

Seguro de Vida y Salud para residencias pasivas

Condiciones Generales y Especiales

MOD. 001.OAP.0174

Octubre 2018



1. Bases contractuales

1.0. Preliminar

El presente contrato de seguros se rige por lo que dispone la legislación vigente en el Principado de Andorra y por las disposiciones de las Condiciones Generales, Especiales y Particulares.

1.1. Definiciones

En este contrato se entiende por:

1.1.1. Asegurador. La persona jurídica que asume el riesgo pactado contractualmente. En este contrato, Mora Assegurances, SAU.

1.1.2. Contratante. La persona física o jurídica que, junto con el Asegurador, suscribe el contrato y asume sus obligaciones, exceptuando aquellas que, dada su naturaleza, deben ser asumidas por el Asegurado.

1.1.3. Asegurado. La persona física titular del interés objeto del Seguro y que, en caso de ausencia del Contratante, asume las obligaciones del contrato.

1.1.4. Edad. Es la del aniversario más próximo, por exceso o por defecto, a la fecha considerada.

1.1.5. Beneficiario. La persona, física o jurídica que, previamente designada por el Asegurado, resulta titular del derecho a la indemnización.

1.1.6. Póliza. El documento que contiene las condiciones reguladoras del seguro.

Forman parte integrante de la Póliza: las Condiciones Generales y Especiales, el Cuestionario-Solicitud y las Condiciones Particulares que individualizan el riesgo, así como los Suplementos que se emitan para complementarla o modificarla.

1.1.7. Cuestionario- Solicitud. El documento mediante el cual el Contratante solicita la contratación del seguro. Contiene los datos personales del Contratante, del Asegurado y, en su caso, del resto del Grupo Asegurado, las garantías aseguradas con sus características y la designación de los Beneficiarios.

1.1.8. Condiciones Particulares. El documento que acredita los derechos del Asegurado y, en su caso, del Beneficiario.

1.1.9. Tarifa. Tasa fija, porcentual o por mil, utilizada en el cálculo de la prima. Estas tarifas pueden variar anualmente en función de la edad y el sexo del asegurado.

1.1.10. Prima. El precio del seguro.

1.1.11. Divisa. Todos los efectos económicos de este contrato se consideran, en principio, referenciados al euro, salvo cuando en las Condiciones Particulares se especifique otra cosa. Si el euro o la divisa especificada es sustituida por otra, se entenderá, desde ese mismo momento, que los efectos económicos mencionados se refieren a la divisa que sustituye la inicial.

1.1.12. Período de Carencia. Es, para las garantías a las que se aplica, el número de días que debe transcurrir desde la fecha de efecto de la garantía hasta el inicio efectivo de la cobertura de las indemnizaciones pactadas.

1.1.13. Enfermedad. Cualquier alteración de la salud, diagnosticada y confirmada por un médico legalmente habilitado.

1.1.14. Accidente. Lesión corporal sobrevinida al Asegurado y debida a una causa repentina, externa y violenta, independientemente de la voluntad dolosa del Asegurado.

1.1.15. Aviso de renovación. Documento que se envía al domicilio del Contratante unos días antes de la renovación anual de su póliza, y en el que se le informa de las garantías que se renovarán, de los capitales asegurados y del coste total del próximo recibo.

1.2. Declaraciones y comunicaciones

1.2.1. Declaraciones iniciales. Las declaraciones del Contratante y del Asegurado efectuadas en el Cuestionario-Solicitud y, en su caso, en el reconocimiento médico del Asegurado, constituyen, junto con esta póliza, una unidad que es la base del seguro.

1.2.2. Modificación de la póliza. El Asegurador entrega al Contratante del seguro un ejemplar del Cuestionario-Solicitud, las nuevas Condiciones Particulares en un número de suplemento correlativo y, en su caso, otros documentos suscritos tanto por el Asegurado como por el Contratante.

El Contratante del seguro, en el plazo de un mes a partir de la entrega de la póliza o de las condiciones de la renovación, puede reclamar al Asegurador que resuelva las diferencias entre la Póliza y la solicitud del seguro o de las cláusulas acordadas, o bien dar por rescindido el contrato sin renovarlo. Transcurrido este plazo sin efectuarse ninguna reclamación, el Contratante deberá atenerse a aquello que dispone la Póliza o sus suplementos sucesivos.

El Contratante puede solicitar una reducción de la Prima si concurren circunstancias que disminuyan el riesgo y que sean de tal naturaleza que, si el Asegurador las hubiese conocido en el momento de la perfección del contrato, lo habría concluido en condiciones más favorables.

1.2.3. Modificación del riesgo. Durante el curso del contrato y lo antes posible, el Contratante o el Asegurado deben comunicar al Asegurador todas aquellas circunstancias relacionadas con las actividades profesionales, deportivas o de ocio del Asegurado, o con el lugar de residencia, susceptibles de agravar el riesgo y que sean de naturaleza tal que si el Asegurador las hubiera conocido en el momento de la perfección del contrato, no lo habría concluido o lo habría hecho en condiciones más onerosas.

El Asegurador puede proponer una modificación del contrato en el plazo de dos meses a partir del día en que se le haya comunicado la agravación. En tal caso, el Contratante dispone de quince días, a partir de la recepción de esta propuesta, para aceptarla o rechazarla.

Asimismo, el Asegurador puede rescindir el contrato mediante comunicación escrita al Contratante en el plazo de un mes a partir del día en que haya tenido conocimiento de la agravación del riesgo.

1.2.4. Exactitud de las declaraciones. Si el Contratante del seguro o el Asegurado no ha efectuado la declaración inicial o las adicionales de manera exacta y exhaustiva, y se produce un siniestro, el Asegurador quedará liberado de su prestación si el Contratante o el Asegurado han actuado de mala fe o si la inexactitud u omisión corresponde a una de las exclusiones del contrato. De otra forma, la prestación del Asegurador se reduce proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y aquella que se habría aplicado en caso de conocer la verdadera entidad del riesgo.

1.2.5. Domicilio de las comunicaciones. Las comunicaciones del Contratante del seguro y, en su caso, del Asegurado, al Asegurador se harán al domicilio social del Asegurador que se indica en la póliza.

Las comunicaciones del Asegurador al Contratante del seguro y, en su caso, al Asegurado, se harán al domicilio que figura en la póliza, salvo que se haya comunicado un cambio de dirección al Asegurador.

1.3 Toma de efecto y vigencia del contrato

1.3.1. Toma de efecto. La póliza se perfecciona mediante la firma de las partes en los documentos contractuales:

- El Contratante y el Asegurado deben firmar el Cuestionario-Solicitud y la Cláusula de protección de datos.
- El Asegurador debe firmar las Condiciones Particulares.

La fecha de efecto de la póliza es la que figura en las Condiciones Particulares.

La o las coberturas contratadas, y sus posibles modificaciones o adiciones, únicamente tienen efecto tras hacerse efectivo el pago del primer recibo de prima inicial o del suplemento correspondiente, salvo pacto contrario en las Condiciones Particulares.

El pago del primer recibo de prima significa que el Asegurado acepta las Condiciones Particulares.

Las obligaciones del Asegurador empiezan a partir del día en que se han formalizado estos requisitos.

En caso de modificación de las Condiciones Generales y Especiales o de las Condiciones Particulares por parte del Asegurador, el pago del primer recibo de prima a partir de la anualidad en que se aplica el nuevo condicionado significa que el Asegurado acepta dicha modificación.

1.3.2. Vigencia. Este contrato tiene una vigencia de un año y se entenderá prorrogado por períodos anuales, salvo que una de las partes desee modificarlo o anularlo mediante notificación escrita a la otra parte en los dos meses anteriores a la conclusión del período del seguro en curso.

Cada garantía de esta póliza acaba de la forma que se estipula en las Condiciones Especiales correspondientes y, en su caso, en las Condiciones Particulares.

1.4. Incontestabilidad

La póliza se hace indiscutible transcurrido un plazo de un año (salvo un plazo más corto convenido en las Condiciones Particulares) a partir de la fecha de perfección, y salvo que se demuestren actuaciones fraudulentas del Contratante o del Asegurado o que concurra lo estipulado en el punto 1.5 de estas Condiciones Generales.

1.5. Error en la edad

En caso de indicación inexacta de la fecha de nacimiento del Asegurado:

- El Asegurador únicamente podrá impugnar el contrato si, en el momento de la entrada en vigor del contrato, la edad real del Asegurado supera los límites de admisión estipulados por el Asegurador.

De otra forma:

- Si se tiene constancia del error antes de un siniestro, se procederá a su corrección y se aplicará la tarifa correcta a partir de ese momento.

- Si se tiene conocimiento del error en el momento de un siniestro y la prima pagada resulta inferior a la que correspondería haber pagado, la prestación del Asegurador se reduce en proporción a la prima percibida. Si, por el contrario, la prima pagada es superior a la que debería haberse pagado, el Asegurador está obligado a devolver el exceso de las primas recibidas, sin intereses.

1.6. Designación y cambio de beneficiarios

En el momento de suscribir la póliza, el Contratante designa expresamente el o los Beneficiarios. A falta de designación expresa, deben entenderse designados con carácter excluyente:

1. El Asegurado (en caso de supervivencia).
2. Sus derechohabientes.

Durante la vigencia del contrato, y si no ha renunciado expresamente y por escrito a esta facultad, el Contratante puede designar un nuevo Beneficiario o modificar la designación señalada anteriormente, sin el consentimiento del Asegurador.

Tanto la designación del Beneficiario como su revocación pueden consignarse en las Condiciones Particulares o en una declaración posterior escrita al Asegurador.

1.7. Pérdida o destrucción de la póliza

En caso de pérdida, robo o destrucción de la póliza, el Contratante lo comunicará por medio fehaciente al Asegurador, quien emitirá un duplicado.

1.8. Plazo de reclamación

Las prestaciones que dan derecho a percibir las garantías especificadas en las Condiciones Especiales, salvo que en estas Condiciones Especiales se especifique otro período, se podrán reclamar en un plazo máximo de cinco (5) años a partir de la fecha de la ocurrencia del hecho que las ha originado.

1.9. Caducidad

Las acciones derivadas del contrato caducan, para ambas partes, en el plazo de cinco años a partir del día en que se pudieran ejercer, salvo que en las Condiciones Especiales de una de las garantías se estipule otro período.

1.10. Jurisdicción

Si cualquiera de las partes contratantes, o ambas, deciden ejercer sus acciones ante órganos jurisdiccionales, deben recurrir a la Batllia y a los Tribunales andorranos, los cuales tendrán siempre competencia para conocer de todas las cuestiones y acciones derivadas de este contrato de seguro.

2. Garantías

2.1. Riesgos cubiertos

El Asegurador, de acuerdo con los términos que estipulan las Condiciones Generales, las Especiales y las Particulares, garantiza el pago de las indemnizaciones pactadas si se produce cualquiera de los riesgos descritos en las Condiciones Especiales de las garantías: Defunción, Invalidez absoluta y permanente, y Salud.

En este sentido, en las Condiciones Particulares se indica expresamente qué garantías suscribe el Contratante, el capital asegurado y las características que corresponden a cada garantía.

2.1. Riesgos cubiertos

Además de las delimitaciones y de las exclusiones especificadas para cada garantía en las Condiciones Especiales, se excluyen de las garantías de esta póliza los siniestros y accidentes originados por las causas siguientes:

a. Contaminación radioactiva. Aquellas que sean consecuencia, directa o indirecta, de la reacción o radiación nuclear o de la contaminación radioactiva, salvo que se deriven de un tratamiento médico.

b. Aviación. Quedan excluidas de esta cobertura todas las personas que se dedican a la aviación y que son parte integrante de la tripulación de una aeronave, salvo disposición contraria en las Condiciones Particulares.

Asimismo, se excluyen todos los siniestros que resulten de un descenso con paracaídas que no haya sido indispensable por la situación del aparato.

Este riesgo queda cubierto siempre que el Asegurado realice los vuelos como simple pasajero, en líneas comerciales regulares, vuelos chárter o, en general, en aparatos civiles dotados de un certificado de navegabilidad debidamente autorizado. En todos los casos se requiere que los aparatos sean pilotados por personas provistas de un título de piloto, válido para el aparato en cuestión.

c. Riesgos de guerra. Esta póliza no cubre los riesgos de guerra ni las operaciones similares de carácter político o social, como tampoco los tumultos o actos de terrorismo.

d. Riesgos extraordinarios. Esta póliza no cubre los riesgos extraordinarios como por ejemplo las enfermedades o los accidentes producidos como consecuencia de terremoto, erupción volcánica, inundación y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario.

e. Actividades y deportes peligrosos. Aquellos derivados de la práctica por el Asegurado de actividades acrobáticas o deportes peligrosos, a modo ilustrativo pero no limitativo:

ascensión o escalada de glaciares y picos (salvo en caso de ir con un guía autorizado), salto de esquí utilizando un trampolín, bobsleigh, skeleton, trineo, pesca submarina con escafandra o equipo autónomo de inmersión, espeleología, carreras de coches o motocicletas, paracaidismo, lucha, etc., salvo que hayan sido declarados por el Asegurado y expresamente aceptados por el Asegurador.

f. Patologías preexistentes. Las consecuencias de enfermedad o accidente originadas con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro o de la garantía correspondiente, salvo que hayan sido declaradas por el Asegurado y hayan sido expresamente aceptadas por el Asegurador.

2.3. Otras exclusiones

Para todas las garantías, exceptuando la de Defunción por cualquier causa y la de Gastos de deceso, se excluyen asimismo de las garantías de esta póliza:

- a.** Los siniestros causados voluntariamente por el Asegurado.
- b.** Las consecuencias de accidentes que el Asegurado puede sufrir como consecuencia del uso, como conductor o pasajero, de motocicletas con una cilindrada superior a 125 centímetros cúbicos, salvo disposición contraria en las Condiciones Particulares.
- c.** Accidentes o enfermedad sobrevenidos al Asegurado bajo el efecto o el consumo de alcohol o de productos estupefacientes no prescritos por un médico.
- d.** Las consecuencias de un acto de imprudencia temeraria o negligencia grave por parte del Asegurado, así declarado judicialmente, así como aquellas consecuencias derivadas de su participación en actos delictivos, competiciones, apuestas, duelos o peleas, siempre que, en este último caso, no haya actuado en legítima defensa, o en un intento por salvar a personas o bienes.

3. Primas

3.1. Pago de las primas

3.1.1. Periodicidad del pago. El Contratante debe hacer efectivos los recibos de prima en los vencimientos correspondientes por anualidades completas anticipadas; ello no obstante, se puede conceder un pago fraccionado mediante el recargo correspondiente. En caso de siniestro que suponga la anulación de la póliza, el Asegurador renuncia a deducir del pago del capital asegurado el importe de las fracciones de prima pendientes de pago.

3.1.2. Plazo de gracia. Para el pago de cada prima anual o fraccionaria, salvo de la primera, se concede un período de gracia de un mes a partir del día siguiente de la fecha de vencimiento.

3.1.3. Domiciliación del pago. Si no se especifica en las Condiciones Particulares ningún domicilio concreto donde hacer efectivo el pago de la prima, se entiende que éste debe hacerse en el domicilio del Asegurador.

Si las Condiciones Particulares especifican la domiciliación bancaria de los recibos de prima, deberán aplicarse las normas siguientes:

- a. La persona obligada a pagar la prima entrega, en el establecimiento bancario o en la caja de ahorros, una carta en que da la orden de pago.
- b. La prima se considera satisfecha en el momento del vencimiento salvo que, al intentar cobrar durante el plazo de gracia, no hubiera suficientes fondos en la cuenta de la persona obligada a pagar. En este caso, la prima se pagará en el domicilio del Asegurador.

3.1.4. Exigibilidad del pago de la primera prima. La primera prima se exige una vez se ha firmado el contrato.

Si la primera prima no se ha pagado por culpa del Contratante, el Asegurador tiene derecho a rescindir el contrato o a exigir el pago por la vía judicial.

Si la prima no ha sido satisfecha, y se produce un siniestro, el Asegurador queda liberado de su obligación, salvo pacto contrario.

4. Suspensión, rehabilitación y extinción del contrato

En caso de falta de pago de la segunda prima o de primas sucesivas, la cobertura del Asegurador queda suspendida durante un período de dos meses a partir del final del mes de gracia.

Si se produce un siniestro mientras la cobertura está suspendida, el Asegurador queda liberado de cualquier obligación.

Si el contrato está en suspenso, volverá a tomar efecto 24 horas después de que el Contratante haya pagado la prima, siempre que ésta se haya pagado en los dos meses siguientes al período de gracia y haya superado los requisitos de selección que el Asegurador le puede exigir.

Si transcurre un período de tres meses (el mes de gracia y los dos meses de suspensión) a partir de la fecha del vencimiento de la primera sin que ésta haya sido abonada, el contrato se extinguirá.

5. Pago de las prestaciones

5.1. Documentos a presentar

En caso de producirse el riesgo previsto en la póliza, el Beneficiario debe entregar los documentos que se estipulan en las Condiciones Especiales del riesgo producido.

5.2. Comprobación y determinación del diagnóstico médico

En caso de no haber acuerdo entre el Asegurador y el Asegurado sobre el diagnóstico médico relativo a la enfermedad o al accidente que ha originado el siniestro, las partes se someterán a la decisión de Peritos Médicos. Cada parte designará un perito, el cual deberá aceptar su designación por escrito. En caso de que una de las partes no realice dicha designación, estará obligada a realizarla en el plazo de ocho días a partir de la fecha en que sea requerida a ello por la parte que ha designado su perito. En caso de no proceder a ello durante este último plazo, se entiende que acepta el dictamen emitido por el perito de la otra parte, que será vinculante.

Si los Peritos Médicos llegan a un acuerdo, lo harán constar en un acta conjunta donde especificarán las causas y la naturaleza exacta del siniestro, así como otras circunstancias que puedan influir a la hora de determinar la indemnización.

A falta de acuerdo, ambas partes designarán de mutuo acuerdo un tercer perito. En caso de no acreditarse, se solicitará la designación a la Batllia de Andorra. El dictamen pericial se emite en el plazo que indican las partes o, en su defecto, en el plazo de treinta días a partir de la fecha de aceptación de su nombramiento por el tercer perito.

El dictamen de los peritos, por unanimidad o por mayoría, se notificará a las partes de manera inmediata.

Este dictamen es vinculante para ambas partes, salvo que una de ellas lo impugne en el plazo de treinta días a partir de la fecha de la notificación. Si durante este plazo no se interpone la acción correspondiente, el dictamen pericial se considerará inatacable.

Cada parte paga los honorarios de su respectivo perito médico. Los honorarios del tercero, así como el resto de gastos ocasionados por la intervención pericial, irán a cuenta y cargo a mitades del Asegurado y del Asegurador. Dicho esto, si cualquiera de las partes considera necesaria la intervención de los peritos por el hecho de haber mantenido una valoración de la indemnización manifiestamente desproporcionada, esta parte será la única responsable de tales gastos.

5.3. Plazos de pago

Una vez entregados los documentos que estipulan las Condiciones Generales y Especiales y, en su caso, una vez aceptada la indemnización de conformidad con el punto anterior, el Asegurador, en un plazo de treinta días laborales, paga en su domicilio social la prestación al Beneficio o consigna dicha prestación.

En cualquier caso, dentro de los cuarenta días a partir de la recepción de la declaración del siniestro, el Asegurador efectúa el pago del importe mínimo que puede deber según las circunstancias conocidas por él.

Si en el plazo de los tres meses siguientes a la producción del siniestro, el Asegurador no ha pagado o no ha consignado el importe, sin justificar su causa o por algún motivo que le fuese imputable, la indemnización se incrementa con los intereses de demora, de acuerdo con la tasa de interés Libor del mercado de Londres de la divisa en la que debe satisfacerse la indemnización.

Si el Asegurado o los Beneficiarios se ven obligados a reclamar judicialmente la indemnización, el importe finalmente acordado se incrementa con los intereses de demora que se estipulan en el apartado anterior.

6. Tratamiento de datos de carácter personal

A los efectos de lo que dispone la legislación vigente en materia de protección de datos de carácter personal, se ponen en conocimiento del Tomador y del Asegurado las informaciones siguientes:

Los datos de carácter personal facilitados al Asegurador a través de esta Póliza y de toda la documentación anexa a la misma, así como aquellos que se puedan facilitar en ocasión de cualquier comunicación al Asegurador o, en su caso, de la tramitación del Siniestro, serán incorporados y tratados en los ficheros, automatizados o no, de los que es titular el Asegurador, en tanto que destinatario de los mismos, para las finalidades de gestión de la relación contractual y prestación de los servicios relacionados con la misma y la

valoración de los riesgos, incluyendo la posibilidad de remisión, por parte del Asegurador o de terceros por cuenta de éste, de cualquier información o prospección sobre productos o servicios diversos y para cualquier finalidad no incompatible con aquellas aquí especificadas. Los datos se tratarán de manera confidencial de acuerdo con la finalidad y el objeto del contrato, tanto por parte del Asegurador como de otras entidades que intervengan en la gestión de la Póliza.

Mediante la formalización de la Póliza, el Tomador y el Asegurado autorizan al Asegurador a comunicar o interconectar dichos datos -exceptuando aquellos relativos a la salud u otros que revistan carácter de sensibles- a las entidades del grupo al que pertenece el Asegurador, en especial, a las entidades Mora Banc Grup, SA y Mora Banc, SAU, considerándose el Tomador y el Asegurado informados de esta cesión mediante la presente Póliza. El Tomador y el Asegurador autorizan a que se les remita información sobre cualquier producto o servicio que comercialicen dichas entidades.

El responsable del tratamiento de los datos es el Asegurador. El Tomador y el Asegurado quedan informados de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión y oposición en los plazos establecidos en la legislación vigente.

7. Coseguro y reaseguro

Se pone en conocimiento del Tomador y del Asegurado que el Asegurador, en la gestión de riesgos, se reserva la facultad de coasegurar y/o reasegurar, total o parcialmente, las Garantías Cubiertas en esta Póliza.

El Tomador y el Asegurado prestan su consentimiento expreso para que sus datos de carácter personal puedan ser cedidos a otras entidades aseguradoras u organismos públicos o privados relacionados con el sector asegurador por razones de coseguro o reaseguro.

8. Información al Tomador y al Asegurado

8.1. Información sobre el Asegurador

Este contrato de seguro se celebra con la entidad Mora Assegurances, SAU, con domicilio social en la avenida Meritxell núm. 96, AD500 Andorra la Vella, inscrita en el Registro de Sociedades del Gobierno de Andorra con el número 6895 en fecha del 19 de febrero de 1992 y con NRT número A-702051-S.

La actividad del Asegurador queda sujeta al control y a la supervisión del Ministerio responsable de las finanzas. Una vez entre en vigor la Ley 12/2017, del 22 de junio, de ordenación y supervisión de seguros y reaseguros del Principado de Andorra y se cree y se ponga en marcha el Instituto Nacional Andorrano de Seguros y Finanzas, este Instituto ejercerá el control y la supervisión de la actividad del Asegurador.

8.2. Legislación aplicable

La legislación aplicable al contrato de seguro es la andorrana en vigor, en especial, la Ley 12/2017, del 22 de junio, de ordenación y supervisión de seguros y reaseguros del Principado de Andorra y el resto de la normativa del sector.

8.3. Procedimientos de reclamación

El Tomador, el Asegurado y el resto de personas que sean titulares de derechos y obligaciones derivados del contrato de seguro podrán dirigir cualquier queja o reclamación por escrito al domicilio social del Asegurador o mediante correo electrónico a la siguiente dirección: mora.assegurances@morabanc.ad



Las Condiciones Generales anteriores, las Condiciones Especiales que se recogen a continuación, el Cuestionario-Solicitud y las Condiciones Particulares que se entregan aparte al Contratante / Asegurado, constituyen este contrato y no tienen ninguna validez ni efecto separadamente.

El Contratante y el Asegurado declaran en el Cuestionario-Solicitud haber leído y entendido las limitaciones y exclusiones que contiene esta Póliza, así como aceptarlas expresamente.

Condiciones Especiales

Garantía de Defunción

1. Riesgo cubierto

De acuerdo con los términos que estipulan las Condiciones Generales, Especiales y Particulares de esta póliza, el Asegurador garantiza el pago del capital asegurado en caso de defunción del Asegurado, con las limitaciones y exclusiones que se especifican en las Condiciones Generales y en las presentes Condiciones Especiales.

2. Capital asegurado

El importe del capital asegurado figura en las Condiciones Particulares de la póliza.

3. Exclusiones

Además de las limitaciones y exclusiones del punto 2.2 de las Condiciones Generales, se excluyen de esta garantía aquellos siniestros que tengan su origen en las circunstancias siguientes:

a. Suicidio. Durante el primer año de vigencia del contrato, el Asegurador no cubre el riesgo de defunción por esta causa, salvo pacto contrario estipulado expresamente en las Condiciones Particulares. En este sentido, se entiende por suicidio la muerte causada consciente y voluntariamente por el propio Asegurado.

b. Causa intencionada. Si la defunción del Asegurado ha sido ocasionada intencionadamente por su único Beneficiario, el Asegurador queda liberado de sus obligaciones respecto a dicho Beneficiario. En caso de haber más de un Beneficiario, aquellos que no estén implicados en la muerte del Asegurado conservarán su derecho en la parte que les corresponda.

c. Si la defunción ha sido ocasionada por lesiones o enfermedades producidas por la práctica, en tanto que profesional, de cualquier deporte, o incluso, y sin este carácter, como consecuencia de la participación en competiciones deportivas.

4. Documentos que deben acompañar la solicitud de indemnización

En caso de defunción del Asegurado, los Beneficiarios deben presentar los documentos originales o autenticados siguientes:

a. Para valorar si el pago de la indemnización es procedente:

- Certificado de defunción del Asegurado emitido por el organismo oficial competente.

- Certificado de nacimiento del Asegurado.

- Certificado médico oficial del médico que ha atendido al Asegurado en que se indique la fecha de origen, la evolución y el tipo de enfermedad o accidente que le ha provocado la muerte o, en su caso, las diligencias judiciales o los documentos que acreditan la defunción por accidente.

- Póliza o Certificado Individual y el último recibo de primas que se ha hecho efectivo.

- Cualquier otro documento que el Asegurador considere oportuno para valorar si es procedente pagar la indemnización.

b. Para determinar los beneficiarios con derecho a indemnización:

- Documento oficial que acredite la identidad de los beneficiarios designados: pasaporte o documento nacional de identidad.

- Documento actualizado del parentesco de los beneficiarios con el difunto, según el caso: Certificado de matrimonio, Certificado de nacimiento, etc.

- Certificaciones de los registros de actos de últimas voluntades del Asegurado emitidas por los organismos competentes del país de la nacionalidad, del país de residencia y del Principado de Andorra, en caso de ser diferentes.

- En caso de existir, el último testamento del Asegurado.

- A falta de testamento del Asegurado, y en caso de ausencia de la designación expresa o tácita de los beneficiarios, el Acta Judicial de Declaración de herederos.

En cualquier caso, los Beneficiarios deben justificar su derecho y demostrar su identidad, de acuerdo con el criterio del Asegurador.

Todos los justificantes documentales deben presentarse debidamente legalizados o apostillados en los casos en que sea necesario.



1. Definición

Se entiende por Invalidez absoluta y permanente aquella situación física irreversible provocada por accidente o enfermedad, originada independientemente de la voluntad del Asegurado, y que determina la total ineptitud de éste para el mantenimiento permanente de cualquier relación laboral o actividad profesional.

2. Riesgos cubiertos

Mediante la presente garantía, el Asegurador anticipa el capital asegurado al Asegurado si éste queda inválido, de manera absoluta y permanente, para cualquier trabajo remunerado.

La cobertura de esta garantía finaliza al mismo tiempo que la garantía de defunción y, como máximo, al final de la anualidad en que el Asegurado cumpla 65 años.

El pago del capital supone la extinción de esta garantía y de las garantías restantes, a excepción de la Garantía de gastos de defunción y de la Garantía de salud en caso de tenerlas contratadas y, en caso de no ser así, supone asimismo la extinción de la póliza.

3. Capital asegurado

El importe del capital asegurado figura en las Condiciones Particulares de la Póliza.

4. Documentos que deben acompañar la solicitud de indemnización

Si se produce el riesgo cubierto, el Asegurado debe presentar al Asegurador los documentos originales siguientes:

- Certificado de nacimiento del Asegurado.
- Certificado médico que determine la fecha de origen de la enfermedad o del suceso del accidente y que evidencie la invalidez absoluta y permanente del Asegurado.
- Certificado del médico expresamente designado por el Asegurador que, previo reconocimiento del Asegurado, determine la procedencia o improcedencia de la invalidez alegada.
- La póliza y el último recibo de prima que se ha hecho efectivo.
- Cualquier otro documento que el Asegurador considere oportuno para valorar si es procedente pagar la indemnización.

5. Comprobación y determinación de la invalidez

El Asegurador procederá a la comprobación y determinación de la invalidez tras recepción de la documentación prevista en el punto anterior.

Si el Asegurado rechaza someterse al reconocimiento del médico designado por el Asegurador, se entiende que renuncia a la reclamación de la indemnización.

Si no hay acuerdo entre el Asegurador y el Asegurado sobre si la invalidez es absoluta y permanente, se aplicará el procedimiento que prevé el punto 5.2 de las Condiciones Generales.

6. Delimitaciones y exclusiones

- a. Las delimitaciones y exclusiones son aquellas que se especifican en los puntos 2.2 y 2.3 de las Condiciones Generales.
- b. Si la invalidez absoluta y permanente ha sido ocasionada por lesiones o enfermedades producidas por la práctica, en tanto que profesional, de cualquier deporte, o incluso, y sin este carácter, como consecuencia de la participación en competiciones deportivas.



Garantía de Salud para asegurados no afiliados a la CASS

1. Definiciones

1.1. Grupo Asegurable

Constituyen el Grupo Asegurable, el Asegurado no afiliado a la Caja Andorrana de Seguridad Social (CASS), su cónyuge o pareja de hecho no afiliada a la CASS en tanto que asegurada o como beneficiaria del Asegurado, y todos los hijos a su cargo hasta un máximo de 25 años de edad de los hijos.

El Grupo Asegurable debe tener su residencia habitual en Andorra. Se entiende como residencia habitual la residencia fiscal en el país. El hecho de dejar de tener la residencia habitual en el Principado de Andorra es motivo de anulación de la Póliza.

La garantía es válida siempre y cuando el domicilio habitual del Grupo Asegurado sea el Principado de Andorra.

En caso de defunción del Asegurado, la Póliza se anulará. Si el cónyuge o pareja formaba parte del Grupo Asegurado, éste podrá contratar una nueva póliza con la misma garantía, independientemente de su edad.

1.2. Grupo Asegurado

Constituyen el Grupo Asegurado todas aquellas personas que, perteneciendo al Grupo Asegurable y habiendo solicitado esta garantía, cumplen las condiciones de contratación.

1.3. Acto sanitario

Se entiende por Acto sanitario cualquier acción que genera un gasto sanitario, llevada a cabo por el Grupo Asegurado, como consecuencia de una enfermedad o de un accidente.

1.4. Gasto real

Se entiende por Gasto real el coste real facturado por el prestador del servicio sanitario a la persona asegurada por cualquier acto sanitario como consecuencia de una enfermedad o de un accidente.

1.5. Gasto hospitalario

Se entiende por Gasto hospitalario el conjunto de gastos médicos y de estancia necesarios para tratar la patología del paciente. Este concepto no incluye los gastos extraordinarios, como por ejemplo: teléfono, televisión, habitación individual o cama para acompañante.

1.6. Tasa de siniestralidad global

A los efectos de los cálculos de las tasas de siniestralidad, se tendrán en cuenta tanto la Garantía actual de salud como la Garantía anterior del Complemento de asistencia sanitaria que pudiera tener el Asegurado.

La tasa de siniestralidad global es el cociente entre el importe total de las prestaciones pagadas por el Asegurador al conjunto de los Asegurados de la Compañía y el importe total de las primas cobradas por el Asegurador por las garantías mencionadas en el párrafo anterior.

1.7. Tasa de siniestralidad individual

La tasa de siniestralidad individual es el cociente entre el importe total de las prestaciones de la Garantía de salud y, en su caso, de la Garantía del Complemento de asistencia sanitaria, pagadas por el Asegurador para el Grupo Asegurado, y el importe total de las primas cobradas por el Asegurador por las garantías mencionadas.

La tasa de siniestralidad individual se calcula en cada renovación anual y se determina considerando las prestaciones y las primas de las tres últimas anualidades o del período transcurrido desde la fecha de efecto de la garantía, si ésta es inferior a tres anualidades.

1.8. Cuadro de prestaciones

Cuadro en el que se estipulan los porcentajes o importes máximos que garantiza el Asegurador para cada uno de los actos cubiertos por la presente garantía.

El Cuadro de prestaciones de la modalidad contratada se especifica en las Condiciones Particulares iniciales y en sus suplementos sucesivos, en caso de existir.

1.9. Prestatario

Prestador de los servicios de salud relativos a los actos sanitarios realizados a las Personas Aseguradas. El prestador de servicios de salud debe estar obligatoriamente colegiado en un colegio profesional de su especialidad, así como debidamente autorizado para ejercer su profesión en el Principado de Andorra.

2. Riesgo cubierto

2.1. Garantía de salud

La Garantía de salud consiste en el pago de la indemnización hasta los límites del gasto real, del gasto hospitalario, o hasta los porcentajes o importes máximos que constan en el Cuadro de prestaciones de la modalidad contratada recogido en las Condiciones Particulares.

2.2. Declaraciones

Esta garantía se fundamenta en las declaraciones realizadas por el Asegurado, de conformidad con lo que se estipula en el punto 1.2 de las Condiciones Generales.

2.3. Nulidad y pérdida de derechos

Esta garantía se considerará nula y, en consecuencia, se perderán los derechos:

- En caso de reserva o de inexactitud inexcusable en el momento de cumplimentar el cuestionario de salud y, en especial, en caso de circunstancias relativas al estilo de vida o a la salud del Grupo Asegurado que pueden ser agravantes del riesgo.

- Cuando existe inexactitud o falsedad en las facturas de gastos presentadas al Asegurador.

- Cuando el Asegurado tiene contratada esta cobertura con otra compañía o mutua, o bien esta está cubierta por su empresa.

2.4. Período de carencia

Los períodos de carencia para el pago de las prestaciones de esta garantía se establecen en el Cuadro de prestaciones contratado recogido en Las Condiciones Particulares.

Los actos sanitarios o los gastos sanitarios que se producen durante los períodos de carencia no son indemnizables.

En caso de emisión de un suplemento que suponga un cambio en el Cuadro de prestaciones contratado, el nuevo Cuadro de prestaciones entrará en vigor tras sus períodos de carencia, a partir de la fecha de efecto del suplemento. Durante estos períodos de carencia continuarán vigentes las prestaciones de la cobertura de salud anterior.

No se aplica ningún período de carencia a los hijos recién nacidos de menos de tres meses del Asegurado que ya haya superado el período de carencia.

2.5. Toma de efecto y vigencia de la garantía

La garantía pactada empieza una vez ha transcurrido el período de carencia estipulado en estas Condiciones Especiales, a partir de la fecha de toma de efecto de esta garantía, especificada en Las Condiciones Particulares.

Esta garantía tiene una vigencia de un año y se entenderá prorrogada por períodos anuales mientras viva el Asegurado, salvo que una de las partes desee modificarlo o anularlo mediante notificación escrita a la otra parte en los dos meses anteriores a la conclusión del período de seguro en curso.

2.6. Exclusiones

Además de las delimitaciones y exclusiones estipuladas en los puntos 2.2 y 2.3 en Las Condiciones Generales, se excluyen de esta garantía los siniestros originados por una de las circunstancias siguientes:

- Actos sanitarios prestados fuera del Principado de Andorra.
- Gastos sanitarios originados por enfermedades o accidentes preexistentes a la entrada en vigor de esta póliza.
- Gastos sanitarios motivados por lesiones o enfermedades producidas por la práctica, en tanto que profesional, de cualquier deporte, o incluso, y sin este carácter, como consecuencia de la participación en competiciones deportivas.
- Gastos de asistencia o de estancia en centros para la tercera edad, geriátricos o similares, causados por la vejez o por cualquier otra patología que genere un estado de dependencia.
- Los siniestros y accidentes causados voluntariamente por el Asegurado.

- Las consecuencias de accidentes que el Asegurado puede sufrir como consecuencia del uso, como conductor o pasajero, de motocicletas con una cilindrada superior a 125 centímetros cúbicos, salvo pacto contrario en Las Condiciones Particulares.

- Los accidentes o la enfermedad sobrevenidos al Asegurado bajo el efecto o el consumo de alcohol o de productos estupefacientes no prescritos por un médico, o por sonambulismo o locura.

- Las consecuencias de un acto de imprudencia temeraria o negligencia grave por parte del Asegurado, así declarado judicialmente, así como aquellas consecuencias derivadas de su participación en actos delictivos, competiciones, apuestas, desafíos o peleas, siempre que, en este último caso, no haya actuado en legítima defensa, o en un intento por salvar a personas o bienes.

- Cualquier tipo de pruebas o tratamientos no reconocidos por la ciencia médica en el momento en que entre en efecto la póliza, así como las cirugías o terapias consideradas como experimentales. Tampoco está cubierta la organometría.

- El estado de personas dependientes de manera irreversible y que necesiten una vigilancia constante y/o tratamientos de mantenimiento, de readaptación y reeducación funcional.

- Tratamientos con finalidades estéticas, de rejuvenecimiento o de adelgazamiento, de cambio de sexo o esterilización o de cirugía plástica, salvo que sean reparadores de un accidente o de una enfermedad producidos durante la vigencia de la póliza.

- Defectos, deformaciones físicas y anomalías congénitas y hereditarias.

- Enfermedad psíquica o nerviosa. El estado de demencia.

- Una revisión médica.

- Las enfermedades o lesiones originadas o producidas por embriaguez, por toxicomanía, por intento de suicidio, por locura, por pelea o desafío.

- Las estancias en hospital y/o clínica para curas de desintoxicación. Las casas de reposo, hoteles, asilos, casas para convalecientes, centros de rehabilitación, psiquiátricos o instituciones dedicadas al internamiento o tratamiento de toxicómanos o alcohólicos.

- Todas las enfermedades causadas o derivadas del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o de sus posibles mutaciones: síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y sus variedades.

- Diálisis y hemodiálisis.

- Las epidemias oficialmente declaradas.

- La prolongación de las estancias hospitalarias más allá de aquellas comúnmente aceptadas por los facultativos así como los ingresos hospitalarios debidos a recaídas o agravamientos que sean consecuencia de la interrupción u omisión por parte del Asegurado, de manera voluntaria y deliberada, notoriamente perjudicial para su salud y sin causa justificada, de los tratamientos médicos, quirúrgicos o sanitarios que se hayan prescrito, no admitiendo expresamente como justificación las creencias religiosas.

- El exceso de la duración de la hospitalización cuando opcionalmente el Asegurado escoja un tratamiento alternativo que, de acuerdo con el criterio comúnmente aceptado por la práctica médica, requiera de estancias más cortas, siendo la diferencia por cuenta del Asegurado.

- Las hospitalizaciones consecutivas o derivadas de embarazo, aborto, parto o prevención del embarazo.

- Tratamientos y/o investigación de fertilidad.

- Operaciones o tratamientos de corrección de vista cansada, miopía o estigmatismo.

- Tratamientos para ganar o perder peso.

- Las manipulaciones de electricidad en corrientes de alta tensión.

3. Revisión de tarifas, primas y prestaciones

3.1. Revisión de tarifas y primas

Las tarifas pueden ser revisadas anualmente.

3.2. Revisión del Cuadro de prestaciones

El Asegurador podrá variar el Cuadro de prestaciones en la renovación anual de cada póliza.

3.3 Comunicación al Asegurado

Antes de cada renovación anual, la prima para la nueva anualidad que incorpora la revisión de tarifas se comunica al Asegurado en el Aviso de renovación.

En caso de modificación del Cuadro de prestaciones, el Asegurador informará asimismo de ello al Asegurado en el Aviso de renovación y posteriormente emitirá un suplemento con el nuevo Cuadro de prestaciones.

En caso de modificación en las tarifas y/o en el Cuadro de prestaciones originada por el punto 3.2, el Asegurador informará inmediatamente de ello al Asegurado por un medio fehaciente, y emitirá un suplemento con el nuevo Cuadro de prestaciones.

El Asegurado podrá rescindir la garantía en un plazo de 15 días a partir de la fecha de recepción de esta notificación.

4. Indemnizaciones

4.1. Obligaciones del Asegurado en caso de siniestro

El Asegurado debe minorar las consecuencias del siniestro utilizando todos los medios que tenga a su alcance para su pronto restablecimiento o para la reducción de los gastos.

Previamente al pago de la Indemnización, el Asegurador, con el fin de comprobar el estado de salud del Asegurado, puede exigir que éste se someta a un control médico, así como que se apliquen todas aquellas medidas que considere necesarias para esta comprobación. El incumplimiento de estas medidas de control se entiende como renuncia expresa al cobro de la Indemnización.

4.2. Domiciliación bancaria de los abonos

Los abonos de las prestaciones complementarias de asistencia sanitaria se domicilian en una cuenta de Mora Banc o de cualquier otra entidad bancaria de Andorra.

4.3. Documentación necesaria en caso de siniestro

El Asegurado debe suministrar al Asegurador la factura original del Prestatario.

Debe presentar la prescripción médica en caso de actos de diagnóstico, pruebas médicas, pruebas terapéuticas o servicios domiciliarios por Ayudante Técnico Sanitario.

En caso de hospitalización o intervención quirúrgica debe presentar un informe médico cumplimentado por el mismo médico que asistió al asegurado, en que debe indicarse el tipo de enfermedad o accidente, las pruebas realizadas y el tratamiento a seguir.

Cualquier otro documento que el Asegurador considere oportuno para valorar si es procedente pagar la indemnización.

4.4. Reducción de cobertura por alta siniestralidad

En cada renovación anual, si la tasa de siniestralidad individual es superior al 400%, el Asegurador podrá aplicar una reducción de la indemnización para los gastos sanitarios que se produzcan durante la nueva anualidad.

Para todos los gastos sanitarios, incluidos los gastos de hospitalización, la indemnización de asistencia sanitaria reducida se calculará aplicando una reducción del 40% a la indemnización normal.

El Asegurador también podrá, en el momento de la renovación anual, reducir la cobertura, cubriendo una modalidad con un Cuadro de prestaciones de nivel inferior, en su caso, y aplicando la prima de la nueva modalidad con la sobreprima que corresponda.

La reducción de cobertura se comunicará al Asegurado con una antelación mínima de 15 días respecto de la fecha de aplicación y el Asegurado podrá rescindir la garantía en un plazo de 15 días a partir de la fecha de recepción de esta modificación.

4.5. Plazo de reclamación

Las prestaciones se podrán reclamar en un plazo máximo de tres años a partir de la fecha de suceso del hecho que las ha originado.

Los servicios de asistencia médica son servicios adicionales prestados por una empresa especializada en asesoramiento médico a distancia que se pueden contratar dentro de la póliza Andorvida.



Los servicios de asistencia médica son servicios adicionales prestados por una empresa especializada en asesoramiento médico a distancia que se pueden contratar dentro de la póliza Andorvida.

Orientación médica

A cualquier hora del día o de la noche, todos los días del año, un equipo de profesionales especializados en medicina familiar aclararán todas sus dudas sobre medicina general, pediatría, ginecología, traumatología, etc.

Además, ayudarán en la comprensión de informes de laboratorio, en el uso de medicamentos y en la preparación de pruebas médicas o intervenciones.

Segunda opinión médica

Ante un diagnóstico relacionado con un problema de salud, su expediente será trasladado a un experto en esta especialidad que estudiará su caso y le proporcionará un informe de evaluación recomendando, sobre la base de su opinión, el mejor tratamiento. A este efecto, disponemos de una extensa relación de médicos de diferentes especialidades médicas. Y todo ello sin necesidad de desplazarse, sin gastos y en un breve plazo de tiempo.

De esta forma, el asegurado y las personas recogidas en las condiciones particulares como beneficiarias de esta cobertura podrán contar con una segunda opinión para poder evaluar cuál debería ser el mejor diagnóstico y tratamiento, habiendo considerado diferentes alternativas médicas.





