

AGRUPACIÓ I ATLANTIS



Condiciones Generales
Doble Previsión Personal

DOBLE PREVISIÓN PERSONAL
Seguro de Enfermedad
CONDICIONES GENERALES
(Mod. DPP007)

Índice

1. Personas que intervienen en el contrato	3
2. Definiciones	3
3. Bases legales del contrato	4
4. Objeto del seguro	4
4.1. Incapacidad temporal	5
4.1.1. Riesgo cubierto	5
4.1.2. Modalidades de cobertura	5
4.1.3. Reglas aplicables para el devengo de la indemnización diaria	5
4.1.4. Ámbito territorial	6
4.2. Hospitalización	6
4.2.1. Riesgo cubierto	6
4.2.2. Reglas aplicables para el devengo de la indemnización por hospitalización	6
4.2.3. Ámbito territorial	6
5. Riesgos excluidos	6
6. Personas asegurables	7
7. Formalización y entrada en vigor del contrato	7
8. Plazos de carencia	8
9. Duración del seguro	8
10. Revalorización automática anual	8
11. Obligaciones del Tomador o del Asegurado	9
12. Pago de las primas	9
13. Tramitación y percepción de la prestación	10
13.1. Tramitación del siniestro y documentación requerida	10
13.1.1. Para la garantía de Incapacidad Temporal:	10
13.1.2. Para la garantía de Hospitalización:	10
13.2. Pago de la prestación	10
14. Nulidad del contrato y pérdida de derechos	11
14.1. Nulidad del Contrato	11
14.2. Pérdida del derecho a la prestación	11
14.3. Supuestos en los que la Entidad Aseguradora reducirá el importe de la prestación	11
15. Comunicaciones recíprocas	11
16. Mecanismos de resolución de conflictos	12
17. Contratación a distancia	12
18. Prescripción	13
19. Protección de los datos personales	13

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 en todo momento, y mientras la póliza esté en vigor, facilitando toda 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 real de la cobertura contratada.

1. Personas que intervienen en el contrato

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 del 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.

Tomador del seguro: La persona que juntamente con la Entidad Aseguradora suscribe este contrato y a quien corresponden los derechos y las obligaciones del mismo, salvo aquéllos que, por su naturaleza, correspondan al Asegurado y/o al Beneficiario.

Asegurado: La persona física sobre la cual se establece la cobertura del seguro y que, en defecto del Tomador, asume las obligaciones del contrato. El seguro podrá contratarse con referencia a una persona o a un grupo de ellas. Este grupo deberá estar delimitado por alguna característica común diferente al propósito de asegurarse.

Beneficiario: La persona que tiene el derecho a percibir la prestación del seguro. Salvo designación expresa, será considerado como Beneficiario, el propio Asegurado.

2. Definiciones

A los efectos del seguro se entiende por:

Accidente: Lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado.

Declaración de salud: Cuestionario que ha de cumplimentar el Asegurado con anterioridad a la formalización del seguro en el que éste expone los datos necesarios para la valoración de su estado de salud.

Enfermedad: Toda alteración del estado de salud, que no sea consecuencia de un accidente, cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico legalmente reconocido y que precise de asistencia facultativa.

Enfermedad preexistente: Aquella que, desde el punto de vista médico, ya existía con anterioridad al momento de la contratación del seguro o de la inclusión del Asegurado en la póliza.

Franquicia: Período de tiempo inicial del siniestro en que no se devengará la indemnización diaria contratada y, por tanto, la Entidad Aseguradora no satisfará ninguna prestación. La duración de la franquicia se indica en las Condiciones Particulares.

Hospital: Todo establecimiento legalmente autorizado para el tratamiento de enfermedades o lesiones corporales, provisto de los medios para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas. Dicho establecimiento debe estar atendido por un médico las 24 horas del día. **No se considerarán como hospitales a efectos de la póliza, los hoteles, asilos, casas de reposo, balnearios, residencias, y todo tipo de instalaciones dedicadas, principalmente, al cuidado y tratamiento de personas que padezcan enfermedades crónicas, terminales o de tipo degenerativo.**

Hospitalización: Internamiento en un hospital con fines diagnósticos o terapéuticos. Supone el registro de entrada del Asegurado y su permanencia en el hospital durante un mínimo de 24

horas. Para la determinación del número de días de hospitalización se computará el día de ingreso pero no el del alta.

Indemnización diaria: Es la prestación diaria asegurada, fijada en las Condiciones Particulares, a pagar por la Entidad Aseguradora en caso de siniestro y que se limita a los días establecidos en las Condiciones Particulares por episodio de enfermedad o lesión padecida, incluido, en su caso, el período de franquicia.

Intervención quirúrgica: Toda operación mediante incisión u otra vía de abordaje interno efectuado por un médico y que requiere normalmente la utilización de una sala de operaciones.

Plazo de carencia: Período de tiempo, contado a partir de la fecha de efecto o alta en el seguro, durante el cual no entran en vigor las coberturas de la póliza. La duración de la carencia se indica, en su caso, en las Condiciones Particulares.

Prima: El precio del seguro. Los recibos de prima comprenden, además de ésta, los recargos e impuestos legalmente repercutibles.

Siniestro: Acaecimiento de los hechos previstos en el contrato y cuyas consecuencias económicas dañosas pueden estar cubiertas por las garantías del seguro.

Solicitud de seguro: Documento que el Tomador entrega a la Entidad Aseguradora, en el que realiza una descripción del riesgo que pretende asegurar.

3. 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.

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.

Constituyen las bases de este contrato las declaraciones del Tomador recogidas en la Solicitud de seguro y las respuestas del Asegurado contenidas en la Declaración de salud y, en su caso, en los cuestionarios previos a la formalización del seguro.

La Póliza, que se halla integrada por:

- Las presentes Condiciones Generales que regulan los derechos y deberes de las partes, así como el alcance de las garantías del seguro.
- Las Condiciones Particulares que recogen las cláusulas 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 del seguro 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.

4. Objeto del seguro

Durante el período máximo establecido en las Condiciones Particulares y dentro de los límites y términos establecidos en las Condiciones Generales y Particulares de la

presente póliza, la Entidad Aseguradora cubre exclusivamente las prestaciones correspondientes a cada una de las garantías del seguro indicadas en las Condiciones Particulares. Dichas garantías podrán referirse a las siguientes contingencias:

4.1. Incapacidad temporal

4.1.1. Riesgo cubierto

La Entidad Aseguradora garantiza dentro de los límites y condiciones determinados en la misma el pago de la indemnización diaria indicada en las Condiciones Particulares, durante el plazo máximo establecido en las Condiciones Particulares por enfermedad o lesión corporal padecida, siempre que ello impida al Asegurado, de manera clínicamente explicable, llevar a cabo de forma temporal todo tipo de actividad laboral, profesional o empresarial.

4.1.2. Modalidades de cobertura

De común acuerdo entre las partes contratantes, se podrán excluir a través de las Condiciones Particulares la cobertura de los períodos de incapacidad temporal derivados de enfermedades, secuelas y lesiones corporales causadas por accidente.

El seguro podrá ser contratado con período de franquicia que constará especificado en las Condiciones Particulares y una vez finalizado el mismo, al día siguiente comenzará el devengo de la indemnización diaria contratada hasta el resto del plazo máximo de días establecido en las Condiciones Particulares por enfermedad o lesión corporal padecida, que constituye el período de cobertura.

4.1.3. Reglas aplicables para el devengo de la indemnización diaria:

- a. Para poder percibir la prestación diaria contratada será indispensable que se presente una alteración del estado de salud del Asegurado motivada por cualquier tipo de enfermedad o accidente que le impida de manera clínicamente explicable, realizar cualquier tipo de actividad laboral, profesional o empresarial.
- b. En todas las enfermedades o accidentes, para que el Asegurado tenga derecho a percibir la prestación diaria, será necesario que:
 - el Asegurado reciba la asistencia facultativa médica adecuada al proceso por el que se vea afectado.
 - la alteración en el estado de salud debe impedir al Asegurado de manera clínicamente explicable, el ejercicio de la actividad laboral o profesional de forma total y temporal.
- c. En todos los casos, cesará el derecho de devengo de la indemnización diaria:
 - En el momento que el Asegurado esté en condiciones de reanudar, o de hecho reanude, su actividad profesional aún de manera parcial y a pesar de no haber alcanzado su total curación (la incapacidad ya no será total)
 - En el momento en que se le diagnostique al Asegurado que la enfermedad o accidente que ha motivado el siniestro se ha transformado en una invalidez permanente para el ejercicio de su actividad laboral, profesional indicada en las Condiciones Particulares. Se entiende que el Asegurado se encuentra en
 - situación de invalidez permanente cuando después de haber estado sometido al tratamiento prescrito, y finalizado, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas que inhabiliten al Asegurado para el desempeño de las tareas fundamentales de su actividad laboral, profesional o empresarial.
 - Por comunicación del Tomador o del Asegurado.
 - Por fallecimiento del Asegurado.
- d. El Asegurado, ya sea de un modo consecutivo o en distintos períodos, no podrá percibir prestaciones diarias de incapacidad por tiempo superior al plazo máximo de días establecido en las Condiciones Particulares, incluido en el mismo,

en su caso, el período de franquicia contratado, por alteraciones de su estado de salud que, por cualquier causa, estén vinculadas o sean originadas por un mismo proceso o diagnóstico.

- e. En el caso de que el Asegurado se hallase en un período de incapacidad cubierto por la póliza y padeciera una nueva enfermedad o accidente, a partir de ésta empezará a contar un nuevo plazo de incapacidad por un máximo de días establecido en las Condiciones Particulares.
- f. En cualquier caso la cantidad diaria que perciba el Asegurado no podrá ser superior a la establecida en las Condiciones Particulares, no pudiéndose superponer prestaciones derivadas de diversos procesos de incapacidad.

4.1.4. Ámbito territorial

La indemnización diaria únicamente se devengará mientras que el Asegurado permanezca físicamente en España.

4.2. Hospitalización

4.2.1. Riesgo cubierto

La Entidad Aseguradora garantiza el pago de la indemnización diaria indicada en las Condiciones Particulares para esta garantía por cada día de hospitalización del Asegurado, de acuerdo con lo regulado en estas Condiciones Generales, debida a cualquier enfermedad o accidente amparado por las coberturas de la presente póliza.

4.2.2. Reglas aplicables para el devengo de la indemnización por hospitalización:

- a. En los casos de hospitalización por enfermedad o accidente, la indemnización diaria se devengará durante los días en que el Asegurado se encuentre hospitalizado por prescripción médica, con fines diagnósticos o terapéuticos y reciba la asistencia médica adecuada al proceso por el que se encuentra hospitalizado.
- b. En el supuesto de que el Asegurado sufriera nuevos períodos de hospitalización por la misma causa o por causas médicas directamente relacionadas con la anterior, los nuevos períodos de hospitalización se considerarán a todos los efectos continuación del inicial, sin que en ningún caso pueda superarse el plazo máximo de 365 días.
- c. El importe de la indemnización diaria a satisfacer por la Entidad Aseguradora no podrá ser superior al establecido en las Condiciones Particulares, incluso en el supuesto de que la hospitalización fuera debida a varias dolencias o de que se practicasen varias intervenciones quirúrgicas al mismo tiempo.

4.2.3 Ámbito territorial

La indemnización diaria únicamente se devengará cuando el internamiento se haya realizado en el territorio de la Unión Europea, Estados Unidos de América y Canadá.

5. Riesgos excluidos

Además de las exclusiones específicas de cada garantía, se excluyen de la cobertura del seguro:

- a. Todas las enfermedades, lesiones o defectos de origen anterior a la fecha de entrada en vigor del contrato.
- b. Todas las enfermedades y lesiones que sean consecuencia de riñas o peleas (salvo que el Asegurado haya actuado en legítima defensa), alteraciones del orden público, conflictos armados o guerra, hechos declarados oficialmente como fenómenos de carácter extraordinario, catastrófico o epidemia, así como las consecuencias derivadas de la energía atómica o de radiaciones de cualquier clase,

salvo que se ocasionen como consecuencia de un tratamiento médico basado en dicha fuente de energía.

- c. Las enfermedades y lesiones derivadas de la participación del Asegurado en expediciones científicas o en competiciones deportivas, así como la práctica de deportes manifiestamente peligrosos, distintos a los declarados a la Entidad Aseguradora en la Solicitud de Seguro o en cualquier otro cuestionario previo a la entrada en vigor del seguro.
- d. Las enfermedades o lesiones que tengan como manifestación única el dolor, sin comprobación o no objetivables clínicamente por pruebas complementarias de diagnóstico.
- e. Las enfermedades neurológicas que no estén diagnosticadas y acreditadas con pruebas médicas concluyentes.
- f. Las psicosis, neurosis, psicopatías, trastornos de la personalidad, depresiones o stress y todas aquellas manifestaciones orgánicas de una enfermedad de la mente conocidas como enfermedades psicosomáticas.
- g. El SIDA y las enfermedades o lesiones causadas por el virus de la inmunodeficiencia adquirida (VIH).
- h. El embarazo, el aborto y el parto, así como sus consecuencias y secuelas
- i. Las lesiones o enfermedades causadas voluntariamente por el Tomador o el Asegurado que entrañen grave riesgo para la salud del Asegurado, así como las derivadas de intento de suicidio.
- j. Las lesiones o enfermedades o sus complicaciones derivadas de acciones del Asegurado que comporten un grave riesgo para su salud, tales como la interrupción del tratamiento médico prescrito, o bien las derivadas de la ingestión de bebidas alcohólicas, el consumo de drogas y estupefacientes.
- k. Los actos médicos o quirúrgicos y sus consecuencias, a los cuales se someta voluntariamente el Asegurado y que no sean como consecuencia de accidente o enfermedad, así como los tratamientos terapéuticos experimentales y los puramente estéticos, salvo cirugía reparadora en caso de accidente sobrevenido durante la vigencia del seguro.

6. Personas asegurables

Podrán obtener la cobertura del seguro las personas que cumplan las condiciones determinadas por la Entidad Aseguradora.

Salvo pacto en contrario, en la fecha de incorporación del Asegurado a la presente póliza, podrán ser asegurados:

- En la garantía de **Incapacidad temporal**: Las personas que tengan una edad comprendida entre los 16 y los 64 años y se encuentren realizando una actividad laboral, profesional o empresarial remunerada.
- En la garantía de **Hospitalización**: Las personas que tengan una edad comprendida entre los 16 y los 64 años y se encuentren realizando una actividad laboral, profesional o empresarial remunerada.

7. Formalización y entrada en vigor del contrato

La póliza entra en vigor en la fecha de efecto indicada en las Condiciones Particulares, mediante la firma del Tomador y, en su caso, del Asegurado, y el pago de la primera prima. Los suplementos y apéndices tomarán efecto una vez se hayan cumplido los mismos requisitos.

No obstante, el Tomador podrá rescindir libremente el contrato dentro de los 30 días siguientes a la fecha en la que la Entidad Aseguradora le entregue la póliza. Esta facultad unilateral de

rescisión del contrato deberá ejercitarse 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 la prima satisfecha, excepto la parte correspondiente al tiempo en que la cobertura ha tenido vigencia.

8. Plazos de carencia

Cuando el siniestro sea consecuencia de un accidente ocurrido después de la entrada en vigor de la póliza, la cobertura del seguro tomará efecto inmediato.

En caso de enfermedad, el plazo de carencia será el establecido, en su caso, en las Condiciones Particulares.

Si durante el período de carencia ocurriera un siniestro, éste se considerará iniciado al día siguiente a aquel en que finalice dicho período de carencia.

9. Duración del seguro

La presente póliza se contrata por el período de tiempo indicado en las Condiciones Particulares y, a su vencimiento, salvo pacto en contrario, se prorrogará tácitamente año por año, **siempre que la póliza se encuentre en vigor mediante el pago de la prima correspondiente, de acuerdo con las tarifas establecidas por la Entidad Aseguradora en cada momento.**

No obstante, el seguro se extinguirá por cualquiera de las siguientes causas:

- a. **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.
- b. **Al finalizar la anualidad de seguro en que el Asegurado cumpla los 70 años de edad**, salvo que la Entidad Aseguradora conceda una autorización expresa de prórroga

Asimismo, la garantía de Incapacidad temporal también se extinguirá en los siguientes casos, aun sin existir comunicación previa del Asegurado:

- **Cuando el Asegurado acceda a la jubilación, desempleo o por cese de toda actividad laboral o profesional.**
- **Cuando se diagnostique médicamente al Asegurado, que la enfermedad o accidente que ha motivado el siniestro se ha transformado en una invalidez permanente para el ejercicio habitual de la profesión indicada en las Condiciones Particulares.**

En los dos últimos supuestos, la Entidad Aseguradora reintegrará al Tomador la parte de prima correspondiente al tiempo que medie entre la fecha de efecto de la resolución o cese de la actividad y la expiración del período de seguro cubierto por la prima satisfecha por la garantía de Incapacidad temporal. El importe de dicho extorno de prima será, como máximo, la prima correspondiente a la última anualidad de seguro.

10. Revalorización automática anual

Al vencimiento de cada anualidad de seguro, el Tomador y la Entidad Aseguradora, podrán pactar que el importe de la indemnización diaria que figura en las Condiciones Particulares se revalore automáticamente en función de las variaciones del Índice de Precios al Consumo o en un porcentaje fijo determinado. De igual forma, la prima se ajustará proporcionalmente a la variación de dicho índice o porcentaje, de acuerdo con las tarifas vigentes en el momento de la renovación.

El Tomador y la Entidad Aseguradora podrán renunciar a la aplicación de la revalorización, mediante una comunicación a la otra parte con dos meses de antelación al vencimiento anual del seguro.

En caso de siniestro, el importe de la indemnización diaria a satisfacer por la Entidad Aseguradora será el vigente en el momento de inicio del siniestro, sin que deba la Entidad Aseguradora incrementar dicho importe en caso de prolongarse el siniestro y coincidir con una revalorización del mismo.

11. Obligaciones del Tomador o del Asegurado

CUANDO SE PRODUCEN VARIACIONES SOBRE EL RIESGO ASEGURADO O SE HAN PRODUCIDO INEXACTITUDES EN SUS DECLARACIONES

El Tomador o, en su caso, el Asegurado, durante la vigencia del contrato, deberán comunicar, tan pronto como les sea posible:

- a. La contratación de cualquier otro seguro que cubra el mismo riesgo o parecido al cubierto por esta póliza.
- b. **Cualquier disminución sustancial de ingresos del Asegurado durante un período prolongado de más de seis meses, respecto a los declarados inicialmente.**
- c. **Los cambios de profesión del Asegurado o de la actividad en la empresa para la que trabaja, la inclusión de riesgos suplementarios, tales como la práctica de deportes de mayor riesgo que los declarados inicialmente, las declaraciones inexactas de los cuestionarios presentados por la Entidad Aseguradora,** así como todas las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por la Entidad Aseguradora en el momento de la aceptación y formalización del contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más graves para el Tomador.

La Entidad Aseguradora dispone de un plazo de dos meses, desde que le sea declarada la agravación del riesgo, para proponer una modificación del contrato. En dicho supuesto el Tomador tiene un plazo de quince días desde la recepción de la modificación para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo, o de silencio por parte del Tomador, la Entidad Aseguradora, transcurrido dicho plazo, puede rescindir el contrato, previa advertencia al

Tomador, dándole para que conteste un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho días siguientes, comunicará al Tomador la rescisión definitiva.

La Entidad Aseguradora igualmente podrá rescindir el contrato comunicándolo por escrito al Tomador dentro de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo.

Si las nuevas circunstancias dieran lugar a que el seguro pudiera contratarse en condiciones más favorables, la prima de la siguiente anualidad se reducirá en la proporción correspondiente.

12. Pago de 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.

Si por culpa del Tomador la primera prima no ha sido pagada, la Entidad Aseguradora tiene el derecho a resolver el contrato.

En el caso de falta de pago de una de las primas siguientes, la cobertura del seguro quedará suspendida un mes después del día de su vencimiento. 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.

La prima se establece por períodos anuales. No obstante, la forma de pago de las primas será la establecida en las Condiciones Particulares.

13. Tramitación y percepción de la prestación

13.1. Tramitación del siniestro y documentación requerida

Cuando se produzca un siniestro cubierto por esta póliza, el Asegurado deberá:

13.1.1. Para la garantía de Incapacidad Temporal:

- a. Comunicar por escrito a la Entidad Aseguradora el hecho que pueda dar lugar a la prestación del seguro, lo antes posible y en el plazo máximo de siete días desde su ocurrencia, adjuntando al citado escrito un informe del médico que asista al Asegurado, indicando la enfermedad o accidente, si guarda reposo absoluto domiciliario o reposo relativo, si ha padecido con anterioridad a la dolencia y en qué fecha, si su dolencia le impide dedicarse a sus actividades laborales o profesionales de forma total o parcial, fecha probable de iniciación del proceso, fecha en que comenzó a prestarle asistencia y pronóstico en cuanto a la duración de la dolencia, así como cualquier otro dato sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro que considere el Asegurado o el facultativo.
- b. Cumplir las prescripciones facultativas con la diligencia necesaria para el pronto restablecimiento del Asegurado. **El abandono injustificado del tratamiento implicará la extinción de la cobertura de seguro y la Entidad Aseguradora quedará liberada del pago de la prestación.**
- c. **Permitir, en cualquier caso, el examen del Asegurado por los médicos designados por la Entidad Aseguradora para comprobar su estado de salud, permitiendo la obtención de toda clase de informaciones o pruebas complementarias que consideren necesarios para la correcta valoración del siniestro. En el caso de que el Asegurado se opusiera a la visita de dichos médicos, la Entidad Aseguradora quedará liberada del pago de la prestación.**
- d. **Relevar del deber del secreto profesional a los facultativos y centros médicos hospitalarios que atiendan o hayan atendido al Asegurado, respecto a la información que la Entidad Aseguradora pueda solicitar sobre su estado de salud completo y antecedentes médicos.**

Las prestaciones de incapacidad temporal correspondientes se devengarán, a partir del mismo día inclusive de iniciarse el siniestro, descontando, en su caso, el período de franquicia contratado y siempre que el siniestro se comunique a la Entidad Aseguradora dentro del plazo máximo de siete días desde su inicio. De recibirse la comunicación de siniestro transcurrido este plazo máximo, la indemnización diaria comenzará a devengarse desde la fecha en que se haya recibido la citada comunicación.

Cuando el Asegurado se restablezca de su incapacidad temporal deberá comunicarlo de forma inmediata a la Entidad Aseguradora.

13.1.2. Para la garantía de Hospitalización:

- a. Comunicar por escrito a la Entidad Aseguradora el hecho que pueda dar lugar a la prestación del seguro, lo antes posible y en el plazo máximo de 7 días desde el alta hospitalaria, mediante un informe médico en el que se indique el centro en el que ha sido hospitalizado el Asegurado y el motivo de la hospitalización.
- b. Certificado de Estancia Hospitalaria e Informe Médico de Alta Hospitalaria.

13.2. Pago de la prestación

Las prestaciones aseguradas se pagarán dentro de los ocho días laborables siguientes a la fecha en que la Entidad Aseguradora haya tenido conocimiento del alta del Asegurado.

No obstante, el Beneficiario podrá solicitar anticipos a cuenta de la liquidación definitiva de la prestación, que serán abonadas por meses naturales vencidos.

En el caso que la indemnización propuesta o satisfecha por la Entidad Aseguradora no fuese aceptada por el Asegurado, ambas partes se someterán al sistema pericial contradictorio, de acuerdo con la legislación vigente.

14. Nulidad del contrato y pérdida de derechos

14.1. Nulidad del Contrato

El contrato de seguro será nulo si en el momento de su conclusión el siniestro ya hubiera ocurrido.

14.2. Pérdida del derecho a la prestación

La plena validez de esta póliza depende de la veracidad y exactitud de las declaraciones del Tomador y, en su caso, del Asegurado, realizadas en la Solicitud de seguro y en los cuestionarios a los que sean sometidos por la Entidad Aseguradora.

El Asegurado perderá el derecho a la indemnización:

- **En caso de reserva o inexactitud de las declaraciones en los cuestionarios**, realizadas por el Tomador y, en su caso, por el Asegurado, cuando alguno de éstos haya actuado con dolo o culpa grave.
- **Cuando en el supuesto de agravación del riesgo** durante la vigencia del seguro, el Tomador o el Asegurado, **no lo comuniquen** a la Entidad Aseguradora y alguno de ellos haya actuado con mala fe.
- Si la primera prima no ha sido pagada por el Tomador antes de que se produzca el siniestro.
- Si el Tomador o el Asegurado no facilitan a la Entidad Aseguradora la información necesaria, a juicio de esta última, sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro, en el supuesto de que hubiese ocurrido dolo o culpa grave.
- Cuando el Asegurado o el Tomador incumplan el deber de aminorar las consecuencias del siniestro con la intención de perjudicar o engañar a la Entidad Aseguradora.
- Cuando el siniestro haya sido causado intencionadamente o por mala fe del Asegurado.

14.3. Supuestos en los que la Entidad Aseguradora reducirá el importe de la prestación

Si ocurre un siniestro antes de que le sea comunicada la agravación del riesgo a la Entidad Aseguradora o ésta tiene conocimiento de la reserva o inexactitud de las respuestas del Tomador o del Asegurado en los cuestionarios previos a la formalización del seguro o en cualquier otra declaración escrita, la Entidad Aseguradora pagará la cantidad que habría podido ser asegurada con la prima satisfecha al aplicar la prima que le hubiera correspondido, de acuerdo con la verdadera situación del riesgo.

15. Comunicaciones recíprocas

Las comunicaciones dirigidas a la Entidad Aseguradora por parte del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario, deben ser dirigidas por escrito al domicilio social de la Entidad Aseguradora, o en su caso, a través del Agente de ésta. Las comunicaciones remitidas a los Agentes y/o 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 del tomador para modificar o rescindir el contrato de seguro.

Las comunicaciones de la Entidad Aseguradora al Tomador, al Asegurado o al Beneficiario, se realizarán al último domicilio comunicado a la Entidad Aseguradora. A estos efectos el Tomador y el Asegurado deberán comunicar los cambios de domicilio, tan pronto como les sea posible.

16. Mecanismos de resolución de conflictos

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.

17. Contratación a distancia

Una vez obren todos los datos en poder de la entidad aseguradora y, en su caso, documentación necesaria para formalizar la póliza, ésta se emitirá.

Siempre que no se trate de un seguro obligatorio ni haya acaecido el siniestro, el tomador tendrá la facultad de resolver el contrato sin penalización alguna, mediante comunicación escrita a AGRUPACIÓN AMCI DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A de 30 días naturales en los seguros de vida y de 14 días naturales en el resto de seguros, contados a partir de que se reciban las condiciones contractuales.

Con efecto a la fecha de la comunicación, cesará la cobertura del riesgo para AGRUPACIÓN AMCI DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A, quien, a su vez, dispondrá de un nuevo plazo de 30 días para reintegrar al tomador la prima pagada, quedando obligado solamente, en su caso, a pagar el servicio prestado.

18. Prescripción

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

19. 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

AGRUPACIÓ I ATLANTIS

www.tomamosimpulso.com/seguros

930 039 696 / 919 023 131

Producto asegurado por Agrupación AMCI de Seguros y Reaseguros, S.A. con domicilio social en Carretera de Rubí, 72-74. Edificio Horizon - 08174 Sant Cugat del Vallès (Barcelona) - NIF A-65782807 Inscrita en el Registro Mercantil de Barcelona, F.171, H.B-423520, T. 43402, Inscripción 10ª con clave de registro en la DGSyFP C-0790

DPP007 - 01/2023