



CONDICIONES GENERALES

Nara - Accidentes

Índice

Definiciones	4
Cláusula Preliminar	5
Objeto del contrato	5
Contratación	5
Perfección, toma de efecto y duración del seguro	7
Designación de Beneficiarios	7
Declaración falsa o inexacta.....	7
Agravación del riesgo.....	7
Disminución del riesgo	8
Pago de prima	8
Declaración de accidentes	9
Pago de indemnizaciones	9
Impuestos y recargos	10
Comunicaciones	11
Reclamaciones	11
Centro de Atención de Reclamaciones.....	11
Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.....	11
Juzgados y Tribunales.....	11
Extravío o destrucción.....	12
Política de Privacidad	12
Prescripción de acciones	13
Jurisdicción	13
ANEXO I. Asistencia Jurídica	16
ANEXO II. Segunda Opinión Médica	17

Condiciones Generales

Definiciones

Accidente

A efectos de esta Póliza, se considera accidente todo evento acaecido durante la vigencia del seguro derivado de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, que produzca el Fallecimiento, Invalidez Permanente o lesiones corporales y haga preciso tratamiento médico o quirúrgico. **A efectos de esta cobertura, no se consideran Accidentes los derivados de patología cardíaca y/o vascular.**

Entidad Aseguradora

Persona jurídica que, en contraprestación al cobro de la correspondiente prima, asume la cobertura del riesgo objeto de esta Póliza y garantiza las prestaciones que correspondan con arreglo a las estipulaciones de la misma.

Tomador

La persona física o jurídica que suscribe el contrato de seguro y asume sus obligaciones.

Asegurado

Persona física sobre cuya vida o estado físico se estipula el seguro.

Beneficiario

Persona titular del derecho a percibir el Capital Asegurado. En ausencia de designación expresa de Beneficiario, se entenderá como tal, en caso de fallecimiento del Asegurado, su cónyuge e hijos a partes iguales y en su defecto los herederos legales. En caso de invalidez permanente del Asegurado se entenderá como tal al propio Asegurado.

Póliza

El documento que contienen las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte de la Póliza: las Condiciones Generales, las Especiales y las Particulares que individualizan el riesgo y, si procediesen, los Suplementos o Apéndices que se emitan para complementarla o modificarla.

Capital Asegurado

Cantidad fijada para cada una de las coberturas de la Póliza, como límite máximo de indemnización a pagar por la Entidad Aseguradora por todos los conceptos en caso de accidente.

Prima

El precio del seguro cuyo importe, junto con los impuestos, tasas o recargos que correspondan, deberá satisfacer el Tomador o el Asegurado según las condiciones establecidas en la presente Póliza.

Cláusula Preliminar

El presente contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, del Contrato de Seguro, y por lo dispuesto en estas Condiciones Generales y en las Condiciones Particulares de la propia Póliza, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados que no sean expresamente aceptadas por el Tomador en las Condiciones Particulares. No requerirán dicha aceptación las meras transcripciones o referencias a preceptos legales o reglamentarios imperativos.

hna, cuya denominación social es Hermandad Nacional de Arquitectos, Arquitectos Técnicos y Químicos, Mutualidad de Previsión Social, está inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Tomo 25.316, Sección 8, Folio 178, Hoja M-62064, y en el Registro Administrativo de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones con el número P3028, tiene su domicilio social en España, sito en la Avenida de Burgos, número 17 de Madrid y tiene como número de identificación fiscal V28306678.

El control y supervisión de la actividad de la Entidad Aseguradora corresponde a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía del Estado Español.

Objeto del contrato

El objeto del contrato es la percepción por el Beneficiario designado de los Capitales Asegurados en caso de ocurrencia de alguno de los accidentes que se hayan pactado expresamente en las Condiciones Particulares y que se hayan definido en las Condiciones Especiales.

Estas coberturas no comprenden la compensación o reembolso de los gastos médicos que se puedan originar como consecuencia del accidente.

Contratación

1. El Tomador que desee contratar, modificar y/o ampliar la cobertura cumplimentará una solicitud de aseguramiento, que podría incluir un cuestionario de salud para todos los posibles Asegurados. A la vista de este cuestionario, la Entidad Aseguradora podrá exigir los oportunos reconocimientos médicos, denegar alguna cobertura, limitar su ámbito o fijar limitaciones parciales. **No podrá contratarse para Asegurados menores de catorce años de edad ni mayores de sesenta y cinco años.**

La cumplimentación de la solicitud de aseguramiento podrá realizarse de forma telemática, telefónica o presencial y cada Asegurado declarará que:

- Son ciertos y veraces todos los datos y contestaciones expresados a la Entidad Aseguradora, no existiendo ocultación de circunstancias o hecho que pudiesen influir en la valoración de los riesgos cubiertos.
- **Han sido informados de los extremos contenidos en el artículo 122 y 124 del Reglamento de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades**

Aseguradoras y Reaseguradoras y, en su caso, de los artículos 42 y 43 de la Ley de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados.

- **Conocen las Condiciones Generales, Particulares y Especiales, aceptan las mismas y, en concreto, las cláusulas limitativas y exclusiones expresas.**
- **Han sido informados de los extremos contenidos en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos) y en la Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, aceptando que sus datos sean tratados conforme al contenido de la misma.**

2. Examinada la solicitud y el cuestionario, la Entidad Aseguradora comunicará al Tomador su aceptación total o parcial de la solicitud de aseguramiento o, en su caso, la denegación de la misma.

En caso de que la cumplimentación de la solicitud de aseguramiento se realice de forma telefónica, la póliza quedará formalizada para el Tomador mediante la grabación y el registro de la llamada. El Tomador ratificará sus datos personales mediante llamada telefónica para formalizar su incorporación a la Póliza. Los ficheros en los que se registre la grabación de estas llamadas telefónicas serán autenticados a través de un servicio de sellado electrónico de tiempo.

3. La formalización por vía telemática podrá realizarse mediante firma digital u otro procedimiento de consentimiento realizado por vía electrónica con verificación digital.

En caso de que la cumplimentación de la solicitud de aseguramiento se realice de forma telefónica, la Póliza quedará formalizada para el Tomador mediante la grabación y el registro de la llamada. El Tomador ratificará sus datos personales mediante llamada telefónica para formalizar su incorporación a la Póliza. Los ficheros en los que se registre la grabación de estas llamadas telefónicas serán autenticados a través de un servicio de sellado electrónico de tiempo.

En caso de que la cumplimentación de la solicitud de aseguramiento se realice de forma presencial, la formalización de la Póliza se realizará por escrito.

4. El Tomador, una vez recibida la copia de las Condiciones Generales, Especiales y Particulares, deberá comprobar que los datos son correctos. En caso de no ser así, podrá solicitar, en el plazo de un mes, la rectificación de los errores producidos. Transcurrido dicho plazo sin efectuar reclamación alguna, surtirán efecto las disposiciones contenidas en las Condiciones Generales, Especiales y Particulares. **La rectificación de los errores producidos podrá conllevar la modificación de las Primas, sin que la modificación entre en vigor hasta que la mayor Prima, en su caso, se satisfaga.**

5. La cobertura tendrá efecto desde la fecha de solicitud de aseguramiento, para aquellas coberturas que hubiesen sido aceptadas posteriormente por la Entidad Aseguradora.

6. Este contrato de seguro quedará sin efecto en el momento en que el Asegurado alcance la edad de setenta años.

Asimismo, quedará sin efecto en el momento en que se produzca el fallecimiento del Asegurado o se declare su invalidez permanente.

7. El Asegurado no queda obligado a informar a la Entidad Aseguradora de la agravación del riesgo contratado relativas al estado de salud del Asegurado.

Perfección, toma de efecto y duración del seguro

El contrato se perfecciona por el consentimiento de las partes contratadas manifestado con la suscripción de la Póliza. La cobertura contratada y sus modificaciones o adiciones no tomarán efecto hasta el pago del primer recibo de Primas.

Las obligaciones de la Entidad Aseguradora comenzarán a las 24 horas del día en que hayan sido cumplidos ambos requisitos.

La duración de la cobertura será anual a partir de su contratación, salvo especificación en las Condiciones Particulares, renovable tácitamente por periodos de igual duración.

Asimismo, las partes pueden oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de, al menos, un mes de anticipación a la conclusión del período del seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el Tomador, y de dos meses cuando sea la Entidad Aseguradora.

Designación de Beneficiarios

El Tomador tiene derecho a nombrar y cambiar en cualquier momento los Beneficiarios designados que deberán ser comunicados por escrito a la Entidad Aseguradora.

Declaración falsa o inexacta

1. La Entidad Aseguradora podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador en el plazo de un mes desde el conocimiento de la reserva o inexactitud de la declaración del Tomador o del Asegurado.
2. Si el Siniestro sobreviniera antes de que la Entidad Aseguradora haga la declaración a la que se refiera el párrafo anterior, la prestación de ésta se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la Prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del Tomador o del Asegurado, la Entidad Aseguradora quedará liberado del pago de la prestación.

Agravación del riesgo

1. El Tomador o el Asegurado deberán, durante el curso del contrato, comunicar a la Entidad Aseguradora, tan pronto como les sea posible, el cambio de las circunstancias contempladas en el cuestionario que pudieran agravar el riesgo y sean de tal naturaleza que, de haber sido conocidas por la Entidad Aseguradora en el momento

de la perfección del contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

2. Las variaciones modificativas del riesgo a las que se refiere el apartado anterior no son las relativas al estado de salud del Asegurado, sino a la profesión, prácticas de deportes, utilización de medios de transporte peligrosos (avionetas, helicópteros, etc.) y de residencia temporal o definitiva en países con riesgo agravado (políticos, de salud, etc.). El Asegurado no queda obligado a informar a la Entidad Aseguradora de la agravación del riesgo contratado relativas al estado de salud del Asegurado.

De aceptar la Entidad Aseguradora la agravación de riesgo, el Tomador quedará obligado al pago de la prorrata de la Prima correspondiente, quedando hasta el momento en que ésta sea satisfecha, excluidas de la cobertura del seguro las referidas circunstancias de agravación de riesgo.

3. Las consecuencias de no comunicar la agravación del riesgo serán las mismas que se derivan de una declaración falsa o inexacta por parte del Tomador o del Asegurado.
4. Si fuera comunicada a la Entidad Aseguradora una agravación del riesgo, éste notificará al Tomador en el plazo máximo de un mes, las nuevas condiciones aplicables o la rescisión del contrato.

De no aceptar las condiciones propuestas por la Entidad Aseguradora, el Tomador podrá rescindir el contrato en el mismo plazo. En ambos casos la rescisión tomará efecto en la fecha de su notificación.

Disminución del riesgo

1. Durante la vigencia del contrato, el Tomador o el Asegurado podrá poner en conocimiento de la Entidad Aseguradora todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y que, de haber sido conocidas por ésta, hubieran determinado condiciones más favorables. En tal caso, se reducirá el importe de las Primas futuras en la proporción que corresponda, una vez finalice el período en curso cubierto por la última Prima satisfecha.
2. En caso contrario, el Tomador tiene derecho a la resolución del contrato y a la devolución de la diferencia entre la Prima satisfecha y la que hubiera correspondido pagar de haber tenido en cuenta la disminución del riesgo.

Pago de prima

1. La cuantía de la Prima a abonar estará en función del Capital Asegurado objeto de cobertura, conforme a las bases técnicas correspondientes.
2. Las Primas correspondientes a cada Asegurado se abonarán por el Tomador por domiciliación bancaria y de forma anticipada, de acuerdo con lo establecido en las Condiciones Particulares.
3. Si por culpa del Tomador la primera Prima no ha sido pagada, la Entidad Aseguradora tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la Prima debida en vía

ejecutiva con base en la Póliza. Salvo que se establezca otra cosa en las Condiciones Particulares, si la Prima no ha sido pagada antes de que se produzca el Siniestro, la Entidad Aseguradora quedará liberado de su obligación.

4. Transcurrido un mes desde el impago de una Prima, el contrato de seguro quedará en suspenso. Si la Entidad Aseguradora no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que la Póliza queda extinguida.
5. Si el contrato no ha quedado resuelto o extinguido conforme a lo previsto en los números anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las 24 horas del día en el que el Asegurado pague la Prima.

Declaración de accidentes

1. El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario deberán comunicar a la Entidad Aseguradora el acaecimiento del accidente con indicación del lugar, día y hora del suceso y las causas que lo determinaron, dentro del plazo máximo de 30 días de haberlo conocido.
2. El incumplimiento de estos deberes dará lugar a que la Entidad Aseguradora pueda reclamar los daños y perjuicios que se le irroguen.

Pago de indemnizaciones

1. La indemnización será satisfecha por la Entidad Aseguradora al término de las investigaciones que realice para establecer la existencia del accidente y, en su caso, el grado de invalidez resultante.

Para obtener el pago, el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario deberán remitir a la Entidad Aseguradora los documentos justificativos que se indican a continuación, junto con la correspondiente solicitud de indemnización.

1.1. En caso de fallecimiento.

- a. Certificado de defunción del Asegurado.
- b. Certificado del médico que hubiese asistido al Asegurado, indicando el origen y naturaleza del accidente que le causó la muerte o, en su caso, testimonio de las diligencias judiciales o documentos que acrediten el fallecimiento por accidente.
- c. En su caso, Certificado del Registro de Actos de Últimas Voluntades, copia del último testamento del Asegurado o acta judicial de declaración de herederos.
- d. En su caso, justificante de ingreso del importe de la liquidación parcial o el de la autoliquidación practicada del Impuesto sobre Sucesiones o Donaciones.
- e. Documentación que acredite la personalidad y, en su caso, la condición de Beneficiario, así como su Número de Identificación Fiscal.

1.2. En caso de invalidez permanente.

- a. Documento Nacional de Identidad del Asegurado, salvo que ya haya sido aportado.
- b. Certificado del médico que hubiese asistido al Asegurado, indicando el origen, evolución y naturaleza del accidente que ha causado la invalidez permanente. En su caso, testimonio de las diligencias judiciales instruidas al efecto.
- c. En caso de existir, certificado de calificación del grado de invalidez emitido por el I.N.S.S., será necesario aportar el original de esta confirmación o bien una fotocopia debidamente legalizada.

1.3. Asistencia Sanitaria por accidente.

El Asegurado podrá acceder a los Centros Médicos y facultativos que formen el Cuadro Médico de la Entidad Aseguradora. Para ello, será necesario contactar con la Entidad Aseguradora, a través del teléfono 913 349 224, en donde se le facilitará la oportuna autorización para acceder a la correspondiente asistencia.

El Tomador del Seguro, el Asegurado o el Beneficiario deberán proporcionar, además, cualquier otra documentación que la Entidad Aseguradora considere necesario solicitar, para una adecuada valoración del accidente.

La comprobación y determinación del grado de invalidez será realizado por la Entidad Aseguradora cuando el estado físico del Asegurado sea fijado médicamente como definitivo. Si transcurridos doce meses desde la fecha del accidente no pudiera realizarse dicha fijación, el Asegurado podrá solicitar a la Entidad Aseguradora un nuevo plazo de hasta doce meses más, transcurrido el cual ésta habrá de fijar la invalidez según la que previsiblemente va a resultar definitiva.

En el supuesto de no existir acuerdo en la determinación del grado de invalidez, las partes se someterán a la evaluación que resulte de seguir el procedimiento pericial contradictorio previsto en los artículos 38 y 104 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

- 2. La Entidad Aseguradora, una vez aceptado el Siniestro, deberá efectuar el pago del Capital Asegurado dentro de los cuarenta días siguientes a la recepción de la declaración del Siniestro, y previa presentación oportuna de los documentos exigidos.

En caso de mora de la Entidad Aseguradora, respecto del plazo de cuarenta días fijado en el párrafo anterior, la Entidad Aseguradora abonará en concepto de indemnización por mora el pago de un interés anual igual al del interés legal del dinero vigente en el momento en que se devengue, incrementado en el 50 por 100. Estos intereses se considerarán producidos por días, sin necesidad de reclamación judicial.

No obstante, transcurridos dos años desde la producción del Siniestro, el interés anual no podrá ser inferior al 20 por 100.

Impuestos y recargos

- 1. Los impuestos y demás tributos legalmente repercutibles que deban satisfacerse por razón de las Primas serán de cuenta del Tomador del Seguro.

2. Los impuestos y demás tributos que tengan por causa el pago de las prestaciones garantizadas en la presente Póliza serán exigibles a quien corresponda, a tenor de lo que disponga la normativa reguladora vigente en cada momento.

Comunicaciones

1. Todas las comunicaciones derivadas de la presente Póliza deberán hacerse por escrito. Las realizadas a la Entidad Aseguradora se dirigirán a su domicilio social o a cualquiera de sus oficinas. Si se realizasen a través de un agente de seguros, corredor o correduría de seguros surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado directamente a la Entidad Aseguradora.
2. La Entidad Aseguradora enviará sus comunicaciones al domicilio del Tomador, que, salvo notificación expresa y escrita en contrario, se entenderá el que conste en las Condiciones Particulares.

Reclamaciones

Los Tomadores, Asegurados, Beneficiarios, terceros perjudicados o derechohabientes de cualquiera de los anteriores podrán plantear reclamación ante:

Centro de Atención de Reclamaciones

Si el Asegurado estuviera disconforme con la resolución dictada por la Entidad Aseguradora, podrá formular su queja o reclamación ante este Departamento.

Para ello será necesario que el interesado presente un escrito en el que se haga constar sus datos personales, el motivo de la queja o reclamación con especificación clara sobre las cuestiones sobre las que se solicita un pronunciamiento, el departamento o servicio donde se hubieran producido los hechos, declaración expresa de no tener conocimiento de que la materia objeto de la queja o reclamación esté siendo sustanciada en un procedimiento administrativo arbitral o judicial, y el lugar, fecha y firma. Asimismo, el interesado deberá aportar las pruebas que obren en su poder.

La reclamación se podrá presentar en la dirección de correo electrónico, habilitada al efecto, mediante el sistema de firma electrónica avanzada.

Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones

Si se acredita que ha transcurrido el plazo de dos meses sin recibir respuesta del Centro de Atención de Reclamaciones o que éste ha desestimado su petición, podrá acudir al Servicio de reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

Juzgados y Tribunales

En cualquier caso, podrá acudir a los Juzgados y Tribunales, siendo competentes los del domicilio del Asegurado.

Extravío o destrucción

1. En caso de extravío, robo o destrucción de las Condiciones Generales, Especiales o Particulares, el Tomador lo comunicará a la Entidad Aseguradora que, de acuerdo con las disposiciones legales vigentes, procederá a la emisión de un duplicado.
2. En la petición se explicarán las circunstancias del caso y el solicitante se comprometerá, si apareciesen, a devolver los originales y a indemnizar a la Entidad Aseguradora de los perjuicios que pudiesen irrogarse de la reclamación de tercero.

Política de Privacidad

¿Quién es el responsable del tratamiento de sus datos?

Hermanidad Nacional de Arquitectos, Arquitectos Técnicos y Químicos, Mutualidad de Previsión Social ("hna"), con CIF V-28306678.

Avenida de Burgos, 17. 28036 Madrid.

Teléfono: 91 383 47 50.

Correo electrónico: protecciondedatos@naradigital.es

Correo electrónico del delegado de protección de datos: dpo@naradigital.es

¿Con qué finalidad tratamos sus datos personales?

En hna tratamos sus datos con el fin de ejecutar su/s contrato/s de seguros con hna, así como para la prevención del fraude en el seguro y la cesión de riesgos en reaseguro. Asimismo, con el fin de ofrecerle productos y servicios de acuerdo con sus intereses, mejorar su experiencia de usuario y elaborar un "perfil comercial", con base en la información facilitada, si bien no se tomarán decisiones automatizadas con base en dicho perfil.

¿Por cuánto tiempo conservaremos sus datos?

Los datos personales proporcionados se conservarán durante un plazo de 1 año desde la finalización de la relación contractual.

¿Cuál es la legitimación para el tratamiento de sus datos?

Las bases legales para el tratamiento de sus datos son la ejecución del/de los contrato/s de seguro con hna, que justifica la gestión de las prestaciones, la selección de riesgos; asimismo del/de los contrato/s de seguro con hna unido a los intereses legítimos de hna en evitar un incremento de la siniestralidad, justifican la prevención del fraude y la cesión en reaseguro y; el interés legítimo de ofrecer productos similares a los que disfrutaban sus clientes, que justifica la gestión de envío de información, la oferta prospectiva de productos y servicios y la elaboración a tal fin de un "perfil comercial". Para cualquier otro tratamiento se requerirá el consentimiento del interesado, el cual podrá revocar en cualquier momento.

¿A qué destinatarios podrá hna comunicar sus datos?

- A otras empresas del grupo hna para fines administrativos internos.
- A entidades reaseguradoras.
- A encargados del tratamiento.
- Previo su consentimiento, a los Colegios Oficiales de Arquitectos.

¿Cuáles son sus derechos cuando nos facilita sus datos?

- Cualquier persona tiene derecho a obtener confirmación sobre si en hna estamos tratando datos personales que les conciernan, o no.
- Las personas interesadas tienen derecho a acceder a sus datos personales, así como a solicitar la rectificación de los datos inexactos o, en su caso, solicitar su supresión cuando, entre otros motivos, los datos ya no sean necesarios para los fines que fueron recogidos.
- En determinadas circunstancias, los interesados podrán solicitar la limitación del tratamiento de sus datos, en cuyo caso únicamente los conservaremos para el ejercicio o la defensa de reclamaciones.
- Asimismo, en determinadas circunstancias y por motivos relacionados con su situación particular, los interesados podrán oponerse al tratamiento de sus datos. hna dejará de tratar los datos, salvo por motivos legítimos imperiosos, o el ejercicio o la defensa de posibles reclamaciones.
- Cuando sea técnicamente posible, podrán solicitar la portabilidad de sus datos a otro responsable de tratamiento.
- La revocación de los consentimientos dados para el tratamiento de sus datos personales.
- El ejercicio de tales derechos puede ser ejercitado mediante escrito dirigido al delegado de protección de datos de hna, en la sede social de hna, en Avenida de Burgos, 17, Madrid o a través del correo electrónico protecciondedatos@naradigital.es
- Frente a cualquier hecho que considerase una violación de sus derechos, puede presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.

Prescripción de acciones

De acuerdo con lo establecido en el artículo 23 de la Ley 50/1980, del Contrato del Seguro, todas las acciones para el reconocimiento de los derechos que puedan derivarse de la presente Póliza quedarán extinguidas en el plazo de cinco años a computar desde el día en que aquéllos pudieron ejercitarse.

Jurisdicción

La presente Póliza queda sometida a la jurisdicción española, siendo juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas de la misma, el del domicilio fijado en

las Condiciones Particulares. En caso de que las acciones fueran ejercidas por el Tomador, Asegurado o Beneficiario del Seguro, será juez competente el de sus respectivos domicilios, siendo nulo cualquier pacto en contrario.

Anexos a las Condiciones Generales

ANEXO I. Asistencia Jurídica

1. En caso de Siniestro amparado por la presente Póliza a consecuencia del Fallecimiento o Invalidez Permanente del Asegurado, se pondrá a disposición de este, de sus causahabientes o persona que designen, un servicio de orientación, gestión o asesoramiento, de acuerdo con las coberturas que se describen a continuación:

1.1. Gestión de Documentación Administrativa

- a. Cuando el Asegurado o sus causahabientes faciliten la información necesaria, se realizarán los trámites para la obtención de:
 - Certificaciones del Registro Civil, en extracto o literal, de defunción, nacimiento y matrimonio del Asegurado y de nacimiento de sus hijos.
 - Certificado de Última Voluntad del Asegurado.
 - Baja del Asegurado fallecido como usuario del Sistema de Público Sanitario y en su caso, como pensionista del Instituto Nacional de la Seguridad Social, o del correspondiente Organismo de la Comunidad Autónoma, si esta competencia le estuviera transferida.
 - Certificado de Contratos de Seguros de cobertura de fallecimiento.
- b. Tras la aportación de la documentación necesaria por el Asegurado o sus causahabientes, se tramitará la obtención de:
 - Baja del Asegurado fallecido en el Libro de Familia.
 - Fe de vida.
 - Certificado municipal de convivencia con el Asegurado.
 - Certificado del Archivo Eclesiástico de bautismo del Asegurado.
- c. Al ser imprescindible la presencia de los causahabientes, se limitará la prestación al asesoramiento necesario para la obtención de la siguiente documentación:
 - Certificado de matrimonio del Archivo Eclesiástico.
 - Certificado del Registro de Parejas de Hecho.
 - Copia del testamento otorgado por el Asegurado fallecido.

La obtención de la documentación administrativa anteriormente detallada se realizará atendiendo la petición realizada por el Asegurado o sus causahabientes, y será única para cada Siniestro.

1.2. Asesoramiento jurídico-telefónico

Asimismo, se prestará el servicio de información, orientación y asesoramiento verbal, que pudiera precisar el Asegurado o sus causahabientes, sobre cualquier materia jurídica de índole particular y privada, tales como:

- a. Sucesiones. Asesoramiento para la localización de disposiciones testamentarias y para la obtención de la declaración de herederos cuando no exista testamento; escrituras de aceptación y adjudicación de la herencia o, en su caso, de renuncia; inventario de bienes; operaciones particionales; liquidación de obligaciones fiscales e inscripciones registrales derivadas de todo ello.
 - b. Pensiones. Asesoramiento para la obtención de las prestaciones por muerte, viudedad, orfandad o invalidez del Instituto Nacional de la Seguridad Social o del correspondiente Organismo de la Comunidad Autónoma, si esta competencia le estuviera transferida, así como el asesoramiento para la reclamación de otros haberes o pensiones pendientes de pago.
 - c. Seguros. Asesoramiento para la reclamación de los derechos y beneficios que asistan al Asegurado o a sus causahabientes frente a otras aseguradoras distintas de la Entidad Aseguradora o Gestoras de Fondos de Pensiones, por contratos que aquél tuviera suscritos.
 - d. Productos financieros. Asesoramiento para la reclamación de los derechos y beneficios que asistan a los causahabientes respecto de Bancos, Cajas de Ahorros y otras Entidades Financieras, por todo tipo de contratos o activos financieros de los que fuera titular o Beneficiario el Asegurado fallecido.
 - e. Contratos de arrendamiento. Asesoramiento sobre las gestiones a realizar para la subrogación de los causahabientes en los contratos de arrendamiento sobre bienes inmuebles formalizados por el Asegurado fallecido en calidad de arrendador o arrendatario, o como usufructuario de los mismos.
 - f. Cambio de titularidad. Asesoramiento para llevar a efecto el cambio de titularidad de vehículos ante la Dirección General de Tráfico, así como de los contratos de suministro de agua, energía eléctrica, teléfono y gas.
 - g. Reclamación a terceros. Asesoramiento para efectuar reclamación de responsabilidad por los daños y perjuicios sufridos por el Asegurado a consecuencia del hecho que determina un Siniestro cubierto por la Póliza, cuando el mismo sea imputable a terceros, así como respecto de la acción directa que pudiera corresponderle frente a la Entidad Aseguradora del causante.
2. Adicionalmente se pone a disposición de los Asegurados, beneficiarios y causahabientes, un servicio de asesoramiento que les cubrirá una primera consulta gratuita sobre cualquier asunto, a todas las consultas, dudas o problemas sobre cualquier materia jurídica de índole particular y privada. **Se exceptúan las que versen sobre la aplicación de Derecho extranjero.**

ANEXO II. Segunda Opinión Médica

La Entidad Aseguradora pone a disposición del Asegurado un servicio de segundo diagnóstico, por el que podrá solicitar a través de la Entidad Aseguradora un informe de segunda opinión médica de la Enfermedad que padezca, así como recomendaciones

diagnósticas y/o terapéuticas, a los Especialistas, centros asistenciales o académicos que a tal efecto la Entidad Aseguradora le facilite.

Este servicio cubrirá las siguientes enfermedades graves:

- **Infarto de miocardio,**
- **Cáncer (entendiendo por cáncer el tumor maligno caracterizado por el crecimiento y la dispersión incontrolable de células malignas y la invasión del tejido normal).**
- **Accidente cerebro-vascular,**
- **Insuficiencia renal,**
- **Cirugía de las arterias coronarias,**
- **Puente aortocoronario (By-pass),**
- **Trasplantes de órganos vitales,**
- **Parálisis,**
- **Paraplejía,**
- **Enfermedad de Alzheimer,**
- **Enfermedad de Parkinson,**
- **Estado de coma,**
- **Ceguera total,**
- **Quemaduras graves,**
- **Esclerosis múltiple,**
- **Enfermedad neuroquirúrgica.**

Opciones para obtener el servicio:

- a. La Entidad Aseguradora traslada la consulta a un centro médico especializado. Los médicos especialistas de ese centro emitirán un informe de la situación clínica del Asegurado.
- b. La Entidad Aseguradora gestiona una consulta médica con un especialista en la patología por la que se solicita la segunda opinión, próxima al domicilio del Asegurado, quien emitirá un informe médico de la situación clínica del Asegurado.

La Entidad Aseguradora gestiona una consulta médica con un especialista en la patología por la que se solicita la segunda opinión, próxima al domicilio del Asegurado, quien emitirá un informe médico de la situación clínica del Asegurado.

El Asegurado deberá aportar previamente todos los informes y pruebas que tenga, garantizando la Entidad Aseguradora la confidencialidad sobre toda la información aportada.

La Entidad Aseguradora no prestará el servicio en los casos que el Asegurado oculte información o hechos importantes relacionados con la consulta.

Gastos incluidos en el servicio:

- **Incluye un máximo de un servicio al año.**
- **El coste de la consulta médica (incluida la visita presencial al especialista).**
- **Los gastos de desplazamiento para acudir a la consulta médica, únicamente dentro de la provincia del domicilio del Asegurado.**

La Entidad Aseguradora no abonará las pérdidas económicas que sufra o haya sufrido por la enfermedad o accidente.

Será a cargo del Asegurado los gastos de pruebas adicionales, si son solicitadas por médicos especialistas.

Horario del servicio:

De 9:00 a 19:00 h de lunes a viernes no festivos (horario peninsular de España).