

STARBIEN

Condiciones Especiales

**SEGUROS COMPLEMENTARIOS DE
PRESTACIONES POR
FALLECIMIENTO ACCIDENTAL,
INCAPACIDAD PERMANENTE
ABSOLUTA, ENFERMEDADES
GRAVES Y DOBLE EFECTO**

ÍNDICE

CONDICIONES ESPECIALES	3
SEGUROS COMPLEMENTARIOS DE PRESTACIONES POR FALLECIMIENTO ACCIDENTAL, INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA, ENFERMEDADES GRAVES Y DOBLE EFECTO	3
ARTÍCULO 1º - OBJETO DEL SEGURO	3
ARTÍCULO 2º - DEFINICIONES	4
ARTÍCULO 3º - ALCANCE DE LAS COBERTURAS.....	7
ARTÍCULO 4º - EXCLUSIONES.....	9
ARTÍCULO 5º - DOCUMENTACION ACREDITATIVA EN CASO DE SINIESTRO Y PAGO DE LAS PRESTACIONES	11
ARTÍCULO 6º - PERIODO DE CARENCIA PARA LA COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES	12
ARTÍCULO 7º - DURACIÓN DE LAS COBERTURAS	13
ARTÍCULO 8º - PAGO DE LAS PRIMAS.....	13
ARTÍCULO 9º - RIESGOS EXTRAORDINARIOS.....	13

CONDICIONES ESPECIALES

SEGUROS COMPLEMENTARIOS DE PRESTACIONES POR FALLECIMIENTO ACCIDENTAL, INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA, ENFERMEDADES GRAVES Y DOBLE EFECTO

ARTÍCULO 1º - OBJETO DEL SEGURO

1. Garantías

Las garantías establecidas por estos seguros constituyen prestaciones aseguradas de carácter complementario, cuya vigencia estará condicionada a la vigencia del seguro principal de fallecimiento. Por lo tanto, la cancelación del seguro principal supone la finalización de las garantías complementarias.

2. Fallecimiento accidental

El Asegurador garantiza el pago de las prestaciones aseguradas contratadas y que se indican en las Condiciones Particulares, si ello ocurre durante la vigencia del seguro, en caso de fallecimiento accidental del Asegurado/a.

3. Incapacidad permanente absoluta

El Asegurador garantiza el pago de las prestaciones aseguradas contratadas y que se indican en las Condiciones Particulares, si ello ocurre durante la vigencia del seguro, en caso de incapacidad permanente absoluta del Asegurado/a.

4. Enfermedades graves

Dentro de los límites y condiciones estipuladas en la póliza, a través de esta cobertura el Asegurador procederá al pago del capital establecido para esta garantía en las Condiciones Particulares del seguro, en el supuesto de que al Asegurado/a se le diagnostique, por primera vez, una enfermedad grave de las contenidas en el Artículo 2º, siempre que la póliza se encuentre en vigor en el momento de producirse el diagnóstico.

4.1. Segunda opinión médica

Por esta garantía, en el supuesto de que el Asegurado/a hubiese sido diagnosticado clínicamente por un médico especialista, o institución médica autorizada, de padecer alguna de las enfermedades definidas en el Artículo 2º, el Asegurado/a podrá solicitar del Asegurador un informe de segundo diagnóstico que confirme o no las conclusiones del primero, incluyendo, si proceden, las orientaciones y/o recomendaciones de carácter médico y psicológico que se consideren más adecuadas para el mejor tratamiento de la enfermedad diagnosticada.

Cuando, a juicio de el Asegurador, se considere que la información técnica o el asesoramiento científico a su disposición no fueran suficientes para establecer un segundo diagnóstico concluyente y asumible con plena responsabilidad, se podrá decidir, en su lugar, el pago al Asegurado/a de 300 € como prestación única sustitutiva, para que éste pueda obtener un segundo diagnóstico del especialista o entidad médica que considere oportunos.

4.2. Rehabilitación cardiaca

Si el Asegurado/a se ve afectado por un infarto de miocardio, intervención quirúrgica para enfermedades de las arterias coronarias o trasplante de corazón, que se ajuste a las definiciones previstas en el Artículo 2º de estas Condiciones Especiales, y en base a ello tuviera derecho a la prestación prevista por la garantía de enfermedades graves, también tendrá derecho a una prestación complementaria de servicios de rehabilitación cardiaca a cargo de el Asegurador, realizada a través de sus propios servicios médicos u otros con los que mantenga acuerdos para la realización de tal prestación.

5. Doble efecto

Si el cónyuge del Asegurado/a, no separado legalmente, fallece simultáneamente o con posterioridad al Asegurado/a pero en un plazo máximo de 12 meses, el Asegurador pagará el capital asegurado por esta garantía complementaria.

ARTÍCULO 2º - DEFINICIONES

A los efectos de este contrato se entiende por:

1. FALLECIMIENTO ACCIDENTAL: El que se produce por lesión corporal derivada de una causa violenta súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado/a.

Se considera que un fallecimiento accidental es de circulación cuando sobreviene al Asegurado/a en su calidad de:

- o Peatón en vía pública, causado por un vehículo.
- o Conductor no profesional o pasajero de un vehículo terrestre.

2. INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA: La situación física irreversible provocada por accidente o enfermedad, originados independientemente de la voluntad del Asegurado/a, determinante de su total ineptitud para el mantenimiento permanente de cualquier relación laboral o actividad profesional.

La incapacidad anteriormente definida es accidental cuando deriva directamente de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado/a.

Se considera que una incapacidad permanente absoluta es a consecuencia de accidente de circulación cuando sobreviene al Asegurado/a en su calidad de:

- o Peatón en vía pública, causado por un vehículo.
- o Conductor no profesional o pasajero de un vehículo terrestre.

A los efectos de lo previsto en este Artículo, se entenderá que un Asegurado/a se encuentra afecto de una incapacidad permanente en grado de absoluta cuando así sea declarado por el organismo competente de la Seguridad Social o por sentencia firme de los tribunales de justicia.

Exclusivamente en aquel supuesto en que el Asegurado/a no se encontrase afiliado a la Seguridad Social, éste y el Asegurador, una vez tengan toda la documentación, se obligan a solventar sus diferencias por medio de peritos, conforme a los Artículos 38º y 39º de la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro.

3. ENFERMEDAD GRAVE: Toda alteración del estado de la salud de causa común o accidental, confirmada por un médico legalmente reconocido y que coincida con alguna de las definidas a continuación, en los términos siguientes:

3.1. Cáncer:

La presencia de un tumor maligno caracterizado por alteraciones celulares morfológicas y cromosómicas, crecimiento y expansión incontrolada de estas células y la invasión del tejido. Este incluye leucemia (que no sea la leucemia crónica linfática).

El Diagnóstico Clínico debe ser fundamentado en la historia clínica y confirmado por un diagnóstico histopatológico de biopsia que certifique positivamente la presencia de un cáncer. Será requisito la presentación de un Informe Histopatológico por escrito para la confirmación del diagnóstico en todos los casos.

Un diagnóstico de cáncer solamente será considerado como maligno después de un estudio de la arquitectura histopatológica o patrón del tumor, tejido o espécimen sospechoso.

Excluye: cáncer no-invasivos in situ, tumores como consecuencia del virus de inmunodeficiencia humana, cualquier tipo de cáncer a la piel que no sea melanoma maligno. Carcinoma "in situ", displasia cervical, CIN-1, CIN-2, CIN-3, así como todas las lesiones premalignas y cánceres no invasivos. Cáncer incipiente de próstata clasificado en TNM como T1 (incluyendo T1a y T1b) o sus equivalentes en otras clasificaciones. Melanomas de la piel con grosor de Breslow menor de 1,5 milímetros o menor de nivel 3 de Clark.

3.2. Infarto de miocardio:

La muerte o necrosis de parte del músculo cardíaco como consecuencia de una inadecuada irrigación sanguínea hacia una zona relevante. El diagnóstico debe estar basado en todos los siguientes síntomas:

- o Un historial del típico dolor de pecho prolongado, indicativo de una enfermedad cardíaca isquémica.
- o Alteraciones nuevas y relevantes en el electrocardiograma EGG.
- o Aumento de las enzimas cardíacas por encima de los valores normales en una comprobación de laboratorio.
- o Estudio radioisotópico del músculo cardíaco.

Excluye el infarto precoz y la subsecuente terapia trombolítica. El infarto subendocárdico. La angina de pecho. El infarto "No Q2. Microinfartos con una elevación mínima de las troponinas T o I.

3.3. Padecimiento cerebro-vascular:

La lesión o accidente cerebrovascular debido a trombosis cerebral, embolia o hemorragia, que produzca secuelas neurológicas durante más de 24 horas y que suponga una lesión neurológica permanente.

Excluye: los ataques isquémicos pasajeros y los ataques de isquemia vertebro basilar.

3.4. Intervención quirúrgica para enfermedades de las arterias coronarias:

Es la que requiera la cirugía de dos o más arterias coronarias con el fin de corregir su estrechamiento o bloqueo, por medio de una revascularización by-pass, realizada posteriormente a los síntomas de angina de pecho.

Se excluye de esta definición, la angioplastia de globo y otras técnicas que no requieran cirugía.

3.5. Insuficiencia renal:

El fallo total, crónico e irreversible de ambos riñones, que exija la diálisis o riñón artificial permanente o trasplante renal (como receptor).

El diagnóstico debe incluir historia de enfermedad renal crónica con evidencias de insuficiencia renal irreversible consecutiva en los análisis de sangre, que hace necesario diálisis peritoneal o hemodiálisis periódica a largo plazo.

Excluye: Diálisis temporal por falla real considerada como reversible después de algunas semanas de tratamiento.

3.6. Trasplante de un órgano vital:

La realización actual de un trasplante de órganos en que el Asegurado/a participa como receptor de alguno de los siguientes órganos: corazón, pulmón, hígado, médula ósea o páncreas total como consecuencia de su deterioro funcional severo, por otro órgano similar obtenido de un donador.

El trasplante debe tener una indicación médica, y ésta deberá estar basada en la historia de enfermedad grave con daño e insuficiencia irreversible del órgano que requirió ser sustituido, así como la documentación hospitalaria del trasplante efectuado.

Únicamente queda cubierto el receptor y no el donador.

Excluye: Trasplante de cualquier otro órgano, partes de órganos, tejidos o células. Trasplante de islotes de Langerhans únicamente. No aplicará la indemnización para el trasplante de órganos en el caso de la insuficiencia renal, cuando ya se hubiere cubierto la indemnización por esta causa, así como en el caso del trasplante de corazón cuando ya se hubiere cubierto el infarto de miocardio.

3.7 Enfermedad de Parkinson:

La confirmación definitiva por un médico neurólogo del diagnóstico de enfermedad de Parkinson idiopática o parálisis agitans, que requiera tratamiento con un precursor de dopamina.

Excluye: cualquier otro tipo de parkinsonismo.

3.8 Enfermedad de Alzheimer:

Un diagnóstico clínico establecido de enfermedad de Alzheimer que origine incapacidad para llevar a cabo en forma independiente tres o más de las siguientes actividades de la vida cotidiana:

- **Trasladarse o desplazarse:** Capacidad para desplazarse de una habitación a otra contigua, o de un lado a otro de la misma habitación, sentarse o levantarse de una silla, recostarse o incorporarse en la cama sin que se requiera la asistencia física de otra persona.
- **Continencia:** Capacidad de ejercer el control voluntario de la excreción intestinal o de la vejiga, de tal modo que se pueda mantener la higiene personal.
- **Vestirse:** Ponerse y quitarse todas las prendas que se utilizan en el vestido sin requerir la asistencia de otra persona.
- **Aseo persona:** Entrar y salir del tocador y usar la ducha o el inodoro como parte del aseo personal.
- **Alimentación;** Se refiere a la posibilidad de llevar a cabo las acciones en la ingestión de los alimentos una vez preparados.

3.9 Enfermedades Graves de la Mujer:

Toda situación clínica o alteración del estado de salud confirmada por un médico legalmente reconocido y que coincida con alguna de las definidas a continuación:

- **Carcinoma de mama:** Enfermedad neoplásica con transformación maligna de células, que proliferan de una manera anormal e incontrolada y que se origina en el epitelio glandular de la mama. Se excluye cualquier tipo de carcinoma in situ o clasificado como Tis en la clasificación TNM.
- **Carcinoma de endometrio:** Enfermedad neoplásica con transformación maligna de las células, que proliferan de una manera anormal e incontrolada y que se origina en cualquier región del tejido endometrial. Se excluye cualquier tipo de carcinoma in situ o clasificado como Tis (TNM) o FIGO 0.
- **Carcinoma de cérvix uterino:** Enfermedad neoplásica con transformación maligna de células, que proliferan de una manera anormal e incontrolada y que se origina en los tejidos del cuello uterino (órgano que conecta el útero con la vagina). Se excluye cualquier grado de CIN (Neoplasia Intraepitelial Cervical) así como cualquier tipo de carcinoma in situ o clasificado como Tis (TNM) o FIGO 0
- **Carcinoma de ovario:** Enfermedad neoplásica con transformación maligna de células, que proliferan de una manera anormal e incontrolada y que se origina en los tejidos del ovario.

En cualquiera de los casos, el diagnóstico debe ser evidenciado por una histología claramente definida.

3.10 Enfermedades de Segunda Opinión Médica:

El Asegurado/a podrá solicitar el servicio de segunda opinión médica para aquellas enfermedades graves contenidas en el anterior apartado, y para las definidas a continuación:

- **Sida:** Infección crónica del sistema inmunológico por el virus de inmunodeficiencia adquirida.
- **Enfermedades inmunológicas:** Son aquellas enfermedades multisistémicas que afectan a todo el organismo, provocando alteraciones de distintos aparatos u órganos, teniendo componentes inmunológicos y hereditarios en su etiología.

Asimismo, tendrán derecho a acceder a la cobertura de segunda opinión médica aquellos Asegurados/as que sean objeto de:

- **Trasplante de órganos:** Es la sustitución de un órgano vital por otro de un donante, que reemplaza su función en el organismo.
- **Intervenciones quirúrgicas:** Cualquier intervención quirúrgica a que se someta al Asegurado/a, excluyendo las de cirugía menor.

3.11 Rehabilitación Cardíaca:

Aquel conjunto de medidas dirigidas a mejorar la capacidad funcional, fisiológica y psicológica de la persona afectada por una enfermedad cardíaca.

No es rehabilitación cardíaca, y en consecuencia no están cubiertos por esta garantía, los estudios y tratamientos en cuidados intensivos, unidad coronaria y sala de hospitalización, así como los controles cardiológicos posteriores.

ARTÍCULO 3º - ALCANCE DE LAS COBERTURAS

1. Enfermedades graves

1.1. Capital Asegurado

Si al Asegurado/a se le diagnosticara cualquier enfermedad grave definida en el Artículo 2º, el Asegurador pagará al Asegurado/a el importe previsto en las Condiciones Particulares.

El acaecimiento de una de las coberturas considerada como enfermedad grave y el pago por parte de la compañía del capital correspondiente a la misma, supone la cancelación del resto de coberturas de enfermedades graves, pero no la extinción del contrato, de forma que el contrato continuará en vigor con las coberturas que tuviera contratadas, salvo las de enfermedades graves.

2. Segunda opinión médica

El informe médico del segundo diagnóstico, así como las recomendaciones, si procede, serán realizados por los servicios médicos del Asegurador, basándose en la información directa y asesoramiento técnico y científico obtenido a través de su cuerpo de especialistas y/o centros médicos de reconocido prestigio, con los cuales el Asegurador, directa o indirectamente, tenga establecidos convenios de colaboración a nivel nacional o internacional. Estos documentos no supondrán, en ningún caso, orden alguna para el Asegurado/a, el cual tomará libre, voluntariamente y bajo su responsabilidad las decisiones que estime convenientes.

En el supuesto de que el Asegurador no pudiera en el futuro, por cualquier causa, seguir otorgando de la misma forma la prestación de segunda opinión médica, aquél se obliga a comunicarlo al Tomador/a del seguro con un plazo de antelación de un mes, como mínimo, de la fecha en que vaya a dejar de otorgar la prestación. Mientras no se restablezca la posibilidad de otorgar directamente la prestación de segunda opinión médica, el Asegurador mantendrá como cobertura alternativa el pago de una prestación única sustitutiva de 300 €, con el fin de que el Asegurado/a pueda obtener un segundo diagnóstico del especialista o entidad médica que considere oportunos.

3. Rehabilitación cardíaca

Para acceder a la prestación de rehabilitación cardíaca, según se define en el Artículo 2º, el Asegurado/a deberá seguir las instrucciones del procedimiento previsto en el punto 3.3 del presente apartado.

La prestación de rehabilitación cardíaca se efectuará en la sede de cualquiera de los centros de entrenamiento y rehabilitación concertados, directa o indirectamente, por el Asegurador a nivel del territorio nacional, y que por razón de proximidad le sea más cómodo al Asegurado/a, previa indicación del Asegurador.

Para los Asegurados/as que por razón de residencia u otro motivo no puedan desplazarse a un centro de rehabilitación concertado, la rehabilitación se efectuará mediante programas de rehabilitación a distancia, en el domicilio del Asegurado/a, con controles periódicos a cargo del centro de rehabilitación concertado o por los médicos cardiólogos colaboradores del mismo en la provincia.

El centro concertado con el Asegurador que se encargue de la rehabilitación cardíaca facilitará al cardiólogo o centro asistencial que atienda al Asegurado/a, toda información médica concerniente al programa de rehabilitación otorgado por esta garantía. A su vez, tomará en cuenta las sugerencias que aquéllos le hagan y les mantendrá informados periódicamente del estado clínico del Asegurado/a.

El Asegurador se reserva el derecho de suspender la vigencia de esta garantía en caso de imposibilidad de mantener su prestación, para lo cual se obliga a comunicarlo al Tomador/a del seguro con un plazo de antelación de, al menos, un mes de la fecha efectiva de la suspensión. Esta suspensión de garantía no afectará a los Asegurado/as que en ese momento ya estuviesen siguiendo un programa de rehabilitación cardiaca.

3.1. Contenido de un programa de rehabilitación cardiaca

3.1.1. Entrenamiento físico: Es el elemento fundamental del programa y se desarrolla para cada Asegurado/a dentro del grupo de entrenamiento más adecuado, según los resultados de una prueba electrocardiográfica de esfuerzo.

El entrenamiento se desarrollará bajo la supervisión de un equipo de control que dispone de:

- Motorización electrocardiográfica de cada paciente supervisada por un cardiólogo.
- Sesiones dirigidas por un fisioterapeuta.
- Grupos reducidos.
- Utillaje para resolver cualquier eventual emergencia.

3.1.2. Readaptación psicológica: Se somete a los pacientes a técnicas de relajación dinámica y psicoterapia de grupo, desarrolladas durante las sesiones de rehabilitación, encaminadas a combatir la ansiedad y la depresión.

El Asegurador, siguiendo criterios profesionales y de acuerdo con el médico cardiólogo del Asegurado/a, podrá rechazar la prestación del programa completo de rehabilitación, si por las condiciones cualitativas de las dolencias y situación personal de aquél, resultara más aconsejable evitarle adaptación o esfuerzo físico de cualquier tipo, por el elevado riesgo que ello pudiera representar para el Asegurado/a. En tal caso, la rehabilitación se centrará únicamente en los aspectos psicológicos, formativos y educativos.

3.2. Duración de un programa de rehabilitación cardiaca

El Asegurado/a, para seguir su programa de rehabilitación, podrá elegir y/o cambiar el grupo que más le convenga, o que se adapte mejor a sus necesidades, de entre los tres siguientes:

- **Grupo I. Rehabilitación de 2-3 sesiones semanales:** Programa de rehabilitación cardiaca global controlado en el centro médico concertado por el Asegurador, con una duración total de 4-6 meses.
- **Grupo II. Rehabilitación de 1-2 sesiones semanales:** Programa de rehabilitación cardiaca global controlado en el centro médico concertado por el Asegurador, con una duración total de 6-9 meses.
- **Grupo III. Rehabilitación cardiaca global supervisada en domicilio:** Supervisada por el centro médico concertado por el Asegurador a nivel domiciliario, con controles periódicos, con una duración total de 12 meses.

Los programas se adecuarán a la patología concreta que presente el paciente.

En cada caso, los especialistas que atiendan la rehabilitación efectuarán las modificaciones que, según su leal saber y entender, sean las más adecuadas, siempre contando con el cardiólogo o cardiólogos que asistieron al Asegurado/a en su enfermedad de base. Por tanto, los plazos indicados en los grupos anteriormente descritos son orientativos, si bien nunca podrán rebasar a cargo del Asegurador los plazos máximos descritos.

Una vez terminado un programa de rehabilitación cardiaca, quedará extinguida la presente cobertura.

3.3. Procedimiento para iniciar un programa de rehabilitación cardiaca

Una vez aportada la documentación necesaria, con la que acredite cumplir los requisitos para tener derecho a la prestación de enfermedades graves correspondiente, el Asegurado/a deberá presentar escrito dirigido a el Asegurador en el que indique su deseo de someterse a un programa de rehabilitación cardiaca, según lo previsto en estas Condiciones Especiales.

A la vista de tal petición, el Asegurador trasladará al centro médico de entrenamiento y rehabilitación, concertado a tal fin, la orden de que se ponga en contacto con el Asegurado/a para iniciar la puesta en marcha del programa de rehabilitación cardiaca.

El desarrollo del programa de rehabilitación cardiaca se realizará de acuerdo con los criterios previstos en estas Condiciones Especiales.

3.4. Control médico de la rehabilitación cardiaca

El Asegurador se reserva el derecho de solicitar los informes o efectuar a su cargo las revisiones médicas precisas para garantizar que, en todo momento, se efectúan las prestaciones dentro de los pactos y acuerdos contemplados en estas Condiciones Especiales. La negativa del Asegurado/a a facilitar la información solicitada invalida con carácter inmediato el efecto de esta garantía y exime al Asegurador de todas las responsabilidades legales y económicas relacionadas con dicha garantía.

ARTÍCULO 4º - EXCLUSIONES

1. Quedan excluidos de la garantía de fallecimiento accidental, los que, directa o indirectamente, sean consecuencia de:

- a) Actos de mala fe del Asegurado/a.**
- b) Enfermedades o accidentes anteriores a la toma de efecto de esta garantía.**
- c) Embriaguez o uso de estupefacientes no prescritos médicamente.**
- d) Fallo cardiaco, epilepsia o síncope.**
- e) Imprudencia temeraria, negligencia grave y participación en actos delictivos del Asegurado/a, excepto las actuaciones en legítima defensa o en tentativa de salvamento de personas o bienes.**
- f) Hechos de carácter político o social extraordinarios.**
- g) Fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario.**
- h) Reacción o radiación nuclear, o contaminación radiactiva.**
- i) Utilización o manipulación de explosivos.**
- j) Siniestros acaecidos como consecuencia de riesgos extraordinarios que estén amparados por el Consorcio de Compensación de Seguros.**

2. Quedan excluidas de la garantía de incapacidad permanente absoluta, las que, directa o indirectamente, sean consecuencia de:

- a) Siniestros causados intencionadamente por el Asegurado/a.**
- b) Enfermedades o accidentes anteriores a la toma de efecto de esta garantía.**
- c) Embriaguez, perturbación mental o uso de estupefacientes no prescritos médicamente.**
- d) Imprudencia temeraria, negligencia grave y participación en actos delictivos del Asegurado/a, declarado así judicialmente, así como los derivados de la participación de éste en competiciones, apuestas, duelos o riñas, excepto las actuaciones en legítima defensa o en tentativa de salvamento de personas o bienes.**
- e) Las consecuencias de guerra y operaciones o hechos de carácter similar, o derivadas de disturbios o alteraciones del orden público de carácter político o social extraordinario.**

f) Los accidentes causados por temblor de tierra, erupción volcánica, inundación y otros fenómenos físicos o meteorológicos de carácter extraordinario.

g) Reacción o radiación nuclear, o contaminación radiactiva.

h) Los accidentes derivados de la práctica por parte del Asegurado/a de cualquier deporte con carácter profesional. Asimismo, los accidentes procedentes de la práctica por parte del Asegurado/a, con carácter de aficionado, de los siguientes deportes: alpinismo, puenting, espeleología, boxeo, artes marciales, submarinismo, deportes aéreos, ciclismo, automovilismo, motociclismo y equitación.

i) Los accidentes o consecuencias de los mismos, ocurridos por participación del Asegurado/a en pruebas deportivas de cualquier clase, ocupando el vehículo como piloto, copiloto o simple pasajero.

j) Utilización o manipulación de explosivos.

k) Siniestros acaecidos como consecuencia de riesgos extraordinarios que estén amparados por el Consorcio de Compensación de Seguros.

3. Quedan excluidos de la cobertura de enfermedades graves los siguientes hechos:

a) Padecimiento y/o enfermedades preexistentes, cuando se cuente con las pruebas que se señalan a continuación:

- Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad o; que se compruebe mediante la existencia de un resumen clínico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.
- Que previamente a la celebración del contrato, el Asegurado/a haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.
- Cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado/a el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen clínico para resolver la procedencia de la reclamación.

b) Diagnóstico que ocurra durante el período de espera.

c) No se pagará ningún beneficio que se base en un diagnóstico hecho por una persona que sea miembro de la familia del Asegurado/a, sin importar si la persona es un médico legalmente autorizado para ejercer como tal.

d) Enfermedades que no sean las descritas en enfermedades cubiertas de acuerdo a su definición.

e) Toda Enfermedad Grave del Asegurado/a que sea padecida como consecuencia o en conexión con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

f) Toda Enfermedad Grave del Asegurado/a que sea padecida debida directa o indirectamente a drogadicción, alcoholismo, o suicidio o su tentativa.

g) Enfermedades congénitas y prematurez.

h) Causados intencionadamente o dolosamente por el Asegurado/a.

i) Debidos a epidemias, reacción, radiación nuclear, contaminación radioactiva o química, guerra, terrorismo, insurrecciones, alteraciones del orden público, movimientos sísmicos, erupciones volcánicas, inundaciones y otros fenómenos meteorológicos de carácter extraordinario y catastrófico.

j) Resultantes de la práctica de un deporte como profesional.

k) Derivados de actos de imprudencia temeraria o negligencia grave del Asegurado/a.

l) Enfermedades desarrolladas por accidentes que sufra el Asegurado/a a consecuencia inmediata de la disminución de sus capacidades físicas y/o mentales, por consumo de drogas sin prescripción médica.

m) No se cubrirá cuando se trate de Síndromes coronarios agudos menores, insuficiencia coronaria aguda, todas las anginas pectoris, incluyendo angina estable e inestable y la angina de decúbito, infarto de miocardio sin electrocardiograma, así como angioplastia sin infarto.

4. Quedan excluidos de la cobertura de enfermedades graves de la mujer los siguientes hechos:

a) Cualquier enfermedad distinta de las expresamente contempladas y definidas en el Artículo 2º.

b) Enfermedades que sean debidas, directa o indirectamente a:

- **Reacción o radiación nuclear o contaminación radioactivas.**
- **Adicción al alcohol o a las drogas.**
- **Enfermedades en conexión con infección del SIDA (H.I.V.).**
- **Las alteraciones de la salud provocadas intencionadamente por la Asegurada, por tentativa de suicidio, suicidio o mutilaciones voluntarias y las derivadas de actos dolosos o criminales cometidos por la Asegurada en apuestas, desafíos, riñas y actos notoriamente peligrosos, salvo que se realicen en legítima defensa o salvamento.**
- **Las consecuencias de enfermedad, terapia, intervención quirúrgica, tratamiento médico o accidentes originados con anterioridad a la entrada en vigor de esta garantía, aunque se hayan declarado en el cuestionario al que se someta a la Asegurada en el momento de su incorporación al seguro.**
- **Las consecuencias de guerras u operaciones de carácter similar o derivadas de hechos de carácter político-social o actos de terrorismo.**

5. Quedan excluidas del derecho a la prestación de segunda opinión médica las consecuencias de enfermedad, terapia, intervención quirúrgica, tratamiento médico o accidentes, originados con anterioridad a la entrada en vigor de esta garantía, aunque se hayan declarado en el cuestionario a que se someta al Asegurado/a en el momento de su incorporación al seguro.

ARTÍCULO 5º - DOCUMENTACION ACREDITATIVA EN CASO DE SINIESTRO Y PAGO DE LAS PRESTACIONES

1. Fallecimiento accidental

Documentación acreditativa del carácter accidental del fallecimiento.

Si existe desacuerdo entre el Asegurador y los Beneficiarios sobre la consideración de las causas del fallecimiento del Asegurado/a, ambas partes deben someterse a la decisión de peritos médicos, conforme a lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro.

2. Incapacidad permanente absoluta

En caso de siniestro, el Asegurado/a deberá remitir al Asegurador la siguiente documentación:

- Copia de la propuesta, informe médico de síntesis y resolución de la Seguridad Social indicando el grado de incapacidad permanente, así como la fecha de efectos económicos o, en su defecto, copia de la sentencia firme.
- En defecto de las anteriores, informe médico completo y detallado, emitido por el médico que ha atendido al Asegurado/a o documento análogo suficientemente acreditativo, expresando de forma indubitable las lesiones o defectos padecidos, causas originales, consecuencias económicas y su condición permanente e irreversible.
- Fotocopia del número de identificación fiscal (NIF) del Asegurado/a.

No obstante lo anterior, en cualquier caso se deberá aportar, a petición del Asegurador, toda la documentación que se estime necesaria a los efectos de acreditar la existencia o mantenimiento de la situación de incapacidad, tanto en el momento de la declaración y tramitación del siniestro como, en el caso de prestaciones periódicas, durante su percepción.

Conforme a lo establecido en las Condiciones Generales del seguro, el pago de las prestaciones aseguradas tendrá lugar cuando el Asegurador reciba los documentos requeridos y reconozca la incapacidad permanente absoluta del Asegurado/a. Si las prestaciones garantizadas por el Asegurador tienen un devengo sucesivo, bien por suponer desembolsos periódicos o bien por implicar la exención del pago de primas periódicas, su materialización se efectuará en las fechas de vencimiento correspondientes, mientras se mantenga la situación de incapacidad.

Si las prestaciones aseguradas por incapacidad son alternativas a otras coberturas garantizadas, cuando finaliza el pago de dichas prestaciones por incapacidad, también finalizan las obligaciones del Asegurador respecto a las coberturas en vigor hasta ese momento sobre las que se establecía su carácter alternativo.

En cambio, si se establece su carácter adicional, cuando finaliza el pago de las prestaciones por incapacidad subsisten las obligaciones antes referidas.

3. Enfermedades graves

Además de la documentación prevista en las Condiciones Generales, así como la documentación adicional solicitada específicamente para alguna de las enfermedades descritas en el Artículo 2º, el Asegurado/a deberá presentar, para el pago de la prestación por enfermedad grave, los siguientes documentos:

- Fotocopia del documento nacional de identidad (DNI) y del NIF del Asegurado/a.
- Un expediente médico que recoja el origen, comienzo, naturaleza y evolución de la enfermedad causante de la petición de prestación, así como otros informes, cuestionarios y pruebas complementarias que le hubieran sido practicadas y que a criterio del Asegurador fuesen necesarias para la correcta valoración del siniestro.

3.1. Segunda opinión médica

Para tener derecho a acceder a la cobertura de segunda opinión médica, el Asegurado/a deberá cumplir los requisitos siguientes:

- Encontrarse la cobertura en vigor y al corriente del pago de las primas.
- Aportar todas las exploraciones clínicas, pruebas y expedientes médicos de que disponga, que justifiquen el padecimiento de las enfermedades descritas en el Artículo 2º, apartado 3.

Si el Servicio Médico del Asegurador considera que la documentación aportada por el Asegurado/a no es suficiente para emitir el segundo diagnóstico, el Asegurado/a acepta hacer a su cargo la prueba o pruebas complementarias que solicite el Asegurador, en el centro médico recomendado por éste, o en el elegido libremente por el Asegurado/a, con el fin de completar la información adicional que, a juicio del Asegurador, resulta imprescindible para la emisión de un segundo diagnóstico. Si el Asegurado/a no aceptara realizar a su cargo las pruebas indicadas, finalizará en ese momento la prestación de segunda opinión médica.

4. Doble efecto

- Certificado de defunción del cónyuge del Asegurado/a.
- Certificación literal del matrimonio o documento equivalente que demuestre la condición de cónyuge del Asegurado/a y la ausencia de separación judicial.

ARTÍCULO 6º - PERIODO DE CARENCIA PARA LAS COBERTURAS DE ENFERMEDADES GRAVES

Las garantías definidas en el Artículo 3º del presente documento no tendrán validez hasta que haya transcurrido un plazo de noventa días, a contar desde la fecha de efecto de esta garantía.

Si durante dicho plazo se diagnosticara al Asegurado/a una enfermedad grave de las definidas en el Artículo 3º, esta garantía quedará cancelada y la prima de la misma será reembolsada al Tomador/a del seguro.

ARTÍCULO 7º - DURACION DE LAS COBERTURAS

La duración de las coberturas descritas en estas Condiciones Especiales coincidirá con la prevista para el resto del seguro en las Condiciones Particulares.

En todo caso, al principio de la anualidad del seguro en la que el Asegurado/a cumpla sesenta y cinco (65) años, las coberturas previstas en estas Condiciones Especiales quedarán canceladas automáticamente, salvo pacto en contrario recogido en el correspondiente Suplemento.

ARTÍCULO 8º - PAGO DE LAS PRIMAS

Las primas de estas coberturas se incorporarán al recibo de prima que deba satisfacer el Tomador/a por las restantes coberturas de la póliza. Estas primas se pueden satisfacer a prima periódica constante durante el número de años establecido en las Condiciones Particulares, lo que constituye la duración del pago de primas, todo ello sin perjuicio de lo previsto en el artículo anterior. Adicionalmente, se repercutirán los recargos e impuestos vigentes en cada momento.

ARTÍCULO 9º - RIESGOS EXTRAORDINARIOS

Estas garantías se encuentran afectadas por la cobertura de Riesgos Extraordinarios del Consorcio de Compensación de Seguros, de acuerdo con lo previsto en el Anexo I de las Condiciones Generales de la póliza.

La presente póliza está integrada por las presentes Condiciones Especiales, por las Condiciones Generales, Condiciones Particulares y por los Anexos y Suplementos que se emitan y adjunten por el Asegurador, formando todo ello un solo cuerpo que el Tomador/a del seguro declara conocer y al que se somete expresamente. Las cláusulas de las Condiciones Generales son desarrolladas y, en su caso, modificadas por estas Condiciones Especiales. En caso de discrepancia entre lo establecido en las Condiciones Generales y las Condiciones Especiales, prevalecerán éstas sobre aquéllas. Asimismo, el Tomador/a acepta específicamente sus cláusulas limitativas y exclusiones, debidamente resaltadas en negrita, mediante la firma al pie de este documento en prueba de su conformidad.