

# Condiciones Generales del Plan de Hospitalización por Accidente

## A. Introducción

Varios términos y frases tienen significados específicos a la presente Póliza. Para aclararlo, ciertos términos figuran en letras mayúsculas y su significado se explica en el apartado Definiciones. Si lee una palabra o frase en letras mayúsculas y no está seguro de su significado exacto, consulte el significado en el apartado Definiciones

Las presentes condiciones generales de la Póliza, la información precontractual, las Condiciones Específicas y cualquier formulario de solicitud utilizado para solicitar el seguro constituyen Su Póliza de Seguro. Dichos documentos deberán leerse de forma conjunta. Los documentos son importantes, por lo que le rogamos que los guarde en un lugar seguro.

Este Plan de Hospitalización por Accidente proporciona las Prestaciones siguientes:

- Una Prestación por cada Día de Hospitalización en España como resultado directo de un Accidente en España o en Territorio Extranjero.
- Una Prestación por cada Día de Hospitalización en Territorio Extranjero como resultado directo de un Accidente en Territorio Extranjero.
- Una Prestación única en caso de que un Adulto Asegurado o un Hijo Asegurado sufra una Muerte Accidental

Aceptamos proporcionarle la cobertura del seguro descrita en la presente Póliza a las personas aseguradas, siempre que la Prima se pague al vencimiento, y acordemos aceptarla

Tras haber recibido y sido informado de las presentes condiciones generales, usted y cualquier otro Adulto Asegurado o Hijo Asegurado reconoce y acepta la redacción importante resaltada en negrita en los siguientes apartados. "B. Definiciones", "C. Quién puede suscribir esta Póliza", "E. Limitaciones de la cobertura", "F. Qué no está cubierto (exclusiones)", "G. Riesgos extraordinarios", "I. Cuándo termina su cobertura", "J. Plazo del Seguro y Renovación", "K. Pago de su Prima", "L. Cuándo puede cancelar la Póliza", "M. Cuándo podemos cancelar nosotros la Póliza", "N. Cómo notificar un siniestro", "O-1. Revisión de las Condiciones de la Póliza", "O-2. Modificaciones de nombre o dirección del Tomador de la Póliza", "O4. Información incorrecta y mala praxis deliberada", "O-8. Duplicado de la Póliza" y "R. Protección de datos".

Le recomendamos revise su cobertura al menos una vez al año para asegurarse de que la presente Póliza sigue satisfaciendo sus necesidades.

## B. Definiciones

Cuando en su póliza aparezcan los siguientes términos o expresiones, tendrán el significado que se indica aquí:

**ACCIDENTE** significa un evento repentino, inesperado y lamentable que se produce mientras la Póliza está en vigor y que se deriva directamente de un medio externo y violento.

**MUERTE ACCIDENTAL** significa la muerte de un Adulto Asegurado o Hijo Asegurado como resultado directo de una Lesión Corporal provocada por un Accidente.

**BENEFICIARIO DE LA MUERTE ACCIDENTAL** significa la persona con derecho a recibir la Prestación en efectivo en caso de que Usted sufra una Muerte Accidental. Salvo que Usted especifique a otra persona, éste será su sucesor legal. Si algún Adulto Asegurado y/o Hijo Asegurado cubierto en Su Póliza sufre una Muerte Accidental, el Beneficiario será Usted, si está vivo.

**PRESTACIÓN** significa la cuantía por la que el Adulto Asegurado y el Hijo Asegurado están cubiertos en la Póliza. La Prestación o las Prestaciones en efectivo figuran en las Condiciones Específicas.

**LESIONES CORPORALES** significa daños físicos a un Adulto Asegurado o Hijo Asegurado provocados directamente por un Accidente.

**HIJO o HIJOS** significan todos los Hijos del Adulto Asegurado de hasta 18 años de edad (inclusive) cuyo Domicilio Principal sea el mismo que el Suyo, o todos los Hijos del Adulto Asegurado de hasta 22 años (inclusive) que sean estudiantes a tiempo completo.

**FECHA DE MODIFICACIÓN** es la fecha en que se realizaron cambios en Su Póliza

**DÍA** significa 24 horas consecutivas.

**MÉDICO** significa un facultativo médico que esté debidamente autorizado y legalmente capacitado para diagnosticar y tratar enfermedades y lesiones. Dicha persona deberá prestar servicios en el ámbito de su licencia. El Médico no podrá ser Usted ni Su Pareja ni el progenitor ni el Hijo ni el hermano o la hermana de Usted o Su Pareja

**HOSPITAL** es una institución médica reconocida por los seguros sociales oficiales con instalaciones quirúrgicas y de internación de pacientes con atención de enfermería las 24 horas y supervisión de al menos un Médico.

**HOSPITALIZACIÓN/HOSPITALIZADO** significa ser admitido en un Hospital como paciente interno para ser sometido al tratamiento necesario de una Lesión Corporal como resultado directo de un Accidente.

**ADULTO ASEGURADO** es el Tomador de la Póliza y la Pareja del Tomador de la Póliza, si se ha seleccionado la cobertura de la Pareja y se ha pagado la Prima correspondiente.

**HIJO ASEGURADO o HIJOS ASEGURADOS** es un Hijo o los Hijos, si se ha seleccionado la cobertura y se ha pagado la Prima correspondiente..

**LEY DE CONTRATOS DE SEGUROS** significa la Ley 50/1980 de 8 de octubre, sobre Contratos de Seguros.

**DOMICILIO PRINCIPAL** es la dirección principal en la que vive una persona y ha sido elegida como su domicilio principal y está justificada con documentos oficiales.

**TRATAMIENTO NECESARIO** es el tratamiento médico para una Lesión Corporal como resultado directo de un accidente y que mantenga la coherencia con las prácticas médicas actualmente aceptadas.

**TERRITORIO EXTRANJERO** hace referencia a Argelia, Andorra, Australia, las Azores, las Bermudas, Bosnia-Herzegovina, Brasil, Canadá, las **ISLAS DEL CARIBE**, Costa Rica, Egipto, la Unión Europea (salvo España), la Polinesia Francesa, Gibraltar, Guayana, Islandia, Japón, Reunión, Liechtenstein, República de Macedonia, Madeira, Maldivas, Mayotte, México, Mónaco, Montenegro, Marruecos, Nueva Caledonia, Nueva Zelanda, Noruega, San Pedro y Miquelón, San Marino, Serbia, Singapur, Sudáfrica, Corea del Sur, Suiza, Tailandia, Túnez, Turquía, Estados Unidos de América, Ciudad del Vaticano, Wallis y Futuna.

(Las **ISLAS DEL CARIBE** son Anguila, Antigua y Barbuda, Aruba, Bahamas, Barbados, Bonaire, las Islas Vírgenes Británicas, las Islas Caimán, Cuba, Curazao, Dominica, República Dominicana, Granada, Guadalupe, Haití, Jamaica, Martinica, Montserrat, Navaza, Puerto Rico, Saba, San Bartolomé, San Eustaquio, San Cristóbal y Nieves, Santa Lucía, St. Maarten, San Martín, San Vicente, Trinidad y Tobago, islas Turcas y Caicos y las Islas Vírgenes de EE.UU.)

**PAREJA** significa la persona de edad comprendida entre los 18 y los 65 años en la Fecha de Inicio de la Póliza, y cuyo Domicilio Principal es el mismo que el de Usted, y que o esté casada con Usted, sea Su pareja de hecho o haya estado viviendo con Usted como pareja en el mismo domicilio durante doce meses consecutivos.

**DATOS PERSONALES** significa los datos suministrados por Usted y otras personas que figuran en la Póliza.

**PÓLIZA** significa los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones acordados entre Nosotros para ofrecer Su cobertura de seguro. La Póliza se compone de las condiciones generales, las Condiciones Específicas, la información precontractual y el formulario de solicitud, cuando proceda. Dichos documentos deberán leerse de forma conjunta.

**TOMADOR DE LA PÓLIZA** significa la persona que suscribió el contrato de seguro y que paga la Prima y tiene el derecho legal a cancelar la Póliza o modificar el nivel de cobertura.

**CONDICIONES PREEXISTENTES** significa cualquier enfermedad, trastorno, dolencia, condición natural, proceso degenerativo, condición médica o mental, lesión o discapacidad física, para los cuales el Adulto Asegurado o el Hijo Asegurado, en cualquier momento en los dos años anteriores a la fecha del Accidente:

- (a) haya recibido tratamiento o asesoramiento médico; o
- (b) haya experimentado los síntomas (diagnosticados o no).

**PRIMA** significa los costes, impuestos y recargos incluidos, que Usted paga cada mes por Su cobertura en virtud de la presente Póliza.

**RESIDENTE** significa tener un Domicilio Principal en España, que viva en dicho país durante al menos siete meses de cada periodo de doce meses, y que tenga una cuenta bancaria española válida o tarjeta de crédito o método de pago españoles, según lo que acordemos en relación con el pago de Primas en dicho país.

**CONDICIONES ESPECÍFICAS** son el documento que forma parte de Su Póliza; incluye información importante específica para Su seguro

**ESPAÑA** significa todo el territorio bajo la soberanía de España.

**FECHA DE INICIO DE LA COBERTURA** significa el día, mes y año en que Su cobertura comienza tal y como se indica en las Condiciones Específicas.

**NOSOTROS, NOS, NUESTROS o NUESTRAS** se refiere a Stonebridge International Insurance Ltd., el asegurador de esta Póliza.

**USTED, SU y SUS** significa el Tomador de la Póliza.

### **C. Quién puede suscribir la presente Póliza**

Para suscribir la presente Póliza, Usted y Su Pareja deberán:

- tener entre 18 y 65 años de edad (inclusive) en la Fecha de Inicio de la Cobertura; y
- ser Residente en España

### **D. Qué coberturas se ofrecen**

#### ***i. Prestaciones diarias por hospitalización en España***

Pagaremos al Tomador de la Póliza la Prestación Diaria por Hospitalización en España establecida en las Condiciones Específicas por cada Día que un Adulto Asegurado o Hijo Asegurado se encuentre Hospitalizado en España como resultado directo de un Accidente en España o en Territorio Extranjero

#### ***ii. Prestaciones diarias por hospitalización en territorio extranjero***

Pagaremos al Tomador de la Póliza la Prestación Diaria por Hospitalización en Territorio Extranjero establecida en las Condiciones Específicas por cada Día en que un Adulto Asegurado o Hijo Asegurado se encuentre Hospitalizado en Territorio Extranjero como resultado directo de un Accidente en Territorio Extranjero.

#### ***iii. Prestación por Muerte Accidental***

Pagaremos al Beneficiario de la Muerte Accidental la Prestación establecida en las Condiciones Específicas por la Muerte Accidental de un Adulto Asegurado o Hijo Asegurado en España o en Territorio Extranjero.

## **E. Limitaciones de la cobertura**

### **Prestaciones**

El nivel de Prestación será el que se aplique en la fecha del Accidente.

### **Hospitalización**

Un Doctor deberá ordenar la Hospitalización durante un mínimo de un Día completo.

**Podremos recurrir a organizaciones homólogas u otras opiniones médicas profesionales para determinar si la Hospitalización fue:**

- clínicamente necesaria; y
- coherente con los estándares de atención reconocidos profesionalmente con relación a la calidad, frecuencia y duración.

**El Adulto o Hijo Asegurado Ingresado deberá recibir el Tratamiento Necesario bajo la atención profesional de un Médico.**

- El Médico deberá proporcionar el Tratamiento Necesario dentro del ámbito de su título
- El Médico no podrá ser Usted ni Su Pareja ni el progenitor ni el Hijo ni el hermano o la hermana de Usted o Su Pareja.

**Confinamientos recurrentes – los periodos de Hospitalización adicionales por la misma Lesión Corporal resultante directa del Accidente original deberán tener lugar dentro del periodo de 90 días a partir del final de la última Hospitalización. El nivel de Prestación detallado en las Condiciones Específicas será el que se aplique en la fecha del Accidente original.**

### ***Para i. La Prestaciones Diarias por Hospitalización en España***

- El Adulto o Hijo asegurado deberá ser Hospitalizado en España dentro del periodo de 90 días después del Accidente en España o en Territorio Extranjero.
- Las Prestaciones se abonarán a partir del primer Día de Hospitalización, durante un máximo de 365 Días de Ingreso Hospitalario por Accidente.

### ***Para ii. Prestaciones Diarias por Hospitalización en Territorio Extranjero***

- El Adulto o Hijo Asegurado deberá ser Hospitalizado en Territorio Extranjero dentro del periodo de 30 días después del accidente en Territorio Extranjero.
- Las Prestaciones se abonarán a partir del primer Día de Hospitalización, durante un máximo de 30 Días de Ingreso Hospitalario por Accidente.

### **Muerte Accidental**

**Una Muerte Accidental debe ocurrir dentro de los doce meses posteriores a la fecha del Accidente.**

### **Condiciones Preexistentes**

**Sólo abonaremos las Prestaciones si la Hospitalización o Muerte Accidental se produce como resultado directo del Accidente. Se tomarán en consideración las Condiciones Preexistentes a la hora de calcular el importe en los casos siguientes:**

- la **Condición Preexistente** es un factor que contribuyente al siniestro
- cuando la Condición Preexistente aumenta el periodo de Hospitalización del Adulto Asegurado o del Hijo Asegurado.

**Una evaluación médica se convertirá en un porcentaje que se aplicará a la Prestación a pagar. Si el porcentaje calculado es inferior al 25 %, abonaremos la Prestación total.**

**Obtendremos la evaluación médica de Su Médico. Si no son capaces o no están dispuestos a proporcionar dicha evaluación, obtendremos una evaluación de un Médico independiente.**

## **F. Qué no está cubierto (exclusiones)**

### **No pagaremos la Prestación en caso de que la Hospitalización o Muerte Accidental:**

- Se deba a una enfermedad o infección, y su tratamiento clínico relacionado, aunque la Autoridad Laboral competente lo declare como accidente laboral, salvo que el Accidente sea la causa directa.
- Se deba a una condición de origen natural, un proceso degenerativo o un trastorno médico o mental.
- Esté causado por suicidio, lesión auto infligida o cualquier acto u omisión intencionado o imprudente que cause lesiones graves o la muerte, tanto si está en plenas facultades mentales como si no.
- Se deba a la influencia o los efectos de medicamentos o medicación, a menos que los medicamentos o medicación se hayan tomado conforme a las instrucciones del fabricante o de conformidad con las instrucciones de un facultativo médico colegiado
- se deba a la conducción o a estar en control de un vehículo mientras estando bajo la influencia de, o afectado por el alcohol y/o con más alcohol en la sangre/orina del que está permitido en el país en el que se produce el Accidente
- Se produzca como resultado de la participación, intento o actuación como cómplice en un acto ilícito de conformidad con la legislación del territorio en el que se produce el Accidente
- Sea resultado de conflicto bélico (declarado o sin declarar), invasión, acción militar o disturbios sociales, o se produzca en acto de servicio, formación u operaciones de las fuerzas armadas
- Sea el resultado de un procedimiento médico o quirúrgico, a menos que el procedimiento fuese necesario tras un Accidente.
- Suceda como resultado de un comportamiento que contradiga el consejo médico
- Suceda en cualquier país que no sea España o Territorio Extranjero
- Se deba a un Accidente producido como resultado de un riesgo extraordinario (tal como viene definido en la Normativa de Seguros de Riesgos Extraordinarios), que obtendrá cobertura por parte del Consorcio de Compensación;
- Sea resultado de un Accidente excluido de la Normativa de Seguros de Riesgos Extraordinarios (Consortio).

### **No pagaremos la Prestación en caso de que la Hospitalización:**

- **se realice en una institución o parte de una institución que opere fundamentalmente como, o para:**
  - tratamientos de balnearios de salud o tratamientos de recuperación o como sanatorio o ;
  - un centro de rehabilitación, descanso o enfermería o
  - una instalación que proporcione fundamentalmente atención de vigilancia, psiquiátrica, paliativa, educativa o de rehabilitación; o
  - un centro de mayores.
- esté destinada para a la atención y el tratamiento ambulatorio, incluyendo cirugía ambulatoria u observación ambulatoria recibida en un hospital
- esté destinada a realizar operaciones, tratamientos o servicios no reconocidos como un tratamiento válido por una sociedad médica establecida en España
- realice operaciones, tratamientos o servicios de naturaleza experimental
- esté orientada a tratamientos de rehabilitación, que pueden administrarse para devolver al Adulto o Hijo asegurado sus capacidades físicas o mentales completas.

## **G. Riesgos Extraordinarios**

### **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 riesgos afectados dentro de este país, 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 favor del Consorcio y se produjera cualquiera 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 quiebra 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.

Resumen de las normas legales

### **1. Acontecimientos extraordinarios cubierto**

- a)** Los siguientes fenómenos naturales: terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias (incluyendo los embates de mar), erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 135 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 para el cual no 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 naturales 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 directamente por la acción del agua de lluvia.
- 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.

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](http://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.

#### H. Cuándo comienza su cobertura

La cobertura comienza a partir de la Fecha de Inicio. Cualquier modificación de la cobertura comienza a partir de la Fecha de Modificación de la Cobertura. Ambas fechas figuran en Sus Condiciones Específicas.

#### I. Cuándo termina su cobertura

**Toda cobertura en virtud de la presente Póliza termina de manera automática en las siguientes circunstancias, lo que suceda antes:**

- en el momento de Su fallecimiento;
- la fecha de renovación tras su 70 cumpleaños
- si la Prima mensual no se paga en la fecha de vencimiento;
- si la Póliza es cancelada por Usted;
- si la Póliza es cancelada por Nosotros; o
- Usted deja de ser Residente en España.

Si Su Póliza incluye cobertura para Su Pareja y/o un Hijo Asegurado, Su Pareja o Hijo Asegurado dejarán de estar cubiertos cuando ya no se ajusten a la descripción que figura en el apartado B titulado “Definiciones”.

**Su Pareja dejará de estar cubierta tras la renovación posterior a su 70 cumpleaños**

#### J. Plazo del Seguro y Renovación

Su Póliza tiene una duración mensual se renueva automáticamente cada mes natural completo tras la Fecha de Inicio de Cobertura de la Póliza, siempre y cuando Usted pague el

importe de las Primas que figura en las Condiciones Específicas (o la tasa vigente en el momento de la renovación tras su previa notificación por Nuestra parte) antes de la fecha de vencimiento.

**Si Usted no paga la Prima tal como se especifica en el Apartado K, Su Póliza no se renovará.**

#### **K. Pago de Su Prima**

La Prima mensual de Su cobertura es la que figura en las Condiciones Específicas de Su Póliza. La Prima incluye impuestos y recargos que se le aplican a Usted en la fecha actual.

Usted comienza el pago de Su cobertura en la fecha de vencimiento de la Prima que figura en Sus Condiciones Específicas; tras ello, Usted la pagará mensualmente el mismo día de cada mes.

**Usted deberá notificarnos a la mayor brevedad posible cualquier cambio que implique que una Pareja o un Hijo Asegurado ya no tenga derecho a la cobertura en Su Póliza, para que no pague de más.**

**Si Usted no paga la Prima, dispone de 30 días para pagarla, siempre y cuando continúe cumpliendo las condiciones de la Póliza. Si no la paga durante dicho periodo, Su Póliza no se renovará y Nosotros la cancelaremos automáticamente. Si la Prima se paga durante el plazo de 30 días, la cobertura funcionará como si se hubiera pagado en la fecha de vencimiento.**

**Restableceremos Su Póliza si Usted nos lo solicita y paga la Prima dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que hayamos cancelado la Póliza. No existe cobertura de seguro para siniestros que hayan tenido lugar durante el periodo tras la cancelación de su Póliza y antes de que recibamos Su solicitud para restablecer la Póliza.**

***Le rogamos tenga en cuenta que: Puede haber otros cargos que Usted deba pagar a Su proveedor de pagos. Si tiene alguna pregunta relacionada con Sus cargos, póngase en contacto directamente con Su proveedor de pagos.***

#### **L. Cuándo puede cancelar la Póliza**

Usted podrá cancelar la Póliza en cualquier momento poniéndose en contacto con el Centro de Atención al Cliente, cuyos datos figuran en Sus Condiciones Específicas.

**Si, tal como se detalla a continuación en el Apartado O – 1 “Revisión de las Condiciones de la Póliza”, realizamos un cambio en la Prima o en las condiciones generales de Su Póliza y dichos cambios no le parecen razonables, Usted puede cancelar la Póliza. Las modificaciones de la Prima y/o condiciones generales no tendrán validez siempre y cuando la cancelación se realice antes de la Fecha de Modificación indicada en Sus Condiciones Específicas.**

Seguirá estando cubierto por la Póliza hasta la próxima fecha de vencimiento de la Prima. No deberán pagarse nuevas Primas.

#### **M. Cuándo podemos cancelar nosotros la Póliza**

**Podremos cancelar la Póliza en cualquier momento mediante notificación previa por escrito con una antelación mínima de 2 meses remitida a Su última dirección conocida a partir del final del periodo desde el cual tendría lugar la rescisión de Su Póliza. Hacemos esto para darle el tiempo o la oportunidad de organizar una cobertura sustitutiva si así lo desea.**

En Nuestra carta expondremos el motivo de la cancelación. Las razones válidas incluyen, a título enunciativo y no limitativo:

- impago de una Prima de la forma establecida en la condición J anterior;

- cuando, de acuerdo con los términos de la presente Póliza, Usted esté obligado a cooperar con Nosotros, o a enviarnos información o documentación, y no lo haga de forma que afecte sustancialmente a Nuestra capacidad de tramitar una modificación o defender Nuestros intereses. En este caso, podríamos emitir una carta de cancelación y se cancelaría Su Póliza si Usted no cooperara con Nosotros o no Nos facilitara la información o documentación antes del fin del periodo de cancelación; o
- cuando tengamos sospechas razonables de mala praxis deliberada.

#### **N. Cómo notificar un siniestro**

Para notificar un siniestro conforme a la Póliza, póngase en contacto con el Centro de Atención al Cliente y solicite un formulario de notificación de siniestro. Solicitaremos los detalles y cualquier información relevante que necesitemos para estudiar el siniestro.

Solamente pagaremos la Prestación si se Nos facilitan los certificados y cualquier otra prueba que solicitemos.

La persona que puede presentar una reclamación en Su Póliza será normalmente el Tomador de la Póliza o el Beneficiario o el representante correspondiente del Tomador de la Póliza. En caso de una Muerte Accidental la persona con derecho a recibir la prestación será el Beneficiario de la Muerte Accidental. Los datos de contacto son los que figuran en Sus Condiciones Específicas.

Una vez que acordemos el pago de la reclamación, abonaremos cualquier Prestación en efectivo al Tomador de la Póliza o al Beneficiario de la Muerte Accidental con prontitud y cesará Nuestra responsabilidad respecto a la persona asegurada.

#### **O. Disposiciones generales**

##### **1. Revisión de las Condiciones de la Póliza**

**Podemos cambiar las condiciones generales de Su Póliza, incluida la cuantía de Su Prima, mediante un aviso por escrito remitido a Su última dirección conocida con una antelación mínima de 2 meses. Si los cambios le parecen razonables, esta Póliza continuará y los términos y condiciones revisados y/o la Prima revisada entrarán en vigor a partir de la Fecha de Modificación indicada en Sus Condiciones Específicas. Usted podrá cancelar la Póliza si no acepta las condiciones revisadas, tal como se detalla en el Apartado L.**

En caso de que le remitamos dicho aviso, expondremos el motivo, por ejemplo:

- responder a los cambios en la legislación;
- cumplir con los requisitos normativos;
- reflejar las nuevas directrices del sector y los códigos de prácticas que aumentan los niveles de protección de los consumidores;
- responder a los cambios en los tipos impositivos o recargos aplicables; o
- reflejar otras subidas legítimas de costes o incrementos o disminuciones de las Prestaciones relacionados con la continuación de los servicios y Prestaciones que le ofrecemos a Usted en virtud de Su Póliza.

##### **2. Modificaciones del nombre o la dirección del Tomador de la Póliza**

**Usted deberá informarnos de cualquier cambio en Su dirección y/o nombre. Continuaremos comunicándonos con Usted y enviándole notificaciones acerca de Su Póliza a la última dirección conocida y nombre que tengamos de Usted. Asumiremos que habrá recibido toda comunicación y/o notificación acerca de Su Póliza enviadas a Su última dirección conocida.**

##### **3. Moneda**

Todas las Prestaciones en efectivo y las Primas se pagan en euros.

#### 4. Información incorrecta y mala praxis deliberada

**Usted debe tratar razonablemente de ofrecer respuestas completas y precisas a las preguntas que le formulemos al suscribir Nuestra Póliza, realizar cambios o declarar un siniestro . Si tiene alguna duda, póngase en contacto con Nosotros.**

**Si la información facilitada por Usted no es completa ni exacta:**

- Podríamos cancelar Su Póliza y rechazar el pago de cualquier siniestro;
- Podríamos no pagar el siniestro en su totalidad; o
- El alcance de la cobertura podría verse afectado.

**Adicionalmente, si Usted o las personas aseguradas en virtud de la presente Póliza cometen o tratan de cometer fraude en relación con la presente Póliza o con un siniestro, esta Póliza será nula. En este caso, Usted y las personas aseguradas en virtud de la presente Póliza perderán todos los derechos sobre cualesquiera Prestaciones en efectivo y sobre la devolución de las Primas que Usted haya pagado.**

#### 5. Legislación, idioma y jurisdicción aplicables

La presente Póliza se regirá por la legislación española y Usted y Nosotros aceptamos someternos a los tribunales de España para resolver cualquier disputa que surja de la misma o en relación con la misma. En cualquier caso, el tribunal competente encargado de resolver cualquier disputa que surja de la presente Póliza o en relación con la misma será el tribunal de la dirección del asegurado. A menos que se acuerde lo contrario, las condiciones generales y demás información relacionada con la presente Póliza estarán en español.

#### 6. Cómo funciona el Financial Services Compensation Scheme (FSCS)

Estamos cubiertos por el Financial Services Compensation Scheme del Reino Unido (FSCS) y Usted podría tener derecho a una compensación del plan si no podemos cumplir con Nuestras obligaciones. Esto depende del tipo de actividad y las circunstancias de la reclamación. Puede obtenerse más información sobre los acuerdos de compensación en el FSCS en [www.fscs.org.uk](http://www.fscs.org.uk) o llamando a los teléfonos +44 (0) 20 7741 4100.

#### 7. Quejas

Nuestro objetivo es ofrecer un servicio excelente a Nuestros clientes. Sin embargo, podría haber ocasiones en las que Usted no se sienta satisfecho con el servicio que ha recibido. En caso de que esto ocurra, ayúdenos a hacer las cosas bien poniéndose en contacto en primer lugar con Nuestro Centro de Atención al Cliente, cuyos datos figuran en Sus Condiciones Específicas.

Siempre intentaremos resolver Su queja al final del día laborable siguiente de la recepción de la queja. Si existen posibilidades de que no nos sea posible resolverla en este periodo de tiempo, le enviaremos una carta de reconocimiento en la que vendrá resumida Su queja y una fecha en la que prevemos responder a sus preguntas. En el improbable caso de que no hayamos resuelto su queja en un periodo de 8 semanas, le detallaremos la causa del retraso y le aclararemos cuándo prevemos que podremos concluir una resolución final.

Se le enviará una carta con la respuesta final con el fin de satisfacer por completo sus inquietudes.

**Si, tras seguir el procedimiento anterior, Usted considera que Su queja aún no ha sido resuelta adecuadamente, podría tener derecho a someter el asunto a una de las siguientes instituciones:**

Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Hacienda, Avenida del General Perón número 38, 28020, Madrid.

Teléfono: 952 24 99 82

Sitio web: [www.dgsfp.mineco.es](http://www.dgsfp.mineco.es)

Or:

Financial Ombudsman Service, Exchange Tower, Harbour Exchange, London, E14 9SR,  
United Kingdom

Teléfono: +44 20 7964 0500

Sitio web: [www.financial-ombudsman.org.uk](http://www.financial-ombudsman.org.uk)

#### **8. Duplicación de la Póliza**

**Tenga en cuenta que, a menos que se acuerde entre Nosotros, usted solamente tendrá derecho a una cobertura de seguro por una Póliza en un momento dado.**

#### **P. Nuestra dirección y quién nos regula**

Stonebridge International Insurance Ltd. es una compañía de seguros que proporciona productos de seguros generales. Nuestro domicilio social se encuentra en: 4th Floor, 7/10 Chandos Street, London, W1G 9DQ and our company registration number is 3321734.

Operamos en España en el marco de la libre prestación de servicios. Estamos autorizados por la Prudential Regulation Authority y regulados por la Financial Conduct Authority y la Prudential Regulation Authority en el Reino Unido. Nuestro número de servicios financieros es el 203188. Puede comprobarlo en el Financial Services Register visitando el sitio web de la Financial Conduct Authority, (FCA) [www.fca.org.uk/register](http://www.fca.org.uk/register) o poniéndose en contacto con la FCA llamando al: +44 (0) 20 7066 1000.

#### **R. Información de Protección de Datos**

Nosotros somos los controladores de datos de cualquier información personal que se nos brinde sobre usted como titular de la póliza y otras personas que figuran en la póliza, cotización o reclamo (como se define en la European Union General Data Protection Regulations and any successor regulation (EU GDPR)). Es su responsabilidad asegurarse de que todas las personas mencionadas en la póliza sepan quiénes somos y cómo se procesará su información.

Su información personal se utilizará con el fin de proporcionar servicios de seguros: para decidir si podemos ofrecerle un seguro; para administrar su póliza y manejar reclamos.

Conservamos la información personal durante el período necesario para cumplir con los fines establecidos anteriormente y es posible que se nos solicite conservar esta información después de que su póliza haya finalizado por motivos legales, reglamentarios o fiscales.

Somos parte del Grupo Embignell y podemos compartir su información personal con el grupo Embignell, reaseguradores, socios comerciales y agentes para ayudar a administrar los productos y servicios y cumplir con nuestras obligaciones regulativas/regulatorias. Puede encontrar más información en nuestra Política de Privacidad que se puede ver en línea en [www.embignell.com/privacy-policy](http://www.embignell.com/privacy-policy)

Según la ley de protección de datos, usted tiene ciertos derechos que debemos informarle. Los derechos disponibles para usted dependen de nuestros motivos para procesar y retener su información.

Tiene derecho a:

- acceder a la información personal que tenemos sobre usted o cualquier otra persona en la póliza
- corregir la información personal que cree que es inexacta o actualizar la información que cree que está incompleta
- hacer que se elimine información personal en determinadas circunstancias
- restringirnos el procesamiento de información personal, bajo ciertas circunstancias

- oponerse a que procesemos información personal, en determinadas circunstancias
- realizar una queja

Si desea ejercer alguno de sus derechos o para cualquier consulta, contamos con un Delegado de Protección de Datos dedicado al que puede contactar.

Detalles de contacto:

Por correo electrónico: [dataprotection@embignell.com](mailto:dataprotection@embignell.com)

Por correo postal: Data Protection Team, 39/51 Highgate Road, Londres NW5 1RT

La información que ha solicitado se le proporcionará en un formato adecuado para satisfacer sus necesidades.

Si no podemos resolver la queja a su satisfacción y usted es residente de un estado de la UE / EEE, también tiene derecho a comunicarse con su Autoridad de Protección de Datos local en los detalles a continuación, que es la Autoridad de Supervisión en su estado la cual protege los derechos de personas bajo las actuales regulaciones de GDPR de la UE.

#### **Autoridad local de protección de datos**

Agencia Española de Protección de Datos (AEPD)

C/Jorge Juan, 6

28001 Madrid

Tel. +34 91 266 3517

Fax +34 91 455 5699

email: [internacional@aepd.es](mailto:internacional@aepd.es)

Website: <https://www.aepd.es/>

El Aviso de protección de datos completo se puede ver en línea en [www.stonebridge-insurance.com/es/---/Data-Protection/](http://www.stonebridge-insurance.com/es/---/Data-Protection/) o puede solicitar una copia comunicándose con el Equipo de Servicio al Cliente.