

Términos y Condiciones del Plan de Protección Integral

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 Definiciones. Si lee una palabra o frase en negrita y no está seguro de su significado exacto, consulte el significado en el apartado Definiciones.

Los Términos y Condiciones de **su póliza**, la información precontractual, las **Condiciones Específicas** y cualquier formulario de solicitud utilizado para solicitar el seguro constituyen **su póliza**. 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 Protección Integral proporciona las siguientes **prestaciones**:

- un pago único en caso de que un **adulto asegurado** sufra una **muerte accidental**, cuya cuantía dependerá del tipo de **accidente**;
- un pago único en caso de que un **adulto asegurado** sufra una **invalidez absoluta y permanente**, cuya cuantía dependerá del tipo de **accidente**;
- un pago único en caso de que un **hijo asegurado** sufra una **muerte accidental** o una **invalidez absoluta y permanente**.
- **prestaciones** por la suspensión del permiso de conducir del **tomador de la póliza** debido a la pérdida de todos los puntos;
- **prestaciones** para la asistencia a los cursos optativos de formación de seguridad vial y reeducación para recuperar los puntos perdidos del balance inicial del permiso de conducir del **tomador de la póliza**.
- **prestaciones** para la asistencia legal del **tomador de la póliza** respecto a consultas de tráfico y servicios de asesoría.

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

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.

beneficiario significa la persona con derecho a recibir la **prestación** en caso de que **usted** sufra una **muerte accidental** o una **invalidez absoluta y permanente**. 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 o una **invalidez absoluta y permanente**, el **beneficiario** será **usted**, si está vivo.

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**.

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**.

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.

vehículo a motor significa cualquier vehículo que funcione con gasolina, diésel, electricidad o similar debidamente registrado en el Registro de Vehículos de la Dirección General de Tráfico como vehículo para su utilización en vías públicas, y que requiere de su conductor un permiso de conducción en vigor.

pareja significa la persona de edad comprendida entre los 18 y los 80 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.

invalidez absoluta y permanente significa la incapacidad del **adulto asegurado** o **hijo asegurado** de continuar con su trabajo o de obtener un empleo para el cual está capacitado debido a su formación, educación o empleo que con toda probabilidad continuaría haciendo el resto de su vida. La **invalidez absoluta y permanente** debe ser un resultado directo de una **lesión corporal** causada por un **accidente**.

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 realiza en base a 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** 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

nosotros, nos, nuestros o **nuestras** se refiere a Advent Insurance PCC Ltd – UIB Cell, y DAS Seguros, las aseguradoras 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 70 años de edad (inclusive) en la **fecha de inicio** de la cobertura; y
- ser **residentes** en España.

D. Qué coberturas se ofrecen

i) Muerte Accidental debido a Accidentes de Tráfico

Abonaremos las **prestaciones** mostradas en las **Condiciones Específicas** en el apartado **i. muerte accidental** debido a accidentes de tráfico por la **muerte accidental** de un **adulto asegurado** o **hijo asegurado** como resultado directo de:

- una colisión o accidente de un **vehículo a motor** en una vía pública mientras el **vehículo a motor** está en movimiento y operado por sus propios medios o;
- ser atropellado como peatón por un **vehículo a motor** en una vía pública mientras el **vehículo a motor** está en movimiento y operado por sus propios medios.

ii) Muerte Accidental debido a Otros Accidentes

Abonaremos las **prestaciones** mostradas en las **Condiciones Específicas** en el apartado **ii. Muerte Accidental debido a Otros Accidentes** por la **muerte accidental** de un **adulto asegurado** o un **hijo asegurado** que no esté cubierto bajo la cobertura **i. Muerte Accidental por Accidente de Tráfico**.

iii) Invalidez Absoluta y Permanente debido a Accidentes de Tráfico

Abonaremos las **prestaciones** mostradas en las **Condiciones Específicas** en el apartado **iii. Invalidez Absoluta y Permanente debido a Accidentes de Tráfico** por la **invalidez absoluta y permanente** de un **adulto asegurado** o un **hijo asegurado** como resultado directo de:

- una colisión o accidente de un **vehículo a motor** en una vía pública mientras el **vehículo a motor** está en movimiento y operado por sus propios medios o;
- ser atropellado como peatón por un **vehículo a motor** en una vía pública mientras el **vehículo a motor** está en movimiento y operado por sus propios medios.

iv) Invalidez Absoluta y Permanente debido a Otros Accidentes

Abonaremos las **prestaciones** mostradas en las **Condiciones Específicas** del apartado **iv. Invalidez Absoluta y Permanente debido a Otros Accidentes** por la **invalidez absoluta y permanente** de un **adulto asegurado** o un **hijo asegurado** la cual no esté cubierta bajo la cobertura **iii. Invalidez Absoluta y Permanente debido a Accidentes de Tráfico**.

v) Retirada temporal del Permiso de Conducir

Si el **tomador de la póliza** recibe una multa o se le suspende o se rescinde el permiso de conducir de vehículos a motor temporalmente por una orden administrativa debido a una infracción de las leyes de conducción y circulación por parte del **tomador de la póliza**, o debido a una sentencia final como resultado de un **accidente** de tráfico debido a una imprudencia, falta o negligencia por parte del **tomador de la póliza**, la **prestación** especificada del apartado **v). Retirada temporal del Permiso de Conducir** de las **Condiciones Específicas** será abonada por un máximo de 6 meses. El número de cuotas

mensuales durante las cuales se recibirán las prestaciones coincidirá con el período en el cual el permiso de conducir indicado en la sentencia final o en la decisión gubernamental fue rescindido, siempre y cuando no exceda el tiempo límite especificado en las Condiciones Específicas.

vi) **Costes por asistir al Curso Optativo de Seguridad vial y Reeducación para Recuperar los Puntos perdidos del balance inicial del Permiso de Conducir**

Abonaremos al **tomador de la póliza** el coste del curso opcional de recuperación parcial de ciclo formativo de 12 horas establecido reglamentariamente por cada 12 meses consecutivos de seguro hasta la cantidad máxima indicada en la Parte vi) de las Condiciones Específicas.

vii) **Asistencia Legal**

Proporcionaremos asistencia legal telefónica al **tomador de la póliza** ante cualquier eventualidad que pueda surgir en relación con el tráfico y la circulación de los **vehículos a motor** que requieran el consejo de un abogado. La consulta será atendida de forma verbal por un abogado que orientará al **tomador de la póliza** para la mejor defensa de sus derechos sin emitir un informe por escrito.

E. Limitaciones de la cobertura

Prestaciones

- El nivel de prestación será aquel que aplique en la fecha del **accidente**.
- Las **prestaciones** i), ii), iii) y iv) descritas anteriormente están cubiertas a nivel mundial.
- Las **prestaciones** v), vi) y vii) descritas anteriormente solo están cubiertas en **España**.
- Las **prestaciones** por una **invalidez absoluta y permanente** no serán pagaderas una vez que el **adulto asegurado** llegue a la edad de sesenta y cinco (65) años.
- La **invalidez absoluta y permanente** ha de estar certificada por un **médico** y regida por una sentencia final de la Autoridad Laboral Competente.
- **Accidentes** de tráfico: solo abonaremos las prestaciones de la sección i) *Muerte Accidental debido a Accidentes de Tráfico*, o de la sección iii) *Invalidez Absoluta y Permanente debido a Accidentes de Tráfico*. No se abonarán prestaciones por ambas secciones de la **póliza**.
- Otros **accidentes**: solo abonaremos las Prestaciones de la sección ii) *Muerte Accidental debido a Otros Accidentes*, o de la sección iv) *Invalidez Absoluta y Permanente debido a Otros Accidentes*. No se abonarán **prestaciones** por ambas secciones de la **póliza**.
- *Retirada temporal del Permiso de Conducir*
 - Las **prestaciones** de la sección v) *Retirada temporal del Permiso de Conducir* están limitadas a un máximo de seis meses;
 - Las **prestaciones** de la sección v) *Retirada temporal del Permiso de Conducir* están limitadas a un máximo de tres meses por la retirada de un permiso de conducir como resultado de un resultado positivo en una prueba de alcoholemia.
- *Curso de formación para el Tomador de la Póliza de cara a recuperar puntos*
 - Las **prestaciones** de la sección vi) *Costes por Asistir al Curso Optativo de Seguridad Vial y Reeducación* se abonarán siempre y cuando, al comienzo de la **póliza**, **usted** tuviera todos los puntos de **su** permiso de conducir y no estuviera envuelto en ninguna demanda debido a infracciones de tráfico criminales o administrativas que pudieran conllevar una pérdida parcial o absoluta de los puntos de **su** permiso de conducir.

Periodo de tiempo

- Una **muerte accidental** o **invalidez absoluta y permanente** debe ocurrir dentro de los 12 meses siguientes a la fecha del **accidente**.
- El **adulto asegurado** o el **hijo asegurado** debe sobrevivir durante 90 días después de la fecha del **accidente** para recibir la prestación de **invalidez absoluta y permanente**; sino, se le abonará la prestación de **muerte accidental**.

Condiciones preexistentes

Solo abonaremos la prestación si la Muerte Accidental o la **invalidez absoluta y permanente** es un resultado directo del **accidente**. Se tendrán en cuenta las condiciones preexistentes a la hora de calcular la cantidad pagable en los siguientes casos:

- cuando la **condición preexistente** sea una discapacidad física y el Accidente aumente el nivel de dicha discapacidad; o
- cuando la **condición preexistente** sea un factor contribuyente al siniestro.
-

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 %, 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 una Muerte Accidental o **invalidez absoluta y permanente**:

- se deba a una enfermedad o infección, 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**
- 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)
- 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 requieran el uso de aparatos de respiración artificial, heliesquí, saltos de esquí, esquí fuera de pista y snowboard fuera de pista (es decir, fuera de la pista/sendero acondicionado)

No abonaremos la **prestación** si la retirada temporal de un permiso de conducir es:

- debida a multas o penalizaciones provenientes de violaciones de tráfico criminales o administrativas por el hecho de conducir o **llevar** a cabo actividades durante periodos de suspensión o espera. No se abonarán Prestaciones en el caso de que el **tomador de la póliza** cometa alguna violación de tráfico criminal o administrativa;
- debida al hecho de que el **accidente** haya sido causado de forma intencionada, independientemente de su estado mental y, por consiguiente, se haya retirado **su** permiso de conducir por una sentencia final de haber cometido un crimen contra la seguridad vial o cualquier acto intencional o criminal.

No abonaremos la **prestación** por el coste de asistir al curso optativo sobre seguridad vial y reeducación si:

- al comienzo de su **póliza usted** no tiene todos los puntos o está envuelto en alguna demanda debido a infracciones de tráfico criminales o administrativas que pudieran llevar a una pérdida parcial o absoluta de los puntos de **su** permiso de conducir.

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 distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros
- c) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra
- d) los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 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 catástrofe o calamidad nacional

3. Extensión de la cobertura

La cobertura de los riesgos extraordinarios incluirá 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 80 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 Definiciones.

Su **pareja** dejará de estar cubierta tras la renovación posterior a su 80 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 tengan derecho a la cobertura en **su póliza**, para que no se pague de más por la **prima**.

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 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 los Términos y Condiciones 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

1. Siniestros bajo las secciones *i) a iv) Muerte Accidental debido a Accidentes de Tráfico y Otros Accidentes e Invalidez Absoluta y Permanente debido a Accidentes de Tráfico y Otros Accidentes*

Para notificar un siniestro bajo las secciones i), ii), iii) y iv) de la **póliza**, por favor póngase en contacto con el Servicio al Cliente de Advent Insurance PCC Ltd – UIB Cell y pida 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 notificar un siniestro en **su póliza** será normalmente el **tomador** de la **póliza** o el **beneficiario** o el representante correspondiente del **tomador de la póliza**. 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 **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.

2. Los siniestros bajo las secciones v) a vii) Retirada temporal del Permiso de Conducir, Costes por asistir al curso optativo de seguridad vial y reeducación para recuperar puntos perdidos del balance inicial del Permiso de Conducir y Asistencia Legal

Para notificar un siniestro bajo las secciones v), vi) y vii) de la **póliza**, por favor, póngase en contacto con el Servicio al Cliente de DAS Seguros y pida un formulario de notificación de siniestro. Los datos de contacto son los que figuran en las **Condiciones Específicas**.

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 efectuar una reclamación respecto a la misma. Si tiene alguna duda, póngase en contacto con **nosotros**.

Si la información facilitada por **usted** no es completa y exacta:

- Podríamos cancelar **su póliza** y rechazar el pago de cualquier reclamación
- 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 una reclamación, 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. Si esto ocurre, ayúdenos a hacer las cosas bien poniéndose en contacto con **nuestro** Servicio al Cliente, cuyos datos figuran en **sus Condiciones Específicas**.

Para quejas relacionadas con la administración de **su póliza** o de las secciones i), ii), iii) y iv), póngase en contacto con Advent Insurance PCC Ltd – UIB Cell, cuyos datos de contacto se muestran en las **Condiciones Específicas**. Para quejas relacionadas con las secciones v), vi) y vii), póngase en contacto con DAS Seguros, cuyos datos de contacto se muestran en las **Condiciones Específicas**.

Para Advent Insurance PCC Ltd – UIB Cell

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.

Para DAS Seguros

Seremos los responsables de tratar la queja con rapidez y profesionalidad y, en cualquier caso, aceptaremos o rechazaremos la queja en un periodo de dos meses desde la recepción de la misma.

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

1. Para las secciones i), ii), iii) y iv)

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 <https://www.mfsa.mt/>

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

2. Para las secciones v), vi) y vii)

DAS Seguros, una empresa española. Domicilio social: Pl. Europa, nº 41-43, 6ª planta (Torre Realía) 08908 L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España. NIF A08055196. Registrada en el registro administrativo especial de Empresas de Seguro y Reaseguro a cargo de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Finanzas con la clave C-0396.

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 reclamaciones.

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 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

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

Website: www.aepd.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.

Para DAS Seguros

El presente aviso describe cómo procesaremos (DAS Seguros) los Datos Personales que recopilamos sobre **usted** como **tomador de la póliza** y las demás personas que figuran en la Póliza.

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y su reglamento de aplicación (en adelante la LOPD) y de acuerdo con lo establecido en el Artículo 42.1.f) de la Ley 26/2006, de 17 de

julio, de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados, **su** Información personal formará parte de uno o varios archivos de Información Personal del que somos responsables. El único objetivo de estos archivos es gestionar esta **póliza** y a los que podrá acceder Nuestro personal, así como otro personal utilizado a la hora de proporcionar los servicios.

También es posible que, con su consentimiento, contactemos con **usted** para informarle de otros productos o servicios que puedan interesarle. Si no quiere recibir esta información, póngase en contacto con **nuestro** Servicio al Cliente.

La Información Personal de estos ficheros podrá ser cedida a ficheros comunes establecidos en otras compañías de seguros para el proceso de reclamaciones, colaboraciones respecto a estadísticas actuariales, selección de riesgo, preparación de seguros o informes de técnicas de seguros y prevención de fraude de seguros. Acceder a su Información Personal por Nuestra parte puede requerir que la transferencia internacional de los mismos dentro de la Unión Europea.

Además, **usted(es)**, la(s) persona(s) asegurada(s) y los **beneficiarios** designados, podrán ejercer **su** derecho a acceso, rectificación, cancelación y oposición en los términos establecidos por la LOPD haciendo llegar una notificación a **nuestro** Servicio al Cliente. Usted declara que estamos autorizados a incluir la Información Personal de las personas aseguradas y los **beneficiarios** indicados y se compromete a comunicar a las partes recién mencionadas que su Información Personal ha sido recogida para su tratamiento por **nuestra** parte con el propósito anteriormente indicado.