

PlanVida Mujer Plus



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

Estamos cerca, estás seguro.



Condiciones Generales del contrato

PLANVIDA MUJER PLUS

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

CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo Preliminar. BASES DEL CONTRATO

1. La presente póliza ha sido contratada sobre la base de las declaraciones formuladas por el Tomador del seguro o la Asegurada 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.

2. La solicitud-cuestionario suscrita por el Tomador del seguro o la Asegurada 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.

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

4. El Tomador del seguro, la Asegurada o el Beneficiario quedan obligados expresamente a comunicar al Asegurador cualquier modificación de la profesión habitual de la Asegurada.

5. Si el contenido de la póliza difiere de las cláusulas acordadas, el Tomador del seguro o la Asegurada 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.

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

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

Si por el contrario, la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, el Asegurador está obligado a restituir el exceso de las primas percibidas, sin intereses.

Artículo 1. DEFINICIONES

En este contrato se entiende por:

1. Asegurada

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

2. Asegurador

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

3. Beneficiario

La persona o personas titulares del derecho a la prestación contratada.

Si en el momento del fallecimiento de la Asegurada 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 a la Asegurada fallecida, 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 de la Asegurada.**
- **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 de la Asegurada fallecida.**

- **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.

4. Cáncer de mama

El tumor maligno originado en la mama de la Asegurada, caracterizado por el crecimiento incontrolado y la diseminación de las células malignas con invasión y destrucción del tejido normal.

5. Carcinoma de mama *in situ*

La presencia de células cancerígenas malignas en la mama de la Asegurada que permanecen dentro del grupo de células del que surgieron sin penetrar la membrana base ni invadir los tejidos o estroma circundantes, clasificado como "Tis" según el método de clasificación TNM de la 7ª edición del Comité Mixto Estadounidense sobre Cáncer (AJCC) o como "Etapa 0" según el método de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia.

6. Plazo de carencia

El plazo de carencia es el tiempo en que, vigente la garantía de diagnóstico de cáncer de mama, si se produce un siniestro, éste no queda garantizado.

7. 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. Ninguno de estos documentos tendrá validez por separado.

8. Prima

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

9. 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 la Asegurada.

OBJETO Y EXTENSIÓN DEL SEGURO

Artículo 2. OBJETO DEL SEGURO

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 concurrencia de los riesgos cuya cobertura se especifica en dichas condiciones.

1. FALLECIMIENTO DE LA ASEGURADA

En caso de fallecimiento de la Asegurada, antes de la fecha de terminación del seguro, el Asegurador abonará al Beneficiario la suma asegurada para caso de fallecimiento que figura en las Condiciones Particulares de esta póliza.

2. DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA

En caso de diagnóstico a la Asegurada de cáncer de mama o de carcinoma de mama *in situ*, efectuado por un oncólogo colegiado cuyo informe haya sido confirmado mediante un informe patológico válido, el Asegurador abonará a la Asegurada la suma asegurada que para esta garantía de diagnóstico de cáncer de mama figura en las Condiciones Particulares.

Esta garantía está sujeta a un plazo de carencia de noventa días a contar desde la fecha en que entró en vigor.

3. PREVENCIÓN Y SEGUIMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA

En el caso de que la Asegurada lo requiera, el Asegurador garantiza la realización de las prestaciones que se describen a continuación:

a) Asesor médico telefónico.

La Asegurada podrá solicitar información, orientación y atención médica personalizada, llamando al teléfono 902 10 61 02, en donde podrá resolver dudas médicas de carácter general.

b) Consultas médicas en la especialidad de Ginecología.

Asimismo, la Asegurada podrá acudir hasta **un máximo de dos consultas médicas por anualidad de seguro** de la especialidad de Ginecología, para someterse a revisión médica.

Además, son objeto de cobertura las siguientes pruebas diagnósticas, siempre que sean prescritas durante la mencionada consulta:

- Una citología ginecológica anual.
- Una ecografía transvaginal / ginecológica abdominal anual (ambas realizadas en consulta).
- Una mamografía anual.
- Una ecografía de mamas por anualidad de seguro siempre que la Asegurada se encuentre entre los 18 y los 65 años de edad.

Artículo 3. RIESGOS EXCLUIDOS

SALVO PACTO EN CONTRARIO, NO TIENEN COBERTURA:

- a) El suicidio durante el primer año de vigencia del contrato. A estos efectos se entiende por suicidio la muerte causada consciente y voluntariamente por la propia Asegurada.
- b) Los siniestros producidos como consecuencia directa o indirecta de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.
- c) Los siniestros acaecidos en la navegación submarina o en viajes de exploración.
- d) Los siniestros ocurridos por el riesgo de aviación, salvo que la Asegurada realice los vuelos como simple pasajera en líneas comerciales regulares, vuelos «chárter» o, en general, en aparatos civiles provistos de un certificado de navegabilidad debidamente autorizado y tripulados por personas provistas del título de piloto necesario para ello.

Asimismo, quedan excluidas cuantas personas hagan del vuelo su profesión y ocupen una aeronave como integrantes de su tripulación por imperativo de las funciones que, respectivamente, tengan asignadas.

Tampoco quedan cubiertos los siniestros ocurridos como

consecuencia de efectuar descensos en paracaídas, no exigidos por la situación del aparato.

- e) Los hechos derivados de conflictos armados, haya precedido o no declaración oficial de guerra o los derivados de riesgos extraordinarios.
- f) Los siniestros producidos por tumores benignos, premalignos o no invasivos, excepto en caso de diagnóstico de un carcinoma *in situ*.
- g) Los siniestros producidos por tumores que se originen en cualquier otro órgano que no sea la mama de la Asegurada.
- h) Los casos de cáncer ya diagnosticados o que estuvieran pendientes de diagnóstico con anterioridad a la fecha de efecto del contrato.
- i) Las citologías en medio líquido.
- j) Las tomosíntesis de mama.
- k) Los medios, procedimientos o técnicas diagnósticas, quirúrgicas o terapéuticas que no estén incluidas expresamente en la cobertura de la póliza, o de nueva incorporación a la práctica médica habitual posterior a la firma de la misma, salvo que el Asegurador comunique expresamente su incorporación.
- l) Cualquier atención médica perteneciente a la especialidad de obstetricia.

m) El diagnóstico de enfermedades o la prescripción de medicamentos.

PERFECCIÓN, TOMA DE EFECTO, DURACIÓN DEL CONTRATO Y DERECHO DE DESISTIMIENTO

Artículo 4. PERFECCIÓN Y TOMA DE EFECTO

El contrato se perfecciona por el consentimiento manifestado por la suscripción de la póliza por las partes contratantes. Las coberturas contratadas 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 a las 24 horas del día en que hayan sido cumplimentados.

Artículo 5. DURACIÓN DEL CONTRATO

El presente seguro se contrata por el período de tiempo que se fija en las Condiciones Particulares de esta póliza, prorrogándose una o más veces por un periodo no superior a un año cada vez.

Anualmente, y con un mes de antelación al vencimiento del contrato, el Asegurador notificará la prima del seguro para la siguiente anualidad en base a los factores de riesgo objetivos, comprometiéndose a dar información suficiente y a explicar los motivos de, en su caso, el incremento de la prima.

El Tomador podrá oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita dirigida al Asegurador y efectuada con un plazo de, al menos, un mes de anticipación a la conclusión del periodo en curso.

Las garantías de esta póliza entran en vigor en la hora y fecha indicadas en las Condiciones Particulares, siempre que se encuentre perfeccionado el contrato en la forma estipulada en el Artículo anterior y satisfecho el recibo de prima.

Las coberturas finalizan en caso de fallecimiento de la Asegurada o al final de la anualidad de seguro en que alcance la edad de 65 años.

No obstante, en caso de siniestro amparado por la garantía de diagnóstico de cáncer de mama, los efectos de dicha garantía se extinguirán con el pago de la suma asegurada, quedando subsistentes el resto de garantías del seguro.

Artículo 6. DERECHO DE DESISTIMIENTO

El Tomador del seguro podrá resolver el contrato dentro del plazo de los 30 días siguientes a la fecha de entrega de la póliza, mediante comunicación a través de soporte duradero, disponible y accesible al Asegurador que permita dejar constancia de la notificación.

A estos efectos se considerará como fecha de entrega de la póliza la que figura en las Condiciones Particulares.

La cobertura del riesgo por parte del Asegurador cesará a partir de la fecha en que se expida la comunicación a que se refiere el apartado anterior, teniendo derecho el Tomador del seguro a que se le devuelva la parte de prima no consumida en el plazo de 30 días a contar desde la recepción por el Asegurador de dicha comunicación.

INDISPUTABILIDAD

Artículo 7. INDISPUTABILIDAD

El contrato será indisputable una vez haya transcurrido el plazo de un año – salvo plazo más breve convenido en las Condiciones Particulares– a contar desde la fecha de su perfección, a no ser que medie actuación dolosa del Tomador del seguro o concurra lo dispuesto en el apartado 6 del Artículo Preliminar de estas Condiciones Generales.

TRAMITACIÓN DE SINIESTROS

Artículo 8. TRAMITACIÓN DE SINIESTROS

1. OBLIGACIÓN DE COMUNICAR EL SINIESTRO

El Tomador del seguro, la Asegurada o el Beneficiario, deberá comunicar al Asegurador el acaecimiento del siniestro, dentro del plazo máximo de 7 días de haberlo conocido, salvo pacto en contrario. Asimismo, deberá dar el Asegurador toda clase de información sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro.

2. DOCUMENTOS A ENTREGAR EN CASO DE FALLECIMIENTO

En caso de fallecimiento de la Asegurada, el Tomador del seguro, o el Beneficiario deberá entregar al Asegurador los siguientes documentos:

- a) Certificado de nacimiento, fotocopia compulsada del Documento Nacional de Identidad o Número de Identificación de Extranjero de la Asegurada, salvo que hayan sido aportados.
- b) Identificación del código IBAN relativo a la cuenta corriente bancaria donde desee que se transfiera la prestación asegurada.
- c) La documentación legal exigible en ese momento a efectos tributarios.

d) Certificado literal de defunción.

e) Certificado del médico que haya asistido a la Asegurada indicando el origen, evolución y naturaleza de la enfermedad o accidente que le causó el fallecimiento o, en su caso, auto del Juzgado de Instrucción o Certificado de defunción del Registro Civil que acredite la causa del fallecimiento.

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

En caso de designación de los herederos legales o en cualquier otro caso en que sea preciso para acreditar la condición de Beneficiarios, Certificado del Registro General de Actos de Última Voluntad, copia del último testamento, Acta de Notoriedad o Auto judicial de Declaración de Herederos de la Asegurada.

3. DOCUMENTOS A ENTREGAR EN CASO DE DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA

En caso de diagnóstico de cáncer de mama o de carcinoma de mama *in situ*, la Asegurada deberá presentar los informes médicos que acrediten el diagnóstico de la enfermedad conforme a lo estipulado en la presente póliza.

Para la prestación de esta garantía, la Asegurada deberá llamar al teléfono 902 10 24 00 para solicitar su número de tarjeta de Asegurada y poder así proceder a darse de alta en el área privada de “Mi Sanitas”, en la web www.sanitas.es, donde se le solicitará el número de tarjeta para el registro y donde una vez registrada, podrá generar una tarjeta de Asegurada virtual, que le acreditará como

Cuando la Asegurada desee hacer uso de los servicios recogidos en la presente garantía, deberá de contactar con una consulta de ginecología perteneciente al cuadro médico de Sanitas, donde deberá identificarse con la tarjeta señalada anteriormente.

Para disfrutar del Servicio Médico Telefónico, la Asegurada puede llamar al teléfono 902 10 61 02 las 24h.

OTRAS DISPOSICIONES

Artículo 9. CAMBIO DE BENEFICIARIO, CESIÓN Y PIGNORACIÓN DE LA PÓLIZA

La designación del Beneficiario o la revocación de ésta se podrá hacer constar en las Condiciones Particulares, o en una posterior declaración escrita al Asegurador, o bien en testamento. La revocación deberá hacerse en la misma forma establecida para la designación.

El Tomador del seguro podrá, en todo momento, ceder o pignorar la póliza, siempre que no haya designado Beneficiario con carácter irrevocable. La cesión o pignoración de la póliza implica la revocación del Beneficiario.

El Tomador del seguro deberá comunicar fehacientemente por escrito al Asegurador la cesión o pignoración realizada.

DISPOSICIONES FINALES

Artículo 10. 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 su contenido.

Artículo 11. LEY APLICABLE

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

Artículo 12. RIESGOS EXTRAORDINARIOS. CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

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 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.

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.

- 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.consortseguros.es).

4. Abono de la indemnización: El Consorcio de Compensación de Seguros realizará el pago de la indemnización al beneficiario del seguro mediante transferencia bancaria.

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

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

Leído y aceptado:

EL TOMADOR DEL SEGURO/ASEGURADA

El Asegurador:

santalucía

Director General



CP040009305268001

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



180709144200010401