helvetia

Ejemplar para el Cliente

Nº póliza:
SINDICAT DE POLICIES DE CATALUNYA

El presente contrato se formaliza mediante su firma y devolución a Helvetia

CONDICIONES PARTICULARES

Helvetia Col. Rentas Enferm.

(Que anulan y sustituyen a las anteriores de esta misma póliza)

ASEGURADOR

Helvetia Compañía Suiza, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros
Paseo Cristóbal Colón, 26 - 41001 Sevilla.

TOMADOR / ASEGURADO

Tomador: SINDICAT DE POLICIES DE CATALUNYA **CIF:**G62930029
Domicilio: CALLE FLORIDABLANCA , 146, 1º PUERTAS 1 ,2, 3 Y 4
08011 BARCELONA BARCELONA **Teléfono:**

Asegurado: SINDICAT DE POLICIES DE CATALUNYA.

DOMICILIO DE COBRO Y COSTE DEL SEGURO

Domicilio de cobro: El pago de las primas se realizará en el domicilio de Helvetia Seguros o en el de cualquiera de sus oficinas

CLÁUSULAS ESPECÍFICAS

1 . Riesgos excluidos

Quedan excluidos y por lo tanto no devengarán indemnización alguna, además del dolo o delito del asegurado:

A) Las enfermedades, lesiones, defectos constitucionales, físicos o mentales de origen anterior a la fecha de efecto de la póliza, hayan sido o no diagnosticados.

B) Los siniestros producidos en alteraciones de orden público o guerra, los derivados de la energía atómica o nuclear, así como los debidos a la exposición de radiaciones, salvo que sean consecuencia de tratamiento médico, las epidemias o catastrofes naturales oficialmente declaradas, las consecuencias de embriaguez, toxicomanía, los causados por infección del virus vih y el sida, el intento de suicidio o autolesión, los debidos a apuestas, desafíos o riñas, salvo actuación en casos de legítima defensa.

C) Las lesiones derivadas de la práctica de cualquier deporte en calidad profesional, así como las actividades aéreas, submarinas a más de veinte metros de profundidad o con equipos de respiración autónomos, boxeo, espeología, alpinismo, en general todo deporte de caracter peligroso así como el toreo y encierro de reses

D) Las enfermedades mentales, neurosis, depresiones, así como las lumbalgias, lumbociatalgias, contracturas y distensiones musculares.

E) Los siniestros derivados de embarazo, parto o aborto, así como los procesos de fertilidad, inseminación, cirugía estética, (salvo que sea consecuencia de un accidente), los tratamientos de adelgazamiento, ni las estancias en los balnearios, instituciones de convalecencia ni curas de reposo.

2

- Se establece un periodo de indemnización de un máximo de 20 días por siniestro y con un capital asegurado de 16€ por día

- Se considerarán días de baja tanto el día que se coge la baja como el día en que se coge el alta.

LIMITACIONES DE ENFERMEDADES:

1. Gripes, catarros comunes y asimilados quedarán limitados a un máximo de 5 días de baja con un máximo de 2 bajas anuales.

2. Gastroenteritis y asimilados quedarán limitados a un máximo de 5 días de baja por proceso y con un máximo de 2 bajas anuales. Salvedad hecha de procesos con mayores complicaciones como por ejemplo la salmonelosis que requieren de un mayor tiempo de recuperación.

3. Las lumbalgias, y en general las algias que carezcan de una causa especifica quedarán limitadas igualmente a 5 días y con un máximo de 2 bajas por anualidad.

modificando el artículo 1 de estas cláusulas especificas"

OTRAS CLÁUSULAS

1 . NOTA IMPORTANTE:

Cualquier referencia, en documentos relacionados con la póliza suscrita en los que se haga alusión a Helvetia, Helvetia Previsión o Helvetia Previsión Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros, debe entenderse realizada a Helvetia Compañía Suiza, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros (actual denominación social).

2 . Esta póliza o Contrato de Seguro está compuesta por las presentes CONDICIONES PARTICULARES y las CONDICIONES GENERALES que constituyen fundamentalmente un resumen de la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro y que enmarcan el contenido, descripción y alcance de las coberturas objeto de este seguro.

3 . Confirmación recepción de información sobre garantías, coberturas, exclusiones y limitaciones de la Póliza

El tomador reconoce de forma expresa que ha recibido la información relativa a las garantías y coberturas otorgadas en el contrato de seguro, así como respecto de cada una de ellas, las exclusiones y limitaciones que les afectan.

4 . CLÁUSULA SOBRE INOPONIBILIDAD Y PRÓRROGA DEL CONTRATO (arts. 8 y 22 LCS)

Inoponibilidad.- Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el tomador del seguro podrá reclamar a la Entidad aseguradora en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza para que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza.

Prórroga del contrato.- 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 el asegurador.

5 . El tomador del seguro declara recibir estas Condiciones Particulares, que constan de 5 páginas, aceptando expresamente las cláusulas limitativas, en cumplimiento de lo establecido en el Artículo 3 de la Ley 50/1980 de 8 de Octubre del contrato de seguro.

6 . De conformidad con lo regulado en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y las normas reglamentarias que le sean complementarias, Helvetia Compañía Suiza, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros le informa que los datos de carácter personal facilitados en el presente documento (incluidos los de salud si los hubiere) serán incorporados a un fichero de su responsabilidad con la finalidad de gestionar la relación aseguradora.

El titular consiente que los datos derivados de un siniestro comunicado por el mismo o por cualquier otro tercero interesado y que haga referencia a sus propios datos durante el tiempo de cobertura del seguro sean tratados con la finalidad de gestionar dicho siniestro. Los datos podrán ser cedidos o comunicados a los terceros encargados de tramitar dicho siniestro (peritos, talleres, médicos, abogados, etc.). En este sentido, también podrán ser comunicados a todos aquellos terceros que presten un servicio a Helvetia que implique necesariamente el acceso a sus datos personales cuando resulte necesario para el mantenimiento, desarrollo y control de la relación jurídica.

Igualmente sus datos podrán ser comunicados a las entidades coaseguradoras y reaseguradoras en los casos de coaseguros y reaseguros cuando ello resulte necesario para el desarrollo, mantenimiento y control de la relación jurídica.

Sus datos podrían ser comunicados a ficheros comunes en los casos legalmente previstos con la finalidad de prevenir el fraude, facilitar el resarcimiento en caso de siniestro, valorar riesgos y/o localizar vehículos robados o en otros supuestos que usted expresamente consienta. También queda informado y acepta expresamente el titular de la cesión de los datos (incluidos los de salud si los hubiere) a otros ficheros comunes que pudieran existir para la liquidación de siniestros y la colaboración estadístico actuarial, con la finalidad de permitir la tarificación y selección de riesgos y la elaboración de estudios de técnica aseguradora, cuyos responsables son TIREA, HNA.SC, SERVIALL y ASITUR

Helvetia podrá solicitar informes comerciales y de solvencia que completen la información que usted nos ha facilitado.

La cesión de datos podrá realizarse, con la misma finalidad antes expuesta, a otras empresas del Grupo pertenecientes al sector seguros ubicadas en países que otorguen un nivel de protección equiparable al de la legislación española.

Le informamos de la posibilidad de hacer uso, para su tratamiento o cesión a terceros, de los datos de carácter personal de los que resulta titular con la finalidad de realizar encuestas de satisfacción, remitirle comunicaciones comerciales, publicitarias y promocionales, ya sea por vía postal o por medios electrónicos, de productos y servicios de Helvetia, tanto durante la vigencia de la póliza o pólizas que pudiera tener concertadas con Helvetia como a su término, así como con el objeto de adecuar nuestras comunicaciones a su perfil particular.

A tal fin se solicita su conformidad y consentimiento a tal tratamiento pudiendo mostrar su negativa en el plazo de treinta días, advirtiéndole que en caso de no pronunciarse se entenderá que consiente el tratamiento de sus datos de carácter personal en el sentido indicado en el párrafo precedente.

En el supuesto de no querer prestar su consentimiento, puede proceder marcando con una X en el/los recuadro/s inferior/es y entregarlo en cualquiera de nuestras sucursales.

El titular queda informado que el consentimiento anteriormente otorgado es revocable en cualquier momento para lo que puede dirigirse a cualquiera de nuestras sucursales.

☐ No autorizo el tratamiento de mis datos de carácter personal para la realización de encuestas, envíos de comunicaciones comerciales, publicitarias y promocionales

☐ No deseo recibir comunicaciones comerciales por correo electrónico u otro medio de comunicación similares (SMS, MMS, etc.)

Podrá ejercer, también, sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación dirigiéndose a cualquiera de nuestras sucursales.

En caso de incluirse datos de personas físicas distintas del Tomador de la póliza, éste se compromete y deberá informar previamente a tales personas sobre los extremos señalados con anterioridad.

7 . Se conviene expresamente entre el tomador del seguro y el asegurador, que el pago de la prima anual se efectúe en recibos fraccionados, aceptando expresamente que:

a) El fraccionamiento del pago de la prima anual no modifica la naturaleza indivisible de la misma, por lo que, consiguientemente, el Tomador deberá pagar la totalidad de los recibos de la anualidad, sin que pueda rescindir el Contrato durante el transcurso de la misma.

En caso de desaparición del riesgo antes del vencimiento de la anualidad del seguro, el Tomador está obligado a hacer efectivos los pagos fraccionados que resten hasta el vencimiento.

b) El impago de cualquiera de los fraccionamientos dejará en suspenso las coberturas y el asegurador podrá instar la reclamación de pago del resto de fracciones pendientes (incluso las no vencidas) hasta el vencimiento inmediatamente siguiente de la póliza

c) Para el supuesto de siniestro estando la cobertura en suspenso por impago de alguno de los fraccionamientos y si el Asegurador, por cualquier concepto, se viera obligado a satisfacer algún tipo de indemnización al Tomador y/o Asegurado, podrá deducir de ésta el importe de las fracciones de primas vencidas y no satisfechas así como las no vencidas correspondientes al periodo en curso.

d) Si se produce la ocurrencia de un siniestro de pérdida total antes del vencimiento de la anualidad de seguro, el Asegurador, en caso de estar cubierto el riesgo, deducirá de la indemnización, el importe de los recibos fraccionados pendientes hasta el vencimiento.

Hecho por duplicado en Zaragoza , a 2 de Mayo de 2017

Leído y comprobado

Acepto las cláusulas limitativas

helvetia

Póliza de Seguro
Condiciones Generales y Específicas
Helvetia "Enfermedad"

Edición septiembre 2006

Índice

Nota informativa al Tomador del Seguro previa a la contratación	3
Cláusula de consentimiento expreso sobre cesión y tratamiento informatizado de datos	4
Condiciones Generales del Contrato de Seguro	5
Contrato de Seguro	5
Declaraciones sobre el riesgo	5
Perfección, toma de efecto y duración del Contrato	5
Modificación del riesgo durante la vigencia del Contrato	6
Error de edad	6
Pago de Primas	6
Pago de prestaciones	7
Beneficiarios, cesión y pignoración de la Póliza	7
Prescripción	7
Comunicaciones: Tomador del Seguro, Asegurado, Asegurador y Mediadores	8
Extravío o destrucción de la Póliza y/o recibo	8
Helvetia Enfermedad (Modalidad Rentas)	9
Condiciones Específicas del Contrato de Seguro	9
Duración del seguro	9
Garantías asegurables a solicitud del Tomador del Seguro	9
Garantía I: Enfermedad primer periodo	9
Garantía II: Enfermedad segundo periodo	9
Garantía III: Enfermedad tercer periodo	9
Garantía IV: Convalecencias extraordinarias	10
Garantía V: Intervención quirúrgica	10
Garantía VI: Hospitalización quirúrgica	10
Características comunes a todas las garantías	11

0592/0503/08.MT.CAT/1107

Nota informativa al Tomador del Seguro previa a la contratación

En cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 60 del Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados y de los Artículos 104 y 107 de su Reglamento de desarrollo, aprobado por Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, se informa al Tomador:

1 Legislación aplicable. El presente seguro se rige por:

- Ley 30/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.
- Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.
- Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.

2 Instancias de reclamación

De conformidad con el Artículo 61.1 del Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, los conflictos que puedan surgir entre Tomadores del seguro, Asegurados, Beneficiarios, terceros perjudicados o derechohabientes de cualesquiera de ellos y la Entidad Aseguradora, se resolverán por los Jueces y Tribunales competentes.

Asimismo, de acuerdo con los Artículos 61.2 y 61.3 del mismo Real Decreto Legislativo, podrán someter sus divergencias a decisión arbitral, en los términos del Artículo 31 de la Ley 26/1984, de 19 de julio, General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y normas de desarrollo de la misma, o a arbitraje privado en los términos de la Ley 60/2003, de 23 de diciembre, de Arbitraje.

Cláusula de información sobre tramitación de quejas y reclamaciones

Conforme a lo dispuesto en el Artículo 29 y siguientes de la Ley 44/2002 de 22 de noviembre de Reforma del Sistema Financiero, los Artículos 62 y 63 del R.D. Legislativo 6/2004 de 29 de octubre por el que se elabora el Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de Seguros Privados y el desarrollo del Reglamento de los comisionados para la defensa del cliente de servicios financieros, R.D. 303/2004 de 20 de febrero; y en el Artículo 9 de la Orden ECO/734/2004 de 11 de marzo, **esta Entidad tiene un Departamento de Atención al Cliente** para atender las quejas y reclamaciones de los mismos relacionados con sus intereses y derechos legalmente reconocidos, con domicilio social en Paseo de Cristóbal Colón 26, CP-41001 Sevilla (España) y dirección electrónica: departamentoatencioncliente@helvetia.es.

En relación con el Departamento de Atención al Cliente, le informamos que:

1. La Entidad tiene la obligación legal de atender y resolver las quejas y reclamaciones de sus clientes en el plazo máximo de dos meses de la recepción de la misma.
2. La presentación de la queja o reclamación se realizará por escrito al Departamento de Atención al Cliente, personalmente o mediante representación debidamente acreditada, en cualquiera de las oficinas de la Entidad, o por medios informáticos, electrónicos o telemáticos, siempre que éstos permitan la lectura, impresión y conservación de los documentos.
3. La Entidad tiene en sus oficinas, a disposición de los clientes, el modelo de presentación de quejas y reclamaciones adaptado a los requisitos legales y el reglamento de funcionamiento del Departamento de Atención al Cliente.
4. La decisión del Departamento de Atención al Cliente será motivada y contendrá conclusiones claras sobre la solicitud planteada en la queja o reclamación, fundamentándose en las cláusulas contractuales, en la legislación de seguros y en las buenas prácticas y usos del sector asegurador.
5. Transcurrido este plazo, el reclamante podrá trasladar su queja o reclamación ante el Comisionado para la Defensa del Asegurado de la Dirección General de Seguros para lo cual deberá acreditar que ha transcurrido el plazo de dos meses desde la presentación de la reclamación ante el Departamento de Atención al Cliente, sin que ésta haya sido resuelta, o que haya sido denegada la admisión o desestimada, total o parcialmente, su petición.

3 Entidad Aseguradora

La Entidad Aseguradora es Helvetia Compañía Suiza, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros, con domicilio social en Paseo de Cristóbal Colón 26, CP-41001 Sevilla (España). Corresponde al Ministerio de Economía y Hacienda, a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, el control y supervisión de su actividad aseguradora.

4 Jurisdicción

Será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del Contrato de Seguro el del domicilio del asegurado.

Cláusula de consentimiento expreso sobre cesión y tratamiento informatizado de datos

El titular queda informado de forma inequívoca y precisa, y autoriza expresamente a Helvetia Seguros para recabar y tratar automatizadamente en un fichero del que es responsable, los datos recogidos en los documentos cuya cumplimentación es necesaria para adquirir la condición de Tomador y/o Asegurado así como los que se obtengan como consecuencia de la relación jurídica establecida entre el titular y Helvetia Seguros (incluidos, si los hubiera, los de salud) con la finalidad del mantenimiento, control de la evolución y cumplimiento de la relación jurídica entre el titular y Helvetia Seguros, así como la prevención del fraude y el envío de información personalizada sobre bienes y servicios que puedan resultar del interés del titular. Helvetia Seguros conservará con esta finalidad sus datos aún después de finalizar su relación con dicha Entidad.

El titular consiente expresamente el tratamiento de sus datos con la finalidad de gestionar su baja de los servicios de la Compañía así como para la realización de encuestas de satisfacción. Asimismo, consiente que los datos derivados de un siniestro comunicado por él mismo o por cualquier otro tercero interesado y que hagan referencia a sus propios datos durante el tiempo de cobertura del seguro, sean tratados con la finalidad de gestionar dicho siniestro y autoriza a que los mismos (incluidos, en su caso, los de salud) sean comunicados a los terceros encargados de tramitar dicho siniestro (peritos, médicos, abogados, etc.).

En los casos de reaseguros y coaseguros, sus datos serán comunicados a la Entidad Reaseguradora o Coaseguradora cuando ello resulte necesario para el desarrollo, mantenimiento y control de la relación jurídica.

Asimismo, el titular consiente de forma expresa la cesión de sus datos (incluidos en su caso los de salud) a Entidades colaboradoras de Helvetia Seguros y a otras Entidades del Grupo siempre que se encuentren radicadas en países que otorguen un nivel de protección equiparable al de la legislación española.

Se le informa y consiente expresamente, también, que sus datos podrán ser comunicados a todos aquellos terceros que presten un servicio a Helvetia Seguros que implique necesariamente el acceso a sus datos personales (incluso los de salud si los hubiere) así como a aquellos terceros cuando resulte necesario para el mantenimiento, desarrollo y control de la relación jurídica.

Sus datos podrán ser comunicados a ficheros comunes en los casos legalmente previstos con la finalidad de prevenir el fraude, facilitar el resarcimiento en caso de siniestro, valorar riesgos y/o localizar vehículos robados o en otros supuestos que usted expresamente consienta. También queda informado y acepta expresamente el titular la cesión de los datos (incluidos los de salud si los hubiere) a otros ficheros comunes que pudieren existir para la liquidación de siniestros y la colaboración estadístico actuarial, con la finalidad de permitir la tarificación y selección de riesgos y la elaboración de estudios de técnica aseguradora, cuyos responsables son TIREA, SERSANET y ASITUR.

Igualmente, presta su conformidad y consentimiento expreso para el tratamiento de sus datos con la finalidad de remitirle comunicaciones comerciales, publicitarias y promocionales, ya sea por vía postal o por medios electrónicos, de productos y servicios de Helvetia Seguros, tanto durante la vigencia de la Póliza como a su término, así como para realizar tratamientos con el objeto de adecuar nuestras comunicaciones a su perfil particular.

Helvetia Seguros podrá solicitar informes comerciales y de solvencia que completen la información que usted nos ha facilitado.

El titular queda informado que el consentimiento anteriormente otorgado es revocable y podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación, dirigiéndose por escrito con copia de un documento de identificación a: Helvetia Compañía Suiza, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros, Paseo de Cristóbal Colón 26, CP-41001 Sevilla (España).

En caso de incluirse datos de personas físicas distintas del Tomador de la Póliza, éste se compromete y deberá informar previamente a tales personas sobre los extremos señalados con anterioridad.

☐ Marque con una "X" si no desea recibir comunicaciones comerciales por correo electrónico u otro medio de comunicación equivalentes (SMS, MMS, etc.)

helvetia

Condiciones Generales del Contrato de Seguro

1 Contrato de Seguro

1.1 Definiciones de este Contrato de Seguro

Por el presente Contrato de Seguro, **Helvetia Compañía Suiza, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros,** en adelante el Asegurador, se obliga a satisfacer, mediante el cobro de la Prima, para el caso de que se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura y dentro de los límites pactados, un capital, una renta u otras prestaciones convenidas.

A efectos de este Contrato se entenderá por:

Tomador del Seguro

La persona física o jurídica que pacta y suscribe este Contrato con el Asegurador, firmando la Póliza y asumiendo las obligaciones que de dicho Contrato se derivan.

Asegurado

La persona física sobre la que se estipula esta Póliza y que en defecto del Tomador del Seguro asume las obligaciones de este Contrato.

Beneficiario

La persona física o jurídica a quien el Tomador del Seguro, reconoce el derecho a percibir la prestación derivada de este Contrato.

Asegurador

Helvetia Compañía Suiza, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros, con domicilio social en Paseo de Cristóbal Colón, nº 26 41001 Sevilla (España), que asume la cobertura de los riesgos objeto de este Contrato y garantiza el pago de las prestaciones que le correspondan como Asegurador con arreglo a las Condiciones del mismo y bajo control de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía.

Póliza

Se denomina Póliza al conjunto de documentos que contienen las condiciones que regulan el seguro. Estos documentos son los siguientes: las presentes Condiciones Generales y Específicas, las Condiciones Particulares, que individualizan el riesgo, las Condiciones Especiales, Adicionales, Apéndices y Suplementos, si los hubiere, que complementen o modifiquen el riesgo, así como los cuestionarios a los que haya sido sometido el Tomador del Seguro y/o Asegurado.

2 Declaraciones sobre el riesgo

El Tomador del Seguro, o en su caso el Asegurado, tiene el deber antes de la firma de la Póliza, de declarar al Asegurador todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si el Asegurador no le somete ningún Cuestionario, declaración de salud o reconocimiento médico.

3 Perfección, toma de efecto y duración del Contrato

3.1 Perfección del Contrato

El presente Contrato se perfecciona por el consentimiento de las partes que se manifiesta por la suscripción de la Póliza.

3.2 Toma de efecto y duración del Contrato

Las Garantías de la Póliza, sus modificaciones o adiciones, tomarán efecto en la hora y fecha indicadas en las Condiciones Particulares, siempre y cuando haya sido satisfecho el recibo de Prima correspondiente, salvo pacto en contrario establecido en dichas Condiciones Particulares.
La cobertura finaliza en la fecha y forma establecida en las Condiciones Particulares.

3.3 Facultad de resolver el Contrato por el Tomador del Seguro

El Tomador del Seguro en un Contrato de Seguro individual de duración superior a seis meses que haya estipulado el Contrato sobre la vida propia o la de un tercero tendrá la facultad unilateral de resolver el Contrato sin indicación de los motivos y sin

penalización alguna dentro del plazo de treinta días siguientes a la fecha en la que el Asegurador le entregue la Póliza o documento de cobertura provisional. La facultad unilateral de resolución del Contrato deberá ejercitarse por el Tomador del Seguro mediante comunicación dirigida al Asegurador a través de un soporte duradero, disponible y accesible para éste y que permita dejar constancia de la notificación.

A partir de la fecha en la que se expida la comunicación cesará la cobertura del riesgo por parte del Asegurador y el Tomador del Seguro tendrá derecho a la devolución de la Prima que hubiera pagado, salvo la parte correspondiente al periodo de tiempo en que el Contrato hubiera tenido vigencia. El Asegurador dispondrá para ello de un plazo de treinta días a contar desde el día que reciba la comunicación de rescisión.

4 Modificación del riesgo durante la vigencia del Contrato

El Tomador del Seguro y, en su caso el Asegurado o Beneficiario deberán comunicar al Asegurador, tan pronto como les sea posible, el cambio de profesión y todas las circunstancias ajenas al estado de salud del Asegurado, que según el cuestionario presentado por el Asegurador, antes de la conclusión del Contrato, agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por el Asegurador en el momento de la perfección del Contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

De igual forma, el Tomador del Seguro o el Asegurado podrán, durante el curso del Contrato, poner en conocimiento del Asegurador todas las circunstancias que disminuyan el riesgo.

5 Error de edad

En el supuesto de indicación inexacta de la fecha de nacimiento del Asegurado, el Asegurador sólo podrá impugnar el Contrato si la verdadera edad del Asegurado en el momento de la entrada en vigor del Contrato excede de los límites de admisión establecidos por aquel.

En otro caso, si como consecuencia de una declaración inexacta de la edad, la prima pagada es inferior a la que correspondería pagar, la prestación del Asegurador se reducirá en proporción a la Prima recibida. Si por el contrario, la Prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, el Asegurador está obligado a restituir el exceso de las Primas percibidas, sin intereses.

6 Pago de Primas

6.1 Prima

La Prima es el precio a pagar por la cobertura de este Contrato de Seguro. El recibo de Prima deberá hacerse efectivo por el Tomador en los correspondientes vencimientos por anualidades completas anticipadas. El recibo incluirá, además de la Prima, los impuestos y recargos legalmente repercutibles a cargo del Tomador del Seguro que se deban pagar por razón de este Contrato.

6.2 Recargo por pago fraccionado

Podrá convenirse el pago fraccionado de la Prima anual, mediante la aplicación de un recargo en dicha Prima, cuyo importe se cuantificará en el recibo.

6.3 Forma de pago

El Tomador del Seguro está obligado al pago de la primera Prima o de la Prima única en el momento de la perfección del Contrato. Las sucesivas Primas se deberán hacer efectivas en los correspondientes vencimientos estipulados en la Póliza.

Para el pago de cada Prima periódica, a excepción de la primera, se concede un plazo de gracia de un mes a contar desde el día siguiente a la fecha de su vencimiento.

6.4 Lugar de pago

Si en las Condiciones Particulares no se determina ningún lugar para el pago de la Prima, éste habrá de efectuarse en el domicilio del Tomador del Seguro.

Si el Tomador del Seguro, o en su caso el Asegurado, desea realizar el pago tanto de la primera Prima como de las sucesivas, por el sistema de domiciliación bancaria, deberá facilitar al Asegurador una carta dirigida a la Entidad Bancaria o Caja de

Ahorros firmada por el titular de la cuenta corriente o libreta, dando la oportuna orden para la aceptación de los cargos de las Primas.

6.5 Consecuencia del impago de la Prima

Si por culpa del Tomador del Seguro la primera Prima no ha sido pagada, o la Prima única no lo ha sido a su vencimiento, el Asegurador tiene derecho a resolver el Contrato o a exigir el pago de la Prima debida en vía ejecutiva con base en la Póliza. Si la Prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación.

En caso de falta de pago de una de las Primas siguientes a la primera, la cobertura del Asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si el Asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la Prima, se entenderá que el Contrato queda extinguido. En cualquier caso, el Asegurador, cuando el Contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la Prima del periodo en curso.

Si el Contrato no hubiere sido resuelto o extinguido conforme a los párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el Tomador del Seguro pague su Prima.

No obstante, transcurridos dos años desde la suscripción del Contrato, conforme establece el artículo 93 de la Ley de Contrato de Seguro, la falta de pago de la Prima producirá la reducción del seguro en la forma prevista en la Póliza.

7 Pago de prestaciones

El Asegurador pagará las prestaciones establecidas en el Contrato, en caso de una contingencia cubierta por la Póliza, a los Beneficiarios designados por el Tomador del Seguro.

En caso de una contingencia cubierta, se descontarán del pago de la prestación establecida, las fracciones de Prima de la anualidad en curso no percibidas.

8 Beneficiarios, cesión y pignoración de la Póliza

8.1 Beneficiarios

Durante la vigencia del Contrato, el Tomador del Seguro puede designar Beneficiario o modificar la designación anteriormente señalada sin necesidad del consentimiento del Asegurador, salvo que el Tomador del Seguro haya renunciado expresamente y por escrito a tal facultad.

En caso de no recogerse en las Condiciones Particulares de esta Póliza una designación expreso de Beneficiario, se considerará como tal:

En caso de vida: El Asegurado

En caso de fallecimiento del Asegurado:

- El cónyuge superviviente no separado legalmente mediante sentencia firme.
- En su defecto a los hijos del fallecido por partes iguales.
- En defecto de éstos a los herederos legales también por partes iguales.

8.2 Cesión y pignoración de la Póliza

El Tomador del Seguro podrá, en todo momento, ceder o pignorar esta Póliza, siempre que no haya sido designado Beneficiario con carácter irrevocable. La cesión o pignoración de la Póliza implica la revocación del Beneficiario. El Tomador del Seguro deberá comunicar por escrito al Asegurador la cesión o pignoración realizada.

9 Prescripción

Las acciones que se deriven del presente Contrato de Seguro prescribirán en el término de cinco años. El tiempo de prescripción comenzará a contarse desde el día en que las respectivas acciones pudieran ejercitarse.

10 Comunicaciones: Tomador del Seguro, Asegurado, Asegurador y Mediadores

Todas las comunicaciones entre el Tomador del Seguro, o en su caso el Asegurado, el Mediador y el Asegurador deberán hacerse mutuamente por escrito.

Las comunicaciones del Tomador del Seguro, del Asegurado o del Beneficiario al Asegurador se realizarán en el domicilio del Asegurador señalado en la Póliza. Las comunicaciones que efectúe el Tomador del Seguro al agente de seguros que medie o haya mediado en el presente Contrato de Seguro, surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado directamente al Asegurador. Asimismo el pago de los recibos de Prima por el Tomador del Seguro o el Asegurado al referido agente de seguros, se entenderá realizado al Asegurador, salvo que ello se haya excluido expresamente y destacado de modo especial en la Póliza de Seguro.

Las comunicaciones efectuadas por un corredor de seguros al Asegurador en nombre del Tomador del Seguro, surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio Tomador del Seguro, salvo indicación en contrario de éste.

El pago de la Prima efectuado por el Tomador del Seguro o el Asegurado al corredor de seguros, no se entenderá realizado al Asegurador, salvo que, a cambio, el corredor de seguros entregue a aquél el recibo de Prima emitido por el Asegurador.

Las comunicaciones del Asegurador al Tomador del Seguro y, en su caso, al Asegurado y al Beneficiario, se realizarán al domicilio de éstos, recogido en la Póliza.

Las modificaciones incorporadas a la Póliza y formalizadas mediante la firma de las partes se entenderá que han cumplido todos estos requisitos.

11 Extravío o destrucción de la Póliza y/o recibo

En caso de extravío, robo o destrucción de la Póliza y/o recibo, el Asegurador emitirá un duplicado de dichos documentos a petición del Tomador del Seguro.

Helvetia Enfermedad (Modalidad Rentas)

Condiciones Específicas del Contrato de Seguro

1 Duración del seguro

La Póliza se emite por un periodo anual y se entenderá renovada a su vencimiento salvo que una de las partes se oponga a la renovación de forma fehaciente con al menos dos meses de antelación.

En las Condiciones Particulares de esta Póliza se recogerán los capitales asegurados en cada periodo anual. La Prima correspondiente a cada anualidad de seguro estará en función de la edad del Asegurado en el momento de la renovación anual de la Póliza y del capital asegurado para ese periodo.

El seguro finaliza por:

- **Por anulación del Contrato por parte del Tomador del Seguro.**
- **En caso que el Tomador del Seguro deje de pagar la prima vencida dentro de los plazos establecidos en estas Condiciones Generales y Especificas.**
- **En la anualidad en que el Asegurado cumpla los 65 años de edad.**

2 Garantías asegurables a solicitud del Tomador del Seguro

Las Garantías aseguradas son las que se incluyen en las Condiciones Particulares, a solicitud del Tomador del Seguro, de entre las que se indican en los artículos siguientes de las presentes Condiciones Generales y Especificas.

A efectos de esta Póliza se entiende por enfermedad toda alteración del estado de la salud, debido a una enfermedad o a un accidente, cuyo diagnóstico sea efectuado por un médico legalmente reconocido y confirmado por el médico del Asegurador, que requiera tratamiento y cuyas manifestaciones se presenten durante la vigencia de Póliza.

Garantía I: Enfermedad primer periodo

Durante el plazo máximo de un año, cuando se incluya esta Garantía en las Condiciones Particulares de esta Póliza, el Asegurador abonará al Asegurado la indemnización diaria indicado para esta cobertura.

En caso de enfermedad, la cobertura pactada comenzará una vez transcurridos 6 meses desde la formalización de la Póliza.

Asimismo para cada recién nacido cuya madre esté asegurada con el Asegurador, éste abonará como única prestación económica, una indemnización equivalente a veinte veces a la que se garantiza diariamente para los casos de enfermedad en el primer periodo, **siempre que el parto ocurra después de dos años de vigencia de la Póliza.**

Garantía II: Enfermedad segundo periodo

Para esta Garantía, una vez finalizado el primer periodo, de proseguir la enfermedad, el Asegurador continuará abonando al asegurado la correspondiente indemnización diaria, mientras dure la baja y como máximo durante otros seis meses más.

Garantía III: Enfermedad tercer periodo

Si la duración de la enfermedad es superior a dieciocho meses, esta Garantía cubre al Asegurado el seguir devengando subsidios si continua la baja y como máximo durante seis meses más, o sea, hasta completar dos años.

Garantía IV: Convalecencias extraordinarias

Los Asegurados que tengan contratada esta Garantía, si en una enfermedad determinada cesara la indemnización diaria, con arreglo a las Garantías I, II y III, por haber agotado el periodo de indemnización que en las mismas se define, tendrán derecho a seguir devengando la indemnización diaria si están sometidos a un tratamiento de recuperación física, o reposo relativo siempre que les impida totalmente el trabajo u ocupaciones habituales, según el informe médico que les asista.

La duración máxima de indemnización por este concepto será de 180 días, con independencia de que se hubieran agotado los plazos máximos de indemnización contratados en las Garantías anteriores, y sólo podrá ser de aplicación en aquellas dolencias cuyo periodo agudo hubiese durado un mínimo de treinta días.

Para tener derecho al devengo de la indemnización diaria de esta Garantía, el Asegurado deberá someterse a reconocimiento médico designado por el Asegurador, dentro de los ocho días siguientes a la fecha de comunicación, enviada por medio fehaciente, en que el Asegurador señale haberse agotado el periodo normal de convalecencia, y posteriormente, cada treinta días o siempre que fuese requerido para ello por el Asegurador.

Garantía V: Intervención quirúrgica

El Asegurador como consecuencia de una enfermedad contraída o diagnosticada durante la vigencia de la Póliza, abonará, la indemnización de tantos módulos o veces como se haya establecido en las Condiciones Particulares, la indemnización única señalada en la tabla de indemnizaciones, según la clase de intervención quirúrgica que se especifica en la tabla anexa.

Si alguna intervención no figurase en la tabla, será indemnizado por analogía o semejanza con alguna de las clasificadas en la misma.

En el caso de practicarse diversas intervenciones en una sola sesión operatoria pero que correspondan a procesos o lesiones que estén expresamente diferenciados en la citada tabla, el Asegurador satisfará la totalidad de la indemnización que tenga asignada mayor importe, y el cincuenta por ciento de cada una de las demás. **No obstante, no será de aplicación la condición anterior en los casos de intervención abdominal en que, aprovechando una misma vía de abordaje, se proceda a actuar quirúrgicamente sobre órganos o regiones anatómicas distintas. Cuando ocurra esta última circunstancia se satisfará solamente la de mayor importe.**

En caso de Intervención quirúrgica por enfermedad, la cobertura pactada comenzará una vez transcurridos 3 meses desde la formalización de la misma.

Garantía VI: Hospitalización quirúrgica

A efectos de esta Garantía se entiende por hospitalización la situación que implica el registro de entrado del paciente y su permanencia en un hospital, durante un periodo mínimo de 24 horas con motivo de una intervención quirúrgica.
El Asegurador abonara al Asegurado, la indemnización diaria especificada en Condiciones Particulares, cuando el Asegurado tuviera que ser necesariamente internado en un hospital para su intervención quirúrgica como consecuencia de una enfermedad contraída o diagnosticada durante la vigencia de la Póliza.

No tendrá la consideración de hospitalización quirúrgica la ocasionada por toda clase de partos, a cambio para cada recién nacido, cuya madre esté asegurada con el Asegurador, éste abonará como única prestación económica, una indemnización equivalente a cinco veces a la que se garantiza diariamente para los casos de hospitalización por intervención quirúrgica, siempre que el parto ocurra después de dos años de vigencia de la Póliza.

El plazo máximo de indemnización será de 120 días de hospitalización continuada. En el caso que con posterioridad a la primera intervención, y hallándose el Asegurado internado a consecuencia de la misma, fuera preciso practicarle una nueva intervención, el plazo máximo de indemnización diaria quedará ampliado en igual número de días a los que hayan transcurrido entre ambas intervenciones.

Si el Asegurado tuviera que ser ingresado nuevamente en un hospital por las mismas causas o por causas conexas con las anteriores durante los tres meses siguientes a un alta hospitalaria, el nuevo interna-

miento hospitalario será considerado a todos los efectos como prolongación del anterior. No obstante, si el nuevo internamiento tuviese como causa un proceso distinto de la o de las dolencias declaradas anteriormente, empezará a contar otro periodo de indemnizaciones, pero, teniendo en cuenta que, por anualidad la suma de los periodos no podrá ser superior a los 120 días.

En caso de hospitalización quirúrgica por enfermedad, la cobertura pactada comenzará una vez transcurridos 3 meses desde la formalización de la misma.

3 Características comunes a todas las garantías

3.1 Ámbito territorial

Esta Garantía surte efecto en todo el territorio español y durante las 24 horas del día.

3.2 Exclusiones de cobertura

Quedan expresamente excluidas de las Garantías de esta Póliza los siniestros debidos a las siguientes causas:

a) Las enfermedades, lesiones, secuelas, defectos o deformaciones preexistentes y/o congénitas, contraídas con anterioridad a la fecha de efecto del seguro, conocidas por el Asegurado antes de dicha fecha, que no hubieran sido declaradas por el mismo.

b) El intento de suicidio o autolesión intencionada del Asegurado.

c) Las enfermedades o lesiones ocasionadas como consecuencia directa o indirecta de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva, las epidemias y catástrofes naturales oficialmente declaradas, así como las consecuencias de embriaguez, toxicomanía, las infecciones causadas por el virus VIH y Sida.

d) Las lesiones por accidente ocasionados por la participación en espectáculos taurinos, actos delictivos, alborotos, reyertas o luchas, salvo que en este último caso hubiese actuado en legítima defensa, infracciones de la Ley, imprudencias o negligencias graves del Asegurado, declaradas así judicialmente, así como por las consecuencias de participación del Asegurado en carreras o apuestas de velocidad con vehículos de motor.

e) Las lesiones sufridas por la práctica profesional de cualquier deporte, conduciendo o yendo en motocicleta o en ciclomotores, los debidos a deportes de alto riesgo como escalada y alta montaña, automovilismo, motorismo, motonáutica de competición, submarinismo, paracaidismo, vuelo sin motor, ala delta y demás deportes aeronáuticos, esquí de competición, deportes de contacto como boxeo y otros, puenting, rafting, y viajes de exploración o similares.

f) Las neuropatías y algiopatías en las que no existan signos objetivos de comprobación clínica, o cuya única manifestación sea el dolor.

g) Las enfermedades mentales cualquiera que sean su formas así como cualquier patología ocasionada o desencadenada por el estrés.

h) La cirugía estética o plástica reparadora salvo las necesarias para eliminar las secuelas de una enfermedad o accidente cubierto por la Póliza.

i) La prestación de los servicios médicos o quirúrgicos.

j) La hemodiálisis.

k) Las indemnizaciones o subsidio por hospitalización, cuando el internamiento sea inferior a 24 horas.

l) Las hospitalizaciones debidas a embarazo, o parto normal.

m) Hospitalizaciones con el objeto de realizar curas de rehabilitación, de reposo, termales o dietéticas y los chequeos o controles de salud.

3.3 Determinación del periodo de indemnización

3.3.1 Enfermedades de medicina aguda

La indemnización será devengable cuando la enfermedad durante su periodo agudo obligue al Asegurado a permanecer hospitalizado o a guardar, por prescripción médica, reposo absoluto en su domicilio, sin poderlo abandonar salvo para recibir atención médica.

3.3.2 **Enfermedades crónicas no operables**
Sólo se indemnizará en las fases de agudización procediéndose en este caso como en el punto anterior.

3.3.3 **Enfermedades de tratamiento quirúrgico**
Se indemnizará solo a partir de su manifestación en fase aguda, y si no existe desde el día de su ingreso en el hospital, y hasta el día del alta hospitalaria.

3.3.4 **Enfermos traumatizados o politraumatizados**
En estos casos cesará el derecho a la indemnización quince días después que le sean retiradas al Asegurado férulas, yesos o cualquier medio de fijación interna o externa.

3.3.5 **Convalecencias**
Cada uno de los tres primeros casos anteriores, si lo estima necesario el médico que lo trate de su enfermedad, podrá prolongarse con un periodo de convalecencia que comenzará, en los casos 1 y 2, cuando el enfermo pase de reposo absoluto a reposo relativo, entendiéndose como tal la situación clínica que permite al Asegurado abandonar su domicilio y realizar con normalidad sus actividades particulares o domésticas, aunque no se encuentre totalmente curado.

En el caso 3, se considerará iniciado el periodo de convalecencia al abandonar el hospital.

Cuando el Asegurado enfermo se ausente de su domicilio o residencia deberá advertirse de tal circunstancia al Asegurador, y a partir de aquel momento, se considerará automáticamente iniciado a los efectos de indemnización el periodo de convalecencia, salvo el caso de que tal ausencia obedezca a la necesidad de ser internado en un centro sanitario o se tratase de un enfermo escayolado.

El periodo de convalecencia no podrá ser superior a la tercera parte del periodo de agudización.
En ningún caso el asegurador se sentirá obligado al pago por las bajas concedidas por parte de la Seguridad Social u organismo similar.

En cualquier caso, ya sea de modo consecutivo o en distintos periodos con intervalos de salud, ningún Asegurado podrá devengar indemnizaciones por enfermedades de un mismo proceso por tiempo superior a los plazos máximos contratados.

Las indemnizaciones a satisfacer por el Asegurador serán de la cuantía señalada en las Condiciones Particulares, aún en el caso que el Asegurado padeciera varias enfermedades al mismo tiempo o sobreviniera una enfermedad a la inicialmente declarada. En este último supuesto el Asegurado, Beneficiario o Tomador del Seguro, están obligados a cursar al asegurador el informe médico dando cuenta de dichas circunstancias. Si la enfermedad sobrevenida es de distinto proceso de la declarada anteriormente, empezará a contar un nuevo plazo desde la fecha en que haya tenido lugar el comienzo de la última enfermedad.

3.4 Documentación necesaria en caso de enfermedad

a) Informe del médico que le asista y en el que se reseñe la enfermedad, proceso, dolencia o accidente que ha originado el siniestro. Este informe se entregará dentro de las cuarenta y ocho horas siguientes al inicio de la baja.

b) Declaración firmada por el médico y refrendada por la Dirección o Administración del centro sanitario, acreditativa de la fecha en la que el Asegurado ha salido de la mismo o es dado de alta, si ha existido hospitalización.

c) Historia clínica del Asegurado, certificando la enfermedad que ha parecido, sus síntomas y las secuelas.

Aunque la indemnización correspondiente se devenga, transcurrido el periodo de carencia, a partir de la comunicación de siniestro una vez aportada la documentación que acredite la baja médica del Asegurado, el pago de la indemnización diaria, se realizará de una sola vez, por el tiempo que haya durado, con el límite máximo de tiempo establecido para esta Garantía y una vez recepcionada la documentación de los apartados a), b) c) anteriores.

El Asegurador podrá disponer las visitas de inspección que estime conveniente para comprobar la verificación de la incapacidad del Asegurado. **En caso de que el Asegurado se opusiera a estas visitas, el Asegurador quedará liberado del pago de las prestaciones.**

Helvetia Compañía Suiza
Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros

Sede Social Sevilla
Paseo de Cristóbal Colón, 26
CP-41001 Sevilla (España)
T +34 954 593 200
F +34 902 366 050
www.helvetia.es

Registro Mercantil de Sevilla, Tomo 136, Libro 14
Sección 3ª de Sociedades, Folio 47, Hoja 869
C.I.F. A 41003864
Capital Social
Suscrito y Desembolsado: 21.434.838,24 euros

helvetia