

Certificado de Seguro

Póliza Colectiva de Hospitalización por Accidente

Chubb European Group SE, Sucursal en España, con domicilio social en el Paseo de la Castellana 141, Planta 6 - 28046 Madrid y C.I.F. W-0067389-G, certifica que el Tomador del Seguro tiene contratada con esta Compañía la Póliza detallada a continuación, bajo las condiciones indicadas seguidamente:

Nº de Póliza	ESBOP228892
Tomador del Seguro	Tenerity, S.L.U.
C.I.F.:	B-80516065

Asegurados

CHUBB®

Se consideran Asegurados por la póliza a los clientes del programa Vitalis Bienestar de Tenerity, S.L.U. que se hayan adherido a la misma, de acuerdo con lo siguiente:

La persona física residente en España cliente de Tenerity, S.L.U. y miembro del programa Vitalis Bienestar, siempre y cuando estén al corriente del pago de todas las cuotas mensuales del mencionado programa. Deberá ser mayor de 18 años y no haber alcanzado 70 años de edad en la fecha de efecto de su adhesión a la Póliza.

Garantías Cubiertas y Sumas Aseguradas

Garantías Cubiertas	Sumas Aseguradas
Hospitalización por accidente	100 euros diarios hasta un máximo de 30 días

En caso de Hospitalización del Asegurado como consecuencia de un accidente, la Aseguradora abonará la indemnización de 100 € por día de Hospitalización, **con un máximo de 30 días** en los términos estipulados en las Condiciones Generales y Particulares. La indemnización se abona por toda Hospitalización **de al menos 24 horas consecutivas y por cada día completo de ingreso en el hospital.**

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

Asimismo, la prestación que en su caso, la Aseguradora abonará al Asegurado en caso de siniestro, quedará limitada a **un máximo de dos siniestros por Asegurado y anualidad y a una cantidad máxima de 3.000 euros por Asegurado y anualidad.**

Efecto y Duración de la Póliza

La fecha de efecto o inicio de la Cobertura de este Contrato de Seguro se producirá para cada Asegurado, siempre que cumplan las condiciones de incorporación que son, estar adherido al programa y al corriente de pago.

La cobertura para cada Asegurado tendrá una duración de 12 meses computados a partir de la fecha de comunicación por parte del Asegurado al Tomador de la adhesión de cada Asegurado, salvo que en fecha anterior se produjera alguno de los supuestos de terminación previstos en la Póliza.

La duración de este seguro está ligada a la pertenencia al Programa Vitalis bienestar.

La garantía expira en la fecha de resolución o extinción del Contrato y, en todo caso, cuando el Asegurado cumpla 70 años de edad.

Definiciones

A los efectos de este Contrato de Seguro se entiende por:

Accidente: Lesión corporal que deriva directamente de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, que produzca la situación garantizada por la póliza. La herida o lesión causadas, total o parcialmente, por un estado patológico o por una operación no consecutiva a un Accidente, no pueden considerarse como un Accidente.

Anualidad del Seguro: Período anual contado desde cada renovación de la Póliza. La primera anualidad se contará desde la fecha de efecto inicial.

Asegurado: La persona física sobre quien se establece el Seguro.

No son asegurables:

- a) **Los incapacitados absoluta y permanentemente para cualquier actividad laboral.**
- b) **Las personas afectadas de epilepsia, enfermedades neurológicas y / o mentales como Alzheimer, demencia, Parkinson, multiplesclerosis, apnea del sueño o narcolepsia, sordera y / o ceguera total, alcoholismo o toxicomanía.**

Beneficiario: La persona física o jurídica que tiene derecho a la indemnización.

Entidad Aseguradora: Chubb European Group SE, Sucursal en España con domicilio en Paseo de la Castellana 141, 28046 Madrid y con C.I.F: W-0067389-G, también denominada a lo largo de la presente póliza: "la Aseguradora".

Garantías Cubiertas: Los eventos cuyo riesgo es objeto de cobertura, detallados en las condiciones de la póliza.

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 un Accidente cubierto por la garantía (véase el apartado "exclusiones"). En el extranjero, se considera como establecimiento hospitalario un establecimiento supervisado de forma permanente por personal médico cualificado y dirigido día y noche por un médico. El establecimiento debe poseer un archivo médico, donde se registran todos los pacientes y al que el médico asesor de la Aseguradora (o de sus representantes autorizados) debe poder acceder. **Las hospitalizaciones no prescritas por un médico o innecesarias para el tratamiento de una Enfermedad o Accidente, así como los cuidados a domicilio, no están cubiertos.**

Prima: El precio total del seguro, impuestos incluidos.

Póliza: Es el documento que contiene las bases reguladoras del Seguro, formando parte de ella, las Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Suplementos y Anexos.

Siniestro: Suceso que pueda dar origen al percibo de las indemnizaciones. Constituyen un solo y mismo siniestro el conjunto de daños y/o perjuicios derivados de una misma causa.

Suma Asegurada: Importe de la indemnización a pagar por la Aseguradora en caso de siniestro. Dicho importe figura en las Condiciones de la Póliza.

Tomador del Seguro: La persona física o jurídica que suscribe el Contrato de Seguro y representa al Grupo Asegurado, y al que corresponden las obligaciones que del mismo se deriven, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por los Asegurados y/o Beneficiarios.

Exclusiones

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

- **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.**
- **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**
- **El estado de personas dependientes de forma irreversible y que requieren una vigilancia constante y/o tratamientos de mantenimiento, de readaptación y reeducación funcional.**
- **Tratamientos con fines estéticos, de cirugía plástica salvoque sea reparadora de un accidente o enfermedad ocurridos durante lavigencia del contrato, de rejuvenecimiento o de adelgazamiento, de cambio de sexo o esterilización.**
- **Defectos, deformaciones físicas y anomalías congénitas y hereditarias.**
- **Una enfermedad psíquica o nerviosa.**
- **Un chequeo médico.**

- Una interrupción voluntaria del embarazo.
- Autolesiones, intento de suicidio o una falta intencionada del Asegurado.
- El consumo de estupefacientes o de drogas, no prescritos médicamente.
- 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.
- Todas las enfermedades causadas o derivadas del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o sus posibles mutaciones: síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y sus variedades.
- Diálisis y Hemodiálisis.
- Las consecuencias de daños nucleares tal como se definen en la Ley de Energía Nuclear, y por contaminaciones de carácter catastrófico.
- 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.
- 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.
- Enfermedades profesionales así definidas en la legislación vigente y enfermedades y accidentes resultantes de la realización y/oparticipación 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.
- Los estados patológicos preexistentes a la fecha de efecto del contrato durante los dieciocho primeros meses de la póliza.
- 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.
- 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.

Siniestros

En caso de siniestro, el Asegurado deberá comunicar al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido. En caso de incumplimiento, el Asegurador podrá reclamar los daños y perjuicios causados por la falta de declaración.

Para la realización de consultas, declaración de siniestros, retrasos, u otras comunicaciones relacionadas con esta Nota Informativa, el Asegurado podrá contactar a través del teléfono **900 900 715** o el mail - vitalis@chubb.com

Documentos requeridos: Para obtener el pago de la indemnización, el Asegurado debe entregar al asegurador los documentos y los justificantes siguientes:

- **Justificante de pertenencia al programa Vitalis con fecha anterior a la ocurrencia del siniestro, así como justificante de pago del programa Vitalis.**
- Informe médico que indique el motivo de la Hospitalización, incluyendo diagnóstico, antecedentes, fecha de inicio, causa, y evolución de la enfermedad. El informe debe contener además el nombre y el número de colegiado del prestador del servicio.
- Partes de estancia que indiquen las fechas de ingreso y de alta en el hospital.
- 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.

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 nombrado 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 podrá ser asesorado por un médico de su elección. Cada parte asumirá 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.

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 de la otra 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.

Abono de las indemnizaciones garantizadas: El abono de las indemnizaciones garantizadas se efectuará en un plazo de 15 días tras la recepción de todos los justificantes y en su caso del informe del perito. En caso de Hospitalización superior a 30 días, la indemnización se abonará al final de cada mes.

En caso de concurrencia de Asegurador y Asegurado frente a tercero responsable, el recobro obtenido se repartirá entre ambos en proporción a su respectivo interés.

Ley y Jurisdicción aplicable

La presente Póliza queda sometida a la jurisdicción española y se rige por la Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro, por la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y por el Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.

Sanciones Comerciales

Chubb European Group SE, Sucursal en España (“la Aseguradora”) no podrá ser considerada responsable de proporcionar cobertura ni de pagar siniestro alguno ni de otorgar prestación o beneficio alguno bajo la presente póliza en la medida en que dicha cobertura, pago de siniestro u otorgamiento de dicho beneficio o prestación exponga a la Aseguradora o a su sociedad matriz **Chubb Limited** a cualquier sanción, prohibición o restricción aplicable conforme a las resoluciones emitidas por Naciones Unidas o a aquellas sanciones que, en materia comercial o económica, pudieran ser impuestas por la normativa y legislación de la Unión Europea, Francia, el Reino Unido, la legislación nacional o de los Estados Unidos de América.

Procedimientos para la presentación de Quejas y Reclamaciones

Los procedimientos internos y externos para la presentación de quejas y reclamaciones serán las siguientes:

a) Procedimientos internos

En el supuesto de que usted quiera presentar una queja relacionada con sus intereses y derechos legalmente reconocidos, podrá dirigirla, por escrito, a:

Departamento de Reclamaciones
Paseo de la Castellana 141, Planta 6
28046 Madrid
Correo electrónico: reclamaciones.es@chubb.com
Fax: + 00 34 91 837 67 76

El Reglamento de Funcionamiento del Departamento de Reclamaciones se encuentra disponible para ser consultado por parte de los clientes en las oficinas de "Chubb European Group SE, Sucursal en España".

En caso de que usted no esté de acuerdo con el contenido de la resolución dictada por el Departamento de Reclamaciones, podrá realizar su segunda reclamación a:

Defensor del Asegurado:
LEGSE Abogados
Correo electrónico: defensordelasegurado@legse.com
Fax + 00 34 915 76 08 73

El Departamento de Reclamaciones o, en su caso, el Defensor del Asegurado, dispondrán de un plazo de 2 meses para atender su queja o reclamación.

b) Procedimientos externos

En caso de haber sido desestimada su anterior queja o reclamación o haber transcurrido dos (2) meses desde su presentación ante el Departamento de Reclamaciones o al Defensor del Asegurado sin que haya sido resuelta, usted podrá dirigirse a la Dirección General de Seguros (Servicio de Reclamaciones) o a aquellas entidades de resolución alternativa de litigios competentes para resolverlas, según lo establecido en la Ley 7/2017 relativa a la resolución alternativa de litigios en materia de consumo. Usted podrá consultar cuales son dichas entidades de resolución alternativa de litigios en nuestra página web.

Para la admisión y tramitación de reclamaciones o quejas ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros o de las entidades de resolución alternativa de litigios que puedan sustituirla y que usted podrá encontrar en nuestra página web, será imprescindible que usted acredite haberlas formulado previamente al Departamento de Reclamaciones de la Aseguradora o en su caso, al Defensor del Asegurado o haber transcurrido el plazo de dos (2) meses anteriormente mencionado.

En caso de que usted desee presentar una queja o reclamación derivada de una contratación de un seguro online, Usted podrá registrar su queja a través de la plataforma online de resolución de conflictos de la Comisión Europea, <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>

En caso de disputa, podrá usted reclamar, en virtud del Artículo 24 de la Ley del Contrato de Seguro, ante el Juzgado de Primera Instancia correspondiente a su domicilio.

Asimismo, podrá someter voluntariamente sus divergencias a decisión arbitral en los términos previstos en los artículos 57 y 58 del Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias, así como sus normas de desarrollo; sin perjuicio de lo establecido en la Ley de Arbitraje, para el caso de que las partes sometan sus diferencias a decisión de uno o varios árbitros. Igualmente, podrán someter sus divergencias a un mediador en los términos previstos en la Ley 5/2012, de 6 de julio, de mediación en asuntos civiles y mercantiles.

Protección de Datos

Usamos los datos personales que usted nos facilita o que, en su caso, usted facilita a su corredor de seguros, para suscribir y gestionar esta Póliza, incluyendo aquellos siniestros derivados de la misma.

Esa información personal incluirá sus datos de contacto básicos tales como su nombre y apellidos, dirección y número de póliza, pero también puede incluir datos más específicos (como, por ejemplo, su edad, información de salud, historial financiero y de solvencia, historial de siniestros) cuando ello sea relevante para el riesgo que aseguramos, los servicios que prestamos o el siniestro que nos haya comunicado.

Somos parte de un grupo global (en el sentido del artículo 42 del Código de Comercio español) y sus datos personales pueden ser compartidos con entidades del grupo en otros países, en caso de ser necesario para proporcionarle la cobertura de acuerdo con su póliza o para almacenar su información. Usamos también varios proveedores de servicios de confianza, que también tendrán acceso a su información, y que actúan bajo nuestras instrucciones y bajo nuestro control. Algunos de los destinatarios de los datos pueden estar basados en territorios que, como los EEUU, no ofrecen un nivel de protección de la privacidad equivalente al disfrutado en la Unión Europea.

Usted puede ejercitar distintos derechos en relación con sus datos personales, incluyendo entre ellos el derecho de acceso, y, en ciertas circunstancias, los de rectificación, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad, oposición y revisión de decisiones individuales automatizadas.

Este texto constituye una explicación resumida de cómo usamos sus datos personales. Si desea más información, conocer la identidad de nuestro Delegado de Protección de Datos o saber cómo puede ejercitar sus derechos de protección de datos, le rogamos que lea nuestra Política de Privacidad, redactada especialmente para facilitar su comprensión, y que se encuentra disponible en: <https://www2.chubb.com/es-es/footer/privacy-policy.aspx>

En cualquier momento, puede usted solicitarnos una copia en papel de la misma, simplemente contactándonos a través del correo electrónico: dataprotectionoffice.europe@chubb.com

El presente Certificado tiene única y exclusivamente carácter informativo del Contrato de Seguro al que hace referencia, sin ninguna otra implicación jurídica respecto a sus cláusulas, términos y condiciones. En caso de discrepancia o litigio se estará a lo dispuesto en las Condiciones Generales y, Particulares de la Póliza.

Se hace constar que el presente Certificado de fecha 29 de febrero de 2024 se mantendrá vigente hasta la emisión de un nuevo Certificado o Nota Informativa de fecha posterior, o hasta la resolución o extinción del Contrato. Asimismo, deroga cualquier otro Certificado o Nota Informativa que hubiera sido emitida con anterioridad a la fecha del presente documento.

Fecha de emisión: 29 de febrero de 2024

La Aseguradora
Chubb European Group SE, Sucursal en España

