

S E G U R O
Hospitalización

FAMILIAR



**BNP PARIBAS
CARDIF**

| Seguros para un mundo en evolución

CONDICIONES GENERALES



BNP PARIBAS CARDIF

Aseguradora

CARDIF ASSURANCES RISQUES DIVERS, Sucursal en España, con domicilio en Madrid, C/ Ribera del Loira, 28-4ª planta. Inscrita en el registro Mercantil de Madrid, al Tomo General 12.199, de la sección B del Libro de Sociedades, Folio 78, Hoja Número M-192927, Inscripción 1ª, y provista de C.I.F. número W0012420-F. Se halla inscrita en el Registro de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones con la clave E-130. CARDIF asume la cobertura de los riesgos objeto de este contrato y garantiza el pago de las indemnizaciones que correspondan con arreglo a las condiciones del mismo.

L'Autorité de Contrôle Prudentiel es el órgano de control francés por el que se rige CARDIF ASSURANCES RISQUES DIVERS, siendo 1, Boulevard Haussman 75009 PARIS CEDEX el domicilio en Francia de su sede.

Mediador

BANCO CETELEM,S.A OPERADOR DE BANCA-SEGUROS VINCULADO, con CIF A78650348, inscrito en el Registro Especial de DGSP Y FP con número OV-0046, y con domicilio en Calle Retama 3, 28045 Madrid.

Definiciones	3
Franquicia	6
Carencia	6
Duración	6
Actuación en caso de siniestro y solicitud de servicio	8
Exclusiones	8
Pago de la prima	8
Comunicaciones y jurisdicción	8
Prescripción	9
Instancias de reclamación	9
Protección de datos personales	9
Obligaciones del tomador/asegurado	10
Cláusula de indemnización por el consorcio de compensación de seguros de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios en el seguro de personas	10
I. Resumen de las Normas Legales	12
II. Procedimiento de actuación en caso de siniestro indemnizable por el consorcio de compensación de seguros	14



Definiciones

- **Tomador del Seguro:** La persona física mayor de edad que suscribe la póliza con el Asegurador, y que asume los derechos y obligaciones derivados de la póliza, salvo aquellos que, por su naturaleza o pacto expreso, correspondan al Asegurado y/o Beneficiario/s que responda a las condiciones de admisión al seguro.
- **Asegurado:** El Asegurado es la persona física residente en España menor de 65 años y que haya aceptado telefónicamente la suscripción del seguro. Tendrán la condición de asegurado en pólizas de más de una persona además del tomador, su cónyuge e hijos en función de la modalidad de póliza contratada.
- **Accidente:** La lesión corporal que se deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado procedente de una acción inesperada con exclusión de una enfermedad aguda o crónica. No se consideran accidentes, el suicidio, las tentativas de suicidio y sus consecuencias; las enfermedades, así como las intervenciones quirúrgicas y sus consecuencias directas o indirectas, así como la apoplejía, el infarto de miocardio, la ruptura de aneurisma, la epilepsia y otros ataques similares, y la hemorragia cerebral.
- **Hospitalización por accidente o por enfermedad:** Se considera como tal, el internamiento del asegurado en un Hospital o Clínica reconocida por el Ministerio de Salud, ya sea por enfermedad o accidente. A estos efectos, se considerará internamiento el ingreso del asegurado en el Hospital o Clínica durante más de 24 horas continuadas para recibir tratamiento de la enfermedad o posibles lesiones producidas por el accidente que cause su ingreso.

Para hospitalización por enfermedad se establece un periodo de carencia inicial de 30 días desde la fecha de efecto del seguro lo que significa, que el asegurado deberá haber contratado el seguro como mínimo un mes antes de la ocurrencia del siniestro.

→ **Hospitalización por Accidente de circulación:** Se considera como tal, la hospitalización por accidente de circulación entendido como el sufrido por el Asegurado como peatón, causando el accidente un vehículo terrestre de motor, bicicleta o vehículo de tracción animal, el sufrido por el Asegurado como conductor o como pasajero de vehículos terrestres de motor, bicicletas o vehículos de tracción animal, el sufrido por el Asegurado como usuario de transportes públicos terrestres, marítimos o aéreos.

→ **Indemnización complementaria a la hospitalización en concepto de convalecencia:** En el caso de que el Asegurado haya percibido indemnización por un siniestro de Hospitalización por este seguro, percibirá, de forma complementaria, las siguientes cantidades dependiendo de la duración total de la hospitalización con cobertura:

- Si la Hospitalización cubierta no supera los 15 días, el asegurado tendrá derecho a 15 días de indemnización en concepto de convalecencia.
- Si la Hospitalización cubierta es superior a los 15 días, el asegurado tendrá derecho a 30 días de indemnización en concepto de convalecencia.

→ **Best Doctors:** Es el prestador del servicio de segunda opinión médica. BEST DOCTORS ESPAÑA S.A. UNIPERSONAL, es una sociedad de nacionalidad española, con domicilio social en la calle Almagro 36, 28010 Madrid, inscrita en el Registro Mercantil de Madrid al tomo 1973, folio 13, hoja M-346842 inscripción y titular del C.I.F. A83870212.

→ **Cónyuge:** Tendrá la consideración de cónyuge a los efectos de la cobertura en esta póliza, la persona que a fecha de ocurrencia del siniestro declarado, esté inscrito como cónyuge o como pareja de hecho del Tomador en los registros públicos correspondientes. En ambos casos, será imprescindible para la tramitación de cualquier siniestro la acreditación de cualquiera de las dos situaciones anteriores para su consideración como asegurado. En el supuesto caso de que a fecha de ocurrencia del siniestro, el Tomador no tenga cónyuge ni pareja de hecho, podrá tener una consideración equivalente, a efectos de cobertura de esta póliza, su pareja en ese momento. Su pareja deberá acreditar una cualquiera de estas dos circunstancias en el momento de ocurrencia del siniestro:

1.- Ser cotitular de una hipoteca sobre la vivienda domicilio habitual del Tomador.

2.- Estar empadronado en el mismo domicilio habitual del Tomador.

Así mismo, el cónyuge deberá ser residente en España, mayor de edad y menor de 65 años.

→ **Hijos Asegurados:** En el caso de la opción de pólizas que incluyen hijos asegurados, solo tendrán consideración de asegurados, los hijos del Tomador que hayan sido legalmente reconocidos con anterioridad a la fecha de ocurrencia del siniestro declarado. Estarán asegurados hasta un máximo de cuatro hijos.

Servicio de segunda opinión médica (INTERCONSULTA™):

Es un servicio de consultas médicas internacionales que, derivada de las garantías de la póliza, facilita a sus Usuarios el acceso a una Segunda Opinión Médica (denominada InterConsulta) de especialistas de reconocido prestigio en su patología en concreto. Best Doctors® asignará un médico responsable a cada caso, que ayudará al usuario a recopilar la documentación médica necesaria para prestar el Servicio (incluyendo informes y pruebas complementarias), le apoyará durante el proceso, le mantendrá puntualmente informado sobre el estado de su caso y finalmente le entregará y explicará el Informe de InterConsulta.

Para ello Best Doctors:

1. Asignará un médico responsable del caso a cada usuario en su lugar de origen para una tutela continua al usuario en el procedimiento de segunda opinión médica de Best Doctors.
2. Identificará la información médica y las pruebas complementarias necesarias para responder la InterConsulta y asistir al usuario en el proceso de solicitud y recopilación de las mismas.
3. Analizará la información médica aportada y coordinará la revisión de las pruebas complementarias (muestras de biopsia, pruebas radiológicas, etc.) por especialistas de prestigio en cada patología en concreto. Solicitar información o pruebas complementarias adicionales, si fuera necesario, para completar la información recibida.
4. Realizará un resumen con los resultados del análisis y revisión de las pruebas, identificará en la base de datos de Best Doctors el especialista más adecuado para revisar el caso y enviarle la documentación solicitándole que responda las preguntas formuladas para hacer una segunda opinión experta y brinde sus recomendaciones sobre el caso.
5. Informará puntualmente al usuario de los avances que se vayan produciendo en la tramitación de su caso y atención al usuario constante en todo el proceso e incluso posteriormente atendiendo todas las inquietudes y dudas al mismo.
6. Traducirá las respuestas recibidas de los especialistas, por personal traductor y médico especializado. En aquellos casos complejos, o en los que se ha producido un cambio de diagnóstico y/o de las recomendaciones terapéuticas, el equipo médico de Best Doctors elaborará un documento explicativo de los hallazgos y las conclusiones.
7. Entregará, explicará y comentará el informe de InterConsulta con el usuario. El informe de InterConsulta, incluirá la respuesta de los especialistas, la traducción, el informe de anatomía patológica si procede y unas anotaciones del especialista que haya revisado el caso.
8. Ofrecerá posterior asistencia y seguimiento del caso, hasta su completa resolución.

Este servicio cubre exclusivamente la segunda opinión del especialista al que se consulta, nunca la asistencia por parte del mismo ya que ésta no queda cubierta en ningún caso.

Franquicia

Para las coberturas de Hospitalización por accidente y Hospitalización por accidente de circulación, se establece una franquicia de 48 horas de carácter retroactivo, de forma que para que el Asegurado tenga derecho al abono de la indemnización, deberá permanecer al menos 48 horas hospitalizado.

Una vez transcurridos las 48 horas, la Aseguradora abonará con carácter retroactivo la indemnización que corresponda a dicho periodo de tiempo.

Si la Hospitalización es inferior a 48 horas, CARDIF no abonará cantidad alguna.

Carencia

Para hospitalización por enfermedad se establece un periodo de carencia inicial de 30 días desde la fecha de efecto del seguro lo que significa, que el asegurado deberá haber contratado el seguro como mínimo un mes antes de la ocurrencia del siniestro.

No existirá plazo de carencia entre siniestros.

Duración

El Seguro comenzará a partir de la fecha de efecto señalada en las condiciones particulares del seguro. No obstante la validez de la Póliza quedará condicionada al abono de la prima por parte del Asegurado.

El seguro tendrá una duración anual a contar desde la fecha de efecto del seguro, una vez transcurrido este periodo, se prorrogará de forma automática por periodos iguales hasta que se produzca algunas de las siguientes causas (se utilizará la que ocurra primero por orden cronológico):

- a. En caso de impago de la prima.
- b. El último día del mes en que el Asegurado cumpla 70 años.

Actuación en caso de siniestro y solicitud de servicio

En caso de siniestro el asegurado podrá dirigirse bien al teléfono 902 052 533 o por escrito a la siguiente dirección: Calle Ribera del Loira, nº 28 4º planta, 28042 Madrid. El Asegurado deberá remitir la siguiente documentación en caso de siniestro:

Para Hospitalización:

- Certificado de ingreso en el establecimiento hospitalario emitido por el centro médico competente.

En caso de Accidente, además de la documentación anterior:

- Informe de primera asistencia.
- Copia del parte de accidente emitido por la empresa (en caso de Accidente Laboral).
- En su caso, copia completa de las Diligencias Judiciales (atestado...etc.).

Para la Segunda Opinión médica:

- Informes médicos relacionados con el origen y desarrollo de su hospitalización.

No obstante, la entidad aseguradora podrá solicitar información complementaria.

Exclusiones

Quedarán excluidas todas aquellas situaciones reflejadas en apartado exclusiones de las condiciones particulares de esta póliza.

Pago de la prima

Las primas son anuales y se abonarán según la forma elegida por el Tomador / Asegurado de forma anual o fraccionada por periodos mensuales, trimestrales o semestrales. En el caso de impago de la primera prima la entidad aseguradora podrá resolver el contrato de seguro. En este caso, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el asegurador quedará liberado de su obligación.

En el caso de impago de las primas periódicas siguientes, la cobertura quedará suspendida un mes después de su vencimiento.

No obstante, si el asegurado no abona la prima dentro de los seis meses siguientes a su vencimiento, el contrato se extinguirá sin necesidad de comunicación alguna, sin que proceda al abono del siniestro.

En cualquier caso, para que se proceda al abono de cualquier siniestro las primas devengadas desde la Fecha de Efecto del seguro a la Fecha de ocurrencia del siniestro deben estar debidamente abonadas. La prima anual se determinará en el momento de la contratación del contrato de seguro.

Comunicaciones y jurisdicción

Las comunicaciones de la Aseguradora al Tomador / Asegurado se realizarán en el domicilio del mismo recogido en la Póliza, salvo que hubiesen notificado el cambio de su domicilio a aquélla.

El Contrato de Seguro y sus modificaciones o adiciones deberán ser formalizados por escrito.

Será Juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del Contrato de Seguro el del domicilio del Asegurado.

Prescripción

Las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán a los cinco (5) años desde el día en que pudieron ejercitarse.

Ámbito del seguro

La garantía del presente seguro se extiende a todo el territorio nacional.

Instancias de reclamación

Cualquier reclamación derivada del Contrato de seguro podrá ser presentada ante el Servicio de Atención al Cliente de la Entidad Aseguradora. Deberán ser presentadas por escrito a la dirección C/Ribera del Loira, 28-4ªpl., 28042, Madrid o a través de la dirección de correo electrónico atencionalcliente2@cardif.com.

En caso de no obtener respuesta en el plazo de dos meses ó no ser satisfactoria, también podrán presentar reclamación ante la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (Paseo de la Castellana, 44, de Madrid, 28046) y a los Juzgados y Tribunales competentes.

Para la admisión y tramitación de la queja o reclamación ante la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, el Tomador / Asegurado, los beneficiarios o terceros afectados deberán acreditar haber acudido con anterioridad al Servicio de Atención al Cliente de la Aseguradora.

Protección de datos personales

Conforme a la Ley Orgánica 15/1999, le informamos de que los datos que aparecen en el presente documento, aquellos confirmados telefónicamente o que le pudieran ser requeridos para la tramitación de los siniestros, van a ser incorporados a un fichero responsabilidad de CARDIF ASSURANCES RISQUES DIVERS, Sucursal en España (en adelante CARDIF) con la finalidad de permitir todos los actos necesarios para el aseguramiento de los riesgos, la gestión administrativa de relaciones y los compromisos contractuales.

A través de la aceptación del presente contrato, el Asegurado otorga su consentimiento expreso para la recogida y el tratamiento de los datos personales, y los datos de salud por parte de CARDIF. Le informamos que la negativa a facilitar la información requerida facultará a la Aseguradora a no celebrar el contrato.

El Tomador/ Asegurado podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición previstos en la citada Ley 15/1999 por escrito, adjuntando fotocopia de su DNI, a la dirección de CARDIF (C/Ribera del Loira, 28 4ª pl. 28042 Madrid).



Obligaciones del tomador/asegurado

Cumplir los términos del presente contrato y aportar la información y documentos que el Asegurador le requiera para la correcta gestión del siniestro.

La contratación de la presente póliza se realizará mediante contratación a distancia. Se entiende por contratación a distancia la suscripción de la presente cobertura sin la presencia física de las partes contratantes, utilizando como medios para la misma la vía telefónica, el fax o a través de internet.

Antes de la celebración del contrato de seguro a distancia, la Aseguradora pondrá a disposición del tomador del seguro la información requerida al respecto por la Ley 22/2007, de 11 de julio, sobre Comercialización a Distancia así como la prevista en el artículo 60 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.

Cláusula de indemnización por el consorcio de compensación de seguros de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios en el seguro de personas

Al ser la Aseguradora una sucursal de una entidad francesa en España, no aplica la normativa española en materia de liquidación de entidades aseguradoras.

Cláusula:

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, y modificado por la Ley 12/2006, de 16 de mayo, 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, y que afecten a riesgos en ella situados, y también los acaecidos 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:

1. 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.
2. Que, aun estando amparado por dicha póliza de seguro, las obligaciones de la entidad aseguradora no pudieran ser cumplidas por haber sido declarada judicialmente en concurso o por estar sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros.

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

I. Resumen de las normas legales:

1. ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS CUBIERTOS

- 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 120 km/h, y los tornados) y caídas de meteoritos.
- Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
- Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

2. RIESGOS EXCLUIDOS

- Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro..
- 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.
- Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 25/1964, de 29 de abril, sobre energía nuclear.
- 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 éstos 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.

- 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 conforme al artículo 1 del Reglamento del Seguro de Riesgos Extraordinarios.
- Los causados por mala fe del asegurado.
- 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.
- 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 sumas aseguradas que se hayan establecido en la póliza a efectos 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 se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que, de conformidad con la normativa citada, la entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la citada provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

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, directamente o a través de la entidad aseguradora o del mediador de seguros, deberá comunicar, dentro del plazo 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.

La comunicación se formulará en el modelo establecido al efecto, que está disponible en la página «web» del Consorcio (www.conorseguros.es), o en las oficinas de éste o de la entidad aseguradora, al que deberá adjuntarse la documentación que, según la naturaleza de las lesiones, se requiera.

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.

LEGISLACIÓN APLICABLE:

La legislación aplicable es la española: Ley 50/1980, de 8 de octubre, del Contrato de Seguro, Real Decreto Legislativo 6/2004, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, y el Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, que regula el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, así como por cuantas normas sustituyan, desarrollen o complementen los mencionados preceptos.

RÉGIMEN FISCAL APLICABLE:

Según legislación vigente.

COMUNICACIONES:

Las comunicaciones del Asegurador al Tomador del seguro se realizarán en el domicilio de los mismos recogido en las Condiciones Particulares de la póliza, salvo que hubieran notificado por escrito al Asegurador el cambio de su domicilio.

**Atención al cliente Cardif
y gestiones de su póliza**



902 053 533

**Para solicitar el servicio
de segunda opinión médica**



902 676 394



**BNP PARIBAS
CARDIF**

| Seguros para un mundo en evolución