



ALLIANZ SEGUROS

Allianz Autónomos

allianz.es



Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.

Sede Social: C/ Ramírez de Arellano, 35 - 28043 Madrid - N.I.F. A-28007748

RRMM Madrid, Tomo 36827, Folio 116, Sección 8, Hoja M-62591, Inscripción 968

Índice

Legislación aplicable	3
Resumen de coberturas	3
Detalle de coberturas	4
1. Incapacidad temporal baremada del asegurado	4
2. Ampliación cobertura de baremo 30 días	6
3. Ampliación cobertura de baremo 365 días	7
4. Intervención quirúrgica	9
5. Hospitalización del asegurado	11
6. Allianz Salud y Bienestar	12
Glosario de términos de tu póliza	13
Riesgos excluidos con carácter general	14
Baremo	15
Anexo intervención quirúrgica	15
Riesgos cubiertos por el consorcio de compensación de seguros	15
Resumen de las Normas Legales	16
Comunicación de daños al Consorcio de Compensación de Seguros	17
Cuestiones fundamentales de carácter general	17

Legislación aplicable

Este contrato de seguro se rige por la Ley 50/1980, de Contrato de Seguro, la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, el Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.

En materia de distribución, se rige la póliza por el Real Decreto-ley 3/2020, de 4 de febrero, a través del cual se traspone entre otras directivas de la Unión Europea la directiva de seguros privados y de planes de pensiones. También, le resulta de aplicación el Reglamento (UE) 2016/679, General de Protección de Datos, Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos

Personales y garantía de los derechos digitales, así como el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el Texto refundido del Estatuto Legal del Consorcio de Compensación de Seguros, la Ley 22/2007, de 11 de julio, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores.

Sin perjuicio de la normativa expresamente citada, será de igual aplicación todas aquellas modificaciones y adaptaciones de estas, al igual que las disposiciones reglamentarias y legislación que sin estar citadas, sean de aplicación.

La Póliza ampara, dentro de los límites establecidos en las Condiciones Generales, en las Condiciones Particulares, y los Anexos de las mismas, las siguientes garantías cuando estas hayan sido contratadas y consten incluidas en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Resumen de coberturas

Cobertura	Descripción
Incapacidad Temporal Baremada	El pago de un capital en caso de incapacidad temporal derivada de enfermedad o accidente que impida temporalmente el ejercicio de la actividad profesional del Asegurado. El pago es el resultado de multiplicar el capital diario asegurado, por el número de días reflejado en el Baremo de aplicación para la enfermedad o lesión sufrida por el Asegurado. El baremo se puede encontrar en: https://www.allianz.es/seguros/empresas/salud-autonomos.html En el caso de maternidad o paternidad, contará con una indemnización de 10 días.
Ampliación cobertura Baremo 30 días	En caso de que la incapacidad laboral se alargue durante más días de los previstos en el baremo, se activa el alargamiento de baremo hasta un máximo de 30 días consecutivos y siempre que persista la situación de incapacidad temporal del asegurado.
Ampliación cobertura Baremo 365 días	En caso de que la incapacidad laboral se alargue durante más días de los previstos en el baremo, se activa el alargamiento de baremo hasta un máximo de 365 días consecutivos y siempre que persista la situación de incapacidad temporal del asegurado.
Hospitalización	El pago de un capital en caso de hospitalización a causa de enfermedad o accidente.
Indemnización por intervención quirúrgica	El pago al asegurado de una prestación económica única que se calculará en función del importe asegurado por un % en función del tipo de riesgo de la intervención quirúrgica.
Salud y Bienestar	Acceso a especialistas de Salud y Bienestar con descuentos y/o tarifas especiales.

Detalle de coberturas

1. Incapacidad temporal baremada del asegurado

¿Qué se garantiza?

El pago de un capital en caso de que se diagnostique al Asegurado una incapacidad temporal derivada de enfermedad o accidente que le impida temporalmente el ejercicio de la profesión del Asegurado declarada por él en la póliza, ejercida como trabajador autónomo.

En caso de nacimiento de un bebé, con un período mínimo de gestación de 6 meses, se abonará al asegurado, un capital, resultado de multiplicar el capital diario asegurado x 10 días en caso de maternidad o paternidad.

Será aplicable a siniestros acontecidos en todo el mundo, siempre que tu domicilio habitual se encuentre efectivamente en España a efectos del seguro, se entenderá que una persona tiene su domicilio habitual en España cuando resida al menos 275 días en territorio nacional.

¿Cómo se calcula el capital de este pago?

Es el resultado de multiplicar el capital diario asegurado, por el número de días reflejado en el Baremo para la enfermedad o lesión que hayas sufrido. Este documento se puede consultar y descargar en: <https://www.allianz.es/seguros/empresas/salud-autonomos.html>

¿Qué se excluye?

El pago de cualquier capital derivado de una incapacidad temporal que esté originada por enfermedades o lesiones que no figuren expresa y específicamente reflejadas en el Baremo.

Quedan expresamente excluidas las indemnizaciones derivadas de:

- Abortos inducidos tanto legal como ilegalmente
- Todo tipo de enfermedades mentales, salvo las referidas en el Baremo y siempre que éstas requieran hospitalización.
- Los procesos patológicos manifestados exclusivamente por dolores, algias o vértigos que no presenten otros signos objetivos médicamente comprobables ni objetivación clínica.
- Las exclusiones de carácter general recogidas en apartado riesgos excluidos con carácter general.

¿Hasta cuándo me cubre?

Mientras estés dado de alta en el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos de la Seguridad Social u Organismo Competente y no superes los 70 años de edad, siempre que la póliza este en vigor, y al corriente del pago de primas.

La indemnización máxima es de 365 días por toda la duración de la póliza, por lo que en el momento que se alcancen estos días de indemnización la póliza se anulará.

La cobertura también cesará en caso de que tu estado pase a ser de invalidez o incapacidad permanente para el ejercicio de tu profesión, o solicites un reconocimiento de dicho estado, o percibas una pensión o indemnización por dicha causa.

¿Qué ocurre si la incapacidad temporal está causada por dos dolencias simultáneas?

En el caso de presentar varias enfermedades y/o lesiones cubiertas por la póliza al mismo tiempo, o si sobreviniese una nueva a la

inicialmente declarada, en este caso se abonaría el capital correspondiente al 120% de la dolencia que tenga asignada un mayor número de días en el Baremo.

Las enfermedades o lesiones de igual o similar causa que tengan asociado en el Baremo un número de días de 15 o menos, solo podrán indemnizarse tres veces durante un periodo de 365 días.

¿Existe algún tipo de carencia?

Para los casos de incapacidad temporal derivados de accidente, no se aplicará ningún tipo de carencia.

Existirá un periodo de carencia 60 días a contar desde el día de entrada en vigor de la póliza para aquellos siniestros causados por enfermedad.

También existe carencia de 240 días a contar desde la fecha de entrada en vigor de la póliza para el caso de complicaciones en el embarazo y de 456 días para el caso de parto.

En caso de sufrir bajas de incapacidad temporal sucesivas o consecutivas causadas por distintas patologías no devengará derecho a indemnización si no han transcurrido al menos 30 días desde la fecha en la que se aceptó el primer siniestro.

Si las bajas de incapacidad temporal sucesivas o consecutivas fuesen por la misma causa médica y/o derivada de esta, no devengará derecho a indemnización si no han transcurrido al menos 90 días desde la fecha en la que se aceptó el primer siniestro.

¿Quién recibe el pago?

El propio asegurado

Y estos pagos, ¿Qué incluyen?

Cobertura	Capital diario asegurado
Incapacidad Temporal Baremada	Según Condiciones Particulares

¿Cómo se solicita este pago?

Debes remitir al Asegurador la siguiente documentación:

- Declaración de siniestro.
- Parte de baja médica expedido por un médico del Sistema Público de Salud, u Organismo equivalente, con ejercicio de su actividad en España. Será imprescindible que en el parte de baja médica figure la identificación de la enfermedad o del daño causado por el accidente mediante código CIE10 o CIE11 o código de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) que esté en vigor en el momento de acaecer la incapacidad temporal, así como las causas, antecedentes y fecha de inicio de la enfermedad o de la ocurrencia del accidente.
- Justificante de estar dado de alta en el Régimen General de Trabajadores Autónomos u Organismo competente.

Además de la documentación mencionada, Allianz Seguros puede solicitar información adicional tal como informes médicos y/u hospitalarios o visitarte a través de sus servicios médicos para conocer la evolución de su dolencia, interesarse por su estado y, en caso necesario, proponer medidas o actuaciones que permitan la satisfactoria recuperación del Asegurado.

Si Allianz Seguros comprobase que padece una patología diferente a la que motivó el siniestro, tendrá potestad para anular el derecho a percibir la indemnización y se lo comunicará por escrito.

¿Qué sucede si no estás conforme con la decisión del Asegurador?

Tienes un plazo de siete días para comunicar de manera probada que estás en desacuerdo y los motivos.

Si el motivo del desacuerdo son aspectos médicos, tu médico o el que designes y el designado por el Asegurador tratarán de resolver la discrepancia.

En caso de que no se encuentre una solución, se puede nombrar a un tercer médico que decida. Los tres facultativos han de decidir

juntos por mayoría de votos en un plazo máximo de 90 días tras el nombramiento del tercer perito y durante dicho periodo, las partes no podrán acudir a la vía judicial correspondiente para la liquidación de las indemnizaciones en litigio. Cada parte deberá abonar los honorarios de los médicos-peritos que hayan nombrado.

¿Cuándo recibiré el pago?

La indemnización se hará efectiva al Asegurado en un plazo inferior a dos semanas tras la presentación del parte de siniestro y del resto de la documentación necesaria y una vez acreditado ante el Asegurador el derecho a percibir la misma.

Esta indemnización es compatible e independiente de la que pueda percibir el Asegurado por parte de la Seguridad Social.

2. Ampliación cobertura de baremo 30 días

¿Qué se garantiza?

El pago de un capital en caso de que se le diagnostique al asegurado una incapacidad temporal derivada de enfermedad o accidente. Mediante esta cobertura se amplía la garantía de Incapacidad temporal baremada del asegurado hasta un máximo de 30 días consecutivos siempre que persista la situación de incapacidad temporal del asegurado.

¿Cómo se calcula el capital de este pago?

Es el resultado de multiplicar el capital diario asegurado, por el número de días adicionales de incapacidad temporal, si persiste esta situación a partir del siguiente a aquel en el que finalicen los días establecidos en el Baremo anexo a la presente póliza y hasta un máximo de 30 días consecutivos.

¿Qué se excluye?

El pago de cualquier capital derivado de una incapacidad temporal que esté originada por enfermedades o lesiones que no figuren expresa y específicamente reflejadas en el Baremo.

Quedan expresamente excluidas las indemnizaciones derivadas de:

- Abortos inducidos tanto legal como ilegalmente .
- Todo tipo de enfermedades mentales, salvo las referidas en el Baremo y siempre que éstas requieran hospitalización.
- Los procesos patológicos manifestados exclusivamente por dolores, algias o vértigos que no presenten otros signos objetivos médicamente comprobables ni objetivación clínica.
- Las exclusiones de carácter general recogidas en apartado riesgos excluidos con carácter general.

¿Existe algún tipo de carencia?

Para los casos de incapacidad temporal derivados de accidente, no se aplicará ningún tipo de carencia.

Existirá un periodo de carencia 60 días a contar desde el día de entrada en vigor de la póliza para aquellos siniestros causados por enfermedad.

También existe carencia de 240 días a contar desde la fecha de entrada en vigor de la póliza para el caso de complicaciones en el embarazo y de 456 días para el caso de parto.

En caso de sufrir bajas de incapacidad temporal sucesivas o consecutivas causadas por distintas patologías no devengará derecho a indemnización si no han transcurrido al menos 30 días desde la fecha en la que se aceptó el primer siniestro.

Si las bajas de incapacidad temporal sucesivas o consecutivas fuesen por la misma causa médica y/o derivada de esta, no devengará derecho a indemnización si no han transcurrido al menos 90 días desde la fecha en la que se aceptó el primer siniestro.

¿Quién recibe el pago?

El propio asegurado.

Y estos pagos, ¿Qué incluyen?

Cobertura	Capital diario asegurado
Ampliación del Baremo	Según Condiciones Particulares

¿Cómo se solicita este pago?

Debes remitir al Asegurador la siguiente documentación:

- Declaración de siniestro.
- El correspondiente parte de baja médica expedido por un médico del Sistema Público de Salud, u Organismo equivalente, con ejercicio de su actividad en España. Será imprescindible que en el parte de baja médica figure la identificación de la enfermedad o del daño causado por el accidente mediante código CIE 10, CIE 11 o código de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) que esté en vigor en el momento de acaecer la incapacidad temporal, así como las causas, antecedentes y fecha de inicio de la enfermedad o de la ocurrencia del accidente y la fecha de alta.
- Justificante de estar dado de alta en el Régimen General de Trabajadores Autónomos u Organismo competente.

Además de la documentación mencionada, Allianz Seguros puede solicitar información adicional tal como informes médicos y/u hospitalarios o visitarte a través de sus servicios médicos para conocer la evolución de su dolencia, interesarse por su estado y, en caso necesario, proponer medidas o actuaciones que permitan la satisfactoria recuperación del Asegurado.

Si Allianz Seguros comprobase que padece una patología diferente a la que motivó el siniestro, tendrá potestad para anular el derecho a percibir la indemnización y se lo comunicará por escrito.

¿Qué sucede si no estás conforme con la decisión del Asegurador?

Tienes un plazo de siete días para comunicar de manera probada que estás en desacuerdo y los motivos.

Si el motivo del desacuerdo son aspectos médicos, tu médico o el que designes y el designado por el Asegurador tratarán de resolver la discrepancia.

En caso de que no se encuentre una solución, se puede nombrar a un tercer médico que decida. Los tres facultativos han de decidir juntos por mayoría de votos en un plazo máximo de 90 días tras el nombramiento del tercer perito y durante dicho periodo, las partes no podrán acudir a la vía judicial correspondiente para la liquidación de las indemnizaciones en litigio.

Cada parte deberá abonar los honorarios de los médicos-peritos que hayan nombrado.

¿Cuándo recibiré el pago?

La indemnización se hará efectiva al Asegurado en un plazo inferior a dos semanas tras la presentación del parte de siniestro y del resto de la documentación necesaria y una vez acreditado ante el Asegurador el derecho a percibir la misma.

Esta indemnización es compatible e independiente de la que pueda percibir el Asegurado por parte de la Seguridad Social.

3. Ampliación cobertura de baremo 365 días

¿Qué se garantiza?

El pago de un capital en caso de que se le diagnostique al asegurado una incapacidad temporal derivada de enfermedad o accidente. Mediante esta cobertura se amplía la garantía de Incapacidad temporal baremada del asegurado en caso de proseguir la situación de incapacidad temporal, se abonará al asegurado, desde el día 31 hasta el día 365, la correspondiente renta determinada

por el baremo, mientras se encuentre en situación de incapacidad temporal total.

¿Cómo se calcula el capital de este pago?

Es el resultado de multiplicar el capital diario asegurado, por el número de días adicionales de incapacidad temporal y el en caso de que continúe la situación de incapacidad temporal, desde el día 31 hasta el día 365, con un máximo de 365 días.

¿Qué se excluye?

El pago de cualquier capital derivado de una incapacidad temporal que esté originada por enfermedades o lesiones que no figuren expresa y específicamente reflejadas en el Baremo.

Quedan expresamente excluidas las indemnizaciones derivadas de:

- Abortos inducidos tanto legal como ilegalmente.
- Todo tipo de enfermedades mentales, salvo las referidas en el Baremo y siempre que éstas requieran hospitalización.
- Los procesos patológicos manifestados exclusivamente por dolores, algias o vértigos que no presenten otros signos objetivos médicamente comprobables ni objetivación clínica.
- Las exclusiones de carácter general recogidas en apartado riesgos excluidos con carácter general.

¿Hasta cuándo me cubre?

Mientras estés dado de alta en el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos de la Seguridad Social u Organismo Competente y no superes los 70 años de edad, siempre que la póliza esté en vigor, y al corriente del pago de primas.

La indemnización máxima es de 365 días consecutivos por toda la duración de la póliza, como garantía complementaria a la cobertura de Incapacidad temporal baremada del asegurado, siempre que se aporte documentación que acredite la persistencia de la situación de incapacidad temporal del asegurado.

La cobertura también cesará en caso de que tu estado pase a ser de invalidez o incapacidad permanente para el ejercicio de tu profesión, o solicites un reconocimiento de dicho estado, o percibas una pensión o indemnización por dicha causa.

¿Existe algún tipo de carencia?

Para los casos de incapacidad temporal derivados de accidente, no se aplicará ningún tipo de carencia.

Existirá un periodo de carencia 60 días a contar desde el día de entrada en vigor de la póliza para aquellos siniestros causados por enfermedad.

También existe carencia de 240 días a contar desde la fecha de entrada en vigor de la póliza para el caso de complicaciones en el embarazo y de 456 días para el caso de parto. En caso de incapacidad temporal sucesivas o consecutivas causadas por distintas patologías no devengará derecho a indemnización si no han transcurrido al menos 30 días desde la fecha en la que se aceptó el primer siniestro.

Si las bajas de incapacidad temporal sucesivas o consecutivas fuesen por la misma causa médica y/o derivada de esta, no devengará derecho a indemnización si no han transcurrido al menos 90 días desde la fecha en la que se aceptó el primer siniestro.

¿Quién recibe el pago?

El propio asegurado.

Y estos pagos, ¿Qué incluyen?

Cobertura

Ampliación del Baremo

Capital diario asegurado

Según Condiciones Particulares

¿Cómo se solicita este pago?

Debes remitir al Asegurador la siguiente documentación:

- Declaración de siniestro.
- El correspondiente parte de baja médica expedido por un médico del Sistema Público de Salud, u Organismo equivalente, con ejercicio de su actividad en España. Será imprescindible que en el parte de baja médica figure la identificación de la enfermedad o del daño causado por el accidente mediante código CIE 10, CIE 11 o código de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) que esté en vigor en el momento de acaecer la incapacidad temporal, así como las causas, antecedentes y fecha de inicio de la enfermedad o de la ocurrencia del accidente y la fecha de alta.
- Justificante de estar dado de alta en el Régimen General de Trabajadores Autónomos u Organismo competente.
- Además de la documentación mencionada, Allianz Seguros puede solicitar información adicional tal como informes médicos y/u hospitalarios o visitarte a través de sus servicios médicos para conocer la evolución de su dolencia, interesarse por su estado y, en caso necesario, proponer medidas o actuaciones que permitan la satisfactoria recuperación del Asegurado.

Si Allianz Seguros comprobase que padece una patología diferente a la que motivó el siniestro, tendrá potestad para anular el derecho a percibir la indemnización y se lo comunicará por escrito.

¿Qué sucede si no estás conforme con la decisión del Asegurador?

Tienes un plazo de siete días para comunicar de manera probada que estás en desacuerdo y los motivos.

Si el motivo del desacuerdo son aspectos médicos, tu médico o el que designes y el designado por el Asegurador tratarán de resolver la discrepancia.

En caso de que no se encuentre una solución, se puede nombrar a un tercer médico que decida. Los tres facultativos han de decidir juntos por mayoría de votos en un plazo máximo de 90 días tras el nombramiento del tercer perito y durante dicho periodo, las partes no podrán acudir a la vía judicial correspondiente para la liquidación de las indemnizaciones en litigio.

Cada parte deberá abonar los honorarios de los médicos-peritos que hayan nombrado.

¿Cuándo recibiré el pago?

La indemnización se hará efectiva al Asegurado en un plazo inferior a dos semanas tras la presentación del parte de siniestro y del resto de la documentación necesaria y una vez acreditado ante el Asegurador el derecho a percibir la misma.

Esta indemnización es compatible e independiente de la que pueda percibir el Asegurado por parte de la Seguridad Social.

4. Intervención quirúrgica

¿Qué se garantiza?

Se garantiza al asegurado el pago de una prestación económica única, a causa de la intervención quirúrgica debido a una enfermedad o accidente que le impida temporalmente el ejercicio de la profesión del Asegurado declarada.

¿Cómo se calcula el capital de este pago?

Su importe se calcula aplicando, al capital asegurado para la cobertura de intervención quirúrgica y el porcentaje que se indica en

la tabla baremo, que aparece en la web <https://www.allianz.es/seguros/empresas/salud-autonomos.html> en función del tipo de intervención quirúrgica practicada al asegurado.

Para los actos médicos no clasificados en el baremo, que pueden ser clasificados en varias especialidades médicas, el criterio se define en la especialidad médica con menor porcentaje del baremo, según criterio médico de Allianz.

Si se llevan a cabo en una sola intervención quirúrgica más de una intervención quirúrgica, se abonará el 100% de la que tenga mayor asignación en Baremo de intervención quirúrgica. En ningún caso la prestación máxima por cada siniestro podrá superar el 100% del capital contratado.

¿Qué se excluye?

Quedan expresamente excluidas las indemnizaciones derivadas de hospitalizaciones por:

- Intervenciones quirúrgicas derivadas de preexistencias y/o relacionadas a las mismas directa o indirectamente.
- Quedan excluidas las intervenciones quirúrgicas estéticas y/o reparadoras, así como las intervenciones quirúrgicas de segundos actos médicos de carácter reparador.
- Abortos inducidos tanto legal como ilegalmente.
- La cobertura de Intervención Quirúrgica está limitada al territorio español, por lo que estará excluido el pago de esta cobertura siempre que no cumpla este requisito.

¿Existe algún tipo de carencia?

Para los casos de intervención quirúrgica derivados de accidente, no se aplicará ningún tipo de carencia.

Se establece una carencia de 60 días a contar desde el día de entrada en vigor de la póliza para aquellos siniestros causados por enfermedad.

También existe carencia de 240 días a contar desde la fecha de entrada en vigor de la póliza para el caso de complicaciones en el embarazo y de 456 días para el caso de parto.

¿Quién recibe el pago?

El propio asegurado.

Y estos pagos, ¿Qué incluyen?

Cobertura	Capital diario asegurado
Intervención quirúrgica	Según Condiciones Particulares

¿Cómo se solicita este pago?

Debes remitir al Asegurador la siguiente documentación:

- Declaración de siniestro.
- Justificante de estar dado de alta en el Régimen General de Trabajadores Autónomos u Organismo competente.

Además de la documentación mencionada, Allianz Seguros puede solicitar información adicional tal como informes médicos y/u hospitalarios o visitarte a través de sus servicios médicos para conocer la evolución de su dolencia, interesarse por su estado y, en caso necesario, proponer medidas o actuaciones que permitan la satisfactoria recuperación del Asegurado.

Si Allianz Seguros comprobase que padece una patología diferente a la que motivó el siniestro, tendrá potestad para anular el derecho a percibir la indemnización y se lo comunicará por escrito.

¿Qué sucede si no estás conforme con la decisión del Asegurador?

Tienes un plazo de siete días para comunicar de manera probada que estás en desacuerdo y los motivos.

Si el motivo del desacuerdo son aspectos médicos, tu médico o el que designes y el designado por el Asegurador tratarán de resolver la discrepancia.

En caso de que no se encuentre una solución, se puede nombrar a un tercer médico que decida. Los tres facultativos han de decidir juntos por mayoría de votos en un plazo máximo de 90 días tras el nombramiento del tercer perito y durante dicho periodo, las partes no podrán acudir a la vía judicial correspondiente para la liquidación de las indemnizaciones en litigio.

Cada parte deberá abonar los honorarios de los médicos-peritos que hayan nombrado.

¿Cuándo recibiré el pago?

La indemnización se hará efectiva al Asegurado en un plazo inferior a dos semanas tras la presentación del parte de siniestro y del resto de la documentación necesaria y una vez acreditado ante el Asegurador el derecho a percibir la misma.

5. Hospitalización del asegurado

¿Qué se garantiza?

El pago de un capital en caso de hospitalización a causa de enfermedad o accidente.

¿Cómo se calcula el capital de este pago?

Es el resultado de multiplicar el capital diario asegurado, por el número de días en los que hayas estado hospitalizado

Se establece una franquicia de 24 horas, es decir, la indemnización se hará efectiva a contar desde el segundo día de internamiento hospitalario.

¿Qué se excluye?

Todo internamiento hospitalario cuyo periodo sea inferior a 24 horas, o que no sea por prescripción médica, ni con fines diagnósticos ni terapéuticos.

Quedan expresamente excluidas las indemnizaciones derivadas de hospitalizaciones por:

- Abortos inducidos tanto legal como ilegalmente .
- La cobertura de Hospitalización está limitada al territorio español, por lo que estará excluido el pago de esta cobertura siempre que no cumpla este requisito.

¿Existe algún tipo de carencia?

Para los casos de hospitalización derivados de accidente, no se aplicará ningún tipo de carencia.

Se establece una carencia de 60 días a contar desde el día de entrada en vigor de la póliza para aquellos siniestros causados por enfermedad.

También existe carencia de 240 días a contar desde la fecha de entrada en vigor de la póliza para el caso de complicaciones en el embarazo y de 456 días para el caso de parto.

¿Quién recibe el pago?

El propio asegurado.

Y estos pagos, ¿Qué incluyen?

Cobertura	Capital diario asegurado
Hospitalización	Según Condiciones Particulares

¿Cómo se solicita este pago?

Debes remitir al Asegurador la siguiente documentación:

- Declaración de siniestro
- Informe de alta hospitalaria, en el que figuren tus datos, así como la fecha de ingreso hospitalario.
- Informe médico facilitado por el centro hospitalario.
- Justificante de estar dado de alta en el Régimen General de Trabajadores Autónomos u Organismo competente.

Además de la documentación mencionada, Allianz Seguros puede solicitar información adicional tal como informes médicos y/u hospitalarios o visitarte a través de sus servicios médicos para conocer la evolución de su dolencia,

interesarse por su estado y, en caso necesario, proponer medidas o actuaciones que permitan la satisfactoria recuperación del Asegurado. En caso de reticencia u oposición por tu parte, Allianz Seguros quedará liberado del pago de la indemnización.

Si Allianz Seguros comprobase que padeces una patología diferente a la que motivó el siniestro, tendrá potestad para anular el derecho a percibir la indemnización y te lo comunicará por escrito.

¿Cuándo recibiré el pago?

La indemnización se hará efectiva al Asegurado en un plazo inferior a dos semanas tras la presentación del parte de siniestro y del resto de la documentación necesaria y una vez acreditado ante el Asegurador el derecho a percibir la misma.

Esta indemnización es compatible e independiente de la que pueda percibir el Asegurado por parte de la Seguridad Social.

6. Allianz Salud y Bienestar

¿Qué me ofrecen?

El acceso a especialistas de Salud y Bienestar con descuentos y/o tarifas especiales.

¿Qué incluye?

El Asegurado podrá acceder a una lista de especialistas relacionados con prestaciones médicas, la promoción de la salud, la prevención, la estética, el cuidado personal, y el bienestar físico y emocional, con unos descuentos y/o tarifas especiales inferiores a los precios de mercado.

- Salud: visitas médicas, pruebas diagnósticas y tratamientos médicos. Desde visitas de medicina general, hasta especialidades como cardiología o ginecología. Y tratamientos médicos complementarios como fisioterapia, homeopatía, estudios genéticos.
- Bienestar: desde ópticas hasta cirugía estética o acupuntura y homeopatía.

Las especialidades que se enumeran son a modo de ejemplo. Puede consultar la lista completa en www.allianzsaludybienestar.es. Allianz podrá modificar las especialidades ofrecidas.

¿Quién puede acceder a la web y prestaciones?

El Asegurado de la póliza. El asegurado podrá acceder, directamente o mediante bonos, y siempre asumiendo el de las especialidades ofrecidas en Allianz Salud y Bienestar.

Se distinguen dos formas de acceso:

- **Acceso directo:** el asegurado consulta en la web www.allianzsaludybienestar.es las tarifas de los centros o profesionales disponibles, solicita cita directamente con el profesional y, al llegar al centro, se identifica con su número de DNI/NIE, para que el proveedor le aplique la tarifa especial de Allianz Salud y Bienestar. Finalmente, el Asegurado paga la prestación al proveedor.
- **Acceso con bono:** en otros casos sin embargo, para disfrutar de algunas especialidades de la **Red de Allianz Salud y Bienestar** es necesario adquirir un bono previamente (con o sin prepagado). Estos bonos se pueden obtener entrando en www.allianzsaludybienestar.es.

Allianz podrá modificar, las prestaciones, especialidades, descuentos y las tarifas incluidas, en Allianz Salud y Bienestar, con el fin de adaptarlos a la demanda asistencial de los asegurados.

¿Hasta cuándo tengo derecho a recibir la prestación?

Hasta que cumplas 70 años, siempre que la póliza esté en vigor, al corriente del pago de primas.

¿Quién me ofrece la prestación?

La prestación la realizará HNA, entidad experta e independiente que cuenta con una red de excelentes profesionales en las especialidades de salud y bienestar.

El Asegurador se reserva el derecho a cambiar de proveedor por otro de coste similar o incluso a anular esta prestación (en este caso, se comunicaría al Tomador del Seguro con al menos dos meses de antelación a la prorrogación de la póliza).

¿Desde qué momento puedo utilizarlo?

A partir del lunes siguiente al día de su contratación de Protección Autónomos.

médico. La Declaración de Salud ha de rellenarse y firmarse de forma veraz, completa y exacta para que el Asegurador, además de identificar al sujeto del contrato, pueda valorar los datos y evaluar el riesgo médico antes de otorgar su consentimiento. Si no se ajustan a la realidad por falsedad u omisión pueden suponer, posteriormente, la imposibilidad de percibir indemnización.

Glosario de términos de tu póliza

¿Qué se considera accidente?

Lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intención del Asegurado.

¿Qué es el Baremo?

Es un documento anexo a la póliza que contiene un listado de enfermedades y lesiones que tienen asignada una duración convencional en días, con arreglo al cual se establecen las indemnizaciones de la garantía de Incapacidad Temporal Baremada.

¿Qué se considera complicación del embarazo?

Toda aquella situación clínica necesitada de asistencia médica cuyo origen, agravamiento o complicación sea consecuencia de la gestación en curso, el parto o el puerperio, independientemente del resultado final de dicha gestación.

¿Qué es la Declaración de Salud?

Cuestionario que ha de cumplimentar el Asegurado, en el que se exponen los datos necesarios para la valoración del riesgo

¿Qué es una enfermedad?

Alteración del estado de salud constatable médicamente y que no es consecuencia de un accidente.

¿Qué es una enfermedad preexistente?

Es aquella que, desde el punto de vista médico, ya existía con anterioridad a la fecha de efecto o alta en el seguro.

¿Qué es la Incapacidad Temporal?

Situación derivada de enfermedad o accidente, cubierta por la póliza, que imposibilita al Asegurado de forma transitoria y total para su actividad profesional.

¿Qué se considera Hospitalización?

Internamiento en centro hospitalario, por un espacio de tiempo superior a 24 horas, por prescripción médica, con fines diagnósticos o terapéuticos.

¿Qué es la Invalidez Permanente?

Entendemos por Invalidez Permanente y Absoluta, el estado fisiológico de disminución irreversible de la capacidad funcional que, una vez consolidadas las lesiones del accidente o enfermedad, te inhabilita por completo, para ejercer, siguiendo los criterios médicos de la Unidad de Valoración de

Incapacidades, toda profesión u oficio.

¿Qué es el periodo de carencia?

Periodo de tiempo, contado a partir de la fecha de efecto de la póliza, para que entren en vigor las coberturas de la póliza. Las enfermedades y lesiones no derivadas de accidente solo tendrán cobertura una vez finalizado el periodo de carencia estipulado.

La carencia no será aplicada en caso de accidente.

¿Qué son los riesgos excluidos?

Aquellas enfermedades o accidentes que no quedan cubiertos en la póliza y que por lo tanto no dan derecho a prestación económica.

beneficiario perciban una indemnización.

¿Qué es CIE10 y CIE11?

Las siglas CIE corresponden a Clasificación Internacional de Enfermedades, cuyo fin es clasificar las enfermedades, afecciones y causas externas de enfermedades y traumatismos.

¿Cuándo será mi domicilio habitual España?

A efectos del seguro, se entenderá que una persona tiene su domicilio habitual en España cuando resida al menos 275 días, durante un año natural, en territorio nacional (no es requisito que esos días sean consecutivos, es decir pueden ser alternos).

¿Cuál es mi profesión?

Actividad habitual, declarada en póliza que, al ejercerla, tiene derecho a recibir una remuneración o salario, y que constituya la fuente principal de ingresos.

¿Qué es un siniestro?

Acaecimiento de los hechos previstos en el contrato y cuyas consecuencias pueden estar cubiertas por las garantías de la póliza. Suceso que puede dar lugar a que el asegurado o el

Riesgos excluidos con carácter general

Quedan excluidos de toda garantía del presente contrato de seguro, y por tanto, no tendrán derecho a indemnización alguna los siguientes hechos causantes:

- Los diagnósticos no recogidos en el Baremo o si se incumplen los requisitos y normas de la póliza o se detecta fraude, ocultación de datos o mala fe por parte del Asegurado.
- Las enfermedades o lesiones consecuencia de actos de guerra declarada o no, invasiones, motines, alborotos, revoluciones o insurrecciones, terrorismo, tumultos o alteraciones de orden público, hechos extraordinarios o catastróficos como terremotos, huracanes, inundaciones, reacción o radiación nuclear, fugas o contaminación radioactiva y epidemias y pandemias oficialmente declaradas.
- Las enfermedades y/o lesiones ocasionadas o acaecidas en estado de alcoholismo, embriaguez, toxicomanía o consumo de drogas o estupefacientes sin prescripción médica. A efectos de esta póliza se considerará estado de embriaguez cuando el grado de alcohol en sangre supere los límites legalmente establecidos para calificar la conducta como delictiva o cuando el Asegurado sea condenado o sancionado por esta causa. Así mismo se considerará que se han consumido sustancias estupefacientes o drogas cuando se detecte su presencia mediante determinación en sangre u orina.
- Los accidentes derivados de la participación del Asegurado en riñas (salvo que el Asegurado haya actuado en legítima defensa) y actos delictivos.
- Situaciones causadas por el propio Asegurado; las lesiones y/o enfermedades derivadas del intento de suicidio o autolesión.
- Pre-existencias a la suscripción del seguro, entendiéndose por las mismas cualquier lesión o defecto constitucional, diagnosticadas al asegurado, de origen anterior a la fecha de efecto de la póliza, y sus consecuencias.
- Los procesos patológicos manifestados exclusivamente por dolores, algias o vértigos que no presenten otros signos objetivos

médicamente comprobables ni objetivación clínica.

- h) Enfermedades psicosomáticas, estrés, ansiedad, depresión, síndrome de fatiga crónica, la fibromialgia, el síndrome del quemado o «burnout», las demencias y/o cualquier otro tipo de trastorno mental.
- i) Todo tipo de enfermedades mentales, salvo las referidas en el Baremo y siempre que éstas requieran de hospitalización.
- j) Cualquier tipo de tratamiento no curativo y cualquiera de sus consecuencias y secuelas al que se someta voluntariamente el Asegurado, como cirugía estética, vasectomía, ligadura de trompas, etc, salvo los que sean consecuencia de enfermedad o accidente.
- k) El tratamiento quirúrgico de la obesidad, incluso con prescripción médica.
- l) Las técnicas de reproducción asistida.
- m) La práctica de navegación submarina o viajes de exploración, la práctica profesional de deportes, así como la práctica con carácter de aficionado de deportes o actividades notoriamente peligrosos y especialmente los siguientes: equitación, esquí en competición, alpinismo, escalada, barranquismo, espeleología, rafting, puenting, lucha, boxeo, artes marciales, inmersiones submarinas, deportes aéreos, automovilismo, motociclismo, rugby, polo, hockey u otro de características similares.
- n) Los accidentes y lesiones derivadas de los accidentes derivados de la conducción por el asegurado de vehículos sin el correspondiente permiso en vigor expedido por la autoridad competente.
- o) Los accidentes y lesiones derivadas de eventos con ganado bravo y los derivados de la participación voluntaria del asegurado en este tipo de eventos.
- p) La utilización de todo tipo de vehículos en entrenamientos, competiciones y acrobacias, así como su uso en vías no asfaltadas o privadas.
- q) Los accidentes y lesiones provocadas durante o a consecuencia del ejercicio o práctica de cualquier deporte como profesional. Se considerará práctica profesional toda aquella que genere una contraprestación económica.

Baremo

El Baremo es un documento que forma parte de la póliza y que contiene el listado de enfermedades y lesiones que tienen asignada una duración convencional en días, con arreglo al cual se establecen las indemnizaciones de la garantía de Incapacidad Temporal Baremada.

Este documento se puede consultar y descargar en <https://www.allianz.es/seguros/empresas/salud-autonomos.html>

Anexo intervención quirúrgica

El anexo tabla intervenciones quirúrgicas es un documento que forma parte de la póliza y que contiene el listado de intervenciones quirúrgicas en donde se indica el % de indemnización que será de aplicación al capital asegurado para la garantía Indemnización por intervención quirúrgica.

Este documento se puede consultar y descargar en <https://www.allianz.es/seguros/empresas/salud-autonomos.html>

Riesgos que son cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros

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

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

Las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en España o en el extranjero,

cuando el asegurado tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el tomador hubiese satisfecho los correspondientes recargos a su favor y se produjera alguna de las siguientes situaciones:

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

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

Resumen de las Normas Legales

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

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

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

2. Riesgos excluidos

- a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
- b) Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.
- c) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- d) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 12/2011, de 27 de mayo, sobre responsabilidad civil por daños nucleares o producidos por materiales radiactivos.
- e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el apartado 1. a) anterior, y en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.
- f) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios de los señalados en el apartado 1.b) anterior.
- g) Los causados por mala fe del asegurado.
- h) Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.
- i) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de "catástrofe o calamidad nacional".

3. Extensión de la cobertura

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

Comunicación de daños al Consorcio de Compensación de Seguros

1. La solicitud de indemnización de daños cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros, se efectuará mediante comunicación al mismo por el tomador del seguro, el asegurado o el beneficiario de la póliza, o por quien actúe por cuenta y nombre de los anteriores, o por la entidad aseguradora o el mediador de seguros con cuya intervención se hubiera gestionado el seguro.
2. La comunicación de los daños y la obtención de cualquier información relativa al procedimiento y al estado de tramitación de los siniestros podrá realizarse:
 - Mediante llamada al Centro de Atención Telefónica del Consorcio de Compensación de Seguros (900 222 665 o 952 367 042).
 - A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (www.consorseguros.es).
3. Valoración de los daños: La valoración de los daños que resulten indemnizables con arreglo a la legislación de seguros y al contenido de la póliza de seguro se realizará por el Consorcio de Compensación de Seguros, sin que éste quede vinculado por las valoraciones que, en su caso, hubiese realizado la entidad aseguradora que cubriese los riesgos ordinarios.
4. Abono de la indemnización: El Consorcio de Compensación de Seguros realizará el pago de la indemnización al beneficiario del seguro mediante transferencia.

Cuestiones fundamentales de carácter general

A este contrato le es de aplicación lo establecido en la ley Contrato de Seguro.

1. Intervinientes:

- 1.1 El **Tomador** del Seguro, que da respuesta a la Solicitud de Seguro para que la Compañía pueda elaborar la póliza, suscribe el contrato y paga las primas.
- 1.2 El **Asegurado**, que realiza la declaración de salud, es la persona sobre cuya existencia e integridad corporal se contrata el seguro y es el titular de los derechos derivados del contrato, si vive.
- 1.3 El **Asegurador** es Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A., que garantiza la realización de las prestaciones previstas en caso de siniestro. También se la denomina "la Compañía".
- 1.4 El **Órgano de Control**, que es la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, que supervisa la actividad del Asegurador en virtud de la competencia que corresponde al Reino de España, Estado miembro del Espacio Económico Europeo. CONSULTA DE LA LEY: Arts. 1º, 7º, 83º a 88º, 99º y 108º.

2. Documentación, formalización y duración del contrato de seguro.

- 2.1 El Asegurador confecciona la póliza de acuerdo con las respuestas a la Solicitud dadas por el Tomador del Seguro y aplica las condiciones y tarifas basándose en las declaraciones hechas por el mismo y el Asegurado, especialmente la declaración de salud si la hubiere, señaladas en este contrato, por lo que las contestaciones del Tomador del Seguro y del Asegurado tienen una importancia fundamental para el buen fin del contrato, que deviene, no obstante, indisputable al cumplir la primera anualidad, excepto en los casos de dolo y de inexactitud de la edad del Asegurado al inicio del seguro.
- 2.2 La póliza reúne, en un solo documento, las Condiciones de su Contrato de Seguro, que fijan los datos propios e

individuales del contrato, determinan su objeto y alcance y recogen las cláusulas que por voluntad de las partes regulan el funcionamiento de la cobertura dentro de lo permitido por la Ley; y también las condiciones, que tratan de los derechos y deberes de las partes relativos al nacimiento, vigencia y extinción del contrato. Además pueden existir los Suplementos, que son modificaciones o aclaraciones hechas de acuerdo con el Tomador del Seguro, cambiando las Condiciones iniciales cuantas veces sea necesario.

- 2.3 El Tomador debe leer y comprobar atentamente los términos y condiciones de su póliza y, en su caso, pedir en el plazo de un mes la rectificación de los posibles errores. Si no lo hace, se estará a lo dispuesto en la póliza.
- 2.4 Si la póliza es conforme, el Tomador del Seguro debe firmarla y hacer que la firme también el Asegurado, si es persona distinta.
- 2.5 El Tomador del Seguro debe pagar la primera prima.
- 2.6 Sólo si se han cumplido los requisitos de firma de la póliza y pago de la prima, el contrato estará debidamente formalizado y en vigor y los siniestros que se produzcan a partir de ese momento tendrán cobertura.
- 2.7 La duración del contrato se fija desde las cero horas del día del inicio del período de cobertura, hasta las cero horas del día de su finalización. El Tomador del Seguro tendrá la facultad de resolver el contrato dentro del plazo de treinta días siguientes a la fecha en que el Asegurador le entregue la póliza o un documento de cobertura provisional. La facultad unilateral de resolución del contrato deberá ejercerse por escrito expedido por el Tomador en el plazo indicado y producirá sus efectos desde el día de su expedición. A partir de esa fecha cesará la cobertura del riesgo por parte del Asegurador y el Tomador del Seguro tendrá derecho a la devolución de la prima que hubiere pagado, salvo la parte correspondiente al tiempo en que el contrato hubiere tenido vigencia.

Cada año, salvo casos especiales, la póliza vence y se prorroga de forma automática. Para que el seguro continúe vigente, el Tomador del Seguro debe pagar la prima correspondiente a la siguiente anualidad. Tiene para ello un plazo de gracia de un mes, transcurrido el cual, si el pago no se ha hecho, la cobertura del Asegurador queda en suspenso, no haciéndose cargo de los siniestros que pudieran ocurrir a partir de ese momento.

Con carácter general para cualquier contrato de seguro cuando el Tomador del Seguro no desee que la póliza se prorrogue a su vencimiento anual deberá avisar con, al menos, un mes de antelación. En caso del Asegurador renuncia expresamente a la ejecución de dicho derecho de oponerse a la prórroga del contrato.

Específicamente para este contrato, si acaecido el siniestro se comprobase que hubo reserva o inexactitud en la declaración del Tomador, la prestación del Asegurador 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.

CONSULTA DE LA LEY: Arts. 1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 8º, 10º, 12º, 14º, 15º, 22º, 83º a), 89º, 90º y 98º 3.

3. Modificación del contrato del seguro.

- 3.1 Para proponer la modificación del contrato, la respuesta del Asegurador debe hacerse, generalmente, en el plazo de dos meses.
- 3.2 Cuando se produce una disminución del riesgo, el Tomador del Seguro tiene derecho, a partir de la próxima anualidad, a la correspondiente disminución de prima.
- 3.3 Cuando se produce un cambio de profesión el Asegurador modificará la prima a partir de la próxima anualidad, de acuerdo al nuevo riesgo o se anulará la póliza en caso de profesiones excluidas en esta modalidad de seguro.
- 3.4 Si se rectifica la edad del Asegurado, el Asegurador modificará la prima a partir de la próxima anualidad, de acuerdo a la edad indicada.

CONSULTA DE LA LEY: Arts. 11º, 12º, 13º, 89º y 90º.

4. Actuación en caso de siniestro.

- 4.1 El Tomador del Seguro, el Asegurado o los Beneficiarios deben comunicar al Asegurador la ocurrencia del siniestro, sus circunstancias y consecuencias inmediatamente y, como máximo, en el plazo de siete días.
- 4.2 Inmediatamente, el Asegurador procurará ponerse de acuerdo con el Asegurado o los Beneficiarios para realizar la prestación.
- 4.3 En todos los casos el Asegurador podrá requerir informes o pruebas complementarias que sea necesario, con gastos a

su cargo.

4.4 Si las características del siniestro lo requieren, el Asegurador designará Perito médico. El Asegurado puede, si lo desea, nombrar el suyo. Cuando una parte no nombre Perito, aceptará el dictamen del Perito nombrado por la otra parte.

CONSULTA DE LA LEY: Arts. 16º, 17º, 18º, 19º, 38º, 39º, 88º y 104º.

5. Otras cuestiones de interés.

Principio de la buena fe.

La Ley prevé diversas situaciones que, cuando se producen van en contra del interés del propio Asegurado, ya que están sancionadas con la nulidad o ineficacia del contrato, o con consecuencias tales como su impugnación, la reducción proporcional de la prestación, la exención de la obligación de realizar la prestación e incluso la reclamación de daños y perjuicios por parte del Asegurador.

En general, tales situaciones se producen cuando el Tomador del Seguro, el Asegurado o el Beneficiario actúan con dolo o mala fe o con culpa grave; cuando el tomador del Seguro y el Asegurado realizan declaraciones incorrectas; especialmente en lo que se refiere a su edad y estado de salud; cuando se ocultan datos y, en resumen, cuando no se respeta el principio de buena fe que sustenta el contrato de seguro.

Comunicaciones entre las partes.

Todas las comunicaciones deben hacerse por escrito, mediante teléfono o por correo electrónico. Tales comunicaciones pueden hacerlas directamente al Asegurador (en su domicilio social o en las sucursales) o bien a través del Corredor de Seguros que medie en el contrato.

El Asegurador se dirigirá al último domicilio que conozca del Tomador del Seguro o del Asegurado, quién tiene la obligación de mantenerlo actualizado.

Prescripción de acciones.

Las acciones para exigir derechos derivados del contrato prescriben a los dos años.

Consultas y aclaraciones sobre incidencias:

Las consultas y aclaraciones se realizarán, de forma verbal o escrita, a elección del Tomador del Seguro o del Asegurado, a través de:

- Centro de Atención al Cliente Telefónico de Allianz 900 300 250 (Todos los días laborables. De lunes a jueves de 8:15 a 19:00 horas y viernes hasta las 18:00 horas. Y del 24 de junio al 11 de septiembre hasta las 18:00 horas).
- También a través de la web www.allianz.es. Línea para Reclamaciones: 900 225 468.

Departamento para la Defensa del Cliente:

Para cualquier queja o reclamación sobre sus derechos e intereses legalmente reconocidos puede usted dirigirse a la compañía, de conformidad con la Orden ECO 734/2004, de 11 de marzo, de los departamentos y servicios de atención al cliente y el defensor del cliente de las entidades financieras, a través de las siguientes vías: C/Tarragona, 109 - 08014, Barcelona - Apartado de correos nº38, 08080 de Barcelona - email: ddc@allianz.es - www.allianz.es, así como en cualquier oficina de la Compañía abierta al público. De conformidad con el Reglamento del Departamento para la Defensa del Cliente que se encuentra a su disposición en la web y en las oficinas de la compañía abiertas al público, la queja o reclamación será resuelta dentro del plazo máximo señalado en este último. Denegada la admisión de la queja o reclamación, desestimada su petición, total o parcialmente, o transcurrido el plazo de dos meses desde la fecha de presentación de la reclamación o queja ante el departamento para la defensa del cliente sin que haya sido resuelta, podrá presentar su queja o reclamación en el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones en Paseo de la Castellana, número 44 28046 Madrid.

Litigios sobre el contrato:

Será Juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro el del domicilio del asegurado de acuerdo con el art. 24 de la Ley de Contrato de Seguro.