

Accidentes General



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

Estamos cerca, estás seguro.



Condiciones Generales del contrato

ACCIDENTES GENERAL

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

Accidentes General

CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo Preliminar. BASES DEL CONTRATO

1. El Tomador del seguro o, en su caso, el Asegurado, 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.

La variación durante el curso del contrato de las circunstancias declaradas y que no afecten al estado de salud del Asegurado deben ser comunicadas al Asegurador.

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 el Asegurador, con la asunción, por su parte, de las obligaciones derivadas del contrato a cambio de la prima correspondiente.

3. La solicitud-cuestionario suscrita por el Tomador del seguro o el

Asegurado 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 o el Asegurado 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 fecha de nacimiento, 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.

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 incapacidad temporal,

invalidez permanente o muerte.

A estos efectos, se considerarán accidentes de circulación aquéllos que el Asegurado pueda sufrir:

- a) Como peatón, causado por un vehículo.
- b) Como conductor o pasajero de un vehículo terrestre.
- c) Como usuario de transportes públicos.

2. Accidente vascular cerebral

Aquél que produzca secuelas neurológicas, incluyéndose el infarto de tejido cerebral, hemorragia y embolización originada en una fuente extracraneal.

3. Asegurado

La persona física titular del interés objeto del seguro que, en defecto del Tomador, asume las obligaciones derivadas del contrato.

4. Asegurador

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

5. Beneficiario

La persona titular del derecho a la prestación contratada.

Las indemnizaciones que se tengan que satisfacer por **Invalidez Permanente Parcial por Accidente, Invalidez Absoluta y Permanente por Accidente, Gran Invalidez por Accidente, Invalidez Absoluta y Permanente**

por Accidente de Circulación, Incapacidad Temporal y Subsidio por Hospitalización por Accidente serán percibidas por el propio Asegurado.

Si en el momento del fallecimiento del Asegurado 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:

- 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.
- Su cónyuge, siempre que no esté separado legalmente o de hecho.
- Los padres que le sobrevivan.
- Los abuelos que le sobrevivan.
- Los hermanos que le sobrevivan.
- A falta de todos los anteriores, los herederos legales del Asegurado fallecido.
- 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.

Toda alteración del estado de salud cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico legalmente reconocido y cuyas primeras manifestaciones se presenten durante la vigencia de la póliza.

Período de tiempo contado a partir de la fecha de ocurrencia del siniestro durante el que no existe ni se devenga derecho a indemnización.

La situación del Asegurado afectado de invalidez permanente y que, por consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales provocadas por accidente, necesita la asistencia de otra persona para los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos.

Establecimiento legalmente constituido con el fin de recibir enfermos o accidentados para su tratamiento como pacientes. A estos efectos, será requisito indispensable que dichos establecimientos dispongan de servicios médicos y de enfermería durante las 24 horas del día, así como de los instrumentos técnicos necesarios para el diagnóstico y la intervención médico - quirúrgica.

No se incluyen bajo este concepto centros de reposo, de convalecencia, de rehabilitación, de cuidados crónicos o de servicios especializados de enfermería, así como las residencias

para la tercera edad, los lugares para el tratamiento de drogodependencias o alcoholismo y las instituciones psiquiátricas.

Permanencia del Asegurado como paciente en un hospital durante un período superior a 24 horas.

La muerte o necrosis de una parte del músculo cardíaco (miocardio) como resultado de un insuficiente aporte sanguíneo en el área comprometida.

La pérdida anatómica o la disminución funcional total o parcial de carácter permanente e irreversible, provocada por accidente, de cualquier órgano o miembro o de las facultades del Asegurado.

La situación física permanentemente e irreversible provocada por accidente determinante de la total incapacidad del Asegurado para el desarrollo permanente de cualquier relación laboral o actividad profesional.

Tiempo en que, vigente el seguro, si se produce un siniestro éste no queda cubierto.

15. 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.

16. Prima

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

17. Siniestro

Es la ocurrencia de cualquier acontecimiento que determine alguna prestación a cargo del Asegurador por aplicación de las garantías contratadas en la póliza.

18. Suma asegurada

La cantidad establecida en la póliza que representa el límite máximo de indemnización a cargo del Asegurador para cada una de las garantías.

19. 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.

20. Viaje

El desplazamiento del Asegurado a más de 100 kilómetros de su domicilio habitual o al extranjero y por un tiempo inferior a tres meses.

OBJETO Y EXTENSIÓN DEL SEGURO

Artículo 2. GARANTÍAS BÁSICAS

Dentro de los límites establecidos en las condiciones de esta póliza, el Asegurador garantiza el pago de las prestaciones convenidas en la misma, en caso de ocurrencia de los hechos cuya cobertura se especifica a continuación:

1. FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE

En caso de producirse el fallecimiento por accidente del Asegurado, el Asegurador abonará al Beneficiario la suma asegurada establecida en las Condiciones Particulares.

2. FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE SIMULTÁNEO

Si como consecuencia del mismo accidente que causa el fallecimiento del Asegurado se produjera la muerte de la segunda persona designada en las Condiciones Particulares, el Asegurador abonará al Beneficiario un capital adicional igual al establecido para la garantía de **Fallecimiento por Accidente**, con un **LÍMITE MÁXIMO DE NOVENTA MIL EUROS**.

El fallecimiento de ambas personas a consecuencia del mismo accidente debe producirse simultáneamente o antes de que transcurran 12 meses desde el momento del accidente.

3. FALLECIMIENTO POR ACTOS VIOLENTOS

Si el fallecimiento del Asegurado se produjera al ser víctima de un robo, tentativa de secuestro o agresión, el Asegurador garantiza el pago de una suma asegurada adicional igual a la establecida para la garantía de **Fallecimiento por Accidente**.

No corresponderá el pago de la suma asegurada establecida para las garantías básicas 1, 2 y 3 y para la garantía opcional de Fallecimiento por Accidente de Circulación, cuando se haya abonado el capital establecido para la garantía opcional de Fallecimiento por Infarto Agudo de Miocardio o por Accidente Vascular Cerebral.

4. INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL POR ACCIDENTE

En caso de que el Asegurado sufra un accidente cubierto por esta póliza, a cuya consecuencia se le genere una situación de invalidez permanente parcial, el Asegurador abonará la suma que corresponda según el baremo de porcentajes y condiciones establecido en las Condiciones Particulares.

5. INVALIDEZ ABSOLUTA Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

En caso de que el Asegurado sufra un accidente cubierto por esta póliza a cuya consecuencia se le genere una situación de invalidez absoluta y permanente, el Asegurador abonará la

suma asegurada establecida en las Condiciones Particulares.

En caso de invalidez permanente parcial por accidente, previa a una situación de invalidez permanente absoluta a consecuencia del mismo siniestro, de la suma asegurada establecida para esta contingencia en las Condiciones Particulares, se deducirá la cantidad abonada, en su caso, por invalidez permanente parcial por accidente.

6. GRAN INVALIDEZ POR ACCIDENTE

En caso de que el Asegurado sufra un accidente cubierto por esta póliza a cuya consecuencia se le genere una situación de gran invalidez, el Asegurador abonará una suma asegurada adicional igual a la establecida para la garantía de **Invalidez Absoluta y Permanente por Accidente**.

Salvo pacto en contrario, en las garantías 1 a 6 no tienen cobertura:

- a) Las enfermedades, incluidas las profesionales, y sus consecuencias de cualquier naturaleza, siempre que no sean provocadas por traumatismo accidental y las que, aun siendo provocadas por éste, tengan su origen en un padecimiento o defecto físico latente que el Asegurado sufriera con anterioridad.
- b) Las intoxicaciones producidas por la ingestión de productos alimenticios.

- c) Los daños como consecuencia de síncope, cardiopatías, infartos de miocardio, infartos o derrames cerebrales, ataques de apoplejía o epilepsiformes, así como las lesiones producidas con ocasión de esas manifestaciones o de otro estado morbozo.
- d) Las hernias de cualquier clase, las consecuencias de los esfuerzos musculares, distensiones ligamentosas o lumbago y las varices.
- e) Las lesiones que sean consecuencia de intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos no motivados por un hecho cubierto o que se lleven a cabo por razones distintas a la sanidad como, por ejemplo, los procesos de cirugía estética; los daños derivados de reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva; las consecuencias producidas por las operaciones o curas que el Asegurado realice sobre sí mismo y las congestiones, insolaciones, congelaciones y otros efectos de la temperatura o presión atmosférica a las cuales no esté expuesto el Asegurado a consecuencia de un hecho cubierto.
- f) Los accidentes por el uso, como conductor o pasajero, de motocicletas o ciclomotores.
- g) El fallecimiento o la invalidez producidos por la práctica por el Asegurado de cualquier deporte con carácter profesional, o incluso sin ese carácter, cuando el

Asegurado esté inscrito en una Federación Deportiva y participe en competiciones deportivas.

Artículo 3. GARANTÍAS OPCIONALES

Sólo mediante expresa contratación que debe constar en las Condiciones Particulares de esta póliza y pago de la prima correspondiente, pueden contratarse las siguientes coberturas:

1. FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN

El Asegurador abonará al Beneficiario la suma establecida para esta garantía en las Condiciones Particulares, siempre que el fallecimiento del Asegurado sobrevenga a causa de un accidente de circulación.

2. INVALIDEZ ABSOLUTA Y PERMANENTE POR ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN

El Asegurador abonará la suma asegurada establecida en las Condiciones Particulares, siempre que la invalidez del Asegurado sobrevenga a causa de accidente de circulación.

Salvo pacto en contrario, para las garantías de Fallecimiento por Accidente de Circulación e Invalidez Absoluta y Permanente por Accidente de Circulación son de aplicación las exclusiones establecidas para las garantías básicas 1 a 6 del Artículo 2 de estas Condiciones Generales.

3. FALLECIMIENTO POR INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO O POR ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL

El Asegurador abonará al Beneficiario la suma asegurada establecida en las Condiciones Particulares para esta garantía en caso de que el fallecimiento se produzca a consecuencia de infarto agudo de miocardio o accidente vascular cerebral.

4. INCAPACIDAD TEMPORAL

El Asegurador abonará la suma que corresponda según el baremo de indemnizaciones establecido en las Condiciones Particulares de la póliza, en caso de que el Asegurado reciba asistencia médica y se encuentre impedido temporalmente de forma absoluta para ejercer la profesión declarada al Asegurador, a consecuencia de una enfermedad o lesión.

Dicha suma se calculará deduciendo la franquicia temporal contratada y que figura en las Condiciones Particulares, de los días establecidos en dicho baremo, multiplicando el resultado por la indemnización diaria contratada y que figura igualmente en dichas Condiciones.

La prestación económica garantizada es totalmente independiente de los costes de asistencia sanitaria.

FRANQUICIA

En estas Condiciones Particulares se establece el período de franquicia convenido.

La indemnización se devengará a partir del día siguiente a aquel en que finalice el periodo de franquicia.

RIESGOS EXCLUIDOS

Salvo pacto en contrario, quedan excluidos de la cobertura de esta garantía los siguientes casos:

- a) Cuando las alteraciones del estado de salud se deban a epidemias oficialmente declaradas.
- b) Cuando la incapacidad sea producida por la práctica por el Asegurado de cualquier deporte con carácter profesional, o incluso sin ese carácter, cuando el Asegurado esté inscrito en una Federación Deportiva y participe en competiciones deportivas.
- c) Cuando se trate de enfermedades degenerativas del sistema nervioso central.
- d) Cuando se trate de enfermedades y/o trastornos mentales y del comportamiento, así como los ocasionados o desencadenados por el estrés.
- e) Cuando se produzcan reagudizaciones, secuelas y complicaciones de enfermedades o lesiones, por las cuales ya hayan sido abonadas prestaciones por esta garantía.

- f) Si en el momento de producirse el siniestro el Asegurado se encontrara en situación de desempleo, o de incapacidad temporal o permanente.
- g) Si la incapacidad tuviese su origen en enfermedades, lesiones, intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos, cuyo conocimiento, diagnóstico o programación se hubiere producido con anterioridad a la entrada en vigor de esta garantía.

EXTINCION DE LA GARANTIA

Esta garantía quedará anulada y sin valor ni efecto en caso de producirse la invalidez absoluta y permanente del Asegurado.

5. SUBSIDIO POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE

El Asegurador abonará el subsidio diario (incluidos los días festivos) señalado en estas Condiciones Particulares en caso de que el Asegurado, a consecuencia de un accidente, sea hospitalizado **POR TIEMPO SUPERIOR A 24 HORAS** y mientras dure la hospitalización.

PERÍODO DE INDEMNIZACIÓN

El subsidio diario se abonará, a contar desde el momento en que hayan transcurrido 24 horas desde la hospitalización y mientras dure la misma, con el **LÍMITE MÁXIMO DE UN AÑO**.

6. ASISTENCIA EN VIAJE

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

1. Anulación de viaje

Si se anulara el viaje ya concertado por el Asegurado, por su fallecimiento u hospitalización, el de su cónyuge no separado legalmente o de hecho o persona con la que conviviese de forma permanente en análoga relación de afectividad, sus ascendientes o descendientes de primer grado o colaterales en segundo grado por consanguinidad, o a causa de un deber público de inexcusable cumplimiento, el Asegurador reembolsará al Asegurado o Beneficiarios, previa justificación documental, los gastos originados por la anulación, **HASTA UN MÁXIMO DE 600 EUROS POR SINIESTRO.**

2. Envío de documentos y objetos personales olvidados

Si en el transcurso de un viaje el Asegurado hubiese olvidado en su domicilio algún documento imprescindible para el transcurso del mismo, el Asegurador organizará y asumirá los gastos de su envío a la dirección que al efecto señale el Asegurado.

Asimismo, en caso de que el Asegurado hubiera olvidado en el lugar en que hubiese residido durante su viaje algún objeto o documento o éstos hubiesen sido sustraídos ilegítimamente al Asegurado en dicho lugar y posteriormente recuperados, el

Asegurador se encargará del envío a su domicilio.

El Asegurador únicamente organizará y asumirá los gastos del envío, con un **LÍMITE DE 150 EUROS POR SINIESTRO.**

3. Demora, cancelación del viaje o pérdida de conexiones

Si el Asegurado estuviese en posesión de un billete confirmado de avión o barco de línea regular (siempre que la singladura tenga su origen o destino en un puerto extranjero) y se produjese el día de embarque un retraso, cancelación o falta de conexión entre dos trayectos previamente concertados, por un tiempo superior a 12 horas o con una noche por medio, por causa imputable al transportista, el Asegurador indemnizará al Asegurado por los gastos ocasionados por tal imprevisto, previa justificación documental, con un **LÍMITE DE 200 EUROS POR SINIESTRO.**

4. Reembolso de gastos por demora en la entrega de equipajes

El Asegurador reembolsará al Asegurado el importe de los artículos necesarios, previa presentación de las facturas originales correspondientes, como consecuencia de la demora de más de 24 horas en la entrega del equipaje facturado por el Asegurado en transporte público, excepto en el viaje de regreso al domicilio del Asegurado, **HASTA EL LÍMITE DE 300 EUROS POR SINIESTRO.**

5. Localización de equipajes

Siempre que el transporte sea en avión o en barco, el Asegurador prestará su colaboración en las gestiones de búsqueda y localización en caso de pérdida total o parcial de los equipajes y efectos personales previamente facturados por el Asegurado.

6. Desplazamiento de un acompañante junto al Asegurado hospitalizado

Si el Asegurado viajara solo y fuera hospitalizado, con motivo de un riesgo cubierto por la póliza, siendo la previsión del tiempo de hospitalización **SUPERIOR A CUATRO DÍAS**, el Asegurador pondrá a disposición de la persona que aquél designe, con residencia en España y que se encuentre en España en el momento de ocurrencia del siniestro, un billete de ida y vuelta en avión (clase turista), ferrocarril (1ª clase) o transporte público y colectivo más idóneo, para que pueda viajar desde su domicilio hasta el lugar donde se encuentre el Asegurado hospitalizado.

7. Asistencia domiciliaria a la familia en caso de desplazamiento junto al Asegurado hospitalizado

Si en virtud de la garantía **Desplazamiento de un acompañante junto al Asegurado hospitalizado**, su cónyuge no separado legalmente o de hecho o persona con la que conviviese de forma permanente en análoga relación de afectividad se desplazara hasta el lugar de ocurrencia del siniestro, dejando solos a hijos

menores de diecisiete años o personas mayores de sesenta y cinco con las que conviviese permanentemente, el Asegurador reintegrará los gastos ocasionados por la contratación de los servicios destinados al cuidado de los mismos, con un **LÍMITE DE 60 EUROS DIARIOS CON UN MÁXIMO DE DIEZ DÍAS**.

Sólo podrá utilizarse esta garantía si se hubiera hecho uso de la garantía **Desplazamiento de un acompañante junto al Asegurado hospitalizado**.

8. Gastos de estancia para acompañante en caso de hospitalización del Asegurado

El Asegurador reintegrará al acompañante designado, previa presentación de las facturas originales correspondientes, los gastos de alojamiento y manutención ocasionados en el lugar donde el Asegurado se encuentre hospitalizado, **HASTA 125 EUROS DIARIOS EN ESPAÑA Y 150 EUROS DIARIOS EN EL EXTRANJERO, CON UN MÁXIMO DE DIEZ DÍAS**, en cuyo cómputo se incluirán los días durante los que, por prescripción facultativa, el Asegurado hospitalizado deba prolongar su estancia en hotel antes de regresar a su domicilio.

Sólo podrá utilizarse esta garantía si se hubiera hecho uso de la garantía **Desplazamiento de un acompañante junto al Asegurado hospitalizado**.

9. Asistencia a hijos menores de diecisiete años del Asegurado fallecido u hospitalizado en viaje

Si el Asegurado viajara en compañía de hijos menores de diecisiete años y éstos quedasen sin asistencia a causa del fallecimiento u hospitalización del Asegurado por **TIEMPO SUPERIOR A CUATRO DÍAS**, el Asegurador organizará a su cargo el regreso de los menores hasta su domicilio en España, con acompañamiento que garantice su cuidado si fuera necesario.

10. Regreso anticipado del Asegurado que se encuentre de viaje

Si el Asegurado tuviese que interrumpir su viaje por fallecimiento de su cónyuge no separado legalmente o de hecho o persona con la que conviviese de forma permanente en análoga relación de afectividad, ascendientes o descendientes hasta segundo grado o colaterales de segundo grado por consanguinidad, el Asegurador le reembolsará los gastos que se le originen por desplazamiento en avión (clase turista), ferrocarril (1ª clase) o transporte público y colectivo más idóneo, para su regreso desde el lugar en donde se encuentre en ese momento hasta el de inhumación o incineración en España.

Existirá el mismo derecho en caso de siniestro grave producido en el inmueble en que radique el domicilio particular o profesional propiedad del Asegurado, siempre que éste se vea

obligado a interrumpir su viaje en el extranjero para regresar hasta su domicilio en España.

11. Servicio de información para viajes al extranjero

A través del **TELÉFONO DE ASISTENCIA 24 HORAS**, el Asegurado podrá obtener información importante de carácter administrativo o médico antes de iniciar su viaje al extranjero, tal como pasaportes, visados de entrada en el país de destino, vacunas exigibles, aduanas, moneda, tipos de cambio y otros servicios.

12. Gastos médicos de urgencia a consecuencia de enfermedad o accidente graves en el extranjero

Si el Asegurado se encontrara de viaje por el extranjero y sufriera una enfermedad o accidente graves, el Asegurador le reembolsará, previa presentación de las facturas originales y certificados médicos correspondientes, los gastos médicos de urgencia que se le hubieran ocasionado en el país de ocurrencia del siniestro (honorarios médicos, medicamentos recetados por un médico o cirujano, hospitalización y ambulancia para un trayecto local por prescripción facultativa), **HASTA UN LÍMITE DE 15.000 EUROS POR SINIESTRO**.

Los arreglos dentales de urgencia precisados por el Asegurado durante su viaje en el extranjero quedan cubiertos, **HASTA UN LÍMITE DE 500 EUROS POR SINIESTRO**.

Salvo pacto en contrario, no quedan cubiertos los siguientes gastos médicos:

- a) Los derivados de afecciones crónicas, dolencias o lesiones por accidente previamente diagnosticadas o por las que el Asegurado se encuentre en tratamiento médico.
- b) Los procedentes de enfermedad mental.
- c) Los derivados de la sustitución, extracción y/o reparación de prótesis en general.

13. Prolongación de estancia en hotel

Cuando por prescripción facultativa el Asegurado hospitalizado en España por enfermedad o accidente graves ocurridos a más de 100 kilómetros de su domicilio, o en el extranjero por siniestro amparado por la cobertura **Gastos médicos de urgencia a consecuencia de enfermedad o accidente graves en el extranjero**, debiera prolongar su estancia en el lugar en que se encontrase de viaje y donde se produjo dicho siniestro tras finalizar su hospitalización y hasta recibir el alta médica para poder viajar, el Asegurador le reintegrará, previa presentación de las facturas originales correspondientes, los gastos de alojamiento y manutención, **HASTA 125 EUROS DIARIOS EN ESPAÑA Y 150 EUROS DIARIOS EN EL EXTRANJERO Y UN MÁXIMO EN AMBOS CASO DE DIEZ DÍAS.**

14. Anticipo de fondos por accidente, enfermedad o robo en el extranjero

Si como consecuencia de accidente, enfermedad o robo de bienes ocurridos en el extranjero, el Asegurado quedara sin recursos económicos y no tuviera medios para obtenerlos, el Asegurador le anticipará la cantidad necesaria para hacer frente a sus necesidades urgentes, **HASTA UN MÁXIMO DE 1.000 EUROS POR SINIESTRO.**

El Asegurado se obliga a la devolución del importe prestado en cuanto regrese a su domicilio habitual y, como máximo, en el plazo de sesenta días. Si transcurrido ese plazo no se hubiera efectuado la devolución de la cantidad prestada, el Asegurador podrá reclamarla incrementada en el interés legal del dinero aplicable en el momento de su reclamación.

En todos los casos, el Asegurador podrá solicitar del Asegurado algún tipo de aval o garantía que le asegure el cobro del anticipo.

15. Anticipo de fianza judicial y honorarios de Abogado en el extranjero

Si como consecuencia de un procedimiento judicial instruido por un accidente de circulación en el extranjero, se le exigiese al Asegurado el depósito de una fianza, el Asegurador le concederá un anticipo equivalente al importe de la fianza exigida **HASTA 15.000 EUROS POR SINIESTRO.** Asimismo, y en este supuesto, el Asegurador le anticipará

los honorarios de Abogado, **HASTA UN LÍMITE DE 7.500 EUROS POR SINIESTRO.**

En ambos casos, el Asegurador podrá solicitar del Asegurado algún tipo de aval o garantía que le asegure el cobro del anticipo.

16. Depósito de fianza por hospitalización en el extranjero

Si el Asegurado precisase ser hospitalizado en el extranjero, el Asegurador hará el depósito de la fianza que la administración del hospital le solicite, **HASTA 15.000 EUROS POR SINIESTRO, salvo que la hospitalización sea motivada por:**

- a) Afecciones crónicas, dolencias o lesiones previamente diagnosticadas o por las que el Asegurado se encuentre en tratamiento médico.
- b) La sustitución, extracción y/o reparación de prótesis en general. Siempre que el riesgo quede cubierto en la póliza, las cantidades entregadas en concepto de depósito de la fianza por hospitalización se entenderán como anticipos de la suma a pagar por Gastos médicos de urgencia a consecuencia de enfermedad o accidente graves en el extranjero.

17. Intérprete en caso de hospitalización en el extranjero

Si con motivo de un riesgo cubierto en la póliza, el Asegurado fuera hospitalizado en el extranjero por **TIEMPO SUPERIOR A CUATRO DÍAS** y fuera necesaria la prestación de un servicio de intérprete para cubrir las necesidades médico-sanitarias que la hospitalización del Asegurado requiriese, el Asegurador lo pondrá a disposición del Asegurado con la mayor urgencia posible. Los gastos cubiertos por el Asegurador quedan limitados a **60 EUROS DIARIOS, CON UN MÁXIMO DE DIEZ DÍAS.**

18. Repatriación sanitaria en caso de enfermedad o accidente graves ocurridos en el extranjero

Si el Asegurado se encontrara de viaje por el extranjero y sufriera una enfermedad o accidente graves que impliquen un riesgo vital, el Asegurador organizará, cuando los médicos lo aconsejen, la repatriación del Asegurado. **Sólo las circunstancias de índole médica tales como urgencia, estado del Asegurado y aptitud para viajar, determinarán si el transporte debe efectuarse y por qué medio (avión sanitario especial, helicóptero, avión de línea regular, coche-cama o ambulancia).** Para los países que estén fuera del área de Europa y del Mediterráneo, la repatriación del Asegurado se efectuará por avión de línea regular en camilla y, cuando el caso lo requiera, con vigilancia médica.

La decisión de repatriar será tomada conjuntamente por el médico que trate al Asegurado en el lugar del siniestro y los servicios médicos del Asegurador. Todos los servicios serán realizados bajo constante control médico.

En caso de recibir el alta médica en el lugar del siniestro y no tratándose, por tanto, de una enfermedad o accidente graves cubiertos por esta garantía, si el Asegurado hubiera perdido los medios previstos para regresar a España o no pudiera continuar su viaje por imposibilidad física o material, el Asegurador organizará a su cargo el regreso a España en avión de línea regular o en el medio de transporte público y colectivo más idóneo, **HASTA UN LÍMITE DE 1.500 EUROS POR SINIESTRO.**

Salvo pacto en contrario, esta cobertura no tendrá efecto cuando las heridas o la enfermedad sufridas por el Asegurado no sean consideradas graves por el personal facultativo que le asista y puedan ser curadas en el lugar en que se encuentre sin imposibilitarle para continuar el viaje. Sin embargo, en este caso, se prestará la asistencia prevista en la cobertura Gastos médicos de urgencia a consecuencia de enfermedad o accidente graves en el extranjero.

19. Servicio de trámites administrativos para hospitalización

En caso de producirse la repatriación sanitaria del Asegurado como consecuencia de enfermedad o accidente graves ocurridos en el

extranjero, el Asegurador colaborará en la gestión de cuantos trámites administrativos sean necesarios para formalizar la admisión del Asegurado en el hospital que le corresponda en función de su domicilio habitual.

20. Envío de un médico especialista al extranjero

Cuando el Asegurado presente, por un riesgo cubierto en la póliza, un cuadro clínico muy grave que no le permita ser trasladado y la asistencia médica que se le pueda prestar en el extranjero no sea la adecuada para su estado, el Asegurador enviará un médico especialista al lugar donde se encuentre.

21. Envío de medicamentos al extranjero

Cuando el Asegurado, por un riesgo cubierto en la póliza, precise algún medicamento de interés vital que no pueda ser obtenido en el lugar en donde se encuentre, el Asegurador organizará a su cargo su envío desde España o desde el país más próximo en donde pueda ser obtenido.

22. Traslado internacional por fallecimiento

Serán por cuenta del Asegurador las gestiones y gastos necesarios para el traslado del Asegurado que, encontrándose de viaje, fallezca en cualquier lugar del mundo hasta el cementerio municipal o parroquial o al crematorio en España que éste o sus familiares hayan designado o designen, siempre que no exista impedimento alguno por parte de las autoridades

competentes para efectuar el traslado y éste se realice por las empresas de servicios funerarios que el Asegurador indique al comunicarse el siniestro.

23. Acompañante en caso de traslado por fallecimiento en el extranjero

Los familiares del Asegurado que encontrándose de viaje hubiere fallecido en el extranjero podrán designar a una persona, con residencia en España y que se encuentre en España en el momento del fallecimiento, la cual tendrá derecho a los billetes necesarios de avión (clase turista), ferrocarril (1ª clase) o transporte público y colectivo más idóneo, para que pueda viajar desde su domicilio habitual en España hasta el lugar donde haya ocurrido el siniestro, trasladándose posteriormente al lugar de inhumación o incineración en España acompañando al fallecido y, finalmente, regresar hasta la localidad de su domicilio en España.

24. Gastos de estancia para acompañante en caso de fallecimiento en el extranjero

Si el acompañante debiera permanecer en el lugar de fallecimiento por trámites relacionados con el traslado del Asegurado fallecido, el Asegurador reintegrará, previa presentación de las facturas originales correspondientes, los gastos de alojamiento y manutención, **HASTA 150 EUROS DIARIOS Y CON UN MÁXIMO DE DIEZ DÍAS.**

Sólo podrá utilizarse esta garantía si se

hubiera hecho uso de la garantía **Acompañante en caso de traslado por fallecimiento en el extranjero.**

25. Asistencia domiciliaria a la familia en caso de desplazamiento junto al Asegurado fallecido

Si en el transcurso de un viaje el Asegurado falleciera como consecuencia de enfermedad o accidente graves y su cónyuge, no separado legalmente o de hecho o persona con la que conviviese de forma permanente en análoga relación de afectividad, se desplazara, en virtud de la garantía **Acompañante en caso de traslado por fallecimiento en el extranjero**, hasta el lugar de ocurrencia del siniestro dejando solos a hijos menores de diecisiete años o personas mayores de sesenta y cinco con las que conviviese permanentemente, el Asegurador reintegrará los gastos ocasionados por la contratación de los servicios destinados al cuidado de los mismos, con un **LÍMITE DE 60 EUROS DIARIOS Y UN MÁXIMO DE DIEZ DÍAS.**

26. Asistencia a los hijos menores de diecisiete años del Asegurado fallecido en viaje

Si el Asegurado viajara en compañía de hijos menores de diecisiete años y éstos quedasen sin asistencia a causa del fallecimiento del Asegurado con motivo de un riesgo cubierto en la póliza, el Asegurador organizará a su cargo el regreso de los menores hasta su domicilio en España, con acompañamiento que garantice su cuidado si fuera necesario.

27. Servicio de información asistencial y mensajes urgentes

El Asegurador, a través del **TELÉFONO DE ASISTENCIA 24 HORAS**, informará a la familia del Asegurado, si fuera necesario, de toda solicitud de asistencia y de las operaciones de socorro desarrolladas.

El Asegurador tendrá a disposición de sus Asegurados el servicio permanente del **TELÉFONO DE ASISTENCIA 24 HORAS** para transmitir los mensajes urgentes relativos a las incidencias sobre riesgos cubiertos por la presente garantía.

Salvo pacto en contrario, quedan excluidas las coberturas aseguradas en esta garantía de Asistencia en Viaje en los siguientes casos:

- a) Cuando el Asegurado tenga su residencia habitual en el extranjero.
- b) Cuando el Asegurado participe en rallies o practique el alpinismo.
- c) En las operaciones de rescate en montaña, simas, mar o desierto.
- d) Cuando el viaje del Asegurado al extranjero tenga por objeto recibir tratamiento médico.

NO HACER USO DE LAS COBERTURAS DE ESTA GARANTÍA NI DA DERECHO A INDEMNIZACIÓN ALGUNA.

7. ASISTENCIA SANITARIA

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

1. Traslado en ambulancia en caso de enfermedad o accidente ocurridos en España

El Asegurador abonará los gastos de ambulancia precisos para trasladar al Asegurado enfermo o accidentado en España, desde el lugar de ocurrencia del siniestro hasta el hospital más próximo que cuente con los medios idóneos para atender debidamente la enfermedad o lesiones sufridas.

Asimismo, y en caso de gravedad, el Asegurador se hará cargo de los gastos para el traslado en ambulancia del Asegurado enfermo o accidentado hasta el hospital más próximo a su domicilio, cuando los médicos que asistan al Asegurado, conjuntamente con los servicios médicos del Asegurador, lo autoricen en función de su estado y aptitud para viajar.

Esta cobertura solamente surtirá efecto cuando la enfermedad o el accidente hayan ocurrido a más de 20 kilómetros del domicilio del Asegurado.

2. Segunda opinión médica

El Asegurador pondrá a disposición del Asegurado los medios necesarios para que, en caso de padecimiento de una lesión o 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 deberá decidir 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.

3. Cirugía plástica

El Asegurador se hará cargo de los gastos médico-farmacéuticos (gastos de honorarios médicos, medicamentos y hospitalización) que se originen como consecuencia de un **accidente cubierto por las garantías básicas 1 a 6 de esta póliza**, que determine que el Asegurado precise someterse a una o varias operaciones de cirugía plástica, **dentro del plazo de un año a partir de la fecha del accidente.**

El pago se efectuará previa entrega al Asegurador de las facturas originales justificativas del abono de dichos gastos.

4. Primera prótesis

En caso de **accidente cubierto por las garantías básicas 1 a 6 de esta póliza**, el Asegurador se hará cargo de los gastos de adquisición e implantación al Asegurado de la primera prótesis ortopédica acústica, dental u óptica que sea necesaria a juicio de los facultativos que le atiendan.

El pago se efectuará previa entrega al Asegurador de las facturas originales justificativas del pago de dichos gastos.

5. Asesoramiento médico telefónico

En caso de siniestro amparado por esta póliza, el Asegurado podrá recurrir al **TELÉFONO DE ASISTENCIA 24 HORAS** que, a través de sus servicios médicos, le facilitará la información médica telefónica

precisa con carácter orientativo, sin que pueda establecerse diagnóstico a causa de ella.

La suma asegurada para las coberturas 3 y 4 de la garantía de Asistencia Sanitaria se establece en 3.000 euros.

Salvo pacto en contrario, las coberturas 1, 3 y 4 de la garantía de Asistencia Sanitaria quedan excluidas en los siguientes casos:

- Quando el Asegurado tenga su residencia habitual en el extranjero.
- Quando el Asegurado participe en rallies o practique el alpinismo.
- En las operaciones de rescate en montaña, simas, mar o desierto.

8. ASISTENCIA DOMICILIARIA

Quando 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 SINIESTRO DE 600 EUROS Y POR UN TIEMPO MÁXIMO DE DOS MESES.**

familiares al objeto de que manifiesten su conformidad. Si el Asegurado o sus familiares se mostraran disconformes con el acuerdo alcanzado y el Asegurador considerase que no es factible obtener mejores resultados formulando una reclamación judicial, quedarán el Asegurado o sus familiares en libertad de iniciar por su cuenta las acciones legales que estimen convenientes. El Asegurador vendrá obligado a resarcirles de los gastos judiciales debidamente justificados en que hubieran incurrido en la reclamación, tales como honorarios de Abogado, Procurador y demás costas, **siempre que los perjudicados hubiesen obtenido un resultado más favorable que el ofrecido por el Asegurador y con el límite máximo de los gastos jurídicos garantizados.**

3. Defensa penal

En caso de muerte del Asegurado por actos violentos o por accidente de circulación, queda cubierta la defensa jurídica de sus familiares ante el orden jurisdiccional penal.

4. Derecho administrativo

Queda cubierta en vía administrativa y ante la jurisdicción contencioso-administrativa 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.

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.

5. Seguridad Social

En caso de que el Asegurado sufra un accidente cubierto por esta póliza, el Asegurador, una vez recabados los datos necesarios, remitirá debidamente cumplimentados al Asegurado o a sus familiares los documentos de solicitud de las pensiones de invalidez, viudedad, orfandad y/o auxilio por defunción, con los certificados necesarios para su obtención, así como las instrucciones y comunicación de la oficina de la Seguridad Social o de la Mutualidad de funcionarios o Instituto correspondiente más cercano a su domicilio para su presentación.

En caso de que la Administración no atienda la solicitud efectuada, el Asegurador reclamará al Instituto Nacional de la Seguridad Social o a la Mutualidad de funcionarios o Instituto correspondiente, tanto en vía administrativa como ante el orden jurisdiccional que corresponda, los derechos relativos a la pensión de invalidez que pueda corresponder al Asegurado o la de viudedad u orfandad a que puedan tener derecho su cónyuge o hijos supervivientes como consecuencia del accidente sufrido por el Asegurado.

6. 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 relativos al Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.

7. Obtención de documentación administrativa

En caso de fallecimiento o invalidez por accidente del Asegurado, serán por cuenta del Asegurador las gestiones y gastos necesarios para la obtención o tramitación de la siguiente documentación administrativa, siempre y cuando la misma radique en Registros, Organismos o Instituciones situadas en territorio español:

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

- Certificaciones del Registro Civil, en extracto o literal, de defunción, nacimiento y matrimonio del Asegurado y de nacimiento de sus hijos o cuales quiera otros que se estimen necesarios para la preparación de la declaración de herederos.
- Certificado del Registro General de Actos de Última Voluntad del Asegurado.

- Certificado del Registro de Contratos de Seguros de Cobertura de Fallecimiento.
- 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, o de la Mutualidad de funcionarios o Instituto correspondiente.

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

- Baja del Asegurado fallecido en el Libro de Familia.
- Fe de vida.
- Certificado municipal de convivencia con el Asegurado.
- Certificación del Archivo Eclesiástico de bautismo del Asegurado.

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

- Certificación de matrimonio del Archivo Eclesiástico.

- Certificación del Registro de Parejas de Hecho.
- Copia del testamento otorgado por el Asegurado fallecido.

La obtención de la documentación administrativa detallada en los apartados a) y b) anteriores se realizará atendiendo la petición realizada por el Asegurado o sus familiares y será única para cada siniestro.

8. Gestión de la declaración de herederos, de las escrituras de aceptación o renuncia de herencia e inscripción en el Registro de la Propiedad

En caso de fallecimiento del Asegurado cubierto por esta póliza, el Asegurador prestará a sus descendientes, ascendientes y/o cónyuge el asesoramiento jurídico necesario en España a fin de que, mediante acta de notoriedad, puedan ser declarados notarialmente únicos herederos ab intestato del Asegurado fallecido, así como para otorgar en España ante Notario las correspondientes escrituras públicas de aceptación o renuncia de herencia.

Asimismo, el Asegurador prestará la asistencia jurídica que precisen dichas personas para, en su caso, inscribir en el Registro de la Propiedad que corresponda los extremos de dichos instrumentos públicos que resulten necesarios.

Los honorarios devengados por la intervención de fedatarios públicos, así como los tributos de los que, en su caso, fueran sujetos pasivos dichos

herederos serán a cargo de los mismos.

En ningún caso queda cubierta por la presente garantía la gestión de las correspondientes escrituras públicas de protocolización de operaciones particionales o de adjudicación de la herencia del Asegurado fallecido.

9. Tramitación de sanciones por circulación de vehículos a motor

Comprende la presentación de alegaciones en cualquier procedimiento sancionador relativo 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 carné de conducir, implique su falta de vigencia por pérdida de los puntos asignados o siendo de índole económica 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 a motor en relación al cual se haya incoado el procedimiento sancionador figure inscrito en el registro correspondiente a nombre del Asegurado.

EXTENSIÓN TERRITORIAL

Son objeto de cobertura los siniestros producidos en territorio español que sean competencia de los Juzgados y Tribunales españoles.

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 reconvencción cuando se refieran a materias no comprendidas en esta garantía.

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.

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 Asegurador podrá recusar justificadamente al profesional designado y, de subsistir la controversia, se someterá al arbitraje legalmente previsto.

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.

PAGO DE HONORARIOS

El Asegurador satisfará los honorarios del Abogado que actúe en defensa del Asegurado, 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.

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 y del artículo correspondiente a la solución de conflictos entre las partes.

SOLUCIÓN DE CONFLICTOS ENTRE LAS PARTES

El Asegurado o sus familiares tendrán derecho a someter a arbitraje cualquier diferencia que pueda surgir entre ellos y el Asegurador sobre esta garantía.

La designación de árbitros no podrá hacerse antes de que surja la cuestión disputada.

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 los supuestos de reclamación de daños y de responsabilidad patrimonial, 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 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 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) Las acciones que carezcan de elementos de prueba que sirvan de base para la sostenibilidad de la pretensión, las que carezcan de fundamento jurídico, y las que se ejerciten con abuso del derecho o en fraude de ley
- b) Las reclamaciones de cualquier tipo que pueda formular el Asegurado en esta póliza contra el Asegurador o cualesquiera de las personas que, directa o indirectamente, estén vinculados con éste por formar parte de la misma unidad de decisión.
- c) Los siniestros que se declaren después de transcurrir dos años desde la fecha de rescisión o anulación de esta garantía.
- d) 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 EXCLUIDOS PARA TODAS LAS GARANTÍAS

El Asegurador no cubre las consecuencias originadas o producidas por los hechos siguientes:

- a) Los provocados intencionadamente por el Asegurado.
- b) Los originados con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro.
- c) Los que sobrevengan al Asegurado en situaciones de enajenación mental o sonambulismo.
- d) Las consecuencias del suicidio o de su tentativa, el envenenamiento y los accidentes causados por contravenir las normas o disposiciones particulares referentes a la seguridad de las personas.
- e) Las consecuencias de actos delictivos, imprudencia manifiestamente temeraria o culpa grave del Asegurado, así como los debidos a su participación en desafíos, apuestas, riñas o peleas que deriven en agresiones físicas, siempre y cuando no hubiese

actuado en legítima defensa o en tentativa de salvamento de bienes o personas.

- f) Los que sobrevengan al Asegurado por embriaguez o haciendo uso de drogas, sustancias psicotrópicas 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 litro o cuando el Asegurado sea sancionado por esta causa.
- g) Los accidentes ocasionados por la conducción de vehículos a motor, terrestres, aéreos o marítimos, cuando el Asegurado carezca del correspondiente permiso de conducir.
- h) Los resultantes de la utilización de cualquier medio de navegación aérea en condiciones distintas a las de pasajero ordinario de líneas regulares o vuelos chárter en aviones de más de veinte pasajeros.
- i) Los producidos por conflictos armados (aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra), revoluciones, insurrección o usurpación de poder y huelgas.
- j) Los daños cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros o cuando dicho Organismo no admita el derecho de los Asegurados por incumplimiento

de alguna de las normas establecidas en el Reglamento y Disposiciones Complementarias vigentes en la fecha de su ocurrencia, ni cuando los daños producidos sean calificados por el Gobierno de la Nación como "catástrofe o calamidad nacional".

- k) Las diferencias entre los daños producidos y las cantidades indemnizadas por el Consorcio de Compensación de Seguros, en razón de la aplicación de franquicias, detracciones, reglas proporcionales u otras limitaciones.
- l) Las curas de reposo, termales o dietéticas y los chequeos o controles de salud.
- m) Las afecciones y consecuencias que tengan como única manifestación síntomas que, como por ejemplo el DOLOR, no puedan ser objeto de comprobación objetiva por pruebas complementarias de diagnóstico.
- n) Las consecuencias originadas por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).
- o) Los ocurridos en regiones inexploradas y/o en viajes que tengan carácter de exploración.
- p) Los siniestros relativos a coberturas opcionales que no se hayan contratado expresamente en las Condiciones Particulares.

Un resumen de las normas que regulan la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se incorpora al final de estas Condiciones Generales.

PERFECCIÓN, TOMA DE EFECTO Y DURACIÓN DEL CONTRATO

Artículo 6. PERFECCIÓN Y TOMA DE EFECTO DEL CONTRATO

El contrato se perfecciona por el consentimiento manifestado por la suscripción de la póliza por las partes contratantes. **La cobertura contratada y sus modificaciones o adiciones no tomarán efecto mientras no haya sido satisfecho el recibo de prima, salvo pacto en contrario.**

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

Artículo 7. DURACIÓN DEL CONTRATO

1. El presente seguro se contrata por el período de tiempo que se fija en las Condiciones Particulares de esta póliza. Las garantías de la póliza entran en vigor en la hora y fecha indicada en dichas Condiciones Particulares.

2. A la expiración del período indicado en las Condiciones Particulares se entenderá prorrogado el contrato por un plazo de un año y así sucesivamente a la expiración de cada anualidad. Esta prórroga no es aplicable a los seguros de duración

inferior a un año.

Las partes pueden oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de, al menos, un mes de anticipación a la conclusión del período del seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el tomador y de dos meses cuando sea el asegurador.

3. El contrato quedará resuelto automáticamente, sin posibilidad de renovación y sin necesidad de aviso por parte del Asegurador, al término de la anualidad de seguro en que el Asegurado cumpla la edad de 70 años, salvo para las garantías de Fallecimiento por Accidente Simultáneo, Fallecimiento por Actos Violentos, Invalidez Absoluta y Permanente por Accidente, Gran Invalidez por Accidente, Fallecimiento por Accidente de Circulación, Invalidez Absoluta y Permanente por Accidente de Circulación, Fallecimiento por Infarto agudo de Miocardio o por Accidente Vascular Cerebral, Incapacidad Temporal y Subsidio por Hospitalización por Accidente, cuyas coberturas se extinguirán al término de la anualidad en que el Asegurado cumpla la edad de 65 años.

TRAMITACIÓN DE SINIESTROS

Artículo 8. FALLECIMIENTO O INVALIDEZ PERMANENTE

En caso de siniestro, el Tomador del seguro, el Asegurado o el Beneficiario deberán entregar al Asegurador, para obtener el pago de la indemnización, los documentos justificativos que, según correspondan, se indican a continuación; además de identificación de la cuenta corriente bancaria donde se desee que se transfiera la suma asegurada.

1. En caso de FALLECIMIENTO del Asegurado

a) Si el fallecimiento se produjera por ACCIDENTE o por ACTOS VIOLENTOS, certificado del médico que le haya asistido en el que se detallen las circunstancias y causas del fallecimiento, auto del Juzgado de Instrucción o certificado de defunción del Registro Civil que acrediten como accidental la causa del fallecimiento o que el fallecimiento ha sido consecuencia de un acto violento.

Cuando se trate de un **fallecimiento por infarto agudo de miocardio o por accidente vascular cerebral**, certificado del médico que le haya asistido en el que se detallen las circunstancias y causas del fallecimiento.

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

c) La documentación legal exigible en ese momento a efectos tributarios.

En caso de **fallecimiento por accidente simultáneo**, además de los documentos señalados anteriormente, el Tomador del seguro o el Beneficiario deberán entregar los siguientes documentos relativos a la persona designada en las Condiciones Particulares:

d) Fotocopia compulsada de su Documento Nacional de Identidad.

e) Certificado literal de defunción.

2. En caso de INVALIDEZ PERMANENTE del Asegurado

a) Informe o certificado del médico que le trate o haya tratado, indicando las secuelas permanentes, así como el origen (fecha y causa accidental) de las mismas. En tanto no se produzca el alta definitiva, informes o certificados médicos sobre el curso de las lesiones, con una periodicidad no superior a 30 días.

b) La documentación legal exigible en ese momento a efectos tributarios.

Si se produjera el fallecimiento del Asegurado, deberá ponerse en conocimiento del Asegurador dentro de un plazo no superior a 7 días desde el conocimiento de tal circunstancia.

En 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.

El fallecimiento o la invalidez deberá producirse inmediatamente o dentro del plazo de un año desde que se produjo el accidente y a consecuencia de éste, salvo que se demuestre debidamente que el fallecimiento o la situación de invalidez se ha producido transcurrido el año, sin exceder de cinco, como consecuencia directa del accidente.

La determinación del grado de invalidez que derive del accidente se efectuará después de la presentación de la documentación acreditativa de la 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 del baremo fijado 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.

Para el caso de fallecimiento o invalidez permanente del Asegurado, el Asegurador abonará la suma asegurada establecida en las Condiciones Particulares de una sola vez o, a elección del Asegurado o Beneficiario, en forma de renta financiera mensual temporal. Dicha renta se calculará, para la primera anualidad, al último interés anual publicado por la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones en el Boletín Oficial del Estado en la fecha del siniestro y para los siguientes periodos anuales, al último publicado

al comienzo de cada anualidad de pago.

En cualquier caso, el Asegurador deberá efectuar, dentro de los 40 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.

Todos los pagos que el Asegurador tenga efectuados por un mismo siniestro por cualquier invalidez permanente se considerarán como anticipos sobre la suma a pagar en caso de fallecimiento del Asegurado a consecuencia del mismo siniestro y, por tanto, se deducirán del mismo.

Artículo 9. INCAPACIDAD TEMPORAL O SUBSIDIO POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE

1. En caso de siniestro relativo a las garantías indicadas, el Tomador del Seguro o el Asegurado quedarán obligados a facilitar al Asegurador la siguiente documentación; además de identificación de la cuenta corriente bancaria donde se desee que se transfiera la suma asegurada:

a) Parte de baja médica. En el caso de incapacidad temporal dicho parte será el emitido por el servicio público de salud correspondiente o, en su caso, el expedido por la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social.

b) Además, en el caso de incapacidad temporal los sucesivos partes de baja o

el de alta, emitidos por el servicio público de salud correspondiente o Mutua de Accidente de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, mediante los cuales quede acreditado que el período de la baja es superior al período de franquicia establecido para esta garantía.

Asimismo, en caso de ser necesaria la acreditación de la enfermedad o lesión que ha dado lugar a la incapacidad temporal, el Asegurador podrá solicitar cuantos informes o certificados médicos sean necesarios para dicha acreditación, así como sobre fechas de diagnóstico, antecedentes clínicos y tratamientos médicos prescritos.

2. En caso de **incapacidad temporal**, el pago de la indemnización correspondiente se efectuará de una sola vez conforme al baremo de indemnizaciones contenido en las Condiciones Particulares y, en caso de **subsidio por hospitalización por accidente**, conforme al subsidio diario que figura en dichas Condiciones Particulares y con el límite máximo de tiempo establecido, dentro de los 5 días siguientes a la recepción por parte del Asegurador del documento que acredite el alta médica del Asegurado, con independencia de los posibles anticipos efectuados.

3. En caso de **subsidio por hospitalización por accidente**, si el Asegurado sufriera nuevos períodos de hospitalización por la misma causa o por causas médicas directamente relacionadas con la anterior, los nuevos períodos de hospitalización se

considerarán a todos los efectos continuación del inicial.

A efectos de indemnización, la suma de todas las estancias no podrá superar el período máximo establecido en las Condiciones Particulares de esta póliza. Esta regla no se aplicará si entre la fecha de alta hospitalaria de un período y la fecha de ingreso hospitalario del consecutivo han transcurrido más de 6 meses.

4. En caso de **subsidio por hospitalización por accidente**, si se produjera el fallecimiento del Asegurado durante el período de hospitalización, el Tomador del seguro o sus familiares lo deberán poner en conocimiento del Asegurador dentro del plazo máximo de 7 días desde el conocimiento de tal circunstancia.

Artículo 10. ASISTENCIA

En caso de siniestro de **Asistencia en Viaje, Asistencia Sanitaria y Asistencia Domiciliaria**, el Tomador del seguro o el Asegurado deberá ponerlo en conocimiento inmediato al:

TELÉFONO DE ASISTENCIA 24 HORAS

Desde España: 900 24 20 20

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.

Para cualquier siniestro relativo a la garantía opcional de **Segunda Opinión Médica**, en caso de que el Asegurado sea diagnosticado de una de las enfermedades o lesiones graves contempladas en esta garantía, el Tomador del seguro o el Asegurado podrá solicitar la confirmación de dicho diagnóstico, 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 paciente 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 11. REVALORIZACIÓN AUTOMÁTICA DE SUMAS ASEGURADAS

Se conviene que las sumas aseguradas de todas las garantías contratadas (salvo **Incapacidad Temporal y Asistencia en Viaje**) y en consecuencia sus primas correspondientes, quedarán modificadas automáticamente en cada vencimiento anual, siguiendo las fluctuaciones del Índice de Precios de Consumo que publica el Instituto Nacional de Estadística u organismo que le sustituya.

Artículo 12. ACTUALIZACIÓN DE PRIMAS

Excepto lo convenido en el Artículo anterior, las primas de este contrato permanecerán invariables, salvo las de las Garantías Opcionales de Fallecimiento por Infarto Agudo de Miocardio o Accidente Vascular Cerebral e Incapacidad Temporal que serán actualizadas al alcanzar el Asegurado la edad del nuevo tramo de tarificación según las Bases Técnicas de este seguro.

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.

LAS PRESENTES CONDICIONES GENERALES SOLO SERÁN VÁLIDAS SI VAN ACOMPAÑADAS DE LAS CONDICIONES PARTICULARES.

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



A handwritten signature in blue ink, appearing to read "J. Gómez", is written over the Santalucía logo.

B.O.E. nº 92, de 16 de abril de 2018)

- 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 o 952 367 042).
 - A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (www.consorseguros.es).
3. Valoración de los daños: La valoración de los daños que resulten indemnizables con arreglo a la legislación de seguros y al contenido de la póliza de seguro se realizará por el Consorcio de Compensación de Seguros, sin que éste quede vinculado por las valoraciones que, en su caso, hubiese realizado la entidad aseguradora que cubriese los riesgos ordinarios.
4. Abono de la indemnización: El Consorcio de Compensación de Seguros realizará el pago de la indemnización al beneficiario del seguro mediante transferencia bancaria.



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



24 horas a tu servicio

900 24 20 20

www.santalucia.es



180710110400010101