



Condiciones Generales del contrato

Seguro de Asistencia SIN FRONTERAS

santalucía
■ ■ ■ ■ ■ SEGUROS ■ ■ ■ ■ ■

CUADRO EXTRACTADO DE GARANTÍAS

GARANTÍAS BÁSICAS

A. Decesos

- Servicio fúnebre
- Atención psicológica

B. Accidentes

- Fallecimiento por Accidente
- Invalidez Permanente Parcial por Accidente

C. Asistencia

- Asistencia jurídica telefónica especializada
- Tramitación de pensiones
- Documentación administrativa

GARANTÍAS OPCIONALES

A. Peque Asistencia

- Conexión asistencial
- Premio de natalidad
- Asistencia médica a menores
- Segundo diagnóstico psicológico
- Programa de formación asistencial

B. Asistencia Senior

- Evaluación geriátrica integral
- Servicio de Teleasistencia
 1. Intervenciones de urgencia y atención inmediata
 2. Vigilancia y atención en desplazamientos
 3. Localización y envío de servicios asistenciales
 4. Seguimiento personalizado del Asegurado y su entorno
- Programa de formación asistencial
- Descanso familiar
- Consultas médico - geriátricas
- Asistencia médica a mayores
- Conexión con Centros Residenciales para la Tercera Edad
- Asesoramiento patrimonial personalizado

- Conexión con reparadores
- Inspección Técnica de Viviendas
- Limpieza de vivienda
- Ampliación de la garantía de Asistencia post - hospitalaria

C. Médico - Asistencial

- Segunda opinión médica
- Asistencia post-hospitalaria
- Consulta médica telefónica o por Internet
- Consulta psicológica telefónica
- Acceso a la red de Profesionales Médicos y Centros Sanitarios
 1. Servicios sanitarios
 2. Servicio dental

D. Protección Jurídica Integral:

- Reclamación de daños
- Defensa penal
- Derecho Administrativo
- Derecho de Consumo
- Derecho Laboral y Seguridad Social
- Vivienda
- Fiscalidad
- Derecho de Familia
- Tramitación de expedientes de jurisdicción voluntaria y actuaciones notariales y registrales
- Tramitación de sanciones por circulación de vehículos a motor
- Conexión con Abogados y Procuradores

Seguro de Asistencia Sin Fronteras

CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo Preliminar BASES DEL CONTRATO

1. El Tomador del seguro tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al Asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. 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 que no estén comprendidas en él.
2. La presente póliza ha sido contratada sobre la base de las declaraciones formuladas por el Tomador del seguro o el Asegurado en la solicitud-cuestionario que le ha sido sometido y que motivan la aceptación del riesgo por parte del Asegurador, con la asunción, por su parte, de las obligaciones derivadas del contrato a cambio de la prima correspondiente, siendo aplicable exclusivamente a los Asegurados de la póliza que tengan su residencia habitual en España.
3. La solicitud-cuestionario cumplimentada por el Tomador del seguro, y esta póliza, constituyen un todo unitario fundamento del seguro que sólo alcanza, dentro de los límites pactados, a los riesgos especificados en la misma.
4. Si el contenido de la póliza difiere 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.
5. En el supuesto de indicación inexacta de la edad del Asegurado, el Asegurador sólo podrá impugnar el contrato si la verdadera edad del Asegurado, en el momento de la entrada en vigor del mismo, excede de los límites de admisión establecidos por aquél.
6. El Asegurador podrá rescindir el contrato, mediante comunicación dirigida al Tomador del seguro, en el plazo de un mes a contar desde el conocimiento de la reserva o inexactitud del Tomador del seguro. Corresponderán al Asegurador, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento que haga esta comunicación.

7. Si el siniestro sobreviene antes de que el Asegurador haga la comunicación a la que se refiere el apartado anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del Tomador del seguro, el Asegurador quedará liberado del pago de la prestación.

Artículo 1. DEFINICIONES

En este contrato se entiende por:

1. Accidente:

La lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, que produzca muerte o invalidez permanente total o parcial.

2. Asegurado:

Cada una de las personas que figuran relacionadas en la póliza.

3. Asegurador:

SANTA LUCÍA, S.A., Compañía de Seguros y Reaseguros que asume el riesgo contractualmente pactado.

4. Beneficiario:

Es la persona designada en la póliza para percibir del Asegurador las cantidades que éste haya de pagar como consecuencia del fallecimiento de los Asegurados, salvo el importe de los servicios que hubieren sido prestados

con cargo al Asegurador, que serán abonados por éste directamente a las entidades que los hayan efectuado.

En la garantía de Accidentes, las indemnizaciones que se tengan que satisfacer por invalidez permanente serán percibidas por el propio Asegurado.

Si en el momento del fallecimiento no hubiera Beneficiario concretamente designado, o su designación fuese nula, la indemnización será satisfecha, por orden preferente y excluyente, a las personas que, con respecto al Asegurado fallecido, sean:

- a) Sus hijos, a partes iguales. Si alguno hubiera fallecido, su parte la percibirán los hijos de éste y si no los hubiere, será repartida entre los hijos vivos del Asegurado.
- b) Su cónyuge, siempre que no esté separado legalmente o de hecho.
- c) Los padres que le sobrevivan.
- d) Los abuelos que le sobrevivan.
- e) Los hermanos que le sobrevivan.
- f) A falta de todos los anteriores, los herederos legales del Asegurado fallecido.
- g) En su defecto, la indemnización formará parte del patrimonio del Tomador del Seguro.

En el supuesto de que el Beneficiario cause dolosamente el siniestro, quedará nula la designación hecha a su favor.

5. Domicilio del Tomador del seguro y Asegurados:

El que figura en la póliza, que se considerará como el de su residencia habitual a todos los efectos.

6. Póliza:

El documento que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integrante de la póliza: las Condiciones Generales, las Particulares y Especiales que individualizan el riesgo, y los Suplementos y Apéndices que se emitan a la misma para complementarla o modificarla.

7. Prima:

El precio del seguro. El recibo contendrá, además, los recargos e impuestos que sean de legal aplicación.

8. Servicio:

El conjunto de prestaciones funerarias y gestiones necesarias para efectuar la repatriación del Asegurado fallecido en el territorio comunitario de los Estados miembros de la Unión Europea hasta la localidad del país designado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

9. Siniestro:

El suceso cuyas consecuencias estén cubiertas por la póliza.

10. Tomador del seguro:

La persona que junto con el Asegurador suscribe este contrato y al que corresponden las obligaciones que del mismo se deriven, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado.

OBJETO Y EXTENSIÓN DEL SEGURO

Artículo 2. GARANTÍAS BÁSICAS

Dentro de los límites establecidos en las Condiciones de esta póliza, el seguro solamente garantiza contra los riesgos cuya cobertura se especifica a continuación:

DECESOS

1. Servicio fúnebre

En caso de fallecimiento de cada uno de los Asegurados de la presente póliza, el Asegurador garantiza, como prestador único, la realización del servicio fúnebre convenido a través de entidades u otros profesionales contratados por el Asegurador para realizar dicho servicio.

En el supuesto de que el Asegurador no hubiera podido proporcionar la prestación por causas ajenas a su voluntad, fuerza mayor o por haberse realizado el servicio a través de otros medios distintos a los ofrecidos, el Asegurador quedará obligado a satisfacer el importe máximo de 3.000 euros a los herederos del Asegurado fallecido, no siendo responsable de la calidad de los servicios prestados.

Esta garantía se extiende a los Asegurados cualquiera que sea su profesión y sea cual fuere la causa del fallecimiento, salvo para los riesgos excluidos en la póliza.

Asimismo, los causahabientes del Asegurado fallecido en el territorio comunitario de los Estados miembros de la Unión Europea podrán designar a una persona, con residencia en España, la cual tendrá derecho a un billete de ida y vuelta en avión (clase turista), para que pueda viajar desde la localidad de su residencia en España, hasta el lugar del fallecimiento, trasladándose posteriormente a la localidad y país de destino designado en las Condiciones Particulares de la Póliza, para acompañar al fallecido y, finalmente, regresar hasta la localidad de su residencia en España.

Salvo pacto en contrario, no tendrán la condición de Asegurados, las personas que al solicitar el seguro tengan más de 65 años de edad o padezcan enfermedad grave en el momento de contratar la póliza.

Asimismo, el Asegurador garantiza, como prestador único, la realización de un servicio fúnebre especial en caso de fallecimiento de los hijos de Asegurados de la presente póliza, si

ocurriese durante el período de gestación o antes de cumplir treinta días de edad, a partir de los cuales deberán estar asegurados para tener derecho al servicio fúnebre que corresponda.

Dicha prestación comprenderá un servicio adaptado a las necesidades que requiera o precise un siniestro de esta naturaleza para su inhumación en una unidad básica de enterramiento (sepultura o nicho) del cementerio municipal o parroquial del lugar en donde se haya producido el fallecimiento o en el de residencia habitual de sus padres en España.

Se podrá optar por la incineración, en lugar de la inhumación, si en la localidad donde hubiera ocurrido el fallecimiento existiera crematorio.

Si la prestación del servicio fúnebre especial no se hubiera podido proporcionar por causas ajenas al Asegurador, fuerza mayor o por haberse realizado el servicio a través de otros medios distintos a los ofrecidos, el Asegurador quedará obligado a satisfacer el importe máximo de 2.000 euros a los herederos del fallecido, no siendo responsable de la calidad de los servicios prestados.

2. Atención psicológica

El Asegurador pondrá a disposición de los familiares del Asegurado fallecido un servicio de atención psicológica en los siguientes supuestos:

a) Cuando el fallecimiento sea consecuencia de un accidente. Se

entenderá por accidente para esta garantía cualquier fallecimiento traumático del Asegurado, incluido el suicidio.

b) Cuando le sobrevivan Asegurados menores de diecisiete años.

c) Cuando el Asegurado fallecido sea menor de diecisiete años.

La prestación del servicio de atención psicológica constará de dos fases:

2.1. Asistencia psicológica presencial, realizada en el lugar de fallecimiento, velación o inhumación y durante un máximo de tres horas. Este servicio se prestará al cónyuge o persona con la que conviviese el Asegurado en análoga relación de afectividad y a cualquier persona que lo solicite y guardase con el fallecido un parentesco consanguíneo de primer grado en línea recta.

2.2. Consulta psicológica: Cualquier Asegurado de la póliza del fallecido tendrá derecho a solicitar, dentro de los quince días siguientes al fallecimiento, un servicio de consultas psicológicas presenciales de una hora de duración, teniendo derecho a solicitar un máximo de dos consultas por póliza y siniestro. Las consultas se solicitarán con una antelación mínima de 24 horas al TELÉFONO DE ASISTENCIA 24 HORAS.

ACCIDENTES

Mediante esta garantía, el Asegurador abonará la indemnización correspondiente cuando alguno de los

Asegurados sufra un accidente corporal en cualquier parte del mundo, tanto en el ejercicio de su profesión como en su vida privada, **que produzca su muerte o invalidez permanente.**

Esta garantía se extiende a los Asegurados cualquiera que sea su profesión y sea cual fuere la causa del accidente, salvo para los riesgos excluidos en la póliza.

Se consideran Asegurados, a efectos de esta garantía, los de edad inferior a 66 años en el momento de la entrada en vigor de esta garantía que figuren como Asegurados en la póliza.

Los menores de 14 años de edad quedan excluidos de la cobertura de esta garantía en los casos de fallecimiento a causa de un accidente.

1. Indemnizaciones garantizadas

a) En caso de muerte por accidente del Asegurado, ya sea inmediata o

en el plazo de un año desde la fecha del accidente y a consecuencia de éste, el Asegurador pagará al Beneficiario la suma asegurada que figura en la Póliza para esta garantía.

Todos los pagos que el Asegurador haya efectuado por un mismo siniestro por invalidez permanente se considerarán como anticipos sobre la suma asegurada a pagar en el caso de muerte a consecuencia del mismo siniestro y, por tanto, se deducirán del mismo.

b) En caso de invalidez permanente por accidente del Asegurado, determinada de manera definitiva y de forma irreversible, **el límite máximo a indemnizar por el Asegurador se calculará en base a la suma asegurada para esta garantía de acuerdo con el siguiente baremo de porcentajes y condiciones:**

BAREMO DE PORCENTAJES DE INDEMNIZACIÓN (A aplicar sobre la suma asegurada)			
EPÍGRAFES	PORCENTAJE	EPÍGRAFES	PORCENTAJE
Enajenación mental, completa e incurable, que haga imposible todo trabajo u ocupación	100	Pérdida completa del movimiento de un tobillo	15
Parálisis completa, incurable y permanente	100	Dificultad para la marcha por fractura de astrágalo o calcáneo	20
Ceguera completa, incurable y permanente	100	Amputación parcial de un pie, comprendidos todos los dedos	40
Pérdida total de la visión de un ojo o reducción a la mitad de la		Pérdida total del dedo pulgar de un pie	10

visión binocular	40		
Si la visión del otro estaba perdida antes del accidente	50		
Mudez completa, con imposibilidad de emitir sonidos coherentes, incluso por medios artificiales	80		
Sordera completa de los dos oídos	40		
Pérdida total de la audición de un oído	10		
Si la pérdida de audición del otro oído existía antes del accidente	20		
Zumbido de oídos	5		
Pérdida total del sentido del olfato o el gusto	5		
Ablación de la mandíbula inferior	30		
Trastornos graves de las articulaciones de ambos maxilares	15		
Pérdida completa de los movimientos de la columna cervical, con o sin manifestaciones neurológicas	33		
Síndrome de latigazo cervical	11		
Pérdida completa de los movimientos de la columna dorsal, con o sin manifestaciones neurológicas	33		
Pérdida completa de los movimientos de la columna lumbar, con o sin manifestaciones neurológicas	33		
Lumbalgia	20		
Pérdida total de una pierna o de un pie	50		
Fractura no consolidada de una pierna o un pie	25		
Pérdida total del movimiento de una cadera o de una rodilla	25		
Fractura no consolidada de una rodilla	20		
Pérdida total de otro dedo de un pie	5		
Vértigos	15		
Fractura de una clavícula o luxación acromioclavicular	10		
Pérdida de cualquier pieza dentaria	1		
Parálisis completa del nervio ciático-poplíteo externo	30		
Parálisis completa del nervio ciático-poplíteo interno	20		
Trastornos subjetivos post-conmocionales con resultado clínico neurológico y cocleovestibular negativo	7		
Pérdida total de un pulmón	50		
Pérdida total del bazo o de un riñón	25		
		Dcho.	Izqdo.
Pérdida total del movimiento del hombro		30	25
Pérdida total del brazo o de la mano		70	60
Fractura no consolidada de un brazo		30	25
Parálisis total del nervio radial, cubital o mediano		25	20
Pérdida total del movimiento del codo		25	20
Pérdida total del movimiento de la muñeca		25	20
Pérdida total del pulgar sólo		22	18
Pérdida total del índice sólo		15	12

Acortamiento de más de cinco centímetros de un miembro inferior	15
---	----

Pérdida total del medio, anular o meñique	10	8
---	----	---

2. Condiciones

- a) La pérdida de la funcionalidad total y permanente de un órgano o de una extremidad será asimilable a la pérdida total del mismo.
- b) Por cada falange de los dedos sólo se considerará invalidez permanente la pérdida total, y la indemnización se computará de la siguiente forma: por la pérdida de una falange del pulgar o del dedo gordo del pie, la mitad del porcentaje señalado en la tabla por la pérdida total de cada uno de dichos dedos; por la pérdida de la falange de cualquier otro dedo, un tercio del porcentaje establecido para la pérdida total del respectivo dedo.
- c) En los casos que no estén señalados en el baremo de porcentajes, el grado de invalidez se fijará comparando su gravedad con las invalideces enumeradas y, en los casos que no sea posible, el grado de invalidez se fijará de acuerdo con lo establecido en el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía.
- d) Cuando existan secuelas por las que la indemnización corresponda por distintos epígrafes, ésta se fijará sumando los respectivos porcentajes

de indemnización sin que su suma pueda exceder del 100 por 100 de la suma asegurada para esta garantía de Accidentes.

Si existen diferentes secuelas que afecten a un mismo miembro, la suma de los porcentajes de las incapacidades parciales no podrá exceder del fijado para la pérdida total del miembro afectado.

- e) En el caso de que las consecuencias del accidente sean agravadas por la acción de una enfermedad, de un estado constitucional o de una incapacidad preexistente, el grado de invalidez será calculado sobre la base de las consecuencias que habría tenido en una persona enteramente sana.
- f) En caso de personas zurdas los porcentajes de indemnización por invalidez se tomarán en sentido contrario.

3. Riesgos excluidos para la garantía de accidentes

- a) Los hechos que no tengan la consideración de accidentes, según la definición que figura en el Artículo 1 de estas Condiciones Generales.
- b) Las consecuencias del suicidio y de sus tentativas.

- c) Las enfermedades de toda clase.
- d) Los daños como consecuencia de: enajenación mental; hernias; síncopec; cardiopatías; infartos de miocardio; infartos o derrames cerebrales; ataques de apoplejía o epileptiformes, así como las lesiones corporales producidas con ocasión de esas manifestaciones o de otro estado morbooso; las consecuencias de operaciones quirúrgicas, inyecciones e irradiaciones que no hayan sido motivadas por un accidente garantizado por este seguro; y las lesiones consecutivas a operaciones practicadas por la persona asegurada sobre sí misma.
- e) Los accidentes que sobrevengan al Asegurado por embriaguez o haciendo uso de drogas o estupefacientes, así como de medicamentos no prescritos por el médico. A estos efectos se considerará que hay embriaguez cuando el grado de alcohol en la sangre sea superior a 0,50 gramos por 1.000 centímetros cúbicos o cuando el Asegurado sea sancionado por esta causa.
- f) Los accidentes debidos a actos delictivos, imprudencia manifiestamente temeraria o culpa grave del Asegurado.
- g) Las consecuencias de desafíos, apuestas o riñas.
- h) Los accidentes ocasionados por la conducción de vehículos a motor, terrestres, aéreos o marítimos, cuando el Asegurado carezca del

correspondiente permiso de conducir.

i) Los accidentes por el uso, como conductor o pasajero, de motocicletas o ciclomotores.

j) Los daños causados por los acontecimientos extraordinarios que son objeto de cobertura por el Consorcio de Compensación de Seguros.

ASISTENCIA

Las condiciones y extensión de las coberturas de la presente garantía son las que se especifican a continuación:

1. Asistencia jurídica telefónica especializada

El Asegurado o sus causahabientes tendrán a su disposición, sin necesidad de pedir cita previa, un equipo de Abogados ejercientes especializado en distintas disciplinas jurídicas que atenderán telefónicamente, **de lunes a viernes en horario de 9:00 a 21:00 horas y los sábados de 9:00 a 14:00 horas, excepto los días festivos señalados como de ámbito nacional**, todas sus consultas, dudas o problemas sobre cualquier materia jurídica de índole particular y privada. Se exceptúan las que versen sobre la aplicación de Derecho extranjero.

No obstante, para casos de urgencia jurídica el servicio será las 24 horas del día y todos los días del año.

El servicio de asistencia jurídica especializada se circunscribe a la orientación telefónica respecto de la cuestión planteada, **sin que proceda la emisión de dictamen por escrito.**

Las consultas serán atendidas a través del número de teléfono 900 24 2020 (desde España) y + 34 91 379 77 10 (desde el extranjero)

2. Tramitación de pensiones

El Asegurador, una vez recabados los datos necesarios, remitirá debidamente cumplimentados al Asegurado o a sus causahabientes, los documentos de solicitud de las pensiones de viudedad, orfandad, invalidez y/o auxilio por defunción, con los certificados necesarios para su obtención correspondientes al Estado Español, así como con las instrucciones y comunicación de la oficina de la Seguridad Social más cercana a su domicilio en España para su presentación.

3. Documentación administrativa

En caso de siniestro amparado por esta póliza, a consecuencia del fallecimiento o invalidez del Asegurado, serán por cuenta del Asegurado las gestiones y gastos necesarios para la obtención o tramitación de la siguiente documentación administrativa, siempre y cuando la misma se obtenga de Registros, Organismos o Instituciones españoles, situados en el Estado Español:

a) Cuando el Asegurado o sus causahabientes faciliten la información necesaria, se realizarán los trámites para la obtención de:

- Certificaciones del Registro Civil, en extracto o literal, de defunción del Asegurado, o cualesquiera otros que se estimen necesarios para la preparación de la Declaración de Herederos.

- Certificado del Registro General de Actos de Última Voluntad del Asegurado.

- Baja del Asegurado fallecido como usuario del Sistema Público Sanitario y/o como pensionista del Instituto Nacional de la Seguridad Social o del correspondiente Organismo de la Comunidad Autónoma, si esta competencia le estuviera transferida.

b) Tras la aportación de la documentación necesaria por el Asegurado o sus causahabientes, se tramitará la obtención de:

- Baja del Asegurado fallecido en el Libro de Familia.
- Fe de Vida.
- Certificado municipal de convivencia con el Asegurado.

c) **En los casos que sea imprescindible la presencia de los causahabientes, el Asegurador limitará la prestación al asesoramiento necesario para la obtención de la siguiente documentación:**

- Certificación del Archivo Eclesiástico relativo al matrimonio celebrado en España.
- Certificación del Registro de Parejas de Hecho.
- Copia del testamento otorgado en España por el Asegurado fallecido.

La obtención de la documentación administrativa anteriormente detallada se realizará atendiendo la petición realizada por el Asegurado o sus causahabientes, y será única para cada siniestro.

EN NINGÚN CASO ESTÁ COMPRENDIDA DENTRO DEL ÁMBITO DE ESTA COBERTURA LA OBLIGACIÓN PARA EL ASEGURADOR DE ASUMIR O INTERVENIR EN PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS, JUDICIALES, EXTRAJUDICIALES O ARBITRALES.

EL NO HACER USO DE ESTAS COBERTURAS NO DA DERECHO A INDEMNIZACIÓN ALGUNA.

Artículo 3. GARANTÍAS OPCIONALES

PEQUE ASISTENCIA

1. Conexión Asistencial

El Asegurador, a petición del Asegurado, le pondrá en contacto con los profesionales necesarios, tales como personal de enfermería o para el cuidado de menores, así como profesores particulares, para cualquier necesidad que requiera el Asegurado, a fin de que le faciliten los presupuestos oportunos y, en su caso, realicen los servicios solicitados, siendo siempre a cargo del Asegurado el importe correspondiente a la ejecución de tales servicios.

2. Premio de natalidad

Con motivo del nacimiento de un hijo de un Asegurado, el Asegurador entregará al Asegurado que obre en representación del menor la suma asegurada establecida en las Condiciones Particulares de esta póliza, siempre y cuando dicho menor sea Asegurado en la misma en el plazo de seis meses desde su nacimiento.

Dicha suma asegurada se destinará por el Asegurado, que obre en representación del menor, al pago de la prima de un seguro de vida – ahorro denominado “Mi Primer Ahorro”, cuyo Tomador (debidamente representado) y Asegurado será el menor y que se registrará por las Condiciones Generales, Particulares y Especiales específicas de dicho seguro.

Esta garantía no producirá efectos en aquellos casos en que el Asegurado que obre en representación del menor no estuviese asegurado durante un período previo superior a DIEZ MESES.

3. Asistencia médica a menores

Mediante esta garantía, y para el caso de que estuviere contratada la Médico - Asistencial, el Asegurador, a petición de alguno de los Asegurados en esta garantía y a través del TELÉFONO DE ASISTENCIA 24 HORAS, pondrá a su disposición un amplio cuadro de especialistas médico-sanitarios, teniendo derecho el Asegurado menor de diecisiete años a los siguientes servicios sin coste adicional alguno:

- Dos consultas pediátricas anuales.
- Una consulta oftalmológica anual.
- Una revisión de prótesis auditivas.
- Una consulta logopédica anual.
- Una consulta psicológica anual.
- Una consulta al dietista-nutricionista anual.

No quedan cubiertos por la presente garantía los honorarios o gastos derivados de las pruebas o tratamientos que, en su caso, deban realizarse.

4. Segundo diagnóstico psicológico

El Asegurador pondrá a disposición de los Asegurados de esta garantía, un segundo diagnóstico en caso de que se emitiera un dictamen psicológico por parte del centro de enseñanza, en el que estuviera matriculado el menor, que evidenciase dificultades de seguimiento del curso calificadas como fracaso escolar. Dicho segundo diagnóstico ratificará, en su caso, el primer dictamen y, si procede, propondrá las acciones correctoras que se estimen necesarias.

5. Programa de formación asistencial

El Asegurador organizará y tramitará la asistencia de los Asegurados, previa petición expresa de los mismos, a programas especiales de formación para aquellas familias con menores de diecisiete años que requieran cuida-

dos especiales por padecer las siguientes enfermedades:

- a) Diabetes.
- b) Alergias a medicamentos, alimentos y/o picaduras de insectos.
- c) Eneuresis nocturna.
- d) Hiperactividad.
- e) Trastornos alimenticios: anorexia y bulimia.
- f) Asma.

ASISTENCIA SENIOR

1. Evaluación geriátrica integral

El Asegurador, mediante la gestión de equipos multidisciplinares, proporcionará al Asegurado, previa petición por el mismo, una evaluación médico-psicológica integral anual, con la finalidad de detectar posibles patologías, facilitar un diagnóstico específico y establecer las necesidades asistenciales que pudiera requerir de acuerdo con su situación.

Los gastos por desplazamiento del Asegurado para la realización de la evaluación médico-psicológica serán a cargo del Asegurado.

2. Servicio de Teleasistencia

Asimismo, el Asegurador proporcionará al Asegurado, siempre que el resultado de la **Evaluación geriátrica integral** establezca su necesidad, un transmisor de asistencia fijo o móvil que estará conectado vía telefónica y

permanentemente con el **TELÉFONO DE ASISTENCIA 24 HORAS**.

El Asegurador quedará exonerado de toda responsabilidad si no pudiera realizar esta prestación a causa de inexistencia o fallos de la red eléctrica o telefónica, fija o móvil, o en caso de fuerza mayor.

El coste derivado de las llamadas que efectúe el Asegurado será a cargo del mismo.

2.1. Intervenciones de urgencia y atención inmediata

Si el Asegurado realizara una llamada a través del transmisor de asistencia domiciliaria, y el **TELÉFONO DE ASISTENCIA 24 HORAS** no pudiera contactar con él adecuadamente al objeto de valorar la situación presentada, el Asegurador organizará inmediatamente la ayuda de urgencia necesaria para solventar dicha eventualidad, poniéndose en contacto con los familiares o personas designadas en la ficha personal o que consten en la misma y tengan acceso a la vivienda y, en caso estrictamente necesario, se avisará a los servicios públicos de emergencia oportunos (bomberos, policía local,...).

El Asegurado y/o el Beneficiario de las intervenciones de urgencia eximen expresamente al Asegurador de cualquier responsabilidad por los daños o deterioros que se pudieran producir por terceros para poder acceder a la vivienda.

2.2. Vigilancia y atención en desplazamientos

El Asegurador, previa petición por el Asegurado que tenga instalado el Servicio de Teleasistencia móvil, se pondrá en contacto con el mismo a través del **TELÉFONO DE ASISTENCIA 24 HORAS**, a los efectos de realizar el adecuado seguimiento en los desplazamientos que, previa comunicación al Asegurador, realice el Asegurado.

2.3. Localización y envío de servicios asistenciales

Ante una necesidad médica, el Asegurador enviará al domicilio del Asegurado los médicos, servicios de ambulancia u otros servicios asistenciales que el Asegurado pudiere precisar, en función de los servicios públicos de emergencia médica existentes en la zona geográfica del domicilio del Asegurado.

2.4. Seguimiento personalizado del Asegurado y su entorno

El Asegurador, a través del **TELÉFONO DE ASISTENCIA 24 HORAS**, se pondrá en contacto con el Asegurado durante las 24 horas del día y los 365 días del año y conforme al programa personalizado que se defina en cada caso, a fin de conocer su estado, avisarle de la toma de medicamentos, recordarle las visitas médicas que tenga concertadas, así como para cualquier otra circunstancia que requiera según su ficha de seguimiento personalizado.

Asimismo, el Asegurado tendrá a su disposición el **TELÉFONO DE ASISTENCIA 24 HORAS** al que podrá llamar en situaciones de soledad las 24 horas del día y todos los días del año, el cual le proporcionará un servicio de acompañamiento telefónico.

3. Programa de formación asistencial

El Asegurador, ante una situación de discapacidad de un Asegurado de esta garantía y a petición expresa del mismo, organizará y tramitará para su cuidador habitual un programa formativo sobre cuidados a proporcionar a personas con discapacidad.

Cualquier gasto necesario para la realización del programa formativo distinto del coste del propio programa será a cargo del Asegurado.

4. Descanso familiar

Si el Asegurado padeciese una situación de dependencia de grado III, podrá ser ingresado en un Complejo Residencial geriátrico durante DIEZ DÍAS al año. Si la prestación asegurada no pudiere ser satisfecha, el Asegurador resarcirá los gastos ocasionados hasta el límite de 600 EUROS y previa presentación de las facturas correspondientes, a quien acredite suficientemente haber satisfecho los gastos originados por el internamiento del Asegurado.

La presente garantía no será de aplicación hasta que hayan transcurrido SEIS MESES desde la toma de efecto de la garantía de Asistencia Senior.

5. Consultas médico-geriátricas

El Asegurador, a petición de alguno de los Asegurados de esta garantía a los que se les haya instalado el **Servicio de Teleasistencia** o que presenten algún grado de discapacidad, pondrá a su disposición un amplio cuadro de médicos especialistas en geriatría, teniendo derecho a dos consultas médico-geriátricas anuales sin coste adicional alguno.

6. Asistencia médica a mayores

Mediante esta garantía, y para el caso de que estuviera contratada la Médico-Asistencial, el Asegurador, a petición de alguno de los Asegurados, pondrá a su disposición un amplio cuadro de especialistas médico-sanitarios, teniendo derecho a los siguientes servicios sin coste adicional alguno:

- Una consulta médico-geriátrica anual.
- Una consulta oftalmológica anual.
- Una revisión de prótesis auditiva anual.
- Una consulta psicológica anual.

No quedan cubiertos por la presente garantía los honorarios o gastos derivados de las pruebas o tratamientos que, en su caso, deban realizarse.

7. Conexión con Centros Residenciales para la Tercera Edad

El Asegurador, a petición de alguno de los Asegurados de esta garantía, tendrá acceso a una amplia red de

Centros Residenciales específicos para la Tercera Edad.

El importe correspondiente a la prestación de los servicios que contrate el Asegurado será siempre a cargo del mismo.

8. Asesoramiento patrimonial personalizado

El Asegurador prestará al Asegurado asesoramiento personalizado por medio de profesionales especialistas en materia de gestión y optimización de su patrimonio inmobiliario y financiero, a fin de facilitarle su acceso a un Centro Residencial para la Tercera Edad.

9. Conexión con reparadores

El Asegurador, a petición del Asegurado, pondrá a su disposición los profesionales necesarios para realizar cualquier reparación o reforma en su vivienda, de modo que le faciliten los presupuestos oportunos y, en su caso, realicen las obras o servicios solicitados, **siendo siempre a cargo del Asegurado el importe correspondiente a la ejecución de tales trabajos y servicios**, asumiendo el Asegurador el coste de la realización y presentación del presupuesto por el profesional.

A título orientativo, se indican algunos de los servicios de reparación que se pueden solicitar:

- Albañilería
- Antenas
- Electrodomésticos

- Carpintería
- Cristalería
- Jardinería
- Instalaciones eléctricas
- Moquetas y sintasol
- Toldos
- Mármoles
- Parquet
- Reparación de tejados y azoteas
- Pintura y papel pintado
- Reformas
- Cerrajería
- Tapicería
- Carpintería metálica
- Fontanería
- Climatización
- Escayola
- Visión y sonido
- Informática
- Persianas
- Personal de seguridad
- Calderas e instalaciones de gas

Asimismo, el Asegurador prestará el asesoramiento necesario para la adaptación geriátrica de la vivienda del Asegurado (cuartos de baño,...), el uso de material sanitario especializado (grúas, camas articuladas, sillas,...) y la gestión del alquiler o compra de dicho material.

10. Inspección Técnica de Viviendas

A petición del Asegurado, el Asegurador pondrá a su disposición un profesional que realice un diagnóstico preventivo de las instalaciones de su vivienda y realice un presupuesto de todas aquellas reparaciones que considere necesarias.

El servicio se realizará cuando el Asegurado lo solicite y como máximo una vez al año. **Será a cargo del Asegurado el importe correspondiente a la ejecución de las reparaciones que fuesen necesarias**, asumiendo el Asegurador el coste de la elaboración del presupuesto.

11. Limpieza de la vivienda

El Asegurador, a petición del Asegurado, le pondrá en conexión con profesionales especializados en limpiezas generales para que le faciliten los presupuestos oportunos y, en su caso, realicen una limpieza a fondo de la vivienda, **siendo siempre a cargo del Asegurado el importe correspondiente a la ejecución de tales servicios.**

12. Ampliación de la garantía de Asistencia post-hospitalaria

Mediante esta garantía, **y para el caso de que estuviera contratada la Médico-Asistencial**, se amplía la suma asegurada por siniestro y Asegurado de la garantía de **Asistencia post-hospitalaria HASTA 1.200 EUROS POR SINIESTRO Y AÑO**. En este caso, el Asegurador, en coordinación con el Asegurado, elaborará un plan asistencial que incluirá la posibilidad de permanecer en un Complejo Residencial para la Tercera Edad con asistencia médico - sanitaria por un período máximo de QUINCE DÍAS.

MÉDICO - ASISTENCIAL

1. Segunda opinión médica

El Asegurador pondrá a disposición del Asegurado los medios necesarios para que, en caso de padecimiento de una enfermedad grave, se efectúe una segunda valoración a fin de confirmar o modificar el primer diagnóstico, se indique cuál es el tratamiento más adecuado, así como los hospitales y los facultativos más prestigiosos a nivel nacional e internacional que lo realicen.

Las exploraciones complementarias adicionales que en su caso fueran necesarias para poder realizar la segunda valoración, serán a cargo del Asegurado.

En caso de existir alternativa, el Asegurado decidirá si el tratamiento se llevará a cabo en España o en el extranjero.

Si el Asegurado decidiese viajar al extranjero para iniciar el tratamiento médico, el Asegurador se encargará de la prestación de un servicio de atención personalizada que incluirá la coordinación de las citas médicas, la reserva de hotel y transporte del Asegurado y/o sus familiares, la contratación de intérpretes y las gestiones previas a la admisión en el hospital. **Los gastos de alojamiento, transporte y servicios de intérprete y hospitalarios anteriormente referidos, serán a cargo del Asegurado**, siendo a cargo del Asegurador el coste del servicio de asesoramiento y gestión de los trámites necesarios para el traslado del Asegurado y su ingreso en el hospital designado.

A estos efectos, se entienden por enfermedades graves para la realización de una segunda valoración las siguientes:

- a) Enfermedades cardiovasculares.
- b) Infarto de miocardio.
- c) Cirugía de revascularización coronaria (Bypass).
- d) Enfermedades neurológicas y neuroquirúrgicas.
- e) Esclerosis múltiple.
- f) Parálisis.
- g) Afección oftalmológica con el fin de salvar la vista.
- h) Derrame, hemorragia o infarto cerebral.
- i) Cáncer.
- j) Insuficiencia renal.

- k) SIDA.
- l) Enfermedades inmunológicas.
- m) Trasplante de órganos (corazón, pulmones, hígado, páncreas, riñón y médula ósea).
- n) Parkinson.
- o) Alzheimer.
- p) Segunda valoración sobre intervenciones quirúrgicas.

PERÍODO DE CARENCIA

Esta garantía será de aplicación cuando hayan transcurrido **TRES MESES** desde la entrada en vigor de la misma, salvo para caso de accidente en que no se aplicará período de carencia alguno.

2. Asistencia post-hospitalaria

Cuando el Asegurado haya permanecido ingresado en un hospital y le haya sido prescrita una inmovilización en su domicilio habitual de **MÁS DE CUATRO DÍAS**, el Asegurador, en coordinación con el Asegurado, elaborará un plan asistencial acorde con las necesidades inmediatas y necesarias que la inmovilización del Asegurado requiera y durante el tiempo que dure la misma, tales como profesores particulares, asistencia en su vivienda, asistencia geriátrica o instalación de un transmisor de teleasistencia, con un **LÍMITE POR ASEGURADO Y SINIESTRO DE 600 EUROS**.

Asimismo, y con motivo del nacimiento de un hijo de un Asegurado o la adopción de un menor de doce meses, el Asegurado podrá solicitar el servicio descrito en el párrafo anterior sin que sea necesaria la prescripción de inmovilización en el domicilio habitual, con un **LÍMITE POR UNIDAD FAMILIAR Y SINIESTRO DE 600 EUROS Y DURANTE UN MÁXIMO DE TREINTA DÍAS**.

Este servicio deberá solicitarse dentro de los quince días inmediatamente posteriores al parto o a la llegada al domicilio del adoptado.

En caso de parto, esta garantía tiene un período de carencia de diez meses.

3. Consulta médica telefónica

Si el Asegurado precisara información de carácter médico, podrá solicitarla llamando al **TELÉFONO DE ASISTENCIA 24 HORAS**.

La información facilitada tendrá carácter orientativo, sin que pueda establecerse diagnóstico a causa de ella.

4. Consulta psicológica telefónica

Si el Asegurado precisara información de carácter psicológico, podrá solicitarla a través del **TELÉFONO DE ASISTENCIA 24 HORAS**.

La información telefónica facilitada tendrá carácter orientativo, sin que pueda establecerse diagnóstico a causa de ella.

5. Acceso a la red de Profesionales Médicos y Centros Sanitarios

5.1. Servicios sanitarios

El Asegurador, a petición de alguno de los Asegurados, pondrá a su disposición un amplio cuadro médico incluyendo todas las especialidades.

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

5.2. Servicio dental

El Asegurador, a petición de los Asegurados, pondrá a su disposición un amplio cuadro de clínicas dentales, teniendo derecho a las siguientes prestaciones:

- Una revisión dental anual, incluyendo el diagnóstico clínico y el presupuesto del tratamiento.
- Una consulta dental anual de urgencia.
- Radiografías intra bucales.
- Educación en materia de higiene bucal.
- Tratamiento de fluoración.
- Retirada de puntos de sutura bucales.
- Pulido de amalgama.
- Periodoncia: diagnóstico y sondaje.
- Una limpieza bucal anual por Asegurado.

El importe correspondiente a cualquier prestación dental distinta de las enumeradas con anterioridad, será siempre a cargo del Asegurado.

NO HACER USO DE LAS COBERTURAS DE LA GARANTÍA MÉDICO-ASISTENCIAL NO DA DERECHO A INDEMNIZACIÓN ALGUNA.

PROTECCIÓN JURÍDICA INTEGRAL

1. Delimitación de la garantía

El Asegurador se obliga, **dentro de los límites y con las condiciones establecidas en la Ley y las que figuran a continuación**, a hacerse cargo de los gastos en que pueda incurrir el Asegurado como consecuencia de su intervención en un procedimiento administrativo, judicial o arbitral, y a prestarle los servicios de asistencia jurídica judicial y extrajudicial derivados de la cobertura del seguro y que seguidamente se describen:

1.1. Reclamación de daños

Comprende la reclamación amistosa y judicial, ante los Tribunales españoles, de los daños materiales a los bienes propiedad del Asegurado, los daños personales y los perjuicios derivados de éstos, causados por actos u omisiones de carácter extracontractual de un tercero.

Si en vía amistosa el Asegurador llegara a un acuerdo sobre la indemnización a satisfacer por el tercero presunto responsable, lo pondrá en conocimiento del Asegurado al ob-

jeto de que manifieste su conformidad. Si el Asegurado se mostrara disconforme con el acuerdo alcanzado y el Asegurador considerase que no es factible obtener mejores resultados formulando una reclamación judicial, quedará el Asegurado en libertad de iniciar por su cuenta las acciones legales que estime convenientes. El Asegurador vendrá obligado a resarcirle de los gastos judiciales debidamente justificados en que hubiera incurrido en la reclamación, tales como honorarios de Abogado, Procurador y demás costas, siempre que el perjudicado hubiese obtenido un resultado más favorable que el ofrecido por el Asegurador y con el límite máximo de los gastos jurídicos garantizados.

1.2. Defensa penal

El Asegurador asumirá la defensa de la responsabilidad penal del Asegurado en cualquier proceso que se instruya por hechos no causados voluntariamente por él o en los que no concurra dolo o culpa grave por su parte. Asimismo, queda cubierta la defensa jurídica ante el orden jurisdiccional penal en aquellos casos en que el Asegurado o sus familiares sean perjudicados por el delito.

1.3. Derecho administrativo

a) Defensa ante la Administración:

Comprende la defensa en vía administrativa frente a los procedimientos incoados al Asegurado por la comisión de presuntas infracciones administrativas como funcionario público o relativas a su vivienda.

b) Reclamaciones a la Administración:

Comprende la reclamación de responsabilidad patrimonial a las Administraciones Públicas por accidentes de circulación en vehículos a motor, sufridos por el Asegurado, que hayan sido ocasionados por defectuosa señalización o mal estado de la vía pública.

Asimismo, queda cubierta la reclamación de responsabilidad patrimonial a la Administración Pública competente por accidentes sufridos por el Asegurado como peatón originados en la vía pública.

También queda cubierta la reclamación de la responsabilidad civil en que pueda incurrir el titular de un servicio de transporte público en supuestos de caídas y lesiones del Asegurado en el interior de dicho transporte.

Como funcionario público, comprende la reclamación **en vía administrativa** de los derechos del Asegurado relativos a su situación administrativa frente a la Administración en que preste sus servicios.

1.4. Derecho de consumo

El Asegurador asumirá la presentación de reclamaciones en nombre del Asegurado ante la Oficina Municipal de Información al Consumidor (O.M.I.C.) o ante el Organismo de consumo autonómico, así como la presentación de solicitudes de arbitraje de consumo relativas a adquisiciones de bienes o servicios **SUPERIORES A 150 EUROS**

pagados con tarjeta por compras a distancia y por adquisiciones realizadas fuera de los establecimientos mercantiles.

Asimismo, comprende la reclamación amistosa y judicial por incumplimiento de contratos de:

- **Compraventa y depósito** de objetos de decoración y mobiliario, aparatos electrodomésticos, ajuar personal y animales de compañía **cuyo valor unitario no supere los 18.000 EUROS.**
- **Prestación de servicios** de profesionales titulados, hospitalarios, viajes turísticos, hostelería, enseñanza, transporte escolar, tintorería y reparación de objetos de uso personal, de los que el Asegurado sea titular y destinatario final.
- **Suministro** de agua, gas, electricidad, teléfono o Internet, de los que el Asegurado sea titular y destinatario final.

El Asegurador también reclamará amistosa y judicialmente frente al fabricante de un vehículo nuevo adquirido por el Asegurado por incumplimiento de la garantía, por los daños causados cuando el vehículo del Asegurado se encuentre en depósito y por la reparación defectuosa del mismo en taller autorizado, quedando incluidos los gastos de peritación.

1.5. Derecho Laboral y Seguridad Social

Como empleado, la defensa del Asegurado ante organismos de conciliación y la jurisdicción social en conflictos individuales con el empresario u organismo público en que trabaje, así como la reclamación de prestaciones sociales.

Como perceptor de pensiones públicas, la reclamación a la Seguridad Social (incluyendo las reclamaciones a la Mutualidad de funcionarios o Instituto que corresponda) de los derechos relativos a la pensión correspondiente, **una vez que se haya denegado la solicitada inicialmente por el Asegurado.**

Como empleador, la defensa ante organismos de conciliación y la jurisdicción social en las reclamaciones de su personal al servicio doméstico, **siempre que éste se encuentre en situación de alta en el Régimen correspondiente de la Seguridad Social.**

Asimismo, el Asegurador gestionará la obtención de certificados de cotización a la Seguridad Social relativos al Asegurado y a petición del mismo.

1.6. Vivienda

El Asegurador reclamará los daños y perjuicios ocasionados al mobiliario con motivo del transporte o depósito, llevado a cabo por empresas de mudanzas.

Si el Asegurado fuese propietario de vivienda, comprende:

a) La reclamación amistosa y judicial contra el vendedor y cualquier conflicto derivado de contratos de arrendamiento de vivienda.

b) La reclamación judicial y extrajudicial por incumplimiento de contratos de arrendamiento de obras o servicios de reforma, reparación, conservación y mantenimiento de instalaciones en la vivienda, **cuando el pago de los mismos corresponda en su totalidad y haya sido satisfecho por el Asegurado y la parte incumplidora estuviese legalmente autorizada para el ejercicio de la actividad.**

c) La defensa y reclamación en los conflictos con sus inmediatos vecinos por cuestiones de servidumbres de paso, luces, vistas, distancias, lindes, medianerías o plantaciones.

d) La defensa y reclamación de sus intereses frente a la Comunidad de Propietarios, **siempre que estuviese al corriente de pago de las cuotas legalmente acordadas.**

e) La revisión o redacción de documentos contractuales, cartas y escritos análogos relativos a compraventa o arrendamiento de vivienda.

Si el Asegurado fuese arrendatario de vivienda, la defensa y reclamación amistosa y judicial al arrendador por cualquier conflicto derivado del contrato de arrendamiento, excepto en los procedimientos de desahucio por impago.

1.7. Fiscalidad

El Asegurador asumirá la defensa de los intereses del Asegurado como obligado tributario, **hasta agotar la vía económico-administrativa**, en los procedimientos tributarios iniciados por la Administración y relativos al:

- Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF).
- Impuesto sobre el Patrimonio.
- Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones.
- Impuesto sobre Transmisiones Patrimoniales y Actos Jurídicos Documentados.
- Impuesto sobre Bienes Inmuebles (IBI o contribución urbana).
- Impuesto sobre el Incremento de Valor de los Terrenos de Naturaleza Urbana (plusvalía municipal).

Asimismo, el Asegurador se encargará de la obtención de duplicados de los recibos del Impuesto sobre Bienes Inmuebles (IBI o contribución urbana).

1.8. Derecho de Familia

Exclusivamente, a petición de mutuo acuerdo por ambos cónyuges, o de uno con el consentimiento del otro, esta garantía comprende la redacción y presentación ante el Juzgado español competente de la correspondiente demanda de separación matrimonial o divorcio, incluida la propuesta de convenio regulador, previo acuerdo entre sí de los cónyuges, y las certificaciones del Registro Civil necesarias,

cualquiera que sea la forma en que se hubiera celebrado el matrimonio.

Para la prestación de esta garantía será imprescindible el acuerdo de los cónyuges en todos los términos de la separación o el divorcio. **En caso contrario, la cobertura de esta garantía cesará para ambos cónyuges desde el mismo momento en que exista cualquier tipo de divergencia irresoluble entre ellos relativa a algún aspecto de la separación o el divorcio.**

1.9. Tramitación de expedientes de jurisdicción voluntaria y actuaciones notariales y registrales.

Comprende la asistencia jurídica necesaria para la tramitación de los siguientes procedimientos y actuaciones, **siempre y cuando sean instados por un Asegurado y, en su caso, se refieran a la vivienda propiedad de alguno de los Asegurados:**

- Declaración judicial de ausencia legal y de fallecimiento del Asegurado.
- Nombramiento de tutor y tramitación judicial de adopción, siempre y cuando el adoptante ostentara previamente la tutela del adoptando.
- Protocolización del testamento ológrafo o cerrado otorgado por el Asegurado fallecido.
- Escrituras públicas de declaración de obra nueva.
- Expedientes de dominio o actas de notoriedad para la inmatriculación de fincas, la reanudación del tracto sucesivo interrumpido y la inscripción en el Registro de la Propiedad

de la mayor cabida de fincas ya inscritas.

- Localización de la escritura pública que documente el título de propiedad de la vivienda del Asegurado.
- Obtención de certificaciones literales de dominio y cargas del Registro de la Propiedad, así como de notas simples informativas por titular y finca relativas a la vivienda propiedad del Asegurado.
- Solicitudes de consignación judicial relativas al arrendamiento de la vivienda en que habite el Asegurado.

Los honorarios devengados por la intervención de fedatarios públicos serán a cargo del Asegurado.

1.10. Tramitación de sanciones por circulación de vehículos a motor

Comprende la presentación de alegaciones en cualquier procedimiento sancionador relativo a infracciones a la Ley sobre Tráfico, Circulación de Vehículos a Motor y Seguridad Vial o a la Ordenanza municipal sobre la materia, incluidas las de aparcamiento, incoado al Asegurado por las Jefaturas Provinciales de Tráfico, Organismos de Comunidades Autónomas con competencias transferidas en materia de tráfico y Ayuntamientos, así como la interposición de los recursos a que legalmente haya lugar (incluida la vía ejecutiva), hasta agotar la vía administrativa y, posteriormente, **previo estudio de la viabilidad y posibilidades de éxito, en**

la vía contencioso-administrativa sólo en el caso de que la sanción consista en la suspensión o retirada del permiso de conducción, implique su falta de vigencia por pérdida de los puntos asignados o siendo de índole económica, que supere individualmente 100 EUROS.

Se entenderá que concurren posibilidades de éxito cuando exista prueba objetiva que permita fundamentar el recurso contencioso - administrativo. No constituye prueba suficiente la simple versión, contraria a la denunciada, sustentada por el Asegurado.

A estos efectos será imprescindible que el vehículo de motor, en relación al cual se haya incoado el procedimiento sancionador, figure inscrito en el registro correspondiente a nombre de alguno de los Asegurados.

1.11. Conexión con Abogados y Procuradores

En los supuestos no amparados por la presente garantía de Protección Jurídica Integral, el Asegurador, a petición de alguno de los Asegurados, pondrá a su disposición un Abogado y/o Procurador, sin coste adicional en la primera consulta, para la realización de cualquier cometido propio de estos profesionales, **siendo siempre a cargo del Asegurado los honorarios devengados por la prestación de los servicios profesionales requeridos.**

2. Extensión territorial

Se garantizan los siniestros producidos en territorio español que sean

competencia de los Juzgados y Tribunales españoles.

3. Gastos jurídicos garantizados

La cuantía máxima garantizada para los gastos que implique la defensa jurídica del Asegurado y el máximo de los depósitos, cauciones y fianzas judiciales civiles y penales a prestar por cada siniestro, se establece en 3.500 EUROS para las garantías descritas, **fijándose una cuantía mínima litigiosa genérica de 180 EUROS.**

No están cubiertas las indemnizaciones, multas o sanciones económicas a que fuere condenado el Asegurado, los tributos de los que fuera sujeto pasivo y los gastos que procedan por acumulación o reconversión cuando se refieran a materias no comprendidas en esta garantía.

4. Períodos de carencia

Salvo para la cobertura de Asistencia jurídica telefónica especializada y de Tramitación de sanciones por circulación de vehículos a motor, el período de carencia será de TRES MESES a contar desde la fecha en que entró en vigor la garantía. La cobertura de Derecho de Familia tiene un período de carencia de NUEVE MESES.

No habrá cobertura si en el momento de formalizar esta garantía o durante el período de carencia, se resuelve por alguna de las partes del contrato origen de litigio o se solicita su resolución, anulación o modificación.

5. Colaboración del Asegurado

El Asegurado o sus familiares se obligan expresamente a prestar la colaboración debida en orden a otorgar la representación correspondiente y facilitar la dirección jurídica para la consecución de las prestaciones aseguradas.

Asimismo, y en los supuestos en que sea necesario, el Asegurado o sus familiares harán llegar al Asegurador el texto íntegro de la documentación pertinente por fax, carta certificada o personalmente, siendo imprescindible indicar en el caso de las notificaciones, la fecha en que se hayan recibido y un teléfono de contacto en caso de necesitar información adicional.

6. Elección de abogado y procurador

El Asegurado o sus familiares tendrán derecho a elegir libremente el Procurador y Abogado que hayan de representarles y defenderles en cualquier clase de procedimiento relacionado con las coberturas de esta garantía, pero en el supuesto de que el Abogado elegido no resida en el partido judicial donde haya de sustanciarse el procedimiento base de la prestación garantizada, serán a cargo del Asegurado o de sus familiares los gastos y honorarios por desplazamientos que dicho profesional incluya en su minuta.

Antes de proceder a su nombramiento, el Asegurado comunicará al Asegurador el nombre del Abogado y Procurador elegidos.

El Asegurado o sus familiares tendrán, 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 o sus familiares no estarán sujetos, en ningún caso, a las instrucciones del Asegurador.

7. Pago de honorarios

El Asegurador satisfará los honorarios del Abogado que actúe en defensa del Asegurado o de sus familiares, con sujeción a los criterios orientativos elaborados por los respectivos Colegios de Abogados a los exclusivos efectos de la tasación de costas y de la jura de cuentas de los Abogados. Dichos criterios serán considerados como límite máximo de la obligación del Asegurador, siempre que no superen la cantidad máxima establecida para Gastos Jurídicos Garantizados.

Las discrepancias sobre la interpretación de dichas normas serán sometidas a la Comisión competente del Colegio de Abogados correspondiente.

Los derechos del Procurador, cuando su intervención sea preceptiva, serán abonados conforme a arancel.

8. Conflicto de intereses

En caso de conflicto de intereses o de desavenencia sobre el modo de tratar una cuestión litigiosa, el Asegurador deberá informar inmediatamente al Asegurado o a sus familiares de la facultad que les compete de ejercer los derechos del artículo correspondiente a la libre elección de Abogado y Procurador.

9. Definición de siniestro

A los efectos de la presente garantía, se entiende por siniestro todo hecho o acontecimiento imprevisto que cause lesión en los intereses del Asegurado o modifique su situación jurídica y determine la necesidad de asistencia jurídica por parte de los profesionales correspondientes.

En las infracciones o reclamaciones penales y administrativas, se considerará producido el siniestro en el momento en que se haya realizado o se pretenda que se realizó el hecho punible o cuando se produjeron los hechos determinantes de la reclamación, con independencia del momento en que el Asegurador deba satisfacer los honorarios devengados por los profesionales que hayan prestado la asistencia legal.

En los supuestos de reclamación por culpa no contractual, se producirá el siniestro en el momento mismo en que el daño haya sido causado, con independencia del momento en que el Asegurador deba satisfacer los honorarios devengados por los

profesionales que hayan prestado la asistencia legal.

En los litigios sobre materia contractual o relativos a vivienda, se considerará producido el siniestro en el momento en que el Asegurado, el contrario o el tercero cometieron, o se pretende que cometieron, la infracción de las obligaciones contractuales, con independencia del momento en que el Asegurador deba satisfacer los honorarios devengados por los profesionales que hayan prestado la asistencia legal.

En materia de fiscalidad, se considerará producido el siniestro en el momento en que el Asegurado reciba la notificación correspondiente, con independencia del momento en que el Asegurador deba satisfacer los honorarios devengados por los profesionales que hayan prestado la asistencia legal.

Salvo pacto en contrario, no son objeto de cobertura en esta garantía:

- a) Los siniestros amparados por el resto de garantías de la póliza.
- b) Las reclamaciones de cualquier tipo que puedan formularse entre sí los Asegurados en esta póliza, o cualquiera de éstos contra el Asegurador o cualquiera de las personas que, directa o indirectamente, estén vinculadas con éste por formar parte de la misma unidad de decisión.
- c) Los litigios sobre cuestiones de propiedad intelectual e industrial o

de sociedades, así como los procedimientos judiciales sobre concentración parcelaria, expropiación o que dimanen de contratos sobre cesión de derechos a favor del Asegurado.

d) La defensa en los procedimientos dirigidos contra el Asegurado por morosidad en el pago de deudas.

e) Los siniestros que se declaren después de transcurrir DOS AÑOS desde la fecha de rescisión o anulación de esta garantía.

f) Las actuaciones judiciales cuya resolución comporte la aplicación de Derecho extranjero.

De conformidad con lo dispuesto en el punto 17 a) del Anexo de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras (BOE de 15 de Julio), la gestión de los siniestros de este Seguro de Defensa Jurídica queda confiada a la sociedad especializada SOS Seguros y Reaseguros S.A.

Artículo 4. RIESGOS EXCLUÍDOS PARA TODAS LAS GRANTÍAS

a) Los siniestros ocurridos con anterioridad a la entrada en vigor de este Seguro.

b) Los siniestros originados por dolo o culpa grave del Tomador del seguro o del Asegurado.

c) Los perjuicios o pérdidas indirectas de cualquier clase con ocasión de un siniestro.

d) Los siniestros ocurridos con ocasión o a consecuencia de guerra, revolución, motines, epidemias oficialmente declaradas y de aquellos acontecimientos calificados por el Gobierno de la Nación como «catástrofe o calamidad nacional».

Artículo 5. RIESGOS EXTRAORDINARIOS

Se indemnizarán por el Consorcio de Compensación de Seguros los siniestros de carácter extraordinario.

Se incorpora a continuación un resumen de las normas que regulan la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros:

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

(Resolución de 28 de marzo de 2018 de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. B.O.E. nº 92, de 16 de abril de 2018)

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

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

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

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

I. RESUMEN DE LAS NORMAS LEGALES

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

- a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos; inundaciones extraordinarias, incluidas las producidas por embates de mar; erupciones volcánicas; tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 120 km/h y los tornados); y caídas de cuerpos siderales y aerolitos
- b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
- c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

Los fenómenos atmosféricos y sísmicos, de erupciones volcánicas y la caída de cuerpos siderales se certificarán, a instancia del Consorcio de Compensación de Seguros, mediante informes expedidos por la Agencia Estatal de Meteorología (AEMET), el Instituto Geográfico Nacional y los demás organismos públicos competentes en la materia. En los casos de acontecimientos de carácter político o social, así como en el supuesto de daños producidos por hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas o Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz, el

Consorcio de Compensación de Seguros podrá recabar de los órganos jurisdiccionales y administrativos competentes información sobre los hechos acaecidos.

2. Riesgos excluidos

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

su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.

f) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios de los señalados en el apartado 1.b) anterior.

g) Los causados por mala fe del asegurado.

h) Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.

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

3. Extensión de la cobertura

1. La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y las mismas sumas aseguradas que se hayan establecido en las pólizas de seguro a efectos de la cobertura de los riesgos ordinarios.
2. En las pólizas de seguro de vida que de acuerdo con lo previsto en el contrato, y de conformidad con la normativa reguladora de los seguros privados, generen provisión matemática, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que la entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

4. Comunicación de daños al Consorcio de Compensación de Seguros

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

2. La comunicación de los daños y la obtención de cualquier información relativa al procedimiento y al estado de tramitación de los siniestros podrá realizarse:
 - Mediante llamada al Centro de Atención Telefónica del Consorcio de Compensación de Seguros (900 222 665 ó 952 367 042).
 - 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.

PERFECCIÓN, TOMA DE EFECTO Y DURACIÓN DEL SEGURO

Artículo 6. PERFECCIÓN Y TOMA DE EFECTO DEL CONTRATO

El contrato se perfecciona con el consentimiento manifestado por las partes contratantes al suscribir la póliza. **Sin embargo, las garantías contratadas y sus modificaciones o adiciones no tomarán efecto mientras no haya sido satisfecho el recibo de prima.**

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

Las garantías de la póliza no serán de aplicación hasta que hayan transcurrido dos meses desde la entrada en vigor de los efectos del seguro. No obstante, si el fallecimiento del Asegurado fuese a

causa de un accidente, las garantías de la póliza tomarán efecto desde la entrada en vigor del seguro.

Artículo 7. DURACIÓN DEL SEGURO

El presente seguro se contrata por el período de un año. A la expiración de dicho período quedará tácitamente prorrogado un año más, y así sucesivamente, salvo que el Tomador del seguro se oponga a la prórroga, en cuyo caso deberá comunicarlo al Asegurador mediante una notificación escrita, efectuada con un plazo de un mes de antelación a la conclusión de la anualidad de seguro en curso.

MODIFICACIONES DEL CONTRATO

Artículo 8. MODIFICACIONES DEL CONTRATO

1. Las altas de Asegurados que se produzcan estarán sujetas a lo estipulado en los Artículos 5 y 6 de estas Condiciones Generales desde el día en que se hagan constar en el correspondiente suplemento, siempre que éste haya sido firmado por las partes y el Tomador del seguro haya pagado el aumento de prima que corresponda, salvo pacto en contrario.
2. Si el Tomador del seguro cambiara de domicilio, dentro de la localidad en que resida o a población distinta, lo deberá comunicar al Asegurador
3. Anualmente, y dos meses antes del vencimiento del contrato, el Asegurador notificará el nuevo precio del seguro para la anualidad siguiente en base a las nuevas edades actuariales de los Asegurados y en función de la tarifa de primas vigente para la nueva anualidad.

TRAMITACIÓN DE SINIESTROS

Artículo 9. PARA LA GARANTÍA DE DECESOS

1. En caso de fallecimiento de un Asegurado, sus causahabientes deberán entregar al Asegurador el certificado médico oficial de defunción cumplimentado.

2. Si al fallecer un Asegurado resultase que lo está con el mismo Asegurador en más de una póliza del Seguro de Asistencia Sin Fronteras, el Asegurador sólo reconocerá los derechos correspondientes a una de ellas, que los causahabientes podrán elegir, procediéndose al reembolso de las primas pagadas por el Tomador del seguro en las otras pólizas, con deducción de los gastos consumidos desde la fecha en que se produjo tal duplicidad.

3. En caso de fallecimiento de un Asegurado se deberá poner en conocimiento inmediato del Asegurador, llamando a los siguientes números de teléfono:

TELEFONO DE ASISTENCIA 24 HORAS

Desde España: 900 24 2020

Desde el extranjero: + 34 91 379 77 10

En caso de siniestro de la garantía de Atención psicológica, los familiares del Asegurado deberán ponerlo en

conocimiento inmediato del **TELÉFONO DE ASISTENCIA 24 HORAS**

Este TELÉFONO DE ASISTENCIA estará atendido permanentemente las 24 horas del día.

Las conferencias telefónicas desde el extranjero se solicitarán por el sistema de COBRO REVERTIDO, es decir, sin coste alguno para el Asegurado o sus familiares.

Artículo 10. PARA LA GARANTÍA DE ACCIDENTES

1. El Tomador del seguro, el Asegurado o el Beneficiario deberán comunicar al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro del plazo máximo de treinta días de haberlo conocido.

2. En caso de FALLECIMIENTO por accidente de alguno de los Asegurados por esta garantía, será necesario aportar al Asegurador la siguiente documentación:

a) Certificado del médico que le haya asistido o del Juzgado de Instrucción o del Registro Civil, en el que se detallen la causa y circunstancias del fallecimiento que acrediten fehacientemente la muerte por accidente.

b) Los documentos que acrediten la condición y personalidad de los Beneficiarios.

c) La documentación legalmente exigible a efectos tributarios.

3. En caso de INVALIDEZ PERMANENTE originada por accidente, será preciso aportar al Asegurador:

a) Un informe detallado del médico o médicos que traten o hayan tratado al accidentado, indicando las características o consecuencias del accidente causante de la invalidez.

b) En tanto no se produzca el alta definitiva, certificados médicos sobre el curso de las lesiones, cuantas veces lo pida el Asegurador.

4. En el caso de producirse el accidente fuera del territorio comunitario de los Estados miembros de la Unión Europea, la documentación deberá estar legalizada por el consulado o embajada española en el país correspondiente.

5. La determinación del grado de invalidez que derive del accidente se efectuará después de la presentación del certificado médico de incapacidad. El Asegurador notificará por escrito al Asegurado la cuantía de la indemnización que le corresponda, de acuerdo con el grado de invalidez que deriva del certificado médico y de los baremos fijados en la póliza. Si el Asegurado no aceptase la proposición del Asegurador en lo referente al grado de invalidez, las partes se

someterán a la decisión de Peritos Médicos.

6. La indemnización que tenga que pagar el Asegurador en cumplimiento de este contrato de seguro será hecha efectiva en el plazo siguiente:

a) **En caso de muerte del Asegurado**, dentro de los cinco días siguientes a la fecha en que se reciban los documentos que acrediten que el fallecimiento del Asegurado ha ocurrido por un accidente cubierto por este seguro.

b) **En caso de invalidez**, dentro de los cinco días siguientes a la fecha en que se reciba la conformidad del Asegurado a la proposición del Asegurador, sobre el grado de invalidez o desde la fecha en que el dictamen pericial sea inatacable.

En cualquier caso, el Asegurador deberá efectuar, dentro de los cuarenta días, a partir de la recepción de la declaración del siniestro, el pago del importe mínimo de lo que pueda deber, según las circunstancias por él conocidas.

Artículo 11. PARA LA GARANTÍA DE ASISTENCIA

En caso de precisar la cobertura de Tramitación de Pensiones y Documentación Administrativa, los causahabientes o el Asegurado, en su caso, a través de la persona que designen, podrán dirigirse al TELÉFONO DE ASISTENCIA 24 HORAS, donde

serán atendidos en horario de 9:00 a 21:00 horas, ininterrumpidamente, de lunes a viernes y de 9:00 a 14:00 horas los sábados, excepto los días festivos considerados como de ámbito nacional.

**Artículo 12.
PARA LAS GARANTÍAS
OPCIONALES DE PEQUE
ASISTENCIA, ASISTENCIA
SENIOR Y MÉDICO-
ASISTENCIAL**

En caso de siniestro de las garantías de **Peque Asistencia, Asistencia Senior y Médico – Asistencial**, el Tomador del seguro o el Asegurado deberá ponerlo en conocimiento inmediato del

TELÉFONO DE ASISTENCIA 24 HORAS

Desde España: 902 24 2000

Desde el extranjero: + 34 91 379 77 10

Este TELÉFONO DE ASISTENCIA estará atendido permanentemente las 24 horas del día.

Las conferencias telefónicas desde el extranjero se solicitarán por el sistema de COBRO REVERTIDO, es decir, sin coste alguno para el Asegurado o sus familiares.

Únicamente para las coberturas de **Servicio de Teleasistencia, Programa de formación asistencial, Descanso familiar y Asistencia médica a mayores** de la garantía de **Asistencia Senior**, el Asegurado deberá someterse a una evaluación médica previa

(**Evaluación geriátrica integral**), determinándose a partir de dicha evaluación su grado de dependencia y las prestaciones a las que tendrá derecho.

Para la **Evaluación geriátrica integral** el Asegurado deberá devolver cumplimentado el “Impreso de Solicitud Asistencial” que el Asegurador le remitirá, acompañado de una fotocopia de su Documento Nacional de Identidad, en el que detalle su estado de salud actual, así como la causa de solicitud de dicha evaluación, debiéndose hacer constar el principio de pérdida de autonomía personal que será objeto de valoración en dicha evaluación.

La situación de dependencia se clasificará en los siguientes grados:

a) Grado I. Dependencia moderada: cuando el Asegurado necesite ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria al menos una vez al día o tenga necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.

b) Grado II. Dependencia severa: cuando el Asegurado necesite ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no quiera el apoyo permanente de un cuidador o tenga necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.

c) Grado III. Gran dependencia: cuando el Asegurado necesite ayuda para realizar actividades

básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesite el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tenga necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

En función del grado de dependencia, el Asegurado tendrá derecho a las siguientes prestaciones:

Grado de dependencia	Prestaciones
I y II	Servicio de Teleasistencia
III	Programa de formación asistencial
III	Descanso familiar
I, II y III	Consultas médico-geriátricas

Si no hubiera acuerdo sobre el grado de dependencia entre el Asegurador y el Asegurado, la determinación se someterá a la decisión de peritos médicos nombrados uno por cada parte con la aceptación escrita de éstos. 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 hubiere 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 se especificarán el grado de dependencia del Asegurado y las prestaciones a las que tendrá derecho.

Si no hay acuerdo, ambas partes designarán un tercer perito de conformidad y, de no existir ésta, se podrá promover expediente en la forma prevista en la Ley de la Jurisdicción Voluntaria o en la legislación notarial. 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 de forma indubitada, siendo vinculante para éstas, 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, computados ambos desde la fecha de su notificación. Si no se in-

terpusiese en dichos plazos la correspondiente acción, el dictamen pericial vendrá inatacable.

Cada parte satisfará los honorarios de su perito médico. Los del tercero y demás gastos que ocasione 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 un grado de dependencia manifiestamente desproporcionado, será ella la única responsable de dichos gastos.

Para cualquier siniestro que afecte a la garantía opcional de **Segunda opinión médica**, en caso de que el Asegurado sea diagnosticado de una de las enfermedades graves contempladas en esta garantía, el Tomador del seguro o el Asegurado podrá solicitar la confirmación de dicha enfermedad, cuál es el tratamiento más adecuado y los centros asistenciales y especialistas más prestigiosos que lo practican poniéndose en contacto con el **TELÉFONO DE ASISTENCIA 24 HORAS**.

A la solicitud telefónica habrá que aportar el informe del primer diagnóstico con las exploraciones realizadas, análisis clínicos y cualquier otra documentación que indique que el Asegurado padece una enfermedad grave.

El informe facilitado por el Asegurado debe ser suficiente, preciso, fiable, concreto, significativo y válido en el tiempo.

Una vez estudiado el caso, se emitirá una segunda valoración avalada por centros de reconocido prestigio.

El seguimiento mensual del paciente se efectuará vía telefónica en el que se valorará la técnica terapéutica, el estado general en función del tratamiento, se aconsejará, aclarará y ampliará la información que reciba el Asegurado y/o sus familiares y se realizará una valoración del pronóstico a medio y largo plazo según el tratamiento.

En caso de que decida obtener tratamiento en el extranjero, el Asegurado deberá remitir los materiales clínicos, así como facilitar la información adicional que le sea requerida.

DISPOSICIONES FINALES

Artículo 13. COMUNICACIONES

Todas las comunicaciones de las partes que intervienen en el contrato deberán efectuarse por escrito o por cualquier otro medio indubitado que permita la verificación de la certeza de las fechas de envío y recepción, así como de su contenido.

Artículo 14. LEY APLICABLE

La Ley española será la aplicable al presente contrato de seguro.

Hecho por duplicado en Madrid, en la fecha que figura en las Condiciones Particulares.

Leído y aceptado:

EL TOMADOR DEL SEGURO/ASEGURADO

El Asegurador

santalucía

Director General



CP310000037969001

Seguros

Asistencia
Hogar
Ahorro e Inversión
Vida y Accidentes
Salud
Empresas
Comunidades
Mascotas
Automóvil*
Otros

Otros Productos

Planes de Pensiones

*Con la garantía de Pelayo Mutua de Seguros y Reaseguros



"El presente contrato se encuentra sometido a la Ley 50/1980,
de 8 de octubre, de Contrato de Seguro"
Registro Mercantil de Madrid 679/257 - 3ª/2012
Domicilio Social: Plaza de España, 15 - 28008 Madrid

24 horas a tu servicio
900 24 20 20
www.santalucia.es



190326111800013101