



 agrupació



Condiciones Generales
Seguro de **Accidentes Personales**

SERVICIOS PARA EL ASEGURADO

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

Consultas Generales

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

93 482 66 94

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

Asistencia en viaje

Para solicitar los servicios de protección al viajero en prestaciones relativas a las personas.

Desde España: 934 826 600

Desde el extranjero: +34 934 826 600

Disponible 24 horas al día, 365 días al año.

Servicio de Atención y Defensa del Cliente:

900 898 120

Disponible de lunes a viernes, en horario de 8:30 h. a 20:00 h.

Comunicación de daños al Consorcio de Compensación de Seguros:

900 222 665 / 952 367 042

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

Asimismo, a través de www.agrupacio.es, los asegurados pueden consultar la información de tipo general de la Aseguradora.

Índice

TRANSPARENCIA	5
1. ¿Quiénes son las personas que intervienen en el contrato?	5
2. ¿Qué otros conceptos básicos es importante conocer?	6
3. ¿Cuáles son las bases legales del contrato?	6
4. ¿Cómo se formaliza el contrato y cuándo entra en vigor?	7
5. ¿Cuál es la cobertura del seguro?	8
5.1 Garantía de MUERTE POR ACCIDENTE.....	8
5.2 Garantía de MUERTE POR INFARTO DE MIOCARDIO	8
5.3 Garantía de MUERTE POR DERRAME CEREBRAL	8
5.4 Garantía de INVALIDEZ PERMANENTE POR ACCIDENTE.....	9
5.5 Garantía de INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE	11
5.6 Garantía de INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE	12
5.7 Garantía de ASISTENCIA SANITARIA POR ACCIDENTE.....	12
5.8. Garantía de capital adicional en caso de MUERTE POR ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN.....	13
5.9. Garantía de capital adicional en caso de INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN	13
6. ¿Qué tipo de incompatibilidades existen en las prestaciones del seguro?	14
7. ¿Qué riesgos están excluidos en todas las garantías del seguro?	14
8. ¿Qué personas no pueden ser asegurados?	16
9. ¿Cómo se revalorizan anualmente los capitales asegurados?	16
10. ¿Cuál es la duración del seguro?	16
11. ¿Cuáles son las obligaciones del Tomador o del Asegurado cuando se producen variaciones sobre el riesgo asegurado?	16
12. ¿Cuándo y cómo se pagan las primas?.....	17
13. ¿Cuál es el procedimiento de actuación en caso de siniestro?.....	17
13.1. Con carácter general	17
13.2. Para las coberturas de Muerte.....	18
13.3. Para las coberturas de Invalidez Permanente.....	18
14. ¿A quién se entrega la prestación?	19
14.1. Coberturas de Muerte	19
14.2. Otras coberturas	19
14.3. Opción de Renta	19
15 ¿Cuándo puede producirse la nulidad del seguro y que consecuencias tiene el incumplimiento de las obligaciones del Tomador y del Asegurado?	19
15.1. Nulidad del contrato	19
15.2. Pérdida del derecho a la prestación.....	19
15.3. Supuestos en los que la Entidad Aseguradora reducirá el importe de la prestación	20
16. ¿Dónde deben ser enviadas las comunicaciones recíprocas?	20
17. ¿Quién deberá pagar los impuestos?	21

18. Jurisdicción	21
19. Prescripción	21
20. Mecanismos de resolución de conflictos.....	21
21. Contratación a distancia	22
22. Protección de los datos personales.....	22
23. Cláusula de indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios	23
I. Resumen de las normas legales.....	23
II. Comunicación de daños al Consorcio de Compensación de Seguros.....	25
APÉNDICE COMPLEMENTARIO AL SEGURO DE ACCIDENTES - SEGURO DE ASISTENCIA EN VIAJE - CONDICIONES PARTICULARES.....	25

La presente póliza se rige por lo dispuesto en la legislación que a continuación se detalla y por lo convenido en estas Condiciones Generales y Particulares adjuntas. Estas Condiciones han sido elaboradas de forma que puedan servir de guía en todo momento, y mientras la póliza esté en vigor, facilitando toda la información necesaria a las personas que en ella intervienen, de tal manera que conozcan cuáles son sus derechos y obligaciones, así como el alcance real de las diferentes coberturas contratadas.

TRANSPARENCIA

Estas Condiciones Generales han sido redactadas procurando que su forma sea clara y precisa, a fin de quienes tengan interés en el contrato puedan conocer su alcance exacto.

Para facilitarle la lectura y comprensión de las garantías que le ofrecemos, hemos diferenciado los textos del Condicionado General de la siguiente manera:

NEGRITAS: Puntos críticos, restrictivos o limitativos

BLOQUES: Exclusiones

Porque estar bien asegurado es, ante todo, estar bien informado

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

- a. **Entidad Aseguradora:** AGRUPACIÓN AMCI DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., en adelante la entidad aseguradora, con domicilio social Ctra. de Rubí, 72-74 Edificio Horizon, 08174 Sant Cugat del Vallès (Barcelona), y quien en su condición de asegurador asume la cobertura de las prestaciones previstas en este contrato. La entidad aseguradora está sometida a la normativa vigente y/o de aplicación en el Estado español, ejerciendo el control de su actividad el Ministerio de Economía Industria y Competitividad a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, organismo competente en materia de seguros, donde está registrada con la clave C0790.
- b. **Tomador del seguro:** la persona que juntamente con la Entidad Aseguradora suscribe este contrato y a quien corresponden los derechos y las obligaciones del mismo, salvo aquéllos que, por su naturaleza, correspondan al Asegurado y/o al Beneficiario.
- c. **Asegurado:** la persona física sobre la cual se establece la cobertura del seguro y que, en defecto del Tomador, asume las obligaciones del contrato. El seguro podrá contratarse con referencia a riesgos relativos a una persona o a un grupo de ellas. Este grupo deberá estar delimitado por alguna característica común diferente al propósito de asegurarse.
- d. **Beneficiario:** la persona que tiene el derecho a percibir la prestación del seguro. Salvo para el caso de fallecimiento, será considerado como Beneficiario para la percepción de las prestaciones que pudieran corresponderle por las garantías del seguro, el propio Asegurado. En las garantías de muerte se considerarán Beneficiarios, a falta de designación expresa, el cónyuge del Asegurado y, en su defecto, los hijos del Asegurado a partes iguales y, en defecto de éstos, los herederos legales del Asegurado.

2. ¿Qué otros conceptos básicos es importante conocer?

A los efectos del seguro se entiende por:

- **Accidente:** lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, que produzca invalidez temporal, permanente o muerte, manifestada como máximo en el plazo de 365 días desde que se produjo la lesión.
También se considerarán como accidentes a efectos del seguro, siempre y cuando sean ajenas a la intencionalidad del Asegurado:
 - La asfixia o lesiones internas a consecuencia de gases o vapores, inmersión o sumersión, o por ingestión de materias líquidas o sólidas **a excepción de comidas o bebidas en mal estado.**
 - Las infecciones derivadas de un accidente cubierto por la póliza.
 - Las lesiones que sean consecuencia de intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos motivados por un accidente cubierto por la póliza.
 - Las lesiones sufridas a consecuencia de legítima defensa o de la participación en actos intencionados realizados para salvamento de personas o bienes.
- **Accidente de circulación:** el sufrido por el Asegurado como peatón causado por un vehículo, como conductor o pasajero de un vehículo terrestre o como usuario de transportes públicos terrestres, marítimos o aéreos.
- **Prima:** el precio del seguro. Los recibos de prima comprenden, además de ésta, los recargos e impuestos legalmente repercutibles.
- **Suma Asegurada:** es la cantidad, fijada en la póliza para cada uno de los riesgos cubiertos, que constituye el límite máximo de indemnización a pagar por todos los conceptos por la Entidad Aseguradora en caso de siniestro.
- **Siniestro:** todo hecho cuyas consecuencias económicas dañosas están cubiertas total o parcialmente por las garantías del seguro. Se considerará que constituye un solo y único siniestro, todos los daños personales que provengan de una misma causa inicial. La cuantía de la prestación será la que corresponda en el momento de su ocurrencia.
- **Franquicia:** período de tiempo inicial del siniestro en el que la cobertura pactada no tiene vigencia y, por tanto, la Entidad Aseguradora no satisfará ninguna prestación. La duración de la franquicia se indica en las Condiciones Particulares.
- **Hospital:** todo establecimiento legalmente autorizado para el tratamiento de lesiones corporales, provisto de los medios para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas. Dicho establecimiento debe estar atendido por un médico las veinticuatro horas del día. No se considerarán hospitales los sanatorios, balnearios, casas de reposo y cualquier otro establecimiento dedicado principalmente al tratamiento de enfermedades crónicas e instalaciones similares.

3. ¿Cuáles son las bases legales del contrato?

Esta póliza de seguro se rige por las normativas siguientes, en los textos vigentes en cada momento:

- Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (BOE de 17 de octubre),
- Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidor y Usurarios (BOE de 30 de noviembre).
- Ley 7/1998 (BOE de 14 de abril) sobre Condiciones Generales de Contratación.

- Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras (BOE 15 Julio 2015).
- Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras (BOE 2 Diciembre 2015),
- Ley 26/2006, de 17 de julio, de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados (BOE de 18 de julio),
- Es de aplicación también el Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos; y normativa que pueda sustituirla o ser de aplicación complementaria en un futuro.
- Ley 22/2007, de 11 de julio, de Comercialización a Distancia de servicios financieros destinados a los consumidores (BOE de 12 de Julio)
- Legislación relativa al Consorcio de Compensación de Seguros que se detalla en el apartado específico de estas condiciones generales.

Constituyen las bases fundamentales de este contrato las declaraciones del tomador recogidas en la solicitud de seguro y las respuestas del asegurado contenidas en los cuestionarios previos a la contratación de su seguro, a los que, en su caso, la entidad aseguradora les someta.

La póliza de seguro es el documento que contiene todas las condiciones reguladoras del presente contrato de seguro y que está integrado conjuntamente por:

- Las presentes condiciones generales que regulan los derechos y deberes de las partes, así como el alcance de las coberturas.

Las condiciones particulares que recogen las cláusulas personalizadas y los datos propios e individualizados de cada contrato, así como los suplementos y apéndices que se produzcan durante la vigencia del seguro, para complementarlas o modificarlas. La emisión de un nuevo suplemento a las condiciones particulares dejará sin efecto a las emitidas anteriormente.

Las condiciones especiales, cuya misión es matizar o perfilar el contenido de las condiciones generales.

Si el contenido de la póliza difiere de la solicitud o de las cláusulas acordadas, el tomador podrá pedir en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza, que se subsanen las divergencias existentes. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza.

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

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

No obstante, el Tomador podrá rescindir libremente el contrato dentro de los 15 días siguientes a la fecha en la que la Entidad Aseguradora entregue la póliza. Esta facultad unilateral de rescisión del contrato deberá ejercitarse fehacientemente por escrito en el plazo indicado y producirá sus efectos desde el día de su expedición. A partir de esta fecha, cesará la cobertura del riesgo por parte de la Entidad Aseguradora, devolviendo

al Tomador la prima satisfecha, excepto la parte correspondiente al tiempo en que la cobertura ha tenido vigencia.

5. ¿Cuál es la cobertura del seguro?

Durante el período de vigencia del seguro y dentro de los límites y términos establecidos en las Condiciones Generales y Particulares de la presente póliza, la Entidad Aseguradora cubre exclusivamente las prestaciones correspondientes a cada una de las garantías del seguro indicadas en las Condiciones Particulares. Dichas garantías podrán referirse a las siguientes contingencias:

5.1 Garantía de MUERTE POR ACCIDENTE

5.1.1 Alcance de la Garantía

Si como consecuencia directa de un accidente cubierto por la póliza, se produjera el fallecimiento del Asegurado, de forma inmediata o dentro de los 365 días siguientes al accidente, la Entidad Aseguradora pagará a los beneficiarios designados el capital establecido a tal efecto en las Condiciones Particulares de la póliza.

5.1.2 Garantía adicional de muerte simultánea por accidente

En caso de que el Asegurado y su cónyuge fallezcan como consecuencia de un mismo accidente y existan como beneficiarios hijos de ambos menores de 18 años, o mayores de esa edad pero incapacitados permanentemente de forma absoluta para realizar cualquier tipo de actividad laboral o profesional, la Entidad Aseguradora pagará a estos beneficiarios un capital adicional igual al que a ellos exclusivamente les corresponda con un límite conjunto de 30.000 €. La prestación que deban recibir los demás beneficiarios no se verá aumentada por esta cobertura adicional.

5.2 Garantía de MUERTE POR INFARTO DE MIOCARDIO

Mediante la contratación de esta garantía se amplía la cobertura de la garantía básica de Muerte por Accidente, de forma que la Entidad Aseguradora pagará a los beneficiarios designados el capital establecido para esta garantía complementaria en las Condiciones Particulares de la póliza si el Asegurado fallece como consecuencia directa de un infarto de miocardio, entendiéndose por tal el fallecimiento del Asegurado por la muerte de parte del músculo cardíaco como resultado de un bloqueo de las arterias coronarias. Los tres elementos integrantes del diagnóstico deben ser los siguientes:

- un episodio de dolor pectoral típico
- alteraciones en los electrocardiogramas y
- elevación de las enzimas cardíacas

El pago de esta indemnización sustituye a la garantía básica de Muerte por Accidente, al no estar cubierto el infarto en la misma.

5.3 Garantía de MUERTE POR DERRAME CEREBRAL

Mediante la contratación de esta garantía se amplía la cobertura de la garantía básica de Muerte por Accidente, de forma que la Entidad Aseguradora pagará a los beneficiarios designados el capital establecido para esta garantía complementaria en las Condiciones Particulares de la póliza si el Asegurado fallece como consecuencia directa de un derrame cerebral, entendiéndose por tal todo padecimiento cerebro-vascular que produzca secuelas neurológicas que duren más de veinticuatro horas e incluyan

infartación del tejido cerebral, hemorragia y embolización de una fuente extracraneal causando deficiencia neurológica permanente.

El pago de esta indemnización sustituye a la garantía básica de Muerte por Accidente, al no estar cubierto el derrame cerebral en la misma.

5.4 Garantía de INVALIDEZ PERMANENTE POR ACCIDENTE

5.4.1 Alcance de la Garantía

Si como consecuencia directa de un accidente cubierto por la póliza, dentro de los trescientos sesenta y cinco días siguientes al accidente, el Asegurado queda afectado de una invalidez permanente, total o parcial, la Entidad Aseguradora pagará al Asegurado la prestación que, de acuerdo con lo indicado en el siguiente apartado, corresponda a su grado de invalidez y a la modalidad de indemnización contratada.

5.4.2 Determinación del grado de invalidez y valoración de la prestación

Los grados de invalidez, independientemente de la profesión del Asegurado, se determinan exclusivamente según el baremo siguiente y la prestación se valorará aplicando los porcentajes indicados para cada lesión sobre la suma asegurada establecida en las Condiciones Particulares para esta garantía.

Tipo de LESIÓN	Modalidad de Indemnización		
	Proporcional	Progresiva	
		225%	350%
Cabeza y Sistema Nervioso			
Enajenación mental completa e incurable que excluya cualquier trabajo	100%	225%	350%
Hemiplejía completa	100%	225%	350%
Hemiplejía unilateral	70%	135%	200%
Epilepsia en grado máximo	25%	25%	25%
Ceguera de los dos ojos	100%	225%	350%
Ceguera de un ojo	30%	35%	40%
Sordera completa de los dos oídos	60%	105%	150%
Sordera completa de un oído	15%	15%	15%
Perdida total de olfato y/o gusto	5%	5%	5%
Pérdida del maxilar superior	40%	55%	70%
Pérdida del maxilar inferior	30%	35%	40%
Transtornos graves de las articulaciones de ambos maxilares	15%	15%	15%
Pérdida total de la nariz	25%	25%	25%
Columna Vertebral			
Paraplejía o Tetraplejía	100%	225%	350%
Limitación de movilidad a consecuencia de rotura de vértebras:			
3% por vértebra afectada, con el límite máximo del	20%	20%	20%
Abdomen			
Pérdida de un pulmón	20%	20%	20%
Pérdida de los dos riñones	60%	105%	150%

Pérdida de un riñón	15%	15%	15%			
Pérdida del bazo	10%	10%	10%			
Extremidades superiores						
Pérdida o inutilidad absoluta de los dos brazos o de las dos manos	100%	225%	350%			
Pérdida funcional o anatómica:	Der.	Izq.	Der.	Izq.	Der.	Izq.
- Del brazo o de la mano	60%	50%	105%	75%	150%	100%
- Del dedo pulgar o índice	15%	13%	15%	13%	15%	13%
- De uno de los demás dedos	8%	6%	8%	6%	8%	6%
Pérdida total del movimiento:						
- Del hombro	30%	25%	35%	25%	40%	25%
- Del codo	25%	20%	25%	20%	25%	20%
- De la muñeca	15%	13%	15%	13%	15%	13%

Extremidades inferiores

Pérdida o inutilización absoluta de:			
- Ambas piernas o ambos pies	100%	225%	350%
- Una pierna o un pie junto con un brazo	100%	225%	350%
- Una pierna por encima de la rodilla	50%	75%	100%
- Una pierna por debajo de la rodilla	40%	55%	70%
- Un pie	35%	45%	55%
- El dedo gordo de un pie	10%	10%	10%
- Uno de los demás dedos de un pie	5%	5%	5%
Pérdida total del movimiento:			
- De la cadera	30%	35%	40%
- De la rodilla	25%	25%	25%
- Del tobillo	15%	15%	15%

En aplicación del anterior baremo se tendrán en cuenta las siguientes normas:

- Para cada tipo de lesión se aplicarán los porcentajes de la columna correspondiente a la Modalidad de Indemnización que se indique en las Condiciones Particulares para esta garantía de Invalidez Permanente: "Proporcional", "Progresiva 225%" o "Progresiva 350%".
- Cuando el asegurado sea zurdo, circunstancia que deberá haberse declarado en la solicitud de seguro, el porcentaje previsto para el miembro superior derecho se aplicará al miembro superior izquierdo e inversamente.
- Si un órgano o miembro afectado por un accidente presentaba ya con anterioridad al mismo un defecto físico o funcional, el porcentaje de invalidez vendrá determinado por la diferencia entre el de la invalidez preexistente y el que resulte del accidente.
- Cuando un mismo accidente cause diversas pérdidas anatómicas o funcionales, se acumularán sus porcentajes de indemnización correspondiente para cada una de ellas, con el límite del 100%, 225% o 350%, según la modalidad de indemnización contratada.
- Las lesiones no especificadas de modo expreso en el baremo y que se originen

como consecuencia directa de un accidente cubierto por la póliza, se indemnizarán por analogía con otros casos que figuran en el mismo, sin tener en cuenta la profesión del Asegurado.

- f. Cuando la pérdida o incapacidad funcional de un miembro u órgano sea sólo parcial, el grado de invalidez indicado en el baremo será reducido proporcionalmente.
- g. Las alteraciones psíquicas y nerviosas sólo serán computables cuando sean consecuencia directa de lesiones físicas del sistema nervioso.

5.5 Garantía de INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE

5.5.1 Alcance de la Garantía

La Entidad Aseguradora garantiza el pago de la prestación diaria cuyo importe se indica en las Condiciones Particulares si el Asegurado padece una Incapacidad Temporal como consecuencia directa de un accidente cubierto por la póliza.

5.5.2 Definición de Incapacidad Temporal

A los efectos del seguro, se entiende por Incapacidad Temporal la situación física transitoria en que el Asegurado precise de asistencia médica, se encuentre imposibilitado totalmente para dedicarse a sus ocupaciones laborales o profesionales habituales y, en el supuesto de que el Asegurado carezca de ocupación, mientras esté obligado a permanecer en su domicilio u hospitalizado.

5.5.3 Duración de la Incapacidad

La situación de Incapacidad Temporal comenzará a computarse en la fecha en que el Asegurado quede incapacitado a consecuencia del accidente y siempre que dicho estado sea declarado médicamente. Dicha situación finalizará al producirse el alta médica del Asegurado, si se produce la invalidez permanente o muerte del Asegurado **y, en cualquier caso, en el plazo máximo de 365 días desde la fecha en que ocurrió el accidente.**

La Entidad Aseguradora se reserva el derecho a comprobar, por sus facultativos, el estado de salud del Asegurado. En caso de no existir acuerdo entre el Asegurado y la Entidad Aseguradora respecto a la imposibilidad del Asegurado de dedicarse a sus ocupaciones habituales, ambos se someterán a solventar las diferencias por medio de peritos médicos en la forma que establece el artículo 38 de la Ley de Contrato de Seguro.

5.5.4 Franquicia temporal

Esta garantía podrá contratarse con un período de franquicia, entendiéndose por ésta el período de tiempo inicial de la incapacidad en que no se devengará la prestación diaria contratada.

5.5.5 Inicio y fin de la prestación

La indemnización empezará a devengarse una vez transcurridos los días de franquicia que se indican en las Condiciones Particulares, **siempre que el estado de incapacidad haya sido comunicado a la Entidad Aseguradora en un plazo máximo de siete días a contar desde la fecha en que finalice el citado período de franquicia. Si la Entidad Aseguradora recibe la comunicación del siniestro transcurrido dicho plazo, la indemnización se devengará desde la fecha en que haya recibido la citada comunicación.**

5.5.6 Pago de la prestación

La Entidad Aseguradora pagará al Asegurado la prestación correspondiente por esta garantía dentro de los cuarenta días siguientes a la fecha en que aquélla haya tenido conocimiento del alta médica del Asegurado.

A petición del Asegurado, la Entidad Aseguradora facilitará mensualmente anticipos a cuenta de la liquidación definitiva, a partir del décimo día del inicio del devengo de la prestación.

5.5.7 Ámbito territorial

La indemnización será satisfecha siempre que el Asegurado se encuentre dentro del territorio del Estado Español.

5.6 Garantía de INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE

5.6.1 Alcance de la Garantía

La Entidad Aseguradora garantiza el pago de la indemnización diaria, cuyo importe se indica en las Condiciones Particulares para esta garantía complementaria, en caso de que el Asegurado, como consecuencia directa de un accidente cubierto por la póliza, haya sido internado en un hospital ubicado en territorio español y durante un período máximo de 365 días.

5.6.2 Definición de Hospitalización

A los efectos del seguro, la Hospitalización del Asegurado supone el registro de entrada y su permanencia en el hospital durante un mínimo de 24 horas. Para la determinación del número de días de hospitalización se computará el día del ingreso pero no el del alta.

5.7 Garantía de ASISTENCIA SANITARIA POR ACCIDENTE

5.7.1 Alcance de la Garantía

La Entidad Aseguradora pagará o, en su caso, reintegrará al Asegurado, los gastos necesarios que se originen con motivo de la asistencia médica, farmacéutica, quirúrgica, hospitalaria y de rehabilitación que precise el Asegurado como consecuencia directa de un accidente cubierto por la póliza, salvo que dichos gastos hayan sido indemnizados por otras garantías de esta misma póliza y durante el plazo máximo de 365 días a contar desde la fecha del accidente.

5.7.2 Modalidades de Cobertura:

A) Modalidad “Ilimitada”

Si en las Condiciones Particulares figura como contratada esta modalidad, la prestación es ilimitada, salvo por lo indicado en el último párrafo de este apartado, cuando se efectúe por facultativos y centros sanitarios determinados expresamente por la Entidad Aseguradora y en territorio español. **En caso de que el Asegurado elija facultativos o centros sanitarios distintos o el accidente haya ocurrido fuera del territorio español, la prestación queda limitada a 1.502,53 euros por siniestro.**

La elección indicada anteriormente deberá realizarse después de las curas de urgencia y antes de iniciar el tratamiento. No obstante, durante las 24 horas del día, el Asegurado accidentado podrá conocer los centros médicos y facultativos propuestos

por la Entidad Aseguradora comunicando con ésta en el siguiente número de teléfono: 93 482 66 00.

Los gastos para prótesis y aparatos ortopédicos de tipo funcional que requiera el Asegurado, así como los gastos de traslado y salvamento del Asegurado accidentado tendrán un límite global del 5% de la suma asegurada para la garantía de Invalidez Permanente o, en su defecto, para la de muerte.

B) Modalidad “Libre elección con límite de gastos”

Cuando en las Condiciones Particulares figure una cantidad como capital de esta garantía, la prestación asegurada por siniestro está limitada al importe indicado en dichas Condiciones Particulares.

5.7.3. Subrogación

La Entidad Aseguradora, una vez haya satisfecho las prestaciones de esta garantía, podrá ejercitar los derechos y las acciones que por razón del siniestro correspondieran al Asegurado frente a las personas responsables del mismo, hasta el límite de la prestación satisfecha, no pudiendo ejercer en perjuicio del Asegurado los derechos en que se haya subrogado. El Asegurado estará obligado, si fuera necesario, a ratificar esta subrogación y otorgar los oportunos poderes, siendo responsable de los perjuicios que con sus actos y omisiones pueda causar a la Entidad Aseguradora en su derecho a subrogarse. Si la Entidad Aseguradora y el Asegurado concurren frente a un tercero responsable, el recobro obtenido se repartirá entre ambos en proporción a su respectivo interés.

5.8. Garantía de capital adicional en caso de MUERTE POR ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN

En caso de fallecimiento del Asegurado como consecuencia directa de un accidente de circulación cubierto por la póliza, a excepción de los ocurridos como conductor profesional o conduciendo motocicletas o ciclomotores, la Entidad Aseguradora pagará a los beneficiarios designados el capital adicional establecido a tal efecto en las Condiciones Particulares.

5.9. Garantía de capital adicional en caso de INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN

En caso de Invalidez Permanente Total del Asegurado como consecuencia directa de un accidente de circulación cubierto por la póliza, a excepción de los ocurridos como conductor profesional o conduciendo motocicletas o ciclomotores, la Entidad Aseguradora pagará al Asegurado el capital adicional establecido para esta garantía en las Condiciones Particulares.

A estos efectos, se considerará como Invalidez Permanente Total cuando la lesión que la origine sea valorada con el porcentaje del 100% en el Baremo de indemnización que figura en el apartado 5.3.2. de estas Condiciones Generales, en la modalidad de indemnización “proporcional”.

6. ¿Qué tipo de incompatibilidades existen en las prestaciones del seguro?

Las prestaciones previstas para las garantías de “Muerte por Accidente”, “Muerte por Infarto de Miocardio”, “Muerte por Derrame Cerebral” e “Invalidez Permanente por Accidente”, total o parcial, no son acumulables entre sí como consecuencia de un mismo accidente. Si tras el pago de la prestación por invalidez permanente, el Asegurado falleciera dentro de los 365 días posteriores al accidente como consecuencia del mismo accidente, la Entidad Aseguradora pagará a los beneficiarios designados exclusivamente la diferencia si el capital por muerte fuera superior a la prestación ya satisfecha.

Asimismo, las garantías de “Invalidez Permanente por Accidente” y de “Invalidez Permanente Absoluta por Accidente” son incompatibles entre sí.

7. ¿Qué riesgos están excluidos en todas las garantías del seguro?

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

- a. Cualquier daño o lesión que no se encuentre especificado en las Condiciones Particulares, o sea distinto de los estrictamente definidos en estas Condiciones Generales.
- b. Los accidentes que, a efectos del seguro, no tengan la consideración de tales de acuerdo con la definición especificada en el apartado 2 de estas Condiciones Generales.
- c. Las lesiones procedentes de la energía atómica o de radiaciones de cualquier clase.
- d. Los accidentes que se produzcan por la participación del Asegurado en carreras o competiciones de vehículos a motor, en la práctica de boxeo y bobsleigh, incluso en los entrenamientos oficiales o privados.
- e. Las consecuencias de accidentes ocurridos antes de la fecha de entrada en vigor de las coberturas del seguro, aunque las consecuencias de los mismos se manifiesten o determinen durante la vigencia de éste.
- f. Los actos dolosos y criminales cometidos por el Asegurado y/o Beneficiario, o con su cooperación.
- g. Los accidentes sufridos por el Asegurado en situación de enajenación mental, en estado de embriaguez o bajo el efecto de drogas o estupefacientes no prescritos médicamente.
- h. Los accidentes que tengan su origen en actos de imprudencia temeraria o culpa grave del Asegurado y los derivados de su participación en apuestas, desafíos o peleas, salvo en caso de legítima defensa.
- i. Las enfermedades de cualquier naturaleza, incluso el infarto de miocardio y el derrame cerebral (salvo que éstos últimos se encuentren cubiertos por las garantías complementarias del seguro mediante su expresa contratación y pago de la prima correspondiente), así como las lesiones u

otras consecuencias debidas a intervenciones quirúrgicas, inyecciones o tratamientos médicos, cuando no sean resultado de un accidente cubierto por la póliza.

- j. Los gastos médico farmacéuticos y la indemnización por invalidez temporal y/o hospitalización en caso de infarto de miocardio y derrame cerebral, incluso cuando estén cubiertas la garantías de “Muerte por Infarto de Miocardio” y “Muerte por Derrame Cerebral”
- k. Los daños, costes y gastos derivados de los hechos siguientes:
- Conflictos armados o guerra (civil o internacional), aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
 - Los calificados por el Gobierno como “catástrofe” o “calamidad nacional”.
 - Los accidentes que se produzcan como consecuencia de fenómenos extraordinarios de la naturaleza tales como terremotos y maremotos, inundaciones, erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica y caídas de cuerpos siderales o aerolitos; los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular; así como los hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz. Estos acontecimientos extraordinarios se indemnizarán por el Consorcio de Compensación de Seguros, cuyo resumen de normas figura en el apartado 23 de estas Condiciones Generales.
- l. Salvo pacto expreso en las Condiciones Particulares de la póliza y pago de la sobreprima correspondiente:
- 1) Los accidentes que sufra el Asegurado como conductor de motocicletas y/o ciclomotores.
 - 2) La utilización, como pasajero o tripulante de medios de navegación aérea no autorizados para el transporte público de viajeros.
 - 3) Las consecuencias del ejercicio por el Asegurado de la actividad de piloto, alumno-piloto o miembro de la tripulación de una aeronave, tanto civil como militar.
 - 4) La práctica profesional de cualquier deporte.
 - 5) La práctica como aficionado de los siguientes deportes:
 - Ala Delta, parapente, vuelo en ultraligeros, paracaidismo, ascensiones en globo, planeador, motoplaneador.
 - Espeleología, la práctica de escalada y alta montaña.
 - Barranquismo, hidrospeed, rafting y, en general, cualquier deporte en aguas bravas.
 - Caza mayor, deportes en los que se empleen armas de fuego y tiro con arco.
 - Inmersiones acuáticas y submarinismo con aparatos de respiración autónoma a más de 20 metros de profundidad.
 - Lucha, artes marciales, rugby y deportes ecuestres.
 - Motonáutica.
 - Puenting y otras modalidades de salto con cuerda elástica.
 - Saltos de esquí o de trampolín.

8. ¿Qué personas no pueden ser asegurados?

- Las personas menores de 14 años para los riesgos de muerte y de incapacidad temporal.
- Quienes estén afectados de ceguera o fuerte miopía (más de 12 dioptrías), sordera completa, parálisis, epilepsia, apoplejía, diabetes, enfermedades de la médula espinal, hemofilia, encefalitis letárgica, enajenación mental, alcoholismo, toxicomanía y, en general, cualquier lesión, enfermedad crónica o minusvalía física o psíquica.

9. ¿Cómo se revalorizan anualmente los capitales asegurados?

Al vencimiento de cada anualidad de seguro, y salvo renuncia expresa del Tomador, los importes asignados a las distintas garantías aseguradas que figuran en las Condiciones Particulares, **excepto para la garantía de Asistencia Sanitaria por Accidente**, se revalorizarán automáticamente en función de las variaciones del Índice de Precios al Consumo. De igual forma la prima de cada garantía se ajustará proporcionalmente a la variación de dicho índice.

La revalorización automática de capitales no será de aplicación para las cantidades establecidas como límites cuantitativos de cobertura en estas Condiciones Generales o, en su caso, en las Condiciones Particulares.

10. ¿Cuál es la duración del seguro?

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

No obstante, el seguro se extingue:

- Cuando el Tomador o la Entidad Aseguradora soliciten su rescisión, oponiéndose a la prórroga mediante comunicación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo mínimo de, al menos, un mes de anticipación al vencimiento de la anualidad de seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el tomador, y de dos meses cuando sea la Entidad Aseguradora.
- Al finalizar la anualidad de seguro en que el Asegurado cumpla los 65 años de edad, salvo que la Entidad Aseguradora conceda una autorización expresa de prórroga anual.

11. ¿Cuáles son las obligaciones del Tomador o del Asegurado cuando se producen variaciones sobre el riesgo asegurado?

El Tomador o, en su caso, el Asegurado deberá comunicar, tan pronto como le sea posible, los cambios de profesión o actividad de la empresa en la que trabaja, la inclusión de riesgos suplementarios, tales como la práctica de deportes de mayor riesgo que los declarados inicialmente, conducción de motocicletas y las declaraciones inexactas de los cuestionarios presentados por la Entidad Aseguradora.

La Entidad Aseguradora dispone de un plazo de dos meses, desde que le sea declarada la agravación del riesgo, para proponer una modificación del contrato. En dicho supuesto el Tomador tiene un plazo de quince días desde la recepción de la modificación para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo, o de silencio por parte del Tomador, la Entidad Aseguradora, transcurrido dicho plazo, puede rescindir el contrato, previa advertencia al Tomador, dándole para que conteste un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho días siguientes comunicará al Tomador la rescisión definitiva.

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

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

No se considerará agravación del riesgo la aparición de enfermedades o incapacidades sobrevenidas durante el transcurso del seguro y de las cuales el Tomador no tuviese conocimiento en el momento de realizar las declaraciones en el cuestionario.

12. ¿Cuándo y cómo se pagan las primas?

El Tomador está obligado al pago del primer recibo de prima en el momento de la formalización del seguro. Los sucesivos recibos de prima se abonarán por anticipado en los correspondientes vencimientos.

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

En el caso de falta de pago de una de las primas siguientes, la cobertura del seguro quedará suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si la Entidad Aseguradora no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido.

La prima se establece por períodos anuales. No obstante, el Tomador podrá solicitar el fraccionamiento semestral, trimestral o anual, aplicando la Entidad Aseguradora el correspondiente recargo, de acuerdo con las tarifas y límites vigentes en cada momento. En el supuesto de fallecimiento del Asegurado, la Entidad Aseguradora renuncia a deducir de la prestación la fracción o fracciones de prima todavía no satisfechas de la anualidad de seguro en curso durante la que ocurra el fallecimiento.

13. ¿Cuál es el procedimiento de actuación en caso de siniestro?

13.1. Con carácter general

Los Beneficiarios o el Asegurado, según el caso, deberán comunicar por escrito a la Entidad Aseguradora el hecho que pueda dar lugar a una prestación del seguro, lo antes posible y en el plazo máximo de 7 días desde su ocurrencia.

Los Beneficiarios o el Asegurado, según el caso en función del riesgo cubierto, tienen la obligación de:

- a. Facilitar toda clase de información sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro.

- b. Aminorar en lo posible las consecuencias del mismo. Recurrir, lo antes posible, a un médico y cumplir sus prescripciones con la diligencia necesaria para el pronto restablecimiento del Asegurado. El abandono injustificado del tratamiento implicará la extinción de la cobertura del seguro y la Entidad Aseguradora quedará liberada de las obligaciones respecto a las agravaciones que pudieran producirse.
- c. Permitir, en cualquier caso, el examen del Asegurado por los médicos designados por la Entidad Aseguradora, permitiendo la obtención de toda clase de informaciones o pruebas complementarias.
- d. Relevar del deber de secreto profesional a los facultativos y centros médico-hospitalarios que atiendan o hayan atendido al Asegurado, así como a los profesionales que hubieran intervenido con motivo del accidente, respecto a la información que la Entidad Aseguradora pueda solicitar sobre su estado de salud completo y antecedentes médicos.

Las prestaciones aseguradas se pagarán cuando terminen las investigaciones sobre la existencia del siniestro y una vez que obre en poder de la Entidad Aseguradora la documentación completa y justificativa que determine la valoración de la indemnización.

En todo caso, dentro de los cuarenta días siguientes a la declaración del siniestro, la Entidad Aseguradora efectuará el pago del importe mínimo que legalmente deba satisfacerse, de acuerdo con las circunstancias conocidas por ésta. En los casos de invalidez este plazo se computará desde la presentación del certificado médico en el que se reconozcan las secuelas como definitivas.

13.2. Para las coberturas de Muerte

Para percibir la prestación, el Beneficiario deberá aportar la siguiente documentación:

- a. Certificado de defunción del Asegurado
- b. Testimonio de las diligencias judiciales o documentos médicos que acrediten el origen y las causas del fallecimiento.
- c. Documentos acreditativos de su condición de beneficiario.
- d. Cuando el Beneficiario sea una persona distinta del Tomador, o del Asegurado en un seguro de grupo, los documentos que justifiquen haber presentado a liquidación la documentación correspondiente para el pago del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones o, en su caso, el ingreso de la autoliquidación practicada.

13.3. Para las coberturas de Invalidez Permanente

Para percibir la prestación el Asegurado deberá aportar un certificado médico en el que se precisen las causas y el tipo de invalidez resultante del accidente, **reservándose la Entidad Aseguradora el derecho de comprobar, por sus facultativos, el grado de invalidez y la posibilidad de recuperación física o psíquica del Asegurado.**

En caso de no existir acuerdo entre el Asegurado y la Entidad Aseguradora sobre la determinación de la invalidez, ambos están obligados a solventar las diferencias por medio de peritos médicos en la forma que establece el artículo 38 de la Ley de Contrato de Seguro.

14. ¿A quién se entrega la prestación?

14.1. Coberturas de Muerte

En caso de fallecimiento del Asegurado el capital asegurado se entrega a los Beneficiarios.

En la solicitud de seguro el Tomador, o el Asegurado en los seguros de grupo, designa a los Beneficiarios. Posteriormente y durante la vigencia del seguro puede modificar la designación anteriormente indicada **salvo que haya renunciado expresamente y por escrito a esta facultad.**

La designación de Beneficiarios podrá hacerse constar en las Condiciones Particulares, en una posterior declaración escrita a la Entidad Aseguradora o bien en el testamento.

En caso de fallecimiento si no hubiese Beneficiario concretamente designado, ni reglas para su determinación, el capital asegurado formará parte del patrimonio del Tomador, o del Asegurado en los seguros de grupo.

14.2. Otras coberturas

Para las demás coberturas, distintas a la de muerte, la Entidad Aseguradora pagará la indemnización al Asegurado, excepto en la garantía de “Asistencia Sanitaria por Accidente” cuando las prestaciones del seguro se realicen por facultativos o centros sanitarios determinados expresamente por la Entidad Aseguradora, en cuyo caso ésta pagará directamente a los mismos, y hasta el límite indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, los gastos ocasionados como consecuencia del siniestro.

Una vez abonada la prestación por Invalidez Permanente, si a consecuencia del mismo accidente y sin que hubiera transcurrido más de un año desde la fecha del accidente, sobreviniera el fallecimiento del asegurado, la cantidad pagada por dicha invalidez se considerará a cuenta del capital asegurado para el caso del fallecimiento, en su consecuencia, en el supuesto que la suma asegurada por la cobertura de Invalidez Permanente fuere superior a la suma asegurada para caso de fallecimiento el beneficiario no percibirá cantidad alguna.

14.3. Opción de Renta

A petición de los Beneficiarios, se podrá transformar la totalidad o una parte del capital en una renta, a elegir entre las que tenga en vigor la Entidad Aseguradora en el momento de la transformación.

15 ¿Cuándo puede producirse la nulidad del seguro y que consecuencias tiene el incumplimiento de las obligaciones del Tomador y del Asegurado?

15.1. Nulidad del contrato

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

15.2. Pérdida del derecho a la prestación

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

en cualquier otra declaración escrita.

Los Beneficiarios perderán el derecho a la indemnización:

- Cuando el Tomador y, en su caso, el Asegurado incurran, al cumplimentar los correspondientes cuestionarios sobre la valoración del riesgo, en ocultación dolosa o con culpa grave.
- Cuando, durante la vigencia del seguro, el Tomador o el Asegurado no comuniquen la agravación del riesgo, si han actuado con mala fe.
- Si la primera prima no ha sido pagada por el Tomador antes de que se produzca el siniestro.
- Si el Tomador o el Asegurado no facilitan a la Entidad Aseguradora la información necesaria, a juicio de esta última, sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro, en el supuesto de que hubiese ocurrido dolo o culpa grave.
- Cuando el Asegurado o el Tomador incumplan el deber de aminorar las consecuencias del siniestro con la intención de perjudicar o engañar a la Entidad Aseguradora.
- Cuando el siniestro haya sido causado intencionadamente o por mala fe del Asegurado.

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

- Si ocurre un siniestro antes de que le sea comunicada la agravación del riesgo a la Entidad Aseguradora o ésta tiene conocimiento de la reserva o inexactitud de las respuestas del Tomador o del Asegurado en los Cuestionarios previos a la formalización del seguro o en cualquier otra declaración escrita, la Entidad Aseguradora pagará la cantidad que habría podido ser asegurada con la prima satisfecha al aplicar la prima que le hubiera correspondido, de acuerdo con la verdadera situación del riesgo.
- El incumplimiento del deber de aminorar las consecuencias del siniestro dará derecho a reducir la prestación en la proporción oportuna, teniendo en cuenta la importancia de los daños derivados del siniestro y el grado de culpa del Asegurado o del Tomador.
- El retraso o falta de declaración del siniestro faculta a la Entidad Aseguradora para reclamar los daños y perjuicios causados, salvo que ésta hubiese tenido conocimiento del siniestro por otros medios.

16. ¿Dónde deben ser enviadas las comunicaciones recíprocas?

Las comunicaciones dirigidas a la Entidad Aseguradora por parte del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario, deben ser dirigidas por escrito al domicilio social de la Entidad Aseguradora, o en su caso, a través del Agente de ésta. Las comunicaciones remitidas a los Agentes, Corredores de Seguros o a cualquier otra persona a la atención de la Entidad Aseguradora no se considerarán notificadas hasta que sean recibidas en el domicilio de ésta.

Las comunicaciones efectuadas a la Entidad Aseguradora por un Corredor de Seguros, en nombre del Tomador, surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio Tomador, salvo indicación contraria de éste.

Las comunicaciones de la Entidad Aseguradora al Tomador, al Asegurado o al Beneficiario,

se realizarán al último domicilio comunicado a la Entidad Aseguradora.

17. ¿Quién deberá pagar los impuestos?

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

18. Jurisdicción

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

19. Prescripción

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

20. Mecanismos de resolución de conflictos

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

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

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

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

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

- c. Ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (Ministerio de Economía), siempre que haya transcurrido el plazo mínimo de dos meses sin que se haya obtenido respuesta del SADC o que éste haya desestimado su petición.

d. Finalmente, los conflictos que puedan surgir entre el tomador de seguro, asegurado, beneficiario, terceros perjudicados o derechohabientes de cualesquiera de ellos, con la entidad aseguradora, se resolverán por los jueces y tribunales competentes.

Ponemos a su disposición un teléfono de información exclusiva sobre quejas y reclamaciones: 900 898 120, disponible de lunes a viernes, en el horario 8:30 a 20:00 horas.

21. Contratación a distancia

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

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

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

22. Protección de los datos personales

Responsable: AGRUPACIÓN AMCI DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.

Finalidades: suscripción y ejecución del contrato de seguro; envío de boletines electrónicos y de publicidad propia; realización de acciones de fidelización; y, en caso de haberlo consentido, envío de boletines electrónicos y de publicidad de empresas del Grupo Crèdit Mutuel-CIC (consultables en www.grupo-acm.es) y de terceras empresas de los sectores informados en la información complementaria de Protección de Datos, y comunicación sus datos personales a Reial Automòbil Club de Catalunya (RACC) con fines comerciales.

Legitimación: ejecución del contrato de seguro; cumplimiento de obligaciones legales; consentimiento expreso; interés legítimo.

Destinatarios: entidades coaseguradoras y reaseguradoras; prestadores de servicio que actúan como encargados del tratamiento de datos; empresas del Grupo Crèdit Mutuel-CIC; organismos públicos y autoridades competentes en general; entidades aseguradoras u organismos públicos o privados relacionados con el sector asegurador; y, en su caso, Reial Automobil Club de Catalunya (RACC).

Plazo de conservación: durante toda la vigencia de la póliza de seguro y, al vencimiento de la misma, durante los plazos de prescripción de las obligaciones legales exigibles a la entidad aseguradora conforme a la normativa vigente en cada momento.

Derechos: acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad y limitación.

El interesado podrá ejercer los derechos, así como revocar en cualquier momento el consentimiento prestado, mediante escrito dirigido a la Entidad Aseguradora, junto con

un documento oficial que le identifique, por correo postal a Carretera de Rubí, 72-74 Edificio Horizont 08174 de Sant Cugat del Vallès (Barcelona) o bien a la dirección de correo electrónico lopd@gacm.es.

Información adicional: puede consultar el resto de información complementaria sobre Protección de Datos en la Política de Protección de Datos Personales del grupo GACME publicada en la página web www.grupo-acm.es.

23. Cláusula de indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios

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

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

- a. Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por la póliza de seguro contratada con la Entidad Aseguradora.
- b. Que, aun estando amparado por dicha póliza de seguro, las obligaciones de la Entidad Aseguradora no pudieron ser cumplidas por haber sido declarada judicialmente en concurso o por estar sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros.

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

I. Resumen de las normas legales

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

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

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

2. Riesgos excluidos

- a. Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
- b. Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.
- c. Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- d. Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 12/2011, de 27 de mayo, sobre responsabilidad civil por daños nucleares o producidos por materiales radiactivos.
- e. Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el apartado 1.a) anterior y, en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.
- f. Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios de los señalados en el apartado 1.b) anterior.
- g. Los causados por mala fe del asegurado.
- h. Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.
- i. Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de «catástrofe o calamidad nacional».

3. Extensión de la cobertura

- La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y las mismas sumas aseguradas que se hayan establecido en las pólizas de seguro a efectos de la cobertura de los riesgos ordinarios.
- En las pólizas de seguro de vida que de acuerdo con lo previsto en el contrato,

y de conformidad con la normativa reguladora de los seguros privados, generen provisión matemática, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que la Entidad Aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la provisión matemática será satisfecho por la mencionada Entidad Aseguradora.

II. Comunicación de daños al Consorcio de Compensación de Seguros

- a. La solicitud de indemnización de daños cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros, se efectuará mediante comunicación al mismo por el tomador del seguro, el asegurado o el beneficiario de la póliza, o por quien actúe por cuenta y nombre de los anteriores, o por la Entidad Aseguradora o el mediador de seguros con cuya intervención se hubiera gestionado el seguro.
- b. La comunicación de los daños y la obtención de cualquier información relativa al procedimiento y al estado de tramitación de los siniestros podrá realizarse:
 - Mediante llamada al Centro de Atención Telefónica del Consorcio de Compensación de Seguros (900 222 665 ó 952 367 042).
 - A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (www.conorseguros.es).
- c. Valoración de los daños: la valoración de los daños que resulten indemnizables con arreglo a la legislación de seguros y al contenido de la póliza de seguro se realizará por el Consorcio de Compensación de Seguros, sin que éste quede vinculado por las valoraciones que, en su caso, hubiese realizado la Entidad Aseguradora que cubriese los riesgos ordinarios.
- d. Abono de la indemnización: el Consorcio de Compensación de Seguros realizará el pago de la indemnización al beneficiario del seguro mediante transferencia bancaria.

APÉNDICE COMPLEMENTARIO AL SEGURO DE ACCIDENTES - SEGURO DE ASISTENCIA EN VIAJE - CONDICIONES PARTICULARES

1. Disposiciones previas

1.1 Asegurados

Para las coberturas de esta garantía complementaria ostenta la condición de asegurado el asegurado de la póliza que figura como tal en las condiciones particulares de la póliza.

1.2 Ámbito territorial

Esta garantía complementaria tiene validez en el mundo entero y en España a partir de 30 km. del domicilio habitual del asegurado, excepto para las coberturas 2.10 y 2.11 que únicamente serán válidas a partir del límite provincial de su residencia habitual y de las coberturas 2.5 (segundo párrafo), 2.6, 2.7, 2.8, 2.9, 2.13 y 2.14, cuyas coberturas sólo serán válidas en el extranjero.

Esta garantía complementaria no tiene validez para las personas no residentes en España.

1.3 Condiciones de asegurabilidad

Para poder beneficiarse de las prestaciones garantizadas, el asegurado debe tener su

domicilio en España, residir habitualmente en él y su tiempo de permanencia fuera de dicha residencia habitual no exceder de los 90 días por viaje o desplazamiento.

2. Descripción de coberturas de la garantía

2.1 Transporte o repatriación sanitaria de heridos y enfermos

En caso de sufrir el asegurado una enfermedad o un accidente, la entidad aseguradora se hará cargo:

a. De los gastos de transporte en ambulancia hasta la clínica u hospital más próximo.

Este traslado se realizará, de conformidad con el criterio de los Servicios Médicos de la entidad aseguradora, que determinará también conjuntamente con el médico que atienda al asegurado herido o enfermo, el medio más idóneo para su eventual traslado hasta otro centro hospitalario más adecuado o hasta su domicilio.

b. De los gastos de traslado por el medio de transporte más adecuado, del herido o enfermo, hasta el centro hospitalario prescrito o a su domicilio habitual. Si el asegurado fuera ingresado en un centro hospitalario no cercano a su domicilio, la entidad aseguradora se hará cargo, en su momento, del subsiguiente traslado hasta el mismo.

El medio de transporte utilizado en Europa y países de la ribera del Mediterráneo, cuando la urgencia y la gravedad del caso lo requieran, será el avión sanitario especial.

En otro caso, o en el resto del mundo, se efectuará por avión de línea regular o por los medios más rápidos y adecuados, según las circunstancias.

2.2 Transporte o repatriación de los asegurados

Cuando a uno o más de los asegurados se les haya trasladado o repatriado por enfermedad o accidente en aplicación de la cobertura 2.1 anterior, y esta circunstancia impida al resto de los familiares, también asegurados, que le acompañen en el regreso hasta su domicilio por los medios inicialmente previstos, la entidad aseguradora se hará cargo de los gastos correspondientes al transporte de dichos asegurados hasta su domicilio o hasta el lugar donde esté hospitalizado el asegurado trasladado o repatriado.

Si los asegurados de los que se trata en el párrafo anterior fueran hijos menores de 15 años del asegurado repatriado y no contaran con un familiar o persona de confianza para acompañarles en el viaje, la entidad aseguradora pondrá a su disposición una persona para que viaje con ellos hasta el lugar de su domicilio o hasta donde se encuentre hospitalizado el asegurado.

2.3 Regreso anticipado del asegurado a causa de fallecimiento de un familiar

Si en el transcurso de un viaje falleciera en España o Andorra el cónyuge, ascendiente o descendiente en primer grado, hermano o hermana del asegurado y en el caso de que el medio utilizado para su viaje o el billete contratado de regreso no le permitiera anticipar el mismo, la entidad aseguradora se hará cargo de los gastos de su transporte hasta el lugar de inhumación del familiar en España o Andorra y, eventualmente, de los gastos de regreso al lugar donde se encontraba al producirse el evento, si por motivos profesionales o personales precisara proseguir su viaje.

2.4 Regreso anticipado del asegurado a causa de incendio o siniestro en su domicilio

Si durante el transcurso de un viaje, estando el asegurado fuera de su domicilio habitual se produjera en éste un siniestro de tal gravedad que lo convirtiera en inhabitable, la entidad aseguradora pondrá a disposición del asegurado un billete de tren o de avión para regresar a su domicilio. También y en el caso de que el asegurado precisara regresar al punto de partida, la entidad aseguradora pondrá a su disposición un billete de las mismas características (avión o tren) para tal efecto.

2.5 Billete de ida y vuelta para un familiar y gastos de hotel

Cuando el asegurado se encuentre hospitalizado y su internamiento se prevea de duración superior a los 5 días, la entidad aseguradora pondrá a disposición de un familiar del mismo, un billete de ida y vuelta a fin de acudir a su lado.

Si dicha hospitalización es en el extranjero, la entidad aseguradora se hará cargo de los gastos de estancia del familiar en un hotel, contra los justificantes oportunos, hasta 50 euros por día y con un máximo de 500 euros.

2.6 Gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y de hospitalización en el extranjero

Si a consecuencia de una enfermedad o de un accidente el asegurado necesita asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica u hospitalaria, la entidad aseguradora se hará cargo de:

- a. Los gastos y honorarios médicos y quirúrgicos
- b. Los gastos farmacéuticos prescritos por un médico
- c. Los gastos de hospitalización.

La cantidad máxima cubierta por asegurado, por el conjunto de los citados gastos es de 12.000 euros.

2.7 Gastos odontológicos de urgencia en el extranjero

Si el asegurado necesita asistencia a consecuencia de la aparición de problemas odontológicos agudos como infecciones, dolores o traumas que requieran un tratamiento de urgencia, la entidad aseguradora se hará cargo de los gastos inherentes al citado tratamiento, hasta un máximo de 150 euros.

2.8 Envío de medicamentos al extranjero

Si el asegurado desplazado hubiera hecho uso de la cobertura 2.6 anterior (gastos médicos), la entidad aseguradora se encargará del envío de los medicamentos necesarios para la curación del asegurado, prescritos por un facultativo, y que no pueden encontrarse en el lugar donde éste se encuentre.

Especificándose que esta cobertura se limita al coste del envío de los medicamentos, manteniéndose que la cantidad máxima cubierta por asegurado, por el conjunto de la garantía 2.6, será de 12.000 euros, por cada siniestro.

2.9 Gastos de prolongación de estancia en un hotel en el extranjero

Cuando sea de aplicación la garantía 2.6 anterior de pago de gastos médicos, la entidad aseguradora se hará cargo de los gastos de prolongación de estancia del asegurado en un hotel, después de la hospitalización y bajo prescripción médica, hasta un importe de 50 euros por día y con un máximo de 500 euros.

2.10 Transporte o repatriación de fallecidos y de los asegurados acompañantes

La entidad aseguradora se hará cargo de todos los gastos y todas las formalidades a efectuar en el lugar del fallecimiento del asegurado, así como de su transporte o repatriación hasta el lugar de su inhumación en España o en Andorra o en cualquier otro país de residencia habitual del asegurado.

En el caso de que los familiares asegurados que le acompañaran en el momento de la defunción no pudieran regresar por los medios inicialmente previstos o por no permitírsele su billete de regreso contratado, la entidad aseguradora se hará cargo del transporte de los mismos hasta el lugar de la inhumación o de su domicilio en España o en Andorra o su residencia habitual.

Si los familiares fueran los hijos menores de 15 años del asegurado fallecido y no contaran con un familiar o persona de confianza para acompañarles en el viaje, la entidad aseguradora pondrá a su disposición una persona para que viaje con ellos hasta el lugar de la inhumación o de su domicilio en España o en Andorra o su residencia habitual.

2.11 Acompañante en caso de traslado por fallecimiento

Los familiares del asegurado fallecido tendrán derecho a un billete de avión (ida y vuelta) o del medio de transporte idóneo, para que la persona que ellos designen pueda viajar hasta el lugar donde haya ocurrido el fallecimiento y regresar acompañando el cadáver.

2.12 Búsqueda y transporte de equipajes y efectos personales

En caso de robo de equipajes y efectos personales, la entidad aseguradora prestará asesoramiento al asegurado para la denuncia de los hechos. Tanto en este caso como en el de pérdida o de extravío de dichas pertenencias, si éstas fueran recuperadas, la entidad aseguradora se encargará de su expedición hasta el lugar donde se encuentre el asegurado de viaje o hasta su domicilio.

2.13 Defensa jurídica automovilística en el extranjero

Defensa del asegurado conductor del vehículo, ante las jurisdicciones civiles o penales, de las acciones que contra él se dirijan a consecuencia de un accidente de circulación y hasta una cantidad máxima de 1.500 euros.

2.14 Prestación y/o adelanto de fianzas penales en el extranjero

Exigidas al asegurado, conductor del vehículo, para garantizar las costas procesales en un procedimiento criminal a consecuencia de un accidente de circulación. **La suma máxima para este concepto es la señalada para la anterior garantía, o sea, 1.500 euros.**

Se incluye, en concepto de adelanto por cuenta del asegurado, la fianza penal para garantizar la libertad provisional del asegurado, o su asistencia personal al juicio.

En este caso, el asegurado deberá firmar un escrito de reconocimiento de deuda, comprometiéndose a la devolución de su importe dentro de los dos meses siguientes a su regreso al domicilio o, en todo caso, en los tres meses de efectuada su petición. **La suma máxima adelantada por este concepto es la de 5.000 euros.**

La entidad aseguradora se reserva el derecho a solicitar del asegurado algún tipo de aval, garantía o depósito que le asegure el cobro del anticipo.

2.15 Informaciones de viaje

La entidad aseguradora facilitará, a petición del asegurado, información referente a:

- a. Vacunación y petición de visados para países extranjeros así como aquellos requisitos que están especificados en la publicación más reciente del T.I.M. (Travel Information Manual) manual de información sobre viajes, publicación conjunta de catorce miembros de líneas aéreas de I.A.T.A. La entidad aseguradora no se responsabiliza de la exactitud de la información contenida en el T.I.M. ni de las variaciones que puedan realizarse en la citada publicación.
- b. Direcciones y números de teléfono de las embajadas españolas y consulados de todo el mundo, donde los hubiere.

2.16 Transmisión de mensajes

La entidad aseguradora se encargará de transmitir los mensajes urgentes que le encarguen los asegurados, derivados de los eventos cubiertos por la presente garantía.

3. Riesgos no cubiertos y delimitación de la cobertura

No son objeto de la cobertura de esta garantía de asistencia en viaje las situaciones siguientes:

- Las garantías y prestaciones que no hayan sido solicitadas a la entidad aseguradora y que no hayan sido efectuadas por o con su acuerdo, salvo en casos de fuerza mayor o de imposibilidad material demostradas.
- Los gastos médicos, quirúrgicos y de hospitalización en España o Andorra, o en cualquier otro país de residencia habitual del asegurado.
- Aquellas enfermedades o lesiones que se produzcan como consecuencia de padecimientos crónicos o previos al inicio del viaje, así como sus complicaciones y recaídas.
- La muerte por suicidio o las enfermedades y lesiones resultantes del intento o causados intencionadamente por el asegurado a sí mismo.
- Las derivadas directa o indirectamente de acciones criminales del asegurado.
- El tratamiento de enfermedades o estados patológicos provocados por intencional ingestión de alcohol, drogas o sustancias estupefacientes ilegales y medicamentos sin prescripción médica.
- Los gastos de prótesis, gafas y lentillas, los partos y embarazos, excepto complicaciones imprevisibles durante sus primeros seis meses, y cualquier tipo de enfermedad mental.
- Los eventos ocasionados en la práctica de deportes en competición y el rescate de personas en mar, montaña o desierto.
- Las lesiones sobrevenidas en el ejercicio de una profesión de carácter manual.
- Cualquier tipo de gasto médico o farmacéutico inferior a 9 euros.
- En el traslado o repatriación de fallecidos: los gastos de inhumación y de ceremonia.

En ninguna circunstancia el asegurado puede pretender el reembolso de los gastos efectuados directamente por él mismo sin previa autorización de la entidad aseguradora, salvo en los casos médicos de urgencia vital y el traslado al centro médico más próximo, siempre que comunique el siniestro dentro de las cuarenta y ocho horas siguientes.

4. Forma de prestar los servicios

En las comunicaciones telefónicas solicitando la asistencia de las coberturas indicadas para esta garantía complementaria, se debe indicar: nombre del asegurado, número de póliza, el lugar donde se encuentra, número de teléfono y tipo de asistencia que precisa.

No se responde de los retrasos o incumplimientos debidos a causas de fuerza mayor o a las especiales características administrativas o políticas de un país determinado. En todo caso, si no fuera posible una intervención directa, el asegurado será reembolsado a su regreso a España, o en caso de necesidad, en cuanto se encuentre en un país donde no concurren las anteriores circunstancias, de los gastos en que hubieran incurrido y se hallen garantizados, mediante la presentación de los correspondientes justificantes, dentro de los límites establecidos en estas condiciones generales.

Las prestaciones de carácter médico y de transporte sanitario deben efectuarse previo acuerdo del médico del centro hospitalario que atiende al asegurado con el Equipo Médico de la entidad aseguradora.

Para la prestación por la entidad aseguradora de los servicios inherentes a las anteriores coberturas de esta garantía complementaria, es indispensable que el asegurado solicite su intervención desde el momento del suceso al siguiente teléfono (puede hacerlo a cobro revertido), según el país donde se encuentre.

TELÉFONO DE ASISTENCIA EN VIAJE
Desde España: 93 482 66 00
Desde el extranjero: + 34 93 482 66 00
24 HORAS / 365 DÍAS

5. Derechos de la Entidad Aseguradora

Si el Asegurado tuviera derecho a reembolso por la parte del billete no consumido, al hacer uso de la garantía de transporte o repatriación, dicho reembolso revertirá a la Entidad Aseguradora.

Las indemnizaciones fijadas en las coberturas de esta garantía complementaria serán en todo caso complemento de los contratos que pudiera tener cubriendo los mismos riesgos, de las prestaciones de la Seguridad Social o de cualquier otro régimen de previsión social.

6. Subrogación

La Entidad Aseguradora queda subrogada en todos los derechos y acciones que puedan corresponder a las personas aseguradas contra cualquier tercero responsable hasta el límite del costo a su cargo en el respectivo siniestro.



www.agrupacio.es



93 482 66 94

Seguro distribuido por RACC MEDIAGENT, S.A.U., Agencia de Seguros Exclusiva de AMGEN SEGUROS GENERALES, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. Sociedad Unipersonal. AMGEN tiene su domicilio social en Carretera de Rubí, 72-74. Edificio Horizon - 08174 Sant Cugat del Vallès (Barcelona) - C.I.F. A59575365 Inscrita en el Registro Mercantil de Barcelona, Folio 4, Tomo 20.701, Hoja B-11.217, Inscripción 1ª con clave de registro en la DGSyFP C-708.

Entidad aseguradora: Agrupación AMCI de Seguros y Reaseguros, S.A., con domicilio social en Sant Cugat del Vallès (08174), Edificio Horizon, Ctra. de Rubí, 72-74, NIF A65782807, inscrita en el RM Barcelona T- 43402, F-171, H-B 423520, I-10ª, y en el Registro Administrativo de Entidades Aseguradoras con la clave C790.

Entidades que pertenecen al Grupo internacional Assurances du Crédit Mutuel, un gran grupo asegurador comprometido con las personas.