

Condiciones Generales

OCASO

Vida.



www.ocado.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 Ley 20/15 de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y 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.

Garantía OCASO

CAPITAL SOCIAL

400.000.000 € totalmente desembolsado

Domicilio Social: Princesa, 23. 28008 Madrid. Teléfono: 915 380 100. E-Mail: ocaso@ocaso.es
Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, tomo 3773, folio 33, sección 8, hoja M-62817 - CIF: A-28016608



Contacto

En caso de siniestro:

Teléfono gratuito 24 horas

91 703 90 10

Otras garantías:

Acceso a servicios adicionales

ASISTENCIA VIDA DIARIA

91 703 90 27

ASISTENCIA PSICOLÓGICA

91 703 90 27

ATENCIÓN MÉDICA

clientes.ocaso.es

91 703 90 24

SERVICIO DENTAL

clientes.ocaso.es

91 703 90 24

ASESORAMIENTO Y GESTIÓN DE SUCESIONES

91 703 90 10



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 32 00 32

91 703 90 09

Fallecimiento

Cubre el fallecimiento del Asegurado siempre que ocurra en la duración establecida en el seguro. Una vez ocurrido el evento el Beneficiario designado en la póliza recibe la cantidad previamente pactada.

Página 8

Fallecimiento por accidente y accidente de circulación

En caso de contar con estas coberturas, el Beneficiario recibirá un capital adicional en caso de fallecimiento del Asegurado a causa de un accidente o accidente de circulación.

Página 8

Invalidez

OCASO Vida dispone de tres coberturas complementarias a la ganaría principal para brindar protección económica al Asegurado en caso de:

+ Invalidez permanente y absoluta

Página 9

+ Invalidez permanente y absoluta en caso de accidente

Página 10

+ Invalidez permanente y absoluta en caso de accidente de circulación

Página 10



Cáncer

Con esta cobertura el Asegurado o Asegurada percibirá el capital establecido en las Condiciones Particulares en caso de ser diagnosticado:

+ Cáncer femenino: mama, pulmón o colon

Página 11

+ Cáncer masculino: próstata, pulmón o colon

Página 12

Servicios complementarios

Asistencia en Vida diaria

Esta garantía incluye servicios de acompañamiento y cuidados en caso de hospitalización o inmovilización en el domicilio a causa de un accidente o enfermedad del Asegurado para ayudarlo a recuperar la normalidad.

Página 14



Atención médico dental



Atención médica: Videoconsulta para urgencias y con especialistas, segunda opinión internacional y acceso a consultas presenciales a precios especiales.

Página 19



Servicio dental: Más de 50 servicios gratuitos, urgencias dentales, plan de salud bucal infantil, etc.

Página 23



Asistencia psicológica

Orientación y asesoramiento de tipo psicológico en situaciones de tensión emocional, malestar, dudas o preocupaciones.

Página 18

Gestión de sucesiones

Servicios para que el Asegurado y los Beneficiarios de su póliza tengan todo el apoyo que necesitan durante la gestión del proceso testamentario. Incluye atención personalizada, asesoramiento especializado, elección de abogado y procurador y gestión de la vida digital, entre otros beneficios.

Página 25

A los efectos de este contrato se entiende por:

1. Asegurador

OCASO, S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros (en adelante, "OCASO"), que como Entidad Aseguradora, asume el riesgo contractualmente pactado.

2. Tomador del seguro

La persona física o jurídica que, junto con el Asegurador, suscribe este contrato.

3. Asegurado

La persona física sobre cuya vida o integridad corporal se estipula el seguro.

4. Beneficiario

La persona o personas físicas o jurídicas, titulares del derecho a la prestación.

El Beneficiario en caso de fallecimiento del Asegurado será el designado en las Condiciones Particulares. Salvo designación expresa en las citadas Condiciones Particulares, el Beneficiario para las garantías de invalidez y cáncer será el propio Asegurado.

5. Póliza

El documento que contiene las condiciones reguladoras del seguro.

Forman parte integrante de la póliza: las condiciones generales y especiales si las hubiere; las particulares que individualizan el riesgo, y en su caso, la solicitud de seguro, las declaraciones de salud, las pruebas médicas, los suplementos y los apéndices que se emitan a la misma para complementarla o modificarla.

6. Prima

Es el precio del seguro. El recibo contendrá, además, los recargos e impuestos que sean de legal aplicación, en su caso.

7. Edad a efectos del seguro

La que tenga el Asegurado en la fecha de cumpleaños más próxima al día en que la póliza comienza a tener efecto y en cada aniversario de la misma.

8. Suma asegurada

El límite máximo de indemnización del Asegurador.

9. Siniestro

La ocurrencia del hecho que, amparado por la póliza, obliga al Asegurador al pago de la suma asegurada o a la prestación prevista en el contrato

10. Suicidio

El fallecimiento causado consciente y voluntariamente por el propio Asegurado.

Fallecimiento

1. Delimitación de la garantía

El Asegurador, al producirse el fallecimiento del Asegurado, se obliga a pagar al Beneficiario designado el capital garantizado si ocurre dentro de la duración establecida para el seguro. Si el Asegurado vive al término de dicho plazo queda anulado el seguro y las primas pagadas a favor del Asegurador.

Durante el primer año de vigencia del contrato el Asegurador no cubre el riesgo de fallecimiento por suicidio.

Pasado dicho plazo se asume el mencionado riesgo.

Garantías complementarias aceptadas mediante pacto expreso

Sólo mediante su expresa contratación, que constará en las Condiciones Particulares de la póliza, y pago de la prima correspondiente, pueden asegurarse las presentes garantías complementarias, siéndoles de aplicación las condiciones generales, especiales -si las hubiere- y particulares de la póliza.

Fallecimiento por accidente ⊕

1. Delimitación de la garantía

Por la presente garantía complementaria el Asegurador, garantiza el pago de un capital adicional e igual al de fallecimiento del seguro principal, en el supuesto de que el Asegurado fallezca a causa de un accidente.

A los efectos de este seguro, se entiende por fallecimiento por accidente la producida por toda lesión corporal debida a la acción de un acontecimiento exterior, súbito y violento, ajeno a la voluntad del Asegurado y que cause su fallecimiento dentro de un año a partir de la fecha en que sufrió la lesión.

2. Determinación de fallecimiento accidental

En el supuesto de falta de acuerdo sobre la naturaleza del accidente del Asegurado, el Beneficiario y el Asegurador se obligan a solventar las diferencias por medio del sistema de peritación contradictoria que se establece en el punto 2. "Comprobación y determinación de la invalidez" del apartado "Invalidez permanente y absoluta" del presente documento.

Fallecimiento por accidente de circulación ⊕

1. Delimitación de la garantía

Por la presente garantía complementaria el Asegurador garantiza el pago de un capital adicional e igual al de la garantía complementaria de fallecimiento por accidente. Esta garantía solamente podrá ser contratada conjuntamente con la anterior. Se considerará, a efectos de esta garantía, que un accidente es de circulación en los siguientes supuestos:

- a) Fallecimiento del Asegurado como peatón causado por un vehículo.
- b) Fallecimiento del Asegurado como conductor o pasajero de un vehículo terrestre.

- c) Fallecimiento del Asegurado como usuario de transportes públicos terrestres, marítimos o aéreos.

2. Exclusiones de la garantía

Están excluidos de la presente garantía los accidentes ocurridos por participación del Asegurado en pruebas deportivas de cualquier clase, ocupando el vehículo como piloto, copiloto, o simple pasajero.

3. Determinación del fallecimiento por accidente de circulación

En el supuesto de falta de acuerdo sobre la consideración del accidente como de circulación el Tomador, el Beneficiario y el Asegurador, se obligan a solventar sus diferencias por medio del sistema de peritación contradictoria que se establece en el punto 2. "Comprobación y determinación de la invalidez" del apartado "Invalidez permanente y absoluta" del presente documento.

Invalidez permanente y absoluta ⊕

1. Delimitación de la garantía

Por la presente garantía complementaria, el Asegurador abonará el pago del capital señalado en las Condiciones Particulares en el supuesto de que el Asegurado resulte afectado de una invalidez permanente y absoluta.

Dicho capital podrá ser igual o inferior al capital de la garantía principal de fallecimiento.

A los efectos de esta garantía se entiende por invalidez permanente y absoluta: la situación física irreversible provocada por accidente o enfermedad, originados independientemente de la voluntad del Asegurado, determinante de la total ineptitud de éste para el mantenimiento permanente de cualquier relación laboral o actividad profesional.

- En caso de que el capital de la garantía complementaria de invalidez permanente y absoluta fuera inferior al de fallecimiento, en caso de abono de la indemnización correspondiente implicará que el capital de la garantía principal se reduzca en el importe del capital abonado.
- En caso de que el capital de la garantía complementaria de invalidez permanente y absoluta fuera igual al de la garantía principal, el abono de la indemnización correspondiente a dicha garantía supondrá la anulación de la póliza.

2. Comprobación y determinación de la invalidez

La comprobación y determinación se efectuará por el Asegurador después de la presentación de la documentación indicada en el punto 11.3. del presente documento.

Si no hubiere acuerdo sobre si la invalidez es permanente y absoluta entre el Asegurador y el Asegurado, se someterán a la decisión de peritos médicos nombrados uno por cada parte, con la aceptación escrita de estos. Si una de las partes no hubiera hecho la designación, estará obligada a realizarla en los ocho días siguientes a la fecha en que sea requerida por la que hubiera designado el suyo y de no hacerlo en este último plazo se entenderá que acepta el dictamen que emita el perito de la otra parte quedando vinculada por el mismo.

Si los peritos médicos llegan a un acuerdo, lo harán constar en acta conjunta en la que especificarán las causas del siniestro y si la invalidez es permanente y absoluta.

Si no hay acuerdo entre ambas partes, designarán un tercer perito de conformidad y de no acreditar esta, la designación se hará por el juez de primera instancia del domicilio del Asegurado, en acto de jurisdicción voluntaria y por los trámites previstos para la insaculación de peritos que se establece en la ley de enjuiciamiento civil. En este caso, el dictamen pericial se emitirá en el plazo que señalen las partes, o en su defecto, en el de treinta días a partir de la aceptación de su nombramiento por el perito tercero.

El dictamen de los peritos, por unanimidad o por mayoría, se notificará a las partes de manera inmediata y en forma indubitada, siendo vinculante para estas salvo que se impugne por alguna de las partes, dentro del plazo de treinta días, en el caso del Asegurador y ciento ochenta en el del Asegurado, computándose ambos desde la fecha de su notificación. Si no se interpusiese en dichos plazos la correspondiente acción, el dictamen pericial devendrá inatacable.

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

Invalidez permanente y absoluta por accidente ⊕

1. Delimitación de la garantía

Esta garantía solamente podrá ser contratada si se contrata previamente la garantía de invalidez permanente y absoluta y garantiza el pago de un capital adicional e igual al de dicha garantía en el supuesto de que el Asegurado adquiera una invalidez permanente y absoluta a causa de un accidente.

A los efectos de este seguro es de aplicación lo establecido en el punto 1. "Delimitación de la garantía" dentro del apartado "Invalidez permanente y absoluta" de las presentes condiciones, relativo a la garantía, comprobación y determinación de la garantía complementaria de invalidez permanente y absoluta y a lo establecido en el punto 1. "Delimitación de la garantía" dentro del apartado "Fallecimiento por accidente"

Invalidez permanente y absoluta por accidente de circulación ⊕

1. Delimitación de la garantía

Por la presente garantía complementaria el Asegurador garantiza el pago de un capital adicional e igual al de la garantía complementaria de invalidez permanente y absoluta, en el supuesto de que el Asegurado adquiera una invalidez permanente y absoluta a causa de un accidente de circulación. Esta garantía solamente podrá ser contratada conjuntamente con la anterior.

A los efectos de este seguro es de aplicación lo establecido en el punto 1. "Delimitación de la garantía" dentro del apartado "Invalidez permanente y absoluta" de las presentes condiciones, relativo a la garantía, comprobación y determinación de la garantía complementaria de invalidez permanente y absoluta y a lo

establecido en el punto 1. "Delimitación de la garantía" dentro del apartado "Fallecimiento por accidente de circulación" relativo a la definición de accidente de circulación.

Garantía complementaria de cáncer femenino ⊕

1. Delimitación de la garantía

El objeto de esta garantía es el pago del capital indicado en las Condiciones Particulares en caso de que la asegurada sea diagnosticada de cáncer, entendiéndose por tal la enfermedad caracterizada por el crecimiento y proliferación de células malignas de diferentes tipos histológicos que invaden los tejidos.

Se cubren los cánceres de: mama, colon y pulmón.

La garantía de cáncer femenino no tendrá validez hasta que haya transcurrido un plazo de 90 días desde la fecha de efecto de la póliza.

Si después de dicho plazo se diagnosticara a la Asegurada alguno de los tipos de cáncer que, conforme a lo previsto en la póliza, dieran derecho al cobro del capital Asegurado, se procederá al abono de dicho capital al Beneficiario designado y la garantía quedará cancelada.

2. Comprobación y determinación de la enfermedad

La Asegurada presentará a la Compañía todas las pruebas relacionadas con el siniestro que genere la reclamación.

El cáncer deberá ser confirmado por un médico oncólogo, urólogo, ginecólogo y/o patólogo colegiado activo y se demostrará mediante evidencia de células malignas en material histológico o citológico con invasión neoplásica de tejidos o estructuras adyacentes demostrada en biopsia, cirugía, endoscopia, radiología y/u otro método de imagen que confirme el diagnóstico de cáncer.

El médico oncólogo, urólogo y/o patólogo deberá ser un profesional titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión, y no deberá ser el Asegurado o miembro de la familia de este.

La comprobación y determinación se efectuará por el Asegurador después de la presentación de la documentación médica que acredite la enfermedad.

La compañía tendrá derecho siempre que lo juzgue conveniente, y a su costa, a comprobar cualquier situación de la cual se derive para ella una obligación.

La obstaculización por parte del Asegurado o de cualquier Beneficiario para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a la compañía de cualquier obligación.

3. Exclusiones de esta garantía

Todos los cánceres que sean recurrencia o metástasis de un tumor que se haya manifestado por primera vez dentro del periodo de carencia de 90 días establecido.

No es objeto de cobertura ningún otro tipo de cáncer, salvo los mencionados expresamente como cubiertos, así como tampoco premalignos, no invasivos, en el límite de la malignidad o con bajo potencial de malignidad:

- Cáncer "in situ", como afección por la que se encuentran células anormales que parecen células cancerosas al microscopio solo en el lugar donde se formaron y que todavía no se diseminaron al tejido cercano.
- Todos los melanomas y carcinomas de la piel, carcinomas basocelulares, células escamosas, hiperqueratosis.
- Leucemia linfática crónica.
- Sarcoma de kaposi y otros tumores relacionados con la infección VIH o sida.
- Cualquier accidente o incidente nuclear.

Garantía complementaria de cáncer masculino ⊕

1. Delimitación de la garantía

El objeto de esta garantía es el pago del capital indicado en las Condiciones Particulares en caso de que el Asegurado sea diagnosticado de cáncer, entendiéndose por tal la enfermedad caracterizada por el crecimiento y proliferación de células malignas de diferentes tipos histológicos que invaden los tejidos.

Se cubren los cánceres de: próstata, colon y pulmón.

La garantía de cáncer masculino no tendrá validez hasta que haya transcurrido un plazo de 90 días desde la fecha de efecto de la póliza.

Si después de dicho plazo se diagnosticara al Asegurado alguno de los tipos de cáncer que, conforme a lo previsto en la póliza, dieran derecho al cobro del capital Asegurado, se procederá al abono de dicho capital al Beneficiario designado y la garantía quedará cancelada.

2. Comprobación y determinación de la enfermedad

El Asegurado presentará a la Compañía todas las pruebas relacionadas con el siniestro que genere la reclamación.

El cáncer deberá ser confirmado por un médico oncólogo, urólogo y/o patólogo colegiado activo y se demostrará mediante evidencia de células malignas en material Histológico o citológico con invasión neoplásica de tejidos o estructuras adyacentes demostrada en biopsia, cirugía, endoscopia, radiología y/u otro método de imagen que confirme el diagnóstico de cáncer.

El médico oncólogo, urólogo y/o patólogo deberá ser un profesional titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión, y no deberá ser el Asegurado o miembro de la familia de este.

La comprobación y determinación se efectuará por el Asegurador después de la presentación de la documentación médica que acredite la enfermedad.

La Compañía tendrá derecho siempre que lo juzgue conveniente, y a su costa, a comprobar cualquier situación de la cual se derive para ella una obligación.

La obstaculización por parte del Asegurado o de cualquier Beneficiario para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a la compañía de cualquier obligación.

3. Exclusiones de esta garantía

Todos los cánceres que sean recurrencia o metástasis de un tumor que se haya manifestado por primera vez dentro del periodo de carencia de 90 días establecido.

No es objeto de cobertura ningún otro tipo de cáncer, salvo los mencionados expresamente como cubiertos, así como tampoco premalignos, no invasivos, en el límite de la malignidad o con bajo potencial de malignidad:

- Cáncer "in situ", como afección por la que se encuentran células anormales que parecen células cancerosas al microscopio solo en el lugar donde se formaron y que todavía no se diseminaron al tejido cercano.
- Todos los melanomas y carcinomas de la piel, carcinomas basocelulares, células escamosas, hiperqueratosis.
- Leucemia linfática crónica.
- Sarcoma de kaposi y otros tumores relacionados con la infección VIH o sida.
- Cualquier accidente o incidente nuclear.

Asistencia Vida Diaria

1. Extensión de la garantía

Personas Aseguradas: A efectos de esta garantía se entenderá por persona asegurada, aquella que figure como Asegurado en las Condiciones Particulares de la póliza así como su cónyuge, ascendientes y descendientes de primer grado siempre y cuando convivan con el Asegurado y sean económicamente dependientes.

Territorialidad: La garantía es de aplicación en el territorio nacional.

2. Delimitación de la garantía

La garantía Asistencia en Vida Diaria es complementaria a la garantía principal, Fallecimiento, y solo surtirá efecto cuando esté descrito en las Condiciones Particulares y el seguro principal se encuentre en vigor y al corriente del pago de las primas. El no hacer uso de las coberturas no da derecho al abono de cantidad alguna.

3. Descripción del servicio

3.1. Servicios en el domicilio

Los servicios incluidos en esta garantía se prestarán siempre que el Asegurado haya requerido de una hospitalización de más de 24 horas, con un tope máximo de 16 horas por año para el conjunto de dichos servicios.

3.1.1. Auxiliar de ayuda a domicilio

Se garantiza la localización, organización, envío y coste de un auxiliar de ayuda a domicilio para ayudar al Asegurado con las tareas básicas del domicilio. Cada sesión de intervención será de mínimo 2 horas.

Las prestaciones contenidas en estas garantías son:

- 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 de la persona usuaria
- Realización de otras compras de artículos de primera necesidad por cuenta de la persona usuaria
- Cuidado de las plantas dentro del domicilio: regado de las mismas siguiendo instrucciones del Asegurado. Se excluye el jardín

El plazo máximo para la tramitación de la solicitud del servicio será de 48 horas de lunes a viernes (excluyendo festivos), en dicho plazo al Asegurado se le indicará la fecha de inicio del servicio.

3.1.2. Asistencia personal

Se garantiza la localización, organización, envío y coste de un auxiliar de asistencia personal, para la atención al Asegurado, al margen de las tareas domésticas, cuando éste precise de cuidados de carácter personal.

La prestación diaria es de un mínimo de 2 horas continuadas por día contando desde el primer día.

A modo enunciativo, las prestaciones contenidas en esta garantía son:

- Apoyo en la higiene, arreglo personal, ducha y/o baño
- 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

En ningún caso, esta garantía deberá entenderse como prestaciones de personal sanitario en el domicilio tales como Enfermería, ATS, Especialidades Médicas, Fisioterapia, Rehabilitación, Ergoterapia, etc.

El plazo máximo para la tramitación de la solicitud del servicio será de 48 horas de lunes a viernes (excluyendo festivos): en dicho plazo se le indicará al Asegurado la fecha de inicio del servicio.

3.1.3. Profesional a domicilio

Se garantiza la localización, organización envío y coste de un profesional a domicilio de las siguientes especialidades para las terapias que hayan sido prescritas por su médico a consecuencia de un accidente o enfermedad:

Fisioterapia. La prescripción tiene una validez máxima de 3 meses. Los tratamientos han de ser continuados, no transcurriendo más de un mes entre una sesión y la siguiente. Cada sesión tendrá valor de 1 hora para el cómputo global.

Enfermería. Para la solicitud de esta prestación será necesaria presentar prescripción del tratamiento por un médico, describiendo las prestaciones a realizar, que podrán ser las incluidas en el siguiente listado:

- 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

El servicio realizado por el profesional no incluye la medicación ni el material que resulte necesario para prestar el servicio que deberá ser proporcionado por el Asegurado.

El Profesional de Enfermería llevará a cabo los servicios objeto de la Cobertura y conforme a las prescripciones médicas que le hayan sido facilitadas al Asegurado y que éste deberá facilitar.

Servicios complementarios

La sesión de intervención del profesional en el domicilio contabilizará como horas completas, siendo la intervención mínima de 1 hora para el cómputo global.

En todo caso se reserva el derecho de solicitar al cliente la prescripción médica, el informe y pruebas médicas que se le hayan realizado.

El plazo máximo para la tramitación de la solicitud del servicio será de 72 horas de lunes a viernes (excluyendo festivos): en dicho plazo se le indicará al Asegurado la fecha de inicio del servicio

Para anular una sesión es necesario un preaviso de 24 horas.

3.2. Envío de medicamentos.

Se garantiza la búsqueda de los medicamentos y su envío hasta el lugar en que se hallase el Asegurado con un máximo de 2 envíos durante el año de vigencia de la póliza.

La Compañía no se responsabiliza de la demora en la misma ni del estado del medicamento por causas no imputables al mismo. Se excluye el envío de los medicamentos termolábiles.

El coste del medicamento queda excluido de la prestación y tendrá que ser abonado por el Asegurado a la entrega del mismo.

En caso de tratarse de un medicamento sujeto a prescripción médica, se acudiría al domicilio del Asegurado para recogerla o bien el Asegurado la hará llegar por email.

3.3. Noches tranquilas

Se garantiza la búsqueda y envío de un Auxiliar especializado que acompañará al Asegurado durante las noches de hospitalización, para periodos superiores a 48 horas y con un máximo de 8 horas por noche.

Esta garantía será distribuida hasta un máximo de 30 horas por anualidad para la totalidad de los Asegurados que pudieran resultar hospitalizados.

El plazo máximo para la tramitación de la solicitud del servicio será de 48 horas de lunes a viernes (excluyendo festivos): en dicho plazo se le indicará al Asegurado la fecha de inicio del servicio.

3.4. Cuidado de los animales domésticos de compañía (perros y gatos)

En caso de que el Asegurado sufra un accidente o enfermedad que requiera de una hospitalización de más de 24 horas y considere que no puede ocuparse de sus animales domésticos, se organizará y se asumirá el cuidado de los animales domésticos de compañía (perros y gatos) en una residencia.

Los servicios incluidos con un límite total de 7 días de cobertura y 500€ por anualidad del seguro, para todos los sucesos y a animales, son:

- Transporte hasta la residencia y vuelta a su domicilio habitual
- Alojamiento
- Alimentos
- Baño antes de la salida de la residencia canina
- Gastos veterinarios con un límite independiente de las anteriores de hasta 300€ en caso de urgencia médica (para perros y gatos)

- El plazo máximo para la tramitación de la solicitud del servicio será de 72 horas de lunes a viernes (excluyendo festivos): en dicho plazo se le indicará al Asegurado la fecha de inicio del servicio.

Esta garantía es excluyente con la 3.5. Paseador de perros

3.5. Paseador de perros

En caso de que el Asegurado sufra un accidente o enfermedad que requiera de una hospitalización de más de 24 horas se organizará y se asumirá el coste de un profesional para que lleve a cabo las salidas al exterior de la mascota del Asegurado (exclusivamente perros).

El Asegurado podrá solicitar hasta 10 horas al año que serán concedidas en función de su estado de salud.

Cada servicio tendrá una duración mínima de una hora y solo se podrán solicitar horas completas.

Las salidas se realizarán siempre en horario diurno y deberán ser solicitadas con al menos 48 horas laborables de antelación en localidades de más 10.000 habitantes y de al menos 72 horas laborables de antelación para localidades con una población inferior a la indicada.

Por días laborables se entiende de lunes a viernes (salvo festivos en la localidad donde se vaya a prestar el servicio).

El Asegurado deberá contar con todas las licencias administrativas que sean requeridas en relación con la mascota y cumplir en general con toda la normativa que resulte de aplicación.

En este sentido deberá proveer al paseador de correa, bozal y en general de todo el material de sujeción que resulte necesario.

En relación con los perros potencialmente peligrosos (PPP) existen tres condiciones adicionales de obligado cumplimiento:

- La contratación de un seguro de responsabilidad civil específico
- El perro deberá siempre pasear con correa y bozal
- Tener la licencia administrativa para PPP otorgada por el ayuntamiento en el que resida

Esta garantía es excluyente con la 3.4. Cuidado de los animales domésticos de compañía (perros y gatos).

4. Funcionamiento del servicio

El acceso a estos servicios puede realizarse a través de:

Teléfono:

Todos los días las 24 horas

91 703 90 27

O por los medios que en cada momento determine la Compañía.

Servicios complementarios

Asistencia Psicológica

1. Extensión de la garantía

Personas Aseguradas: A efectos de esta garantía se entenderá por persona asegurada, aquella que figure como Asegurado en las Condiciones Particulares de la póliza así como su cónyuge, ascendientes y descendientes de primer grado siempre y cuando convivan con el Asegurado y sean económicamente dependientes.

Territorialidad: La garantía es de aplicación en el territorio nacional.

2. Delimitación de la garantía

La garantía Asistencia en Psicológica es complementaria a la garantía principal, Fallecimiento, y solo surtirá efecto cuando esté descrito en las Condiciones Particulares y el seguro principal se encuentre en vigor y al corriente del pago de las primas. El no hacer uso de las coberturas no da derecho al abono de cantidad alguna.

3. Descripción del servicio

Esta garantía tiene por objetivo proporcionar apoyo para encontrar la vía de solución de determinados problemas o conflictos a través de medios propios o con ayuda de profesionales.

A petición del Asegurado, se ofrecerá orientación y asesoramiento de tipo psicológico en situaciones de tensión emocional, malestar, dudas o preocupaciones.

El servicio psicológico aconsejará, a la vista de los datos de la solicitud del servicio, lo que estime oportuno y orientará al Asegurado para una mejora de su estado psicológico/emocional.

En ningún caso el servicio de orientación psicológica diagnosticará ni prescribirá tratamiento alguno.

Esta garantía incluye hasta 4 sesiones telefónicas para el conjunto de Asegurados adultos de la póliza por año de vigencia. Este límite será de hasta 6 sesiones telefónicas o presenciales/año, sólo si las precisaran Asegurados menores de 15 años.

Previa autorización, se asumirá el reembolso de las sesiones presenciales de niños, con un máximo de 80 € por sesión, si no se pudiera facilitar un psicólogo presencial en la zona del domicilio del Asegurado menor.

4. Funcionamiento del servicio

El acceso a este servicios puede realizarse a través de:

Teléfono:

Todos los días las 24 horas

91 703 90 27

O por los medios que en cada momento determine la Compañía.

Atención Médico-dental

Atención médica

1. Extensión de la garantía

OCASO garantiza el asesoramiento médico, a través de los medios habilitados por la compañía: web, teléfono, etc. para todos los asegurados relacionados en la póliza que tengan contratada esta garantía con el límite y fecha de inicio que se especifican en las Condiciones Particulares de la póliza, residan en el territorio nacional y el evento motivo del asesoramiento y/o servicio solicitado se produzca en territorio español.

2. Delimitación de la garantía

Este servicio forma parte de la garantía "Atención Médico-Dental", complementaria a la garantía principal, Fallecimiento, y solo surtirá efecto cuando esté descrito en las Condiciones Particulares y el seguro principal se encuentre en vigor y al corriente del pago de las primas. El no hacer uso de las coberturas no da derecho al abono de cantidad alguna.

3. Descripción del servicio

3.1. Asesoramiento telefónico personalizado

3.1.1. Servicios de orientación telefónica

Se trata de un servicio ilimitado de consultas médicas sin diagnóstico. Este servicio se presta por teléfono a través de operadores médicos, en horario de 9 a 20 horas, de lunes a viernes, con el alcance que a continuación se detalla:

- Valoración médica de los síntomas y dolencias comunicados por el asegurado.
- Información sobre el uso de medicamentos.
- Asesoramiento sobre informes médicos, pruebas de laboratorio, etc.
- Asesoramiento para la preparación de pruebas médicas.
- Información sobre salud infantil.
- Relación de centros médicos, hospitales y farmacias de guardia en España.
- Asesoramiento Plan Prevención Cardiovascular (dietas, ejercicio físico).

3.1.2. Servicio telefónico de urgencias médicas 24 horas

El servicio del número anterior, además, está reforzado con un servicio de atención primaria telefónica de urgencias, las 24 horas del día, los 365 días del año.

3.1.3. Servicio de asesoramiento - Plan de vida saludable

Con el soporte telefónico del departamento médico y con la información de detalle que puntualmente se publicará en la web habilitada por la Compañía, los Asegurados que lo deseen podrán adherirse a los servicios de vida saludable que en cada momento estén disponibles y activos en la mencionada web.

3.2. Concertación de servicios médicos y asistenciales

3.2.1. Servicios médicos

Con este servicio se pone a disposición de los Asegurados de OCASO un amplio cuadro de médicos, hospitales y clínicas privadas en España, al que libremente podrán acceder para contratar a título particular, pero a precios bonificados y especialmente concertados para los Asegurados de OCASO (descuento medio del 25%), aquellos servicios que puedan ser de su interés, tales como:

- Concertación de citas médicas, pruebas terapéuticas y diagnósticas: Se gestionará la concertación de citas médicas con el centro médico y/o especialista que el Asegurado hubiera elegido, así como todos los consiguientes trámites administrativos-sanitarios, pruebas médicas, diagnósticas y terapéuticas, etc.
- Traslados sanitarios y envío de médicos y personal de enfermería (ATS): El mencionado servicio también se encargará de gestionar el transporte sanitario, bien público o privado con pago a cargo del Asegurado, para su inmediato traslado a un Centro Médico o el envío de un médico o enfermero.
- Intervenciones quirúrgicas programadas: Se proporcionará al Asegurado un servicio telefónico de coordinación de todos los aspectos relacionados con su intervención: citas, pruebas preoperatorias, gestión de intervinientes y asesoramiento médico relativo a todas las cuestiones solicitadas por el asegurado.

Para garantizar que estos servicios se prestarán con todas las garantías de calidad y precio establecidos, su concertación debe gestionarse a través del teléfono 91 703 90 24, o en la web habilitada por la Compañía o por los medios que en cada momento determine OCASO.

3.2.2. Servicios complementarios

Como en los servicios médicos antes descritos, los asegurados también podrán acceder a servicios de nutrición, balnearios, SPA, tratamientos para dejar el tabaco, asistentes de hogar, cuidado de mayores en condiciones especiales de calidad y precio. Los servicios disponibles estarán puntualmente publicados en la web de la Compañía.

3.3. Segunda opinión médica

Los Asegurados que tengan diagnosticada una enfermedad grave o degenerativa, que suponga un peligro para su vida o afecte sensiblemente a su calidad de vida, desde un punto de vista médico, tendrán derecho a recibir una Segunda Opinión Médica sobre el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad, siempre que esté comprendida dentro de alguno de los grupos de enfermedades que a continuación se detallan:

- Cáncer.
- Sida.
- Trasplantes.
- Insuficiencia renal crónica.
- Enfermedades hematológicas.
- Enfermedades inmunológicas.
- Enfermedades cardiovasculares.
- Enfermedades neurológicas y neuromusculares.
- Enfermedades respiratorias.
- Enfermedades oftalmológicas.
- Enfermedades neuroquirúrgicas.
- Enfermedades gastrointestinales.
- Enfermedades otorrinolaringológicas.
- Enfermedades dermatológicas.

Dicha opinión estará elaborada por un médico de reconocido prestigio en su especialidad y se le remitirá al solicitante mediante informe escrito firmado por el médico consultado.

Para solicitar una Segunda Opinión Médica, el Asegurado deberá llamar siempre a la Plataforma Médica, para que le asignen un Asesor Médico para su caso.

El Asesor Médico asignado será el encargado de seleccionar al Especialista Médico al que se dirigirá la consulta y gestionará con el asegurado el mejor sistema para que pueda aportar el historial clínico de su enfermedad y las pruebas complementarias que el Especialista Médico pudiera requerir. También mantendrá informado al paciente sobre el estado de su consulta y finalmente le hará entrega de la Segunda Opinión Médica solicitada. Este asesor mantendrá informado al Asegurado sobre el estado de su consulta y finalmente le hará entrega de un informe por escrito firmado de la Segunda Opinión Médica solicitada.

Quedan excluidos los gastos de Segundas Opiniones Médicas no solicitadas conforme a los anteriores párrafos y las Segundas Opiniones Médicas sobre enfermedades distintas a las enumeradas.

3.4. Videoconsulta médica

Se pone a disposición de los Asegurados una plataforma de videoconsulta médica, la cual es realizada por expertos en urgencias desde la red asistencial de hospitales privados e incluye la prescripción de medicamentos (receta online) mediante la videoconsulta y comprende las siguientes prestaciones:

3.4.1. Videoconsulta de urgencias

Servicio gratuito disponible las 24 horas, los 365 días del año, sin necesidad de cita previa.

3.4.2. Videoconsulta con especialistas

Servicio prestado mediante cita previa con un tiempo máximo de espera de una semana. Las especialidades incluidas son:

- Pediatría
- Ginecología
- Geriatria
- Dermatología
- Medicina Rehabilitadora
- Psiquiatría
- Psicología
- Cardiología
- Neumología
- Nutricionista

El acceso se realiza vía App por videollamada desde cualquier lugar, mediante dispositivo móvil o tablet (iOS / Android). La plataforma incluye funcionalidades de alarmas de medicación y adherencia, así como subtítulos en tiempo real para garantizar la accesibilidad de personas con discapacidad auditiva.

3.5. Atención psicológica

Mediante este servicio OCASO pone a disposición de los familiares de los asegurados fallecidos:

- Un servicio de Atención Psicológica Telefónica permanente que estará operativo las 24 horas del día los 365 días del año.
- Dicho servicio será gratuito y estará atendido por psicólogos profesionales especializados en el duelo.
- Las consultas psicológicas telefónicas tendrán una duración máxima de 60 minutos por sesión y una

Servicios complementarios

limitación temporal de un año.

- Podrán utilizar el servicio, el cónyuge, los padres y los hijos del/los asegurados.
- El servicio que se facilitará en horario ordinario (desde las 08:00 hasta las 21:00 de lunes a viernes) será vía teléfono, mail o WhatsApp, además de poder solicitar cita por videoconsulta en los psicólogos de la red concertada.
- Adicionalmente se podrá utilizar el servicio de forma presencial con los especialistas puestos a disposición por parte de la Compañía con descuento baremado.

3.6. Doctor virtual

El servicio de Doctor virtual ayuda al asegurado a resolver dudas relacionadas con su salud, medicamentos, enfermedades, tratamientos o pruebas diagnósticas. Desde el Área Privada habilitada en la web médica de OCASO, el Asegurado interesado podrá escribir su consulta en un formulario y un médico especialista le responderá en un plazo máximo de 24 horas.

4. Limitaciones de la garantía

La presente Garantía no constituye un Seguro de Enfermedad ni de Asistencia Sanitaria.

El Asegurador no asumirá gasto alguno relativo a los servicios descritos en el apartado "Descripción del servicio", ni a ningún otro servicio sanitario o complementario que el Asegurado pudiera tener contratado o contratar durante la vigencia de la garantía.

El asesoramiento médico siempre se facilitará telefónicamente y nunca por escrito.

La respuesta telefónica dada al Asegurado únicamente supone un asesoramiento médico a la consulta planteada y en base a la información que éste facilite, sin que en ningún caso pueda entenderse que se garantiza la efectividad del consejo o del tratamiento propuesto, en su caso.

Todos los servicios se prestarán en España.

5. Funcionamiento del servicio

El acceso a estos servicios puede realizarse a través de:

Área Privada:

Desde el Área Privada en las sección "Mis servicios asociados"

clientes.ocado.es

Teléfono:

En horario de lunes a viernes de 9:00 a 20:00 (horario peninsular)

917 039 024

Otros medios que determine la Compañía para facilitar el acceso.

Servicio dental

1. Extensión de la garantía

Los Asegurados de OCASO que tengan contratada la garantía "Atención Médico-Dental", tendrán a su disposición un equipo médico de ámbito nacional, con alrededor de 1.900 clínicas dentales y unos 4.400 dentistas privados.

2. Delimitación de la garantía

Este servicio forma parte de la garantía "Atención Médico-Dental", complementaria a la garantía principal, Fallecimiento, y solo surtirá efecto cuando esté descrito en las Condiciones Particulares y el seguro principal se encuentre en vigor y al corriente del pago de las primas. El no hacer uso de las coberturas no da derecho al abono de cantidad alguna.

3. Descripción del servicio

3.1. Servicios gratuitos

El Asegurado de OCASO tendrá acceso a un paquete de servicios gratuitos, entre los que cabe destacar:

- Una limpieza de boca anual sobre periodonto sano (detartraje).
- Extracciones periodontales sin necesidad de cirugía (excluidas cordales o piezas incluidas).
- Examen inicial, diagnóstico y presupuesto.
- Educación para la higiene dental y técnica del cepillado.
- Enseñanza de autoexamen preventivo de cáncer oral.
- Enseñanza de pautas alimenticias para prevención de caries.
- Enseñanza de técnicas de prevención periodontal.

3.2. Urgencias dentales

También se incluye la prestación de un servicio gratuito de atención primaria de urgencias dentales a través de las clínicas que en cada momento estén de guardia. Servicio básico que incluye la cura y tratamiento primarios para paliar el dolor.

3.3. Plan de Salud Bucal Infantil

Con el objeto de proteger la salud de los más pequeños, el servicio también incluye un servicio especial para niños cuyo detalle puede consultarse en la web.

3.4. Otros servicios dentales en condiciones especiales

Los Asegurados de OCASO podrán acceder a un amplio catálogo de servicios dentales, libremente, sin perjuicio de su edad o enfermedades previas (sin listas de espera ni periodos de carencia) a precios bonificados y a través de la red de clínicas antes descrita.

El detalle de todos los servicios dentales puede consultarse en www.ocado.es. Todos los precios de los servicios contratados a través del servicio dental, tienen además, la garantía de mejor precio disponible en clínica.

Servicios complementarios

Salvo las gratuidades aceptadas por cada clínica, será de cuenta del Asegurado el pago de los honorarios profesionales correspondientes a la clínica dental por los servicios y tratamientos dentales que ésta le haya prestado.

4. Limitaciones de la garantía

La presente Garantía no constituye un Seguro de Enfermedad ni de Asistencia Sanitaria.

OCASO no asume gasto alguno relativo a los servicios descritos en el apartado “Descripción del servicio”, ni a ningún otro servicio sanitario o complementario que el Asegurado pudiera tener contratado o contratar durante la vigencia de la garantía.

OCASO no asume responsabilidad alguna derivada de la prestación de los servicios dentales por las clínicas que hubieran atendido al Asegurado, correspondiendo en todo caso dicha responsabilidad a la clínica prestadora del servicio.

Todos los servicios se prestarán en España.

5. Funcionamiento del servicio

El acceso a estos servicios puede realizarse a través de:

Área Privada:

Desde el Área Privada en la sección “Mis servicios asociados”

clientes.ocado.es

Teléfono:

En horario de lunes a viernes de 9:00 a 20:00 (horario peninsular)

91 703 90 24

Clínica:

Directamente en las clínicas adheridas al cuadro dental en vigor.

O por los medios que en cada momento determine la Compañía.

Asesoramiento y Gestión de sucesiones

1. Extensión de la garantía

La garantía Asesoramiento y Gestión de sucesiones es la herramienta de OCASO para que el Asegurado y los Beneficiarios de su póliza tengan todo el apoyo que necesitan durante la gestión del proceso testamentario. Incluye atención personalizada, asesoramiento especializado, elección de abogado y procurador y gestión de la vida digital, entre otros beneficios.

2. Delimitación de la garantía

La garantía Asesoramiento y Gestión de sucesiones es complementaria a la garantía principal, Fallecimiento, y solo surtirá efecto cuando esté descrito en las Condiciones Particulares y el seguro principal se encuentre en vigor y al corriente del pago de las primas. El no hacer uso de las coberturas no da derecho al abono de cantidad alguna.

3. Descripción del servicio

3.1. 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.

3.1.1. 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

Servicios complementarios

- 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
- Anticipo de capital para liquidar el Impuesto de Sucesiones y Donaciones (ISyD)

3.1.2. 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.

3.1.3. 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.

3.2. 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.

3.3. 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

3.3.1. 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.

3.3.2. 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.

3.3.3. 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.

3.3.4. 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.

3.3.5. 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.

Servicios complementarios

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.

3.4. Anticipo del capital para la tramitación del Impuesto de Sucesiones y Donaciones

OCASO adelantará, como anticipo del capital de fallecimiento Asegurado en la póliza en el momento del fallecimiento, el pago de las obligaciones fiscales de los Beneficiarios derivadas de la percepción de dicho capital de fallecimiento en el Impuesto de Sucesiones y Donaciones (ISyD).

El importe del pago correspondiente a dicha liquidación se descontará del capital indemnizatorio a abonar a los Beneficiarios.

4. Funcionamiento del servicio

El acceso a estos servicios puede realizarse a través de:

Teléfono:

Todos los días las 24 horas

91 703 90 10

O por los medios que en cada momento determine la Compañía.

Normas aplicables y exclusiones

1. Normas aplicables a las garantías complementarias

- 1) Las primas de las garantías complementarias vencerán en la misma fecha que las del seguro principal.
- 2) La duración se establece por periodos anuales que serán prorrogados automáticamente hasta la fecha de vencimiento que se indicará en las Condiciones Particulares de la póliza.
- 3) Las garantías complementarias cesarán automáticamente al finalizar la anualidad del seguro en la que el Asegurado cumpla la edad de 67 años.
- 4) Cuando se genere el derecho a la prestación garantizada en el seguro complementario, el contrato quedará rescindido.

2. Exclusiones aplicables a todas las garantías complementarias.

Quedan excluidos:

- 1) Los siniestros causados voluntariamente por el Asegurado.
- 2) Los accidentes o enfermedades que sobrevengan al Asegurado por embriaguez o uso de estupefacientes no prescritos médicamente.
- 3) Las consecuencias de un acto de imprudencia temeraria o negligencia grave del Asegurado, declarado así judicialmente, así como los derivados de la participación de este en actos delictivos, duelos o riñas, siempre que en este último caso no hubiere actuado en legítima defensa o en tentativa de salvamento de personas o bienes.
- 4) Las consecuencias de enfermedad o accidente originados con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro.
- 5) A efecto de los capitales adicionales por accidente contemplados en las garantías complementarias se excluyen el fallecimiento, invalidez y sus consecuencias que tengan origen en el infarto, embolia, derrame cerebral, tromboflebitis, enfermedades cardiovasculares, hemorragias y similares, salvo que se hayan producido a consecuencia directa de un accidente cubierto por la póliza.

3. Exclusiones generales a todas las garantías de la póliza

- 1) El riesgo de aviación será cubierto siempre que el Asegurado realice los vuelos como simple pasajero en líneas comerciales regulares, vuelos "charter" o, en general, en aparatos civiles provistos de un certificado de navegabilidad debidamente autorizado.
- 2) En todos los casos se requiere que los aparatos vayan conducidos por personas provistas de un título de piloto válido para el aparato autorizado.
- 3) No obstante quedan excluidas de esta garantía cuantas personas hagan del vuelo su profesión y ocupen una aeronave como integrantes de su tripulación por imperativo de las funciones que respectivamente tengan asignadas.
- 4) Se excluyen asimismo los siniestros ocurridos como consecuencia de efectuar descensos en paracaídas no exigidos por la situación del aparato.
- 5) Quedan excluidos de las garantías de esta póliza los siniestros producidos como consecuencia

directa o indirecta de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva y los acaecidos en la navegación submarina o en viajes de exploración.

- 6) En el supuesto de que el fallecimiento del Asegurado sea causado intencionadamente por su único Beneficiario, el Asegurador quedará desligado de sus obligaciones respecto a dicho Beneficiario, integrándose el capital Asegurado en el patrimonio del Tomador. Si existieran varios Beneficiarios, los no intervinientes en el fallecimiento del Asegurado conservarán su derecho.
- 7) No se cubren por esta póliza los riesgos de guerra, así como los eventos que se produzcan por cualquier causa de carácter extraordinario o catastrófico, cubiertos por el consorcio de compensación de seguros.

Bases del contrato

1. Documentación del contrato

1.1. La solicitud y el cuestionario cumplimentados por el Tomador del seguro y el Asegurado, la proposición del Asegurador en su caso y esta póliza constituyen un todo unitario fundamento del seguro.

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

2. Formalización y entrada en vigor del contrato

2.1. El contrato se formaliza por el consentimiento manifestado por las partes contratantes mediante la suscripción de la póliza. No obstante, las garantías contratadas no entrarán en vigor hasta que se abone el primer recibo de la prima, salvo pacto en contrario en las Condiciones Particulares.

2.2. En caso de demora en el cumplimiento de ambos requisitos, las obligaciones del Asegurador comenzarán a las 24 horas del día en que hayan sido cumplimentados.

2.3. El Tomador del seguro podrá rescindir el contrato dentro del plazo de los 30 días siguientes a la fecha en la que el Asegurador le entregue la póliza o un documento de cobertura provisional, sin que sea preciso indicar los motivos y sin penalización alguna.

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

A partir de esta fecha cesará la garantía del riesgo por parte del Asegurador y el Tomador del seguro tendrá derecho a la devolución de la prima que hubiera pagado, salvo la parte correspondiente al tiempo en que el contrato hubiera tenido vigencia. El Asegurador dispondrá para ello de un plazo de 30 días a contar desde el día que se le comunique la rescisión.

3. Duración del contrato

El contrato tendrá la duración establecida en las Condiciones Particulares.

4. Condiciones en que se contrata el seguro

4.1. Esta póliza se ha concertado conforme a las declaraciones hechas por el Tomador en la solicitud y en base a sus respuestas al cuestionario previo correspondiente, así como a las declaraciones que sobre su estado de salud ha formulado el Asegurado en el cuestionario o reconocimiento médico oportuno.

Quedará exonerado de tal deber si el Asegurador no le somete cuestionario o cuando, aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y no están incluidas en el cuestionario.

4.2. En caso de reserva o inexactitud, el Asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador en el plazo de un mes a contar desde el conocimiento de la reserva o inexactitud. Corresponderán al Asegurador las primas correspondientes al período en curso en el momento en que se haga esta declaración, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte.

4.3. Si el siniestro sobreviniere antes de que el Asegurador hubiera hecho la declaración a que se refiere el número anterior, la prestación de este se reducirá en la misma proporción existente entre la prima convenida en la póliza y la que correspondería de acuerdo con la verdadera entidad del riesgo. **Si la omisión o inexactitud se han producido mediando dolo o culpa grave del Tomador, el Asegurador quedará liberado del pago de la prestación.**

5. Indisputabilidad

5.1. El Asegurador no podrá impugnar el contrato una vez transcurrido el plazo de un año a contar desde la fecha de su conclusión, salvo que el Tomador haya actuado con dolo o en el supuesto de indicación inexacta de la edad del Asegurado, si su verdadera edad al entrar en vigor el contrato supera los límites de admisión establecidos.

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

6. Comunicación en caso de agravación

6.1. El Tomador o el Asegurado deberán comunicar al Asegurador todas las circunstancias ajenas al estado de salud del Asegurado que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si éste las hubiese conocido al formalizar el contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

6.2. El Asegurador podrá proponer una modificación del contrato en un plazo de 2 meses a contar desde el día en que se le informe de la agravación. En tal caso, el Tomador dispone de 15 días a contar desde que reciba la proposición para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo o silencio por parte del Tomador, el Asegurador puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato avisando previamente al Tomador, dándole un nuevo plazo de 15 días para que conteste, transcurridos los cuales y dentro de los 8 días siguientes comunicará al Tomador la rescisión definitiva.

6.3. El Asegurador igualmente podrá rescindir el contrato comunicándolo por escrito al Asegurado dentro de un mes a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo.

6.4. Si sobreviniere un siniestro antes de haberse realizado declaración de la agravación del riesgo, el Asegurador queda liberado de su prestación si el Tomador del seguro o el Asegurado han actuado con mala fe. Si no media mala fe, la prestación del Asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

7. Comunicación en caso de disminución del riesgo

7.1. El Tomador o el Asegurado podrán, durante el curso del contrato, poner en conocimiento del Asegurador todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por este en el momento de la perfección del contrato lo habría concluido en condiciones más favorables para el Tomador del seguro.

Bases del contrato

7.2. En tal caso, al finalizar el período en curso cubierto por la prima, el Asegurador deberá reducir el importe de la prima futura en la proporción correspondiente, teniendo derecho el Tomador, en caso contrario, a la resolución del contrato y a la devolución de la diferencia entre la prima satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar desde el momento de la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.

8. Pago del seguro

8.1. El Tomador está obligado al pago de la primera prima en el momento de la perfección del contrato. Las sucesivas primas se deberán hacer efectivas en los correspondientes vencimientos.

8.2. Si en las Condiciones Particulares no se determina ningún lugar para el pago de la prima, se entenderá que este ha de hacerse en el domicilio del Tomador del seguro.

8.3. Si se ha pactado la domiciliación bancaria de los recibos de prima, se aplicarán las siguientes normas:

- a) El Tomador entregará al Asegurador carta dirigida al establecimiento bancario o caja de ahorros dando la orden oportuna al efecto.
- b) La prima se entenderá satisfecha a su vencimiento, salvo que intentado el cobro dentro del plazo de un mes a partir de dicha fecha, no haya fondos suficientes en la cuenta del obligado al pago, en cuyo caso se informará al Tomador.
- c) Si el Asegurador presenta al cobro el recibo y no existiesen fondos suficientes en la cuenta, aquél deberá notificar tal hecho al obligado a pagar la prima concediéndole un nuevo plazo de un mes para que comunique al Asegurador la forma en que satisfará su importe. Este plazo se computará desde la recepción de la expresada carta o notificación en el último domicilio comunicado al Asegurador.

9. Impago y suspensión de la cobertura

9.1. Si por culpa del Tomador la primera prima no ha sido pagada, el Asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva con base en la póliza.

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

9.2. En caso de falta de pago de una de las primas siguientes, la garantía del Asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento.

9.3. Si el Asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido. En cualquier caso, el Asegurador, cuando el contrato esté en suspenso, podrá exigir el pago de las primas vencidas no satisfechas.

9.4. Si el contrato no hubiese sido resuelto o extinguido conforme a los números anteriores, la garantía vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el Tomador del seguro o el Asegurado pague la prima.

10. Obligaciones en caso de siniestro

10.1. El Tomador, el Asegurado en su caso o el Beneficiario, deberán comunicar al Asegurador el acaecimiento del siniestro, dentro del plazo máximo de siete días contados a partir de la fecha en que fuese conocido.

10.2. El Asegurador debe disponer de toda la información sobre las circunstancias del siniestro.

11. Pago de indemnizaciones

11.1. En caso de ocurrencia del riesgo previsto en la póliza, el Asegurador pagará al Beneficiario o Beneficiarios designados por el mismo, según proceda, la prestación contratada.

11.2. En caso de fallecimiento del Asegurado, los Beneficiarios deberán presentar los siguientes documentos:

- a) Certificado literal de defunción.
- b) Certificado oficial médico del que haya asistido al Asegurado, indicando el origen, evolución y naturaleza de la enfermedad que le causó la muerte o, en su caso, testimonio de las diligencias judiciales o documentos que acrediten el fallecimiento por accidente.
- c) Informe médico indicando las enfermedades padecidas y sus fechas de diagnóstico.
- d) Certificado de registro de actos de últimas voluntades, copia del último testamento o auto judicial de declaración de herederos, libro de familia, en su caso.
- e) Certificado del registro único de pólizas con cobertura de fallecimiento.
- f) Carta de pago del impuesto de sucesiones y donaciones.
- g) D.N.I., permiso de residencia, pasaporte, o N.I.F., en su caso, de los Beneficiarios.
- h) Acreditación de titularidad de la cuenta bancaria.

11.3. En caso de invalidez permanente y absoluta, los Beneficiarios deberán presentar los siguientes documentos:

- a) Informe propuesta y resolución del instituto nacional de la seguridad social.
- b) Certificado del médico en el que se determine la fecha de origen, naturaleza, causas y evolución de la enfermedad o lesión corporal que ha producido la invalidez.
- c) Historia clínica completa indicando las enfermedades padecidas y sus fechas de diagnóstico.
- d) D.N.I., permiso de residencia, pasaporte o N.I.F., en su caso, de los Beneficiarios.
- e) Acreditación de titularidad de la cuenta bancaria.

11.4. En caso de cáncer, los Beneficiarios deberán presentar la siguiente documentación:

- a) Informe médico indicando la fecha de comienzo de la sintomatología y su fecha de diagnóstico.
- b) D.N.I., permiso de residencia, pasaporte o N.I.F. en su caso, de los Beneficiarios.
- c) Acreditación de titularidad de la cuenta bancaria.

11.5. Una vez recibidos los anteriores documentos, el Asegurador, en el plazo máximo de cinco días, deberá pagar o consignar la prestación garantizada y en cualquier caso, dentro de los cuarenta días a partir de la recepción de la declaración del siniestro o de la fecha del vencimiento del contrato.

11.6. Si en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro, el Asegurador no hubiere indemnizado su importe en metálico, por causa no justificada o que le fuera imputable, la indemnización se incrementará

Bases del contrato

con el pago de un interés anual igual al del interés legal del dinero vigente en el momento que se devengue, incrementado en el 50%. Una vez transcurridos dos años desde la producción del siniestro, el interés anual no podrá ser inferior al 20%.

12. Designación y cambio de Beneficiarios

12.1. Durante la vigencia del contrato, el Tomador puede designar Beneficiario y puede también modificar la designación anteriormente señalada sin necesidad del consentimiento del Asegurador, salvo que haya renunciado expresamente y por escrito a esta facultad.

12.2. La designación de Beneficiario o la revocación de esta se podrá hacer constar en las Condiciones Particulares o en una posterior declaración escrita comunicada al Asegurador o bien en testamento.

12.3. Si los Beneficiarios no están designados por su nombre sino de una forma genérica como cónyuge, hijos o herederos, dicha designación será interpretada de la siguiente manera:

- a) Cónyuge: persona que lo sea en el momento del fallecimiento del Asegurado.
- b) Hijos: todos los descendientes con derecho a herencia.
- c) Herederos: los que tengan tal condición en el momento de fallecer el Asegurado.

En los tres casos deberá hacerse constar si el cónyuge, los hijos o los herederos lo son del Tomador, del Asegurado o de otra persona. En el caso de que no se haya especificado, se considerará que son el cónyuge, los hijos o los herederos del Tomador.

12.4. Si la designación se hace a favor de varios Beneficiarios y no se indica la forma de distribución, la prestación convenida se distribuirá entre ellos por partes iguales; si la designación se hace a favor de los herederos y no se indica la forma de distribución, esta se hará en proporción a la cuota hereditaria.

La parte no adquirida por un Beneficiario acrecerá a los demás.

12.5. Si en el momento de fallecer el Asegurado no hubiera Beneficiario designado ni reglas para su determinación, el capital formará parte del patrimonio del Tomador.

13. Actualización del contrato

El Tomador, de acuerdo con los procedimientos y plazos descritos en las presentes condiciones, podrá realizar las siguientes modificaciones del contrato que, en su caso, serán recogidas mediante el correspondiente suplemento a la póliza:

- Inclusión o eliminación de garantías que el Tomador podrá realizar por escrito mediante solicitud debidamente cumplimentada con una antelación no inferior a dos meses a su entrada en vigor (aniversario anual), siempre y cuando la póliza en dicha fecha se halle al corriente del pago de la prima.
- Aumento o disminución de capitales mediante solicitud realizada por escrito por el Tomador al Asegurador mediante solicitud debidamente cumplimentada con una antelación no inferior a dos meses a su entrada en vigor (aniversario anual), siempre y cuando la póliza en dicha fecha se encuentre al corriente del pago de la prima.
- Variación del porcentaje de revalorización anual de primas mediante escrito dirigido al Asegurador

mediante solicitud debidamente cumplimentada por el Tomador con una antelación no inferior a dos meses a su entrada en vigor (aniversario anual) siempre y cuando la póliza en dicha fecha se encuentre al corriente del pago de la prima.

14. Rehabilitación del contrato

El seguro rescindido puede ser rehabilitado en las mismas condiciones en que se contrató, mediante el pago de las primas atrasadas actualizadas al interés máximo anual igual al euribor a un año, incrementado en dos puntos, debiendo presentar el Asegurado las pruebas que a juicio del Asegurador sean suficientes y satisfactorias para demostrar que en el momento de la rehabilitación se halla en las condiciones de salud exigidas para contratar esa modalidad de seguro.

15. Prescripción

Prescriben a los cinco años las acciones derivadas de este contrato. El cómputo se efectuará desde el día en que pudieron ejercitarse.

16. Competencia

Será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro el del domicilio del Asegurado en España, siendo nulo cualquier pacto en contrario

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.

Cláusula de indemnización

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.
- 2) La comunicación de los daños y la obtención de cualquier información relativa al procedimiento y al estado de **tramitación de los siniestros podrá realizarse:**
 - Mediante llamada al Centro de Atención Telefónica del Consorcio de Compensación de Seguros (900 222 665 o 952 367 042).
 - A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (www.conorseguros.es)
- 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_Vida_ES - 02/26

Seguros que acompañan, pase lo que pase.



Hogar



Vida



Decesos



Accidentes



Ahorro e Inversión



Animales



Comunidades

Todos nuestros seguros en www.ocado.es

