

Vida

Condiciones de su
Contrato de Seguro

Póliza N°

Allianz Seguros

Allianz Vida

Tomador de la Póliza

Estas son las condiciones de su Contrato de Seguro. Es muy importante que las lea atentamente y verifique que sus expectativas de seguro están plenamente cubiertas. Para nosotros, es un placer poder asesorarle y dar cobertura a todas sus necesidades de previsión y aseguramiento.

Atentamente

Allianz Seguros y Reaseguros, S.A.

Allianz 

SUMARIO

CONDICIONES PARTICULARES Y GENERALES

CAPÍTULO I

Datos identificativos	3
------------------------------------	---

CAPÍTULO II

Objeto y alcance del Seguro

Fallecimiento del Asegurado	5
Enfermedad del Asegurado	6
Invalidez Absoluta y Permanente del Asegurado	7
Dependencia Severa o Gran Dependencia	8
Glosario de términos	9

CAPÍTULO III

Siniestros	12
-------------------------	----

CAPÍTULO IV

Cuestiones fundamentales de carácter general	13
---	----

CLÁUSULA FINAL	16
-----------------------------	----



PRELIMINAR

Esta póliza de seguro está sometida a la Ley 50/80, de Contrato de Seguro, que se halla publicada en el Boletín Oficial del Estado nº 250 de 17 de Octubre de 1.980, al Texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, aprobado por el Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, a las modificaciones y adaptaciones de las mismas que se produzcan y a sus disposiciones reglamentarias.

Siguiendo el mandato de la Ley, las Condiciones de la póliza de seguro han sido redactadas procurando que su forma sea clara y precisa, a fin de que quienes tienen interés en el contrato puedan conocer su alcance exacto.

CONDICIONES PARTICULARES Y GENERALES

Allianz Riesgo

CAPÍTULO I

Datos identificativos

Tomador del seguro



Póliza y duración

Póliza n°: [Redacted]
Duración: Desde las 00 horas del [Redacted] hasta las 00 horas del [Redacted]
 La póliza es renovable por períodos anuales a partir de [Redacted] y hasta el término de la anualidad en que el Asegurado cumpla los 75 años de edad , **excepto para las garantías y límites que a continuación se señalan, en función de la edad del Asegurado:**
Invalidez, no renovable a partir de 22/05/2025
Enfermedad grave, no renovable a partir de 22/05/2025
Gran Dependencia o Dependencia Severa, no renovable a partir de 22/05/2035

Mediador



Asegurado

El Tomador del Seguro
Sexo: Hombre **Fecha de nacimiento:** 1/ 1/1960 **Edad a efectos del seguro:** 52
Actividad: xxxx **en el sector:** EDUCACION
El Asegurado realiza exclusivamente trabajos de tipo administrativo, comercial o de despacho al público sin trabajos manuales de esfuerzo.

Primas

REF.: [Redacted]	Prima Neta	[Redacted]
Período [Redacted]	IPS (6%)	[Redacted]
Periodicidad del pago: ANUAL	Recargos	[Redacted]
	Consortio	[Redacted]
	Total Recibo	[Redacted]

A cada vencimiento de la póliza, la prima se calculará sobre la Tarifa que en esa fecha tenga vigente la Compañía, elaborada de acuerdo con la legislación en vigor y que estará puesta a disposición de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Hacienda.

A cada vencimiento de la póliza, la prima neta anual será la siguiente, calculada sobre la tarifa que en esta fecha tiene vigente la Compañía, elaborada de acuerdo con la legislación en vigor y que está puesta a disposición de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones:

Año	Importe
2012	[Redacted]
2013	[Redacted]
2014	[Redacted]
2015	[Redacted]
2016	[Redacted]
2017	[Redacted]
2018	[Redacted]
2019	[Redacted]
2020	[Redacted]
2021	[Redacted]
2022	[Redacted]
2023	[Redacted]

Año	Importe
2024	[Redacted]
2025	[Redacted]
2026	[Redacted]
2027	[Redacted]
2028	[Redacted]
2029	[Redacted]
2030	[Redacted]
2031	[Redacted]
2032	[Redacted]
2033	[Redacted]
2034	[Redacted]

Estas primas netas sólo podrán ser modificadas en virtud de disposición legal o reglamentaria. En el cálculo de la prima anual neta total, la tarifa utilizada está elaborada de acuerdo con la legislación en vigor y está puesta a disposición de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. La prima total se calculará, en cada anualidad, añadiendo los impuestos y recargos legalmente repercutibles.

Domicilio de cobro A petición del Tomador del Seguro, el recibo de prima correspondiente será presentado al cobro en: [redacted]

Servicios para el Asegurado Para realizar de manera rápida consultas, peticiones de aclaración, declaración de siniestros, solicitudes de intervención, corrección de errores o subsanación de retrasos, el Asegurado deberá dirigirse a:

En cualquier caso

El Mediador [redacted]
Teléfono 999999999

Para consultas y cuestiones administrativas

El Centro de Atención al Cliente de Allianz 902 300 186
(de lunes a viernes laborables, de 8:15 a 19 horas, excepto julio y agosto, hasta las 18 horas)
También a través de su web www.allianz.es

Para el Servicio de orientación y segunda Opinión Médica

Servicio de información 902 181 639

Estado de salud del Asegurado Las condiciones del contrato se han establecido en base a las siguientes declaraciones, hechas por [redacted] sobre su estado de salud en el momento de contratar la póliza:

En los últimos 5 años: ¿Se ha sometido a pruebas de diagnóstico de alguna de las siguientes enfermedades (cáncer, infarto de miocardio, accidente cerebro-vascular, insuficiencia renal, cirugía cardíaca, trasplante de órganos vitales tales como corazón, pulmón, hígado, páncreas o médula ósea), o ha realizado tratamiento médico durante más de 7 días, o ha tenido que interrumpir su rutina diaria por motivos de salud durante más de 7 días?. **NO**

CAPÍTULO II

Objeto y alcance del Seguro

Artº. 1º. GARANTÍA QUE PRESTA LA COMPAÑÍA

La Compañía garantiza la realización de las siguientes prestaciones, en caso de:

1º. 1. Fallecimiento del Asegurado

A) INTERÉS ASEGURADO

1. La **percepción de un capital** cuando se produzca el **fallecimiento del Asegurado por cualquier causa, tanto natural como accidental.**
2. La **percepción**, caso de que haya **hijos menores no emancipados o incapacitados totalmente para el trabajo**, de un **capital de orfandad adicional** cuando el **fallecimiento del Asegurado** se deba a un **accidente** en el que **también fallezca el cónyuge** no separado del Asegurado, si existe dicho cónyuge.
3. El **pago inmediato** de los **gastos de sepelio.**
4. El **pago** de:
 - a) los **gastos de declaración de herederos**, cuando ésta sea necesaria para la **percepción del capital de fallecimiento por los Beneficiarios.**
 - b) la **cuota tributaria del Impuesto de Sucesiones correspondiente a la póliza.**
5. La **percepción de un capital adicional** cuando se produzca el **fallecimiento del Asegurado** por la ocurrencia de un **accidente**, es decir por **cualquier causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado**, incluido el **infarto**, circunscrito éste a aquellos casos en que la **Seguridad Social o la Jurisdicción laboral lo califiquen como accidente de trabajo**, sin que se consideren como accidente cualesquiera otras enfermedades, sea cual sea su naturaleza.
6. La **percepción de un capital adicional** cuando se produzca el **fallecimiento del Asegurado** por la ocurrencia de un **accidente de circulación**, es decir, en el uso de:
 - a) la **vía pública**, como **peatón**, siempre que el **causante sea un vehículo.**
 - b) **vehículos terrestres de motor**, tanto como **conductor** cuanto como **pasajero.**
 - c) **bicicletas.**
 - d) **embarcaciones de recreo**, a vela o a motor.
 - e) cualquier **servicio de transporte público de pasajeros terrestre**, en superficie o subterráneo.
 - f) cualquier **línea fluvial, marítima o aérea de transporte público de pasajeros.**

B) OBLIGACIONES NO ASEGURADAS

La **realización de las prestaciones en caso de fallecimiento del Asegurado por suicidio durante el primer año de vigencia de la póliza o de los posibles aumentos de capital que se vieran afectados.**

C) BENEFICIARIOS

1. **xxxx**

2. **Para el capital adicional de orfandad, si procede, exclusivamente y de forma irrevocable, los hijos menores no emancipados y los incapacitados totalmente para el trabajo.**

D) PRESTACIONES DEL ASEGURADOR EN CASO DE SINIESTRO

1. El **pago** a los **Beneficiarios del capital** que corresponda, en función de la **causa del fallecimiento.**
2. El **pago, si procede, del capital adicional de orfandad** a los **Beneficiarios exclusivos e irrevocables**, es decir, los **hijos menores no emancipados y los incapacitados totalmente para el trabajo.**
3. El **pago inmediato** de las **facturas** correspondientes a los **gastos de sepelio.**
4. El **pago** de las **facturas y minutas de honorarios** correspondientes a los **gastos de declaración de herederos y la cuota tributaria del Impuesto de Sucesiones correspondiente a la póliza.**

E) CAPITALS ASEGURADOS

- | | |
|--|------------------------|
| 1. Capital básico en caso de fallecimiento por cualquier causa | 60.000,00 euros |
| 2. Capital adicional, si procede, en caso de orfandad por accidente | 30.000,00 euros |
| 3. Gastos de sepelio, según factura, hasta | 1.500,00 euros |
| 4. Gastos de declaración de herederos y liquidación del Impuesto de Sucesiones, según comprobantes, hasta | 1.500,00 euros |
| 5. Capital adicional en caso de accidente: | 60.000,00 euros |
| 6. Capital adicional en caso de accidente de circulación: | 60.000,00 euros |

F) ÁMBITO TERRITORIAL DE LA COBERTURA

El interés asegurado se halla **garantizado en España**, por el **fallecimiento del Asegurado en cualquier parte del mundo**.

G) LÍMITE TEMPORAL DE LA GARANTÍA

La garantía de fallecimiento por cualquier causa de la Compañía **finalizará al término de la anualidad** en que el **Asegurado cumpla 75 años**.

La garantía de fallecimiento por accidente de la Compañía **finalizará al término de la anualidad** en que el **Asegurado cumpla 70 años**.

1º. 2. Enfermedad del Asegurado

A) INTERÉS ASEGURADO

1. La **percepción de una renta anticipada mensual, hasta el fallecimiento o durante doce meses como máximo**, cuando al Asegurado se le **diagnostique una enfermedad crítica**, entendiéndose por tal, **exclusivamente**:
 - a) **Cáncer, neoplasia que progresa en el curso de tratamiento con quimioterapia o radioterapia, habiendo utilizado todas las posibilidades en primeras líneas terapéuticas y en líneas terapéuticas de rescate.**
 - b) **Corazón, con función ventricular insuficiente, refractaria al tratamiento y sin posibilidad de ser tributario de un trasplante cardíaco, correspondiendo a la Clase IV de la Clasificación de la N.Y.H.A (New York Heart Association).**
 - c) **Trasplante total de corazón, pulmón o páncreas.**
2. La **percepción voluntaria de una renta anticipada mensual adicional, deducible y a cuenta del capital básico para fallecimiento, transcurridos doce meses desde el diagnóstico de una enfermedad crítica, en caso de supervivencia, hasta que ocurra el óbito del Asegurado o hasta el agotamiento de dicho capital básico.**
3. La **percepción de un capital adicional** cuando al Asegurado se le **diagnostique una enfermedad grave**, entendiéndose por tal, **exclusivamente**:
 - a) **Cáncer, con presencia de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento y dispersión incontrolable de células dañinas y la invasión de tejido normal. Esta noción incluye leucemia, linfomas y la enfermedad de Hodgking (Linfogranuloma), quedando excluidos todos los carcinomas "in situ" y tumores derivados por presencia de virus de inmunodeficiencia humana (VIH).**
 - b) **Infarto de miocardio, con muerte o necrosis de parte del músculo cardíaco como resultado de la obstrucción de las arterias coronarias, cuyo diagnóstico deberá basarse en todos y cada uno de los siguientes síntomas:**
 1. **Episodio de dolor pectoral típico**
 2. **Alteraciones electrocardiográficas nuevas que confirmen la muerte de parte del miocardio.**
 3. **Elevación de enzimas cardíacas**

El infarto de miocardio deberá haberse tratado en un hospital.
 - c) **Accidente cerebrovascular, con lesión de origen vascular, debida a destrucción de tejido cerebral, causada por trombosis cerebral, embolia o hemorragia que produzcan secuelas neurológicas durante más de 24 horas y que supongan una lesión neurológica permanente.**
Deberá demostrarse mediante los habituales métodos clínicos y scanner cerebral.
 - d) **Insuficiencia renal, con fase final del fallo crónico del funcionamiento de ambos riñones, a consecuencia del cual sea necesario proceder a una diálisis peritoneal o hemodiálisis a intervalos regulares de, al menos, una vez por semana.**
 - e) **Cirugía cardíaca por afección crónica de las arterias coronarias, a corazón abierto, tras la recomendación de un cardiólogo para corregir el estrechamiento u obstrucción de dos o más arterias coronarias con injertos de "by-pass".**
 - f) **Trasplante de órganos vitales, corazón, pulmón, hígado, páncreas o médula osea.**

B) OBLIGACIONES NO ASEGURADAS

1. **La realización de las prestaciones cuando la enfermedad grave sea diagnosticada por primera vez antes de transcurridos tres meses desde la vigencia de la póliza o de la garantía, constituyendo tal término un período de carencia.**

C) PRESTACIONES DEL ASEGURADOR

1. **El pago al Asegurado de la renta anticipada mensual prevista para el caso de enfermedad crítica.**
2. **El pago al Asegurado de la renta voluntaria anticipada mensual, a cuenta y deducible del capital básico de fallecimiento, prevista para el caso de prolongación de la enfermedad crítica. Cuando se agote el capital de fallecimiento quedará automáticamente extinguida la póliza. Si se produce antes el fallecimiento, se pagará el capital básico de fallecimiento restante.**
3. **El pago al Asegurado del capital adicional previsto en caso de enfermedad grave.**
4. **La prestación de los siguientes servicios al Asegurado por la Empresa independiente Advance Medical:**
 1. **Orientación Médica.**
 - a) **Información médica referente a las enfermedades, tratamientos y prevención de salud.**
 - b) **Información acerca de interacciones y utilización de medicamentos.**

- c) Asesoramiento en la comprensión de informes de laboratorio, terminología médica, evaluación de informes y diagnósticos.
- d) Asesoramiento respecto al centro y el especialista más indicado para la resolución de su problema de salud.
- e) Derivación a servicios de emergencias si el caso así lo aconseja.

2. Segunda Opinión Médica.

- a) Acceso a la opinión de los más reconocidos expertos médicos en Estados Unidos y Europa.
- b) Apoyo telefónico al paciente, anterior y posterior a la tramitación de la Segunda Opinión.
- c) Selección de expertos y centros hospitalarios.
- d) Asesoramiento en caso de traslado del paciente.

La Compañía se hará cargo en todo momento de la totalidad del coste de estos servicios por lo que no serán repercutidos al cliente en la prima anual correspondiente. En consecuencia, la Compañía se reserva el derecho a cambiar de proveedor por otro de coste similar para la Compañía o anular los servicios de Segunda opinión y Orientación Médica. Se comunicará esta circunstancia al Tomador del seguro con al menos dos meses de antelación a la renovación de la póliza.

D) CAPITAL ASEGURADOS

- | | |
|---|------------------|
| 1. Renta por enfermedad crítica hasta el fallecimiento, cada inicio de mes | 600,00 euros |
| Máximo, en caso de supervivencia, 12 meses | 7.200,00 euros |
| 2. Prolongación voluntaria de renta por enfermedad crítica, por supervivencia, a partir del 13º mes. Cada inicio de mes, a deducir del capital básico de fallecimiento, hasta agotarlo o hasta fallecimiento. | 600,00 euros |
| Máximo, en caso de supervivencia, 100 meses | 60.000,00 euros, |
| 3. Capital adicional en caso de enfermedad grave | 15.000,00 euros |

E) ÁMBITO TERRITORIAL DE LA COBERTURA

El interés asegurado se halla **garantizado en España, por enfermedad crítica o grave del Asegurado diagnosticada en cualquier país del Espacio Económico Europeo en que aquél tenga su residencia.**

F) LÍMITE TEMPORAL DE LA GARANTÍA

La garantía de la Compañía finalizará:

- 1. por lo que respecta a enfermedades críticas, al término de la anualidad en que el Asegurado cumpla 75 años.
- 2. por lo que respecta a enfermedades graves, al término de la anualidad en que el Asegurado cumpla 65 años.

G) LIBERACIÓN DEL PAGO DE PRIMAS

Como **prestación complementaria**, la Compañía liberará al Tomador del seguro del pago de las primas correspondientes a la **garantía de fallecimiento e invalidez**, a partir del momento en que acepte el diagnóstico de la enfermedad crítica y proceda a **efectuar la prestación** correspondiente, quedando sin efecto las coberturas de **Accidentes, si estuvieran garantizadas.**

1º. 3. Invalidez Absoluta y Permanente del Asegurado

A) INTERÉS ASEGURADO

La percepción de una renta anticipada mensual, deducible y a cuenta del capital asegurado para fallecimiento, hasta el propio fallecimiento o hasta agotamiento del capital asegurado, en caso de supervivencia, cuando al Asegurado se le diagnostique una **invalidez absoluta y permanente**, entendiéndose por tal un estado fisiológico de **disminución irreversible de la capacidad funcional que, una vez consolidadas las lesiones del accidente o enfermedad, le inhabilita por completo, para ejercer, siguiendo los criterios médicos de la Unidad de Valoración de Incapacidades, toda profesión u oficio.**

- 1. La percepción de una renta adicional, en las mismas condiciones que la renta principal, deducible y a cuenta del capital asegurado para fallecimiento por accidente, cuando la invalidez absoluta y permanente del Asegurado se produzca por la **ocurrencia de un accidente.**
- 2. La percepción de una renta adicional, en las mismas condiciones que la renta principal, deducible y a cuenta del capital asegurado para fallecimiento por accidente de circulación, cuando la invalidez absoluta y permanente del Asegurado se produzca por la **ocurrencia de un accidente de circulación.**

B) PRESTACIONES DEL ASEGURADOR

- 1. El pago al Asegurado de la renta anticipada mensual que corresponda, en función de la causa de la invalidez. Cuando se agote el capital de fallecimiento quedará automáticamente extinguida la póliza, subsistiendo únicamente el pago de la renta hasta su límite máximo. Si se produce antes el fallecimiento, se pagará el capital básico de fallecimiento restante.
- 2. Alternativamente, el pago, a petición del Asegurado, incluso con posterioridad al inicio del pago de la renta, de un **capital sustitutivo** de la renta prevista.

C) CAPITAL ASEGURADOS

1. Renta por invalidez absoluta y permanente, a deducir del capital de fallecimiento, cada inicio de mes	600,00 euros
Máximo, en caso de supervivencia, 120 meses	72.000,00 euros
2. Renta adicional por invalidez absoluta y permanente por accidente, a deducir del capital de fallecimiento por accidente, cada inicio de mes	600,00 euros
Máximo, en caso de supervivencia, 120 meses	72.000,00 euros
3. Renta adicional por invalidez absoluta y permanente por accidente de circulación, a deducir del capital de fallecimiento por accidente de circulación, cada inicio de mes	600,00 euros
Máximo, en caso de supervivencia, 120 meses	72.000,00 euros
4. Capital alternativo, equivalente al capital de fallecimiento restante, en función de la causa de la invalidez, en el momento de la petición del Asegurado	a determinar

D) ÁMBITO TERRITORIAL DE LA COBERTURA

El interés asegurado se halla **garantizado en España**, por **invalidez absoluta y permanente** del **Asegurado diagnosticada en cualquier país del Espacio Económico Europeo** en el que aquél tenga su residencia.

E) LÍMITE TEMPORAL DE LA GARANTÍA

La **garantía de la Compañía finalizará al término de la anualidad en que el Asegurado cumpla 65 años.**

F) LIBERACIÓN DEL PAGO DE PRIMAS

Como prestación complementaria la Compañía liberará al Tomador del seguro del pago de las primas correspondientes a la garantía de fallecimiento, a partir del momento que acepte el diagnóstico de la invalidez y proceda a efectuar la prestación de la renta, quedando sin efecto las coberturas de Accidentes y Enfermedad Grave. Esta prestación finalizará en el momento en que el importe abonado de la renta supere el capital básico de fallecimiento.

1º. 4. Dependencia Severa o Gran Dependencia

A) INTERÉS ASEGURADO

La **percepción de una renta anticipada mensual, deducible y a cuenta del capital asegurado para fallecimiento, hasta el propio fallecimiento o hasta agotamiento del capital asegurado, en caso de supervivencia**, cuando al Asegurado se le diagnostique la situación de **Dependencia Severa** (Dependencia de grado II) o **Gran Dependencia** (Dependencia de grado III):

1. **Dependencia Severa (Dependencia Grado II):** cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no quiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.
2. **Gran Dependencia (Dependencia Grado III):** cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

B) PRESTACIONES DEL ASEGURADOR

1. El **pago al Asegurado de la renta anticipada mensual que corresponda**. Dicha renta subsistirá hasta que se agote el capital de fallecimiento, quedando en ese momento automáticamente extinguida la póliza, subsistiendo únicamente el pago de la renta hasta su límite máximo. Si se produce antes el fallecimiento, se pagará el capital básico de fallecimiento restante.
2. **Alternativamente, el pago, a petición del Asegurado, incluso con posterioridad al inicio del pago de la renta, de un capital sustitutivo de la renta prevista.**

C) CAPITALS ASEGURADOS

1. **Renta por Dependencia Severa o Gran Dependencia, a deducir 600,00 euros del capital de fallecimiento, cada inicio de mes.**
Máximo, en caso de supervivencia, 120 meses 72.000,00 euros.
2. **Capital alternativo, equivalente al capital de fallecimiento restante, en el momento de la petición a determinar del Asegurado.**

D) ÁMBITO TERRITORIAL DE LA COBERTURA

El interés asegurado se halla **garantizado en España**, por **Dependencia Severa o Gran Dependencia** del **Asegurado**, reconocida de acuerdo con los criterios del correspondiente organismo oficial competente. El grado y niveles de dependencia, a efectos de su valoración, se determinarán mediante la aplicación del baremo que se acuerde en el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

E) LÍMITE TEMPORAL DE LA GARANTÍA

La **garantía de la Compañía finalizará al término de la anualidad en que el Asegurado cumpla 75 años.**

F) LIBERACIÓN DEL PAGO DE PRIMAS

Como **prestación complementaria**, la Compañía liberará al Tomador del seguro del pago de las primas correspondientes a la **garantía de fallecimiento**, a partir del momento en que se le reconozca la Dependencia y proceda a **efectuar la prestación** correspondiente, **quedando sin efecto las coberturas de Invalidez, Accidentes y Enfermedad Grave, si estuvieran garantizadas**.

1º. 5. Glosario de términos

1. **Autonomía:** la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.
2. **Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD):** las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas.
3. **Necesidades de apoyo para la autonomía personal:** las que requieren las personas que tienen discapacidad intelectual o mental para hacer efectivo un grado satisfactorio de autonomía personal en el seno de la comunidad.
4. **Cuidados no profesionales:** la atención prestada a personas en situación de dependencia en su domicilio, por personas de la familia o de su entorno, no vinculadas a un servicio de atención profesionalizada.
5. **Cuidados profesionales:** los prestados por una institución pública o entidad, con y sin ánimo de lucro, o profesional autónomo entre cuyas finalidades se encuentre la prestación de servicios a personas en situación de dependencia, ya sean en su hogar o en un centro.
6. **Asistencia personal:** servicio prestado por un asistente personal que realiza o colabora en tareas de la vida cotidiana de una persona en situación de dependencia, de cara a fomentar su vida independiente, promoviendo y potenciando su autonomía personal.

Artº. 2º. RIESGOS QUE EN NINGÚN CASO SON CUBIERTOS POR LA COMPAÑÍA

1. En ningún caso, los que se produzcan con ocasión o a consecuencia de:
 - a) Situaciones de carácter catastrófico, tales como:
 1. Guerra, civil o internacional. Conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
 2. Catástrofe o Calamidad nacionales.
 - b) Reacción o radiación nucleares; contaminación radiactiva.
 - c) La práctica por el Asegurado de:
 1. automovilismo, motorismo y motonáutica de competición
 2. paracaidismo, vuelo sin motor, vuelo delta, aerostación y aeronáutica, sin perjuicio de la cobertura de los accidentes que sufra el asegurado ocupando plaza como pasajero en aeronaves utilizadas para el transporte público.
2. Sin perjuicio de la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros, las consecuencias debidas a:
 - a) Situaciones de carácter extraordinario, tales como:
 1. Fenómenos de la naturaleza que tengan tal carácter:
 - a) Inundación.
 - b) Terremoto y maremoto.
 - c) Erupción volcánica.
 - d) Tempestad ciclónica atípica.
 - e) Caída de meteoritos.
 2. Hechos derivados de:
 - a) Terrorismo.
 - b) Motín.
 - c) Tumulto popular.
 - d) Rebelión.
 - e) Sedición.
 - b) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

Artº. 3º. RIESGOS QUE SON CUBIERTOS POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

Cláusula de indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios en seguros de personas

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:

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

paz.

2. Riesgos excluidos
 - a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
 - b) Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.
 - c) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
 - d) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 25/1964, de 29 de abril, sobre energía nuclear.
 - e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, y en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.
 - f) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, 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.
 - 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 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.



CAPÍTULO III

Siniestros

Artº. 4º. VALORACIÓN

A) SUMAS ASEGURADAS

El Tomador del Seguro ha establecido las sumas aseguradas en función de las necesidades económicas que, subjetivamente, estima que pueden tener el Asegurado o los Beneficiarios en caso de siniestro.

B) SUMA ASEGURADA COMPUTABLE EN LOS CASOS DE

ACCIDENTE O ENFERMEDAD

Se tomará siempre en consideración la suma asegurada en la fecha de:

1. Ocurrencia del fallecimiento.
2. Declaración del siniestro, en caso de enfermedad crítica o grave.
3. Efecto de la calificación de invalidez absoluta y permanente reconocida por la Unidad de Valoración de Incapacidades.



CAPÍTULO IV

Cuestiones fundamentales de carácter general

Artº. 5º. REFERENCIAS A LA LEY DE CONTRATO DE SEGURO.

Las siguientes **Condiciones Generales** tienen, al final de cada apartado, la referencia a los preceptos de la Ley aplicables a su contenido, para que su consulta pueda ser hecha, si se desea, con la máxima precisión y facilidad.

Estas **Condiciones Generales** pretenden ser una guía que facilite el conocimiento de las cuestiones fundamentales que afectan al nacimiento, vida y extinción del contrato de seguro y a la peculiaridades genéricas del seguro sobre la vida.

CONSULTA DE LA LEY: Arts. 1º, 2º, 3º, y 83º a 99º.

5º. 1. Personas que intervienen en el contrato de seguro

1. El **Tomador del Seguro**, que da respuesta a la **Solicitud de Seguro** para que la Compañía pueda elaborar la póliza, suscribe el contrato y paga las primas.
2. El **Asegurado**, que realiza la declaración de salud, es la persona sobre cuya existencia e integridad corporal se contrata el seguro y es el titular de los derechos derivados del contrato, si vive.
3. El **Asegurador**, Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. que garantiza la realización de las prestaciones previstas en caso de siniestro. También se denomina "la Compañía".
4. El **Beneficiario**, persona libremente designada por el Tomador del Seguro y que percibe las prestaciones convenidas para el caso de fallecimiento del Asegurado.
5. El **Órgano de Control**, que es la **Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones**, que supervisa la actividad del Asegurador en virtud de la competencia que corresponde al Reino de España, Estado miembro del Espacio Económico Europeo.

CONSULTA DE LA LEY: Arts. 1º, 7º, 83º a 88º, 99º y 108º.

5º. 2. Documentación y formalización del contrato de seguro.

A) El Asegurador confecciona la póliza de acuerdo con las respuestas a la **Solicitud** dadas por el Tomador del Seguro y aplica las condiciones y tarifas basándose en las declaraciones hechas por el mismo y el Asegurado, especialmente la declaración de salud si la hubiere, señaladas en este contrato, por lo que las contestaciones del Tomador del Seguro y del Asegurado tienen una importancia fundamental para el buen fin del contrato, que deviene, no obstante, indisputable al cumplir la primera anualidad, excepto en los casos de dolo y de inexactitud de la edad del Asegurado al inicio del seguro.

B) La póliza reúne, en un solo documento, las **Condiciones Particulares** del Contrato de Seguro, que fijan los **datos propios e individuales** del contrato, **determinan su objeto y alcance** y recogen las **cláusulas que por voluntad de las partes regulan el funcionamiento de la cobertura dentro de lo permitido por la Ley**; y las **Condiciones Generales** del Contrato de Seguro, que tratan de los **derechos y deberes de las partes relativos al nacimiento, vigencia y extinción del contrato**.

Además pueden existir los **Suplementos**, que son **modificaciones o aclaraciones hechas de acuerdo con el Tomador del Seguro**, cambiando las **Condiciones iniciales** cuantas veces sea necesario.

C) El Tomador **debe leer y comprobar** atentamente los **términos y condiciones de su póliza** y, en su caso, **pedir en el plazo de un mes la rectificación de los posibles errores**. Si no lo hace, se estará a lo dispuesto en la póliza.

D) Si la póliza es conforme, el Tomador del Seguro debe firmarla y hacer que la firme también el Asegurado, si es persona distinta.

E) El Tomador del Seguro debe pagar la primera prima.

F) Sólo si se han cumplido los **requisitos de firma de la póliza y pago de la prima**, el contrato estará debidamente formalizado y en vigor y los siniestros que se produzcan a partir de ese momento tendrán cobertura.

CONSULTA DE LA LEY: Arts. 1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 8º, 14º, 15º, 89º y 90º.

5º. 3. Duración del contrato de seguro

A) La **duración** del contrato se fija desde las **cero horas del día del inicio** del período de cobertura, hasta las **cero horas del día de su finalización**.

B) El Tomador del Seguro tendrá la facultad de **resolver el contrato** dentro del plazo de **treinta días** siguientes a la fecha en que el Asegurador le entregue la póliza o un **documento de cobertura** provisional. La **facultad unilateral** de resolución del contrato deberá **ejercerse por escrito** expedido por el Tomador en el plazo indicado y producirá sus efectos desde el **día de su expedición**.

A partir de esa fecha cesará la **cobertura** del riesgo por parte del Asegurador y el Tomador del Seguro tendrá derecho a la **devolución de la prima** que hubiere pagado, salvo la parte correspondiente al tiempo en que el contrato hubiere tenido vigencia.

C) Cada año, salvo casos especiales, la póliza **vence y se renueva de forma automática**.

D) Para que el seguro **continúe vigente**, el Tomador del Seguro **debe pagar la prima** correspondiente a la **siguiente anualidad**. Tiene para ello un **plazo de gracia**

de un mes, transcurrido el cual, si el pago no se ha hecho, la cobertura del Asegurador queda en suspenso, no haciéndose cargo de los siniestros que pudieran ocurrir a partir de ese momento.

E) Con carácter general para cualquier contrato de seguro cuando el Tomador del Seguro o el Asegurador no deseen que la póliza se renueve a su vencimiento anual deben avisarse mutuamente con, al menos, dos meses de antelación.

F) Específicamente para este contrato, los casos que pueden originar que el Asegurador decida rescindir el contrato o alguna de sus garantías antes del vencimiento, serán cuando haya habido reserva o inexactitud en las declaraciones del Tomador del Seguro o el Asegurado, constatada dentro del primer año de vigencia de la póliza, excepto en caso de dolo que originará la rescisión aún después de transcurrido el primer año de vigencia.
CONSULTA DE LA LEY: Arts. 8º, 10º, 12º, 14º, 15º, 22º, 83º a), 89º, 90º y 98º.

5º. 4. Modificación del contrato del seguro

A) Las agravaciones del riesgo de sufrir un accidente, por ejemplo, por cambio importante de la actividad profesional, deben ser comunicadas por el Tomador del Seguro inmediatamente.

B) Para proponer la modificación del contrato, la respuesta del Asegurador debe hacerse, generalmente, en el plazo de dos meses.

C) Cuando se produce una disminución del riesgo, el Tomador del Seguro tiene derecho, a partir de la próxima anualidad, a la correspondiente disminución de prima.
CONSULTA DE LA LEY: Arts. 11º, 12º, 13º, 89º y 90º.

5º. 5. Actuación en caso de siniestro

A) El Tomador del Seguro, el Asegurado o los Beneficiarios deben comunicar al Asegurador la ocurrencia del siniestro, sus circunstancias y consecuencias inmediatamente y, como máximo, en el plazo de siete días.

B) Inmediatamente, el Asegurador procurará ponerse de acuerdo con el Asegurado o los Beneficiarios para realizar la prestación.

C) En caso de fallecimiento los Beneficiarios deberán aportar a la Compañía la documentación acreditativa de sus derechos, en especial:

- a) Certificado literal de la defunción.
- b) Certificado de nacimiento o D.N.I. del Asegurado.
- c) Certificado del médico que haya asistido al Asegurado, indicando el origen, evolución y naturaleza de la enfermedad o el accidente que le causó la muerte, y, en su caso, testimonio de las diligencias judiciales o documentos que acrediten el fallecimiento por accidente.
- d) Certificado del registro de últimas voluntades y copia del último testamento.
- e) En su caso, acta de declaración de herederos.

f) Justificante de haber presentado la liquidación o autoliquidación parcial a cuenta del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones.

g) Ejemplar de póliza y último recibo pagado.

D) En caso de Enfermedad el Asegurado deberá aportar a la Compañía la siguiente documentación:

- a) Certificado de nacimiento o D.N.I. del Asegurado.
- b) Certificado del médico que asista al Asegurado en el que se indique, con detalle de fechas, el diagnóstico de la enfermedad, origen de la misma y su evolución, acompañando la documentación médica necesaria para determinar con exactitud que la enfermedad se encuadra dentro de las características definidas en la cobertura del seguro.

E) En caso de Invalidez, el Asegurado deberá aportar a la Compañía la siguiente documentación:

- a) Certificado de nacimiento o D.N.I. del Asegurado.
- b) Certificado del médico que asista al Asegurado, indicando, con detalle de fechas, el origen, evolución y naturaleza de la enfermedad o accidente en el que se evidencie la invalidez absoluta y permanente.

F) En caso de reconocerse al Asegurado una situación de dependencia severa o gran dependencia, deberá aportar a la Compañía:

- a) Documento oficial que acredite su identidad.
- b) Documentos oficiales acreditativos expedidos por el organismo oficial competente conforme a la situación de dependencia severa o gran dependencia.
- c) Documento que acredite su supervivencia (fe de vida).

G) En todos los casos el Asegurador podrá requerir informes o pruebas complementarias que sea necesarios, con gastos a su cargo.

H) Si las características del siniestro lo requieren, el Asegurador designará Perito médico. El Asegurado puede, si lo desea, nombrar el suyo. Cuando una parte no nombre Perito, aceptará el dictamen del Perito nombrado por la otra parte.

I) Para no perjudicar los intereses del Asegurado o del Beneficiario, si los trámites se alargaran, a los cuarenta días de la comunicación del siniestro el Asegurador hará un pago provisional, a cuenta de la definitiva prestación, sin perjuicio del cumplimiento de sus obligaciones en materia de los Impuestos sobre la Renta de las Personas Físicas y de Sucesiones y Donaciones.

El pago provisional equivaldrá a la indemnización que, como mínimo, pueda razonablemente deber, a la vista de las circunstancias que en ese momento conozca.

CONSULTA DE LA LEY: Arts. 16º, 17º, 18º, 19º, 38º, 39º, 88º y 104º.

5º. 6. Otras cuestiones de interés

A) Principio de la buena fe.

La Ley prevé diversas situaciones que, cuando se producen **van en contra del interés del propio Asegurado, ya que están sancionadas con la nulidad o ineficacia del contrato, o con consecuencias tales como su impugnación, la reducción proporcional de la prestación, la exención de la obligación de realizar la prestación e incluso la reclamación de daños y perjuicios por parte del Asegurador.**

En general, tales situaciones se producen cuando el Tomador del Seguro, el Asegurado o el Beneficiario actúan con dolo o mala fe o con culpa grave; cuando el Tomador del Seguro y el Asegurado realizan declaraciones incorrectas; especialmente en lo que se refiere a su edad y estado de salud; cuando se ocultan datos y, en resumen, cuando no se respeta el principio de buena fe que sustenta el contrato de seguro.

B) Comunicaciones entre las partes.

Todas las comunicaciones deben hacerse por escrito o por correo electrónico.

Cuando el **Tomador del Seguro, el Asegurado o el Beneficiario se dirijan al Asegurador, pueden hacerlo a su domicilio social o al de sus sucursales.** Tales comunicaciones pueden hacerlas **directamente** al Asegurador o bien **a través de un Corredor de Seguros que medie en el contrato.**

El Asegurador se dirigirá al **último domicilio que conozca del Tomador del Seguro o del Asegurado.**

C) Prescripción de acciones.

Las **acciones para exigir derechos** derivados del contrato **prescriben a los cinco años.**

D) Consultas y aclaraciones sobre incidencias:

Las consultas y aclaraciones que se puedan plantear a lo largo de la vida de la póliza sobre su emisión, administración, tramitación de los siniestros o rescisión del contrato se realizarán, de forma verbal o escrita, a elección del Tomador del Seguro o del Asegurado, a través de:

1. El Mediador de Seguros, ARCOS DATOS, PRUEBA teléfono 999999999, o dirección postal

DOMICILIODOMICILIODOMICIL 7 2º, 08007 BARCELONA.

2. El Centro de Atención Telefónica de la Compañía 902 300 186, de 8'15 a 19 horas, excepto julio y agosto, hasta las 18 horas, de lunes a viernes laborables o a través de su web www.allianz.es.

E) Departamento de Defensa del Cliente:

Para cualquier queja o reclamación sobre sus derechos e intereses legalmente reconocidos puede usted dirigirse a la compañía, de conformidad con la Orden ECO 734/2004, de 11 de marzo, de los departamentos y servicios de atención al cliente y el defensor del cliente de las entidades financieras, a través de las siguientes vías: Calle Tarragona, 109, 08014 Barcelona - Apartado de correos nº 38, 08080 de Barcelona - e-mail: ddc@allianz.es - www.allianz.es - Fax 93 228 85 53 así como en cualquier oficina de la Compañía abierta al público.

De conformidad con las normas de funcionamiento previstas en el Reglamento que se encuentra a su disposición tanto en nuestra página web como en las oficinas de la compañía abiertas al público, la queja o reclamación será resuelta en un plazo máximo de dos meses contados a partir de la fecha en que se presente ante el Departamento De Defensa del Cliente. La decisión final adoptada le será debidamente notificada en el plazo de diez días naturales contados a partir de su fecha de emisión.

Denegada la admisión de la queja o reclamación, desestimada su petición, total o parcialmente, o transcurrido el plazo de dos meses desde la fecha de su presentación en el Departamento de Defensa del Cliente, sin que haya sido resuelta, podrá presentar su queja o reclamación en el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones en Paseo de la Castellana número 44, 28046. Madrid.

F) Litigios sobre el contrato:

Será Juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro el del domicilio del asegurado de acuerdo con el art. 24 de la Ley de Contrato de Seguro.

CLÁUSULA FINAL

A petición del Tomador del Seguro el recibo de prima correspondiente al primer período será presentado al cobro en la Entidad de Crédito indicada en estas Condiciones. Se hace constar expresamente que sin el pago de ese primer recibo este documento carece de validez y la Póliza no se considerará formalizada.

Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. integrará los datos de carácter personal facilitados en ficheros de su responsabilidad, teniendo en todo momento el afectado derecho de acceso, y en su caso, de oposición, rectificación y cancelación en los términos previstos en la legislación vigente sobre protección de datos de carácter personal y demás disposiciones de concordante aplicación, remitiendo al efecto su solicitud por cualquiera de las siguientes vías: correo postal a las oficinas de Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A., en Tarragona, 109, 08014 Barcelona; teléfono 902 300 186; fax 902 33 36 39; email lopd@allianz.es

El firmante autoriza expresamente, al tratamiento de dichos datos por la Compañía los cuales son necesarios para el mantenimiento, desarrollo y control del seguro, la gestión de siniestros y la realización de análisis sobre el riesgo, de tipo estadístico, de siniestralidad y prevención del fraude, así como para la gestión del coaseguro y reaseguro. Para el cumplimiento de las finalidades descritas el firmante autoriza la cesión a terceros colaboradores de la entidad aseguradora, compañías de asistencia o proveedoras de servicios señalados en la póliza o necesarios para la gestión de siniestros así como la cesión a ficheros comunes del

sector asegurador.

El firmante se compromete a informar a las personas de las cuales facilita datos de carácter personal sobre estos extremos, facilitando, si fuera necesario, copia del documento firmado.

El Tomador del Seguro reconoce haber recibido, leído y comprobado esta póliza de Contrato de Seguro Allianz Riesgo, que consta de 5 artículos, en 16 páginas y acepta las condiciones del mismo, tanto las que delimitan y definen el riesgo, como las que fijan las prestaciones aseguradas y, así mismo, declara expresamente conocer y aceptar las exclusiones y limitaciones de la cobertura, así como, especialmente, las condiciones de tratamiento de sus datos de carácter personal en ficheros automatizados, juzgando resaltadas todas ellas convenientemente, y haber recibido a satisfacción información relativa a este contrato de seguro en sí mismo, a la legislación aplicable, instancias de reclamación, Asegurador y Órgano de Control, según lo previsto por el Texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de Seguros Privados, así como también a la existencia de los ficheros y el tratamiento de sus datos de carácter personal, de la finalidad de su recogida y del destino de la información, tal como prevé la Ley Orgánica de protección de datos de carácter personal, considerando el texto del presente contrato como un todo indivisible, lo que también suscribe la Compañía, otorgando ambas partes, así, su pleno consentimiento en Barcelona 22 de Mayo de 2012.

Recibida mi copia y aceptado el
contrato en todos sus términos y condiciones,
El Tomador

Por mi mediación,
El Mediador

Aceptamos el contrato en todos
sus términos y condiciones,
**Allianz, Compañía de Seguros y Reaseguros,
S.A.**