CONDICIONES PARTICULARES
PLAN SANTANDER HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE

Estas Condiciones Particulares no tienen validez si no van acompañadas de las Condiciones Generales y Especiales del Contrato.

1. DATOS DE LA POLIZA

Ramo: Accidentes personales.

Póliza:
Opción Standard – Póliza número: 1.000.133
Opción Downsell – Póliza número: 1.000.134

Agente:
Nombre y apellidos:
Código:

2. COMPAÑÍA ASEGURADORA

SANTANDER SEGUROS Y REASEGUROS, COMPAÑÍA ASEGURADORA, S.A.
Avenida de Cantabria s/n, Ciudad Grupo Santander, Boadilla del Monte (Madrid).

3. TOMADOR

Denominación social:	BANCO SANTANDER CENTRAL HISPANO, S.A.
Domicilio:	Paseo de Pereda, 9 al 12, Santander
C.I.F.:	A-39000013

4. GRUPO ASEGURABLE

Podrán ser Asegurados de la póliza, cualquier persona que sea cliente del Tomador así como su cónyuge siempre que sean mayores de 18 años y menores de 69 en el momento de suscribir el Seguro.

5. ASEGURADOS

Cualquier persona que, perteneciendo al Grupo Asegurable, figure en el Certificado Individual de Seguro, entendiendo por tal el documento emitido por la Compañía a favor del Asegurado y en el que se recogen los datos de éste, las garantías contratadas, la duración de la cobertura y la correspondiente prima; Igualmente junto con el Certificado Individual de Seguro se emite un extracto de las Condiciones Generales, Especiales y Particulares de la Póliza, incluyendo las cláusulas limitativas de derechos del Asegurado.

A efectos de esta póliza se entiende por Asegurado Titular, la persona que suscribe el Certificado de Seguro con la Compañía y a quien le corresponden los derechos y obligaciones que se deriven del mismo, salvo aquellos que correspondan, expresamente o por su naturaleza, al Asegurado o a los Beneficiarios. El Asegurado Titular asume los derechos y deberes del Tomador del Seguro en los términos y condiciones previstos en la póliza y suplementos, si los hubiere.

6. BENEFICIARIOS DEL SEGURO

Según artículo 1º de las Condiciones especiales a las pólizas de grupo.

7. EXTENSIÓN DE LA COBERTURA

La cobertura se hace extensiva a los accidentes que puedan sufrir los Asegurados durante las 24 horas del día y en cualquier lugar del mundo.

8. GARANTÍAS CUBIERTAS Y SUMAS ASEGURADAS

OPCIÓN STANDARD

COBERTURAS	TITULAR	TITULAR Y CÓNYUGE - CADA UNO -
INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE De acuerdo con las Condiciones Especiales de la Garantía 11.	135,00 €	75,00 €
INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE DOMESTICO De acuerdo con las Condiciones Especiales de la Garantía 11.	270,00 €	150,00 €

OPCIÓN DOWNSELL

COBERTURAS	TITULAR	TITULAR Y CÓNYUGE - CADA UNO -
INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE De acuerdo con las Condiciones Especiales de la Garantía 11.	80,00 €	45,00 €
INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE DOMESTICO De acuerdo con las Condiciones Especiales de la Garantía 11.	160,00 €	90,00 €

Se hace expresamente constar que en ningún caso los capitales asegurados por las garantías anteriormente indicadas podrán ser acumulativos.

Se hace constar que al tratarse de una cobertura de hospitalización debida a accidente, quedan anuladas y sin efecto

alguno todas las condiciones y cláusulas que se refieren a enfermedad, tanto de las Condiciones Generales como de las Especiales de la Garantía 11.

Conforme a los artículos 1 y 2 de las Condiciones Especiales de la Garantía 11 se establece que el Aegurado percibirá la indemnización desde el primer día de hospitalización **y hasta un máximo de 365 días.**

INDEMIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE

Cuando el Asegurado tenga que ser internado en un Hospital como consecuencia de un Accidente cubierto por la Póliza, la Compañía abonará la indemnización que figure en estas Condiciones Particulares. **La indemnización será abonada mientras el Asegurado se encuentre internado como paciente interno y hasta el límite máximo de 365 días.**

Son de aplicación las restantes Condiciones Especiales de la Garantía 11 de Indemnización por Hospitalización por Accidente.

INDEMIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE DOMESTICO

Cuando el Asegurado tenga que ser internado en un Hospital como consecuencia de un Accidente DOMESTICO cubierto por la Póliza, la Compañía abonará la indemnización que figure en estas Condiciones Particulares. **La indemnización será abonada mientras el Asegurado se encuentre internado como paciente interno y hasta el límite máximo de 365 días.**

Son de aplicación las restantes Condiciones Especiales de la Garantía 11 de Indemnización por Hospitalización por Accidente.

9. DURACIÓN, EFECTO Y CANCELACIÓN

- La duración del seguro es anual renovable
- La cobertura será efectiva en la fecha de efecto que figura en el presente documento.
- Las primas son anuales pero su pago se hará efectivo por mensualidades anticipadas, sin recargo alguno, por el Asegurado Titular, a partir de la finalización del período de bonificación establecido, es decir, mensualmente a partir de los 60 días desde la fecha de efecto del presente Certificado. Las fracciones de prima tendrán carácter liberatorio
- Tanto la prima como los capitales se incrementarán un 5% anual a partir de la primera anualidad.

El presente Certificado de Seguro quedará cancelado:

- **En la fecha del vencimiento siguiente al 70 aniversario del Asegurado.**
- **En la fecha en que cualquiera de los Asegurados incluidos en este Certificado deje de cumplir las condiciones de Grupo Asegurable.**
- **En la fecha de efecto indicada en el Certificado Individual de Seguro, en caso de falta de pago de la primera prima.**
- **En caso de falta de pago de cualquier prima o fracción siguiente a su vencimiento, al expirar un plazo de seis meses a partir de dicho vencimiento.**
- **En caso de familiares dependientes, cuando dejen de serlo según las Condiciones Especiales de la Póliza.**

En caso de que la cobertura del Asegurado Titular finalice antes de que la del cónyuge, el Certificado Individual de Seguro quedará cancelado, pudiendo emitir un nuevo Certificado con el citado cónyuge como Asegurado Titular, siempre que éste cumpla los requisitos del Grupo Asegurable.

Una vez finalizado el periodo de bonificación de 60 días, la falta de pago de la prima determinará la suspensión o extinción del seguro en la forma prevista en la ley de contrato de Seguro.

10. RIESGOS EXCLUIDOS

Además de las exclusiones estipuladas en el Artículo 4º de las Condiciones Generales que forman parte integrante del presente Contrato, queda excluido de las garantías de la póliza lo siguiente:

- **Todas las consecuencias de todos aquellos accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de efecto del contrato.**
- **El Tomador del Seguro y los Asegurados aceptan expresamente que quedan excluidas de la cobertura de la póliza, las lesiones derivadas de infarto de miocardio, derrame cerebral, sincope, embolias, hemorragias u otras enfermedades similares.**

11. PRIMA

La prima neta anual, cuyo pago corresponde, a efectos de la presente póliza, al Asegurado Titular, así como los impuestos legalmente repercutibles serán los que figuren en el Certificado Individual de Seguro, y que teniendo en cuenta los impuestos a la fecha de efecto del presente contrato serán:

OPCIÓN STANDARD

DESCRIPCIÓN	TITULAR	OPCIÓN CONJUNTA
PRIMA NETA ANUAL	215,52 EUROS	215,52 EUROS
PRIMA NETA MENSUAL	17,96EUROS	17,96EUROS
IPS	1,08 EUROS	1,08 EUROS
RECARGO CONSORCIO	0,05 EUROS	0,05 EUROS
PRIMA TOTAL MENSUAL	**19,09 EUROS**	**19,09 EUROS**

OPCIÓN DOWNSELL

DESCRIPCIÓN	TITULAR	OPCIÓN CONJUNTA
PRIMA NETA ANUAL	114,84 EUROS	114,84 EUROS
PRIMA NETA MENSUAL	9,57 EUROS	9,57 EUROS

IPS	0,57 EUROS	0,57 EUROS
RECARGO CONSORCIO	0,03 EUROS	0,03 EUROS
PRIMA TOTAL MENSUAL	**10,17 EUROS**	**10,17 EUROS**

12. INSTANCIAS PARA PRESENTAR RECLAMACIONES

En caso de divergencias sobre la interpretación del presente contrato de seguro surgidas entre el tomador del seguro, asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados o derechohabientes de cualesquiera de ellos, éstos podrán, previa reclamación al Servicio de Atención a Clientes o Defensor del Cliente de la Compañía Aseguradora, de conformidad a la Ley 44/2002, de 22 de noviembre de medidas de reforma del sistema financiero y en sus normas de desarrollo, realizar reclamaciones a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones de acuerdo con lo establecido en los artículos 61, 62 y 63 del Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.

La Compañía Aseguradora se encuentra adherida al Reglamento de Defensa del Cliente aprobado por el Grupo Santander, debiendo dirigirse mediante reclamación escrita al Servicio de Atención al Cliente, Ciudad Grupo Santander, Avda. de Cantabria, s/n 28660 Boadilla el Monte - Madrid.

13. PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

El tomador, y, en su caso, el asegurado, queda/n informado/s de que sus datos personales, a los que la Compañía Santander Seguros y Reaseguros, Compañía Aseguradora, S.A. tenga acceso como consecuencia de consultas, transacciones, operaciones, solicitud de seguro, contratación de productos y servicios que tengan lugar por cualquier medio, o de procesos informáticos respecto de datos ya registrados, se incorporan al correspondiente fichero de la Compañía Aseguradora, autorizando a ésta al tratamiento de los mismos para su utilización en relación con el desenvolvimiento de este contrato, la oferta y contratación con el cliente de los productos y servicios de la Compañía Aseguradora, así como para el desarrollo de acciones comerciales, sean de carácter general o adaptadas a sus características personales.

Esta información podrá ser cedida en todo o en parte y en la medida que sea necesario, a otras Entidades Aseguradoras con el objeto de facilitar la tramitación de siniestros o por razones de coaseguro o reaseguro, así como a otras Instituciones Colaboradoras con el sector asegurador con fines estadísticos y de lucha contra el fraude.

Asimismo, el Tomador y el Asegurado consienten expresamente el tratamiento de los datos relativos a su salud en relación con la formalización y cumplimiento del seguro de vida solicitado y su cesión a otras entidades aseguradoras a los exclusivos fines de la formalización del seguro de vida solicitado, su coaseguro o reaseguro.

Los interesados autorizan la comunicación o cesión de los datos de carácter personal (excluidos los relativos a la salud) a las Sociedades pertenecientes al Grupo Santander con el objeto descrito en el párrafo primero.

El interesado queda informado de su derecho de oposición, acceso, rectificación y cancelación, respecto de sus datos personales en los términos previstos en la Ley, pudiendo ejercitar este derecho por escrito mediante carta dirigida a Santander Seguros y Reaseguros, Compañía Aseguradora, S.A., Avenida de Cantabria s/n, 28660 Boadilla del Monte Madrid.

El presente Contrato de Seguro se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de Contrato de Seguro, de 8 de octubre (Boletín Oficial del Estado de 17 de octubre de 1980) y por lo convenido en las Condiciones Generales y Particulares de la presente Póliza, sin contradecir lo dispuesto en los Preceptos Imperativos de la citada Ley, que no admiten pacto en contrario.

Estas Condiciones Particulares modifican y/o derogan cualquier Condición General y/o Especial que contravenga a éstas.

El Tomador del Seguro, DECLARA Y PRESTA SU CONFORMIDAD a las Condiciones Generales, Especiales y Particulares, así como a sus suplementos y anexos que integran el presente contrato de seguro, aceptando expresamente todas las condiciones limitativas de los derechos del Asegurado, las cuales figuran destacadas en letra negrita en la Póliza, un ejemplar de la cual el Tomador declara haber recibido.

Asimismo el Tomador del Seguro, a la firma de la presente póliza DECLARA haber recibido con anterioridad a la suscripción de la misma, la información que la Compañía le ha suministrado por escrito y que se refiere a: la Ley aplicable al contrato de seguro, al Estado miembro y autoridad a quienes corresponde el control de su actividad, a las diferentes instancias de reclamación, tanto internas como externas que sean utilizables en caso de litigio; así como el procedimiento a seguir, al Estado miembro y al domicilio en el que está establecida la Compañía, su denominación social, su forma jurídica y la dirección de su sucursal en España.

Hecho por duplicado en Madrid a 20 de febrero de dos mil siete

EL TOMADOR **LA COMPAÑÍA ASEGURADORA**

GARANTÍA DE INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN
Garantía 11

CONDICIONES ESPECIALES

ARTÍCULO 1º - DEFINICIONES

HOSPITAL: Institución legalmente autorizada para el tratamiento médico de enfermedades o lesiones corporales, proporcionando de forma continuada asistencia médica y de enfermeras 24 horas al día para el cuidado de enfermos o lesionados. **No tendrán consideración de Hospitales a los efectos de esta garantía, las casas de reposo, hoteles, asilos, casas para convalecientes, psiquiátricos o instituciones dedicadas al internamiento o tratamiento de toxicómanos o alcohólicos.**

HOSPITALIZACIÓN: Se considera que un Asegurado está hospitalizado cuando figura como paciente en un Hospital, tal y como se ha definido en el apartado anterior, **durante un período superior a 24 horas**.

PACIENTE INTERNO: Persona que se encuentra ingresada en un Hospital durante un periodo superior a 24 horas, tal como se define en el Articulo 1 de las Condiciones Especiales de la Póliza.

ARTÍCULO 2º - INDEMNIZACIONES

Cuando el Asegurado tenga que ser internado en un Hospital como consecuencia de Accidente o Enfermedad cubiertos por la Póliza, la Compañía abonará la indemnización que figure en las Condiciones Particulares de la misma. **La indemnización será abonada mientras el Asegurado se encuentre recluido como paciente interno y hasta el límite máximo previsto en las Condiciones Particulares de la Póliza.**

ARTÍCULO 3º - PERÍODOS SUCESIVOS DE INTERNAMIENTO

Si un Asegurado al que se hubiese abonado alguna indemnización por hospitalización, tuviera que ser ingresado nuevamente dentro de los 12 meses siguientes de dicha hospitalización, por la misma causa o causas conexas, **el nuevo internamiento será considerado como prolongación del anterior**. Si el plazo de 12 meses desde el último internamiento ya hubiese transcurrido, el nuevo internamiento será considerado como un nuevo período de hospitalización.

ARTÍCULO 4º - RIESGOS EXCLUIDOS

Además de los enumerados en el Artículo 4º, RIESGOS EXCLUIDOS, de las Condiciones Generales de la Póliza, quedan excluidos de esta garantía los siguientes:

1) **Durante la vigencia de la Póliza, las enfermedades crónicas, congénitas y preexistentes, que hayan sido conocidas, tratadas o diagnosticadas con anterioridad a la contratación de dicha Póliza.**

2) **En todo caso:**
   a) **Afecciones ginecológicas.**
   b) **Salvo pacto expreso, gestación, aborto y sus consecuencias.**
   c) **Exámenes médicos periódicos o de control. Cura o prótesis dental. Cura fisioterápica.**
   d) **Operaciones de cirugía estética, salvo las prescritas como consecuencia de Accidente cubierto por la Póliza.**
   e) **Enfermedades mentales, nerviosas, alcoholismo o toxicomanía, curas de sueño o reposo.**

ARTÍCULO 5º - TERMINACIÓN DE COBERTURAS

- **Al término de la anualidad en que el Asegurado cumpla los setenta años de edad.**
- **En caso de familiares dependientes, cuando dejen de serlo según las Condiciones Especiales de la Póliza.**

ARTÍCULO 6º - PAGO DE INDEMNIZACIONES

1) **Para el cobro de las indemnizaciones se presentarán los siguientes documentos:**

   a) Solicitud de indemnización con todos los datos para la identificación del Asegurado.
   b) Certificado médico que especifique las causas que obligaron a la hospitalización.
   c) Certificado de la Clínica u Hospital, que indique las fechas de ingreso y alta en los mismos.

2) **Las indemnizaciones comenzarán a devengarse una vez finalizado el Período de Franquicia descrito en las Condiciones Particulares de la Póliza. El Asegurado deberá comunicar a la Compañía el acaecimiento del Siniestro dentro de los siete días siguientes a la hospitalización. En caso de que dicha comunicación se recibiese en la Compañía después de transcurrido dicho plazo, el Período de Franquicia comenzará el día en que se reciba la comunicación.**

3) **La Compañía tendrá libertad de examinar al Asegurado todas las veces que lo considere necesario mientras dure la hospitalización.**

Hecho por duplicado en Madrid a 20 de febrero de dos mil siete

EL TOMADOR **LA COMPAÑÍA ASEGURADORA**

ARTÍCULO 1º - DEFINICIONES

COMPAÑÍA: Santander Seguros y Reaseguros, Compañía Aseguradora, S.A., actuando como Entidad Aseguradora.

TOMADOR: La persona física o jurídica que suscribe el Contrato de Seguro y representa al Grupo Asegurado.

GRUPO ASEGURABLE: Conjunto de personas físicas que poseen alguna característica común extraña al propósito de asegurarse y que cumplan cada una de las condiciones para poder ser Asegurados.

GRUPO ASEGURADO: Conjunto de Asegurados y familiares dependientes incluidos en el Seguro.

BENEFICIARIO: Persona física o jurídica con derecho a percibir las indemnizaciones, y que si no hay designación expresa serán por orden preferente y excluyente los siguientes: primero, el cónyuge; segundo, los hijos; tercero, los padres; cuarto, los herederos legales; y en defecto de unos y otros la indemnización se integrará en el patrimonio del Tomador del Seguro.

PÓLIZA: Es el documento que contiene las bases reguladoras del Seguro, formando parte de ella, las Condiciones Generales, Condiciones Especiales, Condiciones Particulares, Certificado de Seguro, Suplementos y Anexos.

MODULO DE VARIACIÓN: Factor o factores comunes a todos los componentes del Grupo Asegurado, por los que se determinan las Sumas Aseguradas relativas a cada componente de dicho Grupo Asegurado, y las variaciones de las mismas.

SUMA ASEGURADA: La que figure en las Condiciones Particulares de la Póliza.

PRIMA: Es el precio total del Seguro.

ANUALIDAD DEL SEGURO: Período anual contado desde cada renovación de la Póliza. La primera anualidad se contará desde la fecha de efecto inicial.

SINIESTRO: Suceso que pueda dar origen al cobro de las indemnizaciones.

ARTÍCULO 2º - VARIACIONES EN LA COMPOSICIÓN DEL GRUPO ASEGURADO

El Tomador del Seguro está obligado a notificar a la Compañía las variaciones que se produzcan en la composición del Grupo Asegurado y que pueden consistir en:

a) ALTAS: Originadas por las inclusiones en la relación de Asegurados de aquellas personas que, perteneciendo al Grupo Asegurable, satisfagan las Condiciones de Adhesión en un momento posterior al de la entrada en vigor del Seguro de Grupo.

La toma de efecto de cada alta tendrá lugar el próximo vencimiento de la prima o fracción, una vez satisfechas las Condiciones de Adhesión, o en la fecha en que se estipule en las Condiciones Particulares.

b) BAJAS: Tendrán lugar por alguna de las causas siguientes:

1. **Salida del Grupo Asegurado o Asegurable.**

2. **Al término de la anualidad en que el Asegurado cumpla la edad límite estipulada en Condiciones Especiales de la Póliza para cada cobertura.**

En el primer supuesto, **la Compañía devolverá al Asegurado la parte de prima correspondiente al período de seguro no transcurrido.**

Cuando el Asegurado cause baja en el Seguro por salida del Grupo Asegurable, podrá solicitar a la Compañía la continuación de su seguro por el mismo capital, sometiéndose a las normas de contratación individual **siempre que lo solicite dentro de los tres meses siguientes a partir de la fecha de Baja.**

Hecho por duplicado en Madrid a 20 de febrero de dos mil siete

EL TOMADOR **LA COMPAÑÍA ASEGURADORA**

CONDICIONES GENERALES

El presente Contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de Octubre de Contrato de Seguro, por el Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de Seguros Privados, por el Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de Seguros Privados y por lo convenido en las Condiciones Generales, Especiales y Particulares de este Contrato, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados que no sean especialmente aceptadas por el Tomador del Seguro y/o el Asegurado, como pacto adicional a las Condiciones Particulares, no siguiendo por lo tanto lo que disponga la legislación en materia de Seguridad Social, en cuanto a la determinación de Accidentes Laborales, salvo que los mismos sean, expresamente, objeto de cobertura por la Póliza.

ARTÍCULO 1º - OBJETO DEL SEGURO

La Compañía hará efectivo el pago de las indemnizaciones pactadas, cuando el Asegurado sufra un Siniestro amparado por la Póliza.

ARTÍCULO 2º - GARANTÍAS

Podrán contratarse las siguientes garantías, **pero sólo serán indemnizables aquéllas que figuren expresamente en las Condiciones Particulares de la Póliza.**

1. Muerte o Invalidez Permanente por accidente

2. Muerte o Invalidez Permanente y Pérdidas Corporales por accidente.
3. Muerte o Invalidez Permanente Absoluta por accidente simultáneo de ambos cónyuges.
4. Muerte o Invalidez Permanente Absoluta por accidente en Transporte Público y/o Privado.
   4.1 Muerte o Invalidez Permanente Absoluta por accidente en Transporte Público.
   4.2 Muerte o Invalidez Permanente Absoluta por accidente en Transporte Privado.
5. Renta Vitalicia por Muerte accidental.
   5.1 Renta Vitalicia por Muerte accidental simultánea de ambos cónyuges.
   5.2 Renta Vitalicia por Muerte accidental en Transporte Público y/o Privado.
   5.3 Renta Vitalicia por Muerte accidental en Transporte Público.
   5.4 Renta Vitalicia por Muerte accidental en Transporte Privado.
6. Renta Temporal por Muerte accidental.
   6.1. Renta Temporal por Muerte accidental simultánea de ambos cónyuges.
   6.2 Renta Temporal por Muerte accidental en Transporte Público y/o Privado.
   6.3 Renta Temporal por Muerte accidental en Transporte Público.
   6.4 Renta Temporal por Muerte accidental en Transporte Privado
7. Renta Temporal por Invalidez Permanente Absoluta por accidente.
   7.1 Renta Temporal por Invalidez Permanente Absoluta por accidente simultáneo de ambos cónyuges.
   7.2 Renta Temporal por Invalidez Permanente Absoluta por accidente en Transporte Público y/o Privado.
   7.3 Renta Temporal por Invalidez Permanente Absoluta por accidente en Transporte Público.
   7.4 Renta Temporal por Invalidez Permanente Absoluta por accidente en Transporte Privado
8. Asistencia Sanitaria por accidente.
9. Incapacidad Temporal por Accidente
10. Incapacidad Temporal por Accidente y/o Enfermedad.
11. Indemnización por Hospitalización.
   11.1 Indemnización adicional por Hospitalización en U.V.I.
   11.2 Indemnización adicional por Hospitalización por ataque cardiaco.
   11.3 Indemnización adicional por Hospitalización en el extranjero.
   11.4 Indemnización adicional por Hospitalización simultánea de ambos cónyuges.
   11.5 Indemnización adicional por Hospitalización por cáncer u otra enfermedad temible.
   11.6 Indemnización por Hospitalización por Maternidad.
   11.7 Indemnización fija por Maternidad.
   11.8 Indemnización por Convalecencia.
12 Cirugía.
13 Exención de pago de primas.
14 Cobertura de Asistencia en viajes.

ARTÍCULO 3º - RIESGOS INCLUIDOS

ACCIDENTE: Hecho fortuito, externo, violento y ajeno a la intencionalidad del Asegurado que cause lesión corporal.

También se considerarán Accidente:

- Los atentados que no sean cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros, las descargas eléctricas y el rayo.
- La asfixia por gases, vapores o inmersión.
- Las inoculaciones infecciosas o pinchazos que sufran los profesionales de la medicina en el ejercicio de su profesión.

ENFERMEDAD: Es toda alteración de la Salud diagnosticada y confirmada por un médico.

ARTÍCULO 4º - RIESGOS EXCLUIDOS

Quedan excluidos de la Póliza los siguientes supuestos:

1. **Accidentes o Enfermedades anteriores a la Póliza, o sus consecuencias.**
2. **Cualquier Accidente o Enfermedad que sea provocado intencionadamente por el Asegurado, suicidio o cualquier lesión autoinflingida.**
3. **El infarto de miocardio.**
4. **Las lesiones derivadas de infarto de miocardio, derrame cerebral, síncope, embolias, hemorragias u otras enfermedades similares.**
5. **Accidentes o Enfermedades provocados por tratamientos que no hayan sido prescritos por un médico.**
6. **La participación activa del Asegurado en delitos o la resistencia de éste a ser detenido.**
7. **Cualquier imprudencia o negligencia grave del Asegurado que sea notoriamente peligrosa.**
8. **Como profesional cualquier práctica de deporte, y salvo pacto expreso, como aficionado, esquí de montaña y/o náutico, escalada, boxeo, submarinismo, polo, concursos hípicos, caza mayor y cualquier deporte que implique riesgo aéreo.**
9. **Salvo pacto expreso en contrario, y exclusivamente en pólizas individuales, los accidentes producidos durante la conducción o utilización de motocicletas superiores a 125c.c.**
10. **Guerra declarada o no, conmociones civiles, rebeliones, secuestro, ley marcial o cuarentena y su proclamación.**
11. **Terremotos, inundaciones, erupciones volcánicas o huracanes.**
12. **Radiaciones o efectos de la energía nuclear.**

13. **Los Accidentes sufridos por el Asegurado en estado de embriaguez, siempre que el juez dictamine la existencia de alcoholismo y/o toxicomanía.**
14. **Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o cualquier otra forma de virus del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**

Las exclusiones de los apartados 9 y 10 se entienden sin perjuicio de la cobertura otorgada por el Consorcio de Compensación de Seguros referido en el Artículo 18º de las Condiciones Generales de la Póliza.

ARTÍCULO 5º - PERSONAS NO ASEGURABLES

A. **Las personas que padezcan Invalidez Permanente Absoluta, sordas, alcohólicos y/o toxicómanos, epilépticos, con enajenación mental o diabéticos. De producirse alguna de estas circunstancias durante la vigencia de la Póliza, el Tomador del Seguro o el Asegurado deberán comunicarlo a la Compañía tan pronto como les sea posible.**
B. **Los menores de 14 años podrán estar asegurados para Gastos de Sepelio. Si n embargo, y por prescripción legal, no estarán asegurados para riesgo de Muerte.**

ARTÍCULO 6º - COBERTURA DE VUELO

Quedan cubiertos los accidentes que el Asegurado pueda sufrir al viajar como pasajero de una Empresa de transporte aéreo, **debidamente autorizada siempre que la aeronave sea pilotada por personal con licencia de piloto vigente y en regla y (I) que la aeronave se encuentre en vuelo regular o "chárter" entre aeropuertos acondicionados para tráfico de pasajeros, o (II) que la aeronave se encuentre estacionada en las pistas de aterrizaje o despegue de los citados aeropuertos, o (III) que la aeronave se encuentre realizando en los mismos cualquier tipo de maniobra.**

ARTÍCULO 7º - COBERTURA MUNDIAL

Todas las garantías de la Póliza surten efecto en cualquier parte del mundo.

ARTÍCULO 8º - BASES DEL SEGURO

A. Las declaraciones del Tomador del Seguro, constituyen la base del seguro.

B. **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 Compañía, 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.**

C. **Si una vez perfeccionado el contrato, la Compañía tuviera conocimiento que las declaraciones del Tomador son inexactas, podrá rescindir el contrato en el plazo de un mes a contar desde la fecha en que conoció tal inexactitud. Corresponderán a la Compañía, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento que haga esta declaración.**

D. **En el supuesto de indicación inexacta de la edad del asegurado, la Compañía solo 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 aquél.**

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 de la Compañía se reducirá en proporción a la prima percibida. Si, por el contrario, la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, la Compañía está obligada a restituir el exceso de las primas percibidas sin intereses.

ARTÍCULO 9º - ENTRADA EN VIGOR DEL SEGURO

El seguro entra en vigor en la fecha de efecto indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza, siempre que la prima haya sido pagada.

ARTÍCULO 10º - DURACIÓN DEL CONTRATO

La duración del contrato se establecerá en las Condiciones Particulares de la Póliza, a cuyo término se prorrogará por períodos anuales. Ambas partes podrán oponerse a dicha prórroga mediante notificación escrita, al menos dos meses antes del vencimiento anual de la misma. Salvo pacto expreso, cada garantía terminará al final de la anualidad en la que el Asegurado cumpla la edad límite especificada en las Condiciones Especiales de la misma.

ARTÍCULO 11º - ALTERACIONES DEL RIESGO

A. **El Tomador del Seguro o el Asegurado deberán durante el curso del contrato comunicar a la Compañía, tan pronto como les sea posible, todas las circunstancias que agraven el riesgo y**

sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por aquélla en el momento de la perfección del contrato no lo habría realizado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

La Compañía, en el plazo máximo de dos meses en que la agravación le haya sido comunicada, puede proponer una modificación del contrato, disponiendo el Tomador de quince días, desde la recepción, para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo, o de silencio, la Compañía puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al Tomador, dándole para que conteste un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho días siguientes comunicará al Tomador la rescisión definitiva.

La Compañía también podrá rescindir el Contrato comunicándolo por escrito al Asegurado dentro de un mes a contar desde el momento en que tuvo conocimiento de tal agravación. En el caso de que el Tomador o Asegurado no hubiesen comunicado tal agravación y sobreviniese un siniestro, la Compañía quedará liberada si estos hubiesen actuado con mala fe. En otro caso, la prestación de la Compañía se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

B. Caso de disminución del riesgo durante la vigencia del contrato, el Tomador o Asegurado podrán poner en conocimiento de la Compañía tales circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de la tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por ésta en el momento de la perfección del contrato lo habría concluido en condiciones más favorables.

En tal caso, al finalizar el período en curso cubierto por la prima, deberá reducirse el importe de la prima futura en la proporción correspondiente, teniendo derecho el Tomador en caso contrario a la resolución del contrato y a la devolución de la diferencia entre la prima satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar, desde el momento de la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.

C. El Tomador o Asegurado deberán comunicar a la Compañía, tan pronto como sea posible, el cambio, aunque sea temporal, de la actividad, profesión u ocupación del Asegurado declarada al contestar el cuestionario presentado por la Compañía, antes de concertar la Póliza. Si el cambio supone una agravación o disminución del riesgo, se procederá según lo dispuesto en los apartados A y B de este Artículo.

ARTÍCULO 12º - PAGO DE PRIMAS

A. **El Tomador del Seguro pagará a la Compañía las primas, en el lugar y fechas especificadas en las Condiciones Particulares de la Póliza.**

B. **Si por culpa del Tomador la primera prima no ha sido pagada a su vencimiento, la Compañía tiene derecho a resolver el contrato o a exigir su pago en vía ejecutiva con base en la póliza. Salvo pacto expreso en contrario, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, la Compañía quedará liberada de su obligación.**

En caso de falta de pago de una de las primas siguientes, la cobertura de la Compañía queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si la Compañía 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, la Compañía, cuando el contrato esté en suspenso, solo podrá exigir el pago de la prima del período en curso.

Si el contrato no hubiere sido resuelto o extinguido conforme a los párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las 24 horas del día en que el Tomador pagó su prima.

ARTÍCULO 13º - AVISO DE SINIESTRO Y PAGO DE INDEMNIZACIONES

A. **El Tomador del Seguro o el Asegurado o el Beneficiario deberán comunicar a la Compañía el acaecimiento del siniestro dentro del plazo máximo de siete (7) días de haberlo conocido, debiendo emplear todos los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del mismo.**

B. Una vez verificadas las consecuencias del Siniestro, la Compañía abonará las indemnizaciones pactadas en las Condiciones Particulares y/o Especiales de la Póliza, para la/s garantía/s afectada/s por el Siniestro.

C. En cualquier caso, dentro de los cuarenta (40) días, a partir de la recepción de la declaración del Siniestro, la Compañía deberá efectuar el pago del importe mínimo de lo que pueda deber, según las circunstancias por ella conocidas.

D. **Incumbe al Asegurado o, en su caso, al Beneficiario probar la existencia del siniestro.**

Si hay acuerdo entre ambas partes, la Compañía pagará la suma convenida en las Condiciones Particulares.

En cambio, si el Asegurado no aceptase la proposición de la Compañía en lo referente al grado de invalidez, las partes se someterán a la decisión de Peritos Médicos.

A tales efectos, si no hubiese acuerdo en un plazo de cuarenta (40) días, cada parte designará un Perito, debiendo constar por escrito la aceptación de éstos. Si una de las partes no hubiera hecho la designación, deberá realizarla dentro de los ocho (8) días siguientes a la fecha en que dicha parte sea requerida por la que hubiere designado el suyo. De no hacerlo en este último plazo, se entenderá que acepta el dictamen que emita el Perito de la otra parte, quedando vinculada por el mismo.

Cuando no haya acuerdo entre los Peritos ambas partes designarán un tercer Perito de común acuerdo, y de no existir el citado acuerdo, la designación se hará por un Juez de Primera Instancia del domicilio del Tomador. En todo caso, el dictamen pericial se emitirá en el plazo señalado por las partes o, en su defecto, en el de treinta (30) días a partir de la aceptación de su nombramiento por el último Perito.
Las partes podrán impugnar, caso de desacuerdo, el dictamen disponiendo de treinta (30) días la Compañía y de ciento ochenta (180) días el Asegurado, a partir de su notificación.

Cada parte satisfará los honorarios de su Perito. Los del Perito tercero y demás gastos que ocasione la tasación pericial serán de cuenta y cargo por mitad del Asegurado y de la Compañía. No obstante, si cualquiera de las partes hubiera hecho necesaria la peritación por haber mantenido una gradación de la invalidez manifiestamente desproporcionada, será ella la única responsable de dichos gastos.

ARTÍCULO 14º - ARBITRAJE Y JURISDICCIÓN:

El presente Contrato de Seguro queda sometido a la jurisdicción española y, dentro de ella, será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo el del domicilio del Asegurado.

Sólo con la expresa conformidad de las partes, podrán éstas someter sus divergencias a decisión arbitral en los términos del artículo 31 de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y sus normas de desarrollo o de la Ley de Arbitraje o, en su caso, de la legislación vigente que las sustituya.

ARTÍCULO 15º - PRESCRIPCIÓN:

Las acciones derivadas del presente Contrato de Seguro prescribirán en el término de cinco (5) años. El tiempo para la prescripción se contará desde el día en que las mismas pudieron ejercitarse.

ARTÍCULO 16º - COMUNICACIONES:

A. Las comunicaciones a la Compañía se remitirán al domicilio social de la misma consignado en la Póliza. Las comunicaciones y pago de primas que efectúe el Tomador del Seguro a un Agente afecto representante de la Compañía surtirán los mismos efectos que si se hubieran realizado directamente a ésta.

B. Las comunicaciones efectuadas por un Corredor de Seguros a la Compañía surtirán los mismo efectos que si las efectuara el mismo Tomador, salvo indicación en contrario de éste.

C. Las comunicaciones de la Compañía al Tomador del Seguro, Asegurado o Beneficiario se realizarán en el domicilio de los mismos recogidos en la Póliza.

ARTÍCULO 17º - EXTENSIÓN DE LA COBERTURA:

La cobertura se hace extensiva a los Accidentes cubiertos por la Póliza que sufra el Asegurado durante las 24 horas del día.

Caso de pactar en las Condiciones Particulares de la Póliza cobertura para riesgo profesional, será de aplicación la siguiente cláusula:

Expresamente se hace constar que las garantías de la Póliza se circunscriben única y exclusivamente a los Accidentes cubiertos por la Póliza que pueda tener el Asegurado durante el horario que establezca su trabajo profesional. **El período de vacaciones y/o permiso, días libres y ausencias del lugar de trabajo no se considerarán jornada laboral.**

Se incluye, salvo pacto en contrario, el riesgo “In Itínere”, es decir, los Accidentes que pueda sufrir el Asegurado al ir o al volver del lugar de trabajo. También deberá entenderse por riesgo “In Itinere” los Accidentes que sufra el Asegurado al ir o al volver del lugar que en cada caso se especifique en las Condiciones Particulares de la Póliza.

ARTÍCULO 18º -RIESGOS EXTRAORDINARIOS (ANEXO II. B):

Se indemnizarán por el Consorcio de Compensación de Seguros las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios de conformidad con lo establecido en el apartado “daños a las personas” en los artículos 6 y 8 del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por 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, mencionados en el artículo 7 del mismo Estatuto legal, tiene la facultad de

convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier Entidad aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente.

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 Real Decreto 300/2004, de 20 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento del Seguro de Riesgos Extraordinarios, y disposiciones complementarias.

I. RESUMEN DE NORMAS LEGALES

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

Se entiende por acontecimientos extraordinarios:

a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias (incluyendo los embates de mar), erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 135 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.

2. Riesgos excluidos

De conformidad con el artículo 6 del reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, no serán indemnizables por el Consorcio de Compensación de Seguros los daños o siniestros siguientes:

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 25/1964, de 29 de abril.

e) **Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el artículo 1 del reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, 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, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios conforme al artículo 1 del reglamento del seguro de riesgos extraordinarios.**
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

El Consorcio de Compensación de Seguros indemnizará, sin aplicación de periodo de carencia ni de franquicias, en régimen de compensación, los daños derivados de acontecimientos extraordinarios acaecidos en España y que afecten a riesgos en ella situados. No obstante, serán también indemnizables por el Consorcio los daños personales derivados de acontecimientos extraordinarios acaecidos en el extranjero cuando el tomador de la póliza tenga su residencia habitual en España.

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

II. PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN EN CASO DE SINIESTRO INDEMNIZABLE POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

En caso de siniestro, el asegurado, tomador, beneficiario, o sus respectivos representantes legales deberán comunicar, dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido, la ocurrencia del siniestro, en la Delegación regional del Consorcio que corresponda, según el lugar donde se produjo el siniestro, bien directamente o bien a través de la entidad aseguradora con la que se contrató el seguro ordinario o del mediador de seguros que interviniera en el mismo. La comunicación se formulará en el

modelo establecido al efecto, que estará disponible en la página «web» del Consorcio (www.consorseguros.es) o en las oficinas de éste o de la Entidad aseguradora, al que deberá adjuntarse la siguiente documentación:

a) Lesiones que generen invalidez permanente parcial, total o absoluta:

- Fotocopia del D.N.I./N.I.F. del lesionado y del perceptor de la indemnización si no coincidiera con el lesionado.
- Datos relativos a la entidad bancaria donde deban ingresarse los importes indemnizables, con indicación del número de entidad, número de sucursal, dígito de control y número de cuenta (Código Cuenta Cliente, 20 dígitos), así como del domicilio de dicha entidad.
- Fotocopia de las condiciones generales y particulares de la póliza (individual o colectiva) y de todos sus apéndices o suplementos.
- Fotocopia del recibo de pago de prima vigente en la fecha de ocurrencia del siniestro, donde se especifiquen claramente los importes correspondientes a la prima comercial y al recargo pagado al Consorcio de Compensación de Seguros.
- Documentación de la que, en su caso, pudiera disponer el lesionado acreditativa de la causa del siniestro y de las lesiones producidas por éste.

b) Muerte:

- Certificado de defunción.
- Fotocopia del D.N.I./N.I.F. del posible beneficiario de la indemnización.
- Fotocopia de las condiciones generales y particulares de la póliza (individual o colectiva) y de todos sus apéndices o suplementos.
- Fotocopia del recibo de pago de prima vigente en la fecha de ocurrencia del siniestro, donde se especifiquen claramente los importes correspondientes a la prima comercial y al recargo pagado al Consorcio de Compensación de Seguros.
- Datos relativos a la entidad bancaria donde deban ingresarse los importes indemnizables, con indicación del número de entidad, número de sucursal, dígito de control y número de cuenta (Código Cuenta Cliente, 20 dígitos), así como del domicilio de dicha entidad.
- Documentación de la que, en su caso, se pudiera disponer sobre la causa del siniestro.
- En caso de que no se hubiera designado beneficiario en la póliza de seguro, libro de familia y testamento o, en defecto de este último, declaración de herederos o acta de notoriedad.
- Liquidación del Impuesto de Sucesiones.

Para aclarar cualquier duda que pudiera surgir sobre el procedimiento a seguir, el Consorcio de Compensación de Seguros dispone del siguiente teléfono de atención al asegurado: 902 222 665.

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 Real Decreto 300/2004, de 20 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento del Seguro de Riesgos Extraordinarios, y disposiciones complementarias.

Hecho por duplicado en Madrid a 20 de febrero de dos mil siete

EL TOMADOR **LA COMPAÑÍA ASEGURADORA**

NOTA INFORMATIVA
SEGURO PLAN SANTANDER HOSPITALIZACION

DEFINICIONES

ACCIDENTE: Hecho fortuito, externo, violento y ajeno a la intencionalidad del Asegurado que cause lesión corporal.
También se considerarán Accidente:
Los atentados que no sean cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros, las descargas eléctricas y el rayo.

- La asfixia por gases, vapores o inmersión.
- Las inoculaciones infecciosas o pinchazos que sufran los profesionales de la medicina en el ejercicio de su profesión.

ENFERMEDAD: Es toda alteración de la Salud diagnosticada y confirmada por un médico.

HOSPITAL: Institución legalmente autorizada para el tratamiento médico de enfermedades o lesiones corporales, proporcionando de forma continuada asistencia médica y de enfermeras 24 horas al día para el cuidado de enfermos o lesionados. No tendrán consideración de Hospitales a los efectos de esta garantía, las casas de reposo, hoteles, asilos, casas para convalecientes, psiquiátricos o instituciones dedicadas al internamiento o tratamiento de toxicómanos o alcohólicos.

HOSPITALIZACIÓN: Se considera que un Asegurado está hospitalizado cuando figura como paciente en un Hospital, tal y como se ha definido en el apartado anterior, durante un período superior a 24 horas.

PACIENTE INTERNO: Persona que se encuentra ingresada en un Hospital durante un periodo superior a 24 horas, tal como se define en el Articulo 1 de las Condiciones Especiales de la Póliza.

GARANTIAS

INDEMIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE

Cuando el Asegurado tenga que ser internado en un Hospital como consecuencia de un Accidente cubierto por la Póliza, la Compañía abonará la indemnización que figure en estas Condiciones Particulares. La indemnización será abonada mientras el Asegurado se encuentre internado como paciente interno y hasta el límite máximo de 365 días.

INDEMIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE DOMESTICO

Cuando el Asegurado tenga que ser internado en un Hospital como consecuencia de un Accidente DOMESTICO cubierto por la Póliza, la Compañía abonará la indemnización que figure en estas Condiciones Particulares. La indemnización será abonada mientras el Asegurado se encuentre internado como paciente interno y hasta el límite máximo de 365 días.

EXCLUSIONES GENERALES

Quedan excluidos de la Póliza los siguientes supuestos:

1.- Todas las consecuencias de todos aquellos accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de efecto del contrato.

2.- Accidentes o Enfermedades anteriores a la Póliza, o sus consecuencias.

3.- Cualquier Accidente o Enfermedad que sea provocado intencionadamente por el Asegurado, suicidio o cualquier lesión autoinflingida.

4.- El infarto de miocardio.

5.- Las lesiones derivadas de infarto de miocardio, derrame cerebral, síncope, embolias, hemorragias u otras enfermedades similares.

6.- Accidentes o Enfermedades provocados por tratamientos que no hayan sido prescritos por un médico.

7.- La participación activa del Asegurado en delitos o la resistencia de éste a ser detenido.

8.- Cualquier imprudencia o negligencia grave del Asegurado que sea notoriamente peligrosa.

9.- Como profesional cualquier práctica de deporte, y salvo pacto expreso, como aficionado, esquí de montaña y/o náutico, escalada, boxeo, submarinismo, polo, concursos hípicos, caza mayor y cualquier deporte que implique riesgo aéreo.

10.- Salvo pacto expreso en contrario, y exclusivamente en pólizas individuales, los accidentes

producidos durante la conducción o utilización de motocicletas superiores a 125c.c.
11.- Guerra declarada o no, conmociones civiles, rebeliones, secuestro, ley marcial o cuarentena y su proclamación.
12.- Terremotos, inundaciones, erupciones volcánicas o huracanes.
13.- Radiaciones o efectos de la energía nuclear.
14.- Los Accidentes sufridos por el Asegurado en estado de embriaguez, siempre que el juez dictamine la existencia de alcoholismo y/o toxicomanía.
15.- Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o cualquier otra forma de virus del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).
16.- Durante la vigencia de la Póliza, las enfermedades crónicas, congénitas y preexistentes, que hayan sido conocidas, tratadas o diagnosticadas con anterioridad a la contratación de dicha Póliza.
17.- En todo caso:
a) Afecciones ginecológicas.
b) Salvo pacto expreso, gestación, aborto y sus consecuencias.
c)Exámenes médicos periódicos o de control. Cura o prótesis dental. Cura fisioterápica.
d) Operaciones de cirugía estética, salvo las prescritas como consecuencia de Accidente cubierto por la Póliza.
e) Enfermedades mentales, nerviosas, alcoholismo o toxicomanía, curas de sueño o reposo.
Las exclusiones de los apartados 9 y 10 se entienden sin perjuicio de la cobertura otorgada por el Consorcio de Compensación de Seguros referido en el Artículo 18º de las Condiciones Generales de la Póliza.

DURACION

La duración de este seguro es anual renovable, y como máximo hasta el final de la anualidad en que el Asegurado cumpla 70 años.

CONDICIONES, PLAZOS Y VENCIMIENTOS DE LAS PRIMAS

El seguro se pagará de forma mensual, mediante cargo en la cuenta de domiciliación. Las fracciones de prima tendrán poder liberatorio. La prima Neta Anual del seguro será la que se indique en las Condiciones Particulares, la cual se revalorizará anualmente un 5%.

DERECHO DE RESOLUCIÓN ANTICIPADA

De acuerdo al art. 6.bis de la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro, el Tomador tiene la facultad de resolver el contrato dentro de los treinta días siguientes a la fecha de haber recibido la Póliza, debiendo ejercitarse por escrito.

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

El tomador, y, en su caso, el asegurado, queda/n informado/s de que sus datos personales, a los que la Compañía Santander Seguros y Reaseguros, Compañía Aseguradora, S.A. tenga acceso como consecuencia de consultas, transacciones, operaciones, solicitud de seguro, contratación de productos y servicios que tengan lugar por cualquier medio, o de procesos informáticos respecto de datos ya registrados, se incorporan al

correspondiente fichero de la Compañía Aseguradora, autorizando a ésta al tratamiento de los mismos para su utilización en relación con el desenvolvimiento de este contrato, la oferta y contratación con el cliente de los productos y servicios de la Compañía Aseguradora, así como para el desarrollo de acciones comerciales, sean de carácter general o adaptadas a sus características personales.
Esta información podrá ser cedida en todo o en parte y en la medida que sea necesario, a otras Entidades Aseguradoras con el objeto de facilitar la tramitación de siniestros o por razones de coaseguro o reaseguro, así como a otras Instituciones Colaboradoras con el sector asegurador con fines estadísticos y de lucha contra el fraude.
Asimismo, el tomador y el asegurado consienten expresamente el tratamiento de los datos relativos a su salud en relación con la formalización y cumplimiento del seguro de vida solicitado y su cesión a otras entidades aseguradoras a los exclusivos fines de la formalización del seguro de vida solicitado, su coaseguro o reaseguro.
Los interesados autorizan la comunicación o cesión de los datos de carácter personal (excluidos los relativos a la salud) a las Sociedades pertenecientes al Grupo Santander con el objeto descrito en el párrafo primero.
El interesado queda informado de su derecho de oposición, acceso, rectificación y cancelación, respecto de sus datos personales en los términos previstos en la Ley, pudiendo ejercitar este derecho por escrito mediante carta dirigida a Santander Seguros y Reaseguros, Compañía Aseguradora, S.A., Avenida de Cantabria s/n, 28660 Boadilla del Monte Madrid.

INFORMACION LEGAL AL TOMADOR DEL SEGURO

De conformidad con lo establecido en el artículo 104 del Real Decreto 2486/1998, de 20 de Noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, el Asegurador informa al Tomador del Seguro y/o Asegurado de los aspectos legales siguientes:

Datos de la Compañía Aseguradora: Santander Seguros y Reaseguros, Compañía Aseguradora, S.A., con C.I.F. nº A-46003273, con domicilio social en Ciudad Grupo Santander, Avenida de Cantabria s/n, 28660 Boadilla del Monte (Madrid), España.

Información sobre la legislación aplicable al Contrato de Seguro: Este contrato de Seguro Red, queda sometido a las disposiciones contenidas en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, del Contrato de Seguro, Real Decreto 6/2004 de 29 de octubre por el que se aprueba el texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de Seguros Privados y el Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de Seguros Privados, así como por cuantas normas sustituyan, desarrollen o complementen los mencionados preceptos.
Instancias para presentar reclamaciones: En caso de divergencias sobre la interpretación del presente contrato de seguro surgidas entre el tomador del seguro, asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados o derechohabientes de cualesquiera de ellos, éstos podrán, previa reclamación al Servicio de Atención a Clientes o Defensor del Cliente de la Compañía Aseguradora, de conformidad a la Ley 44/2002, de 22 de noviembre de medidas de reforma del sistema financiero y en sus normas de desarrollo, realizar reclamaciones a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones de acuerdo con lo establecido en los artículos 61, 62 y 63 del Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados. La Compañía Aseguradora se encuentra adherida al Reglamento de Defensa del Cliente aprobado por el Grupo Santander, debiendo dirigirse mediante reclamación escrita al Servicio de Atención al Cliente, Ciudad Grupo Santander, Avda. de Cantabria, s/n 28660 – Boadilla del Monte (Madrid) o al