidentes originados con anterioridad al efecto de la incorporación del Asegurado en la póliza. El Tomador expresamente se compromete a informar del contenido de este párrafo a los asegurados de manera previa a su inclusión en el seguro.

14. Beneficiarios

Tendrán la condición de Beneficiarios de esta Póliza, los escolares que cursando sus estudios en el Centro de Enseñanza sean propuestos por el Tomador del Seguro para su ingreso en el Colectivo y aceptados por el Asegurador por admisión del Asegurado correspondiente.

15. Carencia por SIDA.

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

16. Suicidio.

Durante el primer año de vigencia de la inclusión en el grupo asegurado el Asegurador no cubre el riesgo de muerte por esta causa. Se entiende por suicidio la muerte causada conscientemente y voluntariamente por el propio Asegurado.

17. Cláusulas limitativas

El Tomador declara que conoce y acepta el contenido del artículo 3. "Limitación de garantías" de las Condiciones Generales del Seguro principal, del artículo 5.2. "Riesgos Excluidos" del Seguro Complementario de Invalidez Absoluta y Permanente, del punto 2. "Alcance y delimitación de la garantía" de la Garantía de Rehabilitación Cardíaca y artículo 5 "Definición de las enfermedades graves e intervenciones quirúrgicas cubiertas por la presente garantía" de la garantía de Segunda Opinión Médica.

18. Verificación de Datos

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

Cláusulas adicionales

1. GARANTIA DE INVALIDEZ ABSOLUTA Y PERMANENTE

EXPRESAMENTE SE HACE CONSTAR QUE DON DAMIÀ RIZO MORNAT QUEDA EXCLUIDO DE LA COBERTURA DE LA GARANTÍA COMPLEMENTARIA DE INVALIDEZ ABSOLUTA Y PERMANENTE CUANDO TENGA SU ORIGEN O DERIVADO DE DEFICIENCIAS AUDITIVAS

2. GARANTIA DE INVALIDEZ ABSOLUTA Y PERMANENTE

EXPRESAMENTE SE HACE CONSTAR QUE DON LEOPOLDO JOSE MARTIN REGNE QUEDA EXCLUIDO DE LA COBERTURA DE LA GARANTÍA COMPLEMENTARIA DE INVALIDEZ ABSOLUTA Y PERMANENTE CUANDO TENGA SU ORIGEN O SE DERIVE DE DEFICIENCIAS VISUALES

El Mediador

El Tomador del Seguro

Condiciones Particulares

Seguro de Vida Grupo

Escolar - Modalidad I

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

Condiciones Generales

Seguro de Vida Grupo Escolar-Modalidad I

Nº de póliza
8-34.130.490-M

1 BASES CONTRACTUALES

1.0 Preliminar

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

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

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

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

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

1.1 Definiciones

1.1.1. Entidad Aseguradora. Es la que figura en las Condiciones Particulares y asume los riesgos derivados de esta póliza, a cambio de la prima.

1.1.2. Tomador del Seguro. Es la persona física o jurídica que suscribe la póliza con el Asegurador representando a su vez el grupo asegurado, y se obliga al pago de las primas.

1.1.3. Grupo Asegurable. Es el conjunto de personas, que estando unidas por algún vínculo o interés común, extraño al propósito de asegurarse, reúnen a su vez, cada una de ellas las condiciones para ser incluidas en el seguro.

1.1.4. Asegurado. Cada una de las personas que perteneciendo al grupo asegurable, cumple las condiciones de adhesión, causando alta de este modo en el seguro. El conjunto de asegurados forma el Grupo Asegurado.

1.1.5. Beneficiario. Es la persona física o jurídica a quien se le confiere el derecho de percibir la prestación de la póliza.

1.1.6. Póliza. Es el documento que materializa el contrato de seguro y contiene las condiciones que regulan el Seguro. Forman parte integrante de la póliza las Condiciones Generales y las Particulares que individualizan los riesgos, así como los suplementos, que se emitan a la misma para completarla o modificarla.

1.1.7. Boletín de adhesión. Es el documento que contiene los datos personales del Asegurado, las cantidades aseguradas, la designación de beneficiarios y la declaración jurada del estado de salud. Debe ser suscrito por el Asegurado para que sea dado de alta en la póliza.

1.1.8. Certificado de Seguro. Es el documento justificativo para el Asegurado de que está incluido en la póliza.

1.1.9. Prima. Es el precio global del Seguro; en su determinación intervienen los factores de riesgo determinados en las condiciones particulares.

1.1.10. Edad. Es la del cumpleaños más cercano, por exceso o por defecto, a la fecha de efecto del certificado de seguro.

1.1.11. Prestación asegurada. Se denomina así, el valor del capital o capitales que figuran en los certificados de seguro y que el Asegurador debe satisfacer al Beneficiario en la fecha de ocurrencia de los eventos cubiertos por la póliza, con arreglo a las condiciones previstas en la misma.

1.2 Declaraciones

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

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

Condiciones Generales

Seguro de Vida Grupo Escolar-Modalidad I

1.2.2. El Tomador del Seguro debe comunicar al Asegurador, por medio de carta, los cambios de domicilio personal, así como los de domiciliación del pago de los recibos de la póliza.

1.3 Comunicaciones

1.3.1. Las comunicaciones al Asegurador por parte del Tomador del Seguro, del Asegurado o del Beneficiario se realizarán en el domicilio social de aquel señalado en la póliza. Si se realizan a un Agente afecto Representante del Asegurador, surtirán los mismos efectos que si se hubieran realizado directamente a éste. Las comunicaciones efectuadas por un Agente Libre al Asegurador en nombre del Tomador del Seguro, surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio Tomador, salvo indicación en contrario de éste.

1.3.2. Las comunicaciones del Asegurador al Tomador del Seguro, al Asegurado y al Beneficiario se realizarán en el domicilio de los mismos recogido en la póliza, salvo que hubieran notificado al Asegurador el cambio de su domicilio.

1.3.3. El Tomador del Seguro podrá examinar y/o reclamar al Asegurador en el plazo de un mes a contar de la entrega de la póliza, que se subsanen las divergencias existentes entre ésta y la solicitud de Seguro o de las cláusulas acordadas. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación se estará a lo dispuesto en la póliza.

Sin perjuicio de lo establecido en el párrafo anterior y de acuerdo a lo establecido en el art. 83 de la Ley de Contrato de Seguro, el Tomador del Seguro tendrá la facultad de resolver el contrato dentro del plazo de los treinta días siguientes a la fecha en la que el Asegurador le entregue la póliza o un documento de cobertura provisional.

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

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

1.4 Indisputabilidad

1.4.1. Esta póliza no se podrá impugnar una vez transcurridos seis meses a partir de la formalización de la misma adquiriendo en tal momento el carácter de indisputable.

1.4.2. Igualmente, cada uno de los certificados individuales de seguro emitidos en virtud de esta póliza son indisputables transcurridos seis meses desde su toma de efecto.

1.4.3. El error en la declaración de edad del Asegurado se entenderá no queda comprendido dentro de este beneficio de la indisputabilidad.

1.5 Toma de efecto del seguro

1.5.1. La póliza se perfecciona inmediatamente después de que haya sido firmada por ambas partes y pagada la primera anualidad de prima o fracción de ella convenida incluidos los impuestos legalmente repercutibles. Las obligaciones del Asegurador comenzarán a partir del día y hora fijados en las Condiciones Particulares, una vez cumplidos los requisitos de perfección de la póliza.

1.5.2. En caso de demora en el cumplimiento de estos requisitos, las obligaciones del Asegurador comenzarán a partir de las veinticuatro horas del día en que el Tomador del Seguro haya satisfecho la prima.

1.6 Duración de la póliza

1.6.1. Esta póliza tendrá una duración por el plazo de tiempo que se haya estipulado en las Condiciones Particulares.

1.6.2. Si la póliza se contrata por años renovables tácitamente, la póliza tendrá una duración indefinida, siempre que se mantenga en vigor mediante el pago de la prima anual.

1.7 Error en la edad de los Asegurados

Este extremo queda regulado para cada aplicación de seguro de acuerdo con el art. 90 de la Ley de Contrato de Seguro.

1.8 Órgano de Control. Jurisdicción competente

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

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

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

1.9.1 Las discrepancias entre el tomador del seguro, asegurado y/o beneficiario de una póliza y el

Condiciones Generales

Seguro de Vida Grupo Escolar-Modalidad I

Nº de póliza
8-34.130.490-M

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

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

2 OBJETO DEL SEGURO

2.1 Seguro principal y Complementarios

Por la presente póliza, el Asegurador asume la cobertura de los riesgos que hayan sido pactados en las Condiciones Particulares.

Las cuantías de las prestaciones aseguradas quedan determinadas de acuerdo con lo que se haya establecido en cada certificado de Seguro.

2.2 Prestaciones aseguradas

Las prestaciones aseguradas por cada uno de los seguros complementarios no podrán suscribirse con independencia de alguno o algunos de los riesgos principales.

3 LIMITACIÓN DE GARANTÍAS

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

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

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

4 VARIACIONES DE LAS PRESTACIONES Y RIESGOS ASEGURADOS

El Tomador del Seguro vendrá obligado a comunicar al Asegurador las variaciones que afecten en la cuantía de los capitales asegurados.

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

Disminución del riesgo (art. 13 L.C.S.). De existir circunstancias que disminuyan el riesgo, al finalizar el 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 puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.

5 VARIACIONES EN LA COMPOSICIÓN DEL GRUPO ASEGURADO

El Tomador del seguro viene obligado a notificar al Asegurador las variaciones que se produzcan en la composición del Grupo Asegurado consistentes en:

5.1 Altas

Originadas por las inclusiones en la relación nominativa del personal asegurado, de aquellas personas, que perteneciendo al Grupo Asegurable, satisfagan las condiciones de adhesión en un momento posterior al de la entrada en vigor del Seguro de grupo.

Condiciones Generales

Seguro de Vida Grupo Escolar-Modalidad I

5.2 Bajas

Tendrán lugar por alguna de las causas siguientes:

5.2.1. Pago del capital del seguro principal y/o complementarios contratados.

5.2.2. Cumplimiento de la edad de salida del Seguro Principal.

5.2.3. Salida por causa distinta de las anteriores del grupo asegurado.

En este último supuesto, el Asegurador devolverá al Tomador del Seguro, la parte de prima correspondiente al período de Seguro no transcurrido.

Cuando el Asegurado cause baja en el seguro por la última causa, podrá solicitar del Asegurador la contratación de un seguro por el mismo capital, sometiéndose a las normas de contratación individual que tenga establecida el Asegurador, pero sin necesidad de presentar nueva prueba de asegurabilidad, siempre que lo solicite dentro de los tres meses siguientes a partir de la fecha de cese.

6 PRIMAS

6.1 Importe y frecuencia

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

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

6.2 Plazo de gracia

Para el pago de las primas se concede un plazo de gracia de 30 días, después del vencimiento de cada una de ellas, a partir de la segunda. La póliza conservará su vigor durante el plazo de gracia, salvo en el caso de que hubiere sido anulada anteriormente por cualquier causa.

6.3 Duración del pago de primas

Las primas de la presente póliza son pagaderas mientras la póliza se halle vigente, en cada fecha de vencimiento de pago de primas de conformidad con lo pactado en las Condiciones Particulares.

6.4 Lugar de pago

Las primas del seguro deberán satisfacerse los días de los vencimientos fijados en la póliza, y su pago se realizará en el domicilio pactado en las Condiciones Particulares de la misma.

Al satisfacer la prima será entregado un recibo firmado por el Director General de la Entidad Aseguradora, en cuyo recibo se incluirán los recargos e impuestos legalmente repercutibles si los hubiere.

6.5 Domiciliación pago primas

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

6.6 Cambio de domiciliación del pago de primas

Durante la vigencia de la póliza, si procede, el Tomador del Seguro puede cambiar libremente la cuenta bancaria en la cual desea domiciliar los recibos de prima, sin más que comunicar previamente el cambio al Asegurador en la forma prevista en la condición 6.5.

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

6.7 Falta de pago de las primas

En caso de falta de pago de la segunda y sucesivas primas o de cualquiera de las fracciones de prima que se hubieran pactado, de acuerdo con lo establecido en la cláusula 6.1 del presente condicionado, la cobertura queda suspendida un mes después del día del correspondiente vencimiento, entendiéndose extinguida la póliza si no se reclama el pago dentro de los seis meses siguientes a dicho vencimiento.

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

6.8 Prima en base contributiva

Aunque el Seguro de grupo se contrate con contribución de los Asegurados en el coste del seguro, el Tomador del seguro se obliga al pago del total del recibo.

Condiciones Generales

Seguro de Vida Grupo Escolar-Modalidad I

Nº de póliza
8-34.130.490-M

7 CERTIFICADOS INDIVIDUALES DE SEGUROS Y RELACIONES DE ASEGURADOS

- 7.1. El Asegurador expedirá para cada Asegurado el correspondiente certificado individual de seguro, en el que se harán constar:
- a) Modalidad de Seguro y garantías cubiertas.
 - b) Datos de identidad personal.
- 7.2. La variación de capitales que afecte a cada certificado de seguro y la modificación de la designación de Beneficiarios, requerirá la emisión de un nuevo certificado de seguro que dejará sin efecto el anterior a partir de la sustitución.
- 7.3. Las modificaciones en los certificados individuales, así como las altas y/o bajas en el grupo, serán incluidas automáticamente por el Asegurador en relaciones suplementarias de Asegurados en donde se recogerá dicho movimiento.
- 7.4. Todas las modificaciones anteriores deberán ser comunicadas al Asegurador siempre a través del Tomador del Seguro, quien resulta obligado a facilitar la relación de asegurados al momento de la emisión de la póliza, así como sus variaciones en el momento en que se produzcan.
- El Asegurador facilitará, al menos en el aniversario de la póliza, una relación actualizada de Asegurados, en la que se habrán recogido todas las variaciones ocurridas en el curso de la anualidad.

8 LIQUIDACIÓN Y PAGO DE PRESTACIONES ASEGURADAS

En el momento en que se produzca el evento del cual depende el pago de las prestaciones aseguradas por la póliza, dentro de los términos previstos en las condiciones de la misma y de acuerdo a lo dispuesto en los arts. 18, 19 y 20 de la Ley del Contrato de Seguro, el Asegurador efectuará el pago de las mismas una vez cumplimentados los requisitos siguientes:

8.1 Caso de fallecimiento del Asegurado

- Si el fallecimiento del Asegurado ocurre estando la póliza en vigor, el Beneficiario o Beneficiarios deberán presentar al Asegurador los documentos justificativos necesarios para percibir la prestación asegurada. Dichos documentos son:
- a) Certificado de defunción del Asegurado.
 - b) Certificado del médico que haya asistido al Asegurado en su última enfermedad, detallando historia clínica, indicando si era o no fumador y la causa de la muerte.
 - c) Si procede, copia del último testamento; caso de no haberlo, Certificado del Registro de Actas de últimas voluntades o Acta Judicial o Notarial de Declaración de herederos.
 - d) Carta de pago del impuesto sobre sucesiones, o la declaración de exención.

8.2 Caso de prestaciones por Seguros Complementarios

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

8.3 Pago de las prestaciones aseguradas

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

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

Condiciones Generales

Seguro Complementario de Invalidez Absoluta y Permanente

1 OBJETO DEL SEGURO

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

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

2 CUANTÍA DE LAS PRESTACIONES

La cuantía de las prestaciones del presente Seguro Complementario será la que se haya estipulado en cada uno de los Certificados de Seguro.

3 PRIMAS

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

4 DURACIÓN DE LAS GARANTÍAS

4.1 Las garantías de este Seguro Complementario estarán en vigor mientras se paguen las primas correspondientes, terminándose al mismo tiempo que el Seguro y cesando automáticamente en los siguientes supuestos:

- a) Por baja del Asegurado en el seguro, por pago del capital garantizado en el seguro principal.
- b) Al finalizar la anualidad del seguro de dentro de la cual el Asegurado cumpla la edad de sesenta y cinco años.
- c) Por pago del capital garantizado por este seguro complementario.

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

5 DELIMITACIÓN DEL RIESGO ASEGURADO

5.1 Definición del estado de la invalidez absoluta

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

5.2 Riesgos excluidos

Quedan excluidos de la garantía de este Seguro:

5.2.1 Los siniestros causados voluntariamente por el Asegurado.

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

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

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

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

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

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

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

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

Condiciones Generales

Nº de póliza

Seguro Complementario de Invalidez Absoluta y Permanente 834.130.490-M

6 DECLARACIONES

Las garantías de este Seguro Complementario están basadas en las declaraciones realizadas por el Tomador del Seguro conforme se establezca en la condición 1.2 de las Generales de la póliza. El Tomador del Seguro tiene el deber de comunicar al Asegurador la modificación de las circunstancias de riesgo que pueden influir en la apreciación del riesgo que recae sobre cada uno de los Asegurados, especialmente profesión habitual y práctica de deportes.

7 COMPROBACIÓN DEL ESTADO DE INVALIDEZ

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

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

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

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

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

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

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

8 FORMA DE PAGO DE LAS PRESTACIONES

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

8.2 El pago del capital garantizado por este seguro complementario se realizará de una sola vez, inmediatamente después de comprobada y aceptada la Invalidez Absoluta y Permanente del Asegurado.

9 ARBITRAJE

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

Condicion es Generales

Seguro Complementario de Rehabilitación Cardíaca

1 ¿QUÉ ES LA REHABILITACIÓN CARDÍACA?

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

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

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

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

2 ALCANCE Y DELIMITACIÓN DE LA GARANTÍA

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

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

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

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

2.2. La duración de esta garantía se extiende a toda la duración de la póliza del Seguro Principal, siempre que dicha póliza esté en vigor y como máximo hasta que el Asegurado alcance la edad de 65 años, todo ello con sujeción a lo establecido en las condiciones 6.2 y 8 de esta garantía.

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

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

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

4 ¿EN QUÉ CONSISTE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDÍACA?

a) Entrenamiento físico

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

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

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

b) Readaptación psicológica

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

c) Información

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

5 DURACIÓN DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDÍACA

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

GRUPO 1: Rehabilitación de 3 sesiones semanales.

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

Condiciones Generales

Seguro Complementario de Rehabilitación Cardíaca

Nº de póliza
8-34.130.490-M

GRUPO I: Rehabilitación de 1 - 2 sesiones semanales.

Programa de Rehabilitación Cardíaca Global controlada en el centro con el que el Asegurador tenga concertada la prestación de la presente garantía con una duración total de 69 meses.

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

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

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

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

6 CÓMO Y DÓNDE SE REALIZARÁ LA REHABILITACIÓN CARDÍACA

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

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

6.2. El Asegurador se reserva el derecho a rescindir el presente seguro complementario previa comunicación al Tomador del seguro con un plazo de antelación de al menos un mes antes de la fecha efectiva de la rescisión del Seguro. Esta suspensión de garantía no afectará a los pacientes que estuvieren siguiendo un programa de Rehabilitación Cardíaca.

7 PROCEDIMIENTO PARA INICIAR EL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN CARDÍACA

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

a) Solicitud de prestación del servicio.

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

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

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

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

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

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

8 CONTROL MÉDICO DE LA REHABILITACIÓN CARDÍACA

El Asegurador se reserva el derecho de solicitar los informes o efectuar a su cargo las revisiones médicas precisas para garantizar que, en todo momento, se efectúan las prestaciones dentro de los pactos y acuerdos contemplados en el presente Condicionado. La negativa del Asegurado a facilitar la información solicitada, invalida con carácter inmediato el efecto de la presente garantía y exime al Asegurador de todas las responsabilidades legales y económicas.

Condiciones Generales

Seguro Complementario de Segunda Opinión Médica de Enfermedades Graves y de Intervenciones Quirúrgicas

1 ¿QUÉ ES LA SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA?

En el supuesto de que el Asegurado hubiese sido diagnosticado clínicamente por un médico especialista o institución médica autorizada, de padecer alguna de las enfermedades definidas en la Condición 5 de la presente Garantía y/o de la necesidad de someterse a una intervención quirúrgica, el Asegurador conseguirá del centro con el que el Asegurador tenga concertada la prestación de la presente garantía, para su entrega al Asegurado, un Informe de Segunda Opinión Médica que confirme o no las conclusiones del primero, incluyendo, si proceden, las orientaciones y/o recomendaciones de carácter médico y psicológico que se consideren más adecuadas para el mejor tratamiento de la enfermedad diagnosticada.

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

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

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

4 REQUISITOS EXIGIDOS POR LA PRESENTE GARANTÍA

Para tener derecho a acceder a la Segunda Opinión Médica indicado en la Condición 2, el Asegurado deberá cumplir los requisitos siguientes:

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

4.2. Aportar todas las exploraciones clínicas y pruebas de que disponga el Asegurado que justifican el padecimiento de alguna de las «Enfermedades Graves» descritas en el punto 5, y/o la necesidad de someterse a una intervención quirúrgica.

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

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

5.1. Infarto de miocardio

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

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

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

Quedan en todo caso excluidos:

- a) El infarto del miocardio sin elevación del segmento ST con solamente elevación de Troponina I ó T;
- b) Otros síndromes Coronarios Agudos (por ejemplo angina de pecho estable o inestable)
- c) Infarto de miocardio silencioso

5.2 Cirugía arterio-coronaria (Bypass)

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

Quedan en todo caso excluidos:

- a) la angioplastia
- b) cualquier otro procedimiento intra-arterial
- c) cirugía por toracotomía mínima.

Condiciones Generales

Seguro Complementario de Segunda Opinión Médica de Enfermedades Graves y de Intervenciones Quirúrgicas

Nº de póliza
8-34.130.490-M

5.3 Derrame o hemorragia e infarto cerebrales

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

Quedan en todo caso excluidos:

- a) Accidentes isquémicos transitorios (TIA)
- b) Lesiones traumáticas del cerebro
- c) Síntomas neurológicos secundarios a migraña (jaqueca).
- d) Infartos lacunares sin déficit neurológico.

5.4 Cáncer

Enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento y expansión incontrolada de células malignas e invasión de tejidos. El diagnóstico debe ser evidenciado por una histología claramente definida. El término cáncer también incluye las leucemias y las enfermedades malignas del sistema linfático como la enfermedad de Hodgkin.

Quedan en todo caso excluidos:

- a) cualquier etapa CIN (neoplasia intraepitelial cervical)
- b) cualquier tumor pre-maligno
- c) cualquier cáncer no invasivo (cáncer in situ)
- d) el cáncer de próstata en estadio 1 (T1a, 1b, 1c)
- e) carcinoma basocelular y carcinoma de células escamosas
- f) melanoma maligno estadio IA (T1a N0 M0)
- g) cualquier tumor maligno en presencia de cualquier Virus de Inmunodeficiencia Humana

5.5 Insuficiencia renal (Enfermedad renal en etapa final)

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

5.6 Trasplantes de órganos mayores

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

5.7 Alzheimer

Diagnóstico clínico inequívoco de Enfermedad de Alzheimer (demencia pre-senil), confirmado por un especialista y evidenciado por hallazgos típicos en exámenes neurológicos y cognitivos (por ejemplo TAC, Resonancia Nuclear Magnética, PET de cerebro). La enfermedad debe producir como resultado una incapacidad permanente de realizar independientemente tres o más actividades de la vida diaria - bañarse (capacidad de tomar un baño o ducharse), vestirse y desvestirse, higiene personal (capacidad de usar el lavatorio y mantener un nivel razonable de higiene), movilidad (capacidad de desplazarse al interior de un mismo nivel o piso) continencia (control sobre los esfínteres), comer/beber (capacidad de alimentarse por sí mismo pero no de preparar la comida) o requerir debido a la enfermedad, de la supervisión y la presencia permanente de personal especializado en cuidados. Estas condiciones deben estar médicamente documentadas durante 3 meses al menos.

5.8 Parkinson

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

Condiciones Generales

Seguro Complementario de Segunda Opinión Médica de Enfermedades Graves y de Intervenciones Quirúrgicas

5.9. Sida

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

5.10 Intervenciones quirúrgicas

Cualquier tipo de intervención quirúrgica a la cual se somete el Asegurado, relacionada o no con las enfermedades graves indicadas en este punto 5.

6 DURACIÓN DE LA GARANTÍA

La duración de esta garantía se extiende a toda la duración de la póliza del Seguro Principal, siempre que dicha póliza esté en vigor y, como máximo, hasta que el Asegurado alcance la edad de 65 años. En el supuesto de que el Asegurador y el centro con el que el Asegurador tenga concertada la prestación de la presente garantía rescindieran su contrato y mientras no se restablezca el servicio del Segundo Diagnóstico, el Asegurador se compromete, como cobertura alternativa, al pago de una prestación única sustitutoria por importe de 300 euros, por el período de duración de esta garantía, con el fin de que dicho Asegurado pueda obtener una Segunda Opinión Médica del especialista o entidad médica que considere oportunos.

7 CANCELACIÓN DE LA GARANTÍA

La garantía de Segunda Opinión Médica será cancelada de forma automática en los siguientes casos:

- Que el Asegurado alcance la edad de 65 años.
- Vencimiento de la póliza.
- Anulación de la póliza
- Que se haya realizado una Segunda Opinión Médica de cada una de las enfermedades graves definidas en el punto 5 de esta garantía o de cinco intervenciones quirúrgicas.

Condiciones Generales

Seguro Complementario de orientación médica telefónica

Nº de póliza
8-34.130.490-M

1 PRESTACIONES BÁSICAS

Mediante esta garantía el Asegurado tiene a su disposición un servicio de orientación médica telefónica de atención permanente las 24 horas del día, los 365 días del año y que se extiende a toda España. Las llamadas son gratuitas y deben efectuarse al teléfono indicado en esta cobertura que es el que se especifica, asimismo, en la tarjeta que se entrega junto con la presente póliza. La garantía no se entiende como de diagnóstico ni de prestación de asistencia sanitaria. A través de esta garantía se dará información sobre: Centros Sanitarios, Médicos generales y de urgencias, Médicos especialistas, Centros de vacunaciones, Ambulancias, Farmacias de guardia.

2 PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS

Además de las prestaciones indicadas en el punto 1. anterior, esta garantía incluye los servicios e información que se detallan seguidamente:

A. "EL ESPECIALISTA EN CASA", siempre que el médico generalista que atiende la llamada lo crea oportuno o bien por solicitud del propio consultante, se le pondrá en contacto con un médico especialista en la materia, previa historia clínica del médico consultor. (Pediatria, Traumatología, Cardiología, Psiquiatría, Medicina del Deporte, Neumología, Aparato Digestivo, Neurología, Oncología, etc.)

B. Información sobre ASISTENCIA SOCIAL:

- Residencias, centros de día, etc.
- Ayuda a domicilio privada.
- Hospitales y clínicas de larga estancia.
- Asociaciones: Parkinson, Esclerosis Múltiple, Alzheimer, Diabéticos, etc.
- Centros de Drogodependencia y Desintoxicación.
- Información a la Tercera Edad, otros colectivos, etc.
- Ocio: Universidades populares, Educación permanente de adultos, Aulas de mayores, Programas de animación sociocultural, Voluntariado, Vacaciones 3ª edad, Balnearios, Deportes y Aficiones.
- Información sobre diversos trámites oficiales: Pensión de viudedad, Descuentos en transportes públicos, etc.
- Circunstancias familiares, que requieran información u orientación urgente (soledad, maltrato, alcoholismo, drogadicción, etc.)

- ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA.

C. ORIENTACIÓN MÉDICA O SOCIAL DIRIGIDO A DISCAPACITADOS AUDITIVOS Y ORALES.

Consulta 24 horas al día, los 365 días del año, por FAX al número 902.158.742.

Condiciones Generales

Seguro Complementario de Asesoría Jurídica Telefónica

1 OBJETO DEL SEGURO

Los Asegurados, o sus causahabientes, podrán consultar, mediante llamada telefónica, sobre cuestiones jurídicas motivadas por fallecimiento del Asegurado. Asimismo, los Asegurados, también podrán efectuar consulta jurídica telefónica sobre las cuestiones relacionadas, sin que necesariamente se haya producido fallecimiento. Las consultas telefónicas serán atendidas por abogados en ejercicio.

2 GARANTÍAS ASEGURADAS

Esta garantía complementaria comprende exclusivamente las consultas relativas a las siguientes gestiones y actuaciones:

- . Asesoramiento jurídico necesario para la obtención de documentos tales como:
 - a) Fe de Vida de los causahabientes del Asegurado.
 - b) Certificación de matrimonio del Archivo Eclesiástico.
 - c) Certificación de Registro de Uniones de Hecho.
 - d) Testamento otorgado por el Asegurado fallecido.
 - e) Inscripciones registrales.
- . Asesoramiento jurídico para tramitar sucesiones con testamento, sucesiones sin testamento, aceptación o renuncia de herencias e inventario de bienes.
- . Asesoramiento jurídico sobre cuestiones fiscales relativas al Impuesto sobre sucesiones.
- . Asesoramiento jurídico sobre trámites relativos al cobro de pensiones, derechos y beneficios sobre seguros y productos financieros contratados por el Asegurado.
- . Asesoramiento jurídico sobre subrogación en contratos de arrendamiento sobre bienes inmuebles en calidad de arrendador, arrendatario o usufructuario de los mismos, y gestiones a realizar para la subrogación de los causahabientes.

3 CENTRAL DE CONSULTA JURÍDICA

Para efectuar las consultas, el Asegurado deberá llamar al teléfono: 902 361 713. La Central de Consulta Jurídica estará atendida, a excepción de los días festivos, ininterrumpidamente, en horario de 09,00 a 19,00 horas, de lunes a viernes.

4 RESCISIÓN DEL SEGURO COMPLEMENTARIO

El Asegurador se reserva el derecho a rescindir el presente seguro complementario previa comunicación al Tomador del seguro con un plazo de antelación de al menos un mes antes de la fecha efectiva de la rescisión del Seguro.

Condiciones Generales

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

Nº de póliza
8-34.130.490-M

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.

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.

Condiciones Generales

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

- 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.

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.

Nº de póliza
8-34.130.490-M

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

29 de diciembre de 2022

Por la Entidad,

El Tomador del Seguro,



Director general

AGRADECEMOS SU CONFIANZA

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

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

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



www.catalanaoccidente.com