

Términos y Condiciones del Plan de Hospitalización por Accidente

A. Introducción

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

Los presentes Términos y Condiciones 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.

Este Plan de **Hospitalización** por **Accidente** proporciona las siguientes **prestaciones**:

- **prestación** por cada día de **hospitalización** en **España** como resultado directo de un **accidente** en **España** o en **territorio extranjero**
- **prestación** por cada día de **hospitalización** en **territorio extranjero** como resultado directo de un **accidente** en **territorio extranjero**
- **prestación** única en caso de que un **adulto asegurado** o un **hijo asegurado** sufra una **muerte accidental**

Aceptamos proporcionar la cobertura del seguro descrita en la presente **póliza** a las personas aseguradas, siempre que la **prima** se pague al corriente, y acordemos aceptarla.

Tras haber recibido estos Términos y Condiciones, **usted**, y cualquier otro **adulto asegurado** o **hijo asegurado**, reconoce y acepta lo redactado en estos Términos y Condiciones.

Le recomendamos que 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** o **hijo asegurado** como resultado directo de una **lesión corporal** provocada por un **accidente**.

beneficiario de la muerte accidental significa la persona con derecho a recibir la **prestación** 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** y/o **hijo asegurado** cubierto en **su póliza** sufre una **muerte accidental**, el **beneficiario** será **usted**, si está vivo.

prestación significa la cuantía por la que el **adulto asegurado** y el **hijo asegurado** están cubiertos en la **póliza**. La **prestación** o las **prestaciones** figuran en las **Condiciones Específicas**.

lesiones corporales significa daños físicos a un **adulto asegurado** o **hijo asegurado** provocados directamente por un **accidente**.

hijo o hijos significan todos los **hijos** del **adulto asegurado** de hasta 18 años de edad (inclusive) cuyo **domicilio principal** sea el mismo que el **suyo**, o todos los **hijos** del **adulto asegurado** de hasta 22 años (inclusive) que sean estudiantes a tiempo completo.

fecha de modificación es la fecha en que se realizaron cambios en **su póliza**.

día significa 24 horas consecutivas.

médico significa un facultativo médico que esté debidamente autorizado y legalmente capacitado para diagnosticar y tratar enfermedades y lesiones. Dicha persona deberá prestar servicios en el ámbito de su licencia. 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**.

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**.

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.

hijo asegurado o hijos asegurados es un **hijo** o los **hijos**, si se ha seleccionado la cobertura 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.

territorio extranjero hace referencia a Argelia, Andorra, Australia, las Azores, las Bermudas, Bosnia-Herzegovina, Brasil, Canadá, las **Islas del Caribe**, Costa Rica, Egipto, la Unión Europea (salvo España), la Polinesia Francesa, Gibraltar, Guayana, Islandia, Japón, Reunión, Liechtenstein, República de Macedonia, Madeira, Maldivas, Mayotte, México, Mónaco, Montenegro, Marruecos, Nueva Caledonia, Nueva Zelanda, Noruega, San Pedro y Miquelón, San Marino, Serbia, Singapur, Sudáfrica, Corea del Sur, Suiza, Tailandia, Túnez, Turquía, Reino Unido, Estados Unidos de América, Ciudad del Vaticano, Wallis y Futuna.

(Las **Islas del Caribe** son Anguila, Antigua y Barbuda, Aruba, Bahamas, Barbados, Bonaire, las Islas Vírgenes Británicas, las Islas Caimán, Cuba, Curazao, Dominica, República Dominicana, Granada, Guadalupe, Haití, Jamaica, Martinica, Montserrat, Navaza, Puerto Rico, Saba, San Bartolomé, San Eustaquio, San Cristóbal y Nieves, Santa Lucía, St. Maarten, San Martín, San Vicente, Trinidad y Tobago, islas Turcas y Caicos y las Islas Vírgenes de EE.UU.)

pareja significa la persona de edad comprendida entre los 18 y los 65 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 ofrecerle **su** cobertura de seguro. La **póliza** se compone de los Términos y Condiciones, 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** o el **hijo asegurado**, en cualquier momento en los dos años anteriores a la fecha del **accidente**:

- (a) haya recibido tratamiento o asesoramiento médico; o
- (b) haya 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**.

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 65 años de edad (inclusive) en la **fecha de inicio** de la cobertura; y
- ser **residente** en **España**

D. Qué coberturas se ofrecen

i. Prestaciones diarias por hospitalización en España

Pagaremos al **tomador de la póliza** la **prestación** diaria por **hospitalización** en **España** establecida en las **Condiciones Específicas** por cada **día** que un **adulto asegurado** o **hijo asegurado** se encuentre **hospitalizado** en **España** como resultado directo de un **accidente** en **España** o en **territorio extranjero**.

ii. Prestaciones diarias por hospitalización en territorio extranjero

Pagaremos al **tomador de la póliza** la **prestación** diaria por **hospitalización** en **territorio extranjero** establecida en las **Condiciones Específicas** por cada **día** en que un **adulto asegurado** o **hijo asegurado** se encuentre **hospitalizado** en **territorio extranjero** como resultado directo de un **accidente** en **territorio extranjero**.

iii. Prestación por muerte accidental

Pagaremos al Beneficiario de la Muerte Accidental la **Prestación** establecida en las **Condiciones Específicas** por la Muerte Accidental de un Adulto Asegurado o Hijo Asegurado en España o en Territorio Extranjero.

E. Limitaciones de la cobertura

Prestaciones

El nivel de **prestación** será el que se aplique en la fecha del **accidente**.

Hospitalización

Un **médico** deberá ordenar la **hospitalización** durante un mínimo de un **día** completo.

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** o **hijo 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**.

Confinamientos recurrentes – los periodos de Hospitalización adicionales por la misma Lesión Corporal resultante directa del **accidente** original deberán tener lugar dentro del periodo de 90 días a partir del final de la última **hospitalización**. El nivel de **prestación** detallado en las **Condiciones Específicas** será el que se aplique en la fecha del **accidente** original.

Para i. Prestaciones diarias por hospitalización en España

- El **adulto** o **hijo asegurado** deberá ser **hospitalizado** en **España** dentro del periodo de 90 días después del **accidente** en **España** o en **territorio extranjero**.
- Las **prestaciones** se abonarán a partir del primer **día** de **hospitalización**, durante un máximo de 365 **días** de **hospitalización** por **accidente**.

Para ii. Prestaciones diarias por hospitalización en territorio extranjero

- El **adulto** o **hijo asegurado** deberá ser **hospitalizado** en **territorio extranjero** dentro del periodo de 30 **días** después del accidente en **territorio extranjero**.
- Las **prestaciones** se abonarán a partir del primer **día** de **hospitalización**, durante un máximo de 30 **días** de **hospitalización** por **accidente**.

Muerte accidental

Una **muerte accidental** debe ocurrir dentro de los doce meses posteriores a la fecha del **accidente**.

Condiciones preexistentes

Sólo abonaremos las **prestaciones** si la **hospitalización** o **muerte accidental** se produce como resultado directo del **accidente**. Se tomarán en consideración las **condiciones preexistentes** a la hora de calcular el importe en los casos siguientes:

- la **condición preexistente** es un factor que contribuyente al siniestro
- cuando la **condición preexistente** aumenta el periodo de **hospitalización** del **adulto asegurado** o del **hijo asegurado**.

Una evaluación médica se convertirá en un porcentaje que se aplicará a la **prestación** a pagar. Si el porcentaje calculado es inferior al 25 %, abonaremos 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. Exclusiones

No pagaremos la **prestación** en caso de que la **hospitalización** o **muerte accidental**:

- 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 estar bajo la influencia o ser afectado por alcohol, drogas o medicamentos, a menos que las drogas o medicamentos se hayan tomado de acuerdo con las instrucciones del fabricante o de acuerdo con las indicaciones de un médico registrado

- 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.
- suceda en cualquier país que no sea **España o territorio extranjero**
- 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)
- sea para/sea resultado de cualquier tratamiento de rehabilitación que se administre durante la hospitalización con el fin de restaurar completamente las capacidades físicas o mentales del adulto asegurado o del hijo asegurado
- ocurra como resultado directo de la participación del asegurado en una actividad peligrosa incluyendo, entre otras, las siguientes actividades: montañismo o escalada en roca que necesita cuerdas o guías, ala delta, paracaidismo, parapente, paramotor, rappel, puenting, espeleología, pruebas/carreras/conducción en pista y/o velocidad, actividades subacuáticas que requieren el uso de aparatos de respiración artificial, heliesquí, saltos de esquí, esquí fuera de pista y snowboard fuera de pista (es decir, fuera de pista/sendero acondicionado)

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 o 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 asegurado o hijo asegurado** sus capacidades físicas o mentales completas.

G. Riesgos Extraordinarios

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, 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:

- 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, 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.

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 naturales: terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias (incluyendo los embates de mar), erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 135 km/h, y los tornados) y caídas de meteoritos.
- b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
- c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

2. Riesgos excluidos

- a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro;
- b) Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro para el cual no 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 25/1964, de 29 de abril, sobre energía nuclear;
- e) Los producidos por fenómenos naturales distintos a los señalados en el artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, y en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados directamente por la acción del agua de lluvia.
- 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 conforme al artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios;
- 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

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 las pólizas de seguro de vida que, de acuerdo con lo previsto en el contrato, y de conformidad con la normativa reguladora de los seguros privados, generen provisión matemática, la cobertura del Consorcio se referirá al capital en riesgo para cada asegurado,

es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que, de conformidad con la normativa citada, la entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la citada provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

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.

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

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** 70 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** y/o un **hijo asegurado**, **su pareja** o **hijo asegurado** dejarán de estar cubiertos cuando ya no se ajusten a la descripción que figura en el apartado "B. Definiciones".

Su **pareja** dejará de estar cubierta tras la renovación posterior a **su** 70 cumpleaños.

J. Plazo del seguro y renovación

Su **póliza** tiene una duración mensual 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** o un **hijo asegurado** 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 periodo tras la cancelación de su **póliza** 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, 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 **nuestro** Servicio 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 J 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 hacer una reclamación

Para notificar un siniestro conforme a la **póliza**, póngase en contacto con **nuestro** Servicio al Cliente y solicite un formulario de notificación de siniestro. Solicitaremos los detalles y cualquier información relevante que necesitemos para estudiar el siniestro.

Solamente pagaremos la **prestación** si se **nos** facilitan los certificados y cualquier otra prueba que solicitemos.

La persona que puede presentar una reclamación en **su póliza** será normalmente el **tomador de la póliza** o el **beneficiario** o el representante correspondiente del **tomador de la póliza**. En caso de una **muerte accidental** la persona con derecho a recibir la prestación será el **beneficiario** de la **muerte accidental**. Los datos de contacto son los que figuran en **sus Condiciones Específicas**.

Una vez que acordemos el pago de la reclamación, abonaremos cualquier **prestación** al **tomador de la póliza** o al **beneficiario** de la **muerte accidental** con prontitud y cesará **nuestra** responsabilidad respecto a la persona asegurada.

Pagaremos un porcentaje de la reclamación de hasta el 100% de la **prestación**, según el consejo médico que recibamos de un médico registrado independiente sobre la contribución del **accidente** que provocó el evento de la reclamación.

O. Disposiciones generales

1. Revisión de los Términos y Condiciones de la póliza

Podemos cambiar los Términos y Condiciones 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 revisados 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** 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.

Adicionalmente, 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** 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** Servicio 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: 952 24 99 82
Sitio web: dgsfp.mineco.gob.es

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: 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** en un momento dado.

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 l-Iljun, Qormi, QRM3800, Malta. Nuestro número de registro de la compañía es: 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

Si desea ejercer alguno de sus derechos o realizar alguna consulta, disponemos de un responsable de la protección de datos con el que puede ponerse en contacto. de datos con el que puede ponerse en contacto.

Información de contacto:

Correo electrónico: akonewko@arqgroup.com

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

Correo electrónico: internacional@aepd.es

Sitio web: www.aepd.es

El aviso de protección de datos completo se puede ver en línea en <https://adventuibcell.com/es/privacy-policy/> puede solicitar una copia comunicándose con **nuestro** Servicio al Cliente.