

Seguro de Hospitalización y Accidentes

Documento de información sobre el producto de seguro

Aseguradora: CNP Assurances S.A., Sucursal en España

Clave Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones: E0160



Producto: Mi Protección

Este es un documento normalizado del Producto de Seguro que incluye la descripción básica de los principales riesgos que cubre el Producto y las principales exclusiones, así como otros aspectos destacados del mismo. La información precontractual y contractual completa relativa al Producto se proporciona en otros documentos. El presente documento carece de valor contractual.

¿En qué consiste este tipo de seguro?

Seguro de hospitalización y accidentes, temporal anual renovable, que ofrece una protección económica en caso de Fallecimiento causada por un accidente o por un accidente de circulación, así como una prestación diaria en caso de Hospitalización como consecuencia de accidente o enfermedad.



¿Qué se asegura?

COBERTURAS

- ✓ **Hospitalización por accidente**
La Suma Asegurada es el pago de un importe diario siempre que la hospitalización sea de, al menos, 24 horas consecutivas por cada día completo de ingreso en el Hospital. El periodo máximo de indemnización es de 365 días.
- ✓ **Fallecimiento por accidente**
La Suma Asegurada es el pago de un capital único.
- ✓ **Fallecimiento por accidente de circulación**
La Suma Asegurada es el pago de un capital único.
- ✓ **Garantía Adicional de contratación Opcional Hospitalización por enfermedad**
La Suma Asegurada es el pago de un importe diario siempre que la hospitalización sea de, al menos, 24 horas consecutivas, por cada día completo de ingreso en el Hospital. El periodo máximo de indemnización es de 180 días.

Se establecen tres opciones de contratación del producto con las siguientes sumas aseguradas atendiendo a cada cobertura:

	Mi Protección Básica	Mi Protección Plus	Mi Protección Premium
Hospitalización Enfermedad	X	25€ por día hospitalizado	50€ por día hospitalizado
Hospitalización Accidente	75€ por día hospitalizado	50€ por día hospitalizado	100€ por día hospitalizado
Fallecimiento Accidente	25.000€	25.000€	50.000€
Fallecimiento Accidente de Circulación	25.000€	25.000€	50.000€

Los capitales de fallecimiento no son acumulativos entre sí.



¿Qué no está asegurado?

Principales riesgos no cubiertos por el seguro (detalle de exclusiones completo en Condiciones Particulares de la póliza):

- ✗ El Fallecimiento por suicidio durante el primer año de vida de la póliza.
- ✗ Los siniestros ocasionados en estado de enajenación mental, a consecuencia de encontrarse el asegurado bajo la influencia de alcohol o cuando haya consumido drogas o estupefacientes sin prescripción médica.
- ✗ Cualquier Lesión Corporal o Enfermedad Preexistente, así como cualquier Accidente anterior a la entrada en vigor de la Póliza.
- ✗ Los accidentes o enfermedades ocasionados por participación del asegurado en actividades deportivas de alto riesgo (como, por ejemplo: paracaidismo, caza, corridas de toros, motos acuáticas, alpinismo, etc.).



¿Existen restricciones en lo que respecta a la cobertura?

- ! El fallecimiento por accidente y la cobertura de fallecimiento por accidente de circulación se encuentran cubiertas siempre que éstas se produzcan en el plazo máximo de un 1 año tras el accidente.
- ! El periodo máximo de indemnización será de 180 días en caso de hospitalización por enfermedad y de 365 días en caso de hospitalización por accidente.

Las prestaciones no quedarán cubiertas hasta que transcurran los siguientes periodos de carencia:

- ! **Carencia inicial:** desde la fecha de efecto del seguro en el caso de hospitalización por enfermedad existe un periodo de carencia inicial de 90 días naturales, durante el cual el seguro no tiene cobertura.
- ! **Carencia entre siniestros:** Se establece un periodo de carencia entre hospitalizaciones sucesivas cuya causa sea una enfermedad de 90 días.

No se aplicará periodo de carencia de ningún tipo en caso de hospitalización por accidente.

Seguro de Hospitalización y Accidentes

Documento de información sobre el producto de seguro

Aseguradora: CNP Assurances S.A., Sucursal en España

Clave Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones: E0160



Producto: Mi Protección



¿Dónde estoy cubierto?

- ✓ España y resto del mundo.



¿Cuáles son mis obligaciones?

- Satisfacer el pago de la prima del seguro.
- Deber de comunicar a la Entidad Aseguradora CNP Assurances todas las circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo del asegurado para suscribir el seguro y durante el curso del contrato.
- Poner en conocimiento de la Entidad Aseguradora la ocurrencia del siniestro en el plazo máximo de 7 días desde su ocurrencia.
- Facilitar a la Entidad Aseguradora toda clase de informaciones sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro, además de toda documentación necesaria para el pago de las sumas aseguradas.
- Comunicar a la Entidad Aseguradora los demás seguros que haya concertado sobre los mismos riesgos y tiempo.



¿Cuándo y cómo tengo que efectuar los pagos?

La cuantía del pago correspondiente a la primera anualidad vendrá fijada en las Condiciones Particulares.

Los recibos de primas deberán ser satisfechos por el Tomador del seguro por anualidades completas. No obstante, se establece su pago fraccionado por meses. El fraccionamiento del pago de la prima no libera de la obligación de abonar la totalidad de la prima anual.

En la fecha de emisión de cada recibo, el importe de prima se cargará en la cuenta bancaria designada en Póliza y de la cual debe ser titular el Tomador.



¿Cuándo comienza y finaliza la cobertura?

Las coberturas toman efecto en la fecha de efecto estipulada en las Condiciones Particulares de la Póliza siempre que el Tomador haya pagado el primer recibo de prima y sin perjuicio de lo indicado en el apartado “¿Existen restricciones en lo que respecta a cobertura?”, sobre las carencias aplicables, en algunas coberturas.

La póliza tiene una duración anual desde la fecha de efecto. Transcurrido ese periodo la póliza se entenderá prorrogada automáticamente por periodos anuales sucesivos. No obstante, las coberturas del seguro finalizarán en los siguientes casos:

- Fecha en la cual el Asegurado alcance la edad de 70 años. La cobertura adicional de contratación opcional de Hospitalización por Enfermedad terminará en la fecha en la cual el Asegurado alcance la edad de 65 años.
- Fecha de fallecimiento.
- Por traslado de la residencia habitual del asegurado al extranjero o no residir en el territorio de España un mínimo de 183 días al año.
- Impago de cualquier fracción de la prima anual.
- Fecha en que la Entidad Aseguradora haya pagado el número máximo de prestaciones fijado en la Póliza.
- En caso de fraude o dolo del Asegurado.
- En otros casos previstos por la legislación.



¿Cómo puedo rescindir el contrato?

El Tomador podrá rescindir el contrato dentro de los 14 días naturales desde el día de su celebración, u oponerse a la renovación de la póliza informando con al menos un mes de antelación a la fecha de renovación. En ambos casos deberá comunicarse a la Aseguradora a través de un soporte duradero, disponible, accesible y que permita dejar constancia de la notificación, o llamando por teléfono al Centro de Atención al Cliente de la Entidad Aseguradora.

CNP ASSURANCES, S.A., Sucursal en España (en adelante CNP ASSURANCES España) hace entrega de la presente Nota Informativa al potencial Tomador/Asegurado del contrato de seguro temporal anual renovable, con anterioridad a la celebración del mismo, en cumplimiento de lo establecido en los artículos 122 y siguientes del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.

1.- DENOMINACIÓN SOCIAL Y FORMA JURÍDICA DE LA ENTIDAD ASEGURADORA

CNP ASSURANCES S.A., Sucursal en España, con domicilio en calle de cedaceros 10, planta 5, 28014 Madrid, y NIF W0013620J.

Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Tomo 20.006, Libro 0, Folio 48, Sección 8, Hoja M353978, inscripción 1ª.

Entidad Aseguradora cuyo capital social es de 686,618,477 €, con sede en Francia y regulada por el código de seguro francés, inscrita en el Registro Comercial de París con el número 341 737 062 y domicilio social 4 promenade Cœur de Ville a Issy-les-Moulineaux 92130, France.

Supervisada por la Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4, Place de Budapest, CS 92459, 7 5436 PARIS CEDEX 09 y por la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Estado Español, con código de inscripción en el mismo E-0160.

2.- REGULACION LEGAL Y REGIMEN DE RECLAMACIONES

El contrato de seguro se encuentra sometido a la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, a la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y el citado Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, y disposiciones concordantes, y se registró por lo convenido en la Póliza y en los restantes documentos contractuales.

Para los supuestos de venta a través de medios electrónicos o telefónicos será también de aplicación la Ley 34/2002, de 11 de julio, de Servicios de la Sociedad de la Información y Comercio Electrónico y la Ley 22/2007, de 11 de julio, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores.

El régimen de las reclamaciones será el previsto en el artículo 97.5 de la Ley 20/2015 de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y disposiciones concordantes.

El Tomador del seguro, el Asegurado y el Beneficiario o los Beneficiarios, así como sus derechohabientes, están facultados para formular quejas y reclamaciones ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones con domicilio en el Pº de la Castellana nº 44, 28046 Madrid y página web: www.dgsfp.mineco.es/ contra la Entidad Aseguradora, si consideran que ésta realiza prácticas abusivas o lesiona los derechos derivados del contrato de seguro.

En relación con lo anterior, se advierte que, para la admisión y tramitación de quejas o reclamaciones ante el Área de Protección del Cliente, será imprescindible acreditar haber formulado las quejas o reclamaciones, previamente por escrito al Área de Protección del Cliente de CNP ASSURANCES España y, en su caso, con posterioridad, al Defensor del Cliente de la Entidad Aseguradora, o que haya transcurrido el plazo legalmente establecido sin que haya sido resuelta por la Entidad.

El Área de Protección del Cliente de CNP ASSURANCES España, domiciliado en Apartado de Correos 5042 - 08007 BARCELONA, teléfono 900200750 y dirección de correo electrónico reclamaciones@cnp.es tramitará y resolverá cuantas quejas y reclamaciones le sean formuladas por las personas anteriormente mencionadas, en primera instancia y tras su resolución por dicho departamento podrá seguirse la tramitación ante el Defensor del Cliente de la Entidad Aseguradora, D.A.DEFENSOR, S.L., domiciliado en c/Velázquez nº 80, 1ºD, 28001 Madrid Tfno. 913104043 - Fax 913084991 reclamaciones@da-defensor.org.

La Entidad Aseguradora se compromete a prestar la colaboración necesaria en la instrucción del procedimiento de resolución de las quejas y reclamaciones y a

aceptar las resoluciones que el Defensor del Cliente emita y que tengan carácter vinculante para CNP ASSURANCES España.

La presentación de reclamación no obstaculiza la plenitud de tutela judicial, el recurso a otro mecanismo de solución de conflictos, ni a la protección administrativa.

El Defensor del Cliente y el Área de Protección del cliente, actuarán en la resolución de las quejas y reclamaciones, de acuerdo con lo establecido en su Reglamento que estará a disposición de los Asegurados en las oficinas y en la web de la Entidad Aseguradora, y que les será facilitado en cualquier momento.

3.- MODALIDAD Y DURACION DEL CONTRATO DE SEGURO

Esta póliza es un contrato de seguro de temporal anual renovable por iguales periodos de tiempo hasta que el Asegurado alcance la edad de 70 años, siendo la edad mínima de contratación 18 años y la edad máxima de contratación 64 años. No obstante, la cobertura adicional de contratación opcional de Hospitalización por enfermedad terminará en la fecha en la que el Asegurado alcance los 65 años de edad.

El contrato entrará en vigor en la fecha de efecto que figure en Condiciones Particulares y se haya pagado el primer recibo de prima anual o fracción de prima. En caso de demora en el cumplimiento de estos requisitos, las obligaciones de la Entidad Aseguradora comenzarán a partir de las veinticuatro horas del día en que hayan sido cumplimentados.

4.- OBJETO Y GARANTIAS DEL CONTRATO DE SEGURO

La Entidad Aseguradora se obliga a pagar al Beneficiario, al ocurrir alguna de las contingencias objeto del seguro y contratadas por el Tomador, una vez verificados los requisitos y las condiciones exigidos de acuerdo con lo establecido en la Póliza, las prestaciones que aparecen reflejadas en las Condiciones Particulares de la póliza.

Dentro del presente seguro quedarán incluidas obligatoriamente las garantías de Hospitalización por accidente, Fallecimiento por accidente y Fallecimiento por accidente de circulación.

Adicionalmente a las garantías de contratación obligatoria el Tomador/Asegurado podrá contratar, de manera opcional, la garantía de Hospitalización por enfermedad.

Las prestaciones cubiertas para las garantías de Hospitalización por enfermedad y Hospitalización por accidente consistirán en el abono al Beneficiario designado del importe diario que aparecerá reflejado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Las prestaciones cubiertas para las garantías de Fallecimiento por accidente y Fallecimiento por accidente de circulación de la Póliza consistirán en un pago único al Beneficiario del importe que aparecerá reflejado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

5.- DEFINICIÓN DE LAS GARANTÍAS OFRECIDAS

5.1.- GARANTÍAS PRINCIPALES DE CONTRATACIÓN OBLIGATORIA

HOSPITALIZACION POR ACCIDENTE: A estos efectos se entenderá como Hospitalización por accidente, el internamiento del Asegurado en calidad de paciente en un Centro Sanitario, Hospital o Clínica según definición recogida en las Condiciones Particulares, como consecuencia de accidente, bajo el cuidado y atención de un médico, por un periodo mínimo de 24 horas continuas. El periodo máximo de indemnización será de 365 días.

FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE: A efectos de esta póliza se entenderá por Fallecimiento por Accidente, la pérdida de la vida de manera inmediata por el Asegurado a consecuencia de las lesiones sufridas en un accidente o dentro de los 365 días siguientes a la fecha en que sufrió el accidente causante de las lesiones siempre que el accidente y el fallecimiento sobrevengan estando la Póliza en vigor y se demuestre que dicho fallecimiento tiene su causa en las lesiones producidas por dicho accidente.

FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN: A efectos de esta póliza se entenderá por Fallecimiento por Accidente, la pérdida de la vida manera

inmediata por el Asegurado a consecuencia de las lesiones sufridas en un accidente de circulación o dentro de los 365 días siguientes a la fecha en que sufrió el accidente de circulación causante de las lesiones, siempre que el accidente y el fallecimiento sobrevengan estando la Póliza en vigor y se demuestre que dicho fallecimiento tiene su causa en las lesiones producidas por dicho accidente de circulación.

A los efectos de la presente póliza, se considerará accidente de circulación, cuando el Fallecimiento se produzca cuando el Asegurado lo sufra en alguna de las siguientes situaciones:

- Como peatón, o cuando sin ocupar plaza en algún vehículo las lesiones sufridas sean causadas por un vehículo terrestre en movimiento.
- Como conductor o pasajero de vehículos terrestres.
- Como usuario o pasajero de transportes públicos terrestres, marítimos, fluvial o aéreos legalmente autorizados.

5.2.- GARANTÍA ADICIONAL DE CONTRATACIÓN OPCIONAL Y DESCRIPCIÓN DEL RIESGO CUBIERTO.

Sólo en el supuesto en que el Tomador/Asegurado hubiese contratado esta garantía adicional, CNP ASSURANCES España, garantiza en los términos y con los límites y requisitos previstos en esta Póliza, el riesgo que, a continuación, se indica:

HOSPITALIZACIÓN POR ENFERMEDAD

A estos efectos se entenderá como Hospitalización por enfermedad, el internamiento del Asegurado en calidad de paciente en un Centro Sanitario, Hospital o Clínica según definición recogida en las Condiciones Particulares, como consecuencia de una enfermedad, bajo el cuidado y atención de un médico, por un periodo mínimo de 24 horas continuas.

El periodo máximo de indemnización será de 180 días.

6.- PRIMAS DEL SEGURO

La prima del presente seguro será la expresada en las Condiciones Particulares. A dicha prima le serán de aplicación los impuestos y recargos que deban ser repercutidos de conformidad con la legislación vigente en cada momento.

La Entidad Aseguradora como consecuencia de la evaluación de los riesgos declarados por el Asegurado podrá establecer las tasas de sobreprima que considere necesaria para la cobertura de los mismos.

Los recibos de primas deberán ser satisfechos por el Tomador del seguro por anualidades completas. No obstante, se establece su pago fraccionado por meses sin ningún tipo de recargo. **En caso de siniestro, la Entidad Aseguradora deducirá de la indemnización a su cargo las fracciones pendientes de cobro de la anualidad en curso.**

7.-CONDICIONES PARA LA RESCISIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

El Tomador del presente seguro tendrá la facultad unilateral de resolver el contrato sin indicación de los motivos y sin penalización alguna dentro del plazo de 14 días siguientes a la fecha en la que el asegurador le entregue la presente póliza.

La facultad unilateral de resolución del contrato deberá ejercitarse por el Tomador mediante comunicación dirigida al asegurador a través de un soporte duradero, disponible y accesible para éste y que permita dejar constancia de la notificación. La referida comunicación deberá expedirse por el Tomador del seguro antes de que venza el plazo indicado en el apartado anterior.

A partir de la fecha en que se expida la comunicación a que se refiere el apartado anterior cesará la cobertura del riesgo por parte del Asegurador y el Tomador del seguro tendrá derecho a la devolución de la prima que hubiera pagado, salvo la parte correspondiente al periodo de tiempo en que el contrato hubiera tenido vigencia.

La Entidad Aseguradora podrá rescindir el contrato en los siguientes casos:

- Por indicación inexacta de la fecha de nacimiento del Asegurado si la verdadera edad del mismo, en el momento de entrada en vigor del contrato, excede de los límites de admisión establecidos en las Condiciones Particulares.
- De conformidad con lo establecido en el artículo 15 de la Ley de Contrato de Seguro en caso de falta de pago de una de las primas o fracciones de prima siguientes a la primera la cobertura del asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si el asegurador no reclama el pago dentro de los 6 meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido.
- En otros casos previstos por la legislación vigente.

De acuerdo con lo establecido en el artículo 22 de la Ley de Contrato de Seguro las partes pueden oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de dos meses de anticipación a la conclusión del período del seguro en curso, cuando la oposición a la prórroga sea ejercitada por la Entidad Aseguradora; o bien con un mes de antelación cuando la oposición a la prórroga sea ejecutada por el Tomador/Asegurado.

8.- PARTICIPACION EN BENEFICIOS

No se conceden derechos de Participación en Beneficios.

9.- DERECHO DE RESCATE Y REDUCCION DE LA POLIZA

La presente póliza no otorga derecho de rescate, anticipo ni valor de reducción.

10.- CESIÓN Y PIGNORACIÓN DE LA PÓLIZA.

Esta modalidad de seguro no permite la cesión ni la pignoración de la póliza a terceros.

11.-JURISDICCIÓN

El Contrato de Seguro queda sometido a la Jurisdicción española y, dentro de ella, a los Tribunales que correspondan al domicilio del Asegurado.

12.- REGIMEN FISCAL

(Vigente en el momento de emisión de la presente Nota Informativa para las personas físicas, pueden existir diferencias para algunos territorios.)

A reserva de las modificaciones posteriores que se puedan producir durante la vigencia del contrato, el mismo quedará sometido a la normativa fiscal española y, en concreto, a la Ley 35/2006 de 28 de Noviembre del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF) y de modificación parcial de las leyes de los Impuestos sobre Sociedades, sobre la Renta de no residentes y sobre el Patrimonio, al Reglamento del Impuesto aprobado por Real Decreto 439/2007 de 30 de marzo, a la Ley 29/1987, de 18 de Diciembre del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones y demás disposiciones concordantes que las complementen, modifiquen o amplíen.

En el supuesto que exista identidad entre el Tomador y el Beneficiario de las prestaciones del contrato de seguro, el importe percibido como prestación, tributará en el IRPF.

La retención aplicable será la que corresponda según la legislación vigente en cada momento.

En el caso de que no exista identidad entre el Tomador y el Beneficiario de la prestación, ésta estará sujeta al Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones, o en caso de que el Beneficiario sea una persona Jurídica, estará sujeta al Impuesto de Sociedades.

13. INFORME DE SOLVENCIA

Puede Ud. acceder al informe sobre la situación financiera y de solvencia de CNP ASSURANCES, S.A., Sucursal en España en la web www.cnp.es.

CONDICIONES GENERALES

Mi Protección
AM 70006

INDICE

1. INFORMACIÓN GENERAL:

- 1.1 LEGISLACIÓN APLICABLE
- 1.2 JURISDICCIÓN
- 1.3 CONTRATACIÓN Y OPERACIONES A TRAVÉS DE SISTEMAS ELECTRÓNICOS

2. CONDICIONES GENERALES:

- 2.1 CONTRATO DE SEGURO
- 2.2 DEFINICIONES A LOS EFECTOS DEL PRESENTE CONTRATO
- 2.3 CONDICIONES DE LA CONTRATACIÓN.
- 2.4 OBJETO DEL SEGURO
- 2.5 PERFECCIÓN, TOMA DE EFECTO Y DURACIÓN DEL CONTRATO.
- 2.6 ERROR EN LA EDAD
- 2.7 AMBITO TERRITORIAL
- 2.8 DERECHO DE RESCISIÓN UNILATERAL
- 2.9 CONDICIONES PARA LA RESCISIÓN DEL SEGURO
- 2.10 NULIDAD DEL CONTRATO
- 2.11 IMPORTE DE LA PRIMA
- 2.12 PAGO DE LAS PRIMAS
- 2.13 DEBER DE COMUNICACIÓN DEL RIESGO
- 2.14 IMPUESTOS Y RECARGOS
- 2.15 CAMBIO DE BENEFICIARIO, CESIÓN Y PIGNORACIÓN DE LA PÓLIZA
- 2.16 PARTICIPACIÓN EN BENEFICIOS
- 2.17 VALORES GARANTIZADOS
- 2.18 COMUNICACIONES
- 2.19 EXTRAVÍO Y DESTRUCCIÓN DE LA PÓLIZA
- 2.20 PRESCRIPCIÓN
- 2.21 TRIBUNAL COMPETENTE

1. INFORMACIÓN GENERAL

1.1 LEGISLACIÓN APLICABLE

El presente contrato de seguro se encuentra sometido a la Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro, a la Ley 20/2015 de ordenación supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, así como el Real Decreto 1060/2015 de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, por la normativa que desarrolle, modifique o complemente dichas normas y se registró por lo convenido en la Póliza y en los restantes documentos contractuales.

Para los supuestos de venta a través de medios electrónicos o telefónicos será también de aplicación la Ley 34/2002, de 11 de julio, de Servicios de la Sociedad de la Información y Comercio Electrónico y la Ley 22/2007, de 11 de julio, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores.

1.2 JURISDICCIÓN

El Contrato de Seguro queda sometido a la Jurisdicción española y, dentro de ella, a los Juzgados y Tribunales que correspondan al domicilio del Asegurado.

1.3 CONTRATACIÓN Y OPERACIONES A TRAVÉS DE SISTEMAS ELECTRÓNICOS Y TELEMÁTICOS

La presente cláusula sólo será de aplicación en el caso de que se permita la contratación de la Póliza y/o realización de operaciones del seguro a través de los sistemas enunciados.

El Tomador-Asegurado se responsabilizará de la veracidad y exactitud de los datos personales comunicados por cualquier vía, incluso si correspondieran a persona distinta de la que los declara.

El Mediador se obliga a entregar al Tomador-Asegurado un ejemplar del Condicionado de la Póliza y tenerlo siempre a su disposición. Asimismo, con el fin de proporcionar una mayor seguridad para ambas partes, mantendrá un registro informático de todas las operaciones efectuadas mediante este servicio. Este registro recogerá la información relativa al tipo de operación efectuada, a la fecha en que se efectuó, descripción del acceso efectuado y superación del proceso de identificación a través de las claves. El Tomador-Asegurado y la Entidad Aseguradora aceptan expresamente la eficacia probatoria de dicho registro y de los soportes magnéticos o electrónicos sobre los que se plasme la información contenida en el mismo en cualquier procedimiento.

2. CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO DE SEGURO

2.1 CONTRATO DE SEGURO

Por el presente Contrato de Seguro, CNP ASSURANCES, S.A., SUCURSAL EN ESPAÑA en adelante la "Entidad Aseguradora", el "Asegurador" o "CNP ASSURANCES España", se obliga a satisfacer, mediante el cobro de la Prima, para el caso de que se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura y dentro de los límites pactados, una prestación conforme a las condiciones de cobertura contenidas en la póliza.

2.2 DEFINICIONES A LOS EFECTOS DEL PRESENTE CONTRATO

ENTIDAD ASEGURADORA: Entidad que, a cambio de la prima, asume la cobertura del riesgo objeto de este contrato y garantiza el pago de las prestaciones que corresponda con arreglo a las condiciones del mismo.

La Entidad Aseguradora es CNP ASSURANCES S.A., Sucursal en España, con domicilio en calle de cedaceros nº10, planta 5, 28014 Madrid, y NIF W0013620J.

Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Tomo 20.006, Libro 0, Folio 48, Sección 8, Hoja M353978, inscripción 1ª.

Entidad Aseguradora cuyo capital social es de 686,618,477 €, íntegramente suscrito y desembolsado con sede en Francia y regulada por el código de seguro francés, inscrita en el Registro Comercial de París con el número 341 737 062 y domicilio social en 4 promenade Cœur de Ville à Issy-les-Moulineaux 92130, France.

Supervisada por la Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4, Place de Budapest, CS 92459, 7 5436 PARIS CEDEX 09 y por la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Estado Español, con código de inscripción en el mismo E-0160.

MEDIADOR: Persona física o jurídica que realizan las actividades de distribución entre los tomadores de los seguros y las entidades tomador/aseguradoras consistentes en la presentación, propuesta realización de trabajos previos a la celebración de un contrato de seguro o de reaseguro, o de celebración de estos contratos.

TOMADOR: Es la persona física o jurídica que paga la prima del seguro.

ASEGURADO: Es la persona física sobre cuya vida se estipula el seguro.

BENEFICIARIOS: Las personas físicas o jurídicas a quienes corresponde percibir la suma asegurada o prestación garantizada por este contrato.

PÓLIZA: Es el documento en donde se regulan las condiciones del seguro. En este caso concreto la póliza del seguro la componen las presentes Condiciones Generales y las Condiciones Particulares donde se establece los límites concretos del riesgo asegurado. Igualmente, formarán parte de la póliza los eventuales suplementos o Anexos que pudieran suscribirse.

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

EDAD A EFECTOS DE LA POLIZA: Es la edad del asegurado correspondiente al aniversario más cercano (anterior o posterior) a la fecha de efecto de contratación en la primera anualidad del seguro y a la fecha del aniversario del seguro para anualidades posteriores, en cada prórroga o renovación del mismo.

SINIESTRO: Es la ocurrencia de uno de los riesgos asegurados, que produce por parte de la entidad aseguradora la obligación de indemnizar, dentro de los límites y con las exclusiones pactadas en la póliza. **El conjunto de los daños derivados de un mismo evento constituye un solo siniestro.**

DOMICILIO HABITUAL: Es el lugar de residencia habitual del Tomador del seguro. La contratación del presente seguro está condicionada a que los asegurados tengan su residencia habitual en España.

Se entiende que la residencia habitual es España cuando el asegurado vive más de 183 días al año dentro del territorio español.

Los asegurados tienen la obligación de comunicar a la entidad cualquier cambio de residencia en el plazo más breve posible. En el caso de que el traslado de residencia se realice a un Estado en el que la entidad no estuviera autorizada para llevar a cabo su actividad aseguradora, el contrato quedará cancelado al vencimiento del periodo en curso.

PRESCRIPCIÓN: Plazo a partir del cual ya no se puede ejercitar ninguna acción derivada del

contrato de seguro.

SUMA ASEGURADA O PRESTACIÓN: Es la cantidad establecida en las condiciones Particulares de la póliza para cada una de las coberturas contratadas que la Entidad Aseguradora se obliga a pagar a los beneficiarios designados una vez haya verificado que se ha producido el riesgo cubierto en la presente póliza. Para ello, se requerirá la presentación de la documentación prevista acreditativa del siniestro para cada una de las contingencias, así como la verificación de los requisitos exigidos en las condiciones de la póliza relativa a la documentación para el pago de la prestación. No procederá el pago de capital asegurado en el caso de que concurra alguno de los supuestos de exclusión previstos en el apartado de exclusiones para la garantía de fallecimiento y en el correspondiente a las exclusiones específicas de la garantía contratada.

FALLECIMIENTO: Es la pérdida de la vida debidamente acreditada por certificado médico de defunción o declaración de ausencia.

ENFERMEDAD: Toda alteración de la salud originada por una causa diferente de un accidente.

ACCIDENTE: Es toda lesión corporal debida a la acción directa de un acontecimiento exterior, súbito, violento y ajeno a la voluntad del asegurado que cause su fallecimiento dentro de los 365 días siguientes a la fecha en que sufrió tal lesión o posteriormente siempre que el beneficiario demuestre que dichas contingencias se deben a dicha lesión.

ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN: Se considerará que un accidente es de circulación cuando el Asegurado lo sufra en alguna de las siguientes situaciones:

- Como peatón, o cuando sin ocupar plaza en algún vehículo sea causado por un vehículo terrestre en movimiento.
- Como conductor o pasajero de vehículos terrestres.
- Como usuario o pasajero de transportes públicos terrestres, marítimos, fluviales o aéreos, legalmente autorizado.

HOSPITALIZACIÓN: Internamiento del Asegurado en calidad de paciente en un Centro Hospitalario, Centro Sanitario, Hospital o Clínica como consecuencia de accidente o enfermedad, bajo el cuidado y atención de un médico, por un periodo mínimo de 24 horas continuas.

CENTRO HOSPITALARIO, CENTRO SANITARIO, HOSPITAL O CLÍNICA:

se entiende por centro hospitalario, centro sanitario, hospital o clínica aquellos establecimientos legalmente autorizados para el tratamiento médico de enfermedades o lesiones corporales, provistos de medios para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas y de servicios médicos y de enfermería durante las 24 horas del día.

Los tratamientos que en dicho establecimiento se ofrezcan, deben ser prestados por personal médico titulado.

No se consideran centros hospitalarios las casas de reposo, de alojamiento, de campo, de convalecencia, una residencia para la tercera edad, establecimientos termales y climáticos, hospicios, clínicas u hospitales psiquiátricos, institutos médico-pedagógicos, servicios de gerontología, establecimientos de cura o similares

2.3 CONDICIONES DE LA CONTRATACIÓN

La póliza cubrirá al asegurado siempre que mantenga su residencia habitual en territorio español. Se entiende que el asegurado tiene su residencia en territorio español si permanece en él durante más de 183 días durante el año natural. En el supuesto que el asegurado cambie de país de residencia, deberá comunicarlo a la Entidad Aseguradora, quedando suspendidas las Garantías del Seguro al vencimiento de la anualidad del seguro correspondiente.

Las indemnizaciones correspondientes serán satisfechas en España y en Euros.

La Entidad Aseguradora podrá exigir los requisitos necesarios de acuerdo con sus normas de aceptación de riesgos, al objeto de valorar los mismos.

La edad del Asegurado en el momento de la contratación no podrá ser inferior a 18 años, ni superior a 64 años.

Tampoco podrán ser Asegurados los incapacitados legalmente y las personas incapacitadas permanente y absoluta o incapacitadas permanente y total o gran

invalidez.

2.4 OBJETO DEL SEGURO

Dentro del presente seguro quedarán incluidas obligatoriamente las garantías de Hospitalización por accidente, Fallecimiento por accidente y Fallecimiento por accidente de circulación.

Opcionalmente, el Tomador podrá contratar la garantía de Hospitalización por enfermedad.

La Entidad Aseguradora se obliga a pagar, al ocurrir alguna de las contingencias objeto del seguro y contratadas por el Tomador, una vez verificados los requisitos exigidos de acuerdo con lo establecido en la misma, la suma asegurada que aparece reflejada en las Condiciones Particulares de la póliza.

Las prestaciones cubiertas para las garantías de Hospitalización por enfermedad u Hospitalización por accidente de la Póliza consistirán en el pago al Beneficiario designado de un importe diario, conforme a lo establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Las prestaciones cubiertas para las garantías de Fallecimiento por accidente y Fallecimiento por accidente de circulación de la Póliza consistirán en el pago al Beneficiario designado de un importe único y por una sola vez conforme a lo establecido en las Condiciones Particulares de la Póliza.

2.5 PERFECCIÓN, TOMA DE EFECTO Y DURACIÓN DEL CONTRATO

La fecha de entrada en vigor y la duración son las indicadas en las Condiciones Particulares. El contrato entrará en vigor en la fecha anteriormente indicada y siempre que se haya pagado el primer recibo de prima.

En caso de demora en el cumplimiento de estos requisitos, las obligaciones de la Entidad Aseguradora comenzarán a partir de las veinticuatro horas del día en que hayan sido cumplimentados.

Este seguro se contrata por un año de duración entendiéndose prorrogado tácitamente por periodos anuales, salvo que alguna de las partes lo denuncie, siendo el plazo de presentación de la misma de dos meses cuando sea realizado por la Entidad Aseguradora y un mes cuando la denuncia sea realizada por el Tomador, o se produjera la extinción del seguro por incurrir en alguna de las situaciones descritas a continuación:

- Fecha en la cual el Asegurado alcance la edad de 70 años. No obstante, la cobertura adicional de contratación opcional de Hospitalización por Enfermedad terminará en la fecha en la cual el Asegurado alcance la edad de 65 años.
- La fecha de fallecimiento
- Por traslado de la residencia habitual del asegurado al extranjero o no residir en el territorio de España un mínimo de 183 días al año.
- Impago de cualquier fracción de la prima anual.
- Fecha en que la Entidad Aseguradora haya abonado al Beneficiario designado el número máximo de prestaciones fijado en esta Póliza.
- En otros casos previstos por la legislación.

2.6 ERROR EN LA EDAD

En el supuesto en el que existiese un error en relación con la edad del asegurado, la entidad Aseguradora podrá impugnar el contrato si excede de la edad de admisión.

Si el error en la edad del asegurado no excediera los límites de admisión de la póliza pero supusiese una diferencia entre la edad manifestada en la Solicitud, y la edad real del asegurado, de tal forma que las primas abonadas fueran inferiores a las que le hubiese correspondido abonar al tomador de no haberse producido dicho error, la entidad aseguradora tendrá derecho a reducir la prestación en caso de siniestro, en la proporción a la diferencia entre las primas cobradas y las que efectivamente le hubiese correspondido abonar. Por el contrario, si las primas cobradas hubiesen sido superiores a las que le hubiera correspondido pagar, CNP ASSURANCES España devolverá sin intereses, la parte de prima cobrada de más.

2.7 AMBITO TERRITORIAL

Salvo que en las Condiciones Particulares del Seguro se establezca lo contrario, la cobertura del contrato para todas las garantías contratadas será de ámbito mundial.

2.8 DERECHO DE ANULACIÓN DEL SEGURO POR EL TOMADOR.

El Tomador tendrá la facultad unilateral de resolver el contrato sin indicación de los motivos y sin

penalización alguna, siempre que no haya ocurrido el siniestro, dentro del plazo de 14 días desde la formalización de la Póliza, mediante comunicación a la Entidad Aseguradora, a través de un soporte duradero, disponible, accesible y que permita dejar constancia de la notificación, o llamando por teléfono al Centro de Atención al Cliente de la Entidad Aseguradora.

A partir de la fecha en que se expida la comunicación a que se refiere el apartado anterior cesará la cobertura del riesgo por parte del asegurador y el Tomador del seguro tendrá derecho a la devolución de la prima que hubiera pagado, salvo la parte correspondiente al período de tiempo en que el contrato hubiera tenido vigencia.

2.9 CONDICIONES PARA LA RESCISIÓN DEL SEGURO.

Durante su vigencia, la Póliza podrá ser rescindida anticipadamente a la fecha prevista para su vencimiento, tanto por la Entidad Aseguradora como por el Tomador.

El Tomador, podrá solicitar con un mes de antelación en cada vencimiento anual del seguro y mediante comunicación a la Entidad Aseguradora, a través de un soporte duradero, disponible, accesible y que permita dejar constancia de la notificación la renovación del seguro.

La rescisión o resolución del seguro antes del vencimiento no dará lugar al extorno de la parte de prima no consumida y el Asegurado, cuya prima haya sido satisfecha por el tomador, seguirá cubierto hasta que se finalice la mensualidad en curso del seguro, fecha en la cual la Entidad Aseguradora quedará liberada de su obligación en caso de siniestro ocurrido en fecha posterior, y se entenderá que el seguro queda extinguido

La Entidad Aseguradora, además, podrá rescindir el contrato en los siguientes casos:

- Por declaración inexacta del riesgo. La Aseguradora podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador o la Asegurado en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del Tomador del seguro o del Asegurado.
- Por agravación del riesgo. Una vez comunicada esta circunstancia a la Aseguradora, ésta podrá proponer una modificación del contrato en un plazo de dos meses. El Asegurado podrá aceptarla o rechazarla en un plazo de quince días. Transcurrido dicho plazo, en caso de silencio o de rechazo, la Entidad podrá advertir de nuevo al Asegurado, dándole un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales y en los ocho días siguientes comunicará al Asegurado la rescisión definitiva. La Aseguradora podrá, igualmente, rescindir el contrato comunicándolo por escrito al Asegurado dentro del plazo de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo.
- Por indicación inexacta de la fecha de nacimiento del Asegurado si la verdadera edad del mismo, en el momento de entrada en vigor del contrato, excede de los límites de admisión establecidos en las Condiciones Particulares.
- De conformidad con lo establecido en el artículo 15 de la Ley de Contrato de Seguro en caso de falta de pago de una de las primas siguientes la cobertura del asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si el asegurador no reclama el pago dentro de los 6 meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido.
- En otros casos previstos por la legislación vigente.

De acuerdo con lo establecido en el artículo 22 de la Ley de Contrato de Seguro las partes pueden oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de dos meses de anticipación a la conclusión del período del seguro en curso, cuando la oposición a la prórroga sea ejercitada por la Entidad Aseguradora; o bien con un mes de antelación cuando la oposición a la prórroga sea ejecutada por el Tomador/Asegurado.

2.10 NULIDAD DEL CONTRATO

Será nulo el contrato si en el momento de su perfeccionamiento no había riesgo o el siniestro ya había ocurrido.

2.11 IMPORTE DE LA PRIMA

El importe de la prima del presente seguro será la expresada en las Condiciones Particulares. A dicha prima le serán de aplicación los impuestos y recargos que, legalmente, deban ser repercutidos.

2.12 PAGO DE LAS PRIMAS

La prima anual se determinará en el momento de la entrada en vigor de la póliza, teniendo en consideración la edad del asegurado y el capital contratado.

Los recibos de primas deberán ser satisfechos por el tomador del seguro por anualidades completas. No obstante a lo anterior, se establece el fraccionamiento de las primas de forma mensual.

El fraccionamiento mensual del pago de la prima no libera al Tomador de la obligación de abonar la totalidad de la prima anual. **En caso de siniestro, la Entidad Aseguradora deducirá de la indemnización a su cargo las fracciones pendientes de cobro de la anualidad en curso.**

Si por culpa del tomador del seguro la prima anual no ha sido abonada en el momento de su vencimiento, la Entidad Aseguradora tendrá derecho a rescindir el contrato o a solicitar el abono de la misma a través de la vía judicial.

En el supuesto de que la prima anual no haya sido abonada la entidad aseguradora quedará liberada de su obligación.

En el supuesto de falta de pago de una de las primas sucesivas a la Entidad Aseguradora, la cobertura del presente seguro quedará suspendida al día siguiente en el que la prima debió ser satisfecha.

Si la Entidad Aseguradora no reclama el pago dentro de los seis meses posteriores al impago mencionado con anterioridad, se entenderá que el contrato ha quedado resuelto. Durante el período de suspensión del seguro, la entidad aseguradora sólo podrá reclamar la prima no abonada correspondiente al período en curso.

Si el contrato no hubiera sido resuelto, de acuerdo con lo establecido en con anterioridad, la cobertura volverá a tener efecto a las veinticuatro horas siguientes del abono de la prima impagada.

Salvo que en las Condiciones Particulares se establezca otra cosa, la prima se entenderá abonada en el domicilio del tomador.

El impago de las fracciones de las primas llevará a cabo una reducción de la suma asegurada en el supuesto de producirse el siniestro en la cuantía de las primas debidas por el tomador.

2.13 DEBER DE COMUNICACIÓN DEL RIESGO

La póliza ha sido concertada sobre la base de las declaraciones formuladas por el Tomador del seguro, que han motivado la aceptación del riesgo por el Asegurador, la asunción por su parte de las obligaciones para él derivadas del contrato y la fijación de la prima.

El Tomador del seguro tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al Asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

Quedará exonerado de tal deber si el Asegurador no le somete cuestionario o cuando, aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.

Consecuencias de la reserva o inexactitud de las declaraciones

El Asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador del seguro en el plazo de un mes, a contar desde el día en que tuvo conocimiento de la reserva o inexactitud de la declaración del Tomador del seguro.

Si el siniestro sobreviene antes de que el Asegurador haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

Si medió dolo o culpa grave del Tomador del seguro, quedará el Asegurador liberado del pago de la prestación.

El Tomador/Asegurado debe comunicar a CNP ASSURANCES España todas las circunstancias por él conocidas que incidan en el riesgo y que, de haber sido conocidas por el asegurador en el momento de perfección del contrato, o no habría concluido la firma del mismo o lo habría concluido en otras condiciones.

El Asegurador puede, en el plazo de dos meses a contar desde el día en que la agravación ha sido declarada, proponer una modificación del contrato con la oportuna sobreprima según proceda. En tal caso, el Tomador dispone de quince días a contar desde la recepción de esta proposición para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo o de silencio por parte del Tomador, CNP ASSURANCES España puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al Tomador, dándole para que conteste el nuevo plazo de quince días,

transcurridos los cuales y dentro de los ocho siguientes comunicará al Tomador la rescisión definitiva.

El Tomador del Seguro o el Asegurado podrán, durante el curso del contrato, poner en conocimiento del Asegurador todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato, lo hubiera concluido en condiciones más favorables.

2.14 IMPUESTOS Y RECARGOS

Los impuestos y recargos legalmente repercutibles que se deban pagar por razón de este Contrato, tanto en el presente como en el futuro, correrán a cargo del tomador/asegurado del seguro o Beneficiario, según proceda.

2.15 CAMBIO DE BENEFICIARIO, CESIÓN Y PIGNORACIÓN DE LA PÓLIZA

El tomador del seguro podrá en todo momento cambiar la designación del beneficiario que se haya realizado en las condiciones particulares, salvo que haya renunciado expresamente y por escrito a dicha facultad.

El cambio en la designación de beneficiario podrá realizarse en suplemento a dicha póliza, en una comunicación realizada por el Tomador y dirigida a la entidad aseguradora con la finalidad expresa del cambio de beneficiario o en declaración testamentaria.

2.16 PARTICIPACION EN BENEFICIOS

No se conceden derechos de Participación en Beneficios.

2.17 VALORES GARANTIZADOS

No se conceden al presente seguro valores de rescate, reducción ni anticipo.

Esta modalidad de seguro no permite la cesión ni la pignoración de la póliza a terceros.

El presente contrato de Seguro se rige por las **CONDICIONES GENERALES**, por las **CONDICIONES PARTICULARES** y, en su caso, por los **Suplementos, anexos y Apéndices** que emita la Entidad aseguradora, que, en su conjunto, constituyen el Contrato de Seguro, careciendo de valor y efecto por separado. Las cláusulas de las **CONDICIONES GENERALES** son desarrolladas y, en su caso, modificadas por las **CONDICIONES PARTICULARES**. En caso de discrepancia entre lo establecido en las **CONDICIONES GENERALES** y lo pactado en las **CONDICIONES PARTICULARES** prevalecerán éstas sobre aquéllas, salvo que dicha discrepancia derive de pactos contra la ley, la moral o el orden público, en cuyo caso se entenderán nulos de pleno derecho.

A los efectos de lo dispuesto en los artículos 122 y siguientes del Reglamento de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, aprobado por Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, ambos incluidos, se hace constar que el Tomador y el Asegurado del seguro han recibido, con anterioridad a la celebración del presente contrato, Nota Informativa comprensiva de todos los aspectos relativos al presente seguro que se contemplan en los citados preceptos reglamentarios.

2.18 COMUNICACIONES

Las comunicaciones que el Tomador del seguro realice al Mediador de Seguros que haya intervenido en la póliza, surtirán los mismos efectos que si se hubieran hecho a la Compañía Aseguradora. Las comunicaciones hechas a la Entidad Aseguradora por un corredor de seguros surtirán los mismos efectos que si las hubiera hecho el tomador, salvo que el tomador se hubiera manifestado en contra de que así se realice. En todo caso se precisará el consentimiento expreso del tomador del seguro para suscribir un nuevo contrato o para modificar o rescindir el contrato de seguro en vigor.

Igualmente, el Tomador del Seguro, el Asegurado o el Beneficiario podrán dirigirse por escrito a CNP ASSURANCES España a la dirección que aparece en el encabezamiento de la presente póliza. De igual modo la entidad Aseguradora se pondrá en contacto con el tomador del seguro en el domicilio que este haya indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza, cualquier modificación del mismo tendrá que ser comunicada a la entidad en el menor tiempo posible desde que se produjo el cambio.

2.19 EXTRAVÍO Y DESTRUCCIÓN DE LA PÓLIZA

En caso de extravío, robo o destrucción de la Póliza, la Entidad Aseguradora emitirá un duplicado de dichos documentos previa petición por escrito del Tomador del Seguro a través de un soporte duradero, disponible y accesible para éste y que permita dejar constancia de la petición.

2.20 PRESCRIPCIÓN

Las acciones derivadas del presente contrato prescriben a los cinco años desde que pudieron ejercitarse.

2.21 TRIBUNAL COMPETENTE

El presente contrato quedará sometido a la jurisdicción de los Juzgados y Tribunales del domicilio del Asegurado.

El presente extracto de Condiciones Particulares tiene carácter puramente informativo y para cualquier conflicto o litigio se estará a lo dispuesto en las Condiciones Particulares de la póliza

DEFINICIONES

ENTIDAD ASEGURADORA:

CNP ASSURANCES S.A., Sucursal en España, con domicilio en calle de cedaceros nº10, planta 5, 28014 Madrid, y NIF W0013620J.

Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Tomo 20.006, Libro 0, Folio 48, Sección 8, Hoja M353978, inscripción 1ª.

MEDIADOR: FINTONIC PROTECCIÓN CORREDURÍA DE SEGUROS, S.L.U., debidamente constituida y registrada con arreglo a las Leyes españolas, con domicilio social en C/Orense, 12, 1º, Puerta 1 - 28020 Madrid, provista de C.I.F. B87130803 y clave de inscripción en DGSFP J-3641.

TOMADOR/ASEGURADO: Es la persona física designada en las Condiciones Particulares que junto a la Entidad Aseguradora suscribe la póliza, paga la prima y sobre cuya vida se estipula el seguro.

BENEFICIARIOS: Las personas físicas o jurídicas designadas por el Tomador/Asegurado a quienes corresponde percibir la suma asegurada o prestación garantizada por este contrato.

Para las Garantías de Hospitalización el beneficiario será el propio Tomador/Asegurado.

Para la garantía de Fallecimiento el/los Beneficiario/s será/n el/los designado/s por el Tomador/Asegurado.

En caso de que se designasen como Beneficiarios con carácter genérico a los herederos legales, se entenderán como tales los establecidos en disposición testamentaria o en la Declaración de Herederos del Asegurado a falta de testamento. A falta de designación se establecerá el siguiente orden de prelación:

1º.- Cónyuge no separado legalmente o pareja de hecho del Asegurado debidamente inscrita en el Registro; 2º.- Hijos supervivientes del Asegurado a partes iguales; 3º.- Padres supervivientes del Asegurado a partes iguales; 4º.- Lo dispuesto en disposición testamentaria o en la Declaración de Herederos del Asegurado a falta de testamento.

OBJETO

La Entidad Aseguradora se obliga a pagar al Beneficiario, al ocurrir alguna de las garantías objeto del seguro y contratadas por el Tomador, una vez verificados los requisitos exigidos de acuerdo con lo establecido en la misma, las sumas aseguradas que aparecen reflejadas en las Condiciones Particulares.

CONDICIONES DE CONTRATACIÓN

Podrán contratar la presente Póliza de Seguro las personas físicas, residentes fiscales en Territorio Español, que reúnan las siguientes condiciones:

- Tener una edad comprendida entre los 18 y los 64 años en el momento de la contratación del seguro.
- No estar incapacitado ni tramitando expediente de incapacidad permanente absoluta ante los organismos oficiales competentes.
- No estar, en el momento de la contratación, de baja laboral por razones de salud, ni hayan estado de baja por enfermedad durante más de 30 días consecutivos en los 24 meses anteriores a la adhesión.
- No padecer ninguna enfermedad de carácter evolutivo.
- Tampoco podrán ser Asegurados las personas que en el momento de la contratación se encuentren incapacitadas legalmente y o que sufran incapacidad permanente absoluta o permanente total o gran invalidez.
- Haber cumplimentado el cuestionario de salud al que le será sometido por parte de la Entidad Aseguradora.

Las respuestas y datos aportados a los cuestionarios deben ser veraces y completos y son la base con la que la Entidad Aseguradora definirá el riesgo que está dispuesto a asumir en cada caso. En caso de reserva o inexactitud al cumplimentar la declaración, el Asegurado perderá el derecho a la prestación garantizada.

GARANTÍAS PRINCIPALES DE CONTRATACIÓN OBLIGATORIA (descripción de los riesgos cubiertos)

I.- HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE

En virtud de esta garantía la Entidad Aseguradora, dentro de los límites y del período máximo de prestación establecido en esta Póliza, abonará al beneficiario designado la suma asegurada diaria que figura en las presentes Condiciones Particulares durante el tiempo que el Asegurado, por prescripción facultativa, deba estar internado en un hospital para recibir tratamiento, como consecuencia de un accidente.

A estos efectos se entenderá como Hospitalización, el internamiento del Asegurado en calidad de paciente en un Centro Sanitario, Hospital o Clínica según definición recogida en las Condiciones Particulares, como consecuencia de accidente, bajo el cuidado y atención de un médico, por un periodo mínimo de 24 horas continuas.

En ningún caso se considerará Accidente, los sobrevenidos por infarto de miocardio, trombosis, embolia, hemorragia cerebral y, en general, por cualquier tipo de colapso, cualquiera que sea la causa que lo ocasione, aun cuando sean calificados como accidente de trabajo por resolución judicial o por órganos competentes de la Seguridad Social.

El devengo de la suma asegurada se realizará por periodos completos de 24 horas contados desde la fecha y hora del ingreso del Asegurado en el centro sanitario, clínica u hospital.

El periodo máximo de indemnización será de 365 días.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS PARA LA GARANTÍA DE HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE:

Además de las exclusiones comunes para todas las garantías, quedan fuera del objeto de cobertura de la garantía de Hospitalización por accidente, los siniestros que tenga su origen a consecuencia de:

- a) Todo tipo de pruebas y tratamientos no reconocidos por la ciencia médica en el momento en que tome efecto la Póliza, así como las cirugías o las terapias consideradas como experimentales en el mismo momento, salvo que sean expresamente aprobadas por el Asegurador. Tampoco están cubiertas la acupuntura, la homeopatía y la organometría.
- b) Tratamientos con fines estéticos, de cirugía plástica salvo que sea reparadora de un accidente o enfermedad ocurridos durante la vigencia del contrato, de rejuvenecimiento o de adelgazamiento, de cambio de sexo o esterilización.
- c) Aquella Hospitalización en la que el Asegurado se someta a chequeos médicos rutinarios o cualquier estudio voluntario no directamente relacionado con un Accidente o Enfermedad cubierto por la póliza.
- d) El embarazo, parto, interrupción del embarazo, aborto o complicaciones derivadas de cualquiera de dichas circunstancias, incluso si han sido precipitadas o inducidas por un Accidente, Enfermedad o Lesión Corporal cubierto por la Póliza.
- e) Una convalecencia o una estancia en una casa de reposo, de alojamiento, de campo, de convalecencia, una residencia para la tercera edad, establecimientos termales y climáticos, hospicios, clínicas u hospitales psiquiátricos, institutos médico-pedagógicos, servicios de gerontología, establecimientos de cura o similares.
- f) El estado de personas dependientes de forma irreversible y que requieren una vigilancia constante y/o tratamientos de mantenimiento, de readaptación y reeducación funcional.
- g) La prolongación de las estancias hospitalarias más allá de lo comúnmente aceptado por los facultativos así como los ingresos hospitalarios debidos a recaídas o agravaciones que sean consecuencia de la interrupción u omisión por parte del Asegurado, de forma voluntaria y deliberada, notoriamente perjudiciales para su salud y sin causa justificada, de los tratamientos médicos, quirúrgicos o sanitarios que le hayan sido prescritos, no admitiéndose expresamente como justificación las creencias religiosas.
- h) El exceso de la duración de la hospitalización cuando opcionalmente el Asegurado elija un tratamiento alternativo que requiera estancias hospitalarias más prolongadas. El Asegurador abonará únicamente la prestación correspondiente al tratamiento que, de acuerdo con el criterio comúnmente aceptado por la práctica médica requiera estancias más cortas siendo la diferencia por cuenta del Asegurado.
- i) Aquella Hospitalización en la que el Asegurado se someta a tratamiento o cirugía dental.
- j) Defectos, deformaciones físicas y anomalías congénitas y hereditarias.
- k) Diálisis y Hemodiálisis.
- l) Los Accidentes, Enfermedades o Lesiones Corporales derivados de cualquier anomalía congénita y cualquier enfermedad que se derive o sea resultado de dichas anomalías.
- m) Los Accidentes, Enfermedades o Lesiones Corporales derivados de una alteración Post-Traumática, enfermedades psicológicas o psiquiátricas, desórdenes de alteración del sueño o cualesquiera síndromes relacionados.
- n) Los Accidentes o Lesiones Corporales que no tengan la consideración de Accidente ni sus consecuencias.

II.- FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE

En virtud de esta garantía la Entidad Aseguradora abonará al Beneficiario designado la suma asegurada que figura para esta Garantía en las presentes Condiciones Particulares, si el Asegurado fallece de manera inmediata a consecuencia de las lesiones sufridas en un accidente o dentro de los 365 días siguientes a la fecha en que sufrió el accidente causante de las lesiones, siempre que el accidente y el fallecimiento sobrevengan estando la Póliza en vigor y se demuestre que dicho fallecimiento tiene su causa en las lesiones producidas por dicho accidente. A los efectos de esta Póliza se entiende por Fallecimiento por accidente la pérdida de la vida del Asegurado debidamente acreditada por certificado médico de defunción. En ningún caso se considerará Fallecimiento por accidente, los sobrevenidos por infarto de miocardio, trombosis, embolia, hemorragia cerebral y, en general, por cualquier tipo de colapso, cualquiera que sea la causa que lo ocasione, aun cuando sean calificados como accidente de trabajo por resolución judicial o por órganos competentes de la Seguridad Social.

III.- FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN

En virtud de esta garantía la Entidad Aseguradora abonará al Beneficiario designado la suma asegurada que figura para esta Garantía en las presentes Condiciones Particulares, si el Asegurado fallece de manera inmediata a consecuencia de un accidente de circulación o dentro de los 365 días siguientes a la fecha en que sufrió el accidente de circulación y el fallecimiento sobrevengan estando la Póliza en vigor y se demuestre que dicho fallecimiento tiene su causa en las lesiones producidas por dicho accidente.

A los efectos de la presente póliza, se considerará accidente de circulación, cuando el Fallecimiento se produzca cuando el Asegurado lo sufra en alguna de las siguientes situaciones:

- Como peatón, o cuando sin ocupar plaza en algún vehículo las lesiones sufridas sean causadas por un vehículo terrestre en movimiento.
- Como conductor o pasajero de vehículos terrestres.
- Como usuario o pasajero de transportes públicos terrestres, marítimos, fluvial o aéreos legalmente autorizado.

El Fallecimiento por accidente de circulación deberá ser acreditado por un certificado médico de defunción y en ningún caso se considerará Fallecimiento por Accidente de circulación, los sobrevenidos por infarto de miocardio, trombosis, embolia, hemorragia cerebral y, en general, por cualquier tipo de colapso, cualquiera que sea la causa que lo ocasione, aun cuando sean calificados como accidente de trabajo por resolución judicial o por órganos competentes de la Seguridad Social.

GARANTÍA ADICIONAL DE CONTRATACIÓN OPCIONAL (descripción del riesgo cubierto)

Sólo en el supuesto en que el Tomador/Asegurado hubiese contratado esta garantía adicional, CNP ASSURANCES, S.A., Sucursal en España, garantiza en los términos previstos en esta Póliza, el riesgo que, a continuación, se indica:

HOSPITALIZACIÓN POR ENFERMEDAD

En virtud de esta garantía la Entidad Aseguradora, dentro de los límites y del período máximo de indemnización establecido en esta Póliza, abonará al beneficiario designado la suma asegurada diaria que figura en las presentes Condiciones Particulares durante el tiempo que el Asegurado, por prescripción facultativa, deba estar internado ininterrumpidamente en un centro sanitario, clínica u hospital para recibir tratamiento, como consecuencia de una enfermedad.

A estos efectos se entenderá como Hospitalización, el internamiento del Asegurado en calidad de paciente en un Centro Sanitario, Hospital o Clínica según definición recogida en las presentes Condiciones Particulares, como consecuencia de una enfermedad, bajo el cuidado y atención de un médico, por un período mínimo de 24 horas continuas. El devengo de la suma asegurada se realizará por períodos completos de 24 horas contados desde la fecha y hora del ingreso del Asegurado en el centro sanitario, clínica u hospital.

El período máximo de prestación será de 180 días.

De conformidad con lo establecido a continuación, la garantía contratada comenzará una vez transcurridos 90 días desde la fecha de efecto de la Póliza que figura en las presentes Condiciones Particulares.

En ningún momento quedarán cubiertas las hospitalizaciones iniciadas durante este período.

PERIODOS DE CARENENCIA:

INICIAL Para la garantía de Hospitalización por enfermedad se establece un período de carencia inicial de 90 días consecutivos naturales, a computar a partir de la fecha de efecto del seguro. A efectos de comprobar que en el momento del acaecimiento del siniestro ha transcurrido el período de carencia inicial, se entenderá que la situación de Hospitalización se produce en el primer día de ingreso efectivo en el centro sanitario a causa de una enfermedad.

ENTRE SINIESTROS En el supuesto de producirse una Hospitalización por enfermedad del Asegurado subsiguiente a una anterior Hospitalización que dio lugar a abono de prestación por parte de esta Póliza, la Entidad Aseguradora procederá al pago de nuevas prestaciones una vez hayan transcurrido más de 90 días naturales ininterrumpidos en situación de alta en el régimen correspondiente, desde el fin de la última Hospitalización.

Cuando la Hospitalización por enfermedad subsiguiente se produzca dentro de un período de tiempo inferior a 90 días naturales consecutivos desde un alta hospitalaria anterior que dio lugar a abono de prestación por parte de esta Póliza, la nueva hospitalización del Asegurado será considerada como prolongación de la anterior, es decir, se tratarán ambas hospitalizaciones como un único y mismo siniestro.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS PARA LA GARANTÍA DE HOSPITALIZACIÓN POR ENFERMEDAD:

Además de las exclusiones comunes para todas las garantías, quedan fuera del objeto de cobertura de la garantía de Hospitalización por enfermedad, los siniestros que tenga su origen a consecuencia de:

- a) Todo tipo de pruebas y tratamientos no reconocidos por la ciencia médica en el momento en que tome efecto la Póliza, así como las cirugías o las terapias consideradas como experimentales en el mismo momento, salvo que sean expresamente aprobadas por el Asegurador. Tampoco están cubiertas la acupuntura, la homeopatía y la organometría.
- b) Tratamientos con fines estéticos, de cirugía plástica salvo que sea reparadora de un accidente o enfermedad ocurridos durante la vigencia del contrato, de rejuvenecimiento o de adelgazamiento, de cambio de sexo o esterilización.
- c) Aquella Hospitalización en la que el Asegurado se someta a chequeos médicos rutinarios o cualquier estudio voluntario no directamente relacionado con un Accidente o Enfermedad cubierto por la póliza.
- d) El embarazo, parto, interrupción del embarazo, aborto o complicaciones derivadas de cualquiera de dichas circunstancias, incluso si han sido precipitadas o inducidas por un Accidente, Enfermedad o Lesión Corporal cubierto por la Póliza.
- e) Una convalecencia o una estancia en una casa de reposo, de alojamiento, de campo, de convalecencia, una residencia para la tercera edad, establecimientos termales y climáticos, hospicios, clínicas u hospitales psiquiátricos, institutos médico-pedagógicos, servicios de gerontología, establecimientos de cura o similares.
- f) El estado de personas dependientes de forma irreversible y que requieren una vigilancia constante y/o tratamientos de mantenimiento, de readaptación y reeducación funcional.
- g) La prolongación de las estancias hospitalarias más allá de lo comúnmente aceptado por los facultativos así como los ingresos hospitalarios debidos a recaídas o agravaciones que sean consecuencia de la interrupción u omisión por parte del Asegurado, de forma voluntaria y deliberada, notoriamente perjudiciales para su salud y sin causa justificada, de los tratamientos médicos, quirúrgicos o sanitarios que le hayan sido prescritos, no admitiéndose expresamente como justificación las creencias religiosas.
- h) El exceso de la duración de la hospitalización cuando opcionalmente el Asegurado elija un tratamiento alternativo que requiera estancias hospitalarias más prolongadas. El Asegurador abonará únicamente la indemnización correspondiente al tratamiento que, de acuerdo con el criterio comúnmente aceptado por la práctica médica requiera estancias más cortas siendo la diferencia por cuenta del Asegurado.
- i) Aquella Hospitalización en la que el Asegurado se someta a tratamiento o cirugía dental.
- j) Defectos, deformaciones físicas y anomalías congénitas y hereditarias.
- k) Diálisis y Hemodiálisis.
- l) Los Accidentes, Enfermedades o Lesiones Corporales derivados de cualquier anomalía congénita y cualquier enfermedad que se derive o sea resultado de dichas anomalías.

- m) Los Accidentes, Enfermedades o Lesiones Corporales derivados de una alteración Post-Traumática, enfermedades psicológicas o psiquiátricas, desórdenes de alteración del sueño o cualesquiera síndromes relacionados.

EXCLUSIONES COMUNES A TODAS LAS COBERTURAS

Quedan fuera del objeto de cobertura tanto de las garantías de contratación obligatoria como de la garantía de contratación opcional del presente contrato de seguro, y por tanto no dan derecho al beneficiario designado al cobro de suma asegurada o prestación alguna los siniestros que tenga su origen a consecuencia de:

- Suicidio durante el primer año de vida de la póliza, así como los Accidentes, Enfermedades o Lesiones Corporales que deriven del suicidio frustrado, pacto de suicidio o lesión auto-infligida deliberada, ya sea en estado de cordura como de demencia.
- Los accidentes sobrevenidos en estado de enajenación mental, a consecuencia de encontrarse el asegurado bajo la influencia de alcohol o cuando haya consumido drogas o estupefacientes sin prescripción médica. Se considera que el asegurado ha consumido bebidas alcohólicas cuando la tasa de alcohol en sangre sea superior a 0,5 mg. Se considera que el asegurado ha consumido drogas o estupefacientes cuando se detecte su presencia mediante determinación en sangre.
- Los Accidentes, Enfermedades o Lesiones Corporales producidos por guerra o cualquier acto de guerra, invasión, terrorismo, ataque del enemigo, conflictos armados, aunque no haya precedido declaración oficial, revueltas, motín, conmoción civil, guerra civil, rebelión, revolución, insurrección, sedición, motín, tumulto popular, golpe de estado.
- Cualquier Lesión Corporal o Enfermedad Preexistente, así como cualquier Accidente anterior a la entrada en vigor de la Póliza.
- Las enfermedades y accidentes que sean consecuencia de hechos o fenómenos que correspondan a riesgos amparados por el Consorcio de Compensación de Seguros.
- Las consecuencias directas o indirectas de reacción o radiación nucleares tal como se definen en la Ley de Energía Nuclear, y por contaminaciones de carácter catastrófico.
- Los Accidentes o Lesiones Corporales sufridos por el Asegurado por participar en cualquier deporte aéreo, viaje aéreo o cualquier otro tipo de actividades de aviación, excepto un viaje como pasajero con billete de pago en una aeronave comercial en horario regular que sea prestado por una compañía de aerolíneas o de vuelos chárter con la debida licencia en dicha calidad.
- Los Accidentes, Enfermedades o Lesiones Corporales causados o relacionados, directa o indirectamente, por la participación (servicio) del Asegurado en las Fuerzas Armadas. Se incluirá en el concepto de Fuerzas Armadas cualquier fuerza policial de un país.
- Los Accidentes, Enfermedades o Lesiones Corporales derivados de la participación del Asegurado o su entrenamiento, en las actividades siguientes: (i) inmersión submarina que requiera la utilización de cualquier tipo de equipo de respiración asistida, (ii) uso de motos acuáticas, (iii) alpinismo o montañismo utilizando cuerdas o guías, (iv) espeleología, (v) paracaidismo, cualquier tipo de vuelo sin motor, vuelo en globo, 'banyí' o uso de vehículos Aero ligeros, (vi) cualquier tipo de explosiones (incluidas, entre otras, de fuegos artificiales o petardos), (vii) deportes de invierno (excepto ski, snow board o snow mobiling, en todos los casos dentro de pista habilitada), (viii) Caza, (ix) cualquier tipo de carrera deportiva, salvo que sea a pie, (x) corridas de toros o encierros de toros, y (xi) deportes profesionales.

- En ningún caso se considerará Accidente, los sobrevenidos por infarto de miocardio, trombosis, embolia, hemorragia cerebral y, en general, por cualquier tipo de colapso aun cuando sean calificados como accidente de trabajo por resolución judicial o por órganos competentes de la Seguridad Social.
- Los siniestros ocurridos como consecuencia de cualquier acto ilícito, así como los ocurridos por la voluntad intencionada por el propio Asegurado.
- Aquellos siniestros excluidos legalmente de la cobertura de Riesgos Extraordinarios (Consortio).

PAGO DE LAS PRIMAS

Las primas del Seguro son anuales, habiéndose convenido el pago de las primas anuales por fracciones mensuales sin recargo alguno, siendo obligatorio el pago de todas ellas hasta completar el importe de la prima anual.

El fraccionamiento mensual del pago de la prima no libera al Tomador de la obligación de abonar la totalidad de la prima anual. En caso de siniestro, la Entidad Aseguradora deducirá de la prestación a su cargo las fracciones pendientes de cobro de la anualidad en curso.

Los recargos del Consortio y LEA y el importe del IPS se cobrarán de manera fraccionada en todos y cada uno de los recibos de la prima fraccionada.

La primera fracción de prima anual del primer año será gratuita para el Tomador de la póliza.

DERECHO DE RESCISIÓN DEL SEGURO

Condiciones de rescisión del contrato por la Aseguradora:

- ✓ Impago de prima.
- ✓ Reticencia o inexactitud en la declaración del Asegurado.

Condiciones de rescisión del contrato por parte del Asegurado:

- ✓ Dentro del plazo de 14 días desde la formalización de la Póliza, mediante comunicación a la Entidad Aseguradora siempre que no haya ocurrido el siniestro.

TOMA DE EFECTO Y DURACIÓN DEL CONTRATO

Este seguro se contrata por un año de duración entendiéndose prorrogado tácitamente por periodos anuales, salvo que alguna de las partes se oponga a la prórroga por escrito en el plazo de dos meses en el caso de la Entidad Aseguradora y de un mes en el del Tomador.

Además de cuando se produzca la no renovación de la póliza por cualquiera de las partes, las coberturas finalizarán:

- Fecha en la cual el Asegurado alcance la edad de 70 años. La cobertura adicional de contratación opcional de Hospitalización por Enfermedad terminará en la fecha en la cual el Asegurado alcance la edad de 65 años.
- La fecha de fallecimiento.
- Por traslado de la residencia habitual del asegurado al extranjero o no residir en el territorio de España un mínimo de 183 días al año.
- Impago de cualquier fracción de la prima anual.
- Fecha en que la Entidad Aseguradora haya abonado al Beneficiario designado el periodo máximo de prestaciones fijado en esta Póliza.
- En otros casos previstos por la legislación.

TRAMITACIÓN DE SINIESTROS

Para la tramitación de cualquier siniestro relacionado con el seguro debe contactar en el teléfono 93 606 52 58 o por e-mail a prestaciones@cnp.es El Tomador/Asegurado/Beneficiario deberá aportar la documentación acreditativa del siniestro requerida por la Entidad Aseguradora

INFORMACIÓN PREVIA A LA CONTRATACIÓN PROPORCIONADA POR EL MEDIADOR DEL SEGURO

Objeto de la nota informativa

ISALUD HEALTH SERVICES SL (en adelante el MEDIADOR o iSalud) actúa en este contrato como mediador de seguros entre la entidad aseguradora y el tomador del seguro, velando porque el cliente reciba una información veraz y transparente a cargo de los profesionales más formados del sector.

Este papel de mediador actualmente está regulado en el Real Decreto-ley 3/2020, de 4 de febrero, de medidas urgentes por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español diversas directivas de la Unión Europea en el ámbito de la contratación pública en determinados sectores; de seguros privados; de planes y fondos de pensiones; del ámbito tributario y de litigios fiscales. Y en cumplimiento de dicha normativa, le entregamos esta nota informativa que le ofrece detalles acerca de la naturaleza, funciones, así como derechos y obligaciones de la mediación que realiza iSalud.

Identidad y dirección del mediador

ISALUD HEALTH SERVICES SL, es una Sociedad de Agencia Vinculada, con NIF B-65239923 y domicilio social en la Calle Cedaceros, 10 (28014) Madrid. Y domicilio a efecto de notificaciones en la Calle Milanésat 25-27, Planta 5ª (08017), Barcelona.

Clasificación y naturaleza de la actuación

iSalud, como Sociedad de Agencia de Seguros Vinculada, realiza su actividad de mediación por cuenta de las entidades aseguradoras con las que tiene suscrito un contrato de agencia. En la actualidad las entidades aseguradoras para las que iSalud media son:

AURA, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS, CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. (CASER), ZURICH VIDA, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., MAPFRE ESPAÑA, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., ALLIANZ, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., SEGURCAIXA ADESLAS, SOCIEDAD ANONIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS, DKV SEGUROS Y REASEGUROS, SOCIEDAD ANONIMA ESPAÑOLA, SANITAS, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS., ASISA, ASISTENCIA ANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A., SOCIEDAD UNIPERSONAL, LIBERTY SEGUROS, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., PLUS ULTRA SEGUROS GENERALES Y VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, CNP ASSURANCES, S.A., SUCURSAL EN ESPAÑA, REALE SEGUROS GENERALES, S.A., REALE VIDA Y PENSIONES, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS, AXA AURORA VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, ASEFA S.A., SEGUROS Y REASEGUROS, AXA SEGUROS GENERALES, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, AXA VIDA, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS, , VERTI ASEGURADORA, COMPAÑIA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., CIGNA LIFE INSURANCE COMPANY OF EUROPE S.A., SUCURSAL EN ESPAÑA, ZURICH INSURANCE PLC SUC. ESPAÑA, PELAYO, MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA, MUTUA MADRILEÑA AUTOMOVILISTA, SOCIEDAD DE SEGUROS A PRIMA FIJA, FIATC, MUTUA DE

SEGUROS Y REASEGUROS Y MÚTA MANRESANA MUTUALITAT DE PREVISIÓ SOCIAL (MUTUACAT).

En la comercialización de sus productos, iSalud no ofrece asesoramiento personalizado, sin embargo da cumplimiento a las necesidades y exigencias del cliente, según las informaciones facilitadas por el mismo.

Procedimientos para presentar quejas y reclamaciones sobre los mediadores de seguros

Le informamos de que podrá presentar quejas sobre las tareas de intermediación de seguros realizadas por iSalud ante el Servicio de Atención al Cliente y, en su caso, ante el Departamento de Defensor del Cliente de las respectivas entidades aseguradoras para las que iSalud medie.

Los Departamentos de Atención al Cliente de las entidades aseguradoras para las que actualmente media iSalud son:

FIATC: SCAC@fiatc.es

SANITAS: clientes@sanitas.es

DKV: clientes@dkv.es

MAPFRE: reclamaciones@mapfre.com

ASEFA: atencionalcliente@asefa.es

AXA: axasalud@axa.es

[/ centro.reclamaciones@axa.es](mailto:centro.reclamaciones@axa.es)

ADESLAS: servicio.cliente@lacaixa.es

CASER: atencionclientes@caser.es

ASISA: asisa.informacion@asisa.es

MÚTUACAT: mutua@mutuacat.cat

CNP ASSURANCES:
atencioncliente@cnp.es

AURA: info@auraseguros.com

ALLIANZ: ddc@allianz.es

PLUS ULTRA: atencion.cliente@plusultra.es

CIGNA: reclamaciones@da-defensor.org

ZURICH: defensacliente-es@zurich.com

PELAYO: garantia@pelayo.com

REALE:
serviciodeatencionydefensa.clientes@reale.es

VERTI: calidad@verti.es

LIBERTY: reclamaciones@libertyseguros.es

MUTUA MADRILEÑA:
mmnoreste@mutua.es

Siempre que acredite haber formulado previamente la reclamación ante las entidades aseguradoras, y si la resolución ha sido contraria a su petición o no se haya producido en el plazo de dos meses desde su presentación, podrá formular reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección de Seguros y Fondos de Pensiones, que está en la Calle Miguel Ángel, 21, 28010, de Madrid o a través de su sitio web:

<http://www.dgsfp.mineco.es/gl/Consumidor/Reclamaciones/Paginas/InformacionProcedimiento.aspx>

Las anteriores instancias de reclamación no son obstáculo para la obtención de tutela judicial, el recurso a otros mecanismos de solución de conflictos u otras instancias de protección administrativa.

Régimen de tratamiento de datos de carácter personal

Los datos que facilite a los efectos de formalizar la solicitud y el contrato de seguro, así como los que se generen como consecuencia del desarrollo y ejecución de la citación relación, se incorporan a un fichero del que es responsable la entidad aseguradora para la que se está mediando, con la única finalidad de cumplir o exigir el cumplimiento de los derechos y obligaciones exigibles en el marco del contrato de seguro que vaya a suscribirse. Salvo que se indique lo contrario, todos los datos solicitados serán obligatorios, ya que son necesarios para el mantenimiento de la relación contractual.

El titular de los datos tiene derecho de acceso, rectificación, oposición, limitación, supresión y portabilidad y a no ser objeto de decisiones automatizadas, dirigiéndose por escrito a la entidad aseguradora para la que se está mediando, a través de su domicilio o a través de la dirección de correo electrónico indicada en la información previa de la entidad aseguradora.

En este servicio de mediación, iSalud actuará como encargado de tratamiento de sus datos de carácter personal por cuenta de la entidad aseguradora para la que se esté mediando, para los fines antes señalados. Para otros servicios y/o productos ofrecidos y comercializados por iSalud, iSalud actuará como responsable de tratamiento, de conformidad con lo indicado en su [Política de Privacidad](#), siguiendo lo estipulado en la normativa de protección de datos.

Registro en el que está inscrito el mediador

Inscrito en el Registro administrativo especial de mediadores de seguros, corredores de reaseguros y de sus altos cargos de la DGSFP, con la clave AJ-0123. Dicha inscripción se puede comprobar en el domicilio de la DGSFP (Paseo de la Castellana, nº 44, 28046- Madrid) y en la siguiente página web:

<http://www.dgsfp.mineco.es/es/Distribuidores/PUI/Paginas/pui.aspx>

Participación en el capital o en los derechos de voto de una entidad aseguradora o de un mediador de seguros

La entidad Montparvie IV SAS, perteneciente al grupo asegurador Assurances, posee una participación directa o indirecta superior al 10 por 100 de los derechos de voto o del capital de iSalud. iSalud no cuenta con participaciones directas/indirectas del 10% o superior de los derechos de voto o del capital en una entidad aseguradora determinada.

Contrato de seguro ofrecido al cliente

En la comercialización de este seguro: i) iSalud no facilita asesoramiento basándose en un análisis objetivo y personalizado y ii) iSalud realiza la actividad de distribución para las

siguientes entidades aseguradoras indicadas en el apartado “Clasificación y naturaleza de la Actuación”.

Naturaleza de la remuneración recibida

En la comercialización de este seguro, iSalud percibe una comisión de la entidad aseguradora, incluida en la prima del seguro, pudiendo llegar a percibir adicionalmente otro tipo de remuneraciones o ventajas económicas de ésta.

La información contenida en esta nota informativa se encuentra actualizada a 7 de noviembre de 2022.