

Póliza de Seguro



Condiciones Generales y Específicas

Helvetia “Plan Hospitalización Helvetia”

Edición mayo 2020

Índice

Información general	2
Condiciones Generales del Contrato de Seguro	4
Contrato de Seguro	4
Declaraciones sobre el riesgo	5
Perfección, toma de efecto y duración del Contrato	5
Modificación del riesgo durante la vigencia del Contrato	6
Error de edad	6
Pago de Primas	6
Pago de prestaciones	7
Beneficiarios, cesión y pignoración de la Póliza	7
Prescripción	7
Comunicaciones: Tomador del Seguro, Asegurado, Asegurador y Mediadores	8
Extravío o destrucción de la Póliza y/o recibo	8
Condiciones Específicas del Contrato de Seguro	8
Duración del seguro	8
Garantías asegurables	9
Garantía I: Hospitalización por enfermedad	9
Garantía II: Hospitalización por accidente	10
Garantía III: Hospitalización por maternidad	10
Características comunes a todas las garantías	10

Información general

1. Legislación aplicable

El presente seguro se rige por:

- Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.
- Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras.
- Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras.
- Real decreto Ley 3/2020, de 4 de febrero, de medidas urgentes por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español diversas directivas de la Unión Europea, entre otros en el ámbito de los seguros privados.
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales.
- Reglamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos.
- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.
- Ley 22/2007, de 11 de julio, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores.

Y cualquier otra norma que durante la vigencia de esta póliza pueda ser aplicable.

2. Instancias de reclamación

De conformidad con el artículo 97.1 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, los conflictos que puedan surgir entre Tomadores del seguro, Asegurados, Beneficiarios, terceros perjudicados o derechohabientes de cualesquiera de ellos y la Entidad Aseguradora, se resolverán por los Jueces y Tribunales competentes.

De acuerdo con el artículo 97.2 y 4 de la referida Ley 20/2015, podrán someter voluntariamente sus divergencias a decisión arbitral, en los términos de los artículos 57 y 58 del texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias, aprobado por el Real Decreto 1/2007, de 16 de noviembre, o a arbitraje privado en los términos de la Ley 60/2003, de 23 de diciembre, de Arbitraje.

Asimismo y conforme al artículo 97.2 de la citada Ley 20/2015, se podrán someter las divergencias a un mediador en los términos previstos en la Ley 5/2012, de 6 de julio, de mediación en asuntos civiles y mercantiles.

3. Cláusula de información sobre tramitación de quejas y reclamaciones

Conforme a lo dispuesto en los artículos 29 y siguientes de la Ley 44/2002 de 22 de noviembre de Reforma del Sistema Financiero, artículo 97.5 de la Ley 20/2015, de 14 de julio de Ordenación, Supervisión y Solvencia de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y el desarrollo del Reglamento de los comisionados para la defensa del cliente de servicios financieros, R.D. 303/2004 de 20 de febrero; y en el artículo 9 de la Orden ECO/734/2004 de 11 de marzo, esta Entidad tiene un **Departamento de Atención al Cliente** para atender las quejas y reclamaciones de los mismos relacionados con sus intereses y derechos legalmente reconocidos, con domicilio en Paseo Cristóbal Colón 26, 41001 SEVILLA y dirección electrónica: departamentoatencioncliente@helvetia.es.

En relación con el Departamento de Atención al Cliente, le informamos que:

La entidad tiene la obligación legal de atender y resolver las quejas y reclamaciones de sus clientes en el plazo máximo de dos meses de la recepción de la misma. No obstante ello, la Entidad se compromete a finalizar el expediente en el plazo máximo de un mes a partir de la fecha en que la consulta, queja o reclamación fuera presentada en el Departamento de Atención al Cliente.

Cuando a la Entidad no le sea posible responder dentro de dicho plazo, se informará al reclamante sobre las causas del retraso con indicación del momento en que sea probable que se complete la investigación y se resuelva la reclamación. No

obstante ello y en todo caso, la finalización del expediente no podrá prolongarse más de dos meses desde la presentación de la consulta, queja o reclamación.

La presentación de la consulta, queja o reclamación se realizará por escrito al Departamento de Atención al Cliente, personalmente o mediante representación debidamente acreditada, en cualquiera de las oficinas de la Entidad, o por medios informáticos, electrónicos o telemáticos, siempre que éstos permitan la lectura, impresión y conservación de los documentos.

La entidad tiene en sus oficinas, a disposición de los clientes, el modelo de presentación de quejas y reclamaciones adaptado a los requisitos legales, y el reglamento de funcionamiento del Departamento de Atención al Cliente.

La decisión del Departamento de Atención al Cliente será motivada y contendrá conclusiones claras sobre la solicitud planteada en la consulta, queja o reclamación, fundamentándose en las cláusulas contractuales, en la legislación de seguros y en las buenas prácticas y usos del sector asegurador.

Transcurrido este plazo, el reclamante podrá trasladar su queja o reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros para lo cual deberá acreditar que ha transcurrido el plazo de dos meses desde la presentación de la reclamación ante el Departamento de Atención al Cliente, sin que ésta haya sido resuelta, o que haya sido denegada la admisión o desestimada, total o parcialmente, su petición.

Esta cláusula no es de aplicación a las operaciones calificadas como "grandes riesgos" (artículo 107 Ley 50/1980 de Contrato de Seguro). No obstante, los clientes pueden dirigirse, con carácter previo a la interposición de la acción judicial o arbitral que corresponda, al Departamento de Atención al Cliente que atenderá y se pronunciará sobre la queja o la reclamación formulada en el plazo máximo de dos meses desde la recepción de cualquiera de ellas.

4. Entidad Aseguradora

La Entidad Aseguradora es **Helvetia Compañía Suiza, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros**, con domicilio social en Paseo de Cristóbal Colón 26, CP-41001 Sevilla (España). Corresponde al Ministerio de Economía, a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, el control y supervisión de su actividad aseguradora.

5. Jurisdicción

Será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del Contrato de Seguro el del domicilio del asegurado.

6. Garantías aseguradas

La entidad aseguradora, dentro de los límites del período máximo de indemnización establecido, abonará al asegurado una indemnización diaria durante el tiempo que el asegurado, por prescripción facultativa, deba estar internado en un Hospital para recibir tratamiento, como consecuencia de accidente, enfermedad o maternidad. La indemnización se abona por toda **Hospitalización de al menos 24 horas consecutivas y por cada día completo de ingreso en el hospital.**

7. Condiciones, plazos y vencimientos de las primas

La prima es el precio de seguro. La prima será satisfecha mediante cargo en la cuenta corriente o tarjeta del tomador disponible para efectuar el cargo que figura referenciada en las condiciones particulares de este seguro. En caso de que dicha cuenta o tarjeta no estuviese operativa, por cualquier causa, el tomador podrá satisfacer la prima con cargo en la cuenta corriente o tarjeta que comunique fehacientemente a la Entidad Aseguradora. Respecto del impago de las primas mensuales sucesivas, la cobertura del asegurado quedará suspendida un mes después del día del vencimiento del recibo impagado. La Entidad Aseguradora, cuando la póliza esté en suspenso, podrá exigir el pago de la prima o primas pendientes.

Comienzo y duración

El Contrato de Seguro entrará en vigor a las 00 horas de la fecha de efecto indicadas en las Condiciones Particulares, siempre que haya sido aceptado por la Entidad Aseguradora. La duración del Contrato será la indicada en las Condiciones Particulares, conviniéndose por periodos anuales renovables tácitamente. El Asegurado podrá notificar a la Entidad Aseguradora su oposición a la prórroga del contrato en el mes anterior a la fecha de vencimiento de la nueva anualidad. Si fuera la Entidad Aseguradora quien se opone a la prórroga del contrato, este plazo será de dos meses.

En virtud de lo establecido en el art. 83 a) de la Ley de Contrato de Seguro el Tomador puede resolver unilateralmente el contrato en el plazo de 30 días desde la formalización del mismo, mediante comunicación a la Entidad Aseguradora a través de un soporte duradero, disponible, accesible y que permita dejar constancia de la notificación, y efecto desde el día de su expedición.

En caso de contratación a distancia de un seguro, el Tomador tendrá la facultad unilateral de resolver el contrato sin indicación de los motivos y sin penalización alguna, siempre que no haya ocurrido el siniestro, dentro del plazo de 30 días desde la formalización de la póliza, mediante comunicación a la Entidad Aseguradora, a través de un soporte duradero, disponible, accesible y que permita dejar constancia de la notificación o llamando por teléfono al Centro de Atención al Cliente indicado en las Condiciones Particulares.

La Entidad Aseguradora podrá resolver el contrato por impago de la prima, o por reserva o inexactitud de las declaraciones del Asegurado, conforme a lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro.

Supuestos de resolución

La cobertura seguirá vigente siempre que el tomador pague las primas y hasta que el asegurado alcance los 70 años de edad.

La cobertura conforme a esta póliza finalizará para una persona asegurada:

- a. Con el fallecimiento de dicha persona asegurada
- b. Cuando la persona asegurada alcance los 70 años de edad. Con respecto a los hijos con derecho a póliza la cobertura finaliza al cumplir éstos 18 años
- c. En otros casos previstos por la legislación

8. Valores de rescate

No existe valor de rescate en ningún supuesto. Tampoco existen derechos de reducción, anticipo o pignoración

Condiciones Generales del Contrato de Seguro

1 Contrato de Seguro

1.1 Definiciones de este Contrato de Seguro

Por el presente Contrato de Seguro, **Helvetia Compañía Suiza, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros**, en adelante el Asegurador, se obliga a satisfacer, mediante el cobro de la Prima, para el caso de que se produzca el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura y dentro de los límites pactados, una indemnización diaria durante el tiempo que el Asegurado, por prescripción facultativa, deba estar internado en un Hospital para recibir tratamiento, como consecuencia de accidente, enfermedad o maternidad conforme a las condiciones de cobertura contenidas en este documento.

A efectos de este Contrato se entenderá por:

Tomador del Seguro

La persona física que pacta y suscribe este Contrato con el Asegurador, asumiendo las obligaciones que de dicho Contrato se derivan.

Asegurado

La persona física sobre la que se estipula esta Póliza y que, en defecto del Tomador del Seguro, asume las obligaciones de este Contrato, residente en España, a la que corresponden los derechos derivados del Contrato, que tenga edad comprendida en el momento de la contratación del seguro entre 18 y 60 años, ambos incluidos, y si ha lugar, en las mismas condiciones de edad, su cónyuge o pareja. La garantía puede ampliarse a sus hijos menores siempre que tengan más de 6 meses y menos de 18 años.

Beneficiario

La persona física o jurídica a quien el Tomador del Seguro, reconoce el derecho a percibir la prestación derivada de este Contrato.

Asegurador

Helvetia Compañía Suiza, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros, con domicilio social en Paseo de Cristóbal Colón, nº26 41001 Sevilla (España), que asume la cobertura de los riesgos objeto de este Contrato y garantiza el pago de las prestaciones que le correspondan como Asegurador con arreglo a las Condiciones del mismo y bajo control de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía.

Póliza

Se denomina Póliza al conjunto de documentos que contienen las condiciones que regulan el seguro. Estos documentos son los siguientes: las presentes Condiciones Generales y Específicas, las Condiciones Particulares, que individualizan el riesgo, las Condiciones Especiales, Adicionales, Apéndices y Suplementos, si los hubiere, que complementen o modifiquen el riesgo, así como los cuestionarios a los que haya sido sometido el Tomador del Seguro y/o Asegurado.

2 Declaraciones sobre el riesgo

El Tomador del Seguro, o en su caso el Asegurado, tiene el deber antes de suscribir la Póliza, de declarar al Asegurador todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

3 Perfección, toma de efecto y duración del Contrato

3.1 Perfección del Contrato

El presente Contrato se perfecciona por la aceptación por parte del Asegurador de la solicitud de seguro manifestada por el Asegurado de forma telefónica. La fecha de efecto del seguro se indica en las Condiciones Particulares.

3.2 Toma de efecto y duración del Contrato

Las Garantías de la Póliza, sus modificaciones o adiciones, tomarán efecto en la hora y fecha indicadas en las Condiciones Particulares, siempre y cuando haya sido satisfecho el recibo de Prima correspondiente, tras el primer mes gratuito, salvo pacto en contrario establecido en dichas Condiciones Particulares.

La Póliza tendrá una duración anual y se prorrogará automáticamente por iguales períodos anuales al final de cada año natural, siempre que haya satisfecho las sucesivas primas mensuales estipuladas en las Condiciones Particulares.

3.3 Facultad de resolver el Contrato por el Tomador del Seguro

El Tomador del Seguro dispone de un plazo de 30 días naturales a partir de la fecha de la celebración del contrato para comunicar fehacientemente al Asegurador la renuncia a su suscripción. La renuncia debe realizarse por escrito dirigido a la dirección que figura en las Condiciones Particulares, o bien, llamando al teléfono de atención al Cliente que figura en las mismas.

En caso de contratación a distancia de un seguro, el Tomador tendrá la facultad unilateral de resolver el contrato sin indicación de los motivos y sin penalización alguna, siempre que no haya ocurrido el siniestro, dentro del plazo de 30 días desde la formalización de la póliza, llamando al Centro de Atención al Cliente o comunicándolo por escrito a la dirección de correo indicados en las Condiciones Particulares.

3.4 Facultad de resolver el Contrato por el Asegurador

El Asegurador podrá resolver el contrato por impago de la prima, o por reserva o inexactitud de las declaraciones del Asegurado, conforme a lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro.

En cada renovación anual, el Asegurador podrá resolver el contrato mediante comunicación por escrito al domicilio habitual del Asegurado con un plazo de dos meses de anticipación a la fecha de vencimiento anual a partir de la que se desea rescindir la suscripción.

4 Modificación del riesgo durante la vigencia del Contrato

El Tomador del Seguro y, en su caso el Asegurado o Beneficiario deberán comunicar al Asegurador, tan pronto como les sea posible todas las circunstancias ajenas al estado de salud del Asegurado que antes de la conclusión del Contrato, agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por el Asegurador en el momento de la perfección del Contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

De igual forma, el Tomador del Seguro o el Asegurado podrán, durante el curso del Contrato, poner en conocimiento del Asegurador todas las circunstancias que disminuyan el riesgo.

5 Error de edad

En el supuesto de indicación inexacta de la fecha de nacimiento del Asegurado, el Asegurador sólo podrá impugnar el Contrato si la verdadera edad del Asegurado en el momento de la entrada en vigor del Contrato excede de los límites de admisión establecidos por aquel.

En otro caso, si como consecuencia de una declaración inexacta de la edad, la prima pagada es inferior a la que correspondería pagar, la prestación del Asegurador se reducirá en proporción a la Prima recibida. Si por el contrario, la Prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, el Asegurador está obligado a restituir el exceso de las Primas percibidas, sin intereses.

6 Pago de Primas

6.1 Prima

La Prima es el precio a pagar por la cobertura de este Contrato de Seguro. El recibo de Prima deberá hacerse efectivo por el Tomador en los correspondientes vencimientos. El recibo incluirá, además de la Prima, los impuestos y recargos legalmente repercutibles a cargo del Tomador del Seguro que se deban pagar por razón de este Contrato.

6.2 Recargo por pago fraccionado

Podrá convenirse el pago fraccionado de la Prima anual, mediante la aplicación de un recargo en dicha Prima, cuyo importe se cuantificará en el recibo.

6.3 Forma de pago

El Tomador del Seguro está obligado al pago de la primera Prima o de la Prima única en el momento de la perfección del Contrato. Las sucesivas Primas se deberán hacer efectivas en los correspondientes vencimientos estipulados en la Póliza.

Respecto del impago de las primas mensuales sucesivas, la cobertura del asegurado quedará suspendida un mes después del día del vencimiento del recibo impagado.

El Asegurador, cuando la póliza esté en suspenso, podrá exigir el pago de la prima o primas pendientes.

6.4 Lugar de pago

La prima será satisfecha en euros mediante cargo en la tarjeta o cuenta corriente asociada o en cualquier otra cuenta del tomador disponible para efectuar el cargo que figura referenciada en las condiciones particulares de este seguro. En caso de que dicha tarjeta o cuenta no estuviese operativa, por cualquier causa, el tomador podrá satisfacer la prima con cargo en la cuenta corriente que comunique fehacientemente al Asegurador o al mediador.

7 Pago de prestaciones

El Asegurador pagará las prestaciones establecidas en el Contrato, en caso de una contingencia cubierta por la Póliza, a los Beneficiarios designados por el Tomador del Seguro.

En caso de una contingencia cubierta, se descontarán del pago de la prestación establecida, las fracciones de Prima de la anualidad en curso no percibidas.

Beneficiarios, cesión y pignoración de la Póliza

7.1 Beneficiarios

Durante la vigencia del Contrato, el Tomador del Seguro puede designar Beneficiario o modificar la designación anteriormente señalada sin necesidad del consentimiento del Asegurador, salvo que el Tomador del Seguro haya renunciado expresamente y por escrito a tal facultad.

En caso de no recogerse en las Condiciones Particulares de esta Póliza una designación expresa de Beneficiario, se considerará como tal:

En caso de vida:

- El Asegurado

En caso de fallecimiento del Asegurado:

- El cónyuge superviviente no separado legalmente mediante sentencia firme.
- En su defecto a los hijos del fallecido por partes iguales.
- En defecto de éstos a los herederos legales también por partes iguales.

7.2 Cesión y pignoración

No existen los derechos de cesión o de pignoración del presente contrato de seguro.

7.3 Prescripción

Las acciones que se deriven del presente Contrato de Seguro prescribirán en el término de cinco años. El tiempo de prescripción comenzará a contarse desde el día en que las respectivas acciones pudieran ejercitarse.

7.4 Comunicaciones: Tomador del Seguro, Asegurado, Asegurador y Mediadores

Todas las comunicaciones entre el Tomador del Seguro, o en su caso el Asegurado, el Mediador y el Asegurador deberán remitirse exclusivamente al teléfono de atención al Cliente que figura en las Condiciones Particulares, o bien, a la dirección de correo que aparece en las mismas.

Las comunicaciones que efectúe el Tomador del Seguro al agente de seguros que medie o haya mediado en el presente Contrato de Seguro, surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado directamente al Asegurador. Asimismo el pago de los recibos de Prima por el Tomador del Seguro o el Asegurado al referido agente de seguros, se entenderá realizado al Asegurador, salvo que ello se haya excluido expresamente y destacado de modo especial en la Póliza de Seguro.

Las comunicaciones efectuadas por un corredor de seguros al Asegurador en nombre del Tomador del Seguro, surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio Tomador del Seguro, salvo indicación en contrario de éste.

El pago de la Prima efectuado por el Tomador del Seguro o el Asegurado al corredor de seguros, no se entenderá realizado al Asegurador, salvo que, a cambio, el corredor de seguros entregue a aquél el recibo de Prima emitido por el Asegurador.

Las comunicaciones del Asegurador al Tomador del Seguro y, en su caso, al Asegurado y al Beneficiario, se realizarán al domicilio de éstos, recogido en la Póliza.

Las modificaciones incorporadas a la Póliza se entenderán que han cumplido todos estos requisitos.

8 Extravío o destrucción de la Póliza y/o recibo

En caso de extravío, robo o destrucción de la Póliza y/o recibo, el Asegurador emitirá un duplicado de dichos documentos a petición del Tomador del Seguro.

Condiciones Específicas del Contrato de Seguro

1 Duración del seguro

La duración de la Póliza será de un año prorrogable, renovándose tácitamente por un año más a su vencimiento anual, y así sucesivamente. Las partes pueden oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de, al menos, un mes de anticipación a la conclusión del período del seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el Tomador, y de dos meses cuando sea la Entidad Aseguradora.

En las Condiciones Particulares de esta Póliza se recogerán los capitales asegurados en cada periodo anual.

El seguro finaliza por:

- Por anulación del Contrato por parte del Tomador del Seguro.
- Por fallecimiento del Tomador del Seguro.
- En caso que el Tomador del Seguro deje de pagar la prima vencida dentro de los plazos establecidos en estas Condiciones Generales y Específicas.
- En la anualidad en que el Asegurado cumpla los 70 años de edad. La garantía que cubre a los hijos menores finaliza, en todo caso, cuando éstos cumplen 18 años de edad.

2 Garantías asegurables

Las Garantías aseguradas son las que se incluyen en las Condiciones Particulares y son las que se indican en los artículos siguientes de las presentes Condiciones Generales y Específicas.

A efectos de esta Póliza se entiende por:

- **Enfermedad:** Toda alteración del estado de la salud cuyo diagnóstico sea efectuado por un médico legalmente reconocido, que requiera tratamiento y cuyas primeras manifestaciones se presenten durante la vigencia de Póliza.
- **Accidente:** La lesión corporal derivada de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado cuyas consecuencias sea la hospitalización en un hospital durante un **periodo mínimo de 24 horas. La herida o la lesión causadas, total o parcialmente, por un estado patológico o por una operación no consecutiva a un accidente, no pueden considerarse como un accidente.**
- **Carencia:** Período de tiempo (contado a partir de la fecha de efecto o alta de cada asegurado en el seguro), durante el cual no entra en vigor alguna de las garantías de la póliza y por tanto, en ningún momento quedarán cubiertos los procesos iniciados en ese período.
- **Pareja:** Unión de dos personas a fin de convivir de forma estable, en una relación de afectividad análoga a la conyugal, con el que el Asegurado mantenga una convivencia anterior a la fecha de efecto del contrato de seguro.

- **Hospital:** Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para tratamiento médico de enfermedades o lesiones corporales, provisto de medios materiales y personales adecuados para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas y atendido por médicos y personal sanitario las 24 horas del día. El establecimiento debe poseer un archivo médico, donde se registran todos los pacientes y al que el médico asesor del Asegurador (o de sus representantes autorizados) debe poder acceder. **No se consideran como hospitales a los efectos de esta póliza, los asilos, residencias, casas de reposo, balnearios, ni las instalaciones dedicadas al descanso, internamiento o tratamiento de ancianos, incapacitados, enfermos crónicos, drogadictos o alcohólicos.**
- **Hospitalización:** Todo ingreso en un establecimiento hospitalario en España y en el mundo entero (hospital o clínica, público o privado) de al menos **24 horas consecutivas**, derivado de una Enfermedad, Maternidad o Accidente cubierto por la póliza. **En el extranjero, se considera como establecimiento hospitalario un establecimiento supervisado de forma permanente por un personal médico cualificado y dirigido día y noche por un médico. Las hospitalizaciones no prescritas por un médico o innecesarias para el tratamiento de una Enfermedad, Maternidad o Accidente, así como los cuidados a domicilio, no están cubiertos.**

Garantía I: Hospitalización por enfermedad

El objeto del seguro es asumir por parte del Asegurador, dentro de los límites del período máximo de indemnización establecido en esta póliza, una indemnización diaria que figura en las condiciones particulares de la póliza durante el tiempo que el Asegurado, por prescripción facultativa, deba estar internado en un hospital para recibir tratamiento, como consecuencia de enfermedad.

La indemnización se abona por toda Hospitalización de **al menos 24 horas consecutivas y por cada día completo de ingreso en el hospital.**

El periodo máximo de indemnización será de 180 días.

La cobertura pactada comenzará una vez transcurridos 180 días desde la fecha de efecto de la Póliza. En ningún momento quedarán cubiertos los procesos iniciados en este período.

A efectos de cobertura, se considera un único siniestro la hospitalización del Asegurado de forma sucesiva con motivo de la misma Enfermedad, salvo si las causas son totalmente independientes o si las Hospitalizaciones derivadas de la misma Enfermedad tienen lugar con más de tres meses de diferencia.

Garantía II: Hospitalización por accidente

El objeto del seguro es asumir por parte del Asegurador, dentro de los límites del período máximo de indemnización establecido en esta póliza, una indemnización diaria que figura en las condiciones particulares de la póliza durante el tiempo que el Asegurado, por prescripción facultativa, deba estar internado en un hospital para recibir tratamiento, como consecuencia de un accidente.

La indemnización se abona por toda Hospitalización de **al menos 24 horas consecutivas y por cada día completo de ingreso en el hospital.**

El periodo máximo de indemnización será de 365 días cuando es consecutiva a un accidente.

La cobertura pactada comenzará a las 24 horas de la fecha de efecto de la póliza.

A efectos de cobertura, se considera un único siniestro la hospitalización del Asegurado de forma sucesiva con motivo del mismo accidente, salvo si las causas son totalmente independientes o si las hospitalizaciones derivadas del mismo accidente tienen lugar con más de tres meses de diferencia.

Garantía III: Hospitalización por maternidad

El objeto del seguro es asumir por parte del Asegurador, dentro de los límites del período máximo de indemnización establecido en esta póliza, una indemnización diaria igual a la de caso de enfermedad que figura en las condiciones particulares de la póliza durante el tiempo que el Asegurado, por prescripción facultativa, deba estar internado en un hospital para recibir tratamiento, como consecuencia de un embarazo o sus complicaciones, cesárea o parto. La indemnización se abona por toda Hospitalización de **al menos 24 horas consecutivas y por cada día completo de ingreso en el hospital.**

El periodo máximo de indemnización será de 10 días.

La cobertura pactada comenzará una vez transcurridos 240 días desde la fecha de efecto de la Póliza. En ningún momento quedarán cubiertos los procesos iniciados en este período.

A efectos de cobertura, se considera un único siniestro la hospitalización del Asegurado de forma sucesiva con motivo del mismo embarazo, salvo si las causas son totalmente independientes o si las hospitalizaciones derivadas del mismo embarazo tienen lugar con más de tres meses de diferencia.

3 Características comunes a todas las garantías

3.1 Ámbito territorial

Las garantías de la póliza surtirán efecto en España, ampliándose a otros países del mundo siempre que las estancias en el extranjero sean inferiores a dos meses.

3.2 Exclusiones de cobertura

El abono de indemnizaciones no está previsto en caso de Hospitalizaciones derivadas de:

- a) Una convalecencia o una estancia en una casa de reposo, de alojamiento, de campo, de convalecencia, una residencia para la tercera edad, establecimientos termales y climáticos, hospicios, clínicas u hospitales psiquiátricos, institutos médico- pedagógicos, servicios de gerontología, establecimientos de cura o similares.**
- b) Todo tipo de pruebas y tratamientos no reconocidos por la ciencia médica en el momento en que tome efecto la póliza, así como las cirugías o las terapias consideradas como experimentales en el mismo momento, salvo que sean expresamente aprobadas por el Asegurador. Tampoco están cubiertas la acupuntura, la homeopatía y la organometría.**
- c) El estado de personas dependientes de forma irreversible y que requieren una vigilancia constante y/o tratamientos de mantenimiento, de readaptación y reeducación funcional.**
- d) Tratamientos con fines estéticos, de cirugía plástica salvo que sea reparadora de un accidente o enfermedad ocurridos durante la vigencia del contrato, de rejuvenecimiento o de adelgazamiento, de cambio de sexo o esterilización.**
- e) Defectos, deformaciones físicas y anomalías congénitas y hereditarias.**
- f) Una enfermedad psíquica o nerviosa.**
- g) Un chequeo médico.**
- h) Una interrupción voluntaria del embarazo.**
- i) Autolesiones, intento de suicidio o una falta intencionada del Asegurado.**
- j) El consumo de estupefacientes o de drogas, no prescritos médicamente.**
- k) Un estado de demencia, un estado alcohólico caracterizado por un nivel de alcohol puro en sangre superior al que prevé la legislación o reglamentación a efectos de la conducción de vehículos, en vigor el día del siniestro.**
- l) Todas las enfermedades causadas o derivadas del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o sus posibles mutaciones: síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y sus variedades.**
- m) Diálisis y Hemodiálisis.**
- n) Las consecuencias de daños nucleares tal como se definen en la Ley de Energía Nuclear, y por contaminaciones de carácter catastrófico.**
- o) Las enfermedades y accidentes que sean consecuencia de hechos o fenómenos que correspondan**

a riesgos amparados por el Consorcio de Compensación de Seguros o cuando dicho Organismo no admita el derecho de los asegurados por incumplimiento de alguna de las normas establecidas en el Reglamento y Disposiciones Complementarias vigentes en la fecha de su ocurrencia.

- p) Las enfermedades y accidentes que se produzcan por consecuencia de guerra, invasión, hostilidades (haya o no declaración de guerra), rebeliones, revolución, insurrección o usurpación del poder o actuaciones de las fuerzas armadas o cuerpos de seguridad del estado en tiempos de paz.
- q) Enfermedades profesionales así definidas en la legislación vigente y enfermedades y accidentes resultantes de la realización y/o participación del Asegurado en actividades profesionales deportivas o recreativas de elevada peligrosidad, tales como: pirotecnia, empleo de sustancias explosivas, tóxicas o corrosivas, actividades subterráneas o subacuáticas, alpinismo y escalada, paracaidismo, saltos desde puentes o lugares elevados, vuelo delta, taurinas de cualquier clase, boxeo, carreras con vehículos, embarcaciones o esquís y la práctica profesional de deportes.
- r) Los estados patológicos preexistentes a la fecha de efecto de la póliza.
- s) La prolongación de las estancias hospitalarias más allá de lo comúnmente aceptado por los facultativos así como los ingresos hospitalarios debidos a recaídas o agravaciones que sean consecuencia de la interrupción u omisión por parte del Asegurado, de forma voluntaria y deliberada, notoriamente perjudiciales para su salud y sin causa justificada, de los tratamientos médicos, quirúrgicos o sanitarios que le hayan sido prescritos, no admitiéndose expresamente como justificación las creencias religiosas.
- t) El exceso de la duración de la hospitalización cuando opcionalmente el Asegurado elija un tratamiento alternativo que requiera estancias hospitalarias más prolongadas. El Asegurador abonará únicamente la indemnización correspondiente al tratamiento que, de acuerdo con el criterio comúnmente aceptado por la práctica médica requiera estancias más cortas siendo la diferencia por cuenta del Asegurado.

3.3 Sinistros

3.4 Declaración de siniestros

El Asegurado debe declarar al Asegurador la Hospitalización en un plazo máximo de 30 días.

3.4.1 Documentos requeridos

El Asegurado debe remitir los documentos y los justificantes siguientes:

- a) Certificado médico que indique el motivo de la hospitalización.
- b) Partes de estancia que indiquen las fechas de ingreso y de alta en el hospital.
- c) Documento de identificación bancaria de la cuenta en la que deben abonarse las prestaciones.

El Asegurador se reserva el derecho de solicitar información complementaria y, en particular, datos sobre liquidaciones y notificaciones de la Seguridad Social. El Asegurado debe acceder, si procede, a ser visitado por un médico nombrado por el Asegurador. En caso de desacuerdo, las partes acuerdan someterse al trámite pericial que se regula en el artículo 38 de la Ley de Contrato de Seguro y que recoge en el apartado "Pericia médica" siguiente.

3.4.2 Control médico

El Asegurado debe aportar pruebas que demuestren la necesidad de todo el periodo de hospitalización. A estos efectos, proporcionará los justificantes solicitados y se someterá a las revisiones de control que efectuará el médico delegado por el Asegurador o su representante autorizado. A tales efectos, el Asegurado se compromete a autorizar el acceso a su domicilio o lugar de tratamiento, salvo en caso de oposición justificada.

La falta de información sobre las circunstancias de la hospitalización puede impedir la tramitación del siniestro.

En caso de examen médico, el Asegurado puede ser representado por un médico de su elección. Cada parte corre a cargo de los gastos y honorarios de su médico.

El médico asesor del Asegurador comunicará al Asegurado el resultado del examen médico. El Asegurador puede denegar el abono de las indemnizaciones garantizadas, si estima que el estado del Asegurado no requería una

hospitalización o la extensión del ingreso. En caso de desacuerdo, las divergencias se resolverán conforme al siguiente apartado.

3.4.3 Pericia médica

En caso de que las partes no lleguen a un acuerdo dentro del plazo de cuarenta días desde la comunicación del siniestro, cualquiera de ellas puede iniciar el trámite pericial mediante el nombramiento de un perito médico, comunicándoselo a la otra por escrito. En esta comunicación ha de constar la aceptación de dicho perito médico, y se ha de requerir expresamente a la otra parte para que en el plazo de ocho días, desde que reciba tal comunicación, nombre el suyo. Si no realizase dicho nombramiento, se entenderá que la parte inactiva acepta el dictamen que emita el perito y quedará vinculado por el mismo.

En el caso de que los peritos lleguen a un acuerdo, se reflejará en un acta conjunta en la que se harán constar las causas de siniestro, la valoración de los daños, y las demás circunstancias que influyan en la determinación de la indemnización. Cuando no haya acuerdo entre los peritos, se designará un tercer perito de común acuerdo, o se instará tal designación al juez de primera instancia. Cada parte satisfará los honorarios de su perito, y los del tercero, en el caso de que se llegue a su nombramiento, se pagarán por mitad.

3.4.4 Abono de las indemnizaciones garantizadas

El abono de las indemnizaciones garantizadas se efectúa en un plazo de 15 días tras la recepción de todos los justificantes o el informe del perito, si ha lugar. El pago se realizará al Asegurado. En caso de Hospitalización superior a 30 días, la indemnización se abona al final de cada mes.

Helvetia Compañía Suiza
Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros
Sede Social Sevilla

Paseo de Cristóbal Colón, 26

CP-41001 Sevilla (España)

T +34 954 593 200

F +34 902 366 050

www.helvetia.es

Registro Mercantil de Sevilla, Tomo 136, Libro 14 Sección 3ª
de Sociedades, Folio 47, Hoja 869

C.I.F. A 41003864 Capital Social Suscrito y

Desembolsado: 21.434.838,24 euros

