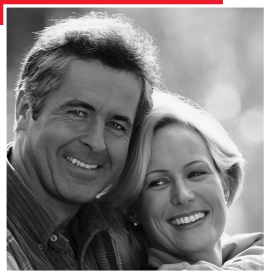
Condiciones Generales

Seguro Universal de Decesos



MAPFRE | FAMILIAR

410-077-SG-GEN-EDICIÓN 01/10

Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Tomo 487 Folio 166, Hoja M-9333, Inscripción 121 - CIF. A28141935



MAPFRE FAMILIAR
COMPAÑÍA DE SEGUROS
Y REASEGUROS, S.A.
DOMICILIO SOCIAL
Edificio MAPFRE.
Carretera de Pozuelo, n.° 50.
28222 MAJADAHONDA
(Madrid)

Teléf. +34 915 81 18 28
Fax: +34 915 81 52 52

MAPFRE | FAMILIAR

Seguro Universal de Decesos

De acuerdo con lo establecido en el artículo 3 de la Ley 50/80, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (BOE 17/10/80) se destacan en letra negrita las cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados contenidas en las Condiciones Generales de la póliza.

Coberturas

	Límites Específicos (L.E.)
DECESOS	
Servicio	Suma asegurada
Complementos (Nicho o sepultura - Lápida - Incineración)	Suma asegurada
Tanatorio	Suma asegurada
ADN	Suma asegurada
ASISTENCIA	
ASISTENCIA COMPLEMENTARIA	
Libre elección de cementerio	Sin límite
Gastos extraordinarios	Sin límite
Servicios especiales	Sin límite
ASISTENCIA EN VIAJE	
A. PARA LOS ASEGURADOS	
A.1. POR FALLECIMIENTO	
Traslado o repatriación con libre elección de cementerio	Sin límite
A.2. POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD GRAVES EN ESPAÑA:	
Traslado en ambulancia	Sin límite
EN EL EXTRANJERO:	
Gastos médicos de urgencia	12.000€ / persona
Arreglos dentales de urgencia	350€ / persona
Envío de un médico especialista	Sin límite
Prolongación de estancia en el hotel	150€ / día y 1.500€ máximo
Repatriación sanitaria	Sin límite
B. PARA DESPLAZAMIENTO DE UNA PERSONA	
Billete ida y vuelta	Sin límite
Gastos de alojamiento y manutención en España	125€ / día y 1.250€ máximo
Gastos de alojamiento y manutención en el extranjero	150€ / día y 1.500€ máximo
Fallecimiento por accidente de la persona desplazada	12.000€
C. AYUDA A MENORES Y ACOMPAÑANTES	
D. OTRAS PRESTACIONES	
EN ESPAÑA Y EN EL EXTRANJERO:	
Regreso anticipado	Sin límite
Transmisión de mensajes urgentes	Sin límite
Localización de equipajes	Sin límite
Reposición de equipajes, máximo de	300€ / asegurado 1.200€ / siniestro
Localización y salvamento	1.500€ máximo
Envío de medicamentos	Sin límite

	Límites Específicos (L.E.)
SÓLO EN EL EXTRANJERO:	
Consulta médica a distancia	Sin límite
Anticipo de fondos por hospitalización (fianza)	12.000€ máximo
Anticipo de fondos por accidente de circulación (fianza)	6.600€ máximo
Anticipo de fondos por accidente de circulación (abogados)	1.000€ máximo
Anticipo de fondos por accidente, enfermedad, robo o extravío	900€ máximo
Servicio de información	Sin límite
ASISTENCIA A PERSONAS	
Coordinación del servicio	Sin límite
Gestión de servicios a familiares no asegurados	Sin límite
Consulta Jurídica Familiar	Sin límite
Tramitación de documentos por fallecimiento	Prestación ó 60€ máximo
Ayuda psicológica	3 horas máximo
COBERTURAS ADICIONALES	
ACCIDENTES	
A. INVALIDEZ PERMANENTE	Aplicar baremo hasta suma asegurada
B. GRAN INVALIDEZ	Suma asegurada
C. CIRUGÍA ESTÉTICA	Suma asegurada
D. FALLECIMIENTO	
D.1. Fallecimiento por accidente	Suma asegurada
D.2. Doble capital por fallecimiento de ambos cónyuges	Capital adicional igual a suma asegurada en D.1.
D.3. Fallecimiento a consecuencia de infarto de miocardio	Suma asegurada
HOSPITALIZACIÓN	
HOSPITALIZACIÓN	Subsidio diario contratado; 90 días máximo
ASISTENCIA POST-HOSPITALARIA	
Teleasistencia	6 meses máximo
Personal doméstico	4 horas máximo
Personal docente	3 meses máximo ó 1.000€ máximo
REEMBOLSO DE GASTOS POR GRAN DEPENDENCIA	Suma asegurada
CRIO-PRESERVACIÓN DE CÉLULAS MADRE	Cuotas anuales, máximo 20 años
ODONTOLOGÍA	Servicios concertados y baremo precios máximos
ORIENTACIÓN MÉDICA 24 HORAS	Libre Disponibilidad
SEGUNDO DIAGNÓSTICO INTERNACIONAL	Libre Disponibilidad
REPARACIONES, REFORMAS Y OTROS SERVICIOS	3 horas de mano de obra y desplazamientos. Materiales y exceso de tiempo de mano de obra a cargo del asegurado

Índice

Pág

1. Normas Generales

1.1. Legislación aplicable 7
1.2. Definiciones 7
1.3. Bases del seguro 8
1.4. Perfección, toma de efecto y duración del seguro 8
1.4 BIS. Contratación a distancia del seguro 9
1.5. Pago de las primas 9
1.6. Riesgos no asegurados 10
1.7. Actuación en caso de siniestro 10
• Siniestros ocurridos en el extranjero 11
• Pago de indemnizaciones 11
1.8. Prescripción y jurisdicción 11
1.9. Actualización de sumas aseguradas y primas 11

2. Cobertura de Decesos

2.1. Objeto y extensión 12
2.2. Bases de la cobertura 13
2.2.1. Edad y estado de salud 13
2.2.2. Suma asegurada y actualización 13
2.3. Concurrencia de seguros 14
2.4. Cobertura de ADN 14

3. Cobertura de Asistencia

3.1. Asistencia complementaria 15
3.1.1. Libre elección de cementerio 15
3.1.2. Gastos extraordinarios 15
3.1.3. Servicios especiales 15
3.2. Asistencia en viaje 15
3.2.1. Objeto y extensión 15
3.2.2. Prestaciones 16
A. Para los asegurados 16
B. Para desplazamiento de una persona 17
C. Ayuda a menores y acompañantes 17
D. Otras prestaciones 18
3.3. Asistencia a personas 20
3.3.1. Coordinación del servicio 20
3.3.2. Gestión de servicios a familiares no asegurables 20
3.3.3. Consulta jurídica familiar 20
3.3.4. Tramitación de documentos por fallecimiento 20
3.3.5. Ayuda psicológica 21

Pág.

4. Coberturas Adicionales

4.1. Cobertura Odontológica 22

4.1.1. Plazo de Carencia 22
4.1.2. Precios máximos de los actos médicos 22
4.1.3. Garantía y Calidad 23
4.1.4. Tarjeta Salud Dental 23

4.2. Accidentes 23

4.2.1. Objeto y extensión 23
4.2.2. Exclusiones 24
4.2.3. Garantías 25

A. Invalidez permanente 25
B. Gran invalidez 27
C. Cirugía estética 27
D. Fallecimiento 27

4.2.4. Documentación a aportar en caso de siniestro 28

4.3. Hospitalización 28

4.3.1. Objeto y extensión 28
4.3.2. Exclusiones 28
4.3.3. Plazos de carencia 28
4.3.4. Pago de las indemnizaciones 29

4.4. Asistencia post-hospitalaria 29

4.4.1. Teleasistencia 29
4.4.2. Personal doméstico 30
4.4.3. Personal docente 30

4.5. Crío-Preservación de Células Madre 30

4.5.1. Plazo de carencia 30

4.6. Orientación Médica 24 Horas 30
4.7. Segundo Diagnóstico Internacional 31
4.8. Reembolso de Gastos por Gran Dependencia 31
4.9. Reparaciones, Reformas y Otros Servicios 32

5. Seguro de Riesgos Extraordinarios

• Cláusula de indemnización por el consorcio de compensación de seguros de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios 34

Condiciones Generales

1. NORMAS GENERALES

1.1. LEGISLACIÓN APLICABLE

El presente contrato de seguro se rige por lo establecido en las Condiciones Generales, Particulares y Especiales y, salvo pacto en contrario que resulte más beneficioso para el Asegurado, por la Ley de Contrato de Seguro (Ley 50/ 1980, de 8 de Octubre), el Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados (Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre) y el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados (Real Decreto 2.486/98, de 20 de Noviembre).

1.2. DEFINICIONES

A efectos del contrato se entenderá, con carácter general, por:

ASEGURADOR: MAPFRE FAMILIAR, Compañía de Seguros y Reaseguros S.A., en lo sucesivo denominada «la Compañía», que, con sujeción a los términos de la Ley y de este contrato, asume el riesgo contractualmente pactado.

TOMADOR DEL SEGURO: Persona física o jurídica que suscribe el contrato con la Compañía y a quien corresponden las obligaciones que se deriven del mismo, salvo aquéllas que correspondan expresamente al Asegurado.

ASEGURADO: Persona o personas designadas como tales en las Condiciones Particulares de la Póliza o en sus Suplementos.

BENEFICIARIO: Persona o personas designadas expresamente por el Tomador del Seguro para percibir las indemnizaciones derivadas del presente contrato. En defecto de designación expresa, serán beneficiarios el heredero o herederos legales.

PÓLIZA: El documento que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integrante de la Póliza: las Condiciones Generales, las Especiales, las Particulares y los Suplementos o Apéndices que se emitan para complementarlas o modificarlas.

PRIMA: El precio del seguro. El recibo contendrá, además, los recargos e impuestos legalmente repercutibles.

SUMA ASEGURADA: Cantidad establecida en las Condiciones Particulares o, en su caso, en las Generales, que representa el l**ímite máximo de la indemnización a pagar por la Compañía en cada siniestro.**

SINIESTRO: Hecho cuyas consecuencias están total o parcialmente cubiertas por la Póliza. **El conjunto de los daños derivados de una misma causa, acaecidos en la misma fecha, constituye un solo siniestro.**

SERVICIO: Para la cobertura de Decesos será el conjunto de elementos y prestaciones necesarios para llevar a cabo el sepelio del Asegurado fallecido.

ACCIDENTE: Ha de entenderse la lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado.

También se considerarán como accidentes a efectos del seguro:

- La asfixia o lesiones internas a consecuencia de gases o vapores, inmersión o sumersión, o por ingestión de materias líquidas o sólidas.
- Las infecciones derivadas de un accidente cubierto por la Póliza.
- Las lesiones que sean consecuencia de intervenciones quirúrgicas o tratamientos motivados por un accidente cubierto por la Póliza.
- Las lesiones sufridas a consecuencia de legítima defensa.

Salvo pacto expreso en contrario no tendrán la consideración de «accidente», a efectos del seguro los infartos y otros episodios cardiovasculares o cerebrovasculares análogos o similares.

1.3. BASES DEL SEGURO

Las respuestas del Tomador del Seguro al cuestionario sometido por la Compañía en la Solicitud del Seguro son las bases que ésta ha tenido en cuenta para determinar la prima aplicable y aceptar la emisión de la Póliza.

Si el contenido del contrato difiere de la Solicitud de Seguro o de las cláusulas acordadas, el Tomador del Seguro podrá reclamar a la Compañía en el plazo de un mes, a contar desde la entrega del mismo, para que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuarse la reclamación, se estará a lo dispuesto en el contrato.

En caso de reserva o inexactitud del Tomador del seguro al responder el cuestionario, mediando dolo o culpa grave, la Compañía quedará liberada de las prestaciones pactadas.

El Tomador del Seguro, mediante la firma de las Condiciones Particulares, acepta específicamente las cláusulas limitativas de los derechos del Asegurado que se resaltan en letra «negrita» en estas Condiciones Generales.

1.4. PERFECCIÓN, TOMA DE EFECTO Y DURACIÓN DEL SEGURO

El Seguro se estipula por el periodo señalado en las Condiciones Particulares y a su vencimiento se prorrogará por periodos anuales. Entrará en vigor el día y hora señalados en dichas Condiciones Particulares, siempre que estén firmadas y la Compañía haya cobrado la prima del primer recibo.

Cualquiera de las partes puede oponerse a la prórroga mediante notificación escrita a la otra, efectuada con dos meses de anticipación, como mínimo, al vencimiento del periodo en curso. No obstante, la Compañía no podrá oponerse a la prórroga de la cobertura de Decesos.

Ambas partes, de común acuerdo, podrán resolver el contrato después de la declaración de un siniestro. La Compañía devolverá al Tomador del Seguro, en tal caso, la parte de la prima total que corresponda al periodo comprendido entre la fecha de la rescisión y la de vencimiento del periodo de seguro en curso.

1.4 BIS. CONTRATACIÓN A DISTANCIA DEL SEGURO

En caso de contratación a distancia, se aplicará lo dispuesto en este artículo. Se considera que existe contratación de un seguro a distancia cuando para su negociación y celebración se utiliza exclusivamente una técnica de comunicación a distancia sin presencia física y simultánea del proveedor y el consumidor, consistente en la utilización de medios telemáticos, electrónicos, telefónicos, fax u otros similares.

En caso de contratación a distancia, el seguro entrará en vigor a las 0 horas del día siguiente a aquel en que el tomador haya prestado su consentimiento, salvo que, por acuerdo expreso se concierte otra fecha. En todo caso, la fecha de efecto quedará reflejada en las Condiciones Particulares de la póliza.

Sin perjuicio de lo indicado en los párrafos anteriores, el contrato y sus modificaciones o adiciones deberán ser formalizados por escrito. El Asegurador está obligado a entregar al tomador del seguro la póliza. El tomador deberá devolver al Asegurador un ejemplar firmado por él de las Condiciones Particulares de la póliza, así como la documentación acreditativa de las circunstancias que configuren el riesgo. El tomador, cuando sea consumidor, esto es, persona física que actúe con un propósito ajeno a una actividad comercial o profesional propia, dispondrá de un plazo de 14 días naturales para desistir del contrato a distancia, sin indicación de los motivos y sin penalización alguna, siempre que no haya ocurrido el siniestro. Dicho plazo se contará desde el día de la celebración del contrato o desde la fecha en que el Asegurador entregue la póliza.

El tomador habrá de comunicarlo al Asegurador por un procedimiento que permita dejar constancia de la notificación de cualquier modo admitido en Derecho y estará obligado a pagar la prima correspondiente hasta el momento del desistimiento. En caso de que la prima hubiera sido cobrada, el Asegurador reembolsará al tomador, dentro de un plazo máximo de 30 días naturales, dicho importe, salvo la parte correspondiente al periodo de tiempo en que el contrato hubiera tenido vigencia hasta el momento del desistimiento.

1.5. PAGO DE LAS PRIMAS

1. El Tomador del Seguro está obligado al pago de la prima de acuerdo con lo previsto en las Condiciones Generales y Particulares. Si no se determina un domicilio de pago en las Condiciones Particulares, la Compañía presentará los recibos en el del Tomador del Seguro.

2. Podrá pactarse el fraccionamiento del pago de la prima anual en los plazos y de acuerdo con las estipulaciones que se establezcan en las Condiciones Particulares.

Si el Tomador del seguro no pagase uno de los recibos en que se hubiese fraccionado el pago de la prima, el seguro quedará en suspenso un mes después del día del vencimiento de la primera fracción de prima impagada.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo precedente y en tanto no se haya producido la suspensión de la cobertura, en caso de siniestro, la Compañía podrá deducir en la indemnización el importe de las fracciones de prima vencidas y no satisfechas por el Tomador del seguro.

3. Prima inicial:

Si ésta no hubiera sido pagada por culpa del Tomador, la Compañía tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva.

Salvo pacto en contrario, si no hubiera sido pagada antes de que se produzca un siniestro, la Compañía queda liberada de su obligación.

4. Primas sucesivas:

En caso de falta de pago de las primas sucesivas, la cobertura de la Compañía queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si se produjera un siniestro durante el transcurso de ese mes, la Compañía deducirá del importe a indemnizar el de la prima adeudada para el periodo en curso. Si la Compañía no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento, se entenderá que el contrato queda extinguido.

5. Pago a través de Entidad Bancaria:

Podrá convenirse en las Condiciones Particulares el pago de los recibos de prima por medio de domiciliación bancaria, en cuyo caso se actuará de la siguiente forma:

a) El Tomador del Seguro facilitará a la Compañía una carta dirigida al Banco, Caja de Ahorros o Cooperativa de Crédito, dando la orden correspondiente.

b) Si la entidad bancaria devolviera el recibo impagado, la Compañía notificará el impago al Tomador del Seguro, indicándole que tiene el recibo en el domicilio de ésta para su pago.

El seguro, en el caso de primas sucesivas, quedará en suspenso si no se realiza el pago dentro del mes siguiente al día de vencimiento del recibo, o dentro del plazo de 15 días desde la citada notificación del impago al Tomador, si hubiese transcurrido dicho mes.

En caso de tratarse de la primera prima, si transcurrido 15 días desde la notificación del impago ésta no hubiera sido satisfecha, el contrato quedará resuelto.

Si el contrato no hubiera sido resuelto o extinguido conforme a los apartados anteriores, la cobertura volverá a tener efecto a las 24 horas del día en que el Tomador del Seguro pague la prima.

1.6 RIESGOS NO ASEGURADOS

Quedan excluidos de todas las coberturas y garantías de la Póliza, además de las limitaciones específicas de cada una de ellas, los siguientes supuestos:

- **Conflictos armados (haya mediado o no declaración oficial de guerra).**
- **Motines y tumultos populares.**
- **Reacción, radiación nuclear o contaminación radiactiva.**
- **Inundaciones, huracanes, tempestades, movimientos sísmicos y, en general, los hechos que en virtud de su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como catástrofe o calamidad nacional.**

1.7. ACTUACIÓN EN CASO DE SINIESTRO

El siniestro deberá ser comunicado a la Compañía lo antes posible, a través del teléfono 24 horas de la Central de Asistencia Telefónica, cuyo número figura en las Condiciones Particulares, o bien en cualquiera de sus oficinas.

El Asegurado, el Tomador del Seguro y el Beneficiario, según el caso, están obligados a:

- Facilitar a la Compañía, por escrito si fuera necesario, cuanta información pueda ésta requerir, respecto a las circunstancias del siniestro y la salud del Asegurado, **incluso referida a fechas anteriores a su ocurrencia.**
- Autorizar a facultativos y profesionales para que faciliten a la Compañía cuanta información necesite respecto al siniestro y sus circunstancias.
- Acceder al reconocimiento del Asegurado por los médicos que designe la Compañía, así como a la práctica de las pruebas que éstos pudieran recomendar.

La Compañía, cuando el siniestro haya sido causado por un tercero, podrá ejercer las acciones que estime pertinentes a fin de recobrar las cantidades satisfechas por la asistencia sanitaria del Asegurado.

SINIESTROS OCURRIDOS EN EL EXTRANJERO

En caso de que el siniestro ocurra en el extranjero, el Asegurado lo comunicará a la Compañía tan pronto le sea posible, llamando al teléfono de ASISTENCIA EN EL EXTRANJERO, cuyo número figura en las Condiciones Particulares.

Las comunicaciones telefónicas desde el extranjero pueden solicitarse por el sistema de cobro revertido, de tal manera que la llamada no suponga coste alguno para el Asegurado.

PAGO DE INDEMNIZACIONES

Las indemnizaciones correspondientes serán satisfechas en España y en euros.

1.8. PRESCRIPCIONES Y JURISDICCIÓN

El presente contrato queda sometido a la jurisdicción española, siendo Juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo el del domicilio del Asegurado, a cuyos efectos éste designará un domicilio en España, en caso de que el suyo estuviese situado en el extranjero.

Conforme a la normativa establecida para la protección de los usuarios de los servicios financieros (Orden Eco 734/2004 de 11 de marzo; RD 303/2004, de 20 de febrero), en el caso de que se suscite controversia en la interpretación o ejecución del presente contrato de seguro, el Tomador del seguro, el Asegurado, los beneficiarios y los terceros perjudicados o sus derechohabientes podrán formular reclamación ante la Dirección de Reclamaciones de MAPFRE por carta (Apartado de Correos 281- 28220 Majadahonda, Madrid) o por correo electrónico (reclamaciones@mapfre.com), de conformidad con el Reglamento para la solución de conflictos entre las sociedades del Grupo MAPFRE y los usuarios de sus servicios financieros, que puede consultarse en la página Web “mapfre.com”, y a las normas de actuación que lo resumen y que se facilitan al Tomador junto con este contrato.

Asimismo, podrán formular reclamaciones y quejas los clientes de la Compañía, así como sus derechohabientes, en relación con la actuación de sus agentes de seguros y operadores de bancaseguros, de conformidad con el Reglamento y el procedimiento antes citados.

La reclamación podrá realizarse en soporte papel o por medios informáticos, electrónicos o telemáticos, conforme a lo previsto en la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de Firma Electrónica.

Desestimada dicha reclamación o transcurrido el plazo de dos meses a contar desde la fecha en que el reclamante la haya presentado, podrá éste formular reclamación ante el Comisionado para la Defensa del Cliente de Servicios Financieros, funciones asumidas por el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (Paseo de la Castellana, 44, 28046, Madrid; correo electrónico: reclamaciones.seguros@meh.es, Oficina virtual: www.dgsfp.es)"

Sólo con la expresa conformidad de las partes, podrán someterse las diferencias derivadas de la interpretación y cumplimiento de este contrato de seguro al juicio de árbitros, de acuerdo con la legislación vigente.

Las acciones que se deriven de este contrato prescribirán en el término de dos años, excepto las correspondientes a prestaciones de daños personales, en cuyo caso el plazo de prescripción será de cinco años.

1.9. ACTUALIZACIÓN DE SUMAS ASEGURADAS Y PRIMAS

Las actualizaciones de sumas aseguradas, primas y límites del contrato se realizarán, excepto para la cobertura de Decesos, en función de la evolución del Índice de Precios al Consumo. El Índice pactado se aplicará siempre sobre los valores de la anualidad anterior, mediante el porcentaje de variación que resulte de comparar el Índice último publicado antes del vencimiento de la póliza con el de la misma fecha del año anterior.

Si al aplicar las tarifas de prima que, fundadas en criterios técnico actuariales, establezca la Compañía para cada anualidad, la prima de estas coberturas de asistencia y adicionales, para los periodos sucesivos, fuese superior a la resultante del párrafo precedente, teniendo en cuenta además, las modificaciones de garantías o las causas de agravación o disminución del riesgo que se hubieran producido, la Compañía, conforme a lo previsto en estas Condiciones Generales y con treinta días al menos de anterioridad al vencimiento del contrato, lo notificará al Tomador del Seguro (en el domicilio del mismo o en el determinado en la póliza).

El Tomador podrá aceptar las nuevas primas propuestas o, sin perjuicio de lo establecido en estas Condiciones Generales, dar por resueltas estas coberturas de asistencia y adicionales mediante notificación a la Compañía, por carta certificada o cualquier otro medio fehaciente, con anterioridad al vencimiento del periodo en curso, en cuyo caso éstas quedarán extinguidas a dicho vencimiento.

En este último caso, si por hallarse domiciliado el pago en una entidad bancaria, el recibo fuese cargado en la cuenta del Tomador, la Compañía le reintegrará el importe correspondiente a la prima de estas coberturas.

Para la cobertura de Decesos se estará a lo indicado en el apartado 2.2.2 de estas Condiciones Generales.

2. COBERTURA DE DECESOS

2.1. OBJETO Y EXTENSIÓN

La Compañía garantiza la prestación del servicio contratado, al fallecimiento de cada uno de los Asegurados, según la descripción que figura en las Condiciones Particulares y hasta el límite de la suma asegurada para esta cobertura.

Del mismo modo y siempre que estén contratados, la Compañía gestionará y sufragará los servicios complementarios de:

- Nicho o sepultura, lápida y/o incineración.
- Tanatorio.
- ADN.

La prestación del servicio por parte de la Compañía, con el fin de garantizar la calidad de todos sus componentes, se realizará a través de Empresa Funeraria autorizada. **Si la Compañía no pudiera prestar el servicio por causa de fuerza mayor o que no fuera imputable a la misma, resarcirá los gastos que se originen, hasta el límite de la suma asegurada, a los beneficiarios del asegurado fallecido, quienes deberán justificar su condición.**

Si por causa que no sea imputable a la Compañía, los organismos públicos o privados propietarios de los nichos o sepulturas no los tuvieran disponibles, aquélla indemnizará a los beneficiarios con la suma asegurada para esta prestación.

En caso de fallecimiento de un menor de catorce años, la Compañía sólo resarcirá los gastos debidamente justificados y hasta el límite de la suma asegurada.

2.2. BASES DE LA COBERTURA

2.2.1. EDAD Y ESTADO DE SALUD

Si al ocurrir un siniestro se comprobase que la edad del Asegurado era mayor que la declarada, la prestación de la Compañía se reducirá en proporción a la prima percibida con la que correspondería por la edad real del Asegurado. Por el contrario, si la prima pagada es superior a la prima que correspondiera, la Compañía está obligada a restituir el exceso de las primas percibidas.

Asimismo, de haberse ocultado en el cuestionario que, en el momento de la contratación de este Seguro, el Asegurado padecía alguna enfermedad grave o era portador de virus que pudiera hacer peligrar su vida, la Compañía quedará exonerada de sus obligaciones.

2.2.2 SUMA ASEGURADA Y ACTUALIZACIÓN

La suma asegurada viene determinada por el precio de los servicios concertados con los proveedores de la Compañía en la localidad de residencia del Tomador, salvo indicación expresa de una distinta. **En caso de variación del domicilio del Tomador, éste queda obligado a notificar tal hecho a la Compañía,** la cual le propondrá, si fuera procedente, la actualización de las sumas aseguradas. Si un Asegurado fallece en localidad distinta a la del domicilio consignado en las Condiciones Particulares, se efectuará un servicio de acuerdo con las modalidades y costumbres existentes en el lugar de fallecimiento y con un costo equivalente al contratado.

Establecido el valor del Servicio Fúnebre con arreglo a su costo en el momento de la contratación, con la finalidad de mantener actualizado su valor, se podrá convenir un sistema de revalorización automática que constará en las Condiciones Particulares, comunicando la Compañía el nuevo valor y la prima correspondiente a través del recibo.

Si no se contrata dicha revalorización, o si aún contratándola, el costo del Servicio fuera superior a la suma asegurada una vez revaloralizada, la Compañía lo pondrá en conocimiento del Tomador del Seguro y le comunicará el nuevo valor del Servicio asegurado y el nuevo importe de la prima, por medio del Suplemento que se expida.

Si el Tomador no aceptase las condiciones propuestas por la Compañía, ésta mantendrá el contrato sin variación y aquél se hará cargo del exceso de costes que, sobre la suma asegurada, pudiera producirse al ocurrir un siniestro.

Cuando el importe de los servicios prestados fuera inferior a la suma asegurada, la Compañía abonará a los beneficiarios del asegurado fallecido la diferencia resultante.

2.3. CONCURRENCIA DE SEGUROS

Si al fallecer un Asegurado, lo fuera en más de una póliza de la Compañía que cubriera el mismo riesgo, ésta sólo reconocerá los derechos correspondientes a una de ellas, a elección de los beneficiarios. Las primas pagadas en las pólizas no reconocidas les serán reembolsadas desde la fecha en la que se produjo la concurrencia.

2.4. ADN

La Compañía pone a disposición del Asegurado, en caso de fallecimiento, un servicio de conservación del ácido desoxirribonucleico del fallecido mediante criogénesis, asumiendo, por cuenta del asegurado, las cuotas de mantenimiento de la muestra **hasta el límite de diez años.**

Los familiares del Asegurado fallecido, para hacer uso de dicho servicio, deben solicitarlo a la Compañía y suscribir un contrato específico con la entidad especializada en criogénesis que la Compañía recomiende.

El servicio comprende los gastos de:

- Recogida de la muestra
- Trabajos de procesamiento y confirmación de viabilidad de la muestra para su criogénesis.

Una vez confirmado por el servicio concertado la viabilidad para el mantenimiento de la muestra, se procederá a su almacenamiento. La Compañía asumirá por cuenta de los familiares que hayan suscrito el contrato arriba indicado y durante el tiempo que permanezca vigente la póliza, el abono de las cuotas de mantenimiento **hasta el límite de diez años.**

El Asegurado conoce y acepta que el servicio de conservación se realizará en caso de su fallecimiento. No obstante, lo anterior, en caso de contratación por cuenta ajena no se considerará autorizado dicho servicio si hubiese desacuerdo entre los familiares en la solicitud del mismo.

3. COBERTURA DE ASISTENCIA

3.1. ASISTENCIA COMPLEMENTARIA

Si se contrata y consta en las Condiciones Particulares, la Compañía garantiza la prestación de las coberturas descritas a continuación.

La falta de utilización de cualquiera de las garantías incluidas en esta cobertura de Asistencia no da derecho a indemnización alguna por ello.

3.1.1. LIBRE ELECCIÓN DE CEMENTERIO

Dentro del territorio nacional, la Compañía asumirá los costes necesarios para el traslado del Asegurado fallecido hasta el cementerio de la localidad libremente elegida por sus familiares, siempre que por las Autoridades competentes no exista impedimento alguno y el traslado se efectúe por Empresa Funeraria autorizada por la Compañía.

3.1.2. GASTOS EXTRAORDINARIOS

Quedan cubiertos los gastos médico-legales que se originen con motivo del fallecimiento traumático de los Asegurados, así como en los casos en los que se precise la intervención judicial.

Esta cobertura y la inmediata anterior serán consideradas como elementos del servicio. En consecuencia, la Compañía se hará cargo del exceso que pudiera producirse sobre el coste del mismo por tales gastos.

3.1.3. SERVICIOS ESPECIALES

- La Compañía garantiza la prestación de un **Servicio Fúnebre** específico, en el lugar en que se produzca, si el fallecimiento de los hijos de los Asegurados ocurriese **durante el periodo de gestación o antes de cumplir los treinta días de edad.**
- De igual manera, la Compañía garantiza la **inhumación o incineración** de extremidades amputadas a cualquiera de los Asegurados.

3.2. ASISTENCIA EN VIAJE

3.2.1. OBJETO Y EXTENSIÓN

Tiene por objeto prestar los servicios que a continuación se relacionan, con arreglo a las especificaciones que en ellos se citan.

Se entenderá como *viaje* cualquier desplazamiento de una duración máxima de **90 días consecutivos,** siempre que el hecho causante del siniestro ocurra fuera de la localidad de residencia del Asegurado. Este límite de 90 días no será aplicable cuando el desplazamiento tenga por objeto la realización de estudios reglados en territorio español.

No tendrán tal consideración, a efectos de esta cobertura, los desplazamientos realizados con objeto de recibir asistencia sanitaria, aunque, en caso de fallecimiento, los Asegurados tendrán derecho a las prestaciones A.1 y B descritas en el apartado 3.2.2. de estas Condiciones.

En ningún caso los Asegurados o los beneficiarios tendrán derecho al reembolso de los gastos efectuados directamente por ellos mismos sin previa autorización de la Compañía, salvo en los casos así previstos y en los de urgencia médica.

No estarán cubiertas las asistencias derivadas de:

- **Provocación intencionada de lesiones o de intoxicaciones por el Asegurado.**
- **Estados patológicos producidos por la ingestión voluntaria de alcohol, drogas, estupefacientes o medicamentos que no hayan sido prescritos por un facultativo autorizado.**
- **Práctica de deportes en competiciones oficiales.**

3.2.2. PRESTACIONES

A. PARA LOS ASEGURADOS

A.1. Por fallecimiento

Traslado o repatriación, con libre elección de cementerio

Si en el transcurso de un viaje, tanto en España como en el extranjero, se produjese el fallecimiento de cualquiera de los Asegurados, la Compañía efectuará a su cargo las gestiones y gastos necesarios para su traslado desde el lugar de ocurrencia del hecho hasta el cementerio en España que **libremente designen los familiares** para su inhumación, siempre que por parte de las Autoridades competentes no exista impedimento alguno y **el traslado se realice por Empresa Funeraria autorizada por la Compañía.**

Esta prestación cubre el exceso de gastos que sobre la suma asegurada de Decesos se pudieran producir, como consecuencia del traslado del fallecido.

A.2. Por accidente o enfermedad grave

En España

Traslado en ambulancia

Si cualquier Asegurado sufriese un **accidente o enfermedad grave en España, a más de 25 Km. de su residencia habitual,** la Compañía abonará los gastos de ambulancia para el traslado desde el lugar de ocurrencia del siniestro hasta el centro médico más cercano a éste.

Cuando los médicos que asistan al Asegurado autoricen su traslado, la Compañía se hará cargo de los gastos para realizarlo en ambulancia hasta el centro sanitario más próximo a su domicilio.

En el extranjero

Gastos médicos de urgencia

En caso de accidente o enfermedad del Asegurado que sobrevengan encontrándose éste fuera de España y hasta su regreso, la Compañía satisfará los gastos médicos de urgencia, **hasta el límite de DOCE MIL EUROS (12.000 €) por persona. Se garantizan también los arreglos dentales de urgencia hasta el límite de TRESCIENTOS CINCUENTA EUROS (350 €).**

La cobertura de GASTOS MÉDICOS DE URGENCIA no será de aplicación en los casos de padecimientos crónicos o accidente acaecidos con anterioridad al viaje del Asegurado al extranjero.

Envío de un médico especialista

Cuando el Asegurado enfermo o accidentado presente un cuadro clínico muy grave que no permita su traslado y la asistencia médica no sea la adecuada a su estado, la Compañía enviará un médico especialista al lugar donde se encuentre.

Prolongación de estancia en hotel

Cuando por prescripción facultativa el Asegurado deba prolongar su estancia, la Compañía abonará los gastos de hospedaje y manutención, debidamente justificados, **hasta la cantidad de CIENTO CINCUENTA EUROS DIARIOS (150 €), con un máximo de MIL QUINIENTOS EUROS (1.500 €).**

Repatriación sanitaria

Si el estado de salud del Asegurado le impidiera retornar a su domicilio por sus propios medios, la Compañía organizará su traslado hasta el mismo o a un Centro Sanitario adecuado. **Los servicios médicos de la Compañía, en coordinación con los facultativos que le atiendan, serán los encargados de organizar y supervisar la prestación del servicio y determinar los medios de transporte idóneos; la utilización de medios aéreos especiales, cuando proceda, queda limitada a los países ribereños del Mediterráneo y al resto de Europa.**

B. PARA DESPLAZAMIENTO DE UNA PERSONA

Billete y gastos de alojamiento y manutención

Si durante un viaje, el Asegurado fallece o sufre un accidente o una enfermedad grave por los que deba permanecer hospitalizado **durante un periodo de tiempo superior a cinco días,** la persona que el Asegurado o sus familiares designen tendrá derecho a:

- **Un billete** de avión o del medio de transporte público idóneo, para viajar hasta el lugar donde haya ocurrido el siniestro y regreso.
- **Gastos justificados de alojamiento y manutención, hasta la cantidad de CIENTO VEINTICINCO EUROS diarios (125 €) y con límite de MIL DOSCIENTOS CINCUENTA EUROS (1.250 €). En caso de que el siniestro se produzca en el extranjero, los límites serán de 150 y 1.500 ., respectivamente.**
- Si durante el viaje de la persona desplazada s**e produjera su fallecimiento por accidente,** la Compañía indemnizará a sus herederos en la cantidad de DOCE MIL EUROS (12.000 €).

C. AYUDA A MENORES Y ACOMPAÑANTES

Menores

Si los menores de edad que viajasen con el Asegurado que falleciera durante el viaje o sufriera accidente o enfermedad, quedaran sin cuidado personal, la Compañía organizará el regreso a su domicilio, con una persona que los custodie, si fuera necesario.

Acompañantes

Si los acompañantes, con la condición de Asegurados, que viajasen con el Asegurado que hubiera fallecido o tuviera que ser hospitalizado, no pudieran utilizar el medio de transporte previsto para su regreso, la Compañía organizará el traslado hasta su domicilio, a través del medio de transporte más idóneo.

D. OTRAS PRESTACIONES

En España y en el extranjero

Regreso anticipado

Si el Asegurado se viera en la necesidad de interrumpir el viaje como consecuencia de:

- Un siniestro grave en su domicilio o en su industria o negocio, o
- Accidente, enfermedad grave o fallecimiento de un familiar (hasta segundo grado de parentesco directo o por afinidad),

y no le fuera posible emplear los mismos medios de transporte previstos para su regreso, la Compañía le abonará los gastos del viaje de vuelta en medios ordinarios de transporte público.

Transmisión de mensajes urgentes

La Compañía tendrá a disposición de los Asegurados el servicio de teléfono permanente de la Central de Asistencia, para transmitir los mensajes urgentes relativos a las incidencias sobre riesgos cubiertos por esta garantía.

Localización de equipajes

En caso de robo o extravío del equipaje y efectos personales del Asegurado, la Compañía colaborará en las gestiones para su localización y cuando sea localizado lo expedirá al lugar designado por el Asegurado o reembolsará a éste los gastos en que haya incurrido para recogerlo.

Si el extravío se produjera con motivo de un vuelo en medios públicos de navegación aérea y no apareciese en las 24 horas siguientes a la llegada al aeropuerto de destino, la Compañía reembolsará además, **hasta un máximo de TRESCIENTOS EUROS (300 €) por Asegurado y con límite de MIL DOSCIENTOS EUROS (1.200 €) por siniestro,** los gastos en que éste haya incurrido para adquirir el vestuario y los objetos de aseo personal imprescindibles.

Localización y salvamento

Si un Asegurado desapareciera en situación de inminente peligro, la Compañía pagará los gastos para su localización y salvamento **hasta un máximo de MIL QUINIENTOS EUROS (1.500 €)**.

Envío de medicamentos

La Compañía enviará cualquier medicamento de interés vital, que no pueda ser obtenido en el lugar donde se encuentre el Asegurado enfermo o accidentado.

Sólo en el extranjero

Consulta médica a distancia

Si el Asegurado necesita, durante su viaje por el extranjero, efectuar una consulta médica que le sea imposible obtener localmente, la Compañía, a través de los servicios médicos, le facilitará telefónicamente la información deseada. Dada la dificultad de establecer un diagnóstico por teléfono, la información deberá ser considerada como una **mera orientación,** por lo que la Compañía y sus cuadros médicos no serán responsables por las actuaciones que realizara el Asegurado con fundamento en aquélla.

Anticipo de fondos

POR HOSPITALIZACIÓN

Si debido a un accidente o enfermedad grave, ocurridos en el extranjero, el Asegurado precisa ser internado en un centro hospitalario y éste le exigiera fianza, la Compañía realizará el oportuno depósito, hasta un máximo de **DOCE MIL EUROS (12.000 €)**.

POR ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN

Si como consecuencia de un accidente de circulación que sufra en el extranjero, el Asegurado es encarcelado o procesado, la Compañía depositará la fianza exigida por las autoridades competentes, **hasta un máximo de SEIS MIL SEISCIENTOS EUROS (6.600 €).**

Asimismo, la Compañía adelantará el importe de los honorarios de abogado, **hasta un límite de MIL EUROS (1.000 €).**

POR ACCIDENTE, ENFERMEDAD, ROBO O EXTRAVÍO

Si como consecuencia de accidente, enfermedad, robo o extravío de bienes, ocurridos en el extranjero, el Asegurado quedara sin recursos económicos y no tuviera medios para obtenerlos, la Compañía le enviará, **en concepto de préstamo sin intereses,** la cantidad necesaria para hacer frente a sus necesidades urgentes y **hasta un máximo de NOVECIENTOS EUROS (900 €).**

El Asegurado se obliga a la devolución del importe percibido en cuanto regrese a su domicilio habitual, como máximo en el plazo de sesenta días. Si transcurrido ese plazo no se hubiera efectuado la devolución del préstamo, **la Compañía podrá reclamarlo incrementado en el interés legal aplicable en el momento de su reclamación.**

Servicio de información

El Asegurado puede obtener información de orden administrativo o sanitario, antes de emprender un viaje al extranjero, de datos referidos a necesidad de pasaporte, visados de entrada en otros países, vacunas exigidas, tasas de cambio y moneda, llamando al teléfono de Asistencia que figura en las Condiciones Particulares de la Póliza.

3.3. ASISTENCIA A PERSONAS

3.3.1. COORDINACIÓN DEL SERVICIO

La Compañía se compromete a poner a disposición de los familiares del Asegurado fallecido el personal necesario para organizar, coordinar y gestionar todos aquellos servicios contratados en la Póliza.

3.3.2. GESTIÓN DE SERVICIOS A FAMILIARES NO ASEGURABLES

La Compañía pondrá a disposición del Tomador del Seguro los profesionales idóneos que faciliten los presupuestos y, en su caso, realicen los servicios funerarios correspondientes a personas, que no incluidas en la relación de asegurados al no haber sido aceptados por las normas de contratación de la Compañía, **figure su nombre en las observaciones del Condicionado Particular** y sean su cónyuge o quien conviva maritalmente con el Tomador o sus descendientes o ascendientes por consanguinidad o afinidad hasta el primer grado, **siendo a cargo del Tomador el importe de tales servicios.**

La Compañía garantiza que la oferta se ajustará a los conciertos establecidos con sus proveedores para la prestación de servicios a su cargo.

3.3.3. CONSULTA JURÍDICA FAMILIAR

La Compañía, a través del Servicio de Orientación Jurídica, atenderá telefónicamente las consultas que le formule el Asegurado.

El servicio se limita a la orientación telefónica respecto a la cuestión que se plantee, **sin emitir dictamen escrito.**

Este servicio incluye información jurídica respecto a las siguientes materias:

- DERECHO LABORAL: contratos de trabajo, nóminas, despidos, sanciones y expedientes de regulación, vacaciones, horarios, traslados.
- DERECHO ADMINISTRATIVO: asesoramiento en procedimientos sancionadores, relaciones con las administraciones públicas, vehículos (sanciones y recursos, obtención de permisos y autorizaciones) permisos de residencia y trabajo.
- DERECHO CIVIL: vivienda (compraventa, hipoteca, Registro de la Propiedad, arrendamiento), información sobre derechos del consumidor, temas relacionados con el matrimonio y parejas de hecho, con los hijos, testamento.
- DERECHO PENAL: robos.
- SUCESIONES, PENSIONES, SEGUROS, CONTRATOS DE ARRENDAMIENTO, RECLAMACIONES A TERCEROS y cualquier asunto relacionado con el fallecimiento.

3.3.4. TRAMITACIÓN DE DOCUMENTOS POR FALLECIMIENTO

La Compañía gestionará y asumirá los gastos que a consecuencia del fallecimiento de un asegurado sean necesarios para la tramitación y obtención de la documentación siguiente, en organismos situados en España:

• Para PENSIONES Y AYUDAS:

EN GENERAL:

- Certificado de Inscripción de Defunción.
- Libro de Familia actualizado

VIUDEDAD:

- Declaración del fallecimiento del pensionista o certificado de empresa, o impresos del régimen especial de autónomos, según el caso.
- Solicitud de pensión de viudedad.

ORFANDAD:

- Solicitud de la pensión de orfandad.

A FAVOR DE FAMILIARES, POR HIJO A CARGO Y/O AUXILIO POR DEFUNCIÓN

- Certificado de convivencia del solicitante y demás beneficiarios
- Impreso de solicitud correspondiente.

• Para SUCESIONES, además de los indicados anteriormente:

- Certificado de Actos de Última Voluntad y los necesarios del Registro Civil (nacimiento del Asegurado, matrimonio, nacimiento de sus hijos u otros necesarios para la declaración de herederos).
- Partida de defunción original o fotocopia compulsada.
- Copia compulsada del testamento.

• De CARÁCTER GENERAL:

- Baja del asegurado fallecido como usuario del Sistema Público Sanitario y/o como pensionista del Instituto Nacional de la Seguridad Social o, si la competencia estuviese transferida, en el organismo correspondiente de la Comunidad Autónoma.

En aquellos casos en los que sea obligada la presencia de los derechohabientes para la solicitud de algún documento, la actuación de la Compañía se limitará al asesoramiento para su obtención.

La gestión de esta documentación se realizará por profesionales designados por la Compañía o aceptados expresamente por ésta; en caso contrario la responsabilidad de la Compañía queda limitada hasta un máximo de SESENTA EUROS (60 €).

La Compañía, no obstante, no hará frente a los gastos derivados de la intervención profesional de Abogados, Procuradores, Notarios, Registradores y Gestorías.

3.3.5. AYUDA PSICOLÓGICA

La Compañía pondrá a disposición de los familiares de los Asegurados fallecidos, un servicio de atención psicológica en los siguientes supuestos:

a) Cuando el fallecimiento sea consecuencia de un accidente.
b) Cuando les sobrevivan Asegurados menores de edad.
c) En el caso de que el Asegurado fallecido sea menor de edad.

La prestación del servicio de atención psicológica será realizada por profesionales adecuados, con anterioridad al sepelio, en el lugar de inhumación o fallecimiento y durante un periodo máximo de tres horas.

4. COBERTURAS ADICIONALES

Si se contratan y constan en las Condiciones Particulares, la Compañía garantiza las siguientes coberturas conforme a las condiciones que se detallan.

4.1. COBERTURA ODONTOLÓGICA

La presente cobertura tiene como objeto garantizar una serie de prestaciones odonto-estomatológicas básicas, de las que el Asegurado podrá hacer uso sin coste alguno, poniendo a su disposición otros actos específicos respecto de los cuales la Compañía garantiza unos precios máximos para el Asegurado, todo ello de acuerdo con lo estipulado en las presentes Condiciones Generales.

No se incluyen dentro de esta garantía los honorarios profesionales, gastos hospitalarios ni de anestesia, cuando se precise medio hospitalario para la realización de los actos garantizados.

La relación completa de prestaciones amparadas por esta cobertura, el cuadro de especialistas concertados, las normas de utilización así como el baremo de precios máximos de los actos que se ponen a disposición del Asegurado son los que se especifican en el Suplemento "Salud Dental" que el Asegurador facilita junto con este contrato.

El asegurado podrá elegir libremente el profesional sanitario entre los que figuren en la Guía Médica Asistencial que el Asegurador ofrece a nivel nacional. El especialista seleccionado le realizará el examen oportuno, facilitándole un presupuesto bucodental, en el caso de que los actos que se ponen a disposición del Asegurado, y respecto de los cuales se garantiza un precio máximo, que deberá ser firmado por ambas partes de ser prestado.

La cobertura del seguro cesará automáticamente desde la fecha de extinción de la póliza. Desde ese momento el Asegurado no tendrá derecho a prestaciones sanitarias posteriores aunque tengan su origen en enfermedades o accidentes anteriores a la citada fecha de extinción.

4.1.1. PLAZO DE CARENCIA

Se establece para esta cobertura un periodo de carencia de un mes.

4.1.2. PRECIOS MÁXIMOS DE LOS ACTOS MÉDICOS

El Asegurado asumirá el coste de determinados actos médicos mediante el pago del importe que sea presupuestado por el especialista que vaya a realizar la consulta o tratamiento, el cual deberá ser aceptado expresamente, y se garantiza que dicho importe tendrá como límite el coste máximo que figure en el apartado de ACTOS GARANTIZADOS del Suplemento "Salud Dental".

Los importes que aparecen en el Suplemento "Salud Dental" son precios fijados únicamente para el año en vigor, reservándose el Asegurador el derecho de poderlos modificar si así fuera preciso, previa comunicación a los Asegurados.

El precio de los actos que se ponen a disposición del Asegurado varía en función de la zona geográfica en la que se presta, pudiendo resultar que el precio máximo garantizado sea inferior o superior en una y otra área.

El Asegurado utilizará preferentemente el cuadro de dentistas de la provincia de su domicilio, que aparece en la Guía Médica Asistencial en vigor. No obstante, podrá acceder a cualquier profesional o centro del cuadro de dentistas nacional de MAPFRE FAMILIAR. El Asegurado podrá contactar con la Compañía para informarse de los precios máximos aplicables en cada zona.

El Especialista facilitará al Asegurado comprobantes de todos los actos realizados y justificantes de los importes pagados.

4.1.3. GARANTÍA Y CALIDAD

Todos los materiales utilizados en los tratamientos tendrán una garantía de un año y cumplirán las normas de calidad tipo ISO o ADA. En el caso de implantes, la garantía se amplía a 5 años, siempre que el Asegurado cumpla estrictamente con las indicaciones que a los efectos oportunos le dé el Especialista.

En los actos en los que se garantiza un precio máximo, es imprescindible que el Asegurado reciba del Especialista un Presupuesto Bucodental previo al tratamiento, que deberá ser firmado por ambas partes para poder prestar el servicio. En caso de reclamación a MAPFRE FAMILIAR es imprescindible su presentación por parte del reclamante.

4.1.4. TARJETA SALUD DENTAL

El Asegurador facilitará a los Asegurados la "tarjeta dental", que no contiene información sanitaria y es exclusivamente identificativa, con validez limitada por periodos de tiempo.

El Asegurado deberá identificarse al requerir los servicios que procedan con la "tarjeta dental"; no obstante, cuando el médico o centro que presta el servicio lo estimen conveniente, podrán requerir también Documento Nacional de Identidad. Cada acto sanitario prestado requerirá de único pase de tarjeta, que se podrá efectuar en soporte papel o datáfono.

La "tarjeta dental" es personal e intransferible, reservándose el Asegurador las acciones legales que procedan sobre el uso fraudulento de la misma. En caso de robo, hurto o extravío, el Asegurado está obligado a comunicar esta circunstancia a la Compañía a la mayor brevedad posible: asimismo, el Asegurado deberá devolver la tarjeta al finalizar la vigencia del seguro.

4.2. ACCIDENTES

4.2.1. OBJETO Y EXTENSIÓN

La Compañía cubre los accidentes que pueda sufrir el Asegurado durante las veinticuatro horas del día, tanto de su vida privada como en el ejercicio de su profesión. **La cobertura de los riesgos extraordinarios, excluidos de esta Póliza con carácter general, es asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros conforme a su propia normativa. Se incluye un resumen de la misma en estas Condiciones Generales.**

La cobertura de Accidentes se extinguirá, automáticamente, en el vencimiento siguiente a la fecha en que el Asegurado cumpla los setenta años, con la correspondiente adecuación de la prima.

4.2.2. EXCLUSIONES

No quedan cubiertos por este Seguro aquellos accidentes que se deriven de los siguientes supuestos:

- **Por disposición legal no puede cubrirse el riesgo de Fallecimiento de los menores de 14 años, como tampoco el de las personas incapacitadas.**

  No obstante, para los menores de 14 años incluidos en la Póliza, se establece que la parte de prima de las garantías de Fallecimiento se destinará a mayor capital de las Garantías de Invalidez Permanente o Gran Invalidez. Al cumplir los 14 años, para los Asegurados afectados se adecuarán las sumas aseguradas al objeto de incluir las garantías de Fallecimiento, emitiéndose el correspondiente suplemento.
- **Provocación intencionada del siniestro por parte del Asegurado o con su complicidad.**
- **Las consecuencias o secuelas de accidentes acaecidos con anterioridad a la entrada en vigor de este Seguro, aunque éstas se manifiesten durante su vigencia.**
- **La participación en competiciones o torneos organizados por federaciones deportivas u organismos similares, así como la práctica de deportes o actividades notoriamente peligrosas y especialmente las siguientes: automovilismo, motociclismo, submarinismo, navegación de altura (en embarcaciones no destinadas al transporte público de pasajeros), escalada, espeleología, boxeo, paracaidismo, aerostación, vuelo libre y vuelo sin motor.**
- **La utilización, como pasajero o tripulante, de helicópteros y medios de navegación aérea no autorizados para el transporte publico de viajeros.**
- **Tirones, roturas o desgarros musculares, lumbalgias y hernias de cualquier naturaleza.**
- **Participación activa del asegurado en actos delictivos o en apuestas, desafíos o riñas, salvo en los casos de legítima defensa o estado de necesidad.**
- **Accidentes sufridos por estar embriagado o bajo el efecto de las drogas, tóxicos o estupefacientes, siempre que cualquiera de estas circunstancias haya sido causa determinante del accidente. Se considerará que hay embriaguez cuando el grado de alcohol en la sangre sea superior a 0,50 gramos por 1.000 centímetros cúbicos.**
- **Lesiones y enfermedades que sean consecuencia de intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos no motivados por un accidente cubierto por la Póliza; así como las enfermedades de cualquier naturaleza (incluso las de origen infeccioso), infartos (salvo por cobertura de la propia garantía), episodios cardiovasculares, ataques de epilepsia y pérdida de las facultades mentales, salvo que sean ocasionadas por un accidente.**
- **Los siniestros cuya cobertura corresponde al «Consorcio de Compensación de Seguros», aun cuando éste no admita la efectividad del derecho del Asegurado por incumplimiento de alguna de las disposiciones legales que regulan su cobertura, o por haber sobrevenido el siniestro dentro del periodo de carencia que rige para este Organismo.**

4.2.3. GARANTÍAS

A. INVALIDEZ PERMANENTE

Tendrá tal consideración la pérdida anatómica o impotencia funcional permanente de miembros u órganos que sean consecuencia de un Accidente.

El importe de la indemnización se fijará mediante la aplicación, sobre la suma asegurada, de los porcentajes establecidos en el baremo de lesiones de esta garantía. Para la determinación de dichos porcentajes no se tendrán en cuenta la profesión y edad del Asegurado, ni ningún otro factor ajeno al baremo.

En la aplicación del baremo de lesiones, regirán los siguientes principios:

- Los tipos de invalidez no especificados expresamente se indemnizarán por analogía con otros casos que figuren en el mismo.

  Si con anterioridad al accidente algún miembro u órgano presentara amputaciones o limitaciones funcionales, el porcentaje de indemnización será la diferencia entre el de la invalidez preexistente y el que resulte después del accidente.
- **Cuando las lesiones afecten al miembro superior no dominante,** el izquierdo de un diestro o viceversa, **los porcentajes de indemnización sobre el mismo deben ser reducidos en un 15 por 100.**
- Las limitaciones y pérdidas anatómicas de carácter parcial se indemnizarán proporcionalmente respecto a la pérdida absoluta del miembro u órgano afectado. La impotencia funcional absoluta de un miembro u órgano será considerada como pérdida total del mismo.
- La suma de diversos porcentajes parciales, referidos a un mismo miembro u órgano, no podrá superar el porcentaje de indemnización establecido para la pérdida total del mismo. La acumulación de todos los porcentajes de invalidez, derivados del mismo accidente, no dará lugar a una indemnización superior al 100 por 100.

BAREMO DE LESIONES	*Porcentaje de indemnización*
Cabeza y sistema nervioso	
• Enajenación mental completa	100
• Síndrome subjetivo por traumatismo craneal con alteraciones de carácter	5
• Epilepsia en su grado máximo	60
• Ceguera absoluta	100
• Pérdida de un ojo o de la visión del mismo, si se ha perdido con anterioridad el otro	70
• Pérdida de un ojo conservando el otro o disminución a la mitad de la visión binocular	25
• Catarata traumática bilateral operada	20

	Porcentaje de indemnización
• Catarata traumática unilateral operada	10
• Sordera completa	50
• Sordera total de un oído, habiendo perdido el otro con anterioridad.	30
• Sordera total de un oído	15
• Pérdida total del olfato o del gusto	5
• Mudez absoluta con imposibilidad de emitir sonidos coherentes	70
• Ablación de la mandíbula inferior	30
• Trastornos graves en las articulaciones de ambos	15
Columna vertebral	
• Paraplejía	100
• Cuadriplejía	100
• Limitaciones de movilidad a consecuencia de fracturas vertebrales, sin complicaciones neurológicas ni deformaciones graves de columna: 3 por 100 por cada vértebra afectada, máximo del	20
• Síndrome de Barré-Lieou	10
Tórax y abdomen	
• Pérdida de un pulmón o reducción al 50 por 100 de la capacidad pulmonar	20
• Nefrectomía	10
• Ano contra natura	20
• Esplenectomía	5
Miembros superiores	
• Amputación de un brazo desde la articulación del húmero	70
• Amputación de un brazo al nivel del codo o por encima de éste	65
• Amputación de un brazo por debajo del codo	60
• Amputación de una mano al nivel de la muñeca o por debajo de ésta	55
• Amputación de cuatro dedos de una mano	50
• Amputación de un dedo pulgar	20
• Amputación total de un dedo índice o de dos falanges del mismo	15
• Amputación total de cualquier otro dedo de una mano o de dos falanges del mismo	5
• Pérdida total del movimiento de un hombro	25
• Pérdida total del movimiento de un codo	20
• Parálisis total del nervio radial, del cubital o del mediano	25
• Pérdida total del movimiento de una muñeca	20
Pelvis y miembros inferiores	
• Pérdida total del movimiento de una cadera	20
• Amputación de una pierna por encima de la articulación de la rodilla	60
• Amputación de una pierna conservando la articulación de la rodilla.	55

	Porcentaje de indemnización
• Amputación de un pie	50
• Amputación parcial de un pie conservando el talón	20
• Amputación de un dedo gordo	10
• Amputación de cualquier otro dedo de un pie	5
• Acortamiento de una pierna en 5 cm o más	10
• Parálisis total del ciático poplíteo externo	15
• Pérdida total del movimiento de una rodilla	20
• Pérdida total del movimiento de un tobillo	15
• Dificultades graves en la deambulación subsiguiente a la fractura de uno de los calcáneos	10

B. GRAN INVALIDEZ

Se entenderá como tal, la situación de incapacidad permanente absoluta que, además, determine la necesidad de asistencia de otra persona para realizar los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos.

Si a consecuencia de Accidente, el Asegurado se viera afectado de Gran Invalidez, la Compañía pagará el capital contratado que para esta contingencia conste en las Condiciones Particulares.

C. CIRUGIA ESTÉTICA

Si al Asegurado, a consecuencia de un Accidente, le quedasen secuelas corporales que precisaran de tratamiento estético, la Compañía pagará los gastos que comporte la intervención quirúrgica y los derivados de la misma, previa justificación, hasta el límite máximo que conste en las Condiciones Particulares.

D. FALLECIMIENTO

D.1. Fallecimiento por accidente

Si el Asegurado falleciera a consecuencia de Accidente, la Compañía pagará al beneficiario el capital garantizado que conste en las Condiciones Particulares.

Si con anterioridad al fallecimiento la Compañía hubiera pagado una indemnización por Invalidez, a consecuencia del mismo accidente, ésta deberá indemnizar la diferencia entre el importe pagado y la suma asegurada en caso de fallecimiento. Si lo ya indemnizado fuera superior, la Compañía no reclamará la diferencia.

D.2. Doble capital por fallecimiento de ambos cónyuges

Si a causa de un mismo Accidente se produjera el fallecimiento de ambos cónyuges, dejando hijos menores de 18 años o mayores con discapacidad legal permanente y absoluta, la Compañía indemnizará una cantidad adicional equivalente a la suma contratada por cada uno de ellos en la garantía de Fallecimiento por Accidente.

Tendrán la consideración de cónyuges, las parejas de hecho.

D.3. Fallecimiento a contecuencia de infarto de miocardio

Si el Asegurado falleciera a consecuencia de un infarto de miocardio, la Compañía pagará al beneficiario designado o que legalmente corresponda, el capital contratado para esta cobertura. A los efectos de la Póliza, en ningún supuesto el fallecimiento a consecuencia de infarto de miocardio tendrá la consideración de Fallecimiento por Accidente.

4.2.4. DOCUMENTACIÓN A APORTAR EN CASO DE SINIESTRO

Cuando tenga lugar un siniestro de la **cobertura de Accidentes,** junto con la comunicación del siniestro, el Asegurado o el Beneficiario deberán presentar la documentación precisa y que genéricamente será la siguiente:

a) Certificado Médico en el que deberán constar las consecuencias del accidente.

b) Si resultara la muerte del Asegurado, se aportará también el Certificado de Defunción.

c) Justificante de haber presentado ante la Oficina Liquidadora correspondiente la declaración a efectos del Impuesto de Sucesiones, cuando proceda.

d) En cualquier caso la documentación o informes de los que resulte el acaecimiento del accidente (Policía, Juzgado, etc.).

4.3. HOSPITALIZACIÓN

4.3.1. OBJETO Y EXTENSIÓN

La Compañía satisfará, hasta un máximo de 90 días, los subsidios que se fijan en las Condiciones Particulares a cualquiera de los Asegurados que tengan contratada esta garantía, en el caso de permanecer internados en un Centro Hospitalario.

Esta cobertura se extinguirá, automáticamente, en el vencimiento siguiente a la fecha en que el Asegurado cumpla los setenta años con la correspondiente adecuación de la prima.

4.3.2. EXCLUSIONES

No quedan cubiertas las hospitalizaciones por:

- **Neuropatías y psicopatías que no den síntomas objetivos de comprobación médica, las curas de reposo, termales o dietéticas.**
- **Las producidas por enfermedades mentales y/o nerviosas, quedando expresamente excluidos los internamientos psiquiátricos.**
- **La Hemodiálisis, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y sus consecuencias.**
- **Las provocadas por embriaguez y toxicomanía.**

4.3.3. PLAZOS DE CARENCIA

El derecho a la percepción de los subsidios se adquiere a los tres meses de contratada la cobertura, salvo hospitalizaciones por accidente.

4.3.4. PAGO DE LAS INDEMNIZACIONES

Para hacer efectiva la indemnización, el Asegurado o persona que represente sus derechos, deberá justificar ante la Compañía, mediante documento expedido por la Administración del Centro Hospitalario, la fecha de su internamiento y fecha de salida del mismo.

La Compañía, **cuando esté contratada esta garantía,** prestará los servicios detallados a continuación o, en su caso, reembolsará al Asegurado los gastos, **por ella autorizados**, en que haya incurrido para obtener las prestaciones que fueran a cargo de la Compañía.

4.4. ASISTENCIA POSTHOSPITALARIA

4.4.1. TELEASISTENCIA

El Asegurado tendrá derecho a esta prestación siempre que haya sido asistido clínicamente en un Centro Hospitalario y se le haya prescrito por facultativo una inmovilización superior a 7 días en su domicilio.

En ese caso, la Compañía se compromete a instalar un Transmisor de Asistencia Domiciliaria en el domicilio del Asegurado, dentro de un plazo no superior a 4 días, a contar desde la aceptación del siniestro. Este transmisor estará conectado vía telefónica a la Central de Asistencia durante las 24 horas del día.

El transmisor será propiedad de la Compañía, quien asumirá todos los costes propios del aparato durante el tiempo en que el estado del Asegurado así lo requiera, y hasta un máximo de seis meses.

Una vez instalado el transmisor, el Asegurado podrá establecer contacto verbal y/o acústico con la Central de Asistencia desde cualquier lugar de su domicilio y ésta contactará con las personas y/u organismos necesarios reflejados en la ficha cumplimentada por el Asegurado en el momento de aceptación del siniestro por la Compañía, para que éstos efectúen los servicios solicitados por él: Servicios de Localización y Envío, o de Información Familiar. **Dichos servicios no correrán a cargo de la Compañía, salvo que estén contemplados en alguna cobertura incluida en la Póliza.**

A través de la Central de Asistencia, el Asegurado también podrá solicitar información de carácter médico. Esta información deberá ser considerada como una **sugerencia,** por lo que la Compañía no se hace responsable de las actuaciones del Asegurado en base a la misma.

Si el Asegurado realiza una llamada a través del transmisor y la Central de Asistencia no puede contactar adecuadamente con el Asegurado, por causas imputables directamente a él, la Compañía organizará inmediatamente la ayuda de urgencia necesaria para solventar la eventualidad. **Los gastos que se generen por estas intervenciones no serán a cargo de la Compañía.**

La Compañía quedará liberada de toda responsabilidad si no pudiera proceder a la prestación de las coberturas garantizadas a causa de fallos en la red eléctrica o telefónica y en caso de fuerza mayor.

El no hacer uso de esta prestación no da derecho a reembolso o indemnización de ninguna clase.

4.4.2. PERSONAL DOMÉSTICO

En el supuesto que un asegurado haya sido hospitalizado por un periodo superior a diez días, la Compañía pondrá a su disposición, tras el alta hospitalaria, a una persona de servicio doméstico durante un máximo de cuatro horas, para auxiliarle en las tareas del hogar.

4.4.3. PERSONAL DOCENTE

Si tras un periodo de hospitalización, el Asegurado resultara temporalmente incapacitado por prescripción facultativa para realizar sus tareas habituales y necesitara ayuda escolar domiciliaria, la Compañía garantiza la prestación del personal docente adecuado para impartir las clases particulares de las asignaturas incluidas en el plan oficial que reglamente sus estudios, a partir del decimoquinto día de la salida y mientras su estado de salud lo haga necesario, durante un máximo de tres meses y a razón de ocho horas semanales.

En el supuesto de no efectuarse la prestación del servicio por la Compañía, ésta reembolsará los gastos autorizados para obtenerla, hasta un máximo de MIL EUROS (1.000 €).

4.5. CRIO-PRESERVACIÓN DE LAS CÉLULAS

La Compañía pone a disposición del Asegurado un servicio de crío-preservación de las células madre del cordón umbilical del recién nacido, en el servicio especializado designado por la Compañía. Para que el Asegurado pueda hacer uso de dicho servicio, han de darse las siguientes condiciones:

- El Asegurado deberá suscribir un contrato específico con la entidad especializada en crío-preservación del cordón umbilical que la Compañía recomiende.
- La asistencia médica habrá de ser prestada en un centro con el que la entidad especializada en crío-preservación colabore.

El Asegurado asumirá a su cargo el importe del material sanitario necesario para la recogida de la muestra, denominado "Kit de extracción", así como los correspondientes a los trabajos de procesamiento y confirmación de viabilidad de la muestra para su crío-preservación, de conformidad con los que se facilita al Tomador de la Póliza.

Una vez confirmado por el servicio concertado la viabilidad para el mantenimiento de la muestra, se procederá a su almacenamiento. La Compañía asumirá por cuenta de los asegurados el abono de las cuotas anuales de mantenimiento durante el tiempo en que el Asegurado permanezca en la Póliza, y hasta el límite de veinte años.

Si la muestra resultase inviable a todos los efectos o de su procesamiento se obtuviera un número de células insuficiente, la Compañía no asumirá pago alguno de las cuotas de mantenimiento.

4.5.1. PLAZO DE CARENCIA

Se establece para esta cobertura un plazo de carencia de ocho meses.

4.6. ORIENTACIÓN MÉDICA 24 H.

La Compañía atenderá telefónicamente las 24 horas del día, los 365 días del año, cualquier información que solicite el Asegurado sobre:

- Resolución de dudas clínicas sobre enfermedades y síntomas.
- Consejos para prevención de enfermedades.
- Resolución de dudas sobre preparaciones para pruebas diagnósticas o intervenciones.
- Asesoramiento sobre uso de medicamentos e interacciones medicamentosas.
- Asesoramiento sobre elección de especialista para un determinado proceso patológico.
- Cualquier información sobre aspectos relacionados con la salud.

El servicio se limita a orientación telefónica respecto a la cuestión que se plantee, **sin emisión de diagnósticos ni dictámenes escritos.**

4.7. SEGUNDO DIAGNÓSTICO MÉDICO

Mediante esta cobertura el Asegurado podrá obtener un segundo diagnóstico con un especialista o centro hospitalario acreditado a nivel mundial, con el fin de confirmar un diagnóstico o diferentes alternativas terapéuticas, según la relevancia de la patología a tratar.

La prestación de esta cobertura se realizará de la siguiente forma:

- La solicitud podrá efectuarse por el Asegurado o mediante interconsulta clínica de médico a médico, que habrá de ser solicitada, en tal caso, necesariamente por aquél que esté tratando al Asegurado llamando al centro de atención telefónica de MAPFRE FAMILIAR, o bien contactando directamente con el servicio médico de la Aseguradora, quienes analizarán cada caso en particular y lo enviarán al hospital que tenga más experiencia y prestigio en esa patología relevante.
- El facultativo de la Compañía confeccionará el expediente clínico del Asegurado de acuerdo con la información y documentación facilitada por éste o por el médico que le estuviera tratando. Dicho expediente se hará llegar a través de la Aseguradora al especialista o centros que estén acreditados como los más idóneos a nivel mundial en esa patología relevante.
- Los servicios médicos de la Compañía, con la debida confidencialidad, remitirán al médico que esté tratando al Asegurado la respuesta a la consulta realizada, el cual comunicará al Asegurado los resultados de la misma.

Será requisito indispensable que el Asegurado otorgue a la Aseguradora su consentimiento expreso e inequívoco para recabar la documentación necesaria y remitir la misma al facultativo o centro al que se haga la solicitud del segundo diagnóstico.

4.8. REEMBOLSO DE GASTOS POR GRAN DEPENDENCIA

Mediante esta garantía la Compañía se obliga al reembolso del 100 por 100 de los gastos derivados del estado de Gran Dependencia del Asegurado, con el límite máximo indicado en las Condiciones Particulares y para la vigencia de la póliza.

La cobertura comprende todos aquellos gastos derivados del estado de Gran Dependencia del Asegurado que se incluyan como prestaciones en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de dependencia (BOE 15 de diciembre).

A los efectos del seguro, la situación de Gran Dependencia es aquélla en la que el asegurado necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

La determinación de la Gran Dependencia se efectuará después de la presentación de certificado que lo acredite, expedido por los órganos de valoración de la Comunidad Autónoma de residencia del Asegurado, y acredite el reconocimiento del grado III o Gran Dependencia, con una puntuación final de 75 a 100 puntos, según lo dispuesto en el Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, que aprueba el Baremo de Valoración de Dependencia. A tal fin, la Compañía podrá también solicitar documentación adicional o requerir reconocimientos médicos que considere necesario efectuar al Asegurado.

Verificado por la Compañía la procedencia del reembolso, éste se hará efectivo a los familiares o al tutor o entidad tutelar que ostenten la representación del Asegurado acordada en resolución judicial.

Esta garantía se extinguirá automáticamente: a) en la anualidad en la que el Asegurado alcance la edad de 70 años; b) cuando se agote el límite económico pactado.

4.9. REPARACIONES, REFORMAS Y OTROS SERVICIOS

Mediante esta cobertura, y para los servicios correspondientes a las actividades señaladas con un asterisco (*), la Compañía asumirá los costes de desplazamiento y las primeras 3 horas de mano de obra **para los casos que requieran reparación urgente; el Asegurado deberá hacerse cargo del coste de los materiales empleados y, en su caso, del exceso de tiempo de mano de obra que se pudiera producir; tales trabajos y servicios deben referirse a la vivienda citada en las Condiciones Particulares y las personas que vivan en la misma.** Para el resto de las actividades, o las reparaciones que no sean urgentes, el Asegurado podrá utilizar el *Centro de Servicios* de la Compañía y ésta pondrá a su disposición los profesionales idóneos para que le faciliten los presupuestos oportunos y, en su caso, realicen las obras o servicios solicitados, **siendo a cargo del Asegurado el importe total correspondiente a la ejecución de tales trabajos y servicios.**

Los servicios que puede facilitar la Compañía corresponden a las siguientes actividades:

— Aire Acondicionado
— Albañilería
— Antenas de TV
— Barnizadores
— Calefacción
— Carpintería (madera y metálica)
(*) Cerrajería
(*) Cristalería
— Desatascos
— Electrodomésticos de gama blanca
— Electrodomésticos de gama marrón
(*) Electricidad

— Escayola
(*) Fontanería
— Limpieza en general
— Marmolistas
— Moquetas
— Ordenadores
— Papeles pintados
— Parqué
— Persianas
— Pintura
— Porteros automáticos
— Puertas blindadas
— Reformas generales
— Sistemas de alarmas y seguridad
— Técnicos de gas
— Toldos
— Vigilancia

Esta lista está abierta a posibles ampliaciones y, por tanto, pueden realizarse consultas respecto a tipos de actividad no incluidos en la misma. **El concepto de «urgencia» vendrá determinado por la necesidad de reparar la avería con carácter inmediato y subordinado a los siguientes criterios:**

- CERRAJERIA.

  Cualquier contingencia que impida el acceso del Asegurado a la vivienda y que haga necesaria la intervención de un cerrajero, o de servicios de emergencia, por no existir otras soluciones alternativas. También estarán cubiertos **hasta un máximo de 605 Euros por siniestro**, los gastos y daños derivados del salvamento de las personas que hubieran quedado en el interior de la vivienda con motivo del bloqueo de la puerta de acceso a la misma.

- CRISTALERIA.

  Rotura de cristales de ventanas o de cualquier superficie acristalada que forme parte del cerramiento de la vivienda, en tanto en cuanto tal rotura determine la falta de protección de la misma frente a fenómenos meteorológicos o actos malintencionados de terceras personas.

- ELECTRICIDAD.

  Ausencia total de suministro de energía eléctrica en alguna de las fases de la instalación de la vivienda, siempre que el origen de la avería se sitúe en el interior de la misma, o en alguna de sus dependencias.

- FONTANERIA.

  Rotura de instalaciones fijas de la vivienda que produzcan daños, tanto en los bienes del Asegurado como en los de otras personas; **las instalaciones de propiedad comunitaria, o de otros terceros, no se considerarán como pertenecientes a la vivienda, aun cuando puedan estar situadas en su recinto.**

CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS DE LAS PÉRDIDAS DERIVADAS DE ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS

Seguro de Riesgos Extraordinarios (Consorcio de Compensación de Seguros

De conformidad con lo establecido en el texto refundio del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, y modificado por la Ley 12/2006, de 16 de mayo, 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 y que afecten a riesgos en ella situados y también, para los seguros de personas, los acaecidos en el extranjero cuando el asegurado tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el tomador hubiese satisfecho los correspondientes recargos a su favor y se produjera alguna de las siguientes situaciones:

a) Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por la póliza de seguro contratada con la entidad aseguradora.

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

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

I. Resumen de normas legales

1. ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS CUBIERTOS

a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias (incluyendo los embates de mar), erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 135 km/h, y los tornados) y caídas de meteoritos.

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.

2. RIESGOS EXCLUIDOS

a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.

b) Los ocasionados en personas o bienes asegurados por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.

c) Los debidos a vicio o defecto propio de la cosa asegurada, o a su manifiesta falta de mantenimiento.

d) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.

e) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 25/1964, de 29 de abril, sobre energía nuclear. No obstante lo anterior, sí se entenderán incluidos todos los daños directos ocasionados en una instalación nuclear asegurada, cuando sean consecuencia de un acontecimiento extraordinario que afecte a la propia instalación.

f) Los debidos a la mera acción del tiempo, y en el caso de bienes total o parcialmente sumergidos de forma permanente, los imputables a la mera acción del oleaje o corrientes ordinarios.

g) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, 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.

h) 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 conforme al artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios.

i) Los causados por mala fe del asegurado.

j) Los derivados de siniestros cuya ocurrencia haya tenido lugar en el plazo de carencia establecido en el artículo 8 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios.

k) 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.

l) Los indirectos o pérdidas derivadas de daños directos o indirectos, distintos de la pérdida de beneficios delimitada en el Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios. En particular, no quedan comprendidos en esta cobertura los daños o pérdidas sufridas como consecuencia de corte o alteración en el suministro exterior de energía eléctrica, gases combustibles, fuel-oil, gas-oil, u otros fluidos, ni cualesquiera otros daños o pérdidas indirectas distintas de las citadas en el párrafo anterior, aunque estas alteraciones se deriven de una causa incluida en la cobertura de riesgos extraordinarios.

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

3. FRANQUICIA

En el caso de daños directos en las cosas (excepto automóviles y viviendas y sus comunidades), la franquicia a cargo del asegurado será de un 7 por ciento de la cuantía de los daños indemnizables producidos por el siniestro.

En los seguros de personas no se efectuará deducción por franquicia.

En el caso de la cobertura de pérdida de beneficios, la franquicia a cargo del asegurado será la prevista en la póliza para pérdida de beneficios en siniestros ordinarios.

4. EXTENSIÓN DE LA COBE RTURA

La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y bienes y sumas aseguradas que se hayan establecido en la póliza a efectos de los riesgos ordinarios. No obstante, en las pólizas que cubran daños propios a los vehículos a motor, el Consorcio garantiza la totalidad del interés asegurable aunque la póliza sólo lo haga parcialmente.

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 se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que, de conformidad con la normativa citada, la entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la citada provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

II. PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN EN CASO DE SINIESTRO INDEMNIZABLE POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

En caso de siniestro, el asegurado, tomador, beneficiario, o sus respectivos representantes legales, directamente o a través de la entidad aseguradora o del mediador de seguros, deberá comunicar, dentro del plazo de siete días de haberlo conocido, la ocurrencia del siniestro, en la delegación regional del Consorcio que corresponda, según el lugar donde se produjo el siniestro. La comunicación se formulará en el modelo establecido al efecto,

que está disponible en la página «web» del Consorcio (www.consorseguros.es), o en las oficinas de éste o de la entidad aseguradora, al que deberá adjuntarse la documentación que, según la naturaleza de los daños o lesiones, se requiera. Asímismo, se deberán conservar restos y vestigios del siniestro para la actuación pericial y, en caso de imposibilidad absoluta, presentar documentación probatoria de los daños, tales como fotografías, actas notariales, vídeos o certificados oficiales. Igualmente, se conservarán las facturas correspondientes a los bienes siniestrados cuya destrucción no pudiera demorarse.

Se deberán adoptar cuantas medidas sean necesarias para aminorar los daños.

La valoración de las pérdidas derivadas de los acontecimientos extraordinarios se realizará por el Consorcio de Compensación de Seguros, sin que éste quede vincu-lado por las valoraciones que, en su caso, hubiese realizado la entidad aseguradora que cubriese los riesgos ordinarios.

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

NOTAS

NOTAS

NOTAS



24 horas a su servicio

Teléfono de información: 902 1 365 24
Y desde el extranjero: (+34) 91 581 18 28

www.mapfre.com