

Condiciones Generales



OCASO

Accidentes.



www.ocaso.es

91 703 90 09 • 900 32 00 32



OCASO

Condiciones Generales del Contrato

El presente contrato se regirá por la legislación española y en concreto por la Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro, por la 20/2015 de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de entidades aseguradoras y reaseguradoras, su reglamento y por la normativa específica que sea aplicable.

Serán válidas las cláusulas contractuales, distintas de las legales, que sean más beneficiosas para el Asegurado. Las cláusulas limitativas contenidas en la póliza solo serán válidas con la aprobación previa por escrito del suscriptor de la póliza.

Si el contenido de la presente póliza es distinto de la proposición del seguro o de las cláusulas acordadas, el Tomador del Seguro podrá presentar una reclamación ante la Entidad Aseguradora en el plazo de un mes desde la entrega de la póliza para que subsane la contradicción existente. Si transcurre dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza.



Contacto y acceso a servicios

En caso de siniestro:

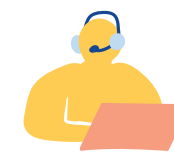
Teléfono gratuito 24 horas

DESDE ESPAÑA

917 039 010

A TRAVÉS DEL ÁREA PRIVADA

clientes.ocado.es



Atención al Asegurado:

En OCASO estamos siempre disponibles para solucionar cualquier problema las **24 horas** del día. Por eso ponemos a disposición el **Centro de Atención al Asegurado**, a través de los teléfonos:

900 320 032

917 039 009

Garantía OCASO

CAPITAL SOCIAL

400.000.000€ totalmente desembolsado

Domicilio social: Princesa, 23. 28008 Madrid. Teléfono: 915 380 100. Email: ocado@ocado.es

Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, tomo 3773, folio 33, sección 8, hoja M-62817 - CIF: A-28016608

Glosario6

Objeto y extensión del seguro8

1. Fallecimiento por accidente 8

2. Invalidez permanente por accidente según baremo 8

3. Reglas para determinar la indemnización en caso de invalidez permanente 9

4. Indemnización adicional por accidente de circulación 10

5. Gastos para adaptación de vivienda, automóvil y movilidad..... 10

6. Incapacidad temporal según baremo 10

7. Periodos de carencia..... 11

8. Reglas determinativas en caso de incapacidad temporal..... 11

9. Franquicia..... 11

10. Subsidio por hospitalización 22

11. Gastos de asistencia sanitaria por accidente 22

12. Gastos de reposición en prótesis y ortopedia por accidente 22

13. Asistencia en viaje 23

14. Ayuda día a día 29

15. Defensa jurídica 34

16. Asesoramiento y gestión de sucesiones..... 45

17. Duración del seguro 47

18. Revalorización de Sumas Aseguradas y primas 48

19. Agravaciones o disminuciones del riesgo..... 48

20. Exclusiones por causas accidentales 48

21. Exclusiones por enfermedad..... 49

22. Nulidad del contrato 50

Cláusula de indemnización por el Consorcio de Compensación
de Seguros de las pérdidas derivadas de acontecimientos
extraordinarios en seguros de personas52



Definición de Accidente

Sin perjuicio de la delimitación del riesgo que las partes efectúen en el contrato, se entiende por accidente la lesión corporal que deriva de una causa violenta súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, que produzca invalidez temporal o permanente o muerte (Art. 100 Ley 50/1980, de 8 de octubre, de contrato de seguro).

Preexistencia

Toda alteración del estado de salud originada con anterioridad a la fecha de inclusión del Asegurado en la póliza. Esto incluye enfermedades, defectos físicos, malformaciones o cualquier condición médica o quirúrgica que pueda derivarse de aquella alteración y siempre que no fuera declarada en el momento de cumplimentar el cuestionario del seguro. Asimismo, se considera preexistencia cualquier otra circunstancia, relativa al estado de salud, que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que, de haber sido conocidas por el Asegurador, en el momento de la perfección del contrato, este no se hubiera celebrado o se habría concluido en condiciones más gravosas.

Objeto y extensión del seguro

1. Fallecimiento por accidente

Es objeto de esta garantía la cobertura del riesgo de la pérdida de la vida del Asegurado sobrevenida en un accidente garantizado por la póliza durante el plazo de un año desde la fecha de ocurrencia. En caso de superar dicho plazo, corresponderá a los beneficiarios la prueba de la conexión entre el accidente y el fallecimiento.

La muerte por infarto de miocardio tendrá la consideración de fallecimiento accidental y por tanto indemnizable si por la autoridad competente es declarado fallecimiento por accidente laboral.

El Asegurador abonará al Beneficiario designado, la Suma Asegurada por este concepto.

2. Invalidez permanente por accidente según baremo

Es objeto de esta garantía la cobertura del riesgo de la pérdida total o la pérdida de funcionalidad de algún miembro u órgano del Asegurado, que se manifieste dentro del plazo de un año desde la ocurrencia del accidente, y cuya recuperación no sea posible. En caso de superar dicho plazo, corresponderá al Asegurado la prueba de la conexión entre el accidente y la situación de invalidez.

El Asegurador abonará al Asegurado la indemnización que resulte de aplicar el porcentaje de invalidez del baremo a la Suma Asegurada por este concepto.

Baremo aplicable para la invalidez permanente por accidente

	Derecho	Izquierdo
POR LA PÉRDIDA DE LAS DOS PIERNAS O LOS DOS PIES, DE LOS DOS BRAZOS O LAS DOS MANOS, DE UN BRAZO Y UNA PIERNA O UNA MANO Y UN PIE	100%	
PARÁLISIS COMPLETA	100%	
CEGUERA TOTAL	100%	
ENAJENACIÓN MENTAL	100%	
POR LA PÉRDIDA TOTAL DE UN SÓLO BRAZO O UNA SOLA MANO	60%	50%
POR LA PÉRDIDA TOTAL DE LOS DEDOS DE LA MANO PULGAR E ÍNDICE, CONJUNTAMENTE	36%	26%
POR LA PÉRDIDA TOTAL DEL DEDO PULGAR SÓLO	20%	15%
POR LA PÉRDIDA TOTAL DEL DEDO ÍNDICE SÓLO	13%	10%
POR LA PÉRDIDA TOTAL DE TRES DEDOS DE LA MANO, COMPRENDIENDO EL PULGAR	35%	25%
POR LA PÉRDIDA TOTAL DE TRES DEDOS DE LA MANO, COMPRENDIENDO EL ÍNDICE	28%	20%
POR LA PÉRDIDA TOTAL DE UN DEDO DE LA MANO, QUE NO SEA EL PULGAR NI EL ÍNDICE	7%	5%
POR LA PÉRDIDA TOTAL DEL MOVIMIENTO DE UN HOMBRO	25%	20%

	Derecho	Izquierdo
POR LA PÉRDIDA TOTAL DEL MOVIMIENTO DEL CODO O DE UNA MUÑECA	20%	15%
POR LA PÉRDIDA TOTAL DE UNA PIERNA, POR ENCIMA DE LA RODILLA		50%
POR LA PÉRDIDA TOTAL DE UNA PIERNA A LA ALTURA O POR DEBAJO DE LA RODILLA		40%
POR LA PÉRDIDA TOTAL DEL DEDO GORDO DE UN PIE		8%
POR LA PÉRDIDA TOTAL DE UNO DE LOS DEMÁS DEDOS DEL PIE		3%
POR LA PÉRDIDA TOTAL DEL MOVIMIENTO DE UNA CADERA O DE UNA RODILLA		20%
POR LA PÉRDIDA TOTAL DE UN OJO O REDUCCIÓN DE LA MITAD DE LA VISIÓN BINOCULAR		30%
ACORTAMIENTO DE UNA PIERNA EN, POR LO MENOS 5 CENTÍMETROS		13%
FRACTURA NO CONSOLIDADA DE UNA PIERNA O UN PIE		35%
FRACTURA NO CONSOLIDADA DE UNA RÓTULA		25%
ABLACIÓN DE LA MANDÍBULA INFERIOR		30%
SORDERA COMPLETA DE LOS DOS OÍDOS		50%
SORDERA COMPLETA DE UN SOLO OÍDO		15%

3. Reglas para determinar la indemnización en caso de invalidez permanente

La pérdida total de la funcionalidad de un miembro (es decir, que no pueda usarse en absoluto y de forma permanente) equivale a la pérdida por completo del mismo.

La pérdida de una falange del dedo pulgar de una mano o del dedo gordo de un pie se indemnizará con la mitad del porcentaje señalado para dicho dedo.

La pérdida de una falange de cualquier otro dedo de la mano o del pie se indemnizará con un tercio del porcentaje establecido para la pérdida total del que se trate.

Si el Asegurado sufriera en el mismo accidente varias lesiones se indemnizarán con el porcentaje de la Suma Asegurada que corresponda, pero en ningún caso la indemnización total, podrá exceder la Suma Asegurada.

Si un Asegurado presentase ya defectos corporales al contratar la póliza, declarados en el cuestionario, la indemnización por invalidez, pagadera en caso de accidente, se computará atendiendo a las lesiones sufridas realmente, considerándose como no afectados por el accidente los órganos o miembros ya defectuosos con anterioridad al mismo.

Si el Asegurado es zurdo, los porcentajes previstos para el miembro superior derecho se aplicarán al izquierdo e inversamente.

Los casos de invalidez permanente no enunciados de modo expreso en el baremo, se indemnizarán por analogía con los que figuran en el mismo. En todo caso, el grado de invalidez se fijará independientemente de la profesión del Asegurado.

Objeto y extensión del seguro

4. Indemnización adicional por accidente de circulación (fallecimiento e invalidez permanente)

Entendiéndose como accidente de circulación aquel que el Asegurado pueda sufrir como peatón causado por un vehículo, como conductor o pasajero de un vehículo terrestre, o como usuario de transportes públicos terrestres, marítimos o aéreos en líneas regulares o vuelos chárter en aviones de más de veinte plazas.

En caso de fallecimiento, el Asegurador abonará al beneficiario designado la Suma Asegurada por este concepto, considerándose adicional al capital asegurado en la garantía de fallecimiento por accidente.

En caso de invalidez permanente, el Asegurador abonará al Asegurado la Suma Asegurada que resulte de aplicar el porcentaje de invalidez del baremo, considerándose adicional al capital asegurado en la garantía de invalidez permanente por accidente según baremo.

Se excluyen de esta garantía los accidentes ocurridos por participación del Asegurado en pruebas deportivas de cualquier clase, ocupando el vehículo como piloto, copiloto, o simple pasajero.

5. Gastos para adaptación de vivienda, automóvil y movilidad

Es objeto de esta garantía el reintegro de los gastos originados por el acondicionamiento de la vivienda y automóvil propiedad del Asegurado, así como la adquisición de una silla de ruedas bajo prescripción médica, en caso de que, como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, sufra una invalidez permanente absoluta.

La indemnización por esta garantía una vez justificados los gastos realizados por el Asegurado para la adaptación de la vivienda y/o vehículo, así como presentadas las facturas originales en el caso de la adquisición de silla de ruedas no podrá superar el importe establecido en las Condiciones Particulares de la póliza.

6. Incapacidad temporal según baremo

Es objeto de esta garantía el pago de una indemnización como consecuencia de un accidente y/o enfermedad garantizado por la póliza que precise tratamiento médico y le impida dedicarse a sus actividades habituales con una duración máxima de 12 meses.

A estos efectos se entenderá que el Asegurado se encuentra en situación de incapacidad temporal si padece alguna de las lesiones o enfermedades que aparecen reflejadas en el baremo aplicable.

La indemnización garantizada por cada patología será el resultado de multiplicar la cantidad diaria fijada en estas condiciones para esta garantía por el número de días establecidos en el baremo.

La cobertura por esta garantía se extiende al mundo entero. No obstante, las lesiones indemnizables deben poder constatarse en España y no se devengarán mientras que el Asegurado se encuentre fuera del territorio español.

La cobertura de la presente garantía finalizará al término de la anualidad en el que el Asegurado haya cumplido los 67 años.

7. Periodos de carencia

El derecho a la indemnización se generará siempre que hayan transcurrido los siguientes periodos de carencia a partir de la fecha de alta del Asegurado en la póliza:

En el caso de accidentes o enfermedades con carácter de urgencia vital, sobrevenidas y diagnosticadas después de la entrada en vigor de la póliza, no existe periodo de carencia. No se considerarán como urgencia vital los procesos, enfermedades y tratamientos de cualquier tipo relacionados con la obstetricia (incluidos los legrados) y el cáncer.

En los casos de cáncer y obstetricia el periodo de carencia será de un año.

En otros casos de enfermedad se fijan 90 días de carencia.

Estos periodos de carencia serán también aplicables en el caso de suplementos que incrementen la Suma Asegurada por esta garantía.

8. Reglas determinativas en caso de incapacidad temporal

Si como consecuencia de un accidente cubierto el Asegurado padece dos o más lesiones de las recogidas en el baremo o si en el proceso de una enfermedad aparecen otras complicaciones que agravan o prolongan la enfermedad inicial, se indemnizará el conjunto de todas ellas con una cantidad equivalente al 130% de la que figure con mayor asignación en el baremo. La indemnización no podrá superar la suma de todas ellas y tendrá siempre como límite máximo 365 días.

Los siniestros sucesivos debidos o relacionados con una misma lesión no serán indemnizables mientras no hayan transcurrido 180 días desde el inicio del proceso que motivó el primer pago y teniendo siempre como límite máximo 365 días.

El Asegurador se reserva el derecho a nombrar médicos o clínicas para que verifiquen las lesiones del Asegurado.

Otros casos de incapacidad temporal por accidente o enfermedad no enunciados de modo expreso en la tabla de lesiones, se indemnizarán por analogía con las que figuran en la misma y siempre de forma independiente de la profesión del Asegurado. En ningún caso se superarán los 365 días.

Esta indemnización es independiente de las demás garantías y es acumulativa.

9. Franquicia

Se establece la franquicia por los días que se indican en el apartado de garantías y Sumas Aseguradas en las Condiciones Particulares y se deducirán siempre de los establecidos en el baremo para el cálculo de la indemnización.

Objeto y extensión del seguro

Baremo aplicable para la incapacidad temporal por accidente y/o enfermedad

Lesión	Días indemnización
FRACTURA DE BÓVEDA CRANEAL (SIN LESIÓN INTRACRANEAL)	52
FRACTURA DE BASE DE CRÁNEO (SIN LESIÓN INTRACRANEAL)	52
TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO CON AFECTACIÓN PARENQUIMA CEREBRAL GRAVE	120
FRACTURA DE HUESOS NASALES	20
FRACTURA DE MANDÍBULA	60
FRACTURA APÓFISIS VERTEBRALES (ESPINOSAS, TRANSVERSAS)	60
FRACTURAS VERTEBRALES TTO ORTOPÉDICO	120
FRACTURAS VERTEBRALES TTO QUIRÚRGICO	180
PARAPLEJIA	365
FRACTURA DE SACRO Y CÓCCIX	90
FRACTURA COSTAL (ÚNICA)	21
FRACTURA COSTAL MÚLTIPLE SIN HEMO/NEUMOTÓRAX	40
FRACTURA COSTAL MÚLTIPLE CON HEMO/NEUMOTÓRAX	75
FRACTURA DE ESTERNÓN	40
FRACTURA DE PELVIS. ACETÁBULO	120
FRACTURA DE PELVIS	60
FRACTURA DE PELVIS MÚLTIPLE CON DISRUPCIÓN ANILLO PELVIANO	150
FRACTURA CLAVÍCULA/ESCÁPULA - TTO ORTOPÉDICO	50
FRACTURA CLAVÍCULA/ESCÁPULA - TTO QUIRÚRGICO	60
FRACTURA DE HÚMERO	90
FRACTURA DE CÚBITO / OLÉCRANON	60
FRACTURA DE RADIO	60
FRACTURA DE CÚBITO	70
FRACTURA DE CÚBITO Y RADIO	90
FRACTURA OTROS HUESOS CARPIANOS	60
FRACTURA ESCAFOIDES CARPIANO - TTO ORTOPÉDICO	53
FRACTURA ESCAFOIDES CARPIANO - TTO QUIRÚRGICO	100
FRACTURA DE METACARPIANOS	75
FRACTURA DE FALANGES (MANO O PIE)	45
FRACTURA DE FÉMUR	120

Baremo aplicable para la incapacidad temporal por accidente y/o enfermedad

Lesión	Días indemnización
FRACTURA DE RÓTULA	90
FRACTURA DE TIBIA	150
FRACTURA DE TIBIA Y PERONÉ	150
FRACTURA DE PERONÉ	50
FRACTURA DE TOBILLO - MALÉOLO	60
FRACTURA DE TOBILLO - BIMALEOLAR/TRIMALEOLAR	90
FRACTURA DE CALCÁNEO O ASTRÁGALO	150
FRACTURA ESCAFOIDES TARSIANO (NAVICULAR)	60
FRACTURA DE METATARSIANOS	90
LUXACIÓN DE MANDÍBULA	7
LUXACIÓN ACROMIOCLAVICULAR	40
LUXACIÓN HOMBRO, CODO, MUÑECA, RÓTULA, TOBILLO	50
LUXACIÓN DE DEDO DE MANO	30
LUXACIÓN DE CADERA	45
LUXACIÓN ESTERNOCLAVICULAR	28
ESGUINCE DE TOBILLO TRATADO CON INMOVILIZACIÓN MENOR A 9 DÍAS	3
ESGUINCE TOBILLO INMOVILIZADO CON VENDAJE ELÁSTICO O YESO DURANTE MÁS DE 8 DÍAS Y MENOS DE 15	10
ESGUINCE TOBILLO INMOVILIZADO CON VENDAJE ELÁSTICO O YESO DURANTE MÁS DE 14 DÍAS Y MENOS DE 22	21
ESGUINCE TOBILLO INMOVILIZADO CON VENDAJE ELÁSTICO O YESO DURANTE MÁS DE 21 DÍAS Y MENOS DE 29	30
ESGUINCE TOBILLO INMOVILIZADO CON VENDAJE ELÁSTICO O YESO DURANTE MÁS DE 28 DÍAS O TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	45
RODILLA: ESGUINCE O ROTURA DE LIGAMENTO CRUZADO (LCA-LCP) INMOVILIZADO CON YESO DURANTE MÁS DE 28 DÍAS	52
RODILLA: ESGUINCE O ROTURA DE LIGAMENTO CRUZADO (LCA-LCP) INMOVILIZADO CON VENDAJE ELÁSTICO O YESO DURANTE MÁS DE 21 DÍAS	32
RODILLA: ESGUINCE O ROTURA LIGAMENTO CRUZADO (LCA-LCP) INMOVILIZADO CON VENDAJE ELÁSTICO O YESO DURANTE MÁS DE 14 DÍAS Y MENOS DE 22	21
RODILLA: ESGUINCE LIGAMENTO CRUZADO (LCA-LCP) INMOVILIZADO CON VENDAJE ELÁSTICO O YESO DURANTE MÁS DE 7 DÍAS Y MENOS DE 15	15
RODILLA: ESGUINCE (LCA-LCP) TRATADO SIN INMOVILIZACIÓN O CON VENDAJE ELÁSTICO O YESO DURANTE MENOS DE 8 DÍAS	3

Objeto y extensión del seguro

Baremo aplicable para la incapacidad temporal por accidente y/o enfermedad

Lesión	Días indemnización
RODILLA: ESGUINCE LIGAMENTO LATERAL INTERNO-EXTERNO (LLI-LLE) INMOVILIZADO CON VENDAJE ELÁSTICO O YESO DURANTE MENOS DE 8 DÍAS	3
RODILLA: ESGUINCE LIGAMENTO LATERAL INTERNO-EXTERNO (LLI-LLE) INMOVILIZADO CON VENDAJE ELÁSTICO O YESO DURANTE MÁS DE 7 DÍAS Y MENOS DE 16	8
RODILLA: ESGUINCE LIGAMENTO LATERAL INTERNO-EXTERNO (LLI-LLE) INMOVILIZADO CON VENDAJE ELÁSTICO O YESO DURANTE MÁS DE 15 DÍAS Y MENOS DE 22	21
RODILLA: ESGUINCE LIGAMENTO LATERAL INTERNO-EXTERNO (LLI-LLE) INMOVILIZADO CON VENDAJE ELÁSTICO O YESO DURANTE MÁS DE 21 DÍAS Y MENOS DE 29	45
RODILLA: ESGUINCE LIGAMENTO LATERAL INTERNO-EXTERNO (LLI-LLE) INMOVILIZADO CON VENDAJE ELÁSTICO O YESO DURANTE MÁS DE 28 DÍAS O TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	90
RODILLA: LESIONES COMPLEJAS (TRÍADA-PÉNTADA). TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	210
ROTURA MENISCAL: TRATAMIENTO ORTOPÉDICO Y/O QUIRÚRGICO	21
ROTURA DE TENDÓN DE AQUILES	90
ESGUINCE DE CODO O MUÑECA INMOVILIZADO CON FÉRULA O YESO	19
ESGUINCE DE CODO O MUÑECA SIN INMOVILIZACIÓN O CON TRATAMIENTO CONSERVADOR LEVE (VENDAJE, REPOSO)	3
ESGUINCE DE DEDOS DE MANOS O PIES TRATADO MEDIANTE INMOVILIZACIÓN DURANTE MÁS DE 6 DÍAS	7
SECCIÓN DE TENDONES EXTENSORES	50
SECCIÓN DE TENDONES FLEXORES	75
ESGUINCE DE HOMBRO CON INDICACIÓN MÉDICA DE INMOVILIZACIÓN DURANTE MÁS DE 7 DÍAS	16
ESGUINCE CERVICAL CON INDICACIÓN MÉDICA DE INMOVILIZACIÓN CON COLLARÍN MÁS DE 10 DÍAS	15
ESGUINCE CERVICAL CON INDICACIÓN MÉDICA DE INMOVILIZACIÓN CON COLLARÍN MENOS DE 10 DÍAS	3
ROTURAS FIBRILARES (ECOGRAFÍA POSITIVA)	12
CONMOCIÓN CEREBRAL (TCE)	7
HEMATOMA (O HEMORRAGIA) SUBDURAL O EXTRADURAL	60
HERIDA ABIERTA DE GLOBO OCULAR	20
SUTURAS (SIN AFECTACIÓN TENDINOSA): DEDOS (MANOS Y PIES), PALMA MANO, PLANTA PIE, RODILLA, CODO, MUÑECA (MÁS DE 5 PUNTOS DE SUTURA)	7
FISURA DE HUESOS CORTOS	15
FISURA DE HUESOS LARGOS	30
AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA DEDO PULGAR	60
AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA OTROS DEDOS DE LA MANO O PIE	45
AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA DE BRAZO Y MANO (TOTAL O PARCIAL)	90
AMPUTACIÓN TRAUMÁTICA DE PIERNA (TOTAL O PARCIAL) O PIE	120

Baremo aplicable para la incapacidad temporal por accidente y/o enfermedad

Lesión	Días indemnización
ENUCLEACIÓN	25
CIRUGÍA OCULAR CON PRÓTESIS	22
DESPRENDIMIENTO DE RETINA	25
QUEMADURA DE 1º GRADO	4
QUEMADURA DE 2º GRADO	7
QUEMADURA DE 3º GRADO	30
QUEMADURAS DE 3º GRADO CON MÁS DEL 40% DE EXTENSIÓN CORPORAL	180
Enfermedad/afección	Días indemnización
CARDIOVASCULAR	
CIRUGÍA DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL	62
CIRUGÍA DE ANEURISMA Y/O DISECCIÓN DE AORTA TORÁCICA	83
ANGINA DE PECHO	45
ANGIOPLASTIA TRANSLUMINAL PERCUTÁNEA	18
ARRITMIAS AGUDAS Y SINTOMÁTICAS CON TRATAMIENTO CLÍNICO	17
ARTERIECTOMÍA	27
CATETERISMO CARDÍACO	10
COMISUROTOMÍA	34
COARTACIÓN AORTA	36
DISECCIÓN DE AORTA	59
EMBOLECTOMÍA	20
ENDOCARDITIS	75
HIPERTENSIÓN MALIGNA	10
INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO	95
INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA AGUDA	30
MIOCARDITIS	30
PERICARDITIS VÍRICA	22
SIMPATECTOMÍA TORÁCICA	32
SIMPATECTOMÍA LUMBAR	25
TRASPLANTE CARDÍACO	365
TROMBOFLEBITIS SIN CIRUGÍA	15

Objeto y extensión del seguro

Baremo aplicable para la incapacidad temporal por accidente y/o enfermedad

Enfermedad/afección	Días indemnización
DERMATOLOGÍA	
PSORIASIS Y LÍQUENES	19
DIGESTIVO	
ABSCESOS PARARECTALES Y QUISTES SACROS INFECTADOS CON CIRUGÍA	20
APENDICECTOMÍA	15
CIRROSIS Y DESCOMPENSACIÓN HEPÁTICAS CON INGRESO HOSPITALARIO	15
COLECISTITIS AGUDA	25
CÓLICOS HEPÁTICOS CON COLELITIASIS CONFIRMADA	8
COLITIS ULCEROSA: BROTE	15
COLITIS ULCEROSA: COMPLICACIÓN	30
COLOSTOMÍA	53
ESPLENECTOMÍA	45
ESTENOSIS PILÓRICA CON CIRUGÍA	30
EVENTRACIÓN: REDUCCIÓN QUIRÚRGICA	18
EXPLORACIONES: LAPAROSCOPIAS Y BIOPSIAS HEPÁTICAS	7
EXTIRPACIÓN PARCIAL DEL HÍGADO	50
FISURA, FÍSTULA, ABSCESO ANAL Y QUISTE SACRO CON CIRUGÍA	16
GASTRECTOMÍA	38
HEMORROIDES CON CIRUGÍA	16
HEPATITIS AGUDA TIPO A	30
HEPATITIS AGUDA TIPO B, C, D	63
HEPATITIS AGUDA TÓXICA POR FÁRMACOS	21
HERNIAS CON CIRUGÍA	20
HEPATECTOMÍA PARCIAL	47
HÍGADO: TUMORES BENIGNOS Y ABSCESOS CON CIRUGÍA	27
ÍLEO PARALÍTICO	20
INFARTO MESENTÉRICO CON CIRUGÍA	45
OBSTRUCCIÓN INTESTINAL (QUIRÚRGICA)	45
PANCREATITIS AGUDA O HEMORRÁGICA	41
QUISTE HIDATÍDICO	29

Baremo aplicable para la incapacidad temporal por accidente y/o enfermedad

Enfermedad/afección	Días indemnización
TRASPLANTE HEPÁTICO	150
ÚLCERAS ESOFÁGICAS, GÁSTRICAS O DUODENALES	15
VAGOTOMÍA-PILOROPLASTIA	30
ENDOCRINOLOGÍA	
DIABETES MELLITUS, CETOACIDOSIS	15
ENFERMEDAD SUPRARRENAL DE ADDISON-CUSHING. BROTE AGUDO	19
FEOCROMOCITOMA CON CIRUGÍA	38
HIPÓFISIS: PANHIPOUITARISMO, TUMORES, GRANULOMAS CON CIRUGÍA	47
PROLACTINOMA CON CIRUGÍA	39
TIROIDITIS, BOCIOS Y NÓDULOS	16
GINECOLOGÍA	
ANEXITIS	7
ENDOMETRIOSIS CON CIRUGÍA	35
ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA	30
EXPLORACIONES: LAPAROSCOPIA, CONIZACIÓN	7
HISTERECTOMÍA	23
LEGRADO UTERINO	7
MASTECTOMÍA	30
MIOMAS UTERINOS	21
PROLAPSO VAGINAL CON CIRUGÍA	25
QUISTE DE OVARIOS CON CIRUGÍA	23
HEMATOLOGÍA	
ANEMIAS CON HB < 10 G / 100 ML	17
POLICITEMIA	22
PÚRPURA, ALTERACIONES HEMORRÁGICAS Y DE COAGULACIÓN EN FASE AGUDA	22
TRASPLANTE DE MÉDULA	105
TROMBOCITOSIS	14

Objeto y extensión del seguro

Baremo aplicable para la incapacidad temporal por accidente y/o enfermedad

Enfermedad/afección	Días indemnización
INFECCIOSAS	
ABSCESOS Y EXANTEMAS	7
ENFERMEDADES TROPICALES CON TRATAMIENTO HOSPITALARIO	40
FIEBRE Q	26
FIEBRE TIFOIDEA SIN COMPLICACIONES	38
FIEBRE TIFOIDEA CON COMPLICACIONES	76
HERPES ZOSTER	7
LEPTOSPIROSIS	30
MICOSIS SISTÉMICAS	18
MONONUCLEOSIS	21
RUBÉOLA, SARAMPIÓN, VARICELA Y PAPERAS	15
TÉTANOS, BOTULISMO	86
TUBERCULOSIS	90
NEFROLOGÍA	
EXPLORACIONES: CITOSCOPIA, BIOPSIA RENAL	7
GLOMERULONEFRITIS AGUDA Y CRÓNICA	36
HIDROCELE QUIRÚRGICO	18
INSUFICIENCIA RENAL AGUDA	30
NEFRECTOMÍA	55
PIELONEFRITIS AGUDA	22
TRASPLANTE RENAL	130
NEUMOLOGÍA	
DERRAME PLEURAL	25
EDEMA AGUDO DEL PULMÓN	40
EMBOLIA E INFARTO PULMONAR	60
EXPLORACIONES: ARTERIOGRAFÍA, PLEUROSCOPIA, MEDIASTINOSCOPIA	7
NEUMONÍA COMPLICADA CON SEPSIS O ABSCESO PULMONAR	44
NEUMONÍA: VÍRICA, BACTERIANA, ATÍPICA (IMPREScindible confirmación radiográfica)	26

Baremo aplicable para la incapacidad temporal por accidente y/o enfermedad

Enfermedad/afección	Días indemnización
NEUMOTÓRAX CON CIRUGÍA	42
NEUMOTÓRAX SIN CIRUGÍA	21
SARCOIDOSIS	32
TROMBOEMBOLISMO PULMONAR	48
NEUROLOGÍA	
ARTRODESIS VERTEBRAL	120
CEREBROVASCULARES: INFARTO, HEMORRAGIA	57
CRANEOTOMÍA Y LOBOTOMÍA	47
DESMIELINIZANTE CRISIS AGUDA	23
EPILEPSIA. ESTADO CONVULSIVO	21
EXPLORACIONES: ARTERIOGRAFÍA, NEUMOENCEFALOGRAFÍA, VENTRICULOGRAFÍA	7
HERNIA DE DISCO	40
HIDROCEFALIA CON CIRUGÍA	45
OSTEOMIELITIS AGUDA	81
PARÁLISIS FACIAL DE BELL	15
SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ	60
OBSTETRICIA	
ABORTO	11
AMENAZA DE ABORTO	18
ECLAMPSIA	30
EMBARAZO ECTÓPICO	29
PARTO VAGINAL Y CESÁREA	30
PLACENTA PREVIA	24
PREECLAMPSIA	14
OFTALMOLOGÍA	
CATARATAS CON CIRUGÍA	25
CUERPO EXTRAÑO CON CIRUGÍA CON HERIDA PERFORANTE A CÁMARA ANTERIOR	25

Objeto y extensión del seguro

Baremo aplicable para la incapacidad temporal por accidente y/o enfermedad

Enfermedad/afección	Días indemnización
DESPRENDIMIENTO DE RETINA CON CIRUGÍA	50
GLAUCOMA CON CIRUGÍA	20
OBSTRUCCIÓN ARTERIOVENAL CENTRAL DE LA RETINA CON CIRUGÍA	30
UVEÍTIS	20
ONCOLOGÍA	
LEUCEMIAS	180
LINFOMA DE HODGKIN	150
MELANOMA MALIGNO	180
MIELOMA TRATAMIENTO ONCOLÓGICO Y/O CIRUGÍA	180
NEOPLASIAS TRATAMIENTO ONCOLÓGICO Y/O CIRUGÍA:	
• NEOPLASIAS MALIGNAS CAVIDAD BUCAL	120
• NEOPLASIAS MALIGNAS CERVICAL INVASORA	120
• NEOPLASIAS MALIGNAS ENDOMETRIAL	120
• NEOPLASIAS MALIGNAS ESOFÁGICA	150
• NEOPLASIAS MALIGNAS GASTROINTESTINAL	180
• NEOPLASIAS MALIGNAS HEPÁTICA	210
• NEOPLASIAS MALIGNAS LARÍNGEA	150
• NEOPLASIAS MALIGNAS MAMARIA	150
• NEOPLASIAS MALIGNAS OVARIO	180
• NEOPLASIAS MALIGNAS PANCREÁTICA	210
• NEOPLASIAS MALIGNAS PROSTÁTICA	180
• NEOPLASIAS MALIGNAS PULMONAR	180
• NEOPLASIAS MALIGNAS RENAL	180
• NEOPLASIAS MALIGNAS SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	90
• NEOPLASIAS MALIGNAS TESTICULAR	150
OTORRINOLARINGOLOGÍA	
EXPLORACIONES: BIOPSIAS DE LARINGE Y POLIPECTOMÍA	11
FLEMÓN PERIAMIGDALINO O LARÍNGEO CON CIRUGÍA	14

Baremo aplicable para la incapacidad temporal por accidente y/o enfermedad

Enfermedad/afección	Días indemnización
MASTOIDECTOMÍA	21
OÍDO MEDIO CON CIRUGÍA	15
OÍDO INTERNO CON CIRUGÍA	22
SINUSITIS CON CIRUGÍA	20
TABIQUE NASAL RESECCIÓN	20
TRAQUEOTOMÍA	20
VÉRTIGO POR ENFERMEDAD DE MÉNIÈRE	22
REUMATOLOGÍA	
ARTRITIS AGUDA POR CRISTALES	15
ARTRITIS AGUDA INFECCIOSA	45
ARTRITIS AGUDA REUMATOIDE	20
ARTROSCOPIA DIAGNÓSTICA	7
ARTROSCOPIA TERAPÉUTICA	20
ARTROSIS	20
BURSITIS CON CIRUGÍA	21
DERMATOMIOSITIS Y POLIMIOSITIS	21
DERRAME ARTICULACIONES	21
ESCLERODERMIA AGUDA	21
ESPONDILITIS ANQUILOSANTE	20
UROLOGÍA	
EXPLORACIONES: BIOPSIAS	7
HERNIA UMBILICAL CON CIRUGÍA	18
ORQUITIS Y EPIDIDIMITIS	16
PROSTATITIS	16
VARICOCELE CON CIRUGÍA	18

Objeto y extensión del seguro

10. Subsidio por hospitalización

Es objeto de esta garantía el pago de la indemnización diaria prevista en estas condiciones si el Asegurado es internado en un centro hospitalario en el territorio español como consecuencia de un accidente y/o enfermedad garantizados por la póliza.

El Asegurador abonará al término del internamiento del Asegurado la indemnización diaria que empezará a devengarse a partir del día en que comience dicho internamiento y se prolongará como máximo 365 días por cada accidente o enfermedad. Esta indemnización es independiente de las demás garantías y será acumulativa, aplicándose los mismos periodos de carencia indicados en la garantía de incapacidad temporal.

11. Gastos de asistencia sanitaria por accidente

Es objeto de esta garantía el reintegro o pago, en su caso, de los gastos necesarios que se originen con motivo de la asistencia médica, quirúrgica, hospitalaria y farmacéutica que precise el Asegurado como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, incluidas en todo caso las necesarias asistencias de carácter urgente.

Se consideran gastos necesarios los de traslado desde el lugar del accidente al centro médico más próximo a dicho lugar, estando cubiertos igualmente los desplazamientos que tenga que realizar el Asegurado con motivo de la recuperación o rehabilitación, siempre que estos desplazamientos se realicen dentro de la provincia donde tenga establecida su residencia habitual y hayan sido prescritos por un médico.

El Asegurador tomará a su cargo la cobertura objeto de esta garantía con el siguiente alcance:

Si el Asegurado es atendido por médicos y/o clínicas designadas por el Asegurador, este asumirá la totalidad de los gastos efectuados.

Si el Asegurado utiliza los servicios de médicos y/o clínicas no designadas por el Asegurador, este indemnizará los gastos que se justifiquen previa autorización de facturación del centro en cuestión.

Los gastos odontológicos por todos los conceptos, incluidas las prótesis, quedan limitados a 1.000 euros por cada siniestro amparado por la póliza.

En todos los casos las indemnizaciones quedan limitadas a los gastos realizados dentro del territorio español y durante los 365 días siguientes a la fecha del accidente.

12. Gastos de reposición en prótesis y ortopedia por accidente

Es objeto de esta garantía con el límite indicado en las Condiciones Particulares, la adquisición, sustitución o reparación de prótesis o aparatos de ortopedia, auditiva y óptica, que hiciera uso el Asegurado antes del accidente y resultasen dañados o extraviados a consecuencia del mismo.

Las indemnizaciones quedan limitadas a los gastos realizados dentro del territorio español y durante los 365 días siguientes a la fecha del accidente.

13. Asistencia en viaje

13.1. Extensión de la garantía

Ámbito geográfico: las coberturas serán de aplicación en el mundo entero incluyendo España, pero cuando el asegurado se encuentre realizando un viaje a más de 25 km de su residencia habitual y fuera del límite territorial de la provincia de referencia (en los casos particulares de las islas Canarias y Baleares, el límite provincial será la propia isla y en Ceuta y Melilla esta limitación será su propio ámbito territorial), a excepción de las coberturas donde dicho ámbito territorial figure de manera específica.

13.2. Delimitación de la garantía.

13.2.1. Será requisito indispensable para tener derecho a las garantías cubiertas, que el Asegurado sea residente en España.

13.2.2. Las coberturas de la garantía de Asistencia en viaje en el extranjero no surtirán efecto cuando el Asegurado permanezca más de 90 días consecutivos en el extranjero.

13.3. Descripción del servicio

13.3.1. Traslado en ambulancia, en caso de accidente o enfermedad grave ocurrido en España.

En caso de accidente o enfermedad grave de un Asegurado, el Asegurador correrá con los gastos de ambulancia necesarios para su traslado desde el lugar de ocurrencia del siniestro, hasta el centro médico más cercano que cuente con los medios adecuados para su atención clínica. **Esta garantía sólo surtirá efecto cuando se haya producido a más de 15 km de la residencia habitual de los asegurados que figuran en la póliza.**

13.3.2. Repatriación o traslado sanitario.

El Asegurador procederá al traslado, incluso con atención médico-sanitaria si fuera necesario, del Asegurado que haya sufrido un accidente o enfermedad grave en el transcurso de un viaje y cuando así lo decida el médico designado por el Asegurador, en colaboración con el que trate al Asegurado en el lugar de acaecimiento de los eventos dañosos, hasta el centro hospitalario más próximo.

De producirse la hospitalización del Asegurado, en su momento y de ser necesario, el Asegurador realizará el subsiguiente traslado hasta el domicilio o residencia del Asegurado.

Las consideraciones de índole médica, como urgencia, estado del enfermo o accidentado, aptitud para viajar, etc., así como otras circunstancias, como las climatológicas, la distancia, etc., serán los únicos criterios a considerar para determinar si el transporte debe efectuarse, a dónde y por qué medio (avión sanitario, avión de línea regular, coche cama o ambulancia del equipo UVI), así como en qué condiciones.

Esta garantía se aplicará sin límite económico.

Objeto y extensión del seguro

13.3.3. Gastos de desplazamiento y estancia de un familiar o acompañante

Si el Asegurado debiera ser hospitalizado como consecuencia de un riesgo cubierto por la póliza por tiempo superior a 4 días, **el Asegurador facilitará a la persona que aquel indique un billete de ida y vuelta, en ferrocarril o avión para que acuda junto al Asegurado hospitalizado.**

Asimismo, el Asegurador reembolsará, hasta la cantidad de 200€, por un tiempo de hasta 10 días, correspondientes a los gastos de alojamiento y manutención del familiar o acompañante.

Esta garantía será aplicable incluso si el familiar se encontrara viajando con el Asegurado.

13.3.4. Gastos médico-quirúrgicos, farmacéuticos y de hospitalización.

- **Honorarios médicos:** el Asegurador reembolsará el importe de los honorarios abonados a los facultativos que presten al Asegurado la atención médica primaria en caso de accidente o enfermedad grave, inclusive la de carácter quirúrgico.
- **Gastos farmacéuticos:** el Asegurador reembolsará el importe de aquellos fármacos aceptados por los facultativos indicados en el párrafo anterior.
- **Hospitalización:** de determinarse con los servicios médicos del Asegurador, en colaboración con los facultativos que estuvieran atendiendo al Asegurado, la necesidad de que éste sea hospitalizado, los gastos de traslado hasta el centro en que haya de quedar ingresado, estancia y medicación que le sea suministrada en el mismo, serán a cargo del Asegurador, así como los gastos de cualquier intervención quirúrgica que fuera necesaria.

Esta cobertura solo será de aplicación en el extranjero, con un límite máximo de 20.000€.

13.3.5. Gastos odontológicos de urgencia

El Asegurador se hará cargo, hasta un límite de **1.000€, de los gastos ocasionados en el extranjero**, a consecuencia de la aparición de problemas odontológicos agudos como infecciones, dolores o traumas que requieran un tratamiento de urgencia.

13.3.6. Intérprete en caso de hospitalización en el extranjero

Si con motivo de un riesgo cubierto en la póliza, el Asegurado permanece hospitalizado en el extranjero por un tiempo superior a 4 días y requiere un servicio de intérprete para cubrir las necesidades médico-sanitarias que implique la hospitalización del Asegurado, el Asegurador lo pondrá a disposición del Asegurado lo antes posible. **Los gastos cubiertos por el Asegurador se limitan a 90€ diarios con un máximo por siniestro de 10 días.**

13.3.7. Prolongación de estancia (gastos de convalecencia en hotel).

Si tras ser hospitalizado por un riesgo cubierto por la póliza, el Asegurado se viera imposibilitado para proseguir su viaje, por prescripción facultativa, el Asegurador reembolsará hasta un máximo de 10 días a razón de 200€ diarios, los gastos de alojamiento y manutención.

13.3.8. Servicio de trámites administrativos para hospitalización

Si debido a un accidente o enfermedad grave ocurrido en el transcurso de un viaje, es preciso internar al

Asegurado en un centro hospitalario, el Asegurador colaborará en la gestión de los trámites administrativos necesarios para formalizar la admisión del Asegurado en el centro hospitalario.

13.3.9. Envío de medicamentos.

En caso de que el Asegurado necesite un medicamento que no pueda adquirirse en el lugar donde se encuentre, el Asegurador se encargará de localizarlo y enviárselo por el medio más rápido y conforme a la legislación local.

13.3.10. Envío de un médico especialista.

Cuando el Asegurado accidentado o enfermo presente un cuadro clínico muy grave que no permita su traslado y la asistencia médica no sea la adecuada a su estado, el Asegurador enviará un médico especialista al lugar donde se encuentre.

13.3.11. Consulta o asesoramiento médico a distancia.

Cuando el Asegurado esté de viaje y necesite efectuar una consulta médica que le sea imposible obtener en el lugar en que se halle, el Asegurador, a través de su cuadro médico le facilitará telefónicamente la información deseada. Dada la imposibilidad de establecer un diagnóstico por teléfono, la información debe considerarse como una mera sugerencia, y los perjuicios que puedan derivarse de que el Asegurado actúe basándose en ella no se considerarán en ningún caso responsabilidad del Asegurador ni de su equipo médico, que quedan expresamente exentos.

13.3.12. Anticipo de fianzas por hospitalización.

Cuando por accidente o enfermedad cubiertos por la póliza, es preciso ingresar al Asegurado en un centro hospitalario, el Asegurador se hará cargo, hasta los límites fijados para la cobertura reseñada bajo el punto 13.3.4 (Gastos médico-quirúrgicos, farmacéuticos y de hospitalización) de la fianza que el centro pueda demandar para proceder a la admisión del Asegurado.

13.3.13. Fianzas y gastos procesales.

Si como consecuencia de un procedimiento judicial instruido con motivo de un accidente de automóvil, acaecido fuera del país de domicilio o de residencia señalado en la póliza, el Asegurado debe prestar una fianza penal para obtener la libertad provisional, o efectuar provisiones de honorarios para atender a los gastos de defensa jurídica, podrá solicitar, previo compromiso formal de proceder a la devolución de las cantidades entregadas en el plazo de 60 días, el anticipo de las sumas de 20.000€ y 15.000€, respectivamente, o un valor equivalente en la moneda en que haya de efectuarse el pago.

13.3.14. Gastos de regreso de acompañantes y familiares del Asegurado.

Si los familiares y acompañantes que viajasen con el Asegurado fallecido u hospitalizado, a causa de accidente o enfermedad cubierta por la póliza (en el transcurso de un viaje) no pudieran utilizar el medio de transporte previsto, el Asegurador pondrá a su disposición un billete de avión y/o ferrocarril o del medio de transporte idóneo (siempre público y colectivo en clase turista) para llegar a su lugar de origen o de destino del viaje.

13.3.15. Regreso anticipado.

Si el Asegurado debe interrumpir su viaje por fallecimiento de su cónyuge, ascendiente o descendiente en

Objeto y extensión del seguro

primer grado, hermano o hermana, **el Asegurador le hará entrega de un billete de ferrocarril o de avión o del medio de transporte idóneo hasta el lugar de inhumación en España del familiar fallecido.**

En caso de incendio grave, que provoque la inhabilitación de su domicilio permanente, el Asegurador le facilitará el retorno a su punto de origen en España.

13.3.16. Servicio de información asistencial.

El Asegurador, a través de la Central **Telefónica de Asistencia Internacional**, informará a la familia del Asegurado, si fuera necesario, de toda solicitud de asistencia y de las operaciones de socorro desarrolladas.

13.3.17. Asistencia a los asegurados por robo en el extranjero.

Si el Asegurado, en el transcurso de un viaje por el extranjero, sufre el robo de sus efectos personales, dinero en efectivo, tarjetas de crédito, etc., el Asegurador le concederá un anticipo de fondos hasta un límite de 4.000€ por asegurado. Asimismo, el Asegurador se reserva el derecho a pedirle al Asegurado algún tipo de aval o garantía que asegure la recuperación de la cuantía anticipada.

13.3.18. Localización de equipajes en caso de pérdida.

En el caso de pérdida total o parcial de equipajes y efectos personales, debido al transporte, daños, incendio o robo, y siempre que el transporte sea en avión, barco, ferrocarril o autocar, el Asegurador prestará su colaboración en las gestiones de búsqueda y localización.

El Asegurador asumirá, en caso de pérdida total o parcial de equipajes y efectos personales, una indemnización hasta un máximo de 400€ por bulto, con el límite máximo de 800€, que será siempre en exceso de la percibida de la compañía de transporte y con carácter complementario, debiendo presentar para proceder a su cobro el justificante de haber percibido la indemnización correspondiente del transportista.

13.3.19. Envío de objetos olvidados.

El Asegurador asumirá los gastos de expedición de los equipajes y efectos personales que hayan sido olvidados o los que se hayan recuperado, tanto en caso de robo como de pérdida o extravío, hasta el lugar donde se encuentre el Asegurado o hasta la localidad de inicio del viaje. El límite máximo de esta cobertura es de 200€.

13.3.20. Demora en la entrega de equipajes.

El Asegurador reembolsará el importe de los artículos necesarios y debidamente justificados mediante factura original, ocasionado por la demora de más de 12 horas en la entrega del equipaje facturado, hasta un límite de 400€.

En su caso, esta indemnización se deducirá de la que corresponda al amparo de la cobertura anterior.

13.3.21. Demora de viajes (gastos de alojamiento y manutención).

Si se produce una cancelación, demora del inicio superior a 12 horas o con una noche por medio, o falta de conexión entre dos trayectos previamente concertados por retraso en el transporte en una localidad distinta a la de residencia del Asegurado en el transcurso de un viaje en el que ya tuviera billete confirmado en avión, tren (excepto los de cercanías) o barco (siempre que la singladura tenga su origen o destino en

un puerto extranjero), el Asegurador asumirá una indemnización de hasta 500€ contra presentación de las facturas originales de los gastos incurridos por causa de la demora.

13.3.22. Transmisión de mensajes urgentes.

El Asegurador pondrá a disposición de los Asegurados el servicio de teléfono permanente de la **Central de Asistencia** para transmitir los mensajes relativos a las incidencias sobre riesgos cubiertos por las coberturas contenidas en este contrato.

13.3.23. Anulación de viaje.

Si se anula un viaje ya concertado, por fallecimiento u hospitalización del Asegurado, cónyuge, ascendientes, descendientes o colaterales, todos ellos, en primer grado, o a causa de obligaciones ineludibles con la Administración (nombramiento de jurado, citación como testigo, etc.), **el Asegurador reembolsará los gastos originados por la anulación, hasta un máximo de 900€.**

13.3.24. Asistencia domiciliaria a la familia.

Si en el transcurso de un viaje y como consecuencia de un accidente o enfermedad, el Asegurado debe permanecer hospitalizado y su cónyuge se desplaza hasta el lugar del acaecimiento de los hechos, todo ello por aplicación de coberturas de la póliza, siempre que ello determinase que las personas mayores de 70 años y/o menores de 15 años que convivan habitualmente con el Asegurado quedasen solas en su domicilio, el Asegurador asumirá una indemnización de 100€ diarios, y por un máximo de 10 días, para que una persona los cuide.

13.3.25. Asistencia a menores de edad

Si los niños que viajasen con el Asegurado quedasen sin asistencia personal por causa del fallecimiento o la hospitalización de éste, el Asegurador organizará su regreso a su residencia habitual en España, con acompañante si fuera necesario.

13.3.26. Repatriación o transporte del Asegurado fallecido

Si en el transcurso de un viaje cubierto por la Póliza se produjera el fallecimiento del Asegurado por cualquier causa en el extranjero, o como consecuencia de accidente en España, el Asegurador se hará cargo de los trámites y gastos necesarios, incluidos los de ataúd, embalsamamiento y todas las formalidades administrativas y legales para el traslado de los restos mortales hasta el lugar de inhumación en la localidad de residencia del Asegurado.

En ningún caso esta cobertura se extenderá a cuantos gastos y gestiones impliquen las honras fúnebres e inhumación.

Esta cobertura se aplicará sin límite económico alguno.

13.3.27. Acompañante / escolta en caso de traslado por fallecimiento

Los familiares o derechohabientes del Asegurado, habiendo éste fallecido en el transcurso de un viaje a más de 100 kilómetros de su residencia habitual, tendrán derecho a un billete de avión o del medio de transporte idóneo (ida y vuelta, siempre público y colectivo en clase turista), para que la persona que

Objeto y extensión del seguro

designen con residencia en España pueda viajar, hasta el lugar donde haya ocurrido el fallecimiento y regresar acompañando el cadáver.

13.3.28. Gastos de estancia del acompañante de restos mortales

De aplicarse la cobertura anterior, si el acompañante debiera permanecer en el lugar de acaecimiento del fallecimiento por trámites relacionados con el traslado de los restos mortales, el Asegurador se hará cargo de los gastos de estancia y manutención, **con un límite de 200€ diarios, hasta un máximo de 10 días**, contra la presentación de los justificantes correspondientes.

13.3.29. Retorno de familiares acompañantes del fallecido

Si el Asegurado fallecido u hospitalizado en el transcurso de un viaje, a causa de accidente o enfermedad cubierta por la póliza, viajara en compañía de familiares, el Asegurador pondrá a su disposición un billete de avión y/o ferrocarril o del medio de transporte idóneo (siempre público y colectivo en clase turista) para su regreso a su residencia habitual en España.

13.3.30. Servicio de información de viajes al extranjero

El Asegurado puede obtener información de orden administrativo o sanitario, antes de emprender un viaje al extranjero de datos como: pasaportes, visados de entrada en otros países, vacunas exigidas, aduanas, tasas de cambio, moneda y otros servicios, llamando a la Central Telefónica del Asegurador.

13.4. Exclusiones a la garantía de Asistencia en viaje en España o el extranjero

- Prestaciones que no hayan sido comunicadas previamente al Asegurador y aquellas para las que no se hubiera obtenido la conformidad de éste, salvo los supuestos de imposibilidad material, debidamente acreditada.
- Enfermedades o lesiones preexistentes, afecciones crónicas o dolencias bajo tratamiento médico, así como sus secuelas, previas a iniciar el viaje.
- Cuando el viaje tenga por objeto recibir tratamiento médico, salvo que se acredite debidamente por el Asegurado o sus herederos que la enfermedad o accidente, o fallecimiento en su caso, no guarda relación con el tratamiento médico origen del desplazamiento.
- Diagnóstico, seguimiento y tratamiento del embarazo, interrupción voluntaria del mismo y partos, excepto complicaciones imprevisibles que se produzcan en los 6 primeros meses de gestación.
- Suicidio, intento de suicidio o autolesiones del Asegurado.
- Siniestros ocurridos por estar el Asegurado ebrio o bajo el efecto de drogas, estupefacientes o medicamentos, salvo que estos hubieran sido prescritos por facultativo.
- La práctica como profesional de cualquier deporte, deportes en competición y actividades notoriamente peligrosas, así como rescate de personas en montañas, mares y desiertos.
- Tratamientos oftalmológicos u otorrinolaringológicos, salvo los supuestos de urgencia por accidente.
- Tratamientos especiales (tales como radioterapia, isótopos radiactivos, cobaltoterapia, diálisis, quimioterapia, etc.), cosméticos y/o tratamientos para adelgazar, así como trasplantes y cirugía reparadora plástica.

- Enfermedades mentales o nerviosas, así como su tratamiento, y las curas de reposo.
- Enfermedades de transmisión sexual y especialmente el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (sida).
- Adquisición, implantación, sustitución, extracción y/o reparación de prótesis.
- Las fuerzas de la naturaleza, movimientos telúricos, erupciones volcánicas, inundaciones, etc.
- Participación en conflictos armados, civiles o militares, revueltas e insurrecciones.
- Efectos directos e indirectos de radiaciones nucleares o radioactividad.
- Actos dolosos del Tomador, Asegurado, Beneficiario o sus herederos.
- Para las coberturas de “Pérdida de equipajes”, “Demora en la entrega de equipajes” y “Demora de viaje (Gastos de alojamiento y manutención)”, se excluyen los siniestros a consecuencia de huelga legal oficialmente declarada.

13.5. Normas adicionales

El incumplimiento de las normas previstas en caso de siniestro se entenderá como una renuncia a los beneficios de esta garantía.

El Asegurado no podrá reclamar, en caso de accidente, enfermedad o traslado, el reembolso de los gastos que haya efectuado directamente sin la autorización previa del Asegurador, salvo en los casos médicos de urgencia vital y el traslado al centro médico más próximo, siempre que se avise al Asegurador en las 24 horas siguientes para obtener su aprobación.

14. Ayuda día a día

14.1. Ámbito geográfico y temporal

La asistencia será válida en España.

Se excluyen, en todo caso, aquellos países que, aún reflejados en el ámbito territorial contratado, durante el desplazamiento se hallen en estado de guerra, insurrección o conflictos bélicos de cualquier clase o naturaleza, aun cuando no hayan sido declarados oficialmente. En este caso, no serán reembolsables aquellos gastos cubiertos y debidamente justificados mediante la factura original acreditativa.

14.2. Límites garantizados

Las cuantías económicas que figuran como límite en cada una de las prestaciones de este Contrato, se entienden como importes máximos acumulables durante la anualidad del seguro.

14.3. Garantías cubiertas

14.3.1. Auxiliar de ayuda a domicilio

Se garantiza la gestión de un servicio de ayuda con las tareas básicas del hogar, si el Asegurado está:

- Hospitalizado más de 48 horas.
- En reposo absoluto o inmovilizado por prescripción médica en su Domicilio más de 4 días.

Objeto y extensión del seguro

Este servicio está sujeto a disponibilidad local. **En caso de no gestionar este servicio por no encontrar disponibilidad, será reembolsable hasta un máximo de 500 euros.**

Este servicio se prestará hasta un máximo de 16 horas, con un mínimo de 2 horas diarias y en el transcurso de hasta un (1) mes.

¿Qué servicios se prestan?

- Limpieza o ayuda a la limpieza de la vivienda.
- Preparación de alimentos en el hogar.
- Lavado, planchado y organización de la ropa dentro del hogar.
- Adquisición de alimentos por cuenta del Asegurado.
- Realización de otras compras de artículos de primera necesidad por cuenta del Asegurado.
- Cuidado de las plantas dentro del domicilio: regado de las mismas siguiendo las instrucciones del Asegurado.

¿Qué servicios no están cubiertos?

- La limpieza de alfombras y tapicerías
- Cuidado de las plantas del jardín

El servicio se prestará a petición del Asegurado en horario peninsular de España de 9 a 19 horas.

14.3.2. Ayuda personal

Se garantiza la gestión de un servicio de ayuda personal, a través de personal cualificado, para necesidades que requieran apoyo en funciones de la vida diaria, si el Asegurado está:

- Hospitalizado más de 48 horas.
- En reposo absoluto o inmovilizado por prescripción médica en Su Domicilio más de 4 días.

Este servicio está sujeto a disponibilidad local. **En caso de no gestionar este servicio por no encontrar disponibilidad, será reembolsable hasta un máximo de 500 euros.**

Este servicio se prestará hasta un máximo de 16 horas, con un mínimo de 2 horas diarias y en el transcurso de hasta un (1) mes.

¿Qué servicios se prestan?

- Ayuda personal para el vestido, calzado y la alimentación
- Transferencias, traslados y movilización dentro del hogar
- Ayuda para la ingestión de alimentos
- Ayuda en la toma de medicación prescrita por el centro de salud
- Cuidados básicos a personas incontinentes
- Fomento de hábitos de higiene y orden.
- Apoyo en la higiene, arreglo personal, ducha y/o baño

14.3.3. Profesional a domicilio

Se garantiza la gestión del envío de profesionales que le proporcionen al asegurado los cuidados y

tratamientos especiales que requiera, si el Asegurado está:

- Hospitalizado más de 48 horas.
- En reposo absoluto o inmovilizado por prescripción médica en Su Domicilio más de 4 días.

¿Qué profesionales están incluidos?

- ATS.
- Auxiliares de enfermería.
- Fisioterapeutas.

Este servicio está sujeto a disponibilidad local. **En caso de no gestionar este servicio por no encontrar disponibilidad, será reembolsable hasta un máximo de 500 euros.**

Cada intervención del profesional contabilizará como una (1) sesión y hora completa, estableciendo un **límite de 6 sesiones al año para todos los servicios.**

En el momento de la solicitud, se le requerirá al Asegurado, adicionalmente, informe médico que prescribe el tratamiento determinado.

¿Qué debe presentar el Asegurado?

Informe médico que prescribe el tratamiento determinado.

La prescripción tiene una validez máxima de 3 meses. Los tratamientos deben ser continuados, sin pasar más de 1 mes entre una sesión y la siguiente.

¿Qué servicios prestan los profesionales?

- Administración de medicación especial.
- Vigilancia de las constantes vitales.
- Rehabilitación de miembros inferiores y superiores.
- Rehabilitación del habla.
- Inyectables (Insulinas, inyección intramuscular, vacunación, etc.).
- Toma y seguimiento de constantes.
- Administración de medicación.
- Curas en la eliminación (enemas, sondas vesicales, ostomías).
- Colostomía: Cuidados y cambios de bolsa.
- Curas (heridas, contusiones, úlceras por presión).
- Cuidados postoperatorios.
- Control de glucemia; Seguimiento y control del paciente diabético.
- Seguimiento y control del paciente con hipertensión arterial.

¿Qué no está cubierto?

- La medicación ni el material necesario.

Objeto y extensión del seguro

14.3.4. Auxiliar a domicilio para el cuidado de hijos menores de 16 años o discapacitados.

Será organizada la asistencia de una persona para ocuparse de los hijos del Asegurado, menores de 16 años y personas discapacitadas a su cargo, si el Asegurado está:

- Hospitalizado más de 48 horas.
- En reposo absoluto o inmovilizado por prescripción médica en Su Domicilio más de 4 días.

El servicio será prestado según la disponibilidad local.

En caso de no gestionar este servicio por no encontrar disponibilidad, será reembolsable hasta un máximo de 500 euros.

El número de horas se establecerá según la gravedad de las lesiones, a criterio de la Dirección Médica, siempre hasta un máximo de 16 horas, con un mínimo de 2 horas diarias, mientras el Asegurado esté hospitalizado o inmovilizado.

El límite de este servicio es conjunto con el de Ayuda para el cuidado de ascendientes de primer grado, en caso de necesitar ambos servicios.

En el momento de la solicitud, se le requerirá al Asegurado, adicionalmente, la siguiente documentación:

- Justificante de la edad del menor
- Certificado de discapacidad
- Nombramiento del tutor por incapacidad

14.3.5. Auxiliar a domicilio para el cuidado de ascendientes de primer grado.

Será organizada la asistencia de una persona para ocuparse de los familiares (ascendientes de primer grado) que convivan con el Asegurado en su domicilio y estén en situación de dependencia según la legislación vigente, si el Asegurado está:

- Hospitalizado más de 48 horas.
- En reposo absoluto o inmovilizado por prescripción médica en Su Domicilio más de 4 días.

Este servicio está sujeto a disponibilidad local. **En caso de no gestionar este servicio por no encontrar disponibilidad, será reembolsable hasta un máximo de 500 euros.**

Se prestará hasta un máximo de 16 horas, con un mínimo de 2 horas diarias, mientras el Asegurado esté hospitalizado o inmovilizado.

El límite de este servicio es conjunto con el de Asistencia y cuidado de menores y discapacitados, en caso de necesitar ambos servicios.

En el momento de la solicitud, se le requerirá al Asegurado, adicionalmente, la siguiente documentación:

- Empadronamiento del asegurado y del ascendiente
- Certificado de dependencia

14.3.6. Paseador de perros

Si el Asegurado está:

- Hospitalizado más de 48 horas.
- En reposo absoluto o inmovilizado por prescripción médica en Su Domicilio más de 4 días.

Se garantizará el coste de una persona que se encargue de pasear a los perros del Asegurado si no puede hacerlo.

Se podrá requerir al Asegurado un documento que justifique la imposibilidad.

Este servicio estará condicionado a la disponibilidad local y deberá solicitarse con al menos 48h laborables de antelación en localidades de 10.000 habitantes y de al menos 72h laborables de antelación para localidades con una población inferior a la indicada.

Este servicio está sujeto a disponibilidad local.

En el momento de la solicitud, se le requerirá al Asegurado, adicionalmente, la siguiente documentación:

- Cartilla veterinaria donde conste el dueño del perro
- En la factura deberá constar el nombre y/o chip del perro

¿Qué se garantizan?

Se garantizan hasta un máximo de 10 horas al año. Cada servicio tendrá una duración mínima de una (1) hora y solo podrán solicitarse horas completas.

En caso de no gestionar este servicio por no encontrar disponibilidad, será reembolsable hasta un máximo de 300 euros.

Será necesario disponer de todas las licencias relacionadas con el perro del Asegurado y cumplir con la legislación vigente, así como proporcionar el material de sujeción necesario (correa, bozal...)

¿Qué gastos no se garantizan?

Ninguno cuando no se autorice el servicio.

14.3.7. Consulta psicológica presencial

Si el Asegurado necesita asistencia psicológica presencial por indicación médica, y estuviera:

- Hospitalizado más de 48 horas.
- En reposo absoluto o inmovilizado por prescripción médica en Su Domicilio más de 4 días.

Se prestará hasta un máximo de 6 sesiones al año, con un máximo de 80 euros por sesión y un total de 480 euros.

¿Cuándo se garantizarán estos gastos?

- Si el equipo médico autoriza las sesiones y
- Designa al psicólogo o se autoriza el que el Asegurado elija.

14.4. Exclusiones generales

- Quedan excluidos con carácter general aquellos gastos que no hayan sido comunicados previamente.
- Hechos producidos antes de la entrada en vigor del contrato.
- Supuestos en los que el Asegurado oculte información o hechos relevantes para la gestión del Siniestro.
- Cuando el hecho haya sido causado por mala fe o deliberadamente por el Asegurado, incluyéndose aquí los Siniestros relacionados con vehículos de su propiedad.

Objeto y extensión del seguro

15. Defensa jurídica

Común (a todas las situaciones laborales)	6.000 € / 3.000 €
Asesoramiento jurídico a distancia	
Otorgamiento notarial de poderes preventivos	
Tramitación de prestaciones por incapacidad, viudedad u orfandad	
Reclamación frente a la Seguridad Social por denegación de derechos sobre las prestaciones de incapacidad, viudedad y orfandad	
Defensa penal (incluye fianzas)	
Autónomos	
Defensa administrativa y judicial ante infracciones de la normativa relativa a las condiciones de trabajo, Seguridad Social y seguridad e higiene en el trabajo	
Reclamación de los derechos laborales del empresario autónomo económicamente dependiente	
Reclamación de prestaciones sociales contributivas del empresario	
Trabajadores por cuenta ajena	
Defensa de derechos laborales	
Funcionarios	
Defensa de los derechos de los empleados públicos en procedimientos disciplinarios	

15.1. Garantías cedidas

15.1.1. Garantías comunes:

15.1.1.1. Asesoramiento jurídico a distancia

En cuestiones relacionadas con el ámbito general de cobertura, el Asegurador asesorará por teléfono al Asegurado sobre los derechos que le asisten. El asesoramiento jurídico se prestará por un abogado perteneciente al Centro de Asistencia Jurídica.

La consulta no podrá tratar sobre materias contrarias a las leyes, la moral y/o el orden público.

La consulta se atenderá verbalmente, sin emisión de dictamen escrito. El asesoramiento consistirá en una primera orientación jurídica sobre la materia objeto de la consulta y no incluirá revisión de documentación.

15.1.1.2. Defensa penal

El Asegurador garantiza la defensa de la responsabilidad penal del Asegurado en los procesos penales que se sigan contra él por delitos cometidos imprudentemente. **No se garantiza la defensa penal por hechos cometidos de forma intencional o dolosa.**

En aquellos casos en que el procedimiento penal se siga contra el Asegurado por un delito doloso, por respeto al principio de presunción de inocencia, y de forma provisional, el Asegurador se hará cargo de la defensa penal del Asegurado hasta la suma indicada en póliza; no obstante, si finalmente el Asegurado fuese condenado, y el acto u omisión que dio lugar a la condena lo fue a título de dolo, el Asegurado estará obligado a reembolsar a el Asegurador todos los gastos de defensa jurídica en que hubiera incurrido.

Se incluye la prestación de fianzas penales tendentes a garantizar la libertad provisional del Asegurado, su presentación a juicio y/o responder del pago de las costas judiciales.

Queda expresamente incluida la primera asistencia al detenido en comisaría.

Queda garantizada asimismo la defensa penal ante la jurisdicción militar.

Modificando parcialmente las exclusiones generales, se garantiza la defensa penal del Asegurado, con motivo de hechos de la circulación en aquellos casos en que el Asegurado tuviera la condición de peatón o pasajero de cualquier vehículo de motor.

15.1.1.3. Tramitación de prestaciones por incapacidad permanente, viudedad y orfandad

El Asegurador garantiza la tramitación de las siguientes prestaciones:

- Tramitación de prestación por incapacidad permanente
- Para el caso de que el Asegurado, como consecuencia de un accidente, se vea impedido para la realización de todas o de las tareas fundamentales de su profesión habitual, el Asegurador se encargará de gestionar la solicitud de incapacidad permanente oportuna ante los Organismos Oficiales correspondientes.

Objeto y extensión del seguro

- Tramitación de pensiones por viudedad y orfandad

En caso de fallecimiento del Asegurado por accidente, el Asegurador garantiza a sus familiares la solicitud y tramitación de las pensiones de viudedad y orfandad que correspondan tanto en el Régimen General como en los regímenes especiales de la Seguridad Social y Mutualidades en vía administrativa.

El Asegurado o sus familiares deberán facilitar los datos, autorizaciones y documentación necesaria para la gestión en su nombre ante los diferentes Organismos Públicos, quedando el resultado de dichas gestiones supeditado a que los beneficiarios reúnan los requisitos adecuados y faciliten la documentación necesaria.

El Asegurador se hará cargo de los costes de gestoría. El resto de gastos, si los hubiere, serán a cargo del Asegurado.

No está incluida la presentación de recursos administrativos por denegación de las pensiones solicitadas ni la reclamación en vía contencioso administrativa.

15.1.1.4. Defensa de derechos ante la Seguridad Social por denegación sobre las prestaciones de incapacidad, viudedad y orfandad

El Asegurador garantiza la reclamación de los derechos del Asegurado en vía administrativa frente al Instituto Nacional de la Seguridad Social o Mutualidades de Previsión Social, en reclamación de aquellas prestaciones sociales contributivas de las que el Asegurado sea beneficiario, y le hayan sido previamente denegadas, tales como los derechos derivados de la pensión de incapacidad permanente.

Para la reclamación de los derechos derivados de la solicitud de pensión de viudedad u orfandad tendrán la consideración de Asegurados los familiares el Asegurado.

No queda cubierta la defensa en vía contencioso-administrativa.

15.1.1.5. Otorgamiento notarial de poderes preventivos

El Asegurador garantiza al Asegurado la redacción de un poder preventivo notarial, es decir, el otorgamiento de un documento notarial en el que la persona mayor de edad, en previsión de la concurrencia de circunstancias que puedan dificultarle el ejercicio de su capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás, podrá proponer las previsiones y medidas necesarias para el supuesto de que en el futuro precise apoyo en el ejercicio de su capacidad jurídica en caso de que, durante la vigencia de la póliza, ocurriera alguna de las siguientes circunstancias: que se produzca una variación en la composición o valoración económica del patrimonio del Asegurado; que se modifique su situación de convivencia o familiar; que se vea alterada su salud o la de alguno de sus parientes cercanos; que se produzca un cambio de residencia o de vecindad civil o de nacionalidad; o que cambie su estatus laboral o profesional.

El trámite será realizado de acuerdo con el siguiente proceso:

- 1) El Asegurado contactará con el Asegurador para comunicar su intención de otorgar poderes preventivos

- 2) Posteriormente, el Asegurado facilitará la información necesaria para la otorgación de poderes preventivos mediante un acceso en la página web del Asegurador o telefónicamente en horario de 9:00h a 18:00h de lunes a viernes laborables.
- 3) El abogado asignado estudiará el caso y, de ser necesario, efectuará al Asegurado las recomendaciones necesarias para acomodar su voluntad a la ley. Durante todo el proceso el Asegurado podrá consultar con el abogado asignado cualquier cuestión relativa a la redacción del poder preventivo.
- 4) El Asegurador preparará una propuesta de poder preventivo y concertará hora en una notaría próxima al domicilio del Asegurado o a su lugar de trabajo. En caso de que el Asegurado tuviera algún problema físico que le impidiera la movilidad, la firma notarial se concretará en la residencia del Asegurado.
- 5) El Asegurado se personará en la notaría, donde realizará ante notario la redacción del Poder Preventivo. El notario conservará del documento original y expedirá una copia para el Asegurado.

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

El Asegurado tendrá derecho al otorgamiento de tres escrituras notariales de poderes preventivos al año y al otorgamiento de una escritura notarial para modificar unos poderes preventivos previamente otorgados. El asesoramiento se efectuará sobre Derecho español y el documento se otorgará en una notaría ubicada en España.

15.1.2. Garantías Autónomas:

15.1.2.1. Defensa administrativa y judicial ante infracciones de la normativa relativa a las condiciones de trabajo, Seguridad Social y seguridad e higiene en el trabajo

El Asegurador garantiza la defensa de los derechos del Asegurado en los procedimientos iniciados por la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, por presuntas infracciones de la normativa referida a las condiciones de trabajo, Seguridad Social y seguridad e higiene en el trabajo, con motivo de la actividad descrita en las Condiciones Particulares.

El Asegurador garantiza:

- 1) La redacción, presentación y tramitación de los escritos de alegaciones y de los recursos que procedan en vía administrativa.
- 2) La defensa del Asegurado en vía judicial, siempre que la cuantía discutida fuera superior a la mínima litigiosa establecida en las Condiciones Particulares, implicara el cierre del local o el cese de la actividad.

No se garantiza:

- 1) La defensa ante sanciones que se califiquen como muy graves.
- 2) La asistencia durante la actividad inspectora.

Objeto y extensión del seguro

- 3) La defensa por actas levantadas con motivo de enfermedades profesionales sufridas por los empleados del Asegurado.
- 4) La defensa por incumplimiento de los deberes de afiliación, alta y cotización a la Seguridad Social.

15.1.2.2. Reclamación de los derechos laborales del empresario autónomo económicamente dependiente

El Asegurador garantiza la reclamación de los derechos del Asegurado que tuviera la consideración de trabajador autónomo económicamente dependiente, frente a la empresa para la que principalmente preste sus servicios, por aquellos conflictos laborales de carácter individual, de cuya tramitación sea competente la jurisdicción social. Se garantiza la reclamación amistosamente y en vía judicial.

15.1.2.3. Reclamación de prestaciones sociales contributivas del empresario

El Asegurador garantiza la reclamación de las prestaciones sociales contributivas de las que el Asegurado, Administrador o autónomos colaboradores sean beneficiarios y les hayan sido previamente denegadas (tales como los derechos derivados de la pensión de invalidez, viudedad y o jubilación), frente al Instituto Nacional de la Seguridad Social y Mutualidades de Previsión Social.

El Asegurado que dejó de prestar sus servicios para la empresa asegurada no perderá tal condición si se cumplen las siguientes condiciones:

- 1) Que hubiera cesado en la prestación de los servicios en la empresa asegurada hallándose el contrato en vigor.
- 2) Que le hubiera sido denegada la prestación contributiva durante el año siguiente al cese de sus servicios.
- 3) Que durante el tiempo transcurrido entre el cese de sus servicios y la denegación de la prestación no hubiera prestado sus servicios para otra empresa ni hubiera ejercido actividad económica alguna por cuenta propia.

Se garantiza la reclamación en vía administrativa y en vía judicial.

15.1.3. Garantías Trabajadores por cuenta ajena:

15.1.3.1. Defensa de derechos laborales

El Asegurador garantiza la reclamación de los derechos del Asegurado en su calidad de trabajador por cuenta ajena o como trabajador autónomo económicamente dependiente en los siguientes conflictos:

- 1) Frente a la empresa privada u organismos públicos para la que preste sus servicios, por aquellos conflictos laborales de carácter individual, de cuya tramitación sea competente la jurisdicción social.

Cuando no sea competente la jurisdicción social, esta garantía se limitará al trámite de instrucción del expediente y recursos que procedan únicamente en vía administrativa. **Queda excluida la vía contencioso-administrativa.**

No tendrán cobertura la reclamación de los derechos derivados de contratos laborales de carácter especial, salvo que expresamente se pacte en las Condiciones Particulares.

- 2) Frente al Instituto Nacional de la Seguridad Social o Mutualidades de Previsión Social, en reclamación de aquellas prestaciones sociales contributivas de las que el Asegurado sea beneficiario, y le hayan sido previamente denegadas, tales como los derechos derivados de la pensión de invalidez, viudedad o jubilación.

15.1.4. Garantías Funcionarios

15.1.4.1. Defensa de los derechos de los empleados públicos en procedimientos disciplinarios

El Asegurador garantiza la defensa de los derechos del Asegurado en los conflictos individuales de naturaleza disciplinaria, frente a la Administración Pública, empresa pública u organismo público para el que preste sus servicios.

El Asegurador garantiza:

- 1) La redacción, presentación y tramitación de los escritos de alegaciones y de los recursos que procedan en vía administrativa.
- 2) La defensa del Asegurado en vía judicial o, en su caso, ante el tribunal militar, siempre que la cuantía discutida fuera superior a la mínima litigiosa establecida en las Condiciones Particulares o se hubiere impuesto al Asegurado una sanción de suspensión temporal de empleo y sueldo por el plazo superior al que, en su caso, se indicara en Condiciones Particulares.

En aquellos casos en que el expediente disciplinario se siguiera por las causas que se detallan a continuación, el Asegurador se hará cargo de la defensa del Asegurado; no obstante, si finalmente el Asegurado fuese condenado por esos hechos, el Asegurado estará obligado a reembolsar a el Asegurador todos los gastos de defensa jurídica en que hubiera incurrido:

- 1) Agresiones físicas de los Asegurados a sus superiores, otros funcionarios y/o al resto de ciudadanos.
- 2) Agresiones verbales graves y faltas de respeto graves de los Asegurados a sus superiores, otros funcionarios y/o al resto de ciudadanos
- 3) Actuaciones discriminatorias o de acoso por razón de origen racial o étnico, religión o convicciones, discapacidad, edad u orientación sexual, lengua, opinión, sexo o cualquier otra circunstancia personal o social.

El Asegurador no garantiza:

- 1) La defensa ante la corrección disciplinaria de despido, la separación definitiva del servicio, la revocación de su nombramiento o pérdida de su condición de funcionario o militar.
- 2) En caso de que el Asegurado tuviera la condición de empleado en régimen laboral, la defensa de los derechos derivados de contratos laborales de carácter especial salvo que expresamente se pacte en las Condiciones Particulares.

15.2. Ámbito geográfico

Quedan cubiertos los siniestros ocurridos en España siempre y cuando sea competente la jurisdicción española para conocer el caso.

Objeto y extensión del seguro

15.3. Suma asegurada de los gastos de defensa jurídica

Para las garantías de defensa jurídica, el Asegurador presta el servicio y asume los gastos, **hasta el importe máximo por siniestro y año, que asciende a 6.000 € por siniestro.**

Se establece un **importe mínimo litigioso de 300 €.**

Cuando el asegurado nombre abogado y procurador de su elección en el ejercicio de su derecho a la libre elección de profesionales, la suma asegurada para cubrir todos los gastos garantizados tiene un **límite máximo de 3.000 €.**

Para las garantías de prestaciones económicas se fijan los límites establecidos en las propias garantías.

Tratándose de hechos que tengan una misma causa, a los efectos de la suma máxima asegurada serán considerados como un siniestro único.

15.4. Siniestros sin cobertura y exclusiones

Dentro de los límites establecidos en la Ley y en este contrato, los gastos que el Asegurador está obligado a pagar son los siguientes:

- 1) Los gastos notariales de otorgamiento de poderes para pleitos (si fueran precisos), así como los de actas, requerimientos y otros necesarios para la defensa de los intereses del Asegurado (previamente aceptados por el Asegurador).
- 2) Los honorarios de abogado en cualquier procedimiento garantizado (judicial, administrativo o en un medio adecuado de solución de controversias).
- 3) Los derechos y gastos arancelarios de procurador **en los procedimientos en que su intervención sea legalmente preceptiva.**
- 4) Los honorarios y gastos de peritos **designados o autorizados por el Asegurador.**
- 5) Las costas judiciales derivadas de la tramitación de los procedimientos garantizados.
- 6) Los gastos por la adopción de medidas cautelares en procedimientos garantizados.
- 7) Las tasas judiciales derivadas de la tramitación de los procedimientos garantizados.
- 8) Los gastos que el Asegurador autorice y estime convenientes para acreditar los derechos del Asegurado y garantizar la viabilidad de sus acciones, tales como el coste de atestados policiales, certificados de tráfico o notas del Registro de la Propiedad.
- 9) En procesos penales garantizados, la prestación de las fianzas exigidas para conseguir la libertad provisional del Asegurado, avalar su presentación a juicio y/o responder del pago de las costas judiciales.
- 10) En conflictos garantizados, el coste de la sesión informativa así como los honorarios del mediador que interviniera, siempre que la Mediación esté establecida por la Ley como forma obligatoria de resolver un conflicto, un Juzgado inste a las partes a intentar una Mediación, la garantía expresamente lo contemple, exista una cláusula contractual que obligue a las partes a someter la controversia a una Mediación o, a la vista de la tipología de conflicto, sea ofrecida por el Asegurador como forma de solucionar el conflicto.
- 11) En conflictos garantizados, los honorarios notariales correspondientes a la elevación a Escritura

Pública de los acuerdos alcanzados entre las partes mediante una Mediación.

- 12) En los casos en que exista una cláusula contractual (incluida inicialmente en un contrato) que obligue a las partes a someter una posible controversia a arbitraje, en los conflictos garantizados quedan cubiertos los gastos de arbitraje que fueran a cargo del Asegurado. Se considerarán gastos de arbitraje los siguientes: los de apertura y registro del expediente, los honorarios de los árbitros y los gastos administrativos.
- 13) Gastos de cerrajero necesarios para proceder a la apertura del inmueble asegurado, en el momento de procederse al desalojo. Se incluye también el importe de sustitución de la cerradura por una de similares características a la existente.
- 14) Los gastos derivados de la ejecución judicial forzosa de sentencias o títulos ejecutivos que reconozcan derechos al Asegurado, con un máximo de cuatro instancias dirigidas al órgano judicial a fin de que proceda a la investigación judicial del patrimonio del ejecutado, y durante un periodo máximo de cinco años desde la firmeza de aquellos.
- 15) Cualquier otro gasto especificado en las Condiciones Particulares.

Gastos no cubiertos

- 1) **El pago de multas o sanciones.**
- 2) **Las indemnizaciones civiles.**
- 3) **Los tributos u otros pagos de carácter fiscal, que deriven de la presentación de documentos públicos o privados ante los organismos oficiales.**
- 4) **Los gastos que sean consecuencia de una acumulación o reconvención judicial, cuando estos se refieran a materias no comprendidas en las coberturas garantizadas.**
- 5) **Los gastos de defensa de la responsabilidad civil,** salvo que se hubiera pactado expresamente su cobertura en las Condiciones Particulares.
- 6) **La prestación de fianzas destinadas a responder del pago de indemnizaciones civiles o al pago de multas.**
- 7) **Los derivados de la intervención de profesionales, cuya elección no ha sido comunicada previamente a el Asegurador.**
- 8) **Los gastos de desplazamiento, alojamiento y manutención del Asegurado, peritos o testigos, cuya finalidad sea la de asistir al Juzgado,** salvo que se hubiera pactado expresamente su cobertura en alguna garantía.
- 9) **Cualquier otro no incluido en este contrato de seguro.**

Exclusiones:

Están excluidos de la cobertura del contrato de seguro:

- 1) **Las reclamaciones (o la defensa ante la reclamación) que puedan formularse entre sí los Asegurados en este contrato, salvo para aquellas garantías en las que expresamente se indique lo contrario.**

Objeto y extensión del seguro

- 2) La reclamación que el Asegurado pudiera formular contra el Asegurador o la defensa del Asegurado ante una reclamación que le formule el Asegurador.
- 3) La defensa y reclamación en procedimientos concursales.
- 4) Los asuntos que deban seguirse ante tribunales internacionales o ante el Tribunal Constitucional, salvo el recurso de amparo por vulneración de derechos fundamentales y libertades públicas contra decisiones judiciales.
- 5) La reclamación de daños morales o patrimoniales que no deriven o sean consecuencia de un daño material o corporal.
- 6) La defensa y reclamación en conflictos relacionados con el contrato de arrendamiento.
- 7) La defensa y reclamación en conflictos relacionados con la administración de propiedades, activos, acciones, contratos de juego y apuestas y negocios especulativos.
- 8) La defensa y reclamación en conflictos relacionados con huelgas, cierres patronales, así como los derivados de decisiones y conflictos de carácter colectivo o cuya impugnación pueda realizarse a través de los cauces del conflicto colectivo.
- 9) Las reclamaciones contra el causante del hecho que da lugar a la cobertura que sea, respecto del Asegurado, pariente en línea directa o colateral dentro del tercer grado civil por consanguinidad o afinidad (o la defensa ante la reclamación).
- 10) La defensa y reclamación en materia de urbanismo y expropiación.
- 11) La defensa y reclamación en conflictos derivados de la participación del Asegurado en entrenamientos, competiciones o pruebas deportivas relacionadas con el motor.
- 12) La reclamación y defensa civil y penal por daños relacionados con embarcaciones o aeronaves de los que sean titulares o piloten los Asegurados de este contrato.
- 13) La reclamación y defensa civil y penal por daños relacionados con vehículos de motor, de los que sean titulares o conduzcan los Asegurados de este contrato, sus empleados o autónomos colaboradores, con ocasión del ejercicio de acciones por hechos de la circulación.
- 14) Con las salvedades que, de forma expresa se mencionen en las garantías, la defensa y reclamación en conflictos que tengan su origen o estén relacionados con el proyecto, construcción, transformación, derribo o reforma del inmueble o instalaciones de cualquiera de los inmuebles sobre los que ostente un derecho de propiedad o usufructo.

15.5. Ámbito temporal

Quedan cubiertos los siniestros que hayan ocurrido durante la vigencia de la póliza y comunicados a el Asegurador de forma fehaciente antes de que transcurran dos años a contar desde la fecha de su ocurrencia.

Se establece un **periodo de carencia de tres meses desde la fecha de efecto de la póliza**, plazo durante el cual no se puede disfrutar todavía de la cobertura en todos los conflictos derivados de un contrato.

A los efectos de la cobertura de esta póliza, se entiende que los siniestros han ocurrido en las siguientes fechas:

- 1) Para las garantías de asesoramiento jurídico a distancia la garantía tiene efectividad para aquellas cuestiones

que deriven de hechos producidos o que fueren conocidos por el Asegurado tras el efecto del contrato.

- 2) En los supuestos de reclamaciones de daños por culpa no contractual, se considera ocurrido el incidente en el momento en que se ha efectuado la acción u omisión que ha ocasionado el daño. En el caso de daños continuados (es decir, los que se producen de forma sucesiva como consecuencia de una causa no reparada o deficientemente reparada), se considera que el incidente ha ocurrido en el momento en que se ha manifestado por primera vez el daño.
- 3) Para la garantía de Reclamación frente a la Seguridad Social por denegación de derechos sobre las prestaciones de incapacidad, viudedad y orfandad, se considerará ocurrido el conflicto legal en la fecha de denegación de la prestación.
- 4) Para la tramitación de prestaciones por incapacidad, viudedad u orfandad, se considera ocurrido el conflicto en el momento del fallecimiento del Asegurado.
- 5) En las infracciones penales o en las cuestiones administrativas para las que no se ha establecido un ámbito temporal específico se considerará ocurrido el conflicto legal en el momento en que se ha realizado, o se pretende que se ha realizado, el hecho punible o sancionable.
- 6) En los supuestos de culpa o incumplimiento contractual para los que no se ha establecido un ámbito temporal específico, el conflicto legal se entiende producido en el momento que se ha producido, iniciado o se pretende que se ha iniciado, el incumplimiento de las disposiciones contractuales.
- 7) Para otras garantías, el conflicto legal se entiende producido en el momento en que se ha iniciado la perturbación de derechos del Asegurado.

15.6. Libre elección de abogado y procurador

El Asegurado tiene derecho a elegir libremente el abogado y el procurador (de ser necesario), que hayan de defenderle y/o representarle en cualquier clase de procedimiento a través de un medio adecuado de solución de controversias, en un procedimiento judicial o en un procedimiento administrativo.

El Asegurador se hará cargo de los honorarios y gastos indicados en el artículo "Gastos Cubiertos" **hasta el máximo establecido como suma asegurada en las Condiciones Particulares**.

Antes de que el Asegurado proceda a efectuar la designa, el Asegurador debe haber tenido oportunidad de estudiar el siniestro y concluir que los hechos declarados están cubiertos y la acción que se pretende iniciar es viable. También deberá haber podido efectuar las gestiones extrajudiciales.

El Asegurado comunicará a el Asegurador el nombre del abogado y/o el procurador elegidos.

El Asegurador podrá recusar justificadamente al profesional designado y, de subsistir la controversia, el conflicto se solucionará mediante un arbitraje.

De igual modo el Asegurado está obligado a facilitar toda aquella información y documentación que el Asegurador le solicite, tanto para determinar la cobertura y la viabilidad, como para conocer el estado del procedimiento iniciado y su resultado.

El abogado y el procurador designados por el Asegurado no estarán sujetos, en ningún caso, a las instrucciones de el Asegurador.

El Asegurado tiene derecho a pactar con el abogado escogido los honorarios que libremente acuerde, aunque

Objeto y extensión del seguro

excedieran notoriamente de lo habitual para casos similares.

Sin perjuicio de lo anterior, el Asegurador reembolsará al Asegurado los honorarios pagados hasta el equivalente al precio medio de mercado, sin que en ningún caso pueda superarse el **máximo de la suma asegurada indicada en las Condiciones Particulares**, siendo a cargo del Asegurado el exceso.

Ese “precio medio de mercado” se verá reducido o incrementado, teniendo en consideración los siguientes criterios:

- El trabajo efectivamente realizado.
- La complejidad jurídica del asunto y/o la laboriosidad del caso o la prueba practicada.
- El resultado obtenido.
- Lo que en casos similares cobran otros abogados.

En los casos en los que la intervención del procurador fuera obligatoria por Ley, los honorarios y gastos por su actuación se le reembolsarán de acuerdo con los aranceles legalmente aplicables, **hasta la suma máxima asegurada indicada en Condiciones Particulares**.

Para hacer efectivo el reembolso, el Asegurado deberá aportar justificación del presupuesto pactado con el profesional (hoja de encargo), la factura y el pago, así como cualquier otra documentación que el Asegurador le solicite. El Asegurado podrá optar por que las facturas de abogado y/o procurador se abonen a estos profesionales directamente.

En el caso de que el abogado y/o el procurador escogidos no residieran en el partido judicial donde deba seguirse el procedimiento, serán a cargo del Asegurado los gastos y honorarios que se facturen en concepto de desplazamiento, estancia y manutención.

Si, por elección del Asegurado, interviniera en el procedimiento más de un abogado y/o procurador, el Asegurador satisfará como máximo los honorarios equivalentes a la intervención de uno solo de ellos.

Para el supuesto en que sean impuestas las costas del procedimiento al contrario y los honorarios de abogado y procurador sean atendidos por este, el Asegurador quedará exonerado de su pago, en el caso de que todavía no los hubiera pagado, o podrá exigir la devolución del importe abonado, para el caso de que sí lo hubiera hecho.

15.7. Conflicto de Intereses

Existe conflicto de intereses si el Asegurador tiene que defender intereses contrarios a los del Asegurado. En este caso, se lo comunicará al Asegurado, realizando no obstante aquellas gestiones urgentes que sean necesarias para la defensa de sus derechos e intereses. Efectuada esta comunicación, el Asegurado podrá optar entre mantener la dirección jurídica por el Asegurador o confiarla a un abogado y/o un procurador de libre elección.

Las partes podrán someter a arbitraje sus divergencias sobre la interpretación de este contrato, en los términos previstos legalmente y sin perjuicio de poder acudir a los tribunales competentes. Este arbitraje no es obligatorio ni automático y la designación de árbitro no podrá hacerse antes de que surja la cuestión disputada.

16. Asesoramiento y gestión de sucesiones

16.1. Descripción del servicio

16.1.1. Gestión del proceso de testamento

OCASO asumirá la gestión del proceso testamentario extrajudicial así como el asesoramiento previo al Asegurado. El horario de atención para la prestación de este servicio es de 9 a 19 horas de lunes a viernes, excepto festivos de carácter nacional.

16.1.1.1. Los servicios incluidos son:

- Atención personalizada al Asegurado y a los Beneficiarios de la póliza.
- Asesoramiento telefónico al Asegurado y a los Beneficiarios de la póliza en todo lo relacionado con la legislación sobre sucesiones, incluyendo el otorgamiento de testamento.
- Asesoramiento sobre el otorgamiento del testamento.
- Obtención de todos los certificados necesarios:
 - Defunción.
 - Nacimiento.
 - Matrimonio o convivencia.
 - Fe de vida.
- Registro de actos de últimas voluntades.
- Trámites en el INSS: baja, auxilio por defunción, altas del cónyuge y otros Beneficiarios.
- Anotación de fallecimiento en el Libro de Familia.
- Tramitación de las pensiones de viudedad y orfandad.
- Solicitud de nombramiento de defensor judicial en caso de incapacitados o menores.
- Consulta al Registro de Contratos de Seguro de cobertura de fallecimiento.
- Asesoramiento en la tramitación sucesoria no litigiosa:
 - Copia del último testamento.
 - Apertura del testamento.
 - Determinación del caudal hereditario.
 - Adjudicación y partición de la herencia.
- Tramitación de declaración de herederos abintestato.
- Tramitación de la carta de pago.
- Liquidación del impuesto de sucesiones y demás obligaciones fiscales.
- Liquidación de Impuesto sobre el Incremento del Valor de los terrenos de Naturaleza Urbana “Plusvalía Mortis Causa”.
- Inscripción registral de las propiedades y vehículos que integren el caudal hereditario.

Objeto y extensión del seguro

16.1.1.2. Los costes incluidos dentro del servicio son:

- Honorarios de abogados.
- Honorarios de gestores administrativos. Honorarios de procurador.
- Tasas por la obtención de certificados. Gastos de desplazamiento y mensajería.

16.1.1.3. Los costes que no están incluidos dentro del servicio son:

- Impuestos de todo tipo.
- Honorarios de Notaría.
- Honorarios de Registros.
- Cualquier otro gasto o tasa no incluida entre los gastos asumidos por el Asegurador.

El límite máximo para esta garantía en caso de libre elección de abogado y procurador, será de 1.500€ por Asegurado y año, con independencia del número de Beneficiarios.

Se excluyen los procesos testamentarios en los que se produzca un conflicto de intereses entre los Beneficiarios, así como todos aquellos en los que sea preciso iniciar un procedimiento judicial, a excepción de la solicitud de nombramiento de defensor judicial. En caso de conflicto de intereses se limitaría el servicio a la prestación de asesoramiento telefónico general a todos los Beneficiarios del procedimiento sucesorio.

16.1.2. Elección de Abogado y Procurador

El Asegurado tendrá derecho a elegir libremente al procurador y abogado que hayan de representarle y defenderle en cualquier clase de procedimiento, trámite o gestión cubierta por esta garantía. En el supuesto de que el abogado elegido no resida en el partido judicial donde haya de sustanciarse el procedimiento o realizarse la gestión base de la prestación garantizada, serán a cargo del Asegurado los gastos y honorarios o desplazamientos que dicho profesional incluya en su minuta. El Asegurado tendrá, asimismo, derecho a la libre elección de abogado y procurador en los casos en que se presente conflicto de intereses entre las partes del contrato. El abogado y procurador designados por el Asegurado no estarán sujetos, en ningún caso, a las instrucciones del Asegurador. Antes de su nombramiento, el Asegurado comunicará al Asegurador el nombre del abogado y procurador elegido. Los honorarios máximos aplicables serán los fijados como orientativos por el Colegio Profesional correspondiente hasta el límite cuantitativo establecido en estas condiciones.

Los derechos del procurador, cuando su intervención sea preceptiva, serán abonados conforme al arancel o baremo.

16.1.3. Gestión del final de la vida digital

Este servicio permite a los herederos legales del Asegurado fallecido solicitar la liquidación de la presencia de éste en Internet. Entre otros, se incluye la revisión y cierre de:

- Presencia en redes sociales.
- Presencia en redes profesionales Blogs.
- Cuentas de correo electrónico.

16.1.3.1. Los servicios incluidos son:

- Revisión, mediante todas las sesiones de control remoto necesarias, de todos los dispositivos tecnológicos que utilizaba el fallecido como PC's, netbooks, portátiles, blackberry, etc. incluyendo la copia o borrado de archivos, la desinstalación de programas o el formateo de los dispositivos.
- En caso de resultar necesario, presencia de un técnico en el domicilio del Asegurado para la realización de estas tareas, en horario laborable, con un límite de 5 horas. Este servicio a domicilio no supondrá ningún coste adicional.

16.1.3.2. Exención de responsabilidad

La prestación del servicio resulta imposible si los familiares no disponen de las claves de acceso a correos electrónicos, páginas webs, redes sociales o foros de cualquier tipo.

El Asegurador declina cualquier responsabilidad sobre el tipo de información almacenada o recuperada así como de la pérdida de información por causas ajenas al control del Asegurador.

Se excluye la prestación del servicio en caso de conflicto entre los herederos legales del Asegurado.

16.1.3.3. Duración de la garantía

La duración de la garantía será de un año. A la expiración del primer período anual, la cobertura se entenderá prorrogada por una nueva anualidad, salvo que alguna de las partes contratantes comunique a la otra, por escrito y con dos meses de antelación, su deseo de no mantener contratada esta garantía.

16.1.3.4. Obligaciones de los Beneficiarios

Los Beneficiarios de la póliza se obligan a colaborar con el Asegurador en todas las gestiones relacionadas con la tramitación del proceso sucesorio facilitando toda la documentación requerida dentro de los plazos establecidos legalmente para cada una de estas gestiones.

16.1.3.5. Resolución de conflictos

En caso de producirse un conflicto de intereses entre las partes, el Asegurador comunicará tal circunstancia al Asegurado, a fin de que éste pueda decidir sobre la designación del abogado o procurador que estime conveniente para la defensa de sus intereses.

El Asegurado tendrá derecho a someter a arbitraje cualquier diferencia que pueda surgir entre él y el Asegurador sobre el contrato de seguro. La designación de árbitros no podrá hacerse antes de que surja la cuestión disputada.

17. Duración del seguro

Será de un año y a la expiración del primer periodo anual se entenderá prorrogado por un nuevo periodo y así sucesivamente hasta que termine la anualidad en la que el Asegurado cumpla 70 años, salvo que alguna de las partes contratantes comunique a la otra, por escrito y con un mes de antelación al vencimiento anual si es el Tomador y 2 meses si es el Asegurador, su deseo de no mantener vigente el seguro.

Objeto y extensión del seguro

18. Revalorización de Sumas Aseguradas y primas

Tanto las Sumas Aseguradas como las primas de las distintas garantías incluidas se revalorizarán en cada vencimiento anual, en el tanto por ciento que se indica en las condiciones particulares del contrato. El incremento por revalorización será constante y su importe se obtendrá por aplicación del porcentaje sobre las primas y Sumas Aseguradas en el inicio.

Esta revalorización no será de aplicación a las garantías de asistencia en viaje, ayuda día a día, defensa jurídica y asesoramiento y gestión en sucesiones.

19. Agravaciones o disminuciones del riesgo

El Asegurado deberá durante el curso del contrato comunicar al Asegurador, tan pronto como le sea posible el cambio de actividad laboral que realiza y aquellas otras circunstancias contempladas en el cuestionario de la solicitud que modifiquen el riesgo, procediéndose a modificar la prima y las garantías según corresponda.

20. Exclusiones por causas accidentales

Quedan excluidas las actividades notoriamente peligrosas como el transporte aéreo, transporte de materias peligrosas (explosivos, líquidos inflamables y similares), trabajos con uso de moto, tauromaquia, actividades acrobáticas, práctica de deporte de forma profesional, trabajos en minas, pozos o galerías subterráneas, así como trabajos con utilización de explosivos, expediciones científicas, actividades submarinas, venta ambulante, entre otros.

Se excluye la práctica de cualquier deporte si el Asegurado se encuentra federado, así como la práctica de deporte de forma profesional. Asimismo, los deportes indicados a continuación también se encuentran excluidos: alpinismo, apnea, artes marciales mixtas (MMA), automovilismo, boxeo, deportes acuáticos en aguas bravas, deportes aéreos, espeleología, esquí o snowboard freestyle o fuera de pista, escalada deportiva, judo, lucha libre, motociclismo, skateboarding, submarinismo, taekwondo, entre otros.

Los accidentes sufridos por el Asegurado en situación de enajenación mental o por estar embriagado o bajo el efecto de drogas o estupefacientes no prescritos por el médico.

Los hechos que no se consideren accidente de acuerdo con lo estipulado en las presentes Condiciones Generales.

Los accidentes provocados intencionadamente por el Asegurado, el suicidio o tentativa de suicidio y las autolesiones.

Los accidentes que tengan lugar conduciendo vehículos a motor si el Asegurado no posee la autorización administrativa correspondiente y los resultantes de usar cualquier medio de navegación aérea en condiciones distintas a las de pasajero ordinario en líneas regulares o vuelos charter en aviones de más de 20 pasajeros.

Los accidentes que se produzcan como consecuencia de guerra, invasión, hostilidades (haya o no declaración de guerra) rebeliones, revoluciones, insurrección o usurpación del poder, huelgas, motines, así como los provocados por las fuerzas de la naturaleza como terremotos, inundaciones, huracanes, erupciones volcánicas y demás eventos similares, al margen de que, si se consideran de carácter de extraordinarios, los indemnice el Consorcio de Compensación de Seguros.

Los accidentes derivados de un acto de imprudencia temeraria o culpa grave del Asegurado y de su participación en actos delictivos, en apuestas, desafíos o riñas.

Las lesiones o el fallecimiento por intoxicación o envenenamiento por ingestión de productos, intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos no motivados por un accidente cubierto, reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva, insolaciones, congelaciones y otros efectos de la temperatura a los que no esté expuesto el Asegurado como consecuencia de un accidente cubierto.

En ningún caso serán objeto de cobertura, incluso si está cubierto el accidente que los motive, las hernias de cualquier clase, las consecuencias de los esfuerzos musculares o lumbago, las varices y los infartos de cualquier territorio o tejido vascularizado, así como cualquier tipo de contusiones, aplastamientos y traumatismos, salvo el traumatismo craneoencefálico con afectación parenquima cerebral grave reflejado en el baremo.

Salvo que expresamente se incluyan y, en su caso, se abone la sobreprima correspondiente, quedan excluidos del seguro los accidentes que se produzcan por el uso de motocicletas o ciclomotores como conductor, la práctica como profesional de cualquier deporte y la práctica como aficionado de deportes no declarados en el cuestionario.

21. Exclusiones por enfermedad

Los derivados de las enfermedades, defectos físicos o malformaciones preexistentes y/o congénitas, por accidentes o enfermedades ocurridas antes de incluir al Asegurado en la póliza, así como los derivados de aquellos, salvo si el Asegurado o el Tomador del Seguro los han declarado y el Asegurador los ha aceptado.

Las enfermedades crónicas contraídas antes de la entrada en vigor de la póliza.

Los procesos patológicos manifestados exclusivamente por dolores, algias o vértigos, es decir, sin otros síntomas objetivos médicamente comprobables.

Las lesiones y enfermedades derivadas de alteraciones o defectos musculoesqueléticos como: cervicalgias, dorsalgias, lumbalgias y lumbociáticas.

La cirugía plástica y reparadora, con intención fundamentalmente estética, salvo que sea como consecuencia de un accidente sobrevenido durante la vigencia del seguro.

Las esterilizaciones para ambos sexos y el estudio o tratamiento de la esterilidad, así como el cambio de sexo.

Las curas de reposo, adelgazamiento y exámenes de estado de salud.

Las infecciones respiratorias leves, virosis, crisis asmática, bronquitis y asma bronquial. Diarrea y estreñimiento no complicado. Cefaleas vasculares, psicógenas e inespecíficas, micosis superficiales y cutáneas; infecciones cutáneas leves, rinitis alérgicas y urticarias. Artritis inflamatoria traumática, dismenorrea. Hepatitis crónica. enfermedades de las uñas.

Las patologías ocasionadas o desencadenadas por el estrés. Dentro de estas exclusiones se incluyen además las reagudizaciones, secuelas, complicaciones y tratamientos específicos.

Todas las patologías psíquicas.

22. Nulidad del contrato

El contrato será nulo cuando al concertarse:

El Asegurado sea mayor de 70 años.

El Asegurado sea menor de 14 años en cuanto al riesgo de fallecimiento se refiere.

Cuando el Asegurado a la fecha de solicitud de alta en el seguro se encuentre en situación de incapacidad temporal o tramitando la solicitud de declaración de invalidez, en cualquiera de sus grados, ante cualquier organismo de la Seguridad Social o, en su caso, ante el órgano de la comunidad autónoma que resulte competente.

Salvo mención expresa en contrario, se entenderá en euros cualquier importe económico mencionado en el presente contrato.

El presente contrato se regirá por la legislación española y en concreto por la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, por la 20/15 de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de entidades aseguradoras y, su reglamento y por la normativa específica que sea aplicable.

Es de aplicación la cláusula de indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios en seguros de personas.

En caso de siniestro es preciso contactar con **Línea Directa Asistencia OCASO**, donde recibirá información evitando desplazamientos innecesarios y aclararemos las acciones a tomar en cada caso:

Teléfono:

Estamos disponibles las 24 horas del día.

917 039 010

Cláusula de indemnización del Consorcio

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

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

El Consorcio de Compensación de Seguros pagará 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, cuando el Tomador haya satisfecho los correspondientes recargos a su favor y se de 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, la Entidad Aseguradora no pueda cumplir sus obligaciones por haberse declarado 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 dicho 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 vayan precedidos de 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 apdo. 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 se deban manifiestamente a la acción del agua de lluvia que, a su vez, haya provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produzcan simultáneamente 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 en el transcurso de huelgas legales, salvo que dichas actuaciones puedan calificarse de acontecimientos extraordinarios de los señalados en el apdo. 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 esté suspendida o el seguro quede extinguido por impago 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 un fondo acumulado, 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 el fondo acumulado que deba constituir la Entidad Aseguradora que la haya emitido. El importe correspondiente al fondo acumulado lo pagará dicha 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 deberá presentarla el Tomador del Seguro, el Asegurado o el Beneficiario de la póliza, o quien actúe por cuenta y nombre de los anteriores, o la Entidad Aseguradora o el mediador de seguros que haya intervenido en la gestión del seguro.

Cláusula de indemnización del Consorcio

- 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: El Consorcio de Compensación de Seguros valorará los daños indemnizables con arreglo a la legislación de seguros y al contenido de la póliza de seguro, sin quedar vinculado por las valoraciones que, en su caso, haya realizado la Entidad Aseguradora que cubra los riesgos ordinarios.
- 4) Abono de la indemnización:
- 5) El Consorcio de Compensación de Seguros realizará el pago de la indemnización al Beneficiario del Seguro mediante transferencia bancaria.

Modelo:

OV1

Versión del documento:

CCGG-OCASO_Accidentes_ES - 09/26

Seguros que acompañan, pase lo que pase.



Hogar



Vida



Decesos



Accidentes



Ahorro e Inversión



Animales



Comunidades

Todos nuestros seguros en www.ocaso.es

