

## A. Introducción

Varios términos y frases tienen significados específicos a la presente Póliza. Para aclararlo, ciertos términos figuran en letras mayúsculas y su significado se explica en el apartado Definiciones. Si lee una palabra o frase en letras mayúsculas y no está seguro de su significado exacto, consulte el significado en el apartado Definiciones.

Las presentes condiciones generales de la Póliza, la información precontractual, las Condiciones Específicas y cualquier formulario de solicitud utilizado para solicitar el seguro constituyen Su Póliza de Seguro. Dichos documentos deberán leerse de forma conjunta. Los documentos son importantes, por lo que le rogamos que los guarde en un lugar seguro.

El presente Plan de Protección De Pagos ofrece los siguientes tipos de prestaciones distintas:

- un pago único en efectivo en caso de que un Adulto Asegurado sufra una Muerte Accidental;
- un pago único en efectivo en caso de Hospitalización dentro del territorio español de un Adulto Asegurado como consecuencia directa de un Accidente;
- un pago mensual en efectivo en caso de que un Adulto Asegurado no pueda Trabajar debido a una Incapacidad producida tras un Accidente, y
- un pago mensual en efectivo en caso de que un Adulto Asegurado entre en situación de Desempleo y no tenga un Empleo Estable E Indefinido.

Aceptamos proporcionarle la cobertura del seguro descrita en la presente Póliza a las personas aseguradas, siempre que la Prima se pague al vencimiento, y acordemos aceptarla.

Tras haber recibido y sido informado de las presentes condiciones generales, usted y cualquier otro Adulto Asegurado reconoce y acepta la redacción importante resaltada en negrita en los siguientes apartados. "B. Definiciones", "C. Quién puede suscribir esta Póliza", "E. Limitaciones de la cobertura", "F. Qué no está cubierto (exclusiones)", "G. Riesgos extraordinarios", "I. Cuándo termina su cobertura", "J. Plazo del Seguro y Renovación", "K. Pago de su Prima", "L. Cuándo puede cancelar la Póliza", "M. Cuándo podemos cancelar nosotros la Póliza", "N. Cómo notificar un siniestro", "O-1. Revisión de las Condiciones de la Póliza", "O-2. Modificaciones de nombre o dirección del Tomador de la Póliza", "O-4. Información incorrecta y mala praxis deliberada", "O-8. Duplicado de la Póliza" y "R. Protección de datos".

Le recomendamos revise Su cobertura al menos una vez al año para asegurarse de que la presente Póliza sigue satisfaciendo Sus necesidades.

## B. Definiciones

Cuando en Su Póliza aparezcan los siguientes términos o expresiones, tendrán el significado que se indica aquí:

**ACCIDENTE** significa un evento repentino, inesperado y lamentable que se produce mientras la Póliza está en vigor y que se deriva directamente de un medio externo y violento.

**MUERTE ACCIDENTAL** significa la muerte de un Adulto Asegurado como resultado directo de una Lesión Corporal provocada por un Accidente.

**PRESTACIÓN** significa la cuantía por la que el Adulto Asegurado está cubierto en la Póliza. La Prestación o las Prestaciones en efectivo figuran en las Condiciones Específicas.

**BENEFICIARIO DE LA MUERTE ACCIDENTAL** significa la persona con derecho a recibir la Prestación en efectivo en caso de que Usted sufra una Muerte Accidental. Salvo que Usted especifique a otra persona, éste será su sucesor legal. Si algún Adulto Asegurado cubierto en Su Póliza sufre una Muerte Accidental, el Beneficiario será Usted, si está vivo.

**LESIONES CORPORALES** significa daños físicos a un Adulto Asegurado provocados directamente por un Accidente.

**FECHA DE MODIFICACIÓN** es la fecha en que se realizaron cambios en Su Póliza.

**DÍA** significa 24 horas consecutivas.

**PERIODO DIFERIDO** significa el periodo de 30 días que se inicia el primer día de Incapacidad o Desempleo durante el cual el Adulto Asegurado debe estar Incapacitado o Desempleado ininterrumpidamente antes de que se abone la prestación.

**MÉDICO** significa un facultativo médico que esté debidamente autorizado y legalmente capacitado para diagnosticar y tratar enfermedades y lesiones.

**HOSPITAL** es una institución médica reconocida por los seguros sociales oficiales con instalaciones quirúrgicas y de internación de pacientes con atención de enfermería las 24 horas y supervisión de al menos un Médico.

**HOSPITALIZACIÓN/HOSPITALIZADO** significa ser admitido en un Hospital como paciente interno para ser sometido al tratamiento necesario de una Lesión Corporal como resultado directo de un Accidente.

**INCAPACIDAD/INCAPACITADO** significa sufrir una lesión corporal como consecuencia directa de un Accidente que le impide trabajar.

**ADULTO ASEGURADO** es el Tomador de la Póliza y la Pareja del Tomador de la Póliza, si se ha seleccionado la cobertura de la Pareja y se ha pagado la Prima correspondiente.

**LEY DE CONTRATOS DE SEGUROS** significa la Ley 50/1980 de 8 de octubre, sobre Contratos de Seguros.

**DOMICILIO PRINCIPAL** es la dirección principal en la que vive una persona y ha sido elegida como su domicilio principal y está justificada con documentos oficiales.

**TRATAMIENTO NECESARIO** es el tratamiento médico para una Lesión Corporal como resultado directo de un accidente y que mantenga la coherencia con las prácticas médicas actualmente aceptadas.

**PAREJA** significa la persona de edad comprendida entre los 18 y los 64 años en la Fecha de Inicio de la Póliza, y cuyo Domicilio Principal es el mismo que el de Usted, y que o esté casada con Usted, sea Su pareja de hecho o haya estado viviendo con Usted como pareja en el mismo domicilio durante doce meses consecutivos.

**DATOS PERSONALES** significa los datos suministrados por Usted y otras personas que figuran en la Póliza.

**PÓLIZA** significa los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones acordados entre Nosotros para ofrecer Su cobertura de seguro. La Póliza se compone de las condiciones generales, las Condiciones Específicas, la información precontractual y el formulario de solicitud, cuando proceda. Dichos documentos deberán leerse de forma conjunta.

**TOMADOR DE LA PÓLIZA** significa la persona que suscribió el contrato de seguro y que paga la Prima y tiene el derecho legal a cancelar la Póliza o modificar el nivel de cobertura.

**CONDICIONES PREEXISTENTES** significa cualquier enfermedad, trastorno, dolencia, condición natural, proceso degenerativo, condición médica o mental, lesión o discapacidad física, para los cuales el Adulto Asegurado, en cualquier momento en los dos años anteriores a la fecha del Accidente haya:

- a) recibido tratamiento o asesoramiento médico; o
- (b) experimentado los síntomas (diagnosticados o no).

**PRIMA** significa los costes, impuestos y recargos incluidos, que Usted paga cada mes por Su cobertura en virtud de la presente Póliza.

**RESIDENTE** significa tener un Domicilio Principal en España, que viva en dicho país durante al menos siete meses de cada periodo de doce meses, y que tenga una cuenta bancaria española válida o tarjeta de crédito o método de pago españoles, según lo que acordemos en relación con el pago de Primas en dicho país.

**CONDICIONES ESPECÍFICAS** son el documento que forma parte de Su Póliza; incluye información importante específica para Su seguro.

**ESPAÑA** significa todo el territorio bajo la soberanía de España.

**FECHA DE INICIO DE LA COBERTURA** significa el día, mes y año en que Su cobertura comienza tal y como se indica en las Condiciones Específicas.

**DESEMPLEO/DESEMPLEADO** significa una situación en la que se encuentra un Adulto Asegurado cuando pierde su empleo Estable e Indefinido:

- debido a una redundancia colectiva o individual o despido colectivo o individual
- debido al fallecimiento o invalidez del propietario único;
- como consecuencia de un despido improcedente, o
- debido a causas objetivas

**TRABAJO/TRABAJAR** significa desarrollar cualquier tipo de trabajo, operación o actividad remunerados en calidad de empleado, trabajador por cuenta propia o funcionario en virtud de un contrato laboral, ser beneficiario de un sueldo o salario y tributar debidamente en España durante más de 6 meses consecutivos antes de la fecha de la Incapacidad.

**EMPLEO ESTABLE E INDEFINIDO** significa un puesto de trabajo como empleado de más de 30 horas a la semana en virtud de un contrato laboral, ser receptor de un sueldo o salario y tributar debidamente en España durante más de 6 meses consecutivos antes de la Fecha de Inicio y antes de solicitar una prestación por Desempleo.

**NOSOTROS, NOS, NUESTROS o NUESTRAS** se refiere a Advent Insurance PCC Ltd – UIB Cell, el asegurador de esta Póliza.

**USTED, SU y SUS** significa el Tomador de la Póliza.

#### **C. Quién puede suscribir la presente Póliza**

Para suscribir la presente Póliza, Usted y Su Pareja deberán:

- tener entre 18 y 64 años de edad (inclusive) en la Fecha de Inicio de la Cobertura;
- ser Residente en España; y
- en Trabajo

#### **D. Qué coberturas se ofrecen**

##### **i) *Muerte Accidental***

Abonaremos al Beneficiario la Prestación por Muerte Accidental indicada en las Condiciones Específicas si un Adulto Asegurado fallece por Accidente en cualquier lugar del mundo durante la vigencia de esta Póliza.

##### **ii) *Prestación por Hospitalización en España***

Abonaremos al Tomador de la Póliza la Prestación por Hospitalización en España indicada en las Condiciones Específicas si un Adulto Asegurado es Hospitalizado en España como consecuencia directa de un Accidente.

##### **iii) *Prestación por Incapacidad***

Abonaremos al Tomador de la Póliza la Prestación por Incapacidad indicada en las Condiciones Específicas por cada mes continuo después del Periodo Diferido que un Adulto Asegurado esté Incapacitado para trabajar en España.

##### **iv) *Prestación por Desempleo***

Abonaremos al Tomador de la Póliza la Prestación por Desempleo indicada en las Condiciones Específicas por cada mes continuo después del Periodo Diferido que un Adulto

Asegurado ya no tenga Empleo Estable E Indefinido en España y se encuentre en situación de Desempleo.

#### **E. Limitaciones de la cobertura**

##### **Todas las Prestaciones**

- El nivel de Prestaciones que se abonará será el aplicable a la fecha del Accidente o Desempleo.
- Las Prestaciones están sujetas a un importe máximo por Accidente y periodo de Desempleo. Este importe está indicado en las Condiciones Específicas.
- Las Prestaciones también están sujetas a un importe máximo durante la vigencia de una Póliza. Este importe está indicado en las Condiciones Específicas.
- Las Prestaciones para la Pareja son el 50% de las del Tomador de la Póliza.

##### **Prestación por Muerte Accidental**

- Una Muerte Accidental debe ocurrir dentro de los 12 meses siguientes a la fecha del Accidente.

##### **Prestación por Hospitalización**

- El Adulto Asegurado debe ser Hospitalizado en España en el plazo de 90 días desde el Accidente.
- La Hospitalización debe estar prescrita por un Médico y tener una duración mínima de 2 días consecutivos antes de que se abone la Prestación.
- El número máximo de periodos de Hospitalización durante la vigencia de la Póliza es de 3, tras los cuales cesará la cobertura de Hospitalización de la Póliza.
- Podremos recurrir a organizaciones homólogas u otras opiniones médicas profesionales para determinar si la Hospitalización fue:
  - clínicamente necesaria; y
  - coherente con los estándares de atención reconocidos profesionalmente con relación a la calidad, frecuencia y duración.
- El Adulto Asegurado Ingresado deberá recibir el Tratamiento Necesario bajo la atención profesional de un Médico.
  - El Médico deberá proporcionar el Tratamiento Necesario dentro del ámbito de su título.
  - El Médico no podrá ser Usted ni Su Pareja ni el progenitor ni el Hijo ni el hermano o la hermana de Usted o Su Pareja.

##### **Prestación por Incapacidad**

- El Adulto Asegurado debe haber tenido un empleo durante un periodo mínimo de 6 meses consecutivos antes de producirse una Incapacidad que dé lugar a Prestaciones por Incapacidad.
- El Adulto Asegurado debe estar Incapacitado durante el Periodo Diferido completo o más para solicitar Prestaciones por Incapacidad.
- La Incapacidad del Adulto Asegurado debe estar certificada por un Médico.
- Todas las Prestaciones por Incapacidad se abonarán a mes vencido y se prolongarán durante un máximo de 3 pagos mensuales para cada periodo de Incapacidad.
- El número máximo de periodos de Incapacidad durante la vigencia de la Póliza es de 12, tras los cuales cesará la cobertura de Incapacidad contemplada en la Póliza.
- Interrumpiremos el pago de Prestaciones por Incapacidad bajo esta Póliza para cada periodo de Incapacidad cuando el Adulto Asegurado:
  - haya alcanzado la Prestación máxima indicada en las Condiciones Específicas para cada periodo de Incapacidad causado por una Lesión Corporal específica;
  - deje de estar Incapacitado;
  - no facilite justificantes de su Incapacidad continuada; o alcance la edad de sesenta y cinco (65) años, o
  - fallezca.

Una vez hayamos abonado el máximo de 3 pagos para cada periodo de incapacidad, no se abonarán prestaciones adicionales por incapacidad hasta que el Adulto Asegurado haya regresado al trabajo durante un periodo de 6 meses consecutivos.

##### **Prestación por Desempleo**

- El Adulto Asegurado debe haber tenido un Empleo Estable E Indefinido durante un periodo mínimo de 6 meses consecutivos antes de quedar en situación de Desempleo para solicitar Prestaciones por Desempleo.
- El Adulto Asegurado debe estar registrado como desempleado en el Servicio Público de Empleo Estatal (u otro organismo oficial que lo sustituya) y estar disponible y buscar activamente Empleo Estable E Indefinido para recibir las Prestaciones por Desempleo.
- El Adulto Asegurado debe estar recibiendo Prestaciones por Desempleo del Servicio Público de Empleo Estatal para recibir la Prestación por Desempleo del seguro.
- El Adulto Asegurado debe estar Desempleado y no tener un Empleo Estable E Indefinido durante el Periodo Diferido completo o más para poder solicitar las Prestaciones por Desempleo.
- Todas las Prestaciones por Desempleo se abonarán a mes vencido y se prolongarán durante un máximo de 3 pagos mensuales para cada periodo de Desempleo.
- El número máximo de pagos por Desempleo durante la vigencia de la Póliza es de 12, tras los cuales cesará la cobertura de Desempleo contemplada en la Póliza.
- Interrumpiremos el pago de Prestaciones por Desempleo con arreglo a esta Póliza para cada periodo de Desempleo cuando el Adulto Asegurado:
  - haya alcanzado la Prestación máxima indicada en las Condiciones Específicas para cada periodo de Desempleo;
  - deje de estar Desempleado;
  - no facilite justificantes de su situación continuada de Desempleo;
  - alcance la edad de sesenta y cinco (65) años, o
  - fallezca.

Una vez hayamos abonado el máximo de 3 pagos para cada periodo de Desempleo, no se abonarán Prestaciones adicionales por Desempleo hasta que el Adulto Asegurado haya regresado a un puesto de Trabajo Estable E Indefinido durante un periodo de 6 meses consecutivos.

#### *Condiciones Preexistentes*

Únicamente abonaremos la Prestación si la Muerte Accidental, la Hospitalización o la Incapacidad es consecuencia directa de un Accidente. Se tendrán en cuenta las Condiciones preexistentes en el cálculo del importe pagadero en los siguientes casos:

- cuando la Condición preexistente es un impedimento físico y el Accidente aumenta el nivel de impedimento físico;
- si la Condición Preexistente es un factor que contribuye a la reclamación, o
- si la Condición Preexistente aumenta el periodo de tiempo que el Adulto Asegurado pasa Hospitalizado.

Una evaluación médica se convertirá en un porcentaje que se aplicará a la Prestación de la Póliza por pagar. Si el porcentaje calculado es inferior al 25 %, pagaremos la Prestación total.

Obtendremos la evaluación médica de Su Médico. Si no son capaces o no están dispuestos a proporcionar dicha evaluación, obtendremos una evaluación de un Médico independiente.

#### **F. Qué no está cubierto (exclusiones)**

No pagaremos la Prestación en caso de que una Muerte Accidental, Hospitalización o Incapacidad:

- se deba a una enfermedad o infección, y su tratamiento clínico relacionado, aunque la Autoridad Laboral competente lo declare como accidente laboral, salvo que el accidente sea la causa directa
- se deba a una condición de origen natural, un proceso degenerativo o un trastorno médico o mental
- esté causado por suicidio, lesión auto infligida o cualquier acto u omisión intencionado o imprudente que cause lesiones graves o la muerte, tanto si está en plenas facultades mentales como si no
- se deba a la influencia o los efectos de medicamentos o medicación, a menos que los medicamentos o medicación se hayan tomado conforme a las instrucciones del fabricante o de conformidad con las instrucciones de un facultativo médico colegiado

- se deba a la conducción o a estar en control de un vehículo mientras estando bajo la influencia de, o afectado por el alcohol y/o con más alcohol en la sangre/orina del que está permitido en el país en el que se produce el Accidente
- se produzca como resultado de la participación, intento o actuación como cómplice en un acto ilícito de conformidad con la legislación del territorio en el que se produce el Accidente
- sea resultado de conflicto bélico (declarado o sin declarar), invasión, acción militar o disturbios sociales, o se produzca en acto de servicio, formación u operaciones de las fuerzas armadas
- sea el resultado de un procedimiento médico o quirúrgico, a menos que el procedimiento fuese necesario tras un Accidente
- suceda como resultado de un comportamiento que contradiga el consejo médico
- se deba a un Accidente producido como resultado de un riesgo extraordinario (tal como viene definido en la Normativa de Seguros de Riesgos Extraordinarios), que obtendrá cobertura por parte del Consorcio de Compensación
- sea resultado de un Accidente excluido de la Normativa de Seguros de Riesgos Extraordinarios (Consortio).

•  
No pagaremos la Prestación en caso de que la Hospitalización

- se realice en una institución o parte de una institución que opere fundamentalmente como, o para:
  - tratamientos de balnearios de salud, tratamientos de recuperación o como sanatorio o;
  - un centro de rehabilitación, descanso o enfermería o
  - una instalación que proporcione fundamentalmente atención de vigilancia, psiquiátrica, paliativa, educativa o de rehabilitación; o
  - un centro de mayores.
- esté destinada para a la atención y el tratamiento ambulatorio, incluyendo cirugía ambulatoria u observación ambulatoria recibida en un hospital esté destinada a realizar operaciones, tratamientos o servicios no reconocidos como un tratamiento válido por una sociedad médica establecida en España
- realice operaciones, tratamientos o servicios de naturaleza experimental
- esté orientada a tratamientos de rehabilitación, que pueden administrarse para devolver al Adulto sus capacidades físicas o mentales completas.

•  
No abonaremos la Prestación por Desempleo:

- si la situación de Desempleo se debe a su mala conducta, negligencia, incumplimiento de los objetivos o normas estipuladas por el empleador, durante un periodo de prueba o en cualquier caso que sea voluntario
- durante periodos para los que reciba remuneración en lugar de Trabajar durante el periodo de aviso de finalización de empleo;
- si la situación de Desempleo se debe directa o indirectamente a:
  - conflictos bélicos (declarados o no), invasión, intervención militar o disturbios civiles;
  - huelga o conflicto laboral;
- si la situación de Desempleo se produce mientras permanece fuera de España durante un periodo de más de 90 días consecutivos
- si en la fecha inmediatamente anterior a la situación de Desempleo, usted:
  - se dedicaba a una actividad en la que el Desempleo es una situación habitual o recurrente;
  - Trabajaba bajo un contrato laboral o de servicios que le exigía Trabajar habitualmente fuera de España durante más de 12 semanas en cada periodo de 52 semanas anterior a la notificación del siniestro;
  - Trabajaba con un contrato de prácticas o de formación que ya ha finalizado;
  - Trabajaba por cuenta propia, o
  - Trabajaba como funcionario público
- si la situación de Desempleo se produce después de haber alcanzado la edad habitual o legal de jubilación para el sector en el que Trabajaba o si se ha acogido a una jubilación anticipada;

- en caso de que la situación de Desempleo se derive de un despido clasificado como procedente, excepto en casos específicos de despido por causas objetivas;
- en caso de que la situación de Desempleo se derive de un despido improcedente a través de un proceso administrativo de reconciliación con el resultado de una indemnización inferior a la estipulada legalmente;
- en caso de que la situación de Desempleo se derive de Desempleo parcial o un contrato indefinido discontinuado durante los periodos discontinuados;
- en caso de que la situación de Desempleo se derive de un despido sin derecho a Prestación por parte del Servicio Público de Empleo Estatal u otro organismo oficial que lo sustituya

### **G. Riesgos Extraordinarios**

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, y modificado por la Ley 12/2006, de 16 de mayo, el tomador de un contrato de seguro de los que deben obligatoriamente incorporar recargo a favor de la citada entidad pública empresarial tiene la facultad de convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier entidad aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente.

Las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en España y riesgos afectados dentro de este país y también los acaecidos en el extranjero cuando el asegurado tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el tomador hubiese satisfecho los correspondientes recargos a favor del Consorcio y se produjera cualquiera de las siguientes situaciones:

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

#### **1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos**

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

#### **2. Riesgos excluidos**

- Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro;
- 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;
- Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra;
- Los derivados de la energía nuclear,
- Los producidos por fenómenos naturales distintos a los señalados en el artículo 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 directamente por la acción del agua de lluvia
- Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones
- Los causados por mala fe del asegurado;

- 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;
- 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**

La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y sumas aseguradas que se hayan establecido en la póliza a efectos de los riesgos ordinarios.

En caso de siniestro, el asegurado, tomador, beneficiario o sus respectivos representantes legales, directamente o a través de la entidad aseguradora o del mediador de seguros, deberá comunicar, dentro del plazo de siete días de haberlo conocido, la ocurrencia del siniestro, en la delegación regional del Consorcio que corresponda, según el lugar donde se produjo el siniestro. La comunicación se formulará en el modelo establecido al efecto, que está disponible en la página web del Consorcio (<https://www.consorseguros.es/>), o en las oficinas de éste o de la entidad aseguradora, al que deberá adjuntarse la documentación que, según la naturaleza de las lesiones, se requiera.

Si tienen alguna duda en cuanto a cómo completar el formulario de siniestros, por favor contacte al Servicio al Cliente del Consorcio de Compensación de Seguros en 902 222 665.

#### **H. Cuándo comienza su cobertura**

La cobertura comienza a partir de la Fecha de Inicio. Cualquier modificación de la cobertura comienza a partir de la Fecha de Modificación de la Cobertura. Ambas fechas figuran en Sus Condiciones Específicas.

#### **I. Cuándo termina su cobertura**

Toda cobertura en virtud de la presente Póliza termina de manera automática en las siguientes circunstancias, lo que suceda antes:

- en el momento de Su fallecimiento;
- la fecha de renovación tras su 65 cumpleaños;
- si la Prima mensual no se paga en la fecha de vencimiento;
- si la Póliza es cancelada por Usted;
- si la Póliza es cancelada por Nosotros; o
- Usted deja de ser Residente en España.

Si su Póliza incluye cobertura para Su Pareja, Su Pareja cesará de estar cubierta cuando:

- ya no se ajuste a la descripción que figura en el apartado B titulado "Definiciones".
- la renovación posterior a su 65 cumpleaños.
- ha recibido la Prestación máxima bajo la Póliza de acuerdo con lo indicado en las Condiciones Específicas.

#### **J. Plazo del Seguro y Renovación**

Su Póliza tiene una duración mensual y se renueva automáticamente cada mes natural completo tras la Fecha de Inicio de Cobertura de la Póliza, siempre y cuando Usted pague el importe de las Primas que figura en las Condiciones Específicas (o la tasa vigente en el momento de la renovación tras su previa notificación por Nuestra parte) antes de la fecha de vencimiento.

Si Usted no paga la Prima tal como se especifica en el Apartado K, Su Póliza no se renovará.

#### **K. Pago de Su Prima**

La Prima mensual de Su cobertura es la que figura en las Condiciones Específicas de Su Póliza. La Prima incluye impuestos y recargos que se le aplican a Usted en la fecha actual.

Usted comienza el pago de Su cobertura en la fecha de vencimiento de la Prima que figura en Sus Condiciones Específicas; tras ello, Usted la pagará mensualmente el mismo día de cada mes.



Usted deberá notificarnos a la mayor brevedad posible cualquier cambio que implique que una Pareja ya no tenga derecho a la cobertura en Su Póliza, para que no pague de más.

Si Usted no paga la Prima, dispone de 30 días para pagarla, siempre y cuando continúe cumpliendo las condiciones de la Póliza. Si no la paga durante dicho periodo, Su Póliza no se renovará y Nosotros la cancelaremos automáticamente. Si la Prima se paga durante el plazo de 30 días, la cobertura funcionará como si se hubiera pagado en la fecha de vencimiento.

Restableceremos Su Póliza si Usted nos lo solicita y paga la Prima dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que hayamos cancelado la Póliza. No existe cobertura de seguro para siniestros que hayan tenido lugar durante el período después de que la Póliza se haya cancelado y antes de que recibamos Su solicitud para restablecer la Póliza.

Le rogamos tenga en cuenta que: Puede haber otros cargos que Usted deba pagar a Su proveedor de pagos. Si tiene alguna pregunta relacionada con Sus cargos, por favor póngase en contacto directamente con Su proveedor de pagos.

#### **L. Cuándo puede cancelar la Póliza**

Usted podrá cancelar la Póliza en cualquier momento poniéndose en contacto con el Centro de Atención al Cliente, cuyos datos figuran en Sus Condiciones Específicas.

Si, tal como se detalla a continuación en el Apartado O – 1 “Revisión de las Condiciones de la Póliza”, realizamos un cambio en la Prima o en las condiciones generales de Su Póliza y dichos cambios no le parecen razonables, Usted puede cancelar la Póliza. Las modificaciones de la Prima y/o condiciones generales no tendrán validez siempre y cuando la cancelación se realice antes de la Fecha de Modificación indicada en Sus Condiciones Específicas.

Seguirá estando cubierto por la Póliza hasta la próxima fecha de vencimiento de la Prima. No deberán pagarse nuevas Primas.

#### **M. Cuándo podemos cancelar nosotros la Póliza**

Podremos cancelar la Póliza en cualquier momento mediante notificación previa por escrito con una antelación mínima de 2 meses remitida a Su última dirección conocida a partir del final del periodo desde el cual tendría lugar la rescisión de Su Póliza. Hacemos esto para darle el tiempo o la oportunidad de organizar una cobertura sustitutiva si así lo desea.

En Nuestra carta expondremos el motivo de la cancelación. Las razones válidas incluyen, a título enunciativo y no limitativo:

- impago de una Prima de la forma establecida en la condición K anterior;
- cuando, de acuerdo con los términos de la presente Póliza, Usted esté obligado a cooperar con Nosotros, o a enviarnos información o documentación, y no lo haga de forma que afecte sustancialmente a Nuestra capacidad de tramitar una modificación o defender Nuestros intereses. En este caso, podríamos emitir una carta de cancelación y se cancelaría Su Póliza si Usted no cooperara con Nosotros o no Nos facilitara la información o documentación antes del fin del periodo de cancelación; o
- cuando tengamos sospechas razonables de mala praxis deliberada.

#### **N. Cómo notificar un siniestro**

Para notificar un siniestro con arreglo a la Póliza, póngase en contacto con el Centro de Atención al Cliente y solicite un formulario de notificación de siniestro. Le pediremos detalles y cualquier información pertinente que necesitemos para evaluar el siniestro.

Una vez reciba el parte de siniestro, deberá cumplimentarlo y devolvérselo junto con la información indicada a continuación.

Cuando sea posible, el Tomador de la Póliza o su representante deberá enviar junto al parte de siniestro la siguiente documentación en todos los casos de Muerte Accidental, Hospitalización e Incapacidad (no es una lista exhaustiva):

- Una copia de las Condiciones Específicas.

- Informes médicos del hospital.
- Cualquier factura médica o de rayos X en su posesión.
- Una copia de cualquier informe oficial en su posesión relativo al Accidente, como un informe policial del Accidente o un informe sobre salud y seguridad.
- Referencias de prensa, si existen, o cualquier otra información sobre el Accidente.
- Una copia del informe de Accidente de Trabajo facilitado por la Seguridad Social si el Accidente se ha producido en el Trabajo.
- Justificante de que el Adulto Asegurado que ha sufrido una Lesión Corporal se ajusta a la definición de Adulto Asegurado según se detalla en la Sección B – Definiciones. Por ejemplo, un certificado de matrimonio, certificados de nacimiento o documentos de adopción.

Adicionalmente, en caso de Muerte Accidental:

- Una copia del certificado de defunción.
- Un certificado médico que indique la causa exacta del fallecimiento y, si procede, que determine si alguna Condición Preexistente ha sido un factor que ha contribuido a la Muerte Accidental.
- Una prueba de ser el Beneficiario (por ejemplo, una copia de un certificado de nacimiento o matrimonio, una copia de los documentos de adopción, una copia de su documento de identidad, un documento expedido por el notario del Adulto Asegurado fallecido).

Adicionalmente, en caso de Hospitalización:

- El informe de alta del Hospital que indique las fechas y horas de admisión y alta del hospital y el tratamiento suministrado durante la Hospitalización.

Adicionalmente, en caso de Incapacidad: para que la reclamación subsista después del Periodo Diferido y hasta un máximo de 3 pagos para cada periodo de incapacidad, necesitaremos que nos envíe:

- Un justificante de empleo, situación laboral, duración del empleo o cotizaciones a la Seguridad Social.
- Un certificado médico que certifique la Incapacidad. Cualquier correspondencia con organismos oficiales que confirmen la Incapacidad del Adulto Asegurado.

En caso de Desempleo:

- Una copia de las Condiciones Específicas.
- Un ejemplar original del parte de reclamación cumplimentado.
- Prueba de la situación de Desempleo de un puesto estable e indefinido, como por ejemplo, la carta de despido.
- Una copia de toda la documentación que confirma el registro del Adulto Asegurado en el Servicio Público de Empleo Estatal u otro organismo oficial que lo sustituya.
- Prueba de un Empleo estable e indefinido tal y como una copia del contrato de empleo, historial de empleo, cotizaciones a la Seguridad Social y el pago de impuestos.
- Con frecuencia mensual, un extracto bancario que demuestre el cobro mensual, por cualquier medio, por parte del Adulto Asegurado de los importes correspondientes a Prestaciones públicas por su situación de Desempleo que indique su nombre y apellidos, o un documento emitido por el Servicio Público de Empleo Estatal que indique su situación legal de Desempleado.

Solo abonaremos las prestaciones después de recibir los certificados u otros justificantes que le solicitemos.

La persona que puede presentar siniestros con arreglo a su Póliza será normalmente el Tomador de la Póliza, el Beneficiario o el representante autorizado del Tomador de la Póliza. Los datos de contacto se pueden encontrar en sus Condiciones Específicas.

Una vez aceptemos abonar la reclamación, pagaremos las prestaciones en efectivo al Beneficiario con prontitud y cesará nuestra responsabilidad respecto a la persona asegurada.

## **O. Disposiciones generales**

### **1. Revisión de las Condiciones de la Póliza**

Podemos cambiar las condiciones generales de Su Póliza, incluida la cuantía de Su Prima, mediante un aviso por escrito remitido a Su última dirección conocida con una antelación mínima de 2 meses. Si los cambios le parecen razonables, esta Póliza continuará y los términos y condiciones revisadas y/o la Prima revisada entrarán en vigor a partir de la Fecha de Modificación indicada en Sus Condiciones Específicas. Usted podrá cancelar la Póliza si no acepta las condiciones revisadas, tal como se detalla en el Apartado L.

En caso de que le remitamos dicho aviso, expondremos el motivo, por ejemplo:

- responder a los cambios en la legislación;
- cumplir con los requisitos normativos;
- reflejar las nuevas directrices del sector y los códigos de prácticas que aumentan los niveles de protección de los consumidores;
- responder a los cambios en los tipos impositivos o recargos aplicables; o
- reflejar otras subidas legítimas de costes o incrementos o disminuciones de las Prestaciones relacionados con la continuación de los servicios y Prestaciones que le ofrecemos a Usted en virtud de Su Póliza.

### **2. Modificaciones del nombre o la dirección del Tomador de la Póliza**

Usted deberá informarnos de cualquier cambio en Su dirección y/o nombre. Continuaremos comunicándonos con Usted y enviándole notificaciones acerca de Su Póliza a la última dirección conocida y nombre que tengamos de Usted. Asumiremos que habrá recibido toda comunicación y/o notificación acerca de Su Póliza enviadas a Su última dirección conocida.

### **3. Moneda**

Todas las Prestaciones en efectivo y las Primas se pagan en euros.

### **4. Información incorrecta y mala praxis deliberada**

Usted debe tratar razonablemente de ofrecer respuestas completas y precisas a las preguntas que le formulemos al suscribir Nuestra Póliza, realizar cambios o declarar un siniestro. Si tiene alguna duda, póngase en contacto con Nosotros.

Si la información facilitada por Usted no es completa ni exacta:

- Podríamos cancelar Su Póliza y rechazar el pago de cualquier siniestro;
- Podríamos no pagar el siniestro en su totalidad; o
- El alcance de la cobertura podría verse afectado.

Además, si Usted o las personas aseguradas en virtud de la presente Póliza cometen o tratan de cometer fraude en relación con la presente Póliza o con un siniestro, esta Póliza será nula. En este caso, Usted y las personas aseguradas en virtud de la presente Póliza perderán todos los derechos sobre cualesquiera Prestaciones en efectivo y sobre la devolución de las Primas que Usted haya pagado.

### **5. Legislación, idioma y jurisdicción aplicables**

La presente Póliza se regirá por la legislación española y Usted y Nosotros aceptamos someternos a los tribunales de España para resolver cualquier disputa que surja de la misma o en relación con la misma. En cualquier caso, el tribunal competente encargado de resolver cualquier disputa que surja de la presente Póliza o en relación con la misma será el tribunal de la dirección del asegurado. A menos que se acuerde lo contrario, las condiciones generales y demás información relacionada con la presente Póliza estarán en español.

### **6. Quejas**

Nuestro objetivo es ofrecer un servicio excelente a Nuestros clientes. Sin embargo, podría haber ocasiones en las que Usted no se sienta satisfecho con el servicio que ha recibido. En caso de que esto ocurra, ayúdenos a hacer las cosas bien poniéndose en contacto en primer lugar con Nuestro Centro de Atención al Cliente, cuyos datos figuran en Sus Condiciones Específicas.

Siempre intentaremos resolver Su queja al final del día laborable siguiente de la recepción de la queja. Si existen posibilidades de que no nos sea posible resolverla en este periodo de

tiempo, le enviaremos una carta de reconocimiento en la que vendrá resumida Su queja y una fecha en la que prevemos responder a sus preguntas. En el improbable caso de que no hayamos resuelto su queja en un periodo de 8 semanas, le detallaremos la causa del retraso y le aclararemos cuándo prevemos que podremos concluir una resolución final.

Por favor contáctenos si desea que le proporcionemos nuestro procedimiento de quejas por escrito.

Se le enviará una carta con la respuesta final con el fin de satisfacer por completo sus inquietudes.

Si, tras seguir el procedimiento anterior, Usted considera que Su queja aún no ha sido resuelta adecuadamente, podría tener derecho a someter el asunto a una de las siguientes instituciones:

Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Hacienda (“DGSFP”), Paseo de la Castellana 44, 28046 Madrid, Spain.

Teléfono: 90219 11 11 ó 952 24 99 82

Sitio web: <https://www.dgsfp.mineco.es/reclamaciones>

O bien, puede remitir su reclamación a la Oficina del Árbitro de Servicios Financieros de Servicios Financieros en Malta. Puede ponerse en contacto con la Oficina del Árbitro de Servicios Financieros de la siguiente manera:

Office of the Arbiter for Financial Services  
1st Floor  
St Calcedonius Square  
Floriana FRN 1530  
Malta

Teléfono gratuito: 80 072 366

Teléfono: (+356) 21 249 245

Sitio web: <https://www.financialarbiter.org.mt/>

La remisión a la DGSFP no afecta a su derecho a emprender acciones contra nosotros.

## **7. Duplicación de la Póliza**

Tenga en cuenta que, a menos que se acuerde entre Nosotros, Usted solamente tendrá derecho a una cobertura de seguro por una Póliza al mismo tiempo.

## **P. Nuestra dirección y quién nos regula**

Advent Insurance PCC Ltd. – UIB Cell es una compañía de seguros que proporciona productos de seguros generales. Nuestro domicilio social se encuentra en: The Landmark, Level 1, Suite 2, Triq I-Iljun, Qormi, QRM3800, Malta and our company registration number is C52394.

Advent Insurance PCC Limited es una Compañía Protegida autorizada y regulada por la Autoridad de Servicios Financieros de Malta para ofrecer seguros generales. Esto se puede comprobar en el sitio web de la MFSA <https://www.mfsa.mt/>

Los activos de Advent Insurance PCC Ltd – UIB Cell se utilizan para satisfacer las responsabilidades de UIB Cell.

## **R. Información de Protección de Datos**

Nosotros somos los controladores de datos de cualquier información personal que se nos brinde sobre usted como titular de la póliza y otras personas que figuran en la póliza, cotización o reclamo (como se define en la regulación (EU) 2016/679 y cualquier regulación sucesora (EU GDPR)). Es su responsabilidad asegurarse de que todas las personas mencionadas en la póliza sepan quiénes somos y cómo se procesará su información.

Su información personal se utilizará con el fin de proporcionar servicios de seguros: para decidir si podemos ofrecerle un seguro; para administrar su póliza y manejar reclamos.

Conservamos la información personal durante el período necesario para cumplir con los fines establecidos anteriormente y es posible que se nos solicite conservar esta información después de que su póliza haya finalizado por motivos legales, reglamentarios o fiscales.

Podemos compartir su información personal con reaseguradores, socios comerciales y agentes para ayudar a administrar los productos y servicios y cumplir con nuestras obligaciones regulativas/regulatorias. Puede encontrar más información en nuestra Política de Privacidad que se puede ver en línea en <https://adventuibcell.com/es/privacy-policy/>

Según la ley de protección de datos, usted tiene ciertos derechos que debemos informarle. Los derechos disponibles para usted dependen de nuestros motivos para procesar y retener su información.

Tiene derecho a:

- acceder a la información personal que tenemos sobre usted o cualquier otra persona en la póliza
- corregir la información personal que cree que es inexacta o actualizar la información que cree que está incompleta
- hacer que se elimine información personal en determinadas circunstancias
- restringirnos el procesamiento de información personal, bajo ciertas circunstancias
- oponerse a que procesemos información personal, en determinadas circunstancias
- realizar una queja

#### **Información de contacto**

Correo electrónico: [anne.finn@advent.global](mailto:anne.finn@advent.global)

Correo postal: The Landmark, Level 1 Suite 2, Triq I-Iljun, Qormi, QRM3800, Malta

La información que ha solicitado se le facilitará en un formato adecuado a sus necesidades.

Si no podemos resolver la queja a su satisfacción y usted es residente de un estado de la UE / EEE, también tiene derecho a comunicarse con su Autoridad de Protección de Datos local en los detalles a continuación, que es la Autoridad de Supervisión en su estado la cual protege los derechos de personas bajo las actuales regulaciones de GDPR de la UE.

#### **Autoridad local de protección de datos**

Agencia Española de Protección de Datos (AEPD)

C/Jorge Juan, 6

28001 Madrid

Tel: +34 91 266 3517

Fax: +34 91 455 5699

Email: [internacional@aepd.es](mailto:internacional@aepd.es)

Sitio web: <https://www.aepd.es/es>

El aviso de protección de datos completo se puede ver en línea en

<https://adventuibcell.com/es/privacy-policy/> o puede solicitar una copia a nuestro Equipo de Atención al Cliente.