

Vida

Condiciones de tu
Contrato de Seguro

Póliza N°
054581914

Allianz Seguros

Allianz Vida Riesgo PLUS

www.allianz.es

15 de Noviembre de 2023

Tomador de la Póliza

SHEILA SORRIKETA PEREZ

Estas son las condiciones de tu Contrato de Seguro. Es muy importante que las leas atentamente y verifiques que tus expectativas de seguro están plenamente cubiertas. Para nosotros, es un placer poder informarte y dar cobertura a todas tus necesidades de previsión y aseguramiento.

Atentamente

ASEBROK 2020 S.L.

Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.

ASEBROK
CORREDURÍA
DE SEGUROS

Con Allianz, atrévete

Allianz 

www.allianz.es

Resumen de Coberturas

Cobertura	Descripción	Más información en la página
Fallecimiento	El pago de un capital cuando se produzca el fallecimiento del Asegurado por cualquier causa. El pago de un capital adicional por fallecimiento del Asegurado, por presentación de factura de gastos de sepelio, con el límite máximo establecido. El pago de la cuota tributaria del Impuesto de Sucesiones y Donaciones, derivados del propio seguro, con el límite máximo establecido.	9
Testamento Online	Elaboración o modificación, junto con el apoyo de un abogado, de un testamento notarial online.	12
Ayuda Familiar para casos de Orfandad total y Enfermedad crítica	El pago de un capital adicional a los hijos menores o incapacitados en caso de orfandad por fallecimiento de ambos cónyuges en el mismo accidente. El pago de una renta mensual en caso que al Asegurado se le diagnostique una enfermedad considerada como crítica.	15
Invalidez Permanente y Absoluta	El pago de un capital, con opción de transformar en una renta mensual, en caso de que al Asegurado se le conceda una Invalidez Permanente y Absoluta.	18
Enfermedad Grave	El pago de un capital adicional y el derecho a recurrir a una 2a opinión médica en caso que al Asegurado se le diagnostique una enfermedad definida en póliza como grave.	21
Orientación médica 24 h.	Apoyo y orientación al asegurado y sus familiares (cónyuge e hijos) en la toma de decisiones respecto a su salud. Atención 24 horas al día todos los días del año.	25

SERVICIOS PARA EL ASEGURADO

En cualquier caso su Mediador

Nombre y apellidos: ASEBROK 2020 S.L.
Corredor de Seguros
NIF: B95027553. Nº DGS J0060EUS

Código de Mediador: 5510563

Dirección: ALDA REKALDE 27 6 IZDA 48009 BILBAO

Teléfono de contacto: 946671740/607764617

E-mail contacto: info@asebrok.com

Centro de Atención al Cliente Allianz

	Teléfono
Centro de Atención al Cliente Allianz para consultas y cuestiones administrativas	900 300 250
Testamento on-line	900 150 612
Servicio de orientación médica 24 horas y segunda Opinión Médica	902 181 639

www.allianz.es

DATOS IDENTIFICATIVOS

Asegurador

Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A., entidad española sujeta al control y supervisión de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, con domicilio social en C/Ramírez de Arellano, 35 28043 Madrid.

Tomador del Seguro

Nombre y apellidos: SHEILA SORRIKETA PEREZ
NIF/DNI: 78996814W
Dirección: CL JUAN SEBASTIAN ELKANO, 28, 5, C 48960 GALDAKAO
Teléfono: 638475505 **E Mail:** sheilasorriketa17@gmail.com

Póliza y duración

Póliza: 054581914
Duración: Desde las 00:00 horas del 14/11/2023 hasta las 24:00 horas del 31/10/2024 (ambos inclusive)
Se prorrogará anual y automáticamente a partir del 1/11/2024 hasta el fin de la anualidad en que el Asegurado cumpla los 80 años de edad salvo en las siguientes coberturas:

Cobertura	Edad finalización
Invalidez Permanente absoluta	67
Enfermedad Grave	67

Asegurado

Nombre y apellidos: El Tomador del Seguro

Fecha de nacimiento: 15/8/1997

Edad: 26

Profesión: Gerencia de empresas de comercio al por menor con menos de 10 asalariados

Estado de salud del Asegurado

Las condiciones del contrato se han establecido en base a las siguientes declaraciones, hechas por SHEILA SORRIKETA PEREZ sobre tu estado de salud en el momento de contratar la póliza y que sirven de base para la aceptación del riesgo y determinación de la prima:

En los últimos 5 años: ¿Te has sometido a pruebas de diagnóstico de alguna de las siguientes enfermedades (cáncer, infarto de miocardio, accidente cerebro-vascular, insuficiencia renal, cirugía cardíaca, trasplante de órganos vitales tales como corazón, pulmón, hígado, páncreas o médula ósea), o has realizado tratamiento médico durante más de 7 días, o has tenido que interrumpir tu rutina diaria por motivos de salud durante más de 7 días?. NO

Beneficiarios en caso de Fallecimiento

En caso de fallecimiento del asegurado, de forma excluyente y por este orden:

1. Tu cónyuge no separado por resolución judicial.
2. Tus hijos por partes iguales.
3. Tus padres por partes iguales.
4. Tus herederos legales.

En caso del capital de orfandad total: los hijos del Asegurado menores no emancipados y los incapacitados totalmente para el trabajo.

Liquidación de Primas

Nº de recibo: 817130911	Prima Neta	140,78
Período: de 14/11/2023 a 31/10/2024	Recargos	0,07
Periodicidad del pago: ANUAL	IPS (8%)	3,50
	Consortio	0,52
	Total Recibo	144,87

A cada vencimiento de póliza, la prima se calculará de acuerdo con la Tarifa que tenga vigente la Compañía, a fecha de emisión del presente condicionado, elaborada de acuerdo con la legislación en vigor y que estará puesta a disposición de la Dirección General de Seguros y fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Competitividad.

Año	Capital fallecimiento	Prima	Año	Capital fallecimiento	Prima
2023	100.000,00 €	145,58 €	2040	140.024,14 €	591,80 €
2024	102.000,00 €	148,12 €	2041	142.824,62 €	691,79 €
2025	104.040,00 €	153,03 €	2042	145.681,11 €	808,75 €
2026	106.120,80 €	158,82 €	2043	148.594,73 €	947,27 €
2027	108.243,22 €	166,33 €	2044	151.566,62 €	1.110,90 €
2028	110.408,08 €	178,89 €	2045	154.597,95 €	1.300,64 €
2029	112.616,24 €	190,56 €	2046	157.689,91 €	1.517,08 €
2030	114.868,56 €	200,12 €	2047	160.843,71 €	1.761,30 €
2031	117.165,93 €	211,49 €	2048	164.060,58 €	1.964,91 €
2032	119.509,25 €	227,20 €	2049	167.341,79 €	2.188,52 €
2033	121.899,44 €	261,05 €	2050	170.688,63 €	2.432,37 €
2034	124.337,43 €	289,88 €	2051	174.102,40 €	2.691,34 €
2035	126.824,18 €	321,17 €	2052	177.584,45 €	2.965,68 €
2036	129.360,66 €	355,20 €	2053	181.136,14 €	3.266,14 €
2037	131.947,87 €	393,35 €	2054	184.758,86 €	3.596,17 €
2038	134.586,83 €	440,07 €	2055	188.454,04 €	4.002,33 €
2039	137.278,57 €	508,06 €	2056	192.223,12 €	4.457,49 €

2057	196.067,58 €	4.968,50 €	2067	239.005,29 €	9.794,57 €
2058	199.988,93 €	5.518,95 €	2068	243.785,40 €	10.988,35 €
2059	203.988,71 €	6.140,99 €	2069	248.661,11 €	12.377,27 €
2060	208.068,48 €	6.838,51 €	2070	253.634,33 €	13.998,48 €
2061	212.229,85 €	7.597,96 €	2071	258.707,02 €	15.885,66 €
2062	216.474,45 €	8.313,27 €	2072	263.881,16 €	18.076,36 €
2063	220.803,94 €	8.972,71 €	2073	269.158,78 €	20.607,85 €
2064	225.220,02 €	7.086,80 €	2074	274.541,96 €	23.538,08 €
2065	229.724,42 €	7.868,96 €	2075	280.032,80 €	26.934,19 €
2066	234.318,91 €	8.763,93 €	2076	285.633,46 €	30.878,36 €

Estas primas netas sólo podrán ser modificadas en virtud de disposición legal o reglamentaria. La prima total se calculará, en cada anualidad, añadiendo los impuestos y recargos legalmente repercutibles.

En caso de fraccionamiento de la prima el Asegurador renunciará al cobro de aquellas primas pendientes en caso de rescisión del contrato o fallecimiento, Invalidez Permanente y Absoluta y Enfermedad Crítica. Allianz se reserva el derecho de modificar unilateralmente las primas o las prestaciones a nivel de cartera siempre que la modificación sea originada por una desviación material de la siniestralidad y gastos totales de esa cartera. El pago de la prima de seguro implica la aceptación de las nuevas condiciones. Podrás oponerte a la prorrogación del Contrato en las condiciones inicialmente pactadas si no estas conforme con la subida de primas efectuada a nivel de cartera. Importes expresados en EUROS.

Domicilio de Cobro

A petición del Tomador del Seguro, el recibo de prima correspondiente será presentado al cobro en: KUTXABANK, S.A N° de Cuenta IBAN: ES56-**-****-****-****-4130 BASKES2BXXX** utilizando como referencia la orden de domiciliación **000817130911**. Cualquier modificación posterior de n° de cuenta IBAN se entenderá automáticamente autorizada, sin perjuicio de que se aporte la autorización expresa por parte del mediador.

FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO

¿Qué se garantiza?

El pago de:

- Un capital al producirse el fallecimiento del Asegurado por cualquier causa tanto natural como accidental y en cualquier lugar del mundo.
- Un capital adicional por fallecimiento del Asegurado, por presentación de factura de gastos de sepelio y hasta el límite correspondiente.
- La cuota tributaria del Impuesto de Sucesiones y Donaciones derivado del propio seguro, según comprobante y hasta el límite correspondiente.

¿Quien recibe el pago?

100,00 %

En caso de fallecimiento del asegurado, de forma excluyente y por este orden:

1. Tu cónyuge no separado por resolución judicial.
2. Tus hijos por partes iguales.
3. Tus padres por partes iguales.
4. Tus herederos legales.

En caso del capital de orfandad total: los hijos del Asegurado menores no emancipados y los incapacitados totalmente para el trabajo.

¿Hasta cuándo me cubre?

Siempre que el fallecimiento ocurra antes del final de la anualidad de la póliza en la que cumplo los 80 años.

¿Qué se excluye?

El pago de cualquier capital en caso que el asegurado decidiera poner fin a su vida voluntariamente durante el primer año de vigencia de la póliza.

Y estos pagos, ¿qué incluyen?

COBERTURAS	CAPITALES
Fallecimiento	100.000,00 €
Gastos Sepelio hasta	2.500,00 €
Impuesto Sucesiones y Donaciones hasta	2.500,00 €

Estos importes se revalorizan un 2% del importe asegurado en la anualidad anterior.

¿Cómo se solicita este pago?

Hay que dirigirse a Allianz Seguros mediante solicitud expresa, junto con copia del DNI del reclamante, para comunicar de la ocurrencia de la contingencia en un plazo máximo de 7 días y presentar la siguiente documentación:

	Fallecimiento	Gastos Sepelio	I.S.D
DNI Asegurado	✓		
Certificado del médico	✓		
Certificado literal de la defunción	✓		
Diligencias Judiciales / Informe Médico Forense	✓		
Acta declaración herederos	✓		
Certificado últimas voluntades/ Testamento	✓		
Documentación relativa a los beneficiarios	✓		
Factura Gastos Sepelio		✓	
Justificante liquidación ISD			✓

Adicionalmente, el Asegurador puede requerir informes o las pruebas complementarias que considere necesarias, con gastos a cargo de mis beneficiarios.

¿Qué es un certificado del médico?

Es un informe emitido por el médico que ha asistido al Asegurado, indicando el origen, evolución y naturaleza de la enfermedad o el accidente que causó la muerte.

En caso de existir diligencias judiciales, testimonio de las mismas e informe médico forense.

TESTAMENTO NOTARIAL ONLINE DEL ASEGURADO

¿Qué se garantiza? **La asistencia online en la elaboración o modificación de un testamento abierto notarial online y, si lo desea, asesoramiento jurídico telefónico en la elaboración de un testamento vital.**

¿Qué es un Testamento Abierto Notarial?

Es un documento legal en el que una persona expresa a un notario cuál es su voluntad respecto a la herencia que generará cuando fallezca.

¿Qué es un Testamento Vital?

Es un documento de instrucciones previas que recoge la voluntad de una persona sobre los cuidados y tratamientos médicos que quiere recibir el día que no pueda expresar su voluntad; el destino de su cuerpo y órganos cuando fallezca, y la persona que quiere que le represente si un día no es capaz de decidir.

El Testamento Vital también se denomina, documento de instrucciones previas, documento de voluntades anticipadas o denominaciones similares.

¿Cómo puedo hacer mi Testamento Abierto Notarial?

Un abogado asignado a este servicio asistirá al Asegurado en la redacción de su Testamento Abierto Notarial. El proceso es el siguiente:

1. Me pongo en contacto con el abogado mediante:
 - Teléfono: 900 150 612 en horario de 9:00h a 20:00h de lunes a viernes no festivos nacionales
2. Facilitaré la información necesaria para la redacción del testamento.
3. El abogado asignado estudiará el caso y, si es necesario, hará las modificaciones necesarias para adaptar mi voluntad a la ley (dentro del Derecho español, común o foral).
4. Durante todo el proceso puedo consultar con el abogado asignado cualquier cuestión relativa a la redacción de mi testamento.
5. El abogado prepara una propuesta de testamento y concierta hora en una notaría en territorio español y cercana a mi domicilio o a mi lugar de trabajo. En caso que tuviera algún problema físico que me impidiera la movilidad, la firma notarial se efectuaría en mi residencia.
6. En la notaría, acabaré de concretar con el notario la redacción definitiva.

7. El notario efectúa la inscripción en el Registro de Actos de Últimas Voluntades ubicado en España. El notario conservará el testamento original y me expedirá una copia.
8. Puedo realizar una modificación testamentaria anual siempre que se produzca una variación de circunstancias que haga necesario introducir cambios en mi testamento.

¿Qué no incluye?

- **El coste, dirección jurídica y asesoramiento de cualquier procedimiento judicial, arbitral o administrativo, tengan o no origen en el testamento o en la eventual sucesión. Se exceptúan de esta no inclusión de servicios los trámites administrativos expresamente incluidos.**
- **La intervención de notarios o de profesionales jurídicos o informáticos no contratados por DAS LEX ASSISTANCE SL.**
- **Los gastos de habilitación, viaje, transporte, hospedaje y dietas para acudir o intervenir en la prestación del servicio.**
- **Los testamentos, actos de voluntad y asesoramiento que deban resolverse por un derecho distinto al español.**
- **No se prestará el servicio fuera del territorio español ni tampoco ante organismos oficiales ubicados fuera de España.**
- **Cualquier servicio solicitado una vez se ha extinguido la póliza de Allianz.**

¿En qué consiste el Asesoramiento jurídico en el Testamento Vital?

Asistencia jurídica realizada telefónicamente por el abogado asignado a este servicio sobre los siguientes aspectos del Testamento Vital:

1. Su contenido y si lo solicito un modelo de documento.
2. El procedimiento de inscripción del documento en mi historia clínica y en el registro de las instrucciones previas, así será de conocimiento en todo el territorio nacional.

¿Qué no incluye?

La emisión de un dictamen escrito y sobre Derecho español o la revisión de documentación.

No se prestará el servicio fuera del territorio español ni tampoco ante organismos oficiales ubicados fuera de España.

¿Quién me ofrece el servicio?

La prestación de los servicios de Testamento Online y Testamento Vital la realizará la empresa independiente DAS LEX ASSISTANCE SL.
El Asegurador se reserva el derecho a anular, suspender o modificar el servicio de forma unilateral, así como cambiar el proveedor del mismo por otro de coste similar. Si procede a anular este servicio se le comunicaría al Tomador del seguro con al menos dos meses de antelación a la prorrogación de la póliza.

¿Cuánto me va a costar?

Servicio de Testamento Online gratuito para el Asegurado y que incluye el asesoramiento jurídico, redacción y elevación a público del Testamento abierto, así como del coste de expedición de una copia simple.
El servicio de Asesoramiento en la elaboración del Testamento Vital.
Cualquier otro gasto derivado de la utilización de este servicio no estará cubierto.

No procederá indemnización o compensación alguna en caso de utilización parcial o no utilización de este servicio, o su prestación por operadores no autorizados por el prestador del servicio.

AYUDA FAMILIAR PARA CASOS DE ORFANDAD TOTAL Y ENFERMEDAD CRÍTICA DEL ASEGURADO

¿Qué se garantiza? **En caso de Orfandad Total:**

El pago de un capital adicional a los hijos menores no emancipados o incapacitados totalmente para el trabajo en caso de fallecimiento simultáneo en el mismo accidente, en cualquier lugar del mundo, de ambos progenitores, adoptantes, tutores o ambos miembros de la pareja de hecho o de derecho inscrita en el Registro de Parejas correspondiente de cada CCAA del beneficiario designado.

En caso de Enfermedad Crítica:

El pago de una renta al inicio de cada mes hasta el fallecimiento y, como máximo, en caso de supervivencia durante seis meses, en caso que al Asegurado se le diagnostique una enfermedad crítica en cualquier país del Espacio Económico Europeo.

¿Qué se considera como Enfermedad Crítica?

Entendemos por Enfermedad Crítica, exclusivamente:

- **Cáncer o tumor que se caracteriza por la aparición de células malignas que progresan en el curso de tratamiento con quimioterapia o radioterapia, o cirugía, habiendo utilizado todas las posibilidades de tratamiento.**
- **Corazón, con función ventricular insuficiente, refractaria al tratamiento y sin posibilidad de ser tributario de un trasplante cardíaco, correspondiendo a la Clase IV de la Clasificación de la N.Y.H.A (New York Heart Association).**
- **Trasplante total de corazón, pulmón o páncreas.**

¿Y si se prolonga la Enfermedad Crítica?

En caso de supervivencia transcurridos seis meses, el Asegurado puede solicitar el abono de una renta voluntaria anticipada mensual, deducible y a cuenta del capital de fallecimiento.

Se pagará hasta el agotamiento del capital de fallecimiento o hasta la propia defunción, en cuyo caso se pagará el capital restante de fallecimiento a mis beneficiarios.

¿Hasta cuándo me cubre?

Siempre que la enfermedad crítica o el fallecimiento accidental que da lugar a la orfandad se produzca antes del fin de la anualidad de póliza en que cumpla 80 años.

¿Puedo dejar de pagar primas y seguir asegurado?

Sí, no pagaré las primas de fallecimiento y/o invalidez a partir del momento en que el Asegurador acepte el diagnóstico de Enfermedad Crítica y pague la prestación correspondiente y seguiré Asegurado, por el capital descrito en el apartado de fallecimiento. **No quedarían aseguradas las coberturas de Accidentes en caso que estuvieran contratadas.**

**Y estos pagos,
¿Qué incluyen?**

COBERTURA	PRESTACIÓN	IMPORTE
Ayuda Familiar	Capital de Orfandad	50.000,00 €
	Renta mensual por Enfermedad Crítica(1% del capital de fallecimiento durante 6 meses como máximo, en caso de supervivencia)	1.000,00 €
	Renta voluntaria anticipada mensual por Enfermedad Crítica, por supervivencia (1% cada inicio de mes a cuenta del capital de fallecimiento, máximo 100 meses)	1.000,00 €

Estos importes se revalorizan un 2% del importe asegurado en la anualidad anterior.

En el caso del capital de orfandad, no podrá superar en ningún caso los 150.000€.

¿Cómo se solicita este pago?

Hay que dirigirse a Allianz Seguros mediante solicitud expresa, junto con copia de DNI del reclamante, para comunicar de la ocurrencia de la contingencia en un plazo máximo de 7 días y presentar la siguiente documentación:

	Enfermedad Crítica	Prórroga Enfermedad Crítica	Orfandad Total
DNI Asegurado	✓		
Certificado del médico	✓		
Escrito del Cliente	✓	✓	
Diligencias Judiciales			✓
Documentos acreditativos beneficiarios			✓

Adicionalmente, el Asegurador puede requerir informes o las pruebas complementarias que considere necesarias, con gastos a mi cargo.

¿Qué es un certificado del médico?

Es un informe del médico que asiste al Asegurado en el que se indique, con detalle de fechas, el diagnóstico de la enfermedad, origen y tratamientos de la misma y su evolución, acompañando la documentación médica necesaria para determinar con exactitud que la enfermedad se encuadra dentro de las características definidas en la cobertura del seguro.

INVALIDEZ PERMANENTE Y ABSOLUTA DEL ASEGURADO

¿Qué se garantiza?

El pago de:

- El pago de un capital a cuenta del capital de fallecimiento, en caso que al asegurado se le conceda una invalidez permanente y absoluta en cualquier país del Espacio Económico Europeo, con opción de transformar en una renta mensual de un 1% sobre el capital de fallecimiento durante un máximo de 110 meses.

¿Qué es la Invalidez Permanente y Absoluta?

Entendemos por Invalidez Permanente y Absoluta, el estado fisiológico de disminución irreversible de la capacidad funcional que, una vez consolidadas las lesiones del accidente o enfermedad, te inhabilita por completo, para ejercer, siguiendo los criterios médicos de la Unidad de Valoración de Incapacidades, toda profesión u oficio.

Se debe disponer del Certificado correspondiente emitido por la Seguridad Social u Organismo Competente.

¿En qué consiste la renta?

El pago, al inicio de cada mes, de una renta deducible y a cuenta del capital de fallecimiento.

¿Hasta cuándo cobro la renta?

Cobraré la renta como máximo durante 110 meses o hasta que se produzca el fallecimiento, en cuyo caso se pagará el capital pendiente de fallecimiento (será el resultado de restar al capital asegurado por fallecimiento las rentas ya percibidas).

¿Quién recibe el pago?

El propio Asegurado.

¿Hasta cuándo me cubre?

Siempre que la Invalidez Permanente y Absoluta ocurra antes del final de la anualidad de la póliza en la que cumpla los 67 años.

¿Puedo dejar de pagar primas y seguir asegurado?

Sí, como prestación complementaria el Asegurador me liberará del pago de las primas correspondientes a la cobertura de fallecimiento, una vez acepte el diagnóstico de invalidez permanente y absoluta y proceda a pagar la renta.

No quedarían aseguradas las coberturas de Accidentes, Enfermedad Grave en caso que estuvieran contratadas.

¿Qué incluye el pago?

COBERTURA	PRESTACIÓN	IMPORTE
Invalidez permanente y absoluta	El pago de un capital en caso de que al Asegurado diagnostique una Invalidez Permanente y Absoluta, con opción de transformar en una renta mensual (de un 1% del capital durante un máximo de 110 meses).	100.000,00 €

Estos importes se revalorizan un 2 % del importe asegurado en la anualidad anterior.

¿Puedo renunciar a la renta y cobrar en forma de capital?

Sí, puedo percibir un capital alternativo equivalente al capital de fallecimiento restante.

¿Cómo se solicita el pago?

Hay que dirigirse a Allianz Seguros mediante solicitud expresa, junto con copia de DNI del reclamante, para comunicar de la ocurrencia de la contingencia en un plazo máximo de 7 días y presentar la siguiente documentación:

	Invalidez Permanente y Absoluta
DNI Asegurado	✓
Certificado del médico	✓
Resolución INSS	✓
Diligencias Judiciales	
Informe Médico Forense	

Adicionalmente, el Asegurador puede requerir informes o las pruebas complementarias que considere necesarias con gastos a mi cargo.

¿Qué es un certificado del médico?

Es un informe emitido por el médico que asiste al Asegurado, indicando, con detalle de fechas, el origen, evolución y naturaleza de la enfermedad o accidente en el que se evidencie la Invalidez Permanente y Absoluta.

ENFERMEDAD GRAVE DEL ASEGURADO

¿Qué se garantiza?

- El pago de un capital y el derecho a recurrir a una 2ª opinión médica en caso que al Asegurado se le diagnostique una enfermedad definida en póliza como grave.

¿Qué se considera como Enfermedad Grave?

Entendemos por Enfermedad Grave, exclusivamente:

- Cáncer, con presencia de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento y dispersión incontrolable de células dañinas y la invasión de tejido normal. Esta noción incluye leucemia, linfomas y la enfermedad de Hodking (Linfogranuloma), quedando excluidos todos los carcinomas "in situ" y tumores derivados por presencia de virus de inmunodeficiencia humana (VIH).
- Infarto de miocardio, con muerte o necrosis de parte del músculo cardíaco como resultado de la obstrucción de las arterias coronarias, cuyo diagnóstico deberá basarse en todos y cada uno de los siguientes síntomas:
 - Episodio de dolor pectoral típico
 - Alteraciones electrocardiográficas nuevas que confirmen la muerte de parte del miocardio.
 - Elevación de enzimas cardíacas

El infarto de miocardio deberá haberse tratado en un hospital.

- Accidente cerebrovascular, con lesión de origen vascular, debida a destrucción de tejido cerebral, causada por trombosis cerebral, embolia o hemorragia que produzcan secuelas neurológicas durante más de 24 horas y que supongan una lesión neurológica permanente.
- Deberá demostrarse mediante los habituales métodos clínicos y scanner cerebral.
- Insuficiencia renal, con fase final del fallo crónico del funcionamiento de ambos riñones, a consecuencia del cual sea necesario proceder a una diálisis peritoneal o hemodiálisis a intervalos regulares de, al menos, una vez por semana.

- Cirugía cardíaca por afección crónica de las arterias coronarias, a corazón abierto, tras la recomendación de un cardiólogo para corregir el estrechamiento u obstaculización de dos o más arterias coronarias con injertos de "by-pass".
- Trasplante de órganos vitales, corazón, pulmón, hígado, páncreas o médula ósea.

¿Quién recibe el pago?

El propio Asegurado.

¿Hasta cuándo me cubre?

Siempre que se diagnostique la Enfermedad Grave antes del final de la anualidad de la póliza en la que cumplo los 67 años.

¿Qué incluye el pago?

COBERTURA	PRESTACIÓN	CAPITAL
Enfermedad Grave	Capital	25.000,00€

Este importe se revaloriza un 2% del importe asegurado en la anualidad anterior y no podrá superar en ningún caso los 150.000€.

¿Qué documentación necesito para el pago?

	Enfermedad Grave
DNI Asegurado	✓
Certificado del médico	✓

Adicionalmente, el Asegurador puede requerir informes o las pruebas complementarias que considere necesarias, con gastos a mi cargo.

¿Qué es un certificado del médico?

Es un certificado del médico que asiste al Asegurado en el que se indique, con detalle de fechas, el diagnóstico de la enfermedad, origen de la misma y su evolución, acompañando la documentación médica necesaria para determinar con exactitud que la enfermedad se encuadra dentro de las características definidas en la cobertura del seguro.

¿En qué consiste la 2ª opinión médica?

Es un servicio de atención y respuesta a cualquier tipo de solicitud de información médica relativa a segundos diagnósticos relacionados con Enfermedades Graves.

¿Qué incluye este servicio?

- Acceso a la opinión de los más reconocidos expertos médicos en Estados Unidos y Europa.
- Apoyo telefónico al paciente, anterior y posterior a la tramitación de la 2ª opinión médica.
- Selección de expertos y centros hospitalarios.
- Asesoramiento en caso de traslado del paciente.
- Seguimiento telefónico del paciente.

¿Quién puede utilizar este servicio?

Como Asegurado de la póliza será el usuario principal. Además, como usuarios adicionales, podrán utilizar este servicio mi cónyuge y mis hijos menores de 21 años.

¿Cómo se solicita el servicio?

Como usuario autorizado o usuario adicional, llamaré al número de teléfono designado y me identificaré (indicando nombre, apellidos, número de póliza y NIF). Una vez esté identificado, solicitaré el servicio de 2ª opinión médica para que me puedan derivar al equipo médico especialista de este servicio, que me hará un seguimiento.

¿Hasta cuándo tengo derecho a recibir el servicio?

Siempre que se diagnostique la Enfermedad Grave antes del final de la anualidad de la póliza en la que cumpla los 67 años.

**¿Quién me ofrece
el servicio?**

La prestación del servicio de 2ª opinión médica la realizará la empresa independiente Advance Medical.

El Asegurador se reserva el derecho a cambiar de proveedor por otro de coste similar o proceder a anular este servicio (en este caso, se comunicaría al Tomador del seguro con al menos dos meses de antelación a la prorrogación de la póliza).

¿Cuánto me va a costar?

Es un servicio gratuito por lo que su coste no se me repercutirá en la prima anual.

ORIENTACIÓN MÉDICA 24 HORAS

¿Qué se garantiza? El acceso al servicio telefónico de orientación médica 24h con el objetivo de tranquilizarle, informarle y orientarle ofreciendo un consejo médico adecuado para cada caso.

¿Qué incluye este servicio?

- Respuestas a peticiones de información médica en general (consulta sobre enfermedades, síntomas, medicamentos, terminologías e informes de laboratorio, funcionamiento de pruebas médicas).
- Orientación hacia el especialista más indicado según el problema de salud indicado.
- Descarte o detección de síntomas alarmantes, evitando así desplazamientos innecesarios a urgencias a domicilio.
- Seguimiento telefónico del paciente.

¿Quién puede utilizar este servicio?

Como Asegurado de la póliza será el usuario principal. Además, como usuarios adicionales, podrán utilizar este servicio mi cónyuge y mis hijos menores de 21 años.

¿Cómo se solicita el servicio?

Como usuario autorizado o usuario adicional, llamaré al número de teléfono designado y me identificaré (indicando nombre, apellidos, número de póliza y NIF). Una vez esté identificado, solicitaré el servicio de orientación médica 24h para que me puedan derivar al equipo médico especialista de este servicio, que me hará un seguimiento.

¿Hasta cuándo tengo derecho a recibir el servicio?

Hasta el final de la anualidad de la póliza en la que cumpla los 67 años.

¿Quién me ofrece el servicio?

La prestación del servicio de orientación médica 24h la realizará la empresa independiente Advance Medical.

El Asegurador se reserva el derecho a cambiar de proveedor por otro de coste similar o proceder a anular este servicio (en este caso, se comunicaría al Tomador del seguro con al menos dos meses de antelación a la prorrogación de la póliza).

¿Cuánto me va a costar?

Es un servicio gratuito por lo que su coste no se me repercutirá en la prima anual.

RIESGOS EXCLUIDOS CON CARÁCTER GENERAL

¿Existe algún riesgo que en ningún caso estará cubierto por la Compañía? **Sí, los casos que se detallan a continuación carecen de cobertura:**

1. En ningún caso, los que se produzcan con ocasión o a consecuencia de:

a) Situaciones de carácter catastrófico, tales como:

- Guerra, civil o internacional. Conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- Catástrofe o calamidad nacional.

b) Reacción o radiación nucleares; contaminación radiactiva.

c) La práctica por el Asegurado de:

- automovilismo, motorismo y motonáutica de competición.
- paracaidismo, vuelo sin motor, vuelo delta, aerostación y aeronáutica, sin perjuicio de la cobertura de los accidentes que sufra el asegurado ocupando plaza como pasajero en aeronaves utilizadas para el transporte público.

2. Sin perjuicio de la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros, las consecuencias debidas a:

a) Situaciones de carácter extraordinario, tales como:

- Fenómenos de la naturaleza que tengan tal carácter:
 - Inundación.
 - Terremoto y maremoto.
 - Erupción volcánica.
 - Tempestad ciclónica atípica.
 - Caída de meteoritos.
- Hechos derivados de:
 - Terrorismo.
 - Motín.
 - Tumulto popular.
 - Rebelión.
 - Sedición.

b) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

VALORACIÓN DE SINIESTROS

Sumas Aseguradas

El Tomador del Seguro ha establecido las sumas aseguradas en función de las necesidades económicas que, subjetivamente, estima que pueden tener el Asegurado o los Beneficiarios en caso de siniestro.

Sumas Aseguradas computables en los casos de accidente o enfermedad

Se tomará siempre en consideración la suma asegurada en la fecha de:

- 1.Ocurrencia del fallecimiento.
- 2.Declaración del siniestro, en caso de enfermedad crítica o grave.
- 3.Efecto de la calificación de Invalidez Permanente y Absoluta reconocida por la Unidad de Valoración de Incapacidades.

GLOSARIO DE TÉRMINOS DE TU PÓLIZA

¿Qué es un Certificado Literal de Defunción?

Es un documento oficial que acredita el fallecimiento de la persona, conteniendo todos los datos relativos a la identidad del fallecido y al hecho del fallecimiento.

¿Cómo se solicita?

Se puede solicitar de varias formas:

- Presencial: dirigirse al Registro Civil donde esté inscrito el fallecimiento aportando el D.N.I. de la persona que solicite el certificado.
- Por correo: enviar una carta al Registro Civil indicando claramente el nombre y la dirección postal a la que se vaya a enviar el certificado, haciéndose constar en la solicitud los siguientes datos:
- Nombre, apellidos, y D.N.I. de la persona que solicita el certificado.
- Nombre y apellidos del fallecido y lugar y fecha del fallecimiento.
- Por internet: accediendo a la sede electrónica del Ministerio de Justicia.

¿Quién lo puede solicitar?

Puede ser solicitado por cualquier ciudadano que así lo requiera y tenga interés, salvo las excepciones legalmente previstas.

¿Qué son las Diligencias Judiciales?

Es un escrito redactado por el funcionario competente cuyo objeto será dejar constancia de un acto con transcendencia jurídica donde se describan las circunstancias de un accidente y/o fallecimiento acaecido.

¿Cómo se solicitan?

Las Diligencias se inician de oficio tras la comunicación del fallecimiento por parte de los cuerpos y fuerzas de seguridad del estado o por los profesionales de la medicina, cuando existen indicios de la comisión de un posible delito.

¿Qué es un Informe Médico Forense?

Es un informe que auxilia a jueces y tribunales en la administración de justicia, determinando el origen de las lesiones sufridas por un herido o la causa de la muerte mediante el examen de un cadáver.

¿Quién lo realiza?

El profesional médico dependiente del Juzgado.

¿Qué es una Acta de Declaración de Herederos?

Es un documento notarial por el cual se establece el orden sucesorio de una persona difunta que no ha dejado testamento.

¿Quién lo solicita?

Los herederos

¿Cómo lo solicitan?

Deben acudir al notario o bien al Juez de primera instancia correspondiente al último domicilio del fallecido (acreditado mediante certificado de empadronamiento en el ayuntamiento de que se trate, o mediante presentación del DNI del fallecido)

¿Qué documentación necesitan?

- Certificado de defunción
- Certificado de Últimas Voluntades
- Libro de Familia del causante, y si estuviera casado, certificado de matrimonio.

Además se necesitan dos testigos hábiles que no sean parientes interesados en la herencia.

¿Qué es un Certificado registro Últimas Voluntades?

Es un documento que acredita si una persona ha otorgado testamento/s y ante que Notario/s. Se precisa para la realización de cualquier acto sucesorio.

¿Quién lo solicita?

Los herederos

¿Cómo lo solicitan?

Se efectuará obligatoriamente a través del Modelo 790 que se puede descargar en www.mjusticia.es u obtener gratuitamente en los siguientes lugares:

- Las Gerencias Territoriales del Ministerio de Justicia.
- Registros Civiles.
- En Madrid en la Oficina Central de Atención al Ciudadano.

La solicitud no podrá presentarse hasta transcurridos 15 días hábiles a partir de la fecha del fallecimiento

¿Qué documentación necesitan?

Es necesario presentar el certificado de defunción original y haber abonado la tasa correspondiente.

¿Qué es la Resolución INSS?

Es un documento que emite el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), donde se determinan:

- las contingencias causantes de la invalidez permanente, en cualquiera de sus grados.
- el grado de invalidez
- los efectos económicos.

¿Qué documentación debe presentar un Beneficiario?

La documentación que se requerirá dependerá de la cláusula beneficiaria estipulada en póliza, y en especial:

- D.N.I
- Documento acreditativo donde conste la cuenta bancaria y su titularidad.
- Certificado actual de matrimonio o el certificado de inscripción de la pareja de hecho en el Registro correspondiente.
- Libro de familia o resolución judicial nombrando los tutores.
- Acta de declaración de herederos.

¿Cómo saber cuántos seguros tiene el Asegurado?

Se puede acudir al Registro de Contratos de Seguro con cobertura de fallecimiento, creado en junio de 2007 y donde están identificadas todas las personas que tienen contratado un seguro de vida o accidentes con cobertura de fallecimiento en alguna de las Compañías de Seguros que operan en España.

¿Qué es una urgencia vital?

Por urgencia vital se entiende toda condición clínica que implique riesgo de muerte o de

secuela funcional grave, de manera que requiere una atención médica inmediata e impostergable. Esta prestación es de obligada atención por cualquier institución de Salud.

La condición de riesgo de muerte o de secuela funcional grave deberá ser certificada por un médico/cirujano de la unidad de urgencia pública o privada en que el accidentado haya sido atendido.

¿Quién puede certificar la urgencia vital?

RIESGOS QUE SON CUBIERTOS POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

Cláusula de indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios en seguros de personas.

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, el tomador de un contrato de seguro de los que deben obligatoriamente incorporar recargo a favor de la citada entidad pública empresarial tiene la facultad de convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier entidad aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente.

Las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en España o en el extranjero, cuando el asegurado tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el tomador hubiese satisfecho los correspondientes recargos a su favor y se produjera alguna de las siguientes situaciones:

- a)** Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por la póliza de seguro contratada con la entidad aseguradora.
- b)** Que, aún estando amparado por dicha póliza de seguro, las obligaciones de la entidad aseguradora no pudieran ser cumplidas por haber

sido declarada judicialmente en concurso o por estar sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros.

El Consorcio de Compensación de Seguros ajustará su actuación a lo dispuesto en el mencionado Estatuto legal, en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, en el Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, aprobado por el Real Decreto 300/2004, de 20 de febrero, y en las disposiciones complementarias.

Resumen de las normas legales

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

- a)** Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias, incluidas las producidas por los embates de mar; erupciones volcánicas; tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 120 km/h y los tornados); y caídas de cuerpos siderales y aerolitos.
- b)** Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.

c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

Los fenómenos atmosféricos y sísmicos, de erupciones volcánicas y la caída de cuerpos siderales se certificarán, a instancia del Consorcio de Compensación de Seguros, mediante informes expedidos por la Agencia Estatal de Meteorología (AEMET), el Instituto Geográfico Nacional y los demás organismos públicos competentes en la materia. En los casos de acontecimientos de carácter político o social, así como en el supuesto de daños producidos por hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas o Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz, el Consorcio de Compensación de Seguros podrá recabar de los órganos jurisdiccionales y administrativos competentes información sobre los hechos acaecidos.

2. Riesgos excluidos

- a)** Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
- b)** Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.
- c)** Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- d)** Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 12/2011, de 27 de mayo, sobre responsabilidad civil por daños nucleares o producidos por materiales radiactivos.
- e)** Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el apartado 1. a) anterior, y en particular, los producidos por

elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.

f) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios de los señalados en el apartado 1.b) anterior.

g) Los causados por mala fe del asegurado.

h) Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.

i) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de "catástrofe o calamidad nacional".

3. Extensión de la cobertura

a) La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y las mismas sumas aseguradas que se hayan establecido en las pólizas de seguro a efectos de la cobertura de los riesgos ordinarios .

b) En las pólizas de seguro de vida que de acuerdo con lo previsto en el contrato, y de conformidad con la normativa reguladora de los seguros privados, generen provisión matemática, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que la entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

Comunicación de daños al Consorcio de Compensación de Seguros

1. La solicitud de indemnización de daños cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros, se efectuará mediante comunicación al mismo por el tomador del seguro, el asegurado o el beneficiario de la póliza, o por quien actúe por cuenta y nombre de los anteriores, o por la entidad aseguradora o el mediador de seguros con cuya intervención se hubiera gestionado el seguro.

2. La comunicación de los daños y la obtención de cualquier información relativa al procedimiento y al estado de tramitación de los siniestros podrá realizarse:

- Mediante llamada al Centro de Atención Telefónica del Consorcio de Compensación de Seguros (900 222 665 o 952 367 042).
- A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (www.consorseguros.es).

3. Valoración de los daños: La valoración de los daños que resulten indemnizables con arreglo a la legislación de seguros y al contenido de la póliza de seguro se realizará por el Consorcio de Compensación de Seguros, sin que éste quede vinculado por las valoraciones que, en su caso, hubiese realizado la entidad aseguradora que cubriese los riesgos ordinarios.

4. Abono de la indemnización: El Consorcio de Compensación de Seguros realizará el pago de la indemnización al beneficiario del seguro mediante transferencia bancaria.

CUESTIONES FUNDAMENTALES DE CARÁCTER GENERAL

A esta póliza le es de aplicación lo establecido en la ley Contrato de Seguro.

1. Intervinientes:

1. El **Tomador** del Seguro, que da respuesta a la Solicitud de Seguro para que la Compañía pueda elaborar la póliza, suscribe el contrato y paga las primas.

2. El **Asegurado**, que realiza la declaración de salud, es la persona sobre cuya existencia e integridad corporal se contrata el seguro y es el titular de los derechos derivados del contrato, si vive.

3. El **Asegurador** es Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A., que garantiza la realización de las prestaciones previstas en caso de siniestro. También se la denomina "la Compañía".

4. El **Beneficiario**, persona libremente designada por el Tomador del Seguro y que percibe las prestaciones convenidas para el caso de fallecimiento del Asegurado.

5. El **Órgano de Control**, que es la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, que supervisa la actividad del Asegurador en virtud de la competencia que corresponde al Reino de España, Estado miembro del Espacio Económico Europeo. CONSULTA DE LA LEY: Arts. 1º, 7º, 83º a 88º, 99º y 108º.

2. Documentación, formalización y duración del contrato de seguro.

A) El Asegurador confecciona la póliza de acuerdo con las respuestas a la Solicitud dadas por el Tomador del Seguro y aplica las condiciones y tarifas basándose en las declaraciones hechas por el mismo y el Asegurado, especialmente la declaración de salud si la hubiere, señaladas en este contrato, por lo que las contestaciones del Tomador del Seguro y del Asegurado tienen una importancia fundamental para el buen fin del contrato, que deviene, no obstante, indisputable al cumplir la primera anualidad, excepto en los casos de dolo y de inexactitud de la edad del Asegurado al inicio del seguro.

B) La póliza reúne, en un solo documento, las Condiciones de su Contrato de Seguro, que fijan los datos propios e individuales del contrato, determinan su objeto y alcance y recogen las cláusulas que por voluntad de las partes regulan el funcionamiento de la cobertura dentro de lo permitido por la Ley; y también las condiciones, que tratan de los derechos y deberes de las partes relativos al nacimiento, vigencia y extinción del contrato. Además pueden existir los Suplementos, que son modificaciones o aclaraciones hechas de acuerdo con el Tomador del Seguro, cambiando

las Condiciones iniciales cuantas veces sea necesario.

C) El Tomador debe leer y comprobar atentamente los términos y condiciones de su póliza y, en su caso, pedir en el plazo de un mes la rectificación de los posibles errores. Si no lo hace, se estará a lo dispuesto en la póliza.

D) Si la póliza es conforme, el Tomador del Seguro debe firmarla y hacer que la firme también el Asegurado, si es persona distinta.

E) El Tomador del Seguro debe pagar la primera prima.

F) Sólo si se han cumplido los requisitos de firma de la póliza y pago de la prima, el contrato estará debidamente formalizado y en vigor y los siniestros que se produzcan a partir de ese momento tendrán cobertura.

G) La duración del contrato se fija desde las cero horas del día del inicio del período de cobertura, hasta las cero horas del día de su finalización. **El Tomador del Seguro tendrá la facultad de resolver el contrato dentro del plazo de treinta días siguientes a la fecha en que el Asegurador le entregue la póliza o un documento de cobertura provisional. La facultad unilateral de resolución del contrato deberá ejercerse por escrito expedido por el Tomador en el plazo indicado y producirá sus efectos desde el día de su expedición.** A partir de esa fecha cesará la cobertura del riesgo por parte del Asegurador y el Tomador del Seguro tendrá derecho a la devolución de la prima que

hubiere pagado, salvo la parte correspondiente al tiempo en que el contrato hubiere tenido vigencia.

Cada año, salvo casos especiales, la póliza vence y se prorroga de forma automática. Para que el seguro continúe vigente, el Tomador del Seguro debe pagar la prima correspondiente a la siguiente anualidad. Tiene para ello un plazo de gracia de un mes, transcurrido el cual, si el pago no se ha hecho, la cobertura del Asegurador queda en suspenso, no haciéndose cargo de los siniestros que pudieran ocurrir a partir de ese momento.

Con carácter general para cualquier contrato de seguro cuando el Tomador del Seguro no desee que la póliza se prorrogue a su vencimiento anual deberá avisar con, al menos, un mes de antelación. En caso del Asegurador renuncia expresamente a la ejecución de dicho derecho de oponerse a la prórroga del contrato.

Específicamente para este contrato, si acaecido el siniestro se comprobase que hubo reserva o inexactitud en la declaración del Tomador, la prestación del Asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del Tomador del seguro, quedará el Asegurador liberado del pago de la prestación.

CONSULTA DE LA LEY: Arts. 1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 8º, 10º, 12º, 14º, 15º, 22º, 83º a), 89º, 90º y 98º

3. Modificación del contrato del seguro.

A) Para proponer la modificación del contrato, la respuesta del Asegurador debe hacerse, generalmente, en el plazo de dos meses.

B) Cuando se produce una disminución del riesgo, el Tomador del Seguro tiene derecho, a partir de la próxima anualidad, a la correspondiente disminución de prima.

CONSULTA DE LA LEY: Arts. 11º, 12º, 13º, 89º y 90º.

4. Actuación en caso de siniestro.

A) El Tomador del Seguro, el Asegurado o los Beneficiarios deben comunicar al Asegurador la ocurrencia del siniestro, sus circunstancias y consecuencias inmediatamente y, como máximo, en el plazo de siete días.

B) Inmediatamente, el Asegurador procurará ponerse de acuerdo con el Asegurado o los Beneficiarios para realizar la prestación.

C) En todos los casos el Asegurador podrá requerir informes o pruebas complementarias que sea necesario, con gastos a su cargo.

D) Si las características del siniestro lo requieren, el Asegurador designará Perito médico. El Asegurado puede, si lo desea, nombrar el suyo. Cuando una parte no nombre Perito, aceptará el dictamen del Perito nombrado por la otra parte.

E) Para no perjudicar los intereses del

Asegurado o del Beneficiario, si los trámites se alargaran, a los cuarenta días de la comunicación del siniestro el Asegurador hará un pago provisional, a cuenta de la definitiva prestación, sin perjuicio del cumplimiento de sus obligaciones en materia de los Impuestos sobre la Renta de las Personas Físicas y de Sucesiones y Donaciones.

El pago provisional equivaldrá a la indemnización que, como mínimo, pueda razonablemente deber, a la vista de las circunstancias que en ese momento conozca.

CONSULTA DE LA LEY: Arts. 16º, 17º, 18º, 19º, 38º, 39º, 88º y 104º.

5. Otras cuestiones de interés.

Principio de la buena fe.

La Ley prevé diversas situaciones que, cuando se producen van en contra del interés del propio Asegurado, ya que están sancionadas con la nulidad o ineficacia del contrato, o con consecuencias tales como su impugnación, la reducción proporcional de la prestación, la exención de la obligación de realizar la prestación e incluso la reclamación de daños y perjuicios por parte del Asegurador.

En general, tales situaciones se producen cuando el Tomador del Seguro, el Asegurado o el Beneficiario actúan con dolo o mala fe o con culpa grave; cuando el tomador del Seguro y el Asegurado realizan declaraciones incorrectas; especialmente en lo que se refiere a su edad y estado de salud; cuando se ocultan datos y, en resumen, cuando no se respeta el principio de

buena fe que sustenta el contrato de seguro.

Comunicaciones entre las partes.

Todas las comunicaciones deben hacerse por escrito, mediante teléfono o por correo electrónico. Tales comunicaciones pueden hacerlas directamente al Asegurador (en su domicilio social o en las sucursales) o bien a través del Corredor de Seguros que medie en el contrato.

El Asegurador se dirigirá al último domicilio que conozca del Tomador del Seguro o del Asegurado, quién tiene la obligación de mantenerlo actualizado.

Prescripción de acciones.

Las acciones para exigir derechos derivados del contrato prescriben a los dos años.

Consultas y aclaraciones sobre incidencias:

Las consultas y aclaraciones se realizarán, de forma verbal o escrita, a elección del Tomador del Seguro o del Asegurado, a través de:

1. Centro de Atención al Cliente Telefónico de Allianz 900 300 250
(Todos los días laborables. De lunes a jueves de 8:15 a 19:00 horas y viernes hasta las 18:00 horas. Y del 24 de junio al 11 de septiembre hasta las 18:00 horas).

También a través de la web www.allianz.es.
Línea para Reclamaciones: 900 225 468.

Departamento para la Defensa del Cliente:

Para cualquier queja o reclamación sobre sus derechos e intereses legalmente reconocidos

puede usted dirigirse a la compañía, de conformidad con la Orden ECO 734/2004, de 11 de marzo, de los departamentos y servicios de atención al cliente y el defensor del cliente de las entidades financieras, a través de las siguientes vías: C/Tarragona, 109 - 08014 Barcelona - Apartado de correos nº38, 08080 de Barcelona - e-mail: ddc@allianz.es - www.allianz.es, así como en cualquier oficina de la Compañía abierta al público.

De conformidad con el Reglamento que se encuentra a su disposición en la web y en las oficinas de la compañía abiertas al público, la queja o reclamación será resuelta dentro del plazo máximo señalado en este último.

Denegada la admisión de la queja o reclamación, desestimada su petición, total o parcialmente, o transcurrido el plazo de dos meses desde la fecha de presentación de la reclamación o queja ante el departamento para la defensa del cliente sin que haya sido resuelta, podrá presentar su queja o reclamación en el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones en Paseo de la Castellana, número 44 28046. Madrid.

Litigios sobre el contrato:

Será Juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro el del domicilio del asegurado de acuerdo con el art. 24 de la Ley de Contrato de Seguro.

Restricción por sanciones económicas internacionales:

Esta póliza no otorga cobertura ni prestación para ningún negocio o actividad, en la medida que esta cobertura, prestación, negocio o actividad, incluidas las subyacentes, infringieran cualquier ley o regulación de las Naciones Unidas o de la Unión Europea relativa a sanciones económicas,

así como cualquier otra normativa relativa a sanciones económicas o comerciales que sea de aplicación.

Información básica sobre protección de datos	
Responsable	Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.
Categorías de datos que podemos tratar	Datos identificativos, de contacto, relativos a sus características personales o circunstancias sociales y familiares o sociodemográficos, datos económicos y financieros, datos sobre el riesgo asegurado y datos relativos a su salud.
Finalidades	Sus datos serán tratados con las siguientes finalidades (i) atender su solicitud de contacto y ponernos en contacto contigo (ii) realización de valoraciones, selección, comprobación y tarificaciones de riesgo para el cálculo de la prima; (iii) contratación, mantenimiento, desarrollo y control del seguro o plan de pensiones contratado; (iv) prevención del fraude a través de la consulta y cesión de datos a ficheros de prevención del fraude; (v) prevención de la morosidad y valorar la solvencia patrimonial de nuestros asegurados a través de la consulta a ficheros de solvencia crediticia; (vi) llevar a cabo las comprobaciones correspondientes conforme a lo establecido en la legislación en materia de prevención de capitales y financiación del terrorismo; (vii) elaboración de perfiles con fines actuariales y análisis de mercado (viii) mercadotécnica directa a través de la creación de un perfil comercial para determinar cuáles son sus preferencias e intereses; (ix) con fines publicitarios y de prospección comercial a través del envío de comunicaciones comerciales de productos propios y sobre productos y servicios del resto de entidades del Grupo Allianz; (x) realización de los test de exigencias y necesidades así como de idoneidad para la determinación de sus exigencias, necesidades, conocimientos y experiencia antes de la contratación de un producto; (xi) mejorar su experiencia y satisfacción como cliente a través de encuestas o estudios de mercado; (xii) anonimización de sus datos que tratamos; así como (xiii) realización de ejercicios de prevención y análisis de vulnerabilidades.
Procedencia de sus datos	Hemos obtenido sus datos de su distribuidor de seguros, tales como su agente o corredor de seguros (en caso de disponer de él).
Derechos	Acceso, rectificación, supresión y portabilidad de los datos; limitación u oposición a su tratamiento, de acuerdo con las indicaciones contenidas en la información adicional.
Información adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web: https://www.allianz.es/privacidad-seguridad

El contratante ha consentido expresamente el uso de sus datos personales de salud necesarios para la contratación del seguro, y adicionalmente consiente para:

- Fines publicitarios y de prospección comercial.
SI
- Cesión a las demás entidades del GRUPO Allianz (consultables en www.allianz.es), para informarle, por cualquier medio, sobre las oportunidades de contratación de seguros y servicios financieros o relacionados con éstos y, que puedan ser de su interés.
SI
- Toma de decisiones automatizadas para la elaboración de un “perfil comercial” en base a la información facilitada.
SI

CLÁUSULA FINAL

El Tomador y/o Asegurado del Seguro reconoce haber recibido, leído y comprobado esta póliza de Contrato de Seguro de Vida Riesgo, que consta de 42 páginas y acepta las condiciones del mismo, tanto las que delimitan y definen el riesgo, como las que fijan las prestaciones aseguradas y, así mismo, declara expresamente conocer y aceptar las exclusiones y limitaciones de la cobertura juzgando resaltadas todas ellas convenientemente, así como, especialmente, las condiciones de tratamiento de sus datos de carácter personal en ficheros automatizados.

Asimismo, el Tomador del Seguro declara haber contestado de buena fe a las preguntas que permiten a la Compañía realizar la valoración del riesgo y presentarle una oferta que se ajuste a sus exigencias y necesidades, por lo que, tras analizar la información con carácter previo a la contratación, el tomador solicita que sea emitida la póliza para proceder acto seguido a su aceptación y al pago de la prima.

Igualmente, el Tomador del Seguro declara que los datos que ha suministrado son ciertos, no habiendo ocultado u omitido circunstancias que puedan influir en la aceptación del riesgo, cuya responsabilidad asumen íntegramente a los efectos de lo previsto en el Artículo 10 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro. De la misma forma, se compromete a comunicar al Asegurador, tan pronto le sea posible, cualquier otra circunstancia que pueda afectar al riesgo asegurado.

Este producto se encuentra sujeto a la Ley de Cumplimiento Tributario de Cuentas Extranjeras (FATCA) suscrita entre EEUU y España, y al Real Decreto 1021/2015, por el que se establece la obligación de identificar la residencia fiscal de las personas que ostenten la titularidad o el control de determinadas cuentas financieras y de informar acerca de las mismas en el ámbito de la asistencia mutua (CRS). En su virtud, aquellos datos personales a partir de los cuales se pueda

verificar si el tomador, asegurado y/o beneficiario de la póliza son o no una persona o entidad estadounidense o residente fiscal en el extranjero, serán facilitados a la Agencia Tributaria Española.

Por último, el Tomador de Seguros declara haber recibido la información previa a la contratación de la póliza relativa a la protección al asegurado estipulados en el Capítulo VII y Capítulo VI de la Ley 25/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de entidades aseguradoras y reaseguradoras y del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y

reaseguradoras respectivamente, así como la información contemplada en el Capítulo VI de la normativa de distribución de seguros y reaseguros.

Ambas partes consideran el texto del presente contrato como un todo indivisible, así como que las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares y los Suplementos y/o Apéndices que se emitan, constituyen la Póliza no teniendo validez ni efecto por separado, otorgando, así, su pleno consentimiento en 15 de Noviembre de 2023.

Recibida mi copia y aceptado el
contrato en todos sus términos y condiciones,
El Tomador

SHEILA SORRIKETA PEREZ

Aceptamos el contrato en todos
sus términos y condiciones,

Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.



Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.

Atención al Cliente

Tel. 900 300 250

www.allianz.es



Certificado de Calidad
en el diseño y contratación
de seguros y la gestión
de siniestros.



Tu mediador de seguros en Allianz



ASEBROK 2020 S.L.

Corredor de Seguros
NIF: B95027553. Nº DGS J0060EUS
ALDA REKALDE 27 6 IZDA
48009 BILBAO
Tel. 946671740
Móvil 607764617
Fax 946671844
E-mail: info@asebrok.com

Con Allianz, atrévete

Allianz

Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.
C/Ramírez de Arellano, 35 - 28043 Madrid - www.allianz.es
N.I.F. A-28007748