



ALLIANZ SEGUROS

Allianz

Vida Riesgo

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

Resumen de coberturas	3
Detalle de coberturas	4
1. FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO	4
2. TESTAMENTO NOTARIAL ONLINE DEL ASEGURADO	6
3. AYUDA FAMILIAR PARA CASOS DE ORFANDAD TOTAL Y ENFERMEDAD CRÍTICA DEL ASEGURADO	7
4. INVALIDEZ PERMANENTE Y ABSOLUTA DEL ASEGURADO	9
5. INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	12
6. ENFERMEDAD GRAVE DEL ASEGURADO	14
Riesgos excluidos con carácter general	17
Valoración de siniestros	18
Glosario de términos de tu póliza	19
Riesgos cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros	21
Cuestiones fundamentales de carácter general	23

Resumen de coberturas

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.

Cobertura	Descripción	Más información
Fallecimiento	El pago de un capital cuando se produzca fallecimiento del Asegurado por cualquier causa. El pago de un capital adicional al anterior en caso de fallecimiento por accidente. El pago de otro capital adicional a los anteriores en caso de fallecimiento por accidente de circulación. El pago de un capital adicional por fallecimiento del Asegurado, por presentación de factura de gastos de sepelio, con el límite máximo establecido. El pago de la cuota tributaria del Impuesto de Sucesiones y Donaciones, derivados del propio seguro, con el límite máximo establecido.	Página 4
Testamento Online	Elaboración o modificación, junto con el apoyo de un abogado, de un testamento notarial online.	Página 6
Ayuda Familiar para casos de Orfandad total y Enfermedad crítica	El pago de un capital adicional a los hijos menores o incapacitados en caso de orfandad por fallecimiento de ambos cónyuges en el mismo accidente. El pago de una renta mensual en caso que al Asegurado se le diagnostique una enfermedad considerada como crítica.	Página 8
Invalidez Permanente y Absoluta	El pago de un capital, con opción de transformar en una renta mensual, en caso de que al Asegurado se le conceda una Invalidez Permanente y Absoluta. El pago de un capital adicional al anterior, con opción de transformar en una renta mensual, en caso que la Invalidez Permanente y Absoluta se produzca por ocurrencia de un accidente. El pago de un capital adicional a los anteriores, con opción de transformar en una renta mensual, en caso que la Invalidez Permanente y Absoluta se produzca por la ocurrencia de un accidente de circulación.	Página 9
Invalidez Permanente Total	El pago de un capital, con opción a transformar en una renta mensual, a cuenta del capital asegurado para fallecimiento, en caso de que al Asegurado se le conceda una Invalidez Permanente Total.	Página 12

Cobertura	Descripción	Más información
Enfermedad Grave	El pago de un capital adicional y el derecho a recurrir a una 2a opinión médica en caso que al Asegurado se le diagnostique una enfermedad definida en póliza como grave.	Página 14
Orientación médica 24 h.	Apoyo y orientación al asegurado y sus familiares (cónyuge e hijos) en la toma de decisiones respecto a su salud. Atención 24 horas al día todos los días del año.	Página 16

Detalle de coberturas

1. FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO

¿Qué se garantiza?

El pago de:

- Un capital al producirse el fallecimiento del Asegurado por cualquier causa tanto natural como accidental y en cualquier lugar del mundo.
- Un capital adicional por fallecimiento del Asegurado, por presentación de factura de gastos de sepelio y hasta el límite correspondiente.
- La cuota tributaria del Impuesto de Sucesiones y Donaciones derivado del propio seguro, según comprobante y hasta el límite correspondiente.
- Un capital adicional al de fallecimiento en caso de fallecimiento por accidente.
- Un capital adicional a los anteriores en caso de fallecimiento por accidente de circulación.

¿Que se considera un accidente?

Se entiende por accidente cualquier causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, incluido el infarto, circunscrito éste a aquellos casos en que la Seguridad Social o la Jurisdicción laboral lo califiquen como accidente de trabajo, sin que se consideren como accidente cualesquiera otras enfermedades, independientemente de su naturaleza.

¿Qué se considera un accidente de circulación?

Un accidente en el uso de:

- La vía pública, como peatón, siempre que el causante sea un vehículo.
- Vehículos terrestres de motor, tanto como conductor como pasajero.
- Bicicletas.
- Embarcaciones de recreo, a vela o a motor.
- Cualquier servicio de transporte público de pasajeros terrestre, en superficie o subterráneo.
- Transporte público de pasajeros, en cualquier línea fluvial, marítima o aérea.

¿Hasta cuándo cubre?

Siempre que el fallecimiento ocurra antes del final de la anualidad de la póliza en la que cumpla los 80 años.

¿Qué se excluye?

El pago de cualquier capital en caso de que el asegurado decidiera poner fin a su vida voluntariamente durante el primer año de vigencia de la póliza.

Y estos pagos, ¿qué incluyen?

Coberturas	Capital
Fallecimiento	Segun condiciones Particulares €
Gastos Sepelio hasta	Segun condiciones Particulares €
Impuesto Sucesiones y Donaciones hasta	Segun condiciones Particulares €
Fallecimiento por accidente	Segun condiciones Particulares €
Fallecimiento por accidente de circulación	Segun condiciones Particulares €

Estos importes se revalorizan según el % indicado en Condiciones Particulares, del importe asegurado en la anualidad anterior.

¿Cómo se solicita este pago?

Hay que dirigirse a Allianz Seguros mediante solicitud expresa, junto con copia del DNI del reclamante, para comunicar de la ocurrencia de la contingencia en un plazo máximo de 7 días y presentar la siguiente documentación:

	Fallecimiento	Fallecimiento por accidente	Fallecimiento por accidente de circulación	Gastos Sepelio	I.S.D
DNI Asegurado	✓	✓	✓		
Certificado del médico	✓	✓	✓		
Certificado literal de la defunción	✓	✓	✓		
Diligencias Judiciales / Informe Médico Forense	✓	✓	✓		
Acta declaración herederos	✓	✓	✓		
Certificado últimas voluntades/ Testamento	✓	✓	✓		
Documentación relativa a los beneficiarios	✓	✓	✓		

	Fallecimiento	Fallecimiento por accidente	Fallecimiento por accidente de circulación	Gastos Sepelio	I.S.D
Factura Gastos Sepelio				✓	
Justificante liquidación ISD					✓

Adicionalmente, el Asegurador puede requerir informes o las pruebas complementarias que considere necesarias, con gastos a cargo de mis beneficiarios.

¿Qué es un certificado del médico?

Es un informe emitido por el médico que ha asistido al Asegurado, indicando el origen, evolución y naturaleza de la enfermedad o el accidente que causó la muerte.

En caso de existir diligencias judiciales, testimonio de las mismas e informe médico forense.

2. TESTAMENTO NOTARIAL ONLINE DEL ASEGURADO

¿Qué se garantiza?

La asistencia online en la elaboración o modificación de un testamento abierto notarial online y, si lo desea, asesoramiento jurídico telefónico en la elaboración de un testamento vital.

¿Qué es un Testamento Abierto Notarial?

Es un documento legal en el que una persona expresa a un notario cuál es su voluntad respecto a la herencia que generará cuando fallezca.

¿Qué es un Testamento Vital?

Es un documento de instrucciones previas que recoge la voluntad de una persona sobre los cuidados y tratamientos médicos que quiere recibir el día que no pueda expresar su voluntad; el destino de su cuerpo y órganos cuando fallezca, y la persona que quiere que le represente si un día no es capaz de decidir.

El Testamento Vital también se denomina, documento de instrucciones previas, documento de voluntades anticipadas o denominaciones similares.

¿Cómo puedo hacer mi Testamento Abierto Notarial?

Un abogado asignado a este servicio asistirá al Asegurado en la redacción de su Testamento Abierto Notarial. El proceso es el siguiente:

1. Me pongo en contacto con el abogado mediante:
Teléfono: 900 150 612 en horario de 9:00h a 20:00h de lunes a viernes no festivos nacionales.
2. Facilitaré la información necesaria para la redacción del testamento.
3. El abogado asignado estudiará el caso y, si es necesario, hará las modificaciones necesarias para adaptar mi voluntad a la ley (dentro del Derecho español, común o foral).
4. Durante todo el proceso puedo consultar con el abogado asignado cualquier cuestión relativa a la redacción de mi testamento.
5. El abogado prepara una propuesta de testamento y concierta hora en una notaría en territorio español y cercana a mi domicilio o a mi lugar de trabajo. En caso que tuviera algún problema físico que me impidiera la movilidad, la firma notarial se efectuaría en mi residencia.

6. En la notaría, acabaré de concretar con el notario la redacción definitiva.
7. El notario efectúa la inscripción en el Registro de Actos de Últimas Voluntades ubicado en España. El notario conservará el testamento original y me expedirá una copia.
8. Puedo realizar una modificación testamentaria anual siempre que se produzca una variación de circunstancias que haga necesario introducir cambios en mi testamento.

¿Qué no incluye?

- El coste, dirección jurídica y asesoramiento de cualquier procedimiento judicial, arbitral o administrativo, tengan o no origen en el testamento o en la eventual sucesión. Se exceptúan de esta no inclusión de servicios los trámites administrativos expresamente incluidos.
- La intervención de notarios o de profesionales jurídicos o informáticos no contratados por ONLYGAL.
- Los gastos de habilitación, viaje, transporte, hospedaje y dietas para acudir o intervenir en la prestación del servicio.
- Los testamentos, actos de voluntad y asesoramiento que deban resolverse por un derecho distinto al español.
- No se prestará el servicio fuera del territorio español ni tampoco ante organismos oficiales ubicados fuera de España.
- Cualquier servicio solicitado una vez se ha extinguido la póliza de Allianz.

¿En que consiste el Asesoramiento jurídico en el Testamento Vital?

Asistencia jurídica realizada telefónicamente por el abogado asignado a este servicio sobre los siguientes aspectos del Testamento Vital:

1. Su contenido y si lo solicito un modelo de documento.
2. El procedimiento de inscripción del documento en mi historia clínica y en el registro de las instrucciones previas, así será de conocimiento en todo el territorio nacional.

¿Qué no incluye?

La emisión de un dictamen escrito y sobre Derecho español o la revisión de documentación.

No se prestará el servicio fuera del territorio español ni tampoco ante organismos oficiales ubicados fuera de España.

¿Quién me ofrece el servicio?

La prestación de los servicios de Testamento Online y Testamento Vital la realizará la empresa independiente ONLYGAL.

El Asegurador se reserva el derecho a anular, suspender o modificar el servicio de forma unilateral, así como cambiar el proveedor del mismo por otro de coste similar. Si procede a anular este servicio se le comunicará al Tomador del seguro con al menos dos meses de antelación a la prorrogación de la póliza.

¿Cuánto me va a costar?

Servicio de Testamento Online gratuito para el Asegurado y que incluye el asesoramiento jurídico, redacción y elevación a público del Testamento abierto, así como del coste de expedición de una copia simple. El servicio de Asesoramiento en la elaboración del Testamento Vital. Cualquier otro gasto derivado de la utilización de este servicio no estará cubierto.

No procederá indemnización o compensación alguna en caso de utilización parcial o no utilización de este servicio, o su prestación por operadores no autorizados por el prestador del servicio.

3. AYUDA FAMILIAR PARA CASOS DE ORFANDAD TOTAL Y ENFERMEDAD CRÍTICA DEL ASEGURADO

¿Qué se garantiza?

En caso de Orfandad Total: El pago de un capital adicional a los hijos menores de 21 años no emancipados o incapacitados

totalmente para el trabajo en caso de fallecimiento simultáneo en el mismo accidente, en cualquier lugar del mundo, de ambos progenitores, adoptantes, tutores o ambos miembros de la pareja de hecho o de derecho inscrita en el Registro de Parejas correspondiente de cada CCAA del beneficiario designado.

En caso de Enfermedad Crítica: El pago de una renta al inicio de cada mes hasta el fallecimiento y, como máximo, en caso de supervivencia durante el tiempo definido en las condiciones particulares de la póliza, en caso de que al Asegurado se le diagnostique una enfermedad crítica en cualquier país del Espacio Económico Europeo.

¿Qué se considera como Enfermedad Crítica?

Entendemos por Enfermedad Crítica, exclusivamente:

Cualquiera de las siguientes situaciones médicamente comprobadas:

- Cáncer o tumor maligno confirmado histológicamente que presenta progresión de la enfermedad tras haber agotado todas las líneas de tratamiento oncológico aplicables (quimioterapia, radioterapia, cirugía y/o terapias dirigidas), según las guías clínicas y protocolos correspondientes, sin respuesta terapéutica favorable.
- Cardiopatía severa, con insuficiencia ventricular refractaria al tratamiento médico, sin posibilidad de mejora mediante intervención quirúrgica ni de ser candidata a trasplante cardíaco. (Corresponde a la Clase IV de la Clasificación de la New York Heart Association NYHA, es decir, insuficiencia cardíaca avanzada con síntomas en reposo).
- Trasplante total de órganos vitales tales como corazón, pulmón o páncreas, o trasplante multiorgánico con elevada probabilidad de rechazo o complicaciones graves que comprometan la vida del asegurado.

¿Y si se prolonga la Enfermedad Crítica?

En caso de supervivencia transcurridos el periodo indicado en condiciones particulares, el Asegurado puede solicitar el abono de una renta voluntaria anticipada mensual, deducible y a cuenta del capital de fallecimiento.

Se pagará hasta el agotamiento del capital de fallecimiento o hasta la propia defunción, en cuyo caso se pagará el capital restante de fallecimiento a los beneficiarios.

¿Hasta cuándo me cubre?

Siempre que la enfermedad crítica o el fallecimiento accidental que da lugar a la orfandad se produzca antes del fin de la anualidad de póliza en que cumpla 80 años.

¿Puedo dejar de pagar primas y seguir asegurado?

Sí, no pagaré las primas de fallecimiento y/o invalidez a partir del momento en que el Asegurador acepte el diagnóstico de Enfermedad.

Crítica y pague la prestación correspondiente y seguiré Asegurado, por el capital descrito en el apartado de fallecimiento.

No quedarían aseguradas las coberturas de Accidentes en caso que estuvieran contratadas.

Y estos pagos, ¿Qué incluyen?

Cobertura	Prestación	Importe
Ayuda Familiar	Capital de Orfandad	Según Condiciones Particulares
	Renta mensual por Enfermedad Crítica(1% del capital de fallecimiento durante 6 meses como máximo, en caso de supervivencia)	Según Condiciones Particulares

Cobertura	Prestación	Importe
	Renta voluntaria anticipada mensual por Enfermedad Crítica, por supervivencia (1% cada inicio de mes a cuenta del capital de fallecimiento, máximo 100 meses)	Según Condiciones Particulares

Estos importes se revalorizan el % indicado en Condiciones Particulares, del importe asegurado en la anualidad anterior.

En el caso del capital de orfandad, no podrá superar en ningún caso los 150.000€.

¿Hasta cuándo me cubre?

Siempre que la enfermedad crítica o el fallecimiento accidental que da lugar a la orfandad se produzca antes del fin de la anualidad de póliza en que cumpla 80 años.

¿Cómo se solicita este pago?

Hay que dirigirse a Allianz Seguros mediante solicitud expresa, junto con copia de DNI del reclamante, para comunicar de la ocurrencia de la contingencia en un plazo máximo de 7 días y presentar la siguiente documentación:

	Enfermedad Crítica	Prórroga Enfermedad Crítica	Orfandad Total
DNI Asegurado	✓		
Certificado del médico	✓		
Escrito del Cliente	✓	✓	
Diligencias Judiciales			✓
Documentos acreditativos beneficiarios			✓

Adicionalmente, el Asegurador puede requerir informes o las pruebas complementarias que considere necesarias, con gastos a mi cargo.

¿Qué es un certificado del médico?

Es un informe del médico que asiste al Asegurado en el que se indique, con detalle de fechas, el diagnóstico de la enfermedad, origen y tratamientos.

4. INVALIDEZ PERMANENTE Y ABSOLUTA DEL ASEGURADO

¿Qué se garantiza?

El pago de:

- El pago de un capital a cuenta del capital de fallecimiento, en caso que al asegurado se le conceda una invalidez permanente y absoluta en cualquier país del Espacio Económico Europeo, con opción de transformar en una renta mensual de un 1% sobre el capital de fallecimiento durante un máximo de 110 meses.
- Un capital adicional, a cuenta del capital asegurado para fallecimiento por accidente. en caso que la invalidez permanente y absoluta se produzca por la ocurrencia de un accidente, con opción de percibirlo en forma de renta mensual también a cargo

del capital de fallecimiento por accidente de un 1% durante un máximo de 110 meses.

- Un capital adicional a los anteriores, a cuenta del capital de fallecimiento por accidente de circulación en caso de que la Invalidez permanente y absoluta se produzca por la ocurrencia de un accidente de circulación, con opción de percibirlo en forma de renta mensual también a cargo del capital de fallecimiento por accidente de circulación de un 1% durante un máximo de 110 meses.

¿Qué se considera un accidente?

Se entiende por accidente cualquier causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, incluido el infarto, circunscrito éste a aquellos casos en que la Seguridad Social o la Jurisdicción laboral lo califiquen como accidente de trabajo, sin que se consideren como accidente cualesquiera otras enfermedades, independientemente de su naturaleza.

¿Qué se considera un accidente de circulación?

Un accidente en el uso de:

- La vía pública, como peatón, siempre que el causante sea un vehículo.
- Vehículos terrestres de motor, tanto como conductor cuanto como pasajero.
- Bicicletas.
- Embarcaciones de recreo, a vela o a motor.
- Cualquier servicio de transporte público de pasajeros terrestre, en superficie o subterráneo.
- Transporte público de pasajeros, en cualquier línea fluvial, marítima o aérea.

¿Qué es la Invalidez Permanente y Absoluta?

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.

Se debe disponer del Certificado correspondiente emitido por la Seguridad Social u Organismo Competente.

¿En qué consiste la renta?

El pago, al inicio de cada mes, de una renta deducible y a cuenta del capital de fallecimiento.

¿Hasta cuándo cobro la renta?

Cobraré la renta como máximo durante 110 meses o hasta que se produzca el fallecimiento, en cuyo caso se pagará el capital pendiente de fallecimiento (será el resultado de restar al capital asegurado por fallecimiento las rentas ya percibidas).

¿Quién recibe el pago?

El propio Asegurado.

¿Hasta cuándo me cubre?

Siempre que la Invalidez Permanente y Absoluta ocurra antes del final de la anualidad de la póliza en la que cumpla los 67 años.

¿Puedo dejar de pagar primas y seguir asegurado?

Sí, como prestación complementaria el Asegurador me liberará del pago de las primas correspondientes a la cobertura de fallecimiento, una vez acepte el diagnóstico de invalidez permanente y absoluta y proceda a pagar la renta.

No quedarían aseguradas las coberturas de Accidentes, Enfermedad Grave en caso que estuvieran contratadas.

¿Qué incluye el pago?

Cobertura	Prestación	Importe
Invalidez permanente y absoluta	El pago de un capital en caso de que al Asegurado se le diagnostique una Invalidez Permanente y Absoluta, con opción de transformar en una renta mensual (de un 1% del capital durante un máximo de 110 meses).	Según Condiciones Particulares
Invalidez permanente y absoluta por accidente	El pago de un capital adicional en caso de que la Invalidez Permanente y Absoluta se produzca por la ocurrencia de un accidente, con opción de transformar en una renta mensual (de un 1% del capital durante un máximo de 110 meses).	Según Condiciones Particulares
Invalidez permanente y absoluta por accidente de circulación	El pago de un capital adicional a los anteriores en caso de que la Invalidez Permanente y Absoluta se produzca por la ocurrencia de un accidente de circulación, con opción de transformar en una renta mensual (de un 1% del capital durante un máximo de 110 meses).	Según Condiciones Particulares

¿Puedo renunciar a la renta y cobrar en forma de capital?

Sí, puedo percibir un capital alternativo equivalente al capital de fallecimiento restante.

¿Cómo se solicita el pago?

Hay que dirigirse a Allianz Seguros mediante solicitud expresa, junto con copia de DNI del reclamante, para comunicar la ocurrencia de la contingencia en un plazo máximo de 7 días y presentar la siguiente documentación:

	Invalidez Permanente y Absoluta	Invalidez Permanente y Absoluta por accidente	Invalidez Permanente y Absoluta por accidente de circulación
DNI Asegurado	✓	✓	✓
Certificado del médico	✓	✓	✓
Resolución INSS	✓	✓	✓
Diligencias Judiciales		✓	✓
Informe Médico Forense		✓	✓

Adicionalmente, el Asegurador puede requerir informes o las pruebas complementarias que considere necesarias con gastos a mi cargo.

¿Qué es un certificado del médico?

Es un informe emitido por el médico que asiste al Asegurado, indicando, con detalle de fechas, el origen, evolución y naturaleza de la enfermedad o accidente en el que se evidencie la Invalidez Permanente y Absoluta.

5. INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL

¿Qué se garantiza?

El pago de:

- El pago de un capital, con opción a transformar en una renta mensual, principal a cuenta del capital de fallecimiento en caso de que me concedan una Invalidez Permanente Total para mi profesión habitual o grado superior de invalidez en cualquier país del Espacio Económico Europeo.
- En caso de producirse una Invalidez Permanente Total sólo será indemnizable el capital correspondiente a la invalidez concedida por la Seguridad Social, no siendo acumulable a esta indemnización los capitales garantizados por grados superiores de invalidez.

¿Qué se considera Profesión Habitual?

Se considera "profesión habitual" la que desempeño como trabajador habitualmente y a la cual dedico mi actividad fundamental o aquélla a la que pudiera ser destinado dentro de mí mismo grupo profesional y declarada en solicitud o documento posterior.

¿Qué es la Invalidez Permanente Total?

Se entiende por Invalidez Permanente Total la situación física irreversible a consecuencia de accidente o enfermedad, originada con posterioridad a la fecha de inicio del contrato e independientemente de la voluntad del asegurado, determinante de la total inaptitud para el mantenimiento del ejercicio de todas o las fundamentales tareas de la profesión declarada y que sea determinada como tal por la Seguridad Social.

¿Qué Invalidez Permanente Total se excluye?

- La Invalidez ocurrida a consecuencia de Enfermedad diagnosticada en los 12 primeros meses desde la fecha de efecto del Contrato.
- La originada con anterioridad a la fecha de inicio del contrato a consecuencia de accidente o enfermedad.
- La ocurrida al Asegurado que le impida desempeñar una profesión distinta a la declarada en el apartado "Datos Identificativos" de la póliza.
- La Invalidez ocurrida al Asegurado en situación de jubilación anticipada, prejubilación o paro, cuando en este último caso no se haya comunicado a la Entidad Aseguradora esta situación.
- La relacionada directa o indirectamente con accidente acaecido o enfermedad padecida con anterioridad a la entrada en vigencia del seguro.
- La Invalidez ocurrida al Asegurado para el ejercicio de una actividad profesional sin estar afiliado a la Seguridad Social o Mutualidad obligatoria sustitutiva.
- La Invalidez causada intencionadamente por el Asegurado.
- La Invalidez derivada de enfermedades como consecuencia del consumo de alcohol, drogas tóxicas o estupefacientes no prescritos.
- La Invalidez producida a consecuencia de un acto de imprudencia temeraria o negligencia grave del Asegurado, declarado así judicialmente, así como los derivados de la participación de éste en actos delictivos, duelos o riñas, siempre que en este último caso no hubiere actuado en legítima defensa o en tentativa de salvamento de personas o bienes.
- La Invalidez Profesional sobrevenida en accidentes ocurridos siendo conductor el asegurado y careciendo del carnet de conducir. Como consecuencia virus VIH.
- Por tratamientos estéticos, curas de adelgazamiento y dietéticas.

¿En qué consiste la renta?

El pago, al inicio de cada mes, de una renta deducible y a cuenta del capital de fallecimiento.

¿Hasta cuándo cobro la renta?

Cobraré la renta como máximo durante 110 meses o hasta que se produzca el fallecimiento, en cuyo caso se pagará el capital pendiente de fallecimiento a los beneficiarios designados.

¿Quién recibe el pago?

El propio Asegurado.

¿Qué incluye el pago?

Cobertura	Prestación	Renta mensual
Invalidez permanente total	El pago de un capital, con opción de transformar en una renta mensual del 1% del capital, a cuenta del capital asegurado para fallecimiento, durante un máximo de 110 meses, en caso de que al Asegurado se le conceda una Invalidez permanente total.	Según Condiciones Particulares

¿Hasta cuándo me cubre?

Siempre que la Invalidez Permanente y Absoluta ocurra antes del final de la anualidad de la póliza en la que cumpla los 67 años.

¿Puedo dejar de pagar primas y seguir asegurado?

Sí, en caso que el capital de fallecimiento e Invalidez Permanente Total sea el mismo, como prestación complementaria el Asegurador me liberará del pago de las primas correspondientes a la cobertura de fallecimiento, una vez acepte el diagnóstico de Invalidez Permanente Total y proceda a pagar la renta.

En el caso de que el capital de fallecimiento sea superior al de Invalidez Permanente Total, la póliza permanecerá en vigor por el capital restante y deberé seguir pagando las primas correspondientes. No quedarían aseguradas las coberturas de Accidentes, Enfermedad Grave en caso que estuvieran contratadas.

Estos importes se revalorizan el % indicado en Condiciones Particulares, del importe asegurado en la anualidad anterior y no podrá superar en ningún caso los 150.000 euros es por asegurado.

¿Cómo se solicita el pago?

Hay que dirigirse a Allianz Seguros mediante solicitud expresa, junto con copia de DNI del reclamante, para comunicar de la ocurrencia de la contingencia en un plazo máximo de 7 días y presentar la siguiente documentación:

Documentación	Invalidez Permanente Total
DNI Asegurado	✓
Certificado del médico	✓
Resolución INSS	✓

Documentación	Invalidez Permanente Total
Diligencias Judiciales	✓
Informe Médico y Forense	

Adicionalmente, el Asegurador puede requerir informes o las pruebas complementarias que considere necesarias con gastos a mi cargo.

¿Qué es un certificado del médico?

Es un informe emitido por el médico que asiste al Asegurado, indicando, con detalle de fechas, el origen, evolución y naturaleza de la enfermedad o accidente en el que se evidencie la Invalidez Permanente Total. En caso de existir diligencias judiciales, testimonio de las mismas.

6. ENFERMEDAD GRAVE DEL ASEGURADO

¿Qué se garantiza?

El pago de un capital y el derecho a recurrir a una 2ª opinión médica en caso de que al Asegurado se le diagnostique una enfermedad definida en póliza como grave.

Servicios Adicionales incluidos en la garantía:

- **2ª opinión médica**
Es un servicio de atención y respuesta a cualquier tipo de información médica relativa a segundos diagnósticos relacionados con Enfermedades Graves.
- **Orientación médica 24**
El acceso al servicio telefónico de orientación médica 24 h con el objetivo de tranquilizarle, informarle y orientarle ofreciendo un consejo médico adecuado para cada caso.

¿Que se considera enfermedad grave?

Entendemos por enfermedad grave, exclusivamente:

- Cáncer, con presencia de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento y dispersión incontrolable de células dañinas y la invasión de tejido normal. Esta noción incluye leucemia, linfomas y la enfermedad de Hodking (Linfogranuloma), quedando excluidos todos los carcinomas "in situ".
- Infarto de miocardio, con muerte o necrosis de parte del músculo cardíaco como resultado de la obstrucción de las arterias coronarias, cuyo diagnóstico deberá basarse en todos y cada uno de los siguientes síntomas:
 - Episodio de dolor pectoral típico.
 - Alteraciones electrocardiográficas nuevas que confirmen la muerte de parte del miocardio.
 - Elevación de enzimas cardíacas.
 - El infarto de miocardio deberá haberse tratado en un hospital.
- Accidente cerebrovascular, con lesión de origen vascular, debida a destrucción de tejido cerebral, causada por trombosis cerebral, embolia o hemorragia que produzcan secuelas neurológicas durante más de 24 horas y que supongan una lesión neurológica permanente.
- Deberá demostrarse mediante los habituales métodos clínicos y scanner cerebral.
- Insuficiencia renal, con fase final del fallo crónico del funcionamiento de ambos riñones, a consecuencia del cual sea necesario proceder a una diálisis peritoneal o hemodiálisis a intervalos regulares de, al menos, una vez por semana.
- Cirugía cardíaca por afección crónica de las arterias coronarias, a corazón abierto, tras la recomendación de un cardiólogo para corregir el estrechamiento u obstrucción de dos o más arterias coronarias con injertos de "by-pass".

- Trasplante de órganos vitales, corazón, pulmón, hígado, páncreas o médula ósea.

¿Quién recibe el pago?

El propio Asegurado.

¿Hasta cuándo me cubre?

Siempre que se diagnostique la Enfermedad Grave antes del final de la anualidad de la póliza en la que cumpla los 67 años.

¿Qué incluye el pago?

Cobertura	Prestación	Capital
Enfermedad Grave	Capital	Según Condiciones particulares

Este importe se revaloriza el % indicado en Condiciones Particulares, del importe asegurado en la anualidad anterior y no podrá superar en ningún caso los 150.000€.

¿Qué documentación necesito para el pago?

Hay que dirigirse a Allianz Seguros mediante solicitud expresa, junto con copia de DNI del reclamante, para comunicar de la ocurrencia de la contingencia en un plazo máximo de 7 días y presentar la siguiente documentación:

Documentación

DNI Asegurado	✓
Certificado del médico	✓

Adicionalmente, el Asegurador puede requerir informes o las pruebas complementarias que considere necesarias, con gastos a mi cargo.

¿Qué es un certificado del médico?

Es un certificado del médico que asiste al Asegurado en el que se indique, con detalle de fechas, el diagnóstico de la enfermedad, origen de la misma y su evolución, acompañando la documentación médica necesaria para determinar con exactitud que la enfermedad se encuadra dentro de las características definidas en la cobertura del seguro.

¿En que consiste la 2ª opinión médica?

Es un servicio de atención y respuesta a cualquier tipo de solicitud de información médica relativa a segundos diagnósticos relacionados con Enfermedades Graves.

¿Qué incluye este servicio?

- Acceso a la opinión de los más reconocidos expertos médicos en Estados Unidos y Europa.
- Apoyo telefónico al paciente, anterior y posterior a la tramitación de la 2ª opinión médica.
- Selección de expertos y centros hospitalarios.
- Asesoramiento en caso de traslado del paciente.
- Seguimiento telefónico del paciente.

¿Quién puede utilizar este servicio?

Como Asegurado de la póliza seré el usuario principal. Además, como usuarios adicionales, podrán utilizar este servicio mi cónyuge y mis hijos menores de 21 años.

¿Cómo se solicita el servicio?

Como usuario autorizado o usuario adicional, llamaré al número de teléfono designado y me identificaré (indicando nombre, apellidos, número de póliza y NIF). Una vez esté identificado, solicitaré el servicio de 2ª opinión médica para que me puedan derivar al equipo médico especialista de este servicio, que me hará un seguimiento.

¿Hasta cuándo tengo derecho a recibir el servicio?

Siempre que se diagnostique la Enfermedad Grave antes del final de la anualidad de la póliza en la que cumpla los 67 años.

¿Quién me ofrece el servicio?

La prestación del servicio de 2ª opinión médica la realizará el proveedor autorizado.

El Asegurador se reserva el derecho a cambiar de proveedor por otro de coste similar o proceder a anular este servicio (en este caso, se comunicará al Tomador del seguro con al menos dos meses de antelación a la prorrogación de la póliza).

¿Cuánto me va a costar?

Es un servicio gratuito por lo que su coste no se me repercutirá en la prima anual.

Orientación médica 24 horas

¿Qué se garantiza?

El acceso al servicio telefónico de orientación médica 24 h con el objetivo de tranquilizarle, informarle y orientarle ofreciendo un consejo médico adecuado para cada caso.

¿Qué incluye este servicio?

- Respuestas a peticiones de información médica en general (consulta sobre enfermedades, síntomas, medicamentos, terminologías e informes de laboratorio, funcionamiento de pruebas médicas).
- Orientación hacia el especialista más indicado según el problema de salud indicado.
- Descarte o detección de síntomas alarmantes, evitando así desplazamientos innecesarios a urgencias a domicilio.
- Seguimiento telefónico del paciente.

¿Quién puede utilizar este servicio?

Como Asegurado de la póliza seré el usuario principal. Además, como usuarios adicionales, podrán utilizar este servicio mi cónyuge y mis hijos menores de 21 años.

¿Cómo se solicita el servicio?

Como usuario autorizado o usuario adicional, llamaré al número de teléfono designado y me identificaré (indicando nombre, apellidos, número de póliza y NIF). Una vez esté identificado, solicitaré el servicio de orientación médica 24 h para que me puedan derivar al equipo médico especialista de este servicio, que me hará un seguimiento.

¿Hasta cuándo tengo derecho a recibir el servicio?

Hasta el final de la anualidad de la póliza en la que cumpla los 67 años.

¿Quién me ofrece el servicio?

La prestación del servicio de orientación médica 24h la realizará la empresa independiente Advance Medical.

El Asegurador se reserva el derecho a cambiar de proveedor por otro de coste similar o proceder a anular este servicio (en este caso, se comunicaría al Tomador del seguro con al menos dos meses de antelación a la prórroga de la póliza).

¿Cuánto me va a costar?

Es un servicio gratuito por lo que su coste no se me repercutirá en la prima anual.

Riesgos excluidos con carácter general

¿Existe algún riesgo no cubierto?

1. En ningún caso, los que se produzcan con ocasión o a consecuencia de:

- a. Situaciones de carácter catastrófico, tales como: Guerra, civil o internacional. Conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra. - Catástrofe o calamidad nacional.
- b. Reacción o radiación nucleares; contaminación radiactiva.
- c. La práctica por el Asegurado de:
 - Deportes aéreos: Paracaidismo, parapente, aeronautica, vuelo sin motor, Ala delta, parapente, paramotor, Vuelo en ultraligeros o avionetas privadas, Salto base o wingsuit. Sin perjuicio de la cobertura de los accidentes que sufra el asegurado ocupando plaza como pasajero en aeronaves utilizadas para el transporte público de pasajeros.
 - Deportes de motor: Motociclismo o karting en competición, Rally, motocross, enduro, Motonáutica (jetski de competición)
 - Deportes acuáticos extremos: Buceo con escafandra (salvo niveles recreativos con límite de profundidad), Surf en grandes olas o kitesurf, Rafting en ríos de alta dificultad.
 - Deportes de montaña y aventura: Escalada o alpinismo por encima de cierta altitud (habitualmente >3.000 m), Espeleología, Barranquismo, puenting, Esquí fuera de pista o snowboard extremo.
 - Deportes de combate o contacto intenso realizados de forma profesional: Boxeo, judo, artes marciales, kickboxing, MMA, Rugby.
 - Competiciones o entrenamientos profesionales. Cualquier deporte practicado a nivel profesional o semiprofesional. Participación en eventos organizados, competiciones deportivas, carreras oficiales.

Los deportes y actividades descritos en la presente póliza podrán quedar amparados por la cobertura contratada, siempre y cuando hayan sido previamente comunicados, valorados y expresamente aceptados por el Asegurador, y consten incluidos en una Cláusula Especial de Práctica Deportiva.

Asimismo, será requisito indispensable que la sobreprima correspondiente haya sido debidamente liquidada por el Tomador. Cualquier otro deporte o actividad recreativa que presente características similares a las contempladas o cuya peligrosidad sea notoriamente elevada, deberá ser igualmente comunicado a la Compañía para su valoración previa, pudiendo el Asegurador aceptar, rechazar o establecer condiciones económicas o técnicas adicionales para su incorporación a la cobertura.

- d. Los accidentes ocurridos por la conducción de vehículos a motor si el Asegurado no disponga del permiso o licencia de conducir en vigor según la legislación vigente, así como siniestros ocurridos conduciendo un vehículo para el cual no se disponga del permiso de la categoría que le habilita para su conducción.
- e. Actividades ilegales o en contra de estipulaciones de los embargos de la ONU o la Unión Europea.
- f. Siniestros en los que el asegurado se encuentre bajo los efectos del alcohol, drogas ilegales, estupefacientes o sustancias psicotrópicas no prescritas médicamente o utilizadas de forma contraria a la prescripción médica. Se considerará que hay embriaguez cuando el grado de alcohol en sangre sea superior al límite permitido por la legislación sobre Tráfico y Circulación vigente en el momento del accidente, o el Asegurado sea sancionado o condenado por esta causa.

g. Los ocasionados a consecuencia de un acto intencionado y/o doloso por parte del Asegurado, así como los derivados de su participación activa en delitos, apuestas, duelos, desafíos o riñas, salvo en los casos de legítima defensa o estado de necesidad.

h. Accidentes ocurridos en regiones inexploradas y/o viajes que tengan carácter de exploración

2. Sin perjuicio de la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros, las consecuencias debidas a:

a. Situaciones de carácter extraordinario, tales como:

- Fenómenos de la naturaleza que tengan tal carácter:
- Inundación.
- Terremoto y maremoto.
- Erupción volcánica.
- Tempestad ciclónica atípica.
- Caída de meteoritos.
- Hechos derivados de:
- Terrorismo.
- Motín.
- Tumulto popular.
- Rebelión.
- Sedición.

b. Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

Valoración de siniestros

Sumas Aseguradas.

El Tomador del Seguro ha establecido las sumas aseguradas en función de las necesidades económicas que, subjetivamente, estima que pueden tener el Asegurado o los Beneficiarios en caso de siniestro y que vienen indicadas en las condiciones particulares del contrato.

Sumas Aseguradas computables en los casos de accidente, invalidez o enfermedad.

Se tomará siempre en consideración la suma asegurada en la fecha de:

1. Ocurrencia del fallecimiento.
2. Declaración del siniestro, en caso de enfermedad crítica o grave.
3. Efecto de la calificación de Invalidez Permanente y Absoluta o Invalidez Permanente Total reconocida por la Unidad de Valoración de Incapacidades.

Glosario de términos de tu póliza

¿Qué es un Certificado Literal de Defunción?

Es un documento oficial que acredita el fallecimiento de la persona, conteniendo todos los datos relativos a la identidad del fallecido y al hecho del fallecimiento.

¿Cómo se solicita?

Se puede solicitar de varias formas:

- Presencial: dirigirse al Registro Civil donde esté inscrito el fallecimiento aportando el D.N.I. de la persona que solicite el certificado.
- Por correo: enviar una carta al Registro Civil indicando claramente el nombre y la dirección postal a la que se vaya a enviar el certificado, haciéndose constar en la solicitud los siguientes datos:
 - Nombre, apellidos, y D.N.I. de la persona que solicita el certificado.
 - Nombre y apellidos del fallecido y lugar y fecha del fallecimiento.
- Por internet: accediendo a la sede electrónica del Ministerio de Justicia.

¿Quién lo puede solicitar?

Puede ser solicitado por cualquier ciudadano que así lo requiera y tenga interés, salvo las excepciones legalmente previstas.

¿Qué son las Diligencias Judiciales?

Es un escrito redactado por el funcionario competente cuyo objeto será dejar constancia de un acto con transcendencia jurídica donde se describan las circunstancias de un accidente y/o fallecimiento acaecido.

¿Cómo se solicitan?

Las Diligencias se inician de oficio tras la comunicación del fallecimiento por parte de los cuerpos y fuerzas de seguridad del estado o por los profesionales de la medicina, cuando existen indicios de la comisión de un posible delito.

¿Qué es un Informe Médico Forense?

Es un informe que auxilia a jueces y tribunales en la administración de justicia, determinando el origen de las lesiones sufridas por un herido o la causa de la muerte mediante el examen de un cadáver.

¿Quién lo realiza?

El profesional médico dependiente del Juzgado.

¿Qué es una Acta de Declaración de Herederos?

Es un documento notarial por el cual se establece el orden sucesorio de una persona difunta que no ha dejado testamento.

¿Quién lo solicita?

Los herederos.

¿Cómo lo solicitan?

Deben acudir al notario o bien al Juez de primera instancia correspondiente al último domicilio del fallecido (acreditado mediante certificado de empadronamiento en el ayuntamiento de que se trate, o mediante presentación del DNI del fallecido).

¿Qué documentación necesitan?

- Certificado de defunción
- Certificado de Últimas Voluntades
- Libro de Familia del causante, y si estuviera casado, certificado de matrimonio. Además se necesitan dos testigos hábiles que no sean parientes interesados en la herencia.

¿Qué es un Certificado registro Últimas Voluntades?

Es un documento que acredita si una persona ha otorgado testamento/s y ante que Notario/s. Se precisa para la realización de cualquier acto sucesorio.

¿Quién lo solicita?

Los herederos.

¿Cómo lo solicitan?

Se efectuará obligatoriamente a través del Modelo 790 que se puede descargar en www.mjusticia.es u obtener gratuitamente en los siguientes lugares:

- Las Gerencias Territoriales del Ministerio de Justicia.
- Registros Civiles.
- En Madrid en la Oficina Central de Atención al Ciudadano.

La solicitud no podrá presentarse hasta transcurridos 15 días hábiles a partir de la fecha del fallecimiento.

¿Qué documentación necesitan?

Es necesario presentar el certificado de defunción original y haber abonado la tasa correspondiente.

¿Qué es la Resolución INSS?

Es un documento que emite el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), donde se determinan:

- Las contingencias causantes de la invalidez permanente, en cualquiera de sus grados.
- El grado de invalidez
- Los efectos económicos.

¿Qué documentación debe presentar un Beneficiario?

La documentación que se requerirá dependerá de la cláusula beneficiaria estipulada en póliza, y en especial:

- D.N.I
- Documento acreditativo donde conste la cuenta bancaria y su titularidad.
- Certificado actual de matrimonio o el certificado de inscripción de la pareja de hecho en el Registro correspondiente.
- Libro de familia o resolución judicial nombrando los tutores.
- Acta de declaración de herederos.

¿Cómo saber cuántos seguros tiene el Asegurado?

Se puede acudir al Registro de Contratos de Seguro con cobertura de fallecimiento, creado en junio de 2007 y donde están identificadas todas las personas que tienen contratado un seguro de vida o accidentes con cobertura de fallecimiento en alguna de las Compañías de Seguros que operan en España.

¿Qué es una urgencia vital?

Por urgencia vital se entiende toda condición clínica que implique riesgo de muerte o secuela funcional grave, de manera que requiere una atención médica inmediata e impostergable. Esta prestación es de obligada atención por cualquier institución de Salud.

¿Quién puede certificar la urgencia vital?

La condición de riesgo de muerte o de secuela funcional grave deberá ser certificada por un médico/cirujano de la unidad de urgencia pública o privada en que el accidentado haya sido atendido.

Riesgos 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 el Consorcio de Compensación de Seguros.

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

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 los 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:
 - a. Mediante llamada al Centro de Atención Telefónica del Consorcio de Compensación de Seguros (900 222 665 o 952 367 042).
 - b. A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (www.consorseguros.es).
- 3. **Valoración de los daños:** La valoración de los daños que resulten indemnizables con arreglo a la legislación de seguros y al contenido de la póliza de seguro se realizará por el Consorcio de Compensación de Seguros, sin que éste quede vinculado por las valoraciones que, en su caso, hubiese realizado la entidad aseguradora que cubriese los riesgos ordinarios.
- 4. **Abono de la indemnización:** El Consorcio de Compensación de Seguros realizará el pago de la indemnización al beneficiario del seguro mediante transferencia bancaria.

Cuestiones fundamentales de carácter general

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

1. Intervinientes:

- a. **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.
- b. **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.
- c. **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".
- d. **El Beneficiario**, persona libremente designada por el Tomador del Seguro y que percibe las prestaciones convenidas para el caso de fallecimiento del Asegurado.
- e. **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:

- a. 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.
- b. 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.
- c. 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.
- d. Si la póliza es conforme, el Tomador del Seguro debe firmarla y hacer que la firme también el Asegurado, si es persona distinta.
- e. El Tomador del Seguro debe pagar la primera prima.
- f. 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.
- g. 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 comprobare 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:

- Para proponer la modificación del contrato, la respuesta del Asegurador debe hacerse, generalmente, en el plazo de dos meses.
- 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.

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

4. Actuación en caso de siniestro:

- 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.
- Inmediatamente, el Asegurador procurará ponerse de acuerdo con el Asegurado o los Beneficiarios para realizar la prestación.
- En todos los casos el Asegurador podrá requerir informes o pruebas complementarias que sea necesario, con gastos a su cargo.
- 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.
- Para no perjudicar los intereses del Asegurado o del Beneficiario, si los trámites se alargaran, a los cuarenta días de la comunicación del siniestro el Asegurador hará un pago provisional, a cuenta de la definitiva prestación, sin perjuicio del cumplimiento de sus obligaciones en materia de los Impuestos sobre la Renta de las Personas Físicas y de Sucesiones y Donaciones.

El pago provisional equivaldrá a la indemnización que, como mínimo, pueda razonablemente deber, a la vista de las circunstancias que en ese momento conozca.

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.

Restricción por sanciones económicas internacionales:

Esta póliza no otorga cobertura ni prestación para ningún negocio o actividad, en la medida que esta cobertura, prestación, negocio o actividad, incluidas las subyacentes, infringieran cualquier ley o regulación de las Naciones Unidas o de la Unión Europea relativa a sanciones económicas, así como cualquier otra normativa relativa a sanciones económicas o comerciales que sea de aplicación.