

Condiciones Específicas y Generales Helvetia “Plan Asistencia Familiar”

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

Índice

¿Qué hacer en caso de siniestro?	5
Diccionario de interés	8
Objeto del seguro	12
Aspectos importantes que debe conocer de su Póliza	13
Modalidad de contratación	13
Modalidad de tarifa	13
Al comienzo del seguro	14
Durante la vigencia del seguro	14
Facultad de resolver el Contrato por el Tomador del Seguro	14
Modificaciones del riesgo	14
Indisputabilidad	15
Error de edad	15
Pago de primas	15
Revalorización automática de capitales	16
Revalorización automática de Primas	17
Pago de prestaciones	17
Beneficiarios	17
Prescripción	17
Comunicación: Tomador del Seguro, Asegurador, Asegurado y Mediadores	17
Extravío o destrucción de Póliza	18
Finalización del seguro	18
Garantías Básicas	19
Asistencia Familiar: servicio de sepelio	19
Asistencia a Personas	20
Asistencia en caso de Fallecimiento	20
Coberturas Generales de Asistencia en Viaje	22
Prestaciones sanitarias y de Cuidado Personal	28
Asistencia Legal y Gestoría	32

Garantías Complementarias	34
Repatriación	34
Capital adicional Vida	34
Fallecimiento por accidente	35
Invalidez Absoluta y Permanente por accidente	37
Hospitalización	38
Riesgos extraordinarios	40
Información general al Tomador del Seguro	44
Cláusula de consentimiento expreso sobre cesión y tratamiento informatizado de datos	47

¿Qué hacer en caso de siniestro?

¿Cómo avisarnos?

Debe avisarnos lo antes posible comunicándolo a través de nuestro centro de atención telefónica o cumplimentando el parte de siniestro en la sucursal donde tenga contratado el Seguro.

Servicio permanente de asistencia

El Asegurado dispondrá de un servicio telefónico las 24 horas del día, incluidos domingos y festivos, para solicitar el servicio que precise en relación con las prestaciones de las coberturas de la Póliza a excepción de las de Asistencia Legal y Gestoría cuyo horario será de 9 a 19 horas los días laborales.

Comunicación

El Tomador del Seguro deberá comunicar la ocurrencia del siniestro a la compañía a la mayor brevedad posible y en todo caso en el plazo de siete días desde su ocurrencia.

Los servicios deberán ser realizados, en todo caso, por proveedores expresamente aceptados por la Compañía, no procediéndose en caso contrario a reembolso alguno de gastos.

¿Qué documentación debe facilitarnos?

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

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

Documentación necesaria en caso de fallecimiento

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

Documentación necesaria en caso de Invalidez Absoluta Permanente

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

Documentación necesaria en caso de Hospitalización

- a) Informe del médico que le asista y en el que se reseñe la intervención, proceso o dolencia que ha originado la hospitalización y la fecha de ingreso. Este certificado se entregará dentro de las cuarenta y ocho horas siguientes al ingreso hospitalario o en su caso a la intervención quirúrgica que lo motiva.
- b) Declaración firmada por el médico y refrendada por la Dirección o Administración del centro sanitario, acreditativa de la fecha en la que el Asegurado ha salido de la mismo o es dado de alta.
- c) En caso de parto será necesario aportar el certificado correspondiente y su resultado expedido por el personal oficial técnico (comadrona o tocólogo) que atendió a la parturienta.

Diccionario de interés

A

Accidente

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

Asegurado

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

Asegurador

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

B

Beneficiario

La persona física o jurídica a quien el Tomador del Seguro, reconoce el dere-

cho a percibir la prestación derivada de este Contrato.

C

Capital Asegurado

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

Condiciones Generales

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

Condiciones Particulares

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

Contrato de Seguro

Contrato por el que el Asegurador se obliga, mediante el cobro de una Prima y en el caso de que se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cober-

tura, a indemnizar, dentro de los límites pactados, el daño producido al Asegurado o a satisfacerle un capital, una renta u otras prestaciones convenidas.

D

Declaración de siniestro

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

Declaraciones sobre el riesgo

Declaración que hace el Tomador, o en su caso el Asegurado, antes de la firma de la Póliza, indicando al Asegurador todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

Domicilio del Tomador del Seguro

El que figure en la Póliza, que se considerará como el de su residencia habitual a todos los efectos, especialmente en relación con las comunicaciones que puedan formularse por la Entidad Aseguradora.

F

Franquicia

Periodo de tiempo no indemnizable por la Compañía en cada siniestro o impor-

te de la indemnización que es asumida directamente por el Asegurado y descontada de la liquidación.

G

Garantías

Prestaciones de posible aseguramiento en la Póliza.

H

Hospital

Se entiende como Hospital o Centro Asistencial a los efectos de este Contrato, aquella institución donde se recibe atención médica urgente o tratamiento de periodos agudos de enfermedad. Su función principal debe ser la de proveer cuidados médicos y tratamientos de enfermedades dentro de un sistema de cuidado residencial. Debe contar con recursos para realizar diagnósticos médicos y tratamientos, por o bajo la supervisión de uno o más médicos. Debe suministrar un servicio de 24 horas de enfermería bajo la supervisión de un profesional de enfermería cualificado. Debe tener departamentos organizados de medicina.

No se incluyen bajo este concepto los centros de reposo, de convalecencia, centros de rehabilita-

ción, centros de cuidados crónicos, o de servicios especializados de enfermería. Tampoco están incluidas las residencias para la tercera edad, los lugares para el tratamiento de drogodependencias o alcohólicos, las instituciones psiquiátricas o los balnearios.

Tampoco se incluyen bajo esta definición las partes, alas, zonas o cualquier otra sección, que se utilice para las funciones descritas en el párrafo anterior, tanto si es una parte de un hospital o residencia, como si es una entidad completamente independiente.

Hospitalización

Situación que implica el registro de entrada del paciente y su permanencia en un Hospital, durante un periodo mínimo de 24 horas con motivo de una enfermedad, accidente o intervención quirúrgica.

P

Plazo de carencia

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

Póliza

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

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

Preexistencia

Son las enfermedades contraídas o accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de efecto del seguro, conocidas por el Asegurado antes de dicha fecha, que no hubieran sido declaradas por el mismo y que de haber sido conocidas por el Asegurador, hubieran sido motivo de no aceptación del riesgo o de aceptación en condiciones más gravosas.

Prima

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

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

R

Recargo

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

Riesgo agravado

Riesgo que, en función de las condiciones propias del mismo, está sometido por parte del Asegurador a un recargo sobre la prima.

S

Servicio

Para la cobertura de decesos será el conjunto de elementos y prestaciones necesarios para llevar a cabo el sepelio del Asegurado fallecido de acuerdo con las especificaciones y límites que figuran en la Póliza.

Solicitud

Declaración formal de la voluntad de contratar que el posible Tomador diri-

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

Suicidio

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

Suplemento

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

T

Tomador del Seguro

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

Objeto del seguro

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

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

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

Aspectos importantes que debe conocer de su Póliza

Modalidad de contratación

El Seguro se estipula por el periodo de tiempo previsto en las Condiciones Particulares de la Póliza, siendo prorrogable a su vencimiento de forma tácita por periodos no superiores a un año. Cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga mediante notificación escrita a la otra, efectuada con antelación no inferior a dos meses a la conclusión del periodo en curso, excepto para la cobertura de Asistencia Familiar donde el Asegurador no podrá oponerse a esa prórroga.

Modalidad de tarifa

Para la garantía de servicio de sepelio se podrá elegir entre las modalidades de tarifa de Prima que se detallan a continuación, y que constará en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Modalidad Nivelada: La tasa aplicable para la determinación de la prima será la que corresponda a la edad del Asegurado en el momento de contratar la Póliza y crecerá un 3% anual en cada renovación durante toda la vigencia del contrato para un mismo capital asegurado

do. **Los incrementos de prima derivados del aumento del coste del servicio se calcularán con arreglo a la tasa de la edad del Asegurado en el momento en el que se produzca dicho aumento.**

Modalidad Mixta: Es la combinación de una tarifa anual renovable y una tarifa nivelada en la misma Póliza.

La tasa aplicable para la determinación de la Prima será la que corresponda a la edad del Asegurado en cada renovación del seguro. **El Asegurador podrá aplicar las tarifas de primas que tenga en vigor en cada momento de acuerdo a la siniestralidad y las bases técnicas del seguro de decesos, hasta llegar a la edad de nivelación elegida por éste, momento en el cual dicha tasa permanecerá constante y con un crecimiento del 3% anual durante toda la vigencia de la Póliza.**

Los incrementos de prima derivados del aumento del coste del servicio se calcularán con arreglo a la tasa de la edad del Asegurado en el momento en el que se produzca dicho aumento.

Al comienzo del seguro

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

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

Durante la vigencia del seguro

■ Facultad de resolver el Contrato por el Tomador del Seguro

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

través de un soporte duradero, disponible y accesible para éste y que permita dejar constancia de la notificación.

A partir de la fecha en la que se expida la comunicación cesará la cobertura del riesgo por parte del Asegurador y el Tomador del Seguro tendrá derecho a la devolución de la Prima que hubiera pagado, salvo la parte correspondiente al periodo de tiempo en que el Contrato hubiera tenido vigencia. El Asegurador dispondrá para ello de un plazo de treinta días a contar desde el día que reciba la comunicación de rescisión.

■ Modificaciones del riesgo

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

De igual forma, el Tomador del Seguro o el Asegurado podrán, durante el curso

del Contrato, poner en conocimiento del Asegurador todas las circunstancias que disminuyan el riesgo.

■ **Indisputabilidad**

La Póliza será indisputable una vez haya transcurrido el plazo de un año a contar desde la fecha de su perfección, a no ser que medie actuación dolosa del Tomador del Seguro y/o Asegurado. El error en la declaración de edad del Asegurado no queda comprendido dentro de este apartado de indisputabilidad.

Esta norma no será de aplicación a las Garantías complementarias.

■ **Error de edad**

En el supuesto de indicación inexacta de la fecha de nacimiento del Asegurado, el Asegurador sólo podrá impugnar el Contrato si la verdadera edad del Asegurado en el momento de la entrada en vigor del Contrato excede de los límites de admisión establecidos por aquél.

En otro caso, si como consecuencia de una declaración inexacta de la edad, la prima pagada es inferior a la que correspondería pagar, la prestación del Asegurador se reducirá en proporción a la Prima recibida. Si por el contrario, la Prima pagada es

superior a la que debería haberse abonado, el Asegurador está obligado a restituir el exceso de las Primas percibidas, sin intereses.

■ **Pago de Primas**

■ **Primas**

La Prima es el precio a pagar por la cobertura de este Contrato de Seguro.

■ **Recargo por pago fraccionado**

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

■ **Forma de pago**

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

■ **Lugar de pago**

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

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

- **Consecuencia del impago de la Prima**

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

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

En caso de falta de pago de una de las Primas siguientes a la primera, la cobertura del Asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si el Asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la Prima, se entenderá que el Contrato queda extinguido. En cual-

quier caso, el Asegurador, cuando el Contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la Prima del periodo en curso.

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

- **Revalorización automática de capitales**

Si se incluye en las Condiciones Particulares de la Póliza la cláusula de revalorización automática de capitales asegurados, éstos quedarán modificados en cada vencimiento anual según el I.P.C. de los servicios funerarios.

En todo caso para la cobertura de asistencia familiar cuando exista una variación al alza del coste del servicio de sepelio por encima del citado índice porcentual, el Asegurador actualizará al vencimiento anual de la Póliza el valor de la suma Asegurada con objeto de mantenerla al nivel del coste real del servicio en la localidad de residencia del Asegurado.

El Tomador tendrá la facultad de no aceptar la actualización de dicha suma asegurada en el plazo de un mes des-

de el vencimiento anual de la Póliza. De producirse esta circunstancia el Asegurador en caso de ocurrencia del siniestro solo estará obligado a satisfacer como máximo el valor reflejado en las Condiciones Particulares de la Póliza para cada Asegurado.

■ **Revalorización automática de primas**

Las variaciones de capital darán lugar a una actualización de la Prima y se tarificarán de acuerdo con la edad de los Asegurados en el momento en que tome efecto dicha variación

■ **Pago de prestaciones**

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

■ **Beneficiarios**

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

En caso de no recogerse en las Condiciones Particulares de esta Póliza una

designación expresa de Beneficiario, se considerará como tal:

En caso de vida: El Asegurado.

En caso de fallecimiento del Asegurado:

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

■ **Prescripción**

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

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

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

Las comunicaciones del Tomador del Seguro, del Asegurado o del Beneficiario al Asegurador se realizarán en el

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

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

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

Las comunicaciones del Asegurador al Tomador del Seguro y, en su caso, al Asegurado y al Beneficiario, se realiza-

rán al domicilio de éstos, recogido en la Póliza.

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

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

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

Finalización del seguro

El seguro finaliza:

- Por anulación del Contrato por parte del Tomador del Seguro.
- En caso que el Tomador del Seguro deje de pagar la prima vencida dentro de los plazos establecidos en estas Condiciones Generales y Específicas.
- Para cada Asegurado el seguro finaliza en el momento de su fallecimiento.

Garantías Básicas

Asistencia Familiar: Servicio de Sepelio

¿Qué se cubre?

Por la presente Garantía, el Asegurador garantiza, como consecuencia del fallecimiento de cada uno de los Asegurados incluidos en la Póliza, la prestación del Servicio de Sepelio de acuerdo a la descripción que figura en las Condiciones Particulares de la misma.

Del mismo modo, si por causa de fuerza mayor, la prestación del servicio no fuera posible o no se llevara a efecto a través del Asegurador, éste se compromete a resarcir los gastos ocasionados como consecuencia del mismo **hasta el importe de suma asegurada a aquellas personas que acrediten haber satisfecho dichos gastos.**

Las Garantías del Seguro no serán de aplicación hasta que no hayan transcurrido veinte días desde la fecha de efecto del seguro (o del pago de la primera Prima si ésta es posterior), salvo que ocurra por accidente, de acuerdo con la definición del mis-

mo en los seguros complementarios de accidente.

No quedan cubiertos...

- **El fallecimiento por enfermedades contraídas o por accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de efecto del seguro, conocidas por el Asegurado antes de dicha fecha, que no hubieran sido declarados por el mismo y que de haber sido conocidos por el Asegurador, hubieran sido motivo de rehúse o aplazamiento.**
- **El fallecimiento del Asegurado como consecuencia directa o indirecta de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.**
- **El fallecimiento por hechos derivados de conflictos armados, haya precedido o no declaración oficial de guerra. En caso de guerra, corresponderá al Gobierno declarar en qué momento se podrá incorporar la cobertura y fijar el procedimiento a seguir.**

Asistencia a Personas

Asistencia en caso de Fallecimiento

– Traslado Mundial

¿Qué se cubre?

En caso de fallecimiento del Asegurado en cualquier lugar del territorio español o del resto del mundo, el Asegurador organiza y se hace cargo del traslado del cuerpo desde el lugar del óbito, al cementerio o planta incineradora, dentro del territorio español, donde se vaya a llevar a cabo el servicio de sepelio, **siempre que no exista impedimento alguno por parte de las autoridades para efectuar el traslado o medien causas de fuerza mayor.**

El traslado incluye, cuando fueren precisos, los siguientes gastos: Arca de cinc, filtro de gases, soldadura, embalsamamiento, depósito y sala de autopsias, cámara frigorífica, entrada en otras provincias, permiso de Sanidad, consulado, aduana, flete aéreo, kilometraje, furgón fúnebre y servicio de personal.

– Libre elección del lugar de inhumación en España

¿Qué se cubre?

En caso de fallecimiento de un Asegurado, los familiares del fallecido determinarán libremente el lugar de inhumación dentro del territorio español.

La Compañía llevará a cabo los trámites precisos y asumirá los gastos del traslado del cadáver desde el lugar de residencia habitual en España hasta el municipio elegido para llevar a cabo el servicio de sepelio en territorio nacional.

– Acompañamiento de restos mortales

¿Qué se cubre?

De no haber quien acompañe en su traslado los restos mortales de Asegurado fallecido, el Asegurador abonará los gastos de desplazamiento de la persona que designen los causahabientes para acompañar al cadáver hasta el lugar de inhumación.

– **Gastos de estancia del acompañante de restos mortales**

¿Qué se cubre?

De haber lugar a 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, la Compañía se hará cargo de los gastos de estancia y manutención **por importe de 90 euros/día y máximo 3 días.**

– **Repatriación o traslado de los Acompañantes Asegurados**

¿Qué se cubre?

El Asegurador asumirá los gastos de traslado de los restantes Asegurados que acompañaren al Asegurado en el momento del fallecimiento, hasta su respectivo domicilio o al lugar de inhumación.

– **Retorno de menores**

¿Qué se cubre?

Si en el caso expuesto en el apartado anterior, alguno de dichos Asegurados fuera menor de 15 años y no tuviera quien le acompañase, la Compañía pro-

porcionará la azafata o persona adecuada para que le atienda durante el traslado.

– **Regreso anticipado a causa del fallecimiento de un familiar**

¿Qué se cubre?

Si cualquiera de los Asegurados en viaje, debe interrumpirlo en razón del fallecimiento en España de **un familiar hasta segundo grado de parentesco, ya sea directo o por afinidad**, la Compañía abonará los gastos de desplazamiento desde el lugar en que se encuentre en tal momento, al de inhumación en España del familiar fallecido, y los de regreso al lugar donde se encontraba al producirse tal evento, **todo ello siempre que no le fuera posible emplear el medio propio de transporte utilizado para el viaje.**

– **Orientación psicológica al duelo**

¿Qué se cubre?

De 9,00 h. a 19,00 h. de Lunes a Viernes, salvo días festivos de carácter nacional, atendido por licenciado en psicología que prestará: Apoyo general y específico cuando lo requieran las cir-

cunstances personales. Ayuda inicial en situaciones de crisis de ansiedad y angustia, no de urgencia.

– Borrado de identidad digital del fallecido

¿Qué se cubre?

A través de este servicio los Asegurados pueden solicitar la eliminación de la información personal que pueda aparecer sobre el familiar fallecido en las redes sociales.

Coberturas Generales de Asistencia en Viaje

– Servicio de Información sobre Asistencia Médica

¿Qué se cubre?

Si por circunstancias ajenas a las garantizadas en la presente Garantía, el Asegurado necesitara acudir particularmente a la consulta de un médico en el lugar donde se encuentre, y éste no dispusiera de la información suficiente para su localización, podrá ponerse en contacto telefónico con el Asegurador, el cual facilitará al Asegurado los datos necesarios para que pueda acudir a una consulta médica.

– Traslado o Repatriación Sanitaria de heridos y enfermos

¿Qué se cubre?

En caso de accidente o enfermedad el Asegurador satisfará los gastos de traslado del Asegurado **hasta un centro sanitario adecuadamente equipado o hasta su domicilio habitual en España.**

El equipo médico de la Compañía mantendrá los contactos necesarios con el centro médico y con los facultativos que atiendan al Asegurado y decidirá, de acuerdo con éstos, su traslado o la repatriación y los medios de transporte más idóneos.

Medio de transporte:

- **Avión Sanitario especial para los países de Europa y Ribereños del Mediterráneo.**
- **Avión de líneas regulares, ferrocarril o barco.**
- **Ambulancia.**

En caso de afecciones benignas o heridas leves que, a juicio del equipo médico, no den motivo a repatriación, el transporte se realizará por ambulancia o cual-

quier otro medio, hasta el lugar en que puedan prestarse los cuidados adecuados.

– **Desplazamiento de un Asegurado Familiar junto al Asegurado Hospitalizado**

¿Qué se cubre?

En el caso de hospitalización del Asegurado fuera del límite provincial de su residencia habitual, y con duración superior a 5 días, el Asegurador satisfará a un familiar los gastos de desplazamiento al lugar de hospitalización (importe de ida y vuelta) y su estancia en éste, **a razón de 60 euros diarios, con máximo de 300 euros, si es España, o de 90 euros, con máximo de 900 euros, si es el extranjero.**

– **Inmovilización en un hotel por enfermedad o accidente**

¿Qué se cubre?

El Asegurador satisfará los gastos de prórroga de estancia en hotel del Asegurado herido o enfermo cuando esté, por así estimarlo el médico que lo trate, de acuerdo con el médico designado por el Asegurador, no pudiera regresar, **hasta una cantidad de 60 euros**

diarios, con un máximo de 300 euros, si el hotel esta en territorio español, y de 90 euros diarios, con máximo de 900 euros, si está en territorio extranjero.

– **Repatriación o transporte de los Asegurados acompañantes**

¿Qué se cubre?

Cuando el retorno de uno de los Asegurados se hubiere realizado por accidente o enfermedad, y ello impida al resto de los Asegurados continuar su viaje por los medios inicialmente previstos, el Asegurador se hace cargo del transporte para el regreso de los mismos a su domicilio habitual o hasta el lugar donde aquél se encuentre hospitalizado.

– **Acompañamiento de menores o disminuidos**

¿Qué se cubre?

Si los Asegurados que viajen con hijos disminuidos o menores de 15 años, también Asegurados, se encuentran en la imposibilidad de ocuparse de ellos por causa de enfermedad o accidente cubierto por la Póliza, el Asegurador proporcionará una azafata o persona adecuada, al objeto de acompañar a los niños en su regreso a su domicilio habitual en España o hasta el lugar de hospitalización.

- **Servicio de trámites administrativos para hospitalización**

¿Qué se cubre?

Cuando por accidente o enfermedad cubiertos por la Póliza, el Asegurado precise ser ingresado en un centro hospitalario, la Compañía se encargará de cuantos trámites administrativos sean necesarios.

- **Fianzas por hospitalización**

¿Qué se cubre?

Cuando por accidente o enfermedad cubiertos por la Póliza, el Asegurado precise ser ingresado en un Centro Hospitalario, la Compañía se hará cargo de la fianza que el Centro pudiera demandar para proceder a la admisión del Asegurado **con un límite de 6.000 euros.**

- **Envío de medicamentos**

¿Qué se cubre?

El Asegurador se encargará del envío de los medicamentos que, con carácter de urgencia, sean prescritos por un facultativo al Asegurado, y no puedan hallarse en el lugar donde él estuviera desplazado.

- **Gastos odontológicos de urgencia**

¿Qué se cubre?

Quedan cubiertos, **hasta 42 euros en España, y 180 euros en el extranjero**, los gastos de tratamiento a consecuencia de la aparición de problemas odontológicos, agudos, como infecciones, dolores o traumas, sobrevenidos durante el transcurso del viaje y que requieran, a juicio del equipo médico del Asegurador, un tratamiento de urgencia en el lugar donde se encontrare.

- **Asistencia Sanitaria por accidente o enfermedad en el extranjero**

¿Qué se cubre?

En caso de enfermedad o accidente del Asegurado acaecido durante el transcurso de un viaje por el extranjero, serán por cuenta del Asegurador los gastos de hospitalización, de intervenciones quirúrgicas, los honorarios médicos, y los derivados de productos farmacéuticos prescritos por el facultativo que le asista **con un límite máximo de 6.000 euros por Asegurado.**

– **Intérprete en caso de enfermedad o accidente en el extranjero**

¿Qué se cubre?

Si, como consecuencia de enfermedad o accidente en el extranjero, fuera necesaria la intervención de un intérprete en el lugar de ocurrencia, el Asegurador lo pondrá a disposición del Asegurado con la mayor urgencia posible. **Los gastos cubiertos por el Asegurador quedan limitados a 30 euros día, con un máximo de 180 euros.**

– **Anticipo de efectivo en el extranjero**

¿Qué se cubre?

En el caso de que el Asegurado careciera de recursos para satisfacer necesidades económicas urgentes en el extranjero por robo, extravío de bienes, accidente o enfermedad, el Asegurador le proporcionará una **cantidad máxima de 600 euros** en concepto de préstamo sin interés.

El Asegurado se obliga a la devolución del importe del préstamo recibido cuando regrese a su domicilio habitual y, en todo caso, a los sesenta días de la fecha en que se recibió el préstamo. **El Asegurador se reserva el derecho, a exigir, de forma previa**

a efectuar el anticipo, el que una persona designada por el Asegurado en España se haga cargo de la devolución del anticipo de forma fehaciente, mediante el correspondiente reconocimiento de deuda.

– **Transmisión de mensajes urgentes derivados de las garantías**

¿Qué se cubre?

El Asegurador, a través de un servicio de 24 horas, aceptará y transmitirá mensajes urgentes de los Asegurados, **siempre que éstos no dispongan de otros medios para hacerlos llegar a su destino y siempre que éstos sean consecuencia de una Garantía cubierta por la Póliza.**

– **Envío o reenvío de objetos olvidados en el transcurso del viaje**

¿Qué se cubre?

El Asegurador organizará y tomará a su cargo el coste del reenvío a domicilio del Asegurado de aquellos objetos que hubiere olvidado éste en el lugar donde hubiere estado de viaje.

Asimismo, el Asegurador enviará al Asegurado donde se encuentre, aquellos

objetos que se puedan considerar de primera necesidad y que el Asegurado hubiera olvidado en su domicilio al emprender el viaje, siempre que fueran de reemplazamiento difícil o costoso en el lugar donde se encuentre.

En cualquier caso el Asegurador sólo asumirá la organización y el coste del envío **hasta la cantidad de 120 euros**.

– **Ayuda a la localización y envío de equipajes**

¿Qué se cubre?

En caso de que el Asegurado sufra un robo o pérdida de su equipaje, el Asegurador le asistirá en su búsqueda y localización, asesorándole en la gestión para interponer la correspondiente denuncia. Si el equipaje es localizado, el Asegurador lo expedirá hasta el lugar de destino previsto por el Asegurado, o a elección de éste, hasta su domicilio habitual.

En caso de que el equipaje del Asegurado se extraviara durante la realización de un viaje en medios públicos de navegación aérea (**excepto helicóptero y aerotaxis**), y no fuese recuperado dentro de las 24 horas siguientes a su llegada, **el Asegurador abonará la cantidad de 150 euros**.

– **Desplazamientos urgentes por la ocurrencia de siniestros en el domicilio permanente del Asegurado**

¿Qué se cubre?

La Compañía asumirá los gastos de desplazamiento urgente del Asegurado hasta su domicilio permanente, debido a la ocurrencia de un siniestro que le hiciera inhabitable, **siempre que no le fuera posible emplear el medio propio de transporte utilizado para el viaje**.

– **Servicio de información para viajes al extranjero**

¿Qué se cubre?

El Asegurado puede obtener información, antes de su salida al extranjero, de datos como: pasaporte, visados de entrada en otros países, vacunas exigidas, aduanas, tasas de cambio, moneda y otros servicios, llamando a la central telefónica de la Compañía.

Ámbito territorial

Estas Garantías son válidas en España y en el resto del mundo, **excepto aqué-**

Ilas que expresamente indiquen que ofrecen cobertura exclusivamente en el extranjero. No tendrán límite kilométrico las coberturas siguientes:

- Libre elección del lugar de inhumación en España.
- Servicio de información para viajes al extranjero.

Para el resto de las coberturas de Asistencia el derecho a las prestaciones se devengará a partir del kilómetro 15 desde el domicilio habitual del Asegurado, o desde el kilómetro 10 si reside en las Islas Baleares o Canarias, y para poder beneficiarse de ellas, los desplazamientos deberán ser temporales de no más de sesenta días de duración, excepto para los traslados de personas Aseguradas fallecidas en España, y para los Asegurados desplazados temporalmente por motivo de estudios dentro del territorio nacional, casos en que no existirá dicho límite temporal.

No quedan cubiertos...

Exclusiones comunes a las coberturas de asistencia en caso de fallecimiento y asistencia en viaje

- **La mala fe del Asegurado.**

- **Las lesiones que se causara voluntariamente el Asegurado, salvo que se hubieran causado para evitar un mal mayor.**
- **La asistencia por enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión voluntaria de alcohol, drogas, sustancias tóxicas, estupefacientes o medicamentos adquiridos sin prescripción médica.**
- **Las recaídas de enfermedades o agravamiento de lesiones preexistentes, con riesgo de agravación brusca y conocidas por el Asegurado al iniciar el viaje, salvo los casos de brotes agudos producidos de forma súbita y repentina.**
- **Las prótesis y los gastos de asistencia para el tratamiento de padecimientos crónicos o mentales.**
- **Los servicios que el Asegurado haya concertado por su cuenta, sin la previa comunicación o sin consentimiento de la Entidad, salvo caso de urgente necesidad.**
- **Las asistencias derivadas de la práctica de deporte de competición.**

- **Las asistencias derivadas de embarazos y partos. No obstante, sí quedan cubiertas complicaciones imprevisibles ocurridas durante el viaje.**
- **Los gastos de Asistencia Sanitaria prestada en España, excepto los casos previstos expresamente en estas Condiciones Generales y Específicas.**
- **La prestación de servicios médicos o traslados sanitarios en caso de urgencia. La Aseguradora no sustituye a los organismos de socorro ni auxilios estatales o privados.**

La Compañía queda relevada de toda clase de responsabilidad cuando por causa de fuerza mayor o imposibilidad de cualquier tipo ajena a ella, no pueda realizar alguna de las prestaciones previstas en esta garantía, o lo efectúe con retraso.

Prestaciones Sanitarias y de cuidado personal

– Línea Médica Directa

¿Qué se cubre?

Este servicio permite al Asegurado acceder por vía telefónica 24 horas al día todos los días del año o vía on line a

través de la web de la Aseguradora a información general sobre cuestiones relativas a su salud tales como:

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

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

– Orientación dietética y nutricional

¿Qué se cubre?

De 9,00 h a 19,00 h de Lunes a Viernes, salvo días festivos de carácter nacional, atendido por un especialista en dietética nutricional que asesorará en consultas referidas a: Orientación de dietas equilibradas, hábitos alimenticios, asesoramiento en dietas de pato-

logías específicas (como hipercolesterolemia, hipertensión arterial), alteraciones nutricionales (falta de apetito, deficiencia de hierro, caries dentales, etc.).

– Segunda Opinión Médica

¿Qué se cubre?

Cuando a consecuencia de una de las siguientes enfermedades graves: Cáncer, enfermedades cardiovasculares, hematológicas, neurológicas, inmunológicas, respiratorias, oftalmológicas, otorrinolaringológicas, gastrointestinales, dermatológicas e insuficiencia renal crónica, el Tomador solicitará para cualquier Asegurado una segunda opinión médica sobre el diagnóstico y/o tratamiento óptimos a seguir, el Asegurador pondrá a su disposición un centro especializado y de prestigio de los que a tal efecto tenga concertados.

El Asegurador gestionará el envío de toda la documentación clínica aportada al mencionado centro, así como la recepción de la segunda opinión médica emitida por el mismo. En caso de que el centro consultado considere insuficiente la información médica disponible, es posible que determine que no se puede llevar a la práctica la emisión de la segunda opinión médica.

En caso de que el centro requiera la realización de pruebas, estudios o valoraciones adicionales, se informará de

ello al Asegurado, que junto con **el Tomador deberá decidir si desea o no proceder a su realización. En caso afirmativo, los costes de tales pruebas, estudios o valoraciones serán a cargo del Tomador.**

– Acceso a Especialistas

¿Qué se cubre?

El Asegurador pondrá a disposición del Asegurado un amplio cuadro de especialistas a precios preferentes que se detallarán en la guía médica de la provincia de residencia de los Asegurados.

Junto con esta guía, el Asegurador entregará una tarjeta personal a cada Asegurado, con la que se identificarán ante los profesionales y centros concertados.

Los honorarios devengados por la contratación de los servicios médicos serán siempre a cargo del Asegurado.

El Asegurador se reserva el derecho a modificar tanto los profesionales como los centros médicos concertados en la guía médica, así como el importe de cada una de las prestaciones y asistencias baremadas.

Igualmente el Asegurador excusa cualquier tipo de responsabilidad por actos u omisiones, incluido el

supuesto de negligencia médica que el Asegurado pudiera sufrir en la prestación de los servicios sanitarios realizados por los facultativos o centros concertados.

Los servicios concertados a precios preferentes son los siguientes:

- **Asistencia Primaria:** Medicina Familiar, enfermería y análisis clínicos.
- **Consulta con especialistas.**
- **Medios de Diagnósticos.**
- **Intervenciones Quirúrgicas.**
- **Medicina Preventiva:** Reconocimientos médicos, Test Genéticos y farmacológicos.
- **Otros servicios de salud y bienestar:** Acupuntura, Medicina Naturista, Podología, etc.
- **Servicios Complementarios**

¿Qué se cubre?

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

- **Cirugía refractiva:** Acceso, en régimen ambulatorio, a centros especializados concertados con el Asegurador para la realización de técnicas de corrección con láser de defectos refractivos de la visión (miopía, hipermetropía o astigmatismo).
- **Reconocimientos médicos:** Acceso a realización, en régimen ambulatorio, y dentro de los centros concertados con el Asegurador, de: Reconocimiento General Preventivo, Reconocimiento de Salud Ginecológica o Detección Precoz de Patología Mamaria.
- **Prestaciones Odontológicas**

¿Qué se cubre?

El Asegurador pone a disposición de los Asegurados y siempre a petición del Tomador el acceso de manera gratuita a las siguientes prestaciones dentales:

Consulta (diagnóstico, presupuesto, técnica de cepillado e higiene dental) y revisiones generales.

Extracciones dentales simples: 1 por Asegurado y año.

Limpieza bucal: 1 por Asegurado y año.

Radiografías: 1 por Asegurado y año.

Validez

La fecha de disponibilidad de esta cobertura será a partir del primer día del mes siguiente al establecido como efecto en la Póliza, siempre que se haya satisfecho el primer recibo de la Prima.

Las prestaciones gratuitas serán limitadas a una por Asegurado/año.

No obstante, para los servicios incluidos en esta Cobertura se establecerá un **período de carencia de 60 días** a partir de la fecha de disponibilidad.

No se aplicará plazo de carencia a los siguientes servicios:

- **Línea Médica Directa.**

No quedan cubiertos...

- **Toda asistencia no incluida expresamente en las estipulaciones de la misma.**
- **La asistencia solicitada por o para menores de edad sin autorización expresa de sus padres o tutores legales.**
- **Las urgencias vitales.**
- **La asistencia de urgencia en vía pública.**

- **La asistencia sanitaria derivada de guerras, motines, revoluciones, terrorismo, sabotaje, huelga, manifestaciones y movimientos populares, riñas y detenciones por parte de cualquier autoridad; la causada por epidemias declaradas oficialmente; la que guarde relación directa o indirecta con radiación o reacción nuclear y la que provenga de cataclismos (terremotos, inundaciones y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos).**
- **Los productos farmacéuticos y otros medicamentos, así como vacunas, contrastes y demás productos sanitarios.**
- **Toda asistencia sanitaria prestada por facultativos o centros distintos a los puestos a disposición del Asegurado por el Asegurador.**
- **Cualquier prestación distinta a la que el Asegurador hubiera expresamente autorizado al Asegurado en cada ocasión.**

Operativa General de las Prestaciones Sanitarias y de Cuidado Personal

Para acceder a cualquiera de las prestaciones incluidas en esta co-

bertura se deberá contactar previamente con el número de teléfono que a tal efecto aparece en las Condiciones Particulares de la Póliza y en la tarjeta facilitada por el Asegurador al Tomador de la Póliza.

El Tomador será el único habilitado para solicitar, para sí o para otro Asegurado de la Póliza, las prestaciones incluidas y descritas anteriormente en esta cobertura.

Asistencia Legal y Gestoría

¿Qué se cubre?

Asistencia Telefónica gratuita relacionada con cualquier tema personal:

- Familia
- Vivienda
- Trabajo
- Asuntos Penales
- Seguros Personales
- Reclamaciones

Asistencia Telefónica gratuita en caso de fallecimiento o invalidez:

Mediante esta Garantía y para el caso de fallecimiento o invalidez de cualquiera de los Asegurados, la Compañía garantiza la puesta a disposición de un

abogado para que les informe telefónicamente sobre el alcance de los derechos que les asistan en relación con el siniestro. Esta Garantía queda extendida a los siguientes supuestos:

- Pensiones de viudedad
- Auxilio por defunción
- Herencias
- Implicaciones fiscales
- Accidentes laborales
- Incapacidad permanente
- Incapacidad temporal por accidente
- Otras prestaciones
- Contratos de seguros
- Contratos de arrendamiento
- Cambios de titularidad
- Productos financieros
- Reclamación a terceros
- Otorgamiento de testamento

Trámites de Gestoría:

En caso de fallecimiento o accidente de cualquiera de los Asegurados se garantiza la obtención en vía administrativa de los siguientes documentos:

- Certificados de Últimas voluntades testamentarias, defunción, nacimiento, matrimonio y cotizaciones al INSS.
- Solicitud y tramitación de pensiones de viudedad, orfandad e incapacidad ante el INSS.
- Solicitud y tramitación del auxilio por defunción.
- Baja del Asegurado fallecido como usuario del sistema público sanitario y/o como pensionista de la S.S.

- Baja del Asegurado fallecido en el libro de familia.
- Fe de Vida.
- Certificados de convivencia y del registro de parejas de hecho.
- Liquidación del impuesto de Sucesiones (previa provisión de fondos por parte del Asegurado).
- Gestión de inscripciones registrales.

Primera consulta en despacho de abogado:

Gratuita.

Resto de actuaciones jurídicas:

25% de descuento sobre los honorarios mínimos del colegio de cada zona.

Testamento On-Line

El Asegurado y su cónyuge dispondrán de este servicio gratuito, consistente en el asesoramiento en la elaboración del testamento.

Para ello el Asegurado o su cónyuge a través de la plataforma Web habilitada por la Compañía para este servicio, cumplimentarán un formulario con sus datos personales que será analizado por un abogado que asesorará en base a la voluntad del Asegurado y redactará un borrador de su testamento. Una vez obtenido el visto bueno del Asegurado sobre este borrador, se acordará una cita con el notario más próximo a su do-

micilio, de entre los concertados por el Asegurador, para su firma.

¿Qué se cubre?

El asesoramiento legal, la elaboración de un borrador de testamento y servicio de secretaría consistente en la coordinación de la firma con el notario.

No quedan cubiertos...

Las tasas y honorarios notariales y de registro.

Ámbito Territorial

Las prestaciones sanitarias y de cuidado personal así como las de asistencia legal y gestoría serán prestadas únicamente en territorio nacional

Proveedores de los Servicios

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

Garantías Complementarias

Repatriación

¿Qué se cubre?

Por esta garantía el Asegurador organizará y tomará a su cargo los trámites necesarios para la repatriación en caso de fallecimiento del Asegurado de nacionalidad extranjera, con residencia habitual en España o del Asegurado español con residencia habitual en el extranjero y a petición expresa de sus familiares, hasta el aeropuerto internacional más próximo al lugar de inhumación, donde la funeraria que vaya a realizar el servicio se hará cargo del mismo. Dentro de esta garantía los familiares del Asegurado fallecido podrán designar a una persona, la cual tendrá derecho a un billete de ida y vuelta, desde el país de origen hasta España o viceversa para acompañar los restos mortales desde el lugar de defunción. El Asegurado dispondrá de un servicio telefónico las 24 horas del día, por el que deberá acceder para solicitar el derecho a esta prestación.

No quedan cubiertos...

- **El fallecimiento por enfermedades contraídas o por accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de efecto del seguro, conocidas por el**

Asegurado antes de dicha fecha, que no hubieran sido declarados por el mismo y que de haber sido conocidos por el Asegurador, hubieran sido motivo de rehúse o aplazamiento.

- **El fallecimiento del Asegurado como consecuencia directa o indirecta de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.**
- **El fallecimiento por hechos derivados de conflictos armados, haya precedido o no declaración oficial de guerra. En caso de guerra, corresponderá al Gobierno declarar en qué momento se podrá incorporar la cobertura y fijar el procedimiento a seguir.**

Capital Adicional Vida

¿Qué se cubre?

Cuando se incluya esta Garantía Opcional en las Condiciones Particulares de la Póliza, el Asegurador abonará a los beneficiarios un capital adicional por el valor de la suma asegurada recogida en las Condiciones Particulares para esta Garantía, en caso de fallecimiento

de alguno de los Asegurados incluidos en la misma.

Las Garantías del Seguro no serán de aplicación hasta que no hayan transcurrido veinte días desde la fecha de efecto del seguro (o del pago de la primera Prima si ésta es posterior), salvo que ocurra por accidente, de acuerdo con la definición del mismo en los seguros complementarios de accidente.

No serán asegurables en esta garantía las personas menores de 14 años, las mayores de 70 años ni los discapacitados legalmente.

No quedan cubiertos...

- **El fallecimiento por enfermedades contraídas o por accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de efecto del seguro, conocidas por el Asegurado antes de dicha fecha, que no hubieran sido declarados por el mismo y que de haber sido conocidos por el Asegurador, hubieran sido motivo de rehúse o aplazamiento.**
- **El fallecimiento del Asegurado como consecuencia directa o**

indirecta de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.

- **El fallecimiento por hechos derivados de conflictos armados, haya precedido o no declaración oficial de guerra. En caso de guerra, corresponderá al Gobierno declarar en qué momento se podrá incorporar la cobertura y fijar el procedimiento a seguir.**
- **El suicidio durante el primer año de vigencia de la Póliza .**
- **La muerte de un Asegurado causada directamente por un beneficiario.**

Fallecimiento por Accidente

¿Qué se cubre?

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

A efectos de esta Póliza se entiende por accidente toda lesión corporal derivada de una causa fortuita, momentánea, violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado.

No quedan cubiertos...

- **Los accidentes provocados intencionadamente por el Asegurado o dolosamente por el beneficiario, en este caso quedará nula la designación hecha a su favor, y la indemnización quedará a favor del Tomador o en su caso a los herederos de éste.**
- **Los ocurridos por la utilización de aparatos de navegación aérea, salvo que se trate de vuelos como pasajero en líneas regulares o chárter.**
- **Los ocurridos con anterioridad a la fecha de efecto del seguro y que no hubieran sido declarados por el Asegurado.**
- **Las enfermedades de cualquier naturaleza, incluidas las profesionales y psíquicas, y sus consecuencias, así como las lesiones corporales o complicaciones relacionadas con una enfermedad o estado morbosos, ataques de apoplejía, de epilepsia o epileptiformes, ruptura de aneurismas, varices, etc.).**
- **Los infartos, trombosis y embolias de cualquier clase así como toda clase de hernias o prolapso discales.**
- **Las intoxicaciones alimenticias, envenenamiento e infecciones de carácter general, insolaciones o congelaciones y otras consecuencias de las temperaturas que no hayan sido debidas a un accidente cubierto por la Póliza.**
- **Salvo pacto en contrario, los debidos a la práctica profesional de cualquier deporte y los ocasionados por la práctica de deportes de alto riesgo como escalada y alta montaña, automovilismo, motorismo, moto náutica de competición, submarinismo, paracaidismo, vuelo sin motor, ala delta y demás deportes aeronáuticos, esquí de competición, deportes de contacto como boxeo y otros, puenting, rafting, y viajes de exploración o similares y los relacionados con el toreo o encierros y festejos relacionados con reses bravas.**
- **Los debidos a la acción de los rayos X, el radium y sus**

compuestos así como los ocasionados como consecuencia directa o indirecta de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.

- Los ocurridos a consecuencia de acontecimientos extraordinarios acaecidos en España o en el extranjero cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros, así como los debidos a la guerra civil o extranjera y los ocurridos durante el servicio militar o maniobras militares navales, terrestres o aéreas.
- Los derivados de una actuación delictiva del Asegurado o de un acto de imprudencia temeraria grave así declarada judicialmente.
- Los originados con ocasión de duelos, desafíos, apuestas o riñas, a no ser que en este caso el Asegurado haya actuado en legítima defensa o en tentativa de salvamento de personas o bienes.
- Los ocasionados por la conducción de vehículos a motor si el Asegurado no está en posesión de la autorización administrativa correspondiente y en cualquier caso los derivados del uso de motocicletas o ciclomotores de más de

250 c.c. ya sea como conductor o como pasajero.

- Los que sobrevengan al Asegurado como consecuencia de su estado de embriaguez, o bajo los efectos de drogas o estupefacientes no prescritos médicamente.

Invalidez Absoluta y Permanente por Accidente

¿Qué se cubre?

Se entiende por tal la situación física o psíquica irreversible, determinante de la total ineptitud del Asegurado para el ejercicio de profesión o actividad laboral alguna, comprobada y fijada en el término de un año desde la fecha de ocurrencia del accidente y siempre que el accidente y la invalidez sobrevengan estando la Póliza en vigor.

A efectos de esta Póliza se entiende por accidente toda lesión corporal derivada de una causa fortuita, momentánea, violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado.

El pago del capital de invalidez significará la anulación de los Seguros Complementarios de fallecimiento e invalidez absoluta y permanente por accidente, por lo que las prestaciones derivadas

de dichos seguros son excluyentes entre sí.

No quedan cubiertos...

Esta garantía tiene las mismas exclusiones que el Fallecimiento por accidente.

Personas asegurables dentro de las garantías de Accidentes Personales

No podrá contratarse esta cobertura a personas menores de 14 años ni mayores de 65 o legalmente incapacitados.

En cualquier caso esta garantía de accidentes finalizará en la anualidad en el que el Asegurado cumpla los 70 años, edad en la que continuarán activas las garantías de Asistencia Familiar por Fallecimiento.

Siendo esta limitación de edad sólo aplicable a estas garantías de Accidentes Personales.

Hospitalización

¿Qué se cubre?

Cuando se incluya esta Garantía Complementaria el Asegurador abonará al Asegurado la indemnización diaria es-

pecificada en Condiciones Particulares, cuando el Asegurado tuviera que ser necesariamente internado en un hospital como consecuencia de una enfermedad contraída, un accidente sufrido, o una intervención quirúrgica cubiertos en Póliza y durante la vigencia de la Póliza.

Asimismo para cada recién nacido cuya madre esté Asegurada con el Asegurador, éste abonará como única prestación económica, una indemnización equivalente a diez veces la que se garantiza diariamente para los casos de hospitalización, siempre que el parto ocurra después de 8 meses de vigencia de la Póliza, **con un límite máximo por parto de 150 euros.** El derecho a la indemnización se devengará en el momento en que se produzca el nacimiento.

El plazo máximo de indemnización será de 30 días de hospitalización continuada. En el caso que con posterioridad a la primera intervención, y hallándose el Asegurado internado a consecuencia de la misma, fuera preciso practicarle una nueva intervención, el plazo máximo de indemnización diaria quedará ampliado en igual número de días a los que hayan transcurrido entre ambas intervenciones.

Si el Asegurado tuviera que ser ingresado nuevamente en un hospital por las mismas causas o por causas conexas con las ante-

rios durante los tres meses siguientes a un alta hospitalaria, el nuevo internamiento hospitalario será considerado a todos los efectos como prolongación del anterior. No obstante, si el nuevo internamiento tuviese como causa un proceso distinto de la o de las dolencias declaradas anteriormente, empezará a contar otro período de indemnización.

En caso de enfermedad, la cobertura pactada comenzará una vez transcurridos TRES meses desde la formalización de la misma, en caso de parto este plazo de carencia se amplía a ocho meses. En caso de accidente no existe ningún plazo de carencia.

Esta Garantía complementaria finalizará en la anualidad en que el Asegurado cumpla los 70 años.

No quedan cubiertos...

Quedan expresamente excluidos de la Garantía de hospitalización quirúrgica de esta Póliza los siniestros debidos a las siguientes causas:

a) Los siniestros basados en enfermedades, lesiones o defectos congénitos o adquiridos anteriores a la contratación y que no hayan sido

declarados por el Asegurado o el Tomador en su nombre.

- b) La cirugía estética o plástica reparadora salvo las necesarias para eliminar las secuelas de una enfermedad o accidente cubierto por la Póliza.**
- c) Las indemnizaciones o subsidio por hospitalización, cuando el internamiento sea inferior a 24 horas.**
- d) El internamiento en establecimiento sanitario por parto o sus consecuencias posteriores o anteriores.**
- e) Neuropatías y psicopatías que no den síntomas objetivos de comprobación médica, las curas de reposo, termales o dietéticas.**
- f) Las debidas a siniestros cuyas causas figuran excluidas en las garantías complementarias de accidentes.**

Ámbito Territorial

Las garantías complementarias serán válidas en todo el mundo y durante las 24 horas del día **excepto la hospitalización que lo será solo en territorio nacional durante las 24 horas del día.**

Riesgos extraordinarios

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

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

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

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

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

Resumen de las normas legales

■ Acontecimientos extraordinarios cubiertos

- a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos, inun-

daciones 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.

■ Riesgos excluidos

- a) **Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.**
- b) **Los ocasionados en personas aseguradas por Contrato de Seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.**
- c) **Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.**
- d) **Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 12/2011, de 27 de mayo, sobre responsabilidad civil por daños nucleares o producidos por materiales radiactivos.**
- e) **Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el apartado 1.a) anterior y, en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares,**

salvo que éstos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.

- f) **Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios de los señalados en el apartado 1.b) anterior.**
- g) **Los causados por mala fe del Asegurado.**
- h) **Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Se-**

guros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.

- i) **Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de "catástrofe o calamidad nacional".**

■ **Extensión de la cobertura**

La cobertura de los Riesgos Extraordinarios alcanzará a las mismas personas y sumas aseguradas que se hayan establecido en la Póliza a efectos de los riesgos ordinarios.

En las Pólizas de Seguro de vida que, de acuerdo con lo previsto en el Contrato, y de conformidad con la normativa reguladora de los seguros privados, generen provisión matemática, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se referirá al capital en riesgo para cada Asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que la Entidad Aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la citada provisión matemática será satisfecho por la mencionada Entidad Aseguradora.

Comunicación de daños al Consorcio de Compensación de Seguros

- 1 La solicitud de indemnización de daños cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros, se efectuará mediante comunicación al mismo por el Tomador del Seguro, el Asegurado o el Beneficiario de la Póliza, o por quien actúe por cuenta y nombre de los anteriores, o por la Entidad Aseguradora o el Mediador de Seguros con cuya intervención se hubiera gestionado el seguro.
- 2 La comunicación de los daños y la obtención de cualquier información relativa al procedimiento y al estado de tramitación de los siniestros podrá realizarse:
 - Mediante llamada al Centro de Atención Telefónica del Consorcio de Compensación de Seguros (952 367 042 o 902 222 665).
 - A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (www.conorseguros.es).
- 3 Valoración de los daños: La valoración de los daños que resulten indemnizables con arreglo a la legislación de seguros y al contenido de la Póliza de Seguro se realizará por el Consorcio de Compensación de Seguros, sin que éste quede vinculado por las valoraciones que, en su caso, hubiese realizado la Entidad Aseguradora que cubriese los riesgos ordinarios.
- 4 Abono de la indemnización: El Consorcio de Compensación de Seguros realizará el pago de la indemnización al Beneficiario del seguro mediante transferencia bancaria.

Para aclarar cualquier duda que pudiera surgir sobre el procedimiento a seguir, el Consorcio de Compensación de Seguros dispone del siguiente teléfono de atención al Asegurado: 902 222 665.

Información general al Tomador del Seguro

En cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 60 del Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados y de los artículos 104 y 107 de su Reglamento de desarrollo, aprobado por Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, se informa al Tomador:

1 Legislación aplicable. El presente seguro se rige por:

- Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.
- Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.
- Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal.

2 Instancias de reclamación

De conformidad con el artículo 61.1 del Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, los conflictos que puedan surgir entre Tomadores del seguro, Asegurados, Beneficiarios, terceros perjudicados o derechohabientes de cualesquiera de ellos y la Entidad Aseguradora, se resolverán por los Jueces y Tribunales competentes.

Asimismo, de acuerdo con los artículos 61.2 y 61.3 del mismo Real Decreto Legislativo, podrán someter sus divergencias a decisión arbitral, en los términos del artículo 31 de la Ley 26/1984, de 19 de julio, General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y normas de desarrollo de la misma, o a arbitraje privado en los términos de la Ley 60/2003, de 23 de diciembre, de Arbitraje.

Cláusula de información sobre tramitación de quejas y reclamaciones

Conforme a lo dispuesto en el artículo 29 y siguientes de la Ley 44/2002 de 22 de noviembre de Reforma del Sistema Financiero, los artículos 62 y 63 del R.D. Legislativo 6/2004 de 29 de octubre por el que se elabora el Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de Seguros Privados y el desarrollo del Reglamento de los comisionados para la defensa del cliente de servicios financieros, R.D. 303/2004 de 20 de febrero; y en el artículo 9 de la Orden ECO/734/2004 de 11 de marzo, **esta Entidad tiene un Departamento de Atención al Cliente** para atender las quejas y reclamaciones de los mismos relacionados con sus intereses y derechos legalmente reconocidos, con domicilio social en Paseo de Cristóbal Colón 26, 41001 Sevilla (España) y dirección electrónica: departamentoatencioncliente@helvetia.es.

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

1. La Entidad tiene la obligación legal de atender y resolver las quejas y reclamaciones de sus clientes en el plazo máximo de dos meses de la recepción de la misma.
2. La presentación de la queja o reclamación se realizará por escrito al Departamento de Atención al Cliente, personalmente o mediante representación debidamente acreditada, en cualquiera de las oficinas de la Entidad, o por medios informáticos, electrónicos o telemáticos, siempre que éstos permitan la lectura, impresión y conservación de los documentos.
3. La Entidad tiene en sus oficinas a disposición de los clientes, el modelo de presentación de quejas y reclamaciones adaptado a los requisitos legales, y el reglamento de funcionamiento del Departamento de Atención al Cliente.
4. La decisión del Departamento de Atención al Cliente será motivada y contendrá conclusiones claras sobre la solicitud planteada en la queja o reclamación, fundamentándose en las cláusulas contractuales, en la legislación de seguros y en las buenas prácticas y usos del sector asegurador.
5. Transcurrido este plazo, el reclamante podrá trasladar su queja o reclamación ante el Servicio de Reclama-

ciones de la Dirección General de Seguros para lo cual deberá acreditar que ha transcurrido el plazo de dos meses desde la presentación de la reclamación ante el Departamento de Atención al Cliente, sin que ésta haya sido resuelta, o que haya sido denegada la admisión o desestimada, total o parcialmente, su petición.

3 Entidad Aseguradora

La Entidad Aseguradora es Helvetia Compañía Suiza, Sociedad

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

4 Jurisdicción

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

Cláusula de consentimiento expreso sobre cesión y tratamiento informatizado de datos

De conformidad con lo regulado en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y las normas reglamentarias que le sean complementarias, Helvetia Compañía Suiza, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros le informa que los datos de carácter personal facilitados en el presente documento (incluidos los de salud si los hubiere) serán incorporados a un fichero de su responsabilidad con la finalidad de gestionar la relación aseguradora.

El titular consiente que los datos derivados de un siniestro comunicado por el mismo o por cualquier otro tercero interesado y que haga referencia a sus propios datos durante el tiempo de cobertura del seguro sean tratados con la finalidad de gestionar dicho siniestro por lo que dichos datos podrán ser cedidos o comunicados a los terceros encargados de tramitar dicho siniestro (peritos, talleres, médicos, abogados, etc.). En este sentido, también podrán ser comunicados a todos aquellos terceros que presten un servicio a Helvetia Seguros que implique necesariamente el acceso a sus datos personales cuando resulte necesario para el man-

tenimiento, desarrollo y control de la relación jurídica.

Igualmente sus datos podrán ser comunicados a las Entidades Coaseguradoras y Reaseguradoras en los casos de coaseguros y reaseguros cuando ello resulte necesario para el desarrollo, mantenimiento y control de la relación jurídica.

Sus datos podrían ser comunicados a ficheros comunes en los casos legalmente previstos con la finalidad de prevenir el fraude, facilitar el resarcimiento en caso de siniestro, valorar riesgos y/o localizar vehículos robados o en otros supuestos que usted expresamente consienta. También queda informado y acepta expresamente el titular de la cesión de los datos (incluidos los de salud si los hubiere) a otros ficheros comunes que pudieran existir para la liquidación de siniestros y la colaboración estadístico actuarial, con la finalidad de permitir la tarificación y selección de riesgos y la elaboración de estudios de técnica aseguradora, cuyos responsables son TIREA, SERSANET y ASITUR.

Helvetia Seguros podrá solicitar informes comerciales y de solvencia que

completan la información que usted nos ha facilitado.

Le informamos de la posibilidad de hacer uso, para su tratamiento o cesión a terceros, de los datos de carácter personal de los que resulta titular con la finalidad de realizar encuestas de satisfacción, remitirle comunicaciones comerciales, publicitarias y promocionales, ya sea por vía postal o por medios electrónicos, de productos y servicios de Helvetia Seguros, tanto durante la vigencia de la Póliza o Pólizas que pudiera tener concertadas con Helvetia Seguros como a su término, así como con el objeto de adecuar nuestras comunicaciones a su perfil particular.

La cesión de datos podrá realizarse, con la misma finalidad antes expuesta, a otras empresas del Grupo pertenecientes al sector seguros ubicadas en países que otorguen un nivel de protección equiparable al de la legislación española.

A tal fin se solicita su conformidad y consentimiento a tal tratamiento pudiendo mostrar su negativa en el plazo de treinta días, advirtiéndole que en caso de no pronunciarse se entenderá que consiente el tratamiento de sus datos de carácter personal en el sentido indicado en el párrafo precedente.

En el supuesto de no querer prestar su consentimiento, puede proceder marcando con una X en el/los recuadro/s inferior/es y entregarlo en cualquiera de nuestras Sucursales.

El titular queda informado que el consentimiento anteriormente otorgado es revocable en cualquier momento para lo que puede dirigirse a cualquiera de nuestras Sucursales.

* No autorizo el tratamiento de mis datos de carácter personal para la realización de encuestas, envíos de comunicaciones comerciales, publicitarias y promocionales.

* No deseo recibir comunicaciones comerciales por correo electrónico u otro medio de comunicación equivalentes (SMS, MMS, etc.).

Podrá ejercer, también, sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación dirigiéndose a cualquiera de nuestras Sucursales.

En caso de incluirse datos de personas físicas distintas del Tomador de la Póliza, éste se compromete a informar previamente a tales personas sobre los extremos señalados con anterioridad.

Helvetia Compañía Suiza
Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros

Sede Social Sevilla

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

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

