

## Términos y Condiciones del Plan de Protección de Pagos

### 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".

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**:

- un pago único en caso de que un **adulto asegurado** sufra una **muerte accidental**
- un pago único en caso de **hospitalización** de un **adulto asegurado** en **España** como consecuencia directa de un **accidente**
- un pago mensual en caso de que un **adulto asegurado** no pueda **trabajar** debido a una **incapacidad** producida tras un **accidente**
- un pago mensual 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 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 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** figuran en las **Condiciones Específicas**.

**beneficiario** 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** 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 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**, 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** 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) Prestación por 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 100% 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. 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 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
- 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 (Consorcio).
- 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 que incluye, 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, 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** 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. 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 **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 los Términos y Condiciones 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 hacer una reclamación**

Para **notificar** un siniestro, póngase en contacto con **nuestro** Servicio 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 al Beneficiario 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 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** 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** 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, los Términos y Condiciones 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](http://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](http://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. **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: [www.mfsa.mt](http://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: [akonewko@arqgroup.com](mailto: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

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

Sitio web: [www.aepd.es/es](http://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 Servicio al Cliente.