

AGRUPACIÓ I ATLANTIS



Condiciones Generales
Seguro de Dependencia

SERVICIOS PARA EL ASEGURADO

Para comodidad de los asegurados, ponemos a su disposición los siguientes servicios:

Consultas Generales

Para consultas generales sobre pólizas, contratación, así como declaraciones o consultas sobre siniestros

930 039 696 / 919 023 131

Comunicación de daños al Consorcio de Compensación de Seguros:

900 222 665 o 952 367 042

Para solicitar información y declarar siniestros causados por hechos de naturaleza extraordinaria (inundaciones, terremotos, actos terroristas...).

Servicio de Atención y Defensa del Cliente:

900 898 120

Disponible de lunes a viernes, en horario de 8:00 h. a 20:00 h.

Asimismo, a través de www.tomamosimpulso.com/seguros, los asegurados pueden consultar la información de tipo general de la Aseguradora.

Índice

1. Marco general	5
1.1. ¿Quiénes son las personas que intervienen en el contrato?	5
1.2. ¿Qué es Agrupació Dependencia?	5
1.3. Definiciones.....	5
1.4. ¿Cuáles son las bases legales del contrato?	6
1.5. ¿Quiénes pueden ser asegurados?	7
1.6. ¿Cuáles son los criterios de admisión médica establecidos por la entidad aseguradora?	7
1.7. ¿Cómo se formaliza el contrato y cuándo entra en vigor?	7
1.8. ¿Cuál es la duración del seguro?.....	7
2. Primas	8
2.1. ¿Cómo se calculan las primas?	8
2.2. ¿Cómo y cuándo se pagan las primas?.....	8
2.3. ¿Qué ocurre con las garantías del seguro cuando se dejan de pagar las primas?	8
2.4. ¿En qué supuestos el tomador queda exonerado del pago de primas?	9
2.5. ¿Cómo y cuándo se aumentan las primas de las garantías de dependencia?	9
2.6. ¿Cómo rehusar el aumento de las primas de las garantías de dependencia?	9
3. Garantías del seguro	10
3.1. ¿Qué garantiza Agrupació Dependencia?	10
3.2. ¿Cómo se evalúa el estado de dependencia total?.....	10
3.3. Definición del carácter definitivo de la situación de dependencia	11
3.4. ¿A partir de cuándo toman efecto las garantías del seguro (períodos de carencia)?	11
3.5. ¿Cómo se revalorizan las garantías?	11
3.6. ¿Puede rechazarse el sistema de revalorización de las garantías y primas?.....	12
3.7. ¿Se puede modificar el importe de las garantías de dependencia?	12
3.8. ¿Qué ocurre con las garantías de dependencia cuando han quedado a un nivel reducido por dejar de pagar las primas?.....	12
3.9. ¿En qué supuestos no se aplican las garantías del seguro?	12
4. Prestaciones	13
4.1. ¿Cómo solicitar las prestaciones de las garantías de dependencia?	13
4.2. ¿Cómo se determina el estado de dependencia?	14
4.3. ¿Cómo se pagan las prestaciones?.....	14
4.4. ¿Cómo se controla el mantenimiento de la situación de dependencia en el marco de la garantía de renta por dependencia total?	15
5. ¿Cuáles son los derechos que asisten al tomador y al asegurado en relación con este contrato?	16
5.1. ¿Puede el tomador renunciar a la decisión de suscribir el seguro?	16
5.2. ¿Cuáles son las instancias en caso de reclamación?	16

5.3. ¿Cuál es el plazo de prescripción?	16
6. ¿Qué otras normas de carácter general es importante conocer?	17
6.1. Sistema de revalorización de las garantías, las primas y las prestaciones.....	17
6.2. ¿Qué facultades tiene la entidad aseguradora ante las declaraciones falsas o inexactas del tomador o del asegurado?	18
6.3. ¿Cómo se efectuarán los pagos?	18
6.4. ¿Dónde deben ser enviadas las comunicaciones recíprocas?	18
6.5. ¿Quién deberá pagar los impuestos?	19
6.6. Jurisdicción	19
6.7. Protección de los datos personales	19
Anexo I. GARANTÍA DE ASISTENCIA.....	20
1. Garantía de asistencia	20
2. Servicio telefónico de orientación y de ayuda domiciliaria.....	20
3. Servicio de Teleasistencia.....	21

La presente póliza se rige por lo dispuesto en la legislación que a continuación se detalla y por lo convenido en estas condiciones generales y particulares adjuntas. Estas condiciones han sido elaboradas de forma que puedan servir de guía, mientras la póliza esté en vigor, facilitando la información necesaria a las personas que en ella intervienen, de tal manera que conozcan cuáles son sus derechos y obligaciones, así como el alcance de la cobertura contratada.

Las palabras acompañadas de un asterisco son términos clave cuyo significado se define en el apartado 1.3 de estas condiciones generales.

1. Marco general

1.1. ¿Quiénes son las personas que intervienen en el contrato?

- a. La **entidad aseguradora**: AGRUPACIÓN AMCI DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., en adelante la Entidad Aseguradora, quien en su condición de asegurador asume la cobertura de las prestaciones previstas en este contrato. La Entidad Aseguradora está sometida a la normativa vigente en el Estado español, ejerciendo el control de su actividad el Ministerio de Economía y Hacienda a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, organismo competente en materia de seguros.
- b. El **tomador del seguro**: La persona física que juntamente con la Entidad Aseguradora suscribe este contrato y a quien corresponden los derechos y las obligaciones del mismo, salvo aquellos que, por su naturaleza, correspondan al asegurado y/o al beneficiario.
- c. El **asegurado**: La persona física sobre la cual recae el riesgo de dependencia establecido en este seguro. En defecto del tomador del seguro, el asegurado asume las obligaciones y los derechos derivados de este contrato.
- d. El **beneficiario**: La persona que tiene el derecho a percibir la prestación del seguro. En el marco del presente contrato es la misma persona que el asegurado.

1.2. ¿Qué es Agrupación Dependencia?

Agrupación Dependencia es un contrato de seguro por el cual la entidad aseguradora se obliga, mediante el cobro de las primas estipuladas y dentro de los límites establecidos en el presente contrato, a satisfacer al asegurado una renta, un capital o las prestaciones convenidas, en el caso que éste sea reconocido por la entidad aseguradora que se encuentra en una situación de dependencia definitiva cubierta por la póliza.

1.3. Definiciones

A efectos de este contrato, se entenderá por:

Accidente: toda lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa, imprevista y ajena a la intencionalidad del asegurado.

Actividades básicas de la vida diaria (ABVD): las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas.

Autonomía: la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.

Baremo de valoración de la dependencia (BVD): instrumento de valoración de la situación de dependencia, aprobado por el Real Decreto 504/2007, de 20 de abril. Esta norma determina los criterios objetivos para la valoración del grado de autonomía de las personas, en orden a la capacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria.

Cuestionario médico ampliado (CMA): cuestionario a cumplimentar por el médico del candidato a asegurado que especifica datos de: filiación, reconocimiento de prestaciones públicas, hábitos

relacionados con la salud, asistencia sanitaria recibida, antecedentes patológicos y necesidades de ayuda para la autonomía personal.

Declaración del estado de salud: cuestionario simplificado, con preguntas relacionadas con la situación de salud, a cumplimentar en exclusiva, por el candidato a asegurado.

Dependencia: el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.

Las garantías de dependencia vienen referidas al siguiente nivel de dependencia:

- Dependencia total: será la situación de dependencia de las personas con alteración grave de las funciones mentales y/o físicas, que comporta una pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, y necesitando, por tanto, del apoyo continuo de otra persona para la realización de la mayor parte de las actividades básicas de la vida diaria.

Garantías de dependencia: comprende las garantías de renta por dependencia total y capital por dependencia total.

Interés técnico: la tasa de descuento financiero aplicada al seguro.

Médico asistencial: es el médico que dirige, de forma habitual, el tratamiento de la enfermedad, considerada como causante principal del estado de dependencia del asegurado.

Período de carencia: período que se inicia en la fecha de efecto del seguro en el cual las garantías del seguro no están cubiertas por la entidad aseguradora.

Período de franquicia: período de 3 meses que se inicia en la fecha en que la entidad aseguradora recibe el dossier completo de la solicitud de prestación realizada por el asegurado. Al final de este período, si el asegurado todavía se encuentra en situación de dependencia, se iniciará el devengo de las prestaciones.

Plazo de prescripción: período al final del cual se extingue el derecho del interesado a hacer valer sus derechos por no haberlos ejercido durante el tiempo establecido por la ley.

Provisión matemática: el importe resultante, en una determinada fecha, de la diferencia entre el valor actual actuarial de las obligaciones futuras de la entidad aseguradora y las del tomador.

Reducción: disminución de las garantías de dependencia por cese del pago de primas por parte del tomador una vez transcurridos 8 años completos del contrato.

Revalorización: operación de aumentar el importe de las garantías y de las primas realizada al vencimiento principal.

Revisión: operación de modificación de las primas para los seguros en vigor realizada al vencimiento principal.

Riesgo: Suceso que da lugar al pago de las prestaciones por la entidad aseguradora.

Riesgo de dependencia: el riesgo ocurre cuando la entidad aseguradora reconoce al asegurado la situación de dependencia según las definiciones de estas condiciones generales.

Vencimiento: es una fecha en la cual una prima debe pagarse.

Vencimiento principal: es el vencimiento en el que la prima puede ser revisada y las garantías revalorizadas. Queda fijado en el día 1 de abril de cada año.

1.4. ¿Cuáles son las bases legales del contrato?

- La Ley del Contrato de Seguro (Ley 50/1980 de 8 de octubre – BOE de 17 de octubre de 1980) y la Ley de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras (Ley 20/2015 de 14 de julio – BOE de 15 de julio de 2015), constituyen la legislación aplicable al contrato, así como la normativa que las desarrolla o sustituya en el futuro.

- Son de aplicación también las normas indicadas a continuación, así como la normativa que las desarrolla o sustituya en el futuro:
 - 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 la Ley de ámbito nacional de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD) que lo complementa y normas de desarrollo.
 - La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, por lo que se refiere al baremo de valoración de la dependencia.
- Las declaraciones del tomador recogidas en la solicitud del seguro y las respuestas del asegurado contenidas en los cuestionarios previos a la formalización del seguro, constituyen la base de este contrato y sirven para la determinación de la prima.
- La Póliza, integrada por:
 - Las presentes condiciones generales que regulan los derechos y deberes de las partes.
 - Las condiciones particulares que recogen las cláusulas especiales y los datos propios e individualizados de cada contrato, así como los suplementos y apéndices que se produzcan durante la vigencia del seguro, para complementarlo o modificarlo. La emisión de un nuevo suplemento a las condiciones particulares dejará sin efecto a las emitidas anteriormente.
- Si el contenido de la póliza difiere de la solicitud o de las cláusulas acordadas, el tomador podrá pedir en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza, que se subsanen las divergencias existentes. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza.

1.5. ¿Quiénes pueden ser asegurados?

Pueden ser asegurados las personas físicas que, en el momento de la suscripción, tengan 70 o menos años de edad y cumplan los criterios de admisión médica establecidos por la entidad aseguradora.

1.6. ¿Cuáles son los criterios de admisión médica establecidos por la entidad aseguradora?

Al solicitar el seguro, el asegurado deberá cumplimentar la declaración del estado de salud.

Si todas las respuestas son negativas, la entidad aseguradora aceptará la suscripción del seguro, sujeto al pago de las primas correspondientes.

Cuando alguna o algunas de las respuestas sean afirmativas, el candidato a asegurado deberá presentar el cuestionario médico ampliado, cumplimentado por su médico y firmado por ambos.

Dicho cuestionario será entonces valorado por un equipo médico experto designado por la entidad aseguradora, que tras requerir, si fuera el caso las correspondientes pruebas médicas o exploraciones complementarias, aceptará o denegará la cobertura del riesgo.

Toda solicitud de seguro está condicionada a la aceptación por parte de la entidad aseguradora, reservándose ésta el derecho de rechazar o aceptar la cobertura del riesgo con determinadas condiciones particulares.

1.7. ¿Cómo se formaliza el contrato y cuándo entra en vigor?

La póliza entra en vigor en la fecha de efecto indicada en las condiciones particulares y una vez haya sido pagada la primera prima. Los suplementos y apéndices tomarán efecto una vez se hayan cumplido los mismos requisitos.

1.8. ¿Cuál es la duración del seguro?

El presente contrato se mantendrá en vigor hasta el fallecimiento del asegurado o hasta la extinción del contrato por falta de pago de las primas correspondientes a las ocho primeras anualidades de seguro, por causa distinta a la ocurrencia del siniestro.

2. Primas

2.1. ¿Cómo se calculan las primas?

Las primas se determinan en función de:

- La edad del asegurado en la fecha de efecto del seguro o del aumento de las garantías.
- El estado de salud del asegurado en la fecha de efecto del seguro o del aumento de las garantías.
- El montante de las garantías escogidas por el tomador.
- La forma de pago de las primas.

La edad del asegurado será la alcanzada por éste el último día del año de efecto del seguro o del aumento de las garantías ($\text{edad} = \text{Año de efecto del seguro} - \text{Año de nacimiento}$).

2.2. ¿Cómo y cuándo se pagan las primas?

El Tomador está obligado al pago del primer recibo de prima en el momento de la formalización del seguro. Los sucesivos recibos de prima se abonarán por anticipado en los correspondientes vencimientos, que coincidirán con el inicio de cada período natural pactado.

El pago de la prima, para cada una de las garantías de dependencia, es vitalicio y no finaliza hasta que el asegurado sea reconocido, por la entidad aseguradora, en situación de dependencia y se origine el devengo de la prestación de la correspondiente garantía de dependencia.

La prima se establece por períodos anuales. No obstante, el tomador podrá solicitar el fraccionamiento semestral, trimestral o mensual, aplicando la entidad aseguradora el correspondiente recargo y siempre que los importes de las primas superen las cuantías mínimas establecidas por la entidad aseguradora. En caso de ocurrencia del siniestro, la entidad aseguradora renuncia a deducir de la prestación la fracción o fracciones de prima todavía no satisfechas de la anualidad de seguro en curso durante la que ocurra el siniestro.

2.3. ¿Qué ocurre con las garantías del seguro cuando se dejan de pagar las primas?

2.3.1. Cuando no se paga el primer recibo de prima

Si por culpa del tomador la primera prima no ha sido pagada, la entidad aseguradora tiene el derecho a resolver el contrato.

2.3.2. Cuando se han pagado menos de 8 años de primas

En el caso de falta de pago de una de las primas siguientes a la primera, por una causa distinta a la ocurrencia del siniestro, durante los primeros 8 años de vigencia de la póliza, la cobertura del seguro quedará suspendida un mes después del día del vencimiento de la prima. Si la entidad aseguradora no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido.

2.3.3. Cuando se han pagado las primas durante al menos 8 años (Seguro con garantías reducidas)

Si transcurridos seis meses las primas todavía están impagadas, la entidad aseguradora dejará de reclamarlas y las garantías de dependencia suscritas quedarán en situación de reducción en función de los años enteros en que las primas han sido satisfechas.

La reducción del seguro se producirá igualmente cuando lo solicite el tomador, siempre y cuando hayan sido satisfechas las primas correspondientes a las 8 primeras anualidades de seguro.

Cuando la póliza se encuentre en situación de reducción no podrá ser rehabilitada en las condiciones suscritas previas a la reducción. En cualquier caso, si el tomador manifiesta su voluntad de

suscribir un nuevo contrato, deberá efectuar una nueva declaración del riesgo conforme a los cuestionarios, previos a la aceptación del riesgo, a los que le someta la entidad aseguradora.

2.4. ¿En qué supuestos el tomador queda exonerado del pago de primas?

Excepto en el caso de reducción de las garantías, el tomador quedará exonerado del pago de primas en el momento que la situación de dependencia total del asegurado haya sido reconocido por la entidad aseguradora. La exoneración tomará efecto a partir del vencimiento siguiente a dicho momento.

En caso de cese de la situación de dependencia total, se reanuda la obligación del pago de primas, de acuerdo con la tarifa aplicable en aquel momento, y se interrumpirá el pago de la renta establecida.

2.5. ¿Cómo y cuándo se aumentan las primas de las garantías de dependencia?

Las primas no se incrementarán en función de la edad del asegurado o de su estado de salud.

2.5.1. Por revisión de la tarifa de primas

Las primas de las garantías de dependencia pueden ser objeto de revisión por la entidad aseguradora cuando el equilibrio técnico del contrato lo necesite, como consecuencia de un cambio legislativo, una decisión reglamentaria o la modificación de las obligaciones de la entidad aseguradora en relación al conjunto de riesgos de dependencia suscritos en la presente modalidad de seguro.

Dicho equilibrio técnico se establecerá para cada una de las garantías al finalizar cada año natural y, si fuera necesaria la revisión, se llevará a cabo con efectos desde el próximo vencimiento principal, adaptando, en consecuencia y a partir de entonces, las tasas de las primas futuras para todos los contratos en vigor.

Asimismo, la entidad aseguradora se reserva el derecho de efectuar la revisión de las primas de una determinada garantía de dependencia cuando su resultado técnico sea deficitario.

La entidad aseguradora, en caso de revisión de las primas, informará individualmente al tomador de la modificación de las primas con una antelación mínima de un mes respecto al vencimiento principal, fecha a partir de la cual se aplicarán las nuevas primas.

2.5.2 Por revalorización de las garantías

Las primas del presente contrato aumentarán cada año, a partir del vencimiento principal, en la misma proporción en que se hayan incrementado los importes de las garantías de dependencia, de acuerdo con el sistema de revalorización establecido en el apartado 3.5 de estas condiciones generales.

2.6. ¿Cómo rehusar el aumento de las primas de las garantías de dependencia?

El tomador puede oponerse al aumento de las primas correspondientes a las garantías de dependencia suscritas.

Este rechazo no se aplicará al aumento de primas de la garantía de asistencia.

Si el tomador no acepta la nueva prima, éste puede comunicar fehacientemente a la entidad aseguradora su decisión de continuar pagando el mismo importe de prima pero reduciendo proporcionalmente, en relación al aumento de prima propuesto por la entidad aseguradora, el importe de las garantías.

La comunicación del tomador deberá efectuarse dentro de un período máximo de dos meses después del pago de la nueva prima. Transcurrido este período el rechazo de la nueva prima no será admisible.

El pago de la nueva prima, salvo que el tomador solicite el mantenimiento de la anterior prima con disminución del importe de las garantías, de acuerdo con el procedimiento indicado en este apartado, implica la aceptación por éste de la nueva prima.

3. Garantías del seguro

3.1. ¿Qué garantiza Agrupación Dependencia?

Las garantías del seguro se indican en las condiciones particulares.

El tomador deberá suscribir la garantía principal de renta por dependencia total y la garantía complementaria de Asistencia cuyas condiciones generales se recogen en el Anexo I. Asimismo, el tomador podrá suscribir la garantía complementaria opcional de capital por dependencia total.

El alcance y la cobertura de cada una de dichas garantías será la siguiente:

3.1.1. Garantía principal de renta por dependencia total

Si la entidad aseguradora ha reconocido que el asegurado se encuentra en una situación de dependencia total según la definición del apartado 3.2 de estas condiciones generales, la entidad aseguradora garantiza al asegurado el pago de una renta mensual vitalicia, pagadera por vencido mientras viva el asegurado y persista dicha situación de dependencia.

El estado de dependencia debe ser definitivo según la definición indicada en el apartado 3.3 de estas condiciones generales.

El importe de la renta inicial, que se indica en las condiciones particulares, será la cuantía determinada por el tomador en el momento de la suscripción del seguro, dentro de los límites establecidos por la entidad aseguradora.

3.1.2. Garantía de capital por dependencia total

Si entre las garantías elegidas por el tomador se incluye esta garantía y si la entidad aseguradora ha reconocido que el asegurado se encuentra en una situación de dependencia total según la definición del apartado 3.2 de estas condiciones generales, la entidad aseguradora garantiza al asegurado el pago de un capital.

La situación de dependencia debe ser definitiva según la definición indicada en el apartado 3.3 de estas condiciones generales.

El importe del capital inicial, que se indica en las condiciones particulares, será la cuantía determinada por el tomador en el momento de la suscripción del seguro, dentro de los límites establecidos por la entidad aseguradora.

Esta prestación se paga una sola vez y el beneficiario sólo podrá obtener una única prestación por esta garantía.

3.1.3. Garantía de Asistencia

Esta garantía es anual y sus coberturas, condiciones y primas pueden ser modificadas en cada vencimiento principal.

Las coberturas de esta garantía se describen en el Anexo I de estas condiciones generales.

3.2. ¿Cómo se evalúa el estado de dependencia total?

El asegurado será considerado en situación de dependencia total cuando se encuentre en alguna de las dos situaciones siguientes:

3.2.1 Dependencia física

El estado de salud del asegurado debe estar estabilizado y haber sido clasificado por los servicios médicos de la entidad aseguradora con una puntuación final del Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD) de 75 a 100 puntos.

3.2.2. Dependencia psíquica o mental

El estado de salud del asegurado debe estar estabilizado y responder acumulativamente a las dos condiciones siguientes:

1ª) Haber sido clasificado por los servicios médicos de la entidad aseguradora con una puntuación final del Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD) de 75 a 100 puntos.

Y

2ª) Padecer una demencia o enfermedad neuropsiquiátrica, y obtener en el Test Mini Mental State Examination de Folstein un resultado de 15 puntos o inferior. Este resultado será establecido únicamente por el médico designado por la entidad aseguradora.

3.3. Definición del carácter definitivo de la situación de dependencia

La situación de dependencia se considera definitiva, por parte de los servicios médicos de la entidad aseguradora, cuando se estabiliza, es decir cuando dicha situación de dependencia no es susceptible de mejora teniendo en cuenta las terapias existentes en la fecha de su constatación.

3.4. ¿A partir de cuándo toman efecto las garantías del seguro (períodos de carencia)?

Las garantías del seguro toman efecto:

- En la fecha de efecto del seguro en caso que la situación de dependencia sea consecuencia de un accidente posterior a dicha fecha.
- Después de un período de carencia de 3 años, a contar desde la fecha de efecto del seguro, en caso que la situación de dependencia sea consecuencia de un estado de demencia o enfermedad neuropsiquiátrica.
- En cualquier otro caso, después de un período de carencia de 1 año, a contar desde la fecha de efecto del seguro.

Cualquier situación de dependencia sobrevenido durante los períodos de carencia, con independencia de su comunicación a la entidad aseguradora, no dará lugar al pago

de las prestaciones y conllevará la rescisión del contrato. Las primas satisfechas serán reembolsadas al tomador salvo que sea patente que las declaraciones del asegurado en el momento de la suscripción tenían un carácter claramente fraudulento.

En las condiciones particulares podrá pactarse un período de carencia diferente a los plazos establecidos en el presente apartado con carácter general.

3.5. ¿Cómo se revalorizan las garantías?

La revalorización del importe de las garantías, excepto las de las garantías de asistencia, se efectúa en la fecha del vencimiento principal de cada año, en función de los resultados financieros de cada garantía obtenidos durante el año natural inmediatamente anterior. El sistema de cálculo se define en el apartado 6.1 de estas condiciones generales.

La revalorización de las garantías conllevará que las primas se incrementen en la misma proporción.

Cuando el seguro se encuentre en situación de reducción, los importes de las garantías no serán revalorizados (Ver apartado 3.8 posterior).

3.6. ¿Puede rechazarse el sistema de revalorización de las garantías y primas?

Si el tomador no acepta la revalorización de las garantías y primas, éste puede pedir a la entidad aseguradora que se mantenga la cuantía de las garantías anterior a la revalorización, aplicando la nueva tarifa de primas si ésta ha sido revisada (Ver apartado anterior). Para ello, será suficiente que el tomador lo comunique fehacientemente a la entidad aseguradora dentro de un período máximo de dos meses después del vencimiento principal en el que se ha efectuado la revalorización. Pasado este período la demanda no será admitida.

Asimismo, si el tomador no desea acogerse al sistema de revalorización de las garantías en los futuros vencimientos principales deberá comunicarlo fehacientemente a la entidad aseguradora antes del día 1 de febrero anterior al primer vencimiento principal a partir del cual no desea que le sea aplicada la revalorización de las garantías.

En ningún caso el tomador podrá rechazar los incrementos de cobertura de la garantía de asistencia.

3.7. ¿Se puede modificar el importe de las garantías de dependencia?

El tomador podrá modificar el importe de las garantías de dependencia sujetándose a las siguientes condiciones:

- a. En caso de aumento:
 - Tan sólo si el asegurado es menor de 70 años y si dicha modificación es aceptada por la entidad aseguradora a la vista de los cuestionarios o exámenes médicos practicados al asegurado.
 - Los períodos de carencia, indicados anteriormente en el apartado 3.4, serán aplicables al aumento de las garantías, iniciándose en la fecha de efecto de su aumento.
 - Si la entidad aseguradora acepta la solicitud de modificación, la prima por el aumento de la cuantía de la garantía será calculada teniendo en cuenta la edad del asegurado y las tarifas vigentes en el momento del aumento.
- b. Deberán respetarse los límites mínimos y máximos de cada garantía fijados por la entidad aseguradora en el momento de la modificación.

3.8. ¿Qué ocurre con las garantías de dependencia cuando han quedado a un nivel reducido por dejar de pagar las primas?

Una vez satisfechas las 8 primeras anualidades completas del contrato, la reducción de las garantías de dependencia puede establecerse, por alguna de las siguientes vías:

- Cuando así lo solicite el tomador por escrito y con un mes de antelación respecto a la fecha solicitada de reducción.
- Automáticamente si el tomador deja de pagar las primas a su vencimiento (Ver apartado 2.3.3 anterior).

En la fecha de reducción el importe de las garantías de dependencia se reduce, quedando éstas liberadas del pago de primas.

El importe reducido de cada garantía se determinará en la fecha de reducción en función del número de años completos en que se han pagado las primas.

Sólo las garantías de dependencia son susceptibles de quedar en situación de reducción, la garantía de asistencia quedará cancelada en la fecha de efecto de la reducción.

3.9. ¿En qué supuestos no se aplican las garantías del seguro?

Están excluidas de todas las garantías del seguro las consecuencias derivadas de:

- Cualquier enfermedad, incapacidad, impedimento, tratamiento u accidente preexistentes y no declarados en la declaración del estado de salud realizada por el asegurado en la solicitud de seguro.

- La demencia diagnosticada con anterioridad a la fecha de efecto del seguro.
- Cualquier hecho voluntario o intencionado del asegurado.
- Tentativa de suicidio o de mutilaciones realizadas por el mismo asegurado.
- El uso de sustancias o plantas clasificadas como drogas o estupefacientes que no hayan sido prescritas médicamente.
- Complicaciones psíquicas o neurológicas causadas, aunque sea parcialmente, por un alcoholismo agudo o crónico.
- Actos dolosos o criminales cometidos por el asegurado o con su cooperación.
- Accidentes sufridos por el asegurado en situación de enajenación mental, en estado de embriaguez o bajo el efecto de drogas o estupefacientes no prescritos médicamente.
- Accidentes que tengan su origen en actos de imprudencia temeraria o culpa grave del asegurado y los derivados de su participación en apuestas, desafíos o peleas, salvo en caso de legítima defensa.
- La práctica profesional de cualquier deporte.
- Los derivados de la energía nuclear.
- Conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- Siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como "catástrofe o calamidad nacional".

4. Prestaciones

4.1. ¿Cómo solicitar las prestaciones de las garantías de dependencia?

4.1.1. Declaración de la dependencia

El asegurado o una persona de su entorno deberá comunicar, por escrito, a la entidad aseguradora la pérdida de autonomía del asegurado que pueda originar una situación de dependencia indemnizable por esta póliza.

4.1.2. Cuestionario médico a cumplimentar por el médico asistencial del asegurado

Para ser beneficiario de una garantía de dependencia el médico asistencial del asegurado deberá cumplimentar el cuestionario médico que, tras la declaración del asegurado, la entidad aseguradora le habrá remitido. Dicho cuestionario contendrá el diagnóstico e información relacionada con el estado de dependencia y deberá ser dirigido a los servicios médicos de la entidad aseguradora.

El asegurado deberá facilitar, igualmente, toda la información solicitada por la entidad aseguradora.

4.1.3. Reconocimiento médico realizado por la entidad aseguradora

A la vista del cuestionario médico anterior, los servicios médicos de la entidad aseguradora podrán decidir que un médico experto, designado por la entidad aseguradora, realice un reconocimiento médico con la finalidad de examinar al asegurado.

El reconocimiento del médico experto se realizará en su consulta, en el domicilio del asegurado o, en su caso, en la institución en que este último esté ingresado. Dicho reconocimiento se practicará en España.

El asegurado deberá permitir el libre acceso de su dossier sanitario al médico experto.

La entidad aseguradora no se hará cargo de los gastos de desplazamiento del asegurado a la consulta del médico experto.

El rechazo al médico experto designado por la entidad aseguradora o rechazar su libre acceso al dossier sanitario del asegurado implicará la pérdida del derecho del asegurado a las prestaciones previstas en esta póliza.

4.2. ¿Cómo se determina el estado de dependencia?

La concesión de las prestaciones definidas en los apartados 3.1.1 y 3.1.2 de estas condiciones generales se reconocen por los servicios médicos de la entidad aseguradora, en base a los informes médicos indicados en el apartado 4.1 anterior.

4.2.1. ¿Cuál es el procedimiento en caso de conflicto?

Si el asegurado impugna la decisión de la entidad aseguradora y justifica médicamente su reclamación, la entidad aseguradora podrá proponer un nuevo reconocimiento médico realizado por otro médico experto.

En este peritaje el asegurado podrá ser asistido por un médico de su elección, siendo sus honorarios a cargo del asegurado.

Si incluso en este peritaje el desacuerdo persiste el asegurado podrá recurrir al procedimiento de arbitraje.

4.2.2. ¿Cuál es el procedimiento en caso de arbitraje?

En caso de desacuerdo de orden médico, las diferencias entre el asegurado y la entidad aseguradora se someterán al arbitraje de un tercer perito médico designado de común acuerdo y de no existir éste acuerdo, la designación se hará por el Juez de Primera Instancia del lugar en que resida el asegurado.

Cada parte deberá designar un perito médico que las represente.

El dictamen de los peritos, por unanimidad o por mayoría, se notificará a las partes, siendo vinculante para éstas, salvo que se impugne judicialmente por alguna de las partes, dentro del plazo de treinta días, en el caso de la entidad aseguradora y ciento ochenta en el del asegurado, computados ambos desde la fecha de su notificación. Si no se interpusiere en dichos plazos la correspondiente acción, el dictamen pericial devendrá inatacable.

Cada parte sufragará los gastos y honorarios de su perito médico y la mitad de los correspondientes al tercer perito.

4.3. ¿Cómo se pagan las prestaciones?

4.3.1. Garantía de renta por dependencia total

La garantía de renta por dependencia total suscrita, si el asegurado es reconocido como dependiente total según las definiciones de los apartados 3.2 y 3.3 de estas condiciones generales, será satisfecha mensualmente por vencido, el último día de cada mes. El importe inicial de la renta será la cuantía vigente en el momento del reconocimiento de la situación de dependencia.

El primer pago de la renta se realizará, el último día del mes de la fecha en que haya transcurrido el período de franquicia de 3 meses, a contar desde el día en que el estado de dependencia del asegurado alcanza el nivel indemnizable para esta garantía.

Dicho día es la fecha de efecto de la renta y, en ningún caso podrá ser anterior a la fecha de recepción por parte de la entidad aseguradora del dossier completo de la solicitud de prestación realizada por el asegurado, incluyendo el cuestionario médico a cumplimentar por el médico asistencial del asegurado indicado en el apartado 4.1.2 anterior de estas condiciones generales.

La cuantía de la renta del primer pago será la prorrata que corresponda a los días transcurridos desde la fecha en que haya finalizado el período de franquicia de 3 meses y el último día del mes en que se devengue la primera renta.

El pago de la prestación se mantendrá hasta el final del mes en el cual el asegurado ya no se encuentre en una situación de dependencia total o haya fallecido. La cuantía de la renta del último mes se corresponderá con la prorrata por los días transcurridos desde el día 1 de dicho mes hasta la fecha de su fallecimiento o la fecha en que se considere que el asegurado ya no se encuentra en una situación de dependencia total.

En caso de que el asegurado ya no se encuentre en un estado de dependencia total el asegurado deberá comunicar esta circunstancia a la entidad aseguradora. Asimismo, en el caso de fallecimiento del asegurado sus derechohabientes deberán comunicar esta contingencia a la entidad aseguradora.

4.3.2. Garantía de capital por dependencia total

El importe de la garantía de capital por dependencia total suscrita, si el asegurado es reconocido como dependiente total según las definiciones de los apartados 3.2 y 3.3 de estas condiciones generales, será satisfecha al asegurado por la entidad aseguradora. El importe del capital será la cuantía vigente en el momento del reconocimiento de la situación de dependencia.

El capital se pagará al finalizar el período de franquicia de 3 meses, a contar desde el día en que el estado de dependencia del asegurado alcanza el nivel indemnizable para esta garantía, si el asegurado se encuentra en aquel momento en estado de dependencia total.

Dicho día es la fecha de efecto del siniestro y, en ningún caso podrá ser anterior a la fecha de recepción por parte de la entidad aseguradora del dossier completo de la solicitud de prestación realizada por el asegurado, incluyendo el cuestionario médico a cumplimentar por el médico asistencial del asegurado indicado en el apartado 4.1.2 anterior de estas condiciones generales.

Esta prestación será concedida una sólo vez durante toda la vigencia del seguro.

4.4. ¿Cómo se controla el mantenimiento de la situación de dependencia en el marco de la garantía de renta por dependencia total?

El asegurado deberá facilitar a la entidad aseguradora, siempre que ésta lo solicite y como mínimo una vez al año, una "fe de vida" actualizada. La entidad aseguradora podrá sustituir este requisito por cualquier otro que, a juicio de ésta, permita comprobar, periódicamente, la supervivencia de los mismos.

Asimismo, cuando existan posibilidades fundadas de regresión del proceso de dependencia, la entidad aseguradora, con una periodicidad máxima anual, solicitará al asegurado que su médico asistencial cumplimente el formulario "seguimiento del estado de dependencia" proporcionado por la entidad aseguradora con la finalidad de verificar el mantenimiento de la situación de dependencia total.

El asegurado, una vez cumplimentado dicho formulario por su médico asistencial, deberá remitirlo a la entidad aseguradora.

La entidad aseguradora se reserva la posibilidad de efectuar un control, por un médico experto designado por ella, respecto al mantenimiento de la situación de dependencia del asegurado.

En caso de que la entidad aseguradora no recibiera alguno de los documentos solicitados dentro de un período de dos meses después de ser requerido por la entidad aseguradora, ésta suspenderá el pago de las prestaciones. En el momento que la entidad aseguradora reciba los documentos solicitados reiniciará el pago de las prestaciones sin intereses.

Igualmente, en el supuesto que el asegurado no permita realizar el control del mantenimiento de la situación de dependencia, realizado por un médico experto designado por la entidad aseguradora, ésta suspenderá el pago de las prestaciones, transcurridos dos meses desde la negativa del asegurado a someterse a dicha verificación.

En caso de omisión por parte del asegurado o de su representante legal concerniente al cese del estado de dependencia total o en caso de omisión de la comunicación de fallecimiento del asegurado por parte de sus derechohabientes, la entidad aseguradora exigirá las cantidades indebidamente percibidas.

5. ¿Cuáles son los derechos que asisten al tomador y al asegurado en relación con este contrato?

5.1. ¿Puede el tomador renunciar a la decisión de suscribir el seguro?

El tomador podrá rescindir libremente el contrato dentro de los 30 días siguientes a la fecha en la que la entidad aseguradora entregue la póliza. Esta facultad unilateral de resolución del contrato deberá ejercitarse fehacientemente por escrito en el plazo indicado y producirá sus efectos desde el día de su expedición. A partir de esta fecha, cesará la cobertura del riesgo por parte de la entidad aseguradora, devolviendo al tomador el importe de la prima satisfecha, previa deducción de la parte de prima correspondiente al tiempo durante el cual el contrato ha estado en vigor.

5.2. ¿Cuáles son las instancias en caso de reclamación?

Las discrepancias que puedan surgir frente a la entidad aseguradora se resolverán a través de las siguientes instancias de reclamación internas y externas:

- a. Reclamación por escrito ante los órganos de la propia entidad aseguradora.
- b. En el ámbito asegurador y de conformidad con lo establecido en las Ordenes del Ministerio de Economía ECO/ 734/ 04, de 11 de marzo y ECC/2502/2012, de 16 de noviembre:

Ante el Servicio de Atención y Defensa del Cliente (SADC) de AGRUPACIÓN AMCI DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., a través de carta, impreso disponible en las oficinas o correo electrónico a la dirección que, a tal efecto, figure en la indicada web (www.tomamosimpulso.com/seguros). Éste adoptará propuesta de resolución de forma motivada y por escrito, según el procedimiento previsto en el reglamento de funcionamiento de la entidad, que estará a disposición de los interesados y podrá ser consultado en cualquier momento a través de la web o en las oficinas de AGRUPACIÓN AMCI DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.

El plazo de tramitación del expediente será el actual de dos meses, o el que en cada momento se establezca legalmente, contado a partir del día de presentación por el interesado de la queja o reclamación ante el Servicio de Atención y Defensa del Cliente.

El SADC no admitirá a trámite las cuestiones sometidas o ya resueltas por una decisión judicial, administrativa o arbitral.

- c. Ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (Ministerio de Economía), siempre que haya transcurrido el plazo mínimo de dos meses sin que se haya obtenido respuesta del SADC o que éste haya desestimado su petición.
- d. Finalmente, los conflictos que puedan surgir entre el tomador de seguro, asegurado, beneficiario, terceros perjudicados o derechohabientes de cualesquiera de ellos, con la entidad aseguradora, se resolverán por los jueces y tribunales competentes.

Ponemos a su disposición un teléfono de información de atención al cliente: 900 898 120, disponible de lunes a viernes, de 8:00 a 20:00 horas.

5.3. ¿Cuál es el plazo de prescripción?

Las acciones que se deriven del presente contrato prescriben en el término de cinco años, a contar desde el día que pudieron ejercitarse.

6. ¿Qué otras normas de carácter general es importante conocer?

6.1. Sistema de revalorización de las garantías, las primas y las prestaciones

Al 31 de diciembre de cada ejercicio, la entidad aseguradora establece la cuenta de los resultados financieros del ejercicio obtenidos por la gestión financiera de las provisiones matemáticas de las garantías de dependencia.

En dicha cuenta se integran el 90% de los ingresos financieros (netos de gastos financieros) obtenidos por la inversión de las provisiones matemáticas de la presente modalidad de seguro, previo descuento de los intereses técnicos aplicados a la provisión matemática durante el ejercicio. En ningún caso el saldo de esta cuenta al finalizar el ejercicio podrá ser negativo.

El eventual saldo de dicha cuenta, al finalizar el ejercicio, se aplicará parcialmente o íntegramente a la revalorización de las garantías y prestaciones, con el límite de la variación experimentada por el Índice de Precios al Consumo durante el ejercicio

considerado (variación interanual registrada en el mes de diciembre del índice nacional general), conforme a las siguientes reglas:

6.1.1. ¿A qué pólizas y a partir de cuándo se aplica la revalorización de las garantías, primas y prestaciones?

El sistema de revalorización se aplicará a las garantías que estuvieran en vigor y al corriente de pago el día 1 de enero del ejercicio considerado, así como a las prestaciones en forma de renta que se encuentren en curso de pago y cuya fecha de efecto de la renta sea también anterior al día 1 de enero del ejercicio considerado.

No se aplicará la revalorización de las garantías en aquellas pólizas que se encuentren en situación de reducción en la fecha de efecto de la revalorización (Ver apartado 6.1.4 posterior).

6.1.2. Revalorización de las garantías y primas con anterioridad al devengo de las prestaciones

Siempre que, al finalizar el ejercicio, el saldo de la cuenta de los resultados financieros sea positivo, la imputación del importe de la participación en los beneficios financieros, a cada una de las garantías de dependencia de cada una de las pólizas con derecho a revalorización, de acuerdo con las condiciones recogidas en el apartado 6.1.1 anterior, se aplicará a incrementar la provisión matemática del seguro mediante una revalorización del importe de las garantías aseguradas que llevará aparejado un incremento de las primas en la misma proporción en que se han revalorizado las garantías.

El tomador del seguro podrá rechazar el aumento de las garantías y primas como consecuencia del sistema de revalorización de las garantías establecido, en los términos y plazos indicados en el apartado 3.6 de estas condiciones generales.

6.1.3. Revalorización de las rentas en curso de pago

Siempre que, al finalizar el ejercicio, el saldo de la cuenta de los resultados financieros sea positivo, las rentas en curso de pago, de acuerdo con las condiciones recogidas en el apartado 6.1.1 anterior, serán revalorizadas en el mismo porcentaje en que se hayan revalorizado las garantías y primas de las pólizas en vigor y al corriente de pago.

6.1.4. Fecha de efecto de los importes revalorizados

Los nuevos importes de las garantías, primas y prestaciones tomarán efecto, en su caso, en el vencimiento principal, establecido en el día 1 de abril de cada año, respecto a la participación en

beneficios asignada procedente de los resultados financieros obtenidos durante el año inmediatamente anterior.

6.2. ¿Qué facultades tiene la entidad aseguradora ante las declaraciones falsas o inexactas del tomador o del asegurado?

Las declaraciones del tomador y del asegurado contenidas en la solicitud de seguro, en la declaración del estado de salud y, en su caso, en el cuestionario médico ampliado, así como en cualquier otra declaración escrita dirigida a la entidad aseguradora, deben ser verídicas y exactas, puesto que de ello depende la validez del contrato. La póliza es indisputable una vez transcurrido el plazo de un año a contar desde la fecha de su formalización. No obstante, existen dos excepciones en las que la entidad aseguradora podrá impugnar la póliza, aun habiendo transcurrido el plazo de un año:

- a. En caso de actuación dolosa del tomador o del asegurado, en cuyo caso la entidad aseguradora quedará liberada del pago de la prestación.
- b. En el supuesto de indicación inexacta de la edad del asegurado, cuando la verdadera edad del asegurado, en la fecha de efecto de la póliza, excediera de los límites de admisión establecidos por la entidad aseguradora. En cualquier otro caso, si en el momento de pagar la prestación, se comprobase que la fecha de nacimiento del asegurado no corresponde con la declarada y la prima pagada es inferior a la que le hubiera correspondido, en el momento de pagar la prestación la entidad aseguradora reducirá el importe de las prestaciones en la proporción existente entre la prima efectivamente satisfecha y la que le hubiera correspondido en función de su edad real. Si, por el contrario, la prima percibida es superior, la entidad aseguradora devolverá el exceso de primas sin intereses.

Asimismo, la inexactitud o falsa declaración no intencionada en los cuestionarios sobre la salud del asegurado, conlleva una disminución de las prestaciones en la proporción existente entre la prima efectivamente satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar si la declaración hubiera sido exacta y verídica.

6.3. ¿Cómo se efectuarán los pagos?

Las primas del tomador serán exigibles por anticipado en sus correspondientes vencimientos y deben ser satisfechas mediante el sistema de domiciliación bancaria en una cuenta abierta a su nombre en España.

Los pagos de la entidad aseguradora se realizarán mediante transferencia a la cuenta bancaria designada por el asegurado o su representante legal. Dicha cuenta bancaria deberá estar abierta en una oficina bancaria situada dentro del territorio del Estado español y el asegurado deberá figurar como titular de la cuenta.

6.4. ¿Dónde deben ser enviadas las comunicaciones recíprocas?

Las comunicaciones dirigidas a la entidad aseguradora por parte del tomador, del asegurado o de sus derechohabientes, deben ser dirigidas por escrito al domicilio social de la misma, o en su caso, a través del agente de ésta. Las comunicaciones remitidas a los agentes, corredores de seguros o a cualquier otra persona a la atención de la entidad aseguradora no se considerarán notificadas hasta que sean recibidas en el domicilio de ésta.

Las comunicaciones efectuadas a la entidad aseguradora por un corredor de seguros, en nombre del tomador, surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio tomador, salvo indicación en contrario de éste. En todo caso se precisará el consentimiento expreso del tomador para modificar o rescindir el contrato de seguro.

Las comunicaciones de la entidad aseguradora al tomador, al asegurado o a sus derechohabientes, se realizarán al último domicilio de éstos comunicado a la entidad aseguradora.

6.5. ¿Quién deberá pagar los impuestos?

Los impuestos y recargos legalmente repercutibles que se deban pagar por razón de este contrato, tanto en el presente como en el futuro, correrán a cargo del tomador. Los impuestos y recargos sobre las prestaciones, de acuerdo con la legislación vigente, serán por cuenta del asegurado beneficiario de las prestaciones.

6.6. Jurisdicción

El presente contrato queda sometido a la jurisdicción española y, dentro de ella, será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo, el del domicilio del asegurado en España.

6.7. Protección de los datos personales

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS	
Responsable	AGRUPACIÓ AMCI D'ASSEGURANCES I REASSEGURANCES, S.A.
Finalidades	Distribución, formalización, desarrollo y ejecución del contrato de seguro; securización de los datos de contacto; la posible consulta a los sistemas de información crediticia para conocer su capacidad financiera y poder ofrecer productos y/o servicios adecuados a usted; la elaboración de perfiles con fines actuariales, análisis de mercado, probabilidad del fraude y perfiles comerciales sin decisiones automatizadas; cumplimiento de medidas de diligencia debida en la prevención del blanqueo de capitales y la financiación del terrorismo; el envío de boletines electrónicos y de publicidad propia; la reutilización de la información mediante análisis estadísticos a través de un perfil anónimo; realización de acciones de fidelización y de encuestas de calidad.
Legitimación	Ejecución del contrato de seguro; cumplimiento de obligaciones legales; consentimiento expreso; interés legítimo.
Destinatarios	Entidades coaseguradoras y reaseguradoras; mediadores de seguros de la entidad aseguradora y otros prestadores de servicios que actúan como encargados del tratamiento de datos de la misma; grupo de empresas Crédit Mutuel Alliance Fédérale entidades aseguradoras u organismos públicos o privados relacionados con el sector asegurador; organismos públicos y autoridades competentes en general.
Plazo de conservación	Durante toda la vigencia del contrato de seguro y, al vencimiento de la misma, durante los plazos de prescripción de las obligaciones legales exigibles a la entidad aseguradora conforme a la normativa vigente en cada momento.
Derechos	Acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad y limitación.
Información adicional	Puede consultar el resto de información complementaria sobre protección de datos en la Política de Protección de Datos Personales de clientes del grupo ACM España publicada en la página web www.tomamosimpulso.com/seguros

Anexo I

GARANTÍA DE ASISTENCIA

1. Garantía de asistencia

La garantía de asistencia incluye los siguientes servicios:

- Servicio telefónico de orientación médica, social y de ayuda domiciliaria.
- Servicio de teleasistencia durante un año, para los asegurados a los que la entidad aseguradora ha reconocido que se encuentran en una situación de dependencia total definitiva.

2. Servicio telefónico de orientación y de ayuda domiciliaria

2.1. Beneficiarios

Será beneficiario de los servicios telefónicos de orientación y ayuda domiciliaria, el asegurado.

2.2. Ámbito territorial

Los servicios telefónicos de orientación y ayuda domiciliaria se prestarán en todo el territorio del Estado Español con independencia del lugar de residencia del asegurado.

2.3. Condiciones de acceso al servicio

Los servicios telefónicos de orientación y ayuda domiciliaria se prestarán durante las 24 horas del día durante todos los días del año, con la excepción del servicio de orientación social y ayuda a la dependencia que se prestará de lunes a viernes de 9h a 14h y de 15:30h a 17h.

Para beneficiarse de los servicios, el asegurado deberá contactar con la entidad aseguradora a través del número de teléfono indicado en las condiciones particulares.

La cobertura del seguro incluye únicamente el servicio de información y valoración telefónica y en ningún caso son objeto de cobertura los gastos derivados de una asistencia presencial.

2.4. Servicios telefónicos cubiertos

2.4.1. Servicio de orientación social y ayuda a la dependencia

Los servicios incluidos son:

- Orientación telefónica sobre cuestiones de la vida diaria: vivienda, alojamiento, residencias, centros de día, ayudas técnicas, pensiones, jubilaciones, servicios públicos.
- Asesoramiento telefónico en gestiones relacionadas con Servicios Sociales y Prestaciones Públicas.

2.4.2. Servicio de orientación médica Los servicios incluidos son:

- Orientación telefónica sobre salud personal: hábitos saludables (alimentación...), los efectos secundarios de medicamentos, la información general sobre las patologías, la nutrición y tratamientos.
- Orientación telefónica enfocada a identificar profesionales adecuados a la necesidad sanitaria del asegurado.

2.4.3. Servicio de orientación telefónica en mantenimiento y reparaciones del hogar

Se facilita información sobre las empresas próximas al domicilio del asegurado para las siguientes actividades: fontanería, carpintería, electricidad, cerrajería, cristalería, pintura, tapicería, reparaciones y pequeño bricolaje.

2.4.4. Servicio de Ayuda Domiciliaria (SAD)

En aquellos casos en que el asegurado pueda necesitar por períodos superiores de un mes y con independencia de su nivel de autonomía un Servicio de Ayuda domiciliaria, la entidad aseguradora le facilitará información telefónica sobre profesionales y entidades acreditadas en las siguientes materias:

- a. Atención personal:
 - Aseo personal
 - Movilización en el domicilio
 - Cambios de postura e higiene personal de personas encamadas
 - Acompañamiento dentro del domicilio
- b. Cuidado del hogar:
 - Limpieza del domicilio
 - Compras domésticas
 - Servicio de cocina

3. Servicio de Teleasistencia

3.1. Beneficiarios

Será beneficiario del servicio de Teleasistencia el asegurado al que la entidad aseguradora ha reconocido que se encuentra en una situación de dependencia total definitiva.

3.2. Ámbito territorial

El servicio de Teleasistencia se prestará únicamente en aquellas provincias del territorio del Estado Español donde la entidad aseguradora cuente con sucursales o delegaciones.

3.3. Condiciones de acceso al servicio

La cobertura del seguro incluye únicamente el servicio de Teleasistencia durante el plazo de un año.

El Servicio de Teleasistencia se prestará a través de la puesta a disposición del asegurado de un sistema de medallón-teléfono-manos libres, fijo en el domicilio.

Este sistema permite guardar un contacto privilegiado con el exterior y acompaña al suscriptor (el asegurado) por todas partes en su domicilio, para poder ser activado por pulsación.

Al pulsar se interrumpen otras comunicaciones telefónicas y se habla a través del medallón.

Según la situación, se alertará a las personas designadas por el asegurado o se movilizarán los recursos o servicios de urgencia necesarios en cada caso.

Los servicios realizados a través del centro de recepción de llamadas son:

- Escucha 24 horas por los equipos de asistencia.
- Diálogo, si fuere necesario, con el equipo social.
- Puesta en relación, si fuere necesario, con las estructuras de urgencia.

La única limitación establecida será la de que el beneficiario deberá mantener las funciones cognitivas suficientes para el uso de la tecnología correspondiente.

AGRUPACIÓ I ATLANTIS

www.tomamosimpulso.com/seguros

930 039 696 / 919 023 131

Producto asegurado por AGRUPACIÓN AMCI DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., Crta. de Rubí, número 72-74, Edificio Horizon, 08174 Sant Cugat del Vallès, RM Barcelona F.171, H.B-423520, T. 43402, Inscripción 10ª, NIF A-65782807, Registro DGSFP código C0790

AD005 - 01/2023