

hna Vida

Condiciones Generales

El presente contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, del Contrato de Seguro, y por lo dispuesto en estas Condiciones Generales y en las Condiciones Particulares de la propia póliza, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados que no sean expresamente aceptadas por el Tomador en las Condiciones Particulares. No requerirán dicha aceptación las meras transcripciones o referencias a preceptos legales o reglamentarios imperativos.

hna, cuya denominación social es Hermandad Nacional de Arquitectos Superiores, Mutualidad de Previsión Social a Prima Fija, está inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Tomo 14912, Sección 8, Folio 160, Hoja M-62064, y en el Registro de Entidades de Previsión Social con el número 3028, tiene su domicilio social en España, sito en la Avenida de Burgos, número 19 de Madrid y tiene como número de identificación fiscal V28306678.

El control y supervisión de la actividad del Asegurador corresponde a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía del Estado Español.

Los tomadores, asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados o derechohabientes de cualquiera de los anteriores podrán plantear reclamación ante:

Centro de Atención de Reclamaciones

Si el asegurado estuviera disconforme con la resolución dictada por la oficina o servicio objeto de la queja o reclamación, podrá formularla ante este Departamento.

Para ello será necesario que el interesado presente un escrito en el que se haga constar sus datos personales, el motivo de la queja o reclamación, con especificación clara sobre las cuestiones sobre las que se solicita un pronunciamiento, el departamento o servicio donde se hubieran producido los hechos, declaración expresa de no tener conocimiento de que la materia objeto de la queja o reclamación esté siendo sustanciada en un procedimiento administrativo arbitral o judicial, y el lugar, fecha y firma. Asimismo, el interesado deberá aportar las pruebas que obren en su poder.

La reclamación se podrá presentar en la dirección de correo electrónico, habilitada al efecto, mediante el sistema de firma electrónica avanzada.

Comisionado para la Defensa del Cliente (Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones)

Debiéndose acreditar que ha transcurrido el plazo de dos meses sin recibir respuesta del Centro de Atención de Reclamaciones o que éste ha desestimado su petición.

Juzgados y Tribunales

En cualquier caso podrá acudir a los Juzgados y Tribunales, siendo competentes los del domicilio del asegurado.

ÍNDICE

Definiciones	5
Objeto del contrato	5
Contratación	6
Perfección, toma de efecto y duración del seguro	6
Designación de beneficiarios, cesión o pignoración de la póliza	7
Declaración falsa o inexacta	8
Agravación del riesgo	8
Disminución del riesgo	9
Error de edad	9
Rehabilitación del contrato	9
Pago de la prima	10
Declaración de siniestro	10
Pago de indemnizaciones	10
Impuestos y recargos	12
Comunicaciones	12
Extravío o destrucción	13
Protección de datos de carácter personal	13
Prescripción de las acciones	14
Jurisdicción	14
ANEXOS	
Anexo I. Asistencia Jurídica	17
Anexo II. Segundo Diagnóstico Internacional	19

DEFINICIONES

Asegurador

Hermanidad Nacional de Arquitectos Superiores, Mutualidad de Previsión Social a Prima Fija.

Tomador del Seguro

La persona física o jurídica que suscribe el contrato de seguro y asume sus obligaciones.

Asegurado

Persona física sobre cuya vida o estado físico se estipula el seguro.

Beneficiario

Persona titular del derecho a percibir el capital asegurado. En ausencia de designación expresa de Beneficiario, se entenderá como tal, en caso de fallecimiento del Asegurado, su cónyuge e hijos a partes iguales y en su defecto los herederos legales. En caso de invalidez permanente del Asegurado se entenderá como tal al propio Asegurado.

Póliza

El documento que contienen las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte de la póliza: las Condiciones Generales, las Especiales y las Particulares que individualizan el riesgo y, si procediesen, los Suplementos o Apéndices que se emitan para complementarla o modificarla.

Capital Asegurado

Cantidad fijada para cada una de las coberturas de la póliza, como límite máximo de indemnización a pagar por el Asegurador por todos los conceptos en caso de siniestro.

Prima

El precio del seguro cuyo importe, junto con los impuestos, tasas o recargos que correspondan, deberá satisfacer el Tomador o el Asegurado según las condiciones establecidas en la presente póliza.

Siniestro

Evento cuyo riesgo es objeto de cobertura en la póliza.

OBJETO DEL CONTRATO

El objeto del contrato es la percepción por el Beneficiario designado de los capitales asegurados en caso de ocurrencia de alguno de los riesgos que se hayan pactado expresamente en las Condiciones Particulares y que se hayan definido en las Condiciones Especiales.

CONTRATACIÓN

1. El Tomador que desee contratar, modificar y/o ampliar la cobertura cumplimentará una solicitud de aseguramiento, que incluirá un cuestionario de salud para todos los posibles Asegurados. A la vista de este cuestionario, el Asegurador podrá exigir los oportunos reconocimientos médicos, denegar alguna cobertura, limitar su ámbito o fijar limitaciones parciales. No podrá contratarse para Asegurados menores de catorce años de edad ni mayores de sesenta años.

2. Examinada la solicitud, el cuestionario y, en su caso, el reconocimiento médico, el Asegurador comunicará al Tomador su aceptación total o parcial de la solicitud de aseguramiento o, en su caso, la denegación de la misma.

3. La contratación se efectuará mediante la suscripción por el Tomador de un original y una copia de las Condiciones Generales, Especiales y Particulares. Las copias una vez firmadas, se entregarán al Asegurador.

4. El Tomador, una vez recibida la copia de las Condiciones Generales, Especiales y Particulares, deberá comprobar que los datos son correctos. En caso de no ser así, podrá solicitar, en el plazo de un mes, la rectificación de los errores producidos. Transcurrido dicho plazo sin efectuar reclamación alguna, surtirán efecto las disposiciones contenidas en las Condiciones Generales, Especiales y Particulares. La rectificación de los errores producidos podrá conllevar la modificación de las primas, sin que la modificación entre en vigor hasta que la mayor prima, en su caso, se satisfaga.

5. La cobertura tendrá efecto desde la fecha de solicitud de aseguramiento, para aquellas coberturas que hubiesen sido aceptadas posteriormente por el Asegurador.

6. Este contrato de seguro quedará sin efecto en el momento en que el Asegurado alcance la edad de setenta años.

Asimismo, quedará sin efecto en el momento en que se produzca el fallecimiento del Asegurado o se declare su invalidez permanente.

PERFECCIÓN, TOMA DE EFECTO Y DURACIÓN DEL SEGURO

El contrato se perfecciona por el consentimiento de las partes contratadas manifestado con la suscripción de la póliza. La cobertura contratada y sus modificaciones o adiciones no tomarán efecto hasta el pago del primer recibo de primas.

Las obligaciones del Asegurador comenzarán a las 24 horas del día en que hayan sido cumplidos ambos requisitos.

La duración del contrato será la prevista en las Condiciones Particulares.

El Tomador del seguro en contratos de duración superior a 6 meses que se hayan estipulado sobre su propia vida o la de un tercero, tendrá la facultad de resolverlo dentro del plazo de los 30 días siguientes a la fecha en la que el Asegurador le entregue la póliza o un documento de cobertura provisional.

La facultad unilateral de resolución del contrato deberá ejercitarse por escrito expedido por el Tomador del seguro en el plazo indicado y producirá sus efectos desde el día de su expedición.

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

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS, CESIÓN O PIGNORACIÓN DE LA PÓLIZA

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

La designación de Beneficiario o la revocación de ésta se podrá hacer constar en las Condiciones Particulares o en una posterior declaración escrita al Asegurador o bien en testamento. La revocación deberá hacerse en la misma forma establecida para la designación.

Si en el momento del fallecimiento del Asegurado no se hubiese designado Beneficiario se entenderá como tal su cónyuge e hijos a partes iguales y en su defecto sus herederos legales.

El Tomador podrá, en todo momento, ceder o pignorar la póliza, siempre que no haya sido designado Beneficiario con carácter irrevocable. La cesión o pignoración de la póliza implica la revocación del Beneficiario.

El Tomador deberá comunicar por carta certificada al Asegurador la cesión o pignoración realizada.

DECLARACIÓN FALSA O INEXACTA

1. El Asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador en el plazo de un mes desde el conocimiento de la reserva o inexactitud de la declaración del Tomador o del Asegurado.

2. Si el siniestro sobreviniera antes de que el Asegurador haga la declaración a la que se refiera el párrafo anterior, la prestación de ésta se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del Tomador o del Asegurado, el Asegurador quedará liberado del pago de la prestación.

Sin embargo, el Asegurador no podrá impugnar el contrato una vez transcurrido un año desde su perfección, salvo que el Tomador o el Asegurado hayan actuado con dolo.

AGRAVACIÓN DEL RIESGO

1. El Tomador o el Asegurado deberán, durante el curso del contrato, comunicar al Asegurador, tan pronto como les sea posible, el cambio de las circunstancias contempladas en el cuestionario que pudieran agravar el riesgo y sean de tal naturaleza que, de haber sido conocidas por el Asegurador en el momento de la perfección del contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

Las variaciones modificativas del riesgo a las que se refiere el apartado anterior no son las relativas al estado de salud del Asegurado, sino a la profesión, prácticas de deportes, utilización de medios de transporte peligrosos (avionetas, helicópteros, etc.) y de residencia temporal o definitiva en países con riesgo agravado (políticos, de salud, etc.)

De aceptar el Asegurador la agravación de riesgo, el Tomador quedará obligado al pago de la prorrata de la prima correspondiente, quedando hasta el momento en que ésta sea satisfecha, excluidas de la cobertura del seguro las referidas circunstancias de agravación de riesgo.

2. Las consecuencias de no comunicar la agravación del riesgo serán las mismas que se derivan de una declaración falsa o inexacta por parte del Tomador o del Asegurado.

3. Si fuera comunicada al Asegurador una agravación del riesgo, éste notificará al Tomador en el plazo máximo de un mes, las nuevas condiciones aplicables o la rescisión del contrato. De no aceptar las condiciones propuestas por el Asegurador, el Tomador podrá rescindir el contrato en el mismo plazo. En ambos casos la rescisión tomará efecto en la fecha de su notificación.

DISMINUCIÓN DEL RIESGO

1. Durante la vigencia del contrato, el Tomador o el Asegurado podrá poner en conocimiento del Asegurador todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y que, de haber sido conocidas por ésta, hubieran determinado condiciones más favorables.

En tal caso, se reducirá el importe de las primas futuras en la proporción que corresponda, una vez finalice el período en curso cubierto por la última prima satisfecha.

2. En caso contrario, el Tomador tiene derecho a la resolución del contrato y a la devolución de la diferencia entre la prima satisfecha y la que hubiera correspondido pagar de haber tenido en cuenta la disminución del riesgo.

ERROR DE EDAD

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

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

REHABILITACIÓN DEL CONTRATO

Estando la póliza en suspenso o reducida, el Tomador podrá rehabilitar la cobertura con las siguientes opciones:

1. Manteniendo los mismos capitales y garantías. Para ello deberá abonar las primas no pagadas incrementadas con un interés anual igual al legal del dinero más dos puntos.

2. Reiniciar el pago sólo de las primas futuras. En esta opción los capitales garantizados se reducirán en función de las primas no pagadas con anterioridad a la rehabilitación.

En cualquiera de las dos opciones, el Asegurador podrá solicitar al Asegurado, bien que realice el proceso de selección, o bien que aporte documentos que permita realizar una valoración de su estado de salud.

PAGO DE LA PRIMA

1. La cuantía de la prima a abonar estará en función del capital asegurado objeto de cobertura, conforme a las bases técnicas correspondientes.
2. Las primas correspondientes a cada Asegurado se abonarán por el Tomador por domiciliación bancaria y de forma anticipada, de acuerdo con lo establecido en las Condiciones Particulares.
3. Si por culpa del Tomador la primera prima no ha sido pagada, el Asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva con base en la póliza. Salvo que se establezca otra cosa en las Condiciones Particulares, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación.
4. Transcurrido un mes desde el impago de una prima, el contrato de seguro quedará en suspenso. Si el Asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que la póliza queda extinguida.
5. Si el contrato no ha quedado resuelto o extinguido conforme a lo previsto en los números anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las 24 horas del día en el que el Asegurado pague la prima.

DECLARACIÓN DE SINIESTRO

1. El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario deberán comunicar al Asegurador el acaecimiento del siniestro con indicación del lugar, día y hora del suceso y las causas que lo determinaron, dentro del plazo máximo de 30 días de haberlo conocido.
2. El incumplimiento de estos deberes dará lugar a que el Asegurador pueda reclamar los daños y perjuicios que se le irroguen.

PAGO DE INDEMNIZACIONES

1. La indemnización será satisfecha por el Asegurador al término de las investigaciones que realice para establecer la existencia del siniestro y, en su caso, el grado de invalidez resultante. Para obtener el pago, el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario deberán remitir al Asegurador los documentos justificativos que se indican a continuación, junto con la correspondiente solicitud de indemnización.

1.1. En caso de fallecimiento del Asegurado.

- a) Certificado de defunción del Asegurado.
- b) Certificado del médico que hubiese asistido al Asegurado, indicando el origen y naturaleza de la enfermedad o del accidente que le causó la muerte o, en su caso, testimonio de las diligencias judiciales o documentos que acrediten el fallecimiento por accidente.
- c) En su caso, Certificado del Registro de Actos de Últimas Voluntades, copia del último testamento del Asegurado o acta judicial de declaración de herederos.
- d) En su caso, justificante de ingreso del importe de la liquidación parcial o el de la autoliquidación practicada del Impuesto sobre Sucesiones o Donaciones.
- e) Documentación que acredite la personalidad y, en su caso, la condición de Beneficiario, así como su Número de Identificación Fiscal.
- f) El último recibo de prima satisfecho.

1.2. En caso de supervivencia del Asegurado.

- a) N.I.F. y fe de vida del Asegurado referida al vencimiento del contrato.
- b) Carta de pago o exención de cualquier impuesto que procediera.
- c) El último recibo de prima satisfecho.

1.3. En caso de invalidez permanente del Asegurado.

- a) Certificado de nacimiento del Asegurado, salvo que ya haya sido aportado.
- b) Certificado del médico que hubiese asistido al Asegurado, indicando el origen, evolución y naturaleza de la enfermedad o del accidente que ha causado la invalidez permanente. En su caso, testimonio de las diligencias judiciales instruidas al efecto.
- c) En caso de existir, certificado de calificación del grado de invalidez emitido por el I.N.S.S., será necesario aportar el original de esta confirmación o bien una fotocopia debidamente legalizada.
- d) El último recibo de prima satisfecho.

El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario deberán proporcionar, además, cualquier otra documentación que el Asegurador considere necesario solicitar, para una adecuada valoración del siniestro.

La comprobación y determinación del grado de invalidez será realizado por el Asegurador cuando el estado físico del Asegurado sea fijado médicamente como definitivo. Si transcurridos doce meses desde la fecha del siniestro no pudiera realizarse dicha fijación, el Asegurado podrá solicitar al Asegurador un nuevo plazo de hasta doce meses más, transcurrido el cual ésta habrá de fijar la invalidez según la que previsiblemente va a resultar definitiva.

En el supuesto de no existir acuerdo en la determinación del grado de invalidez, las partes se someterán a la evaluación que resulte de seguir el procedimiento pericial contradictorio previsto en los artículos 38 y 104 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

2. El Asegurador, una vez aceptado el siniestro, deberá efectuar el pago del capital asegurado dentro de los cuarenta días siguientes a la recepción de la declaración del siniestro, y previa presentación oportuna de los documentos exigidos.

En caso de mora del Asegurador, respecto del plazo de cuarenta días fijado en el párrafo anterior, el Asegurador abonará en concepto de indemnización por mora el pago de un interés anual igual al del interés legal del dinero vigente en el momento en que se devengue, incrementado en el 50 por 100. Estos intereses se considerarán producidos por días, sin necesidad de reclamación judicial.

No obstante, transcurridos dos años desde la producción del siniestro, el interés anual no podrá ser inferior al 20 por 100.

IMPUESTOS Y RECARGOS

1. Los impuestos y demás tributos legalmente repercutibles que deban satisfacerse por razón de las primas serán de cuenta del Tomador del Seguro.

2. Los impuestos y demás tributos que tengan por causa el pago de las prestaciones garantizadas en la presente póliza serán exigibles a quien corresponda, a tenor de lo que disponga la normativa reguladora vigente en cada momento.

COMUNICACIONES

1. Todas las comunicaciones derivadas de la presente Póliza deberán hacerse por escrito. Las realizadas al Asegurador se dirigirán a su domicilio social o a cualquiera de sus oficinas. Si se realizasen a través de un agente de seguros, corredor o correduría de seguros surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado directamente al Asegurador.
2. El Asegurador enviará sus comunicaciones al domicilio del Tomador, que, salvo notificación expresa y escrita en contrario, se entenderá el que conste en las Condiciones Particulares.

EXTRAVÍO O DESTRUCCIÓN

1. En caso de extravío, robo o destrucción de las Condiciones Generales, Especiales o Particulares, el Tomador lo comunicará al Asegurador que, de acuerdo con las disposiciones legales vigentes, procederá a la emisión de un duplicado.
2. En la petición se explicarán las circunstancias del caso y el solicitante se comprometerá, si apareciesen, a devolver los originales y a indemnizar al Asegurador de los perjuicios que pudiesen irrogarse de la reclamación de tercero.

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

1. La entrega de todos los datos personales facilitados al Asegurador en la solicitud es totalmente voluntaria, pero necesaria para la formalización de la póliza y el mantenimiento de la relación contractual.
2. En cumplimiento de lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, el Asegurador informa al Tomador del seguro de que los datos suministrados se incluirán en ficheros automatizados de su propiedad y serán tratados de forma confidencial tanto por el Asegurador como por aquellas entidades que, de acuerdo con la finalidad y objeto del contrato, así como por cuestiones de coaseguro y reaseguro, intervengan en la gestión de la póliza, al exclusivo efecto del correcto cumplimiento de las obligaciones pactadas.

El Tomador y los Asegurados autorizan al Asegurador al tratamiento mecanizado de los referidos datos, comprendiendo los que afecten al estado de salud, incluso en el caso de que ello requiera la cesión a que se acaba de hacer referencia, a los exclusivos efectos de que el Asegurador pueda cumplir adecuadamente con su prestación.

El consentimiento del Tomador y de cada Asegurado se expresará al firmar la solicitud de aseguramiento. Si un Asegurado concreto no consintiera la inclusión de sus datos en estos ficheros o su posterior tratamiento informático, el contrato de seguro no podrá llevarse a efecto respecto del mismo.

3. El Tomador y el Asegurado podrán ejercer respecto de los ficheros automatizados los derechos reconocidos por la ley. Posteriormente, gozarán, entre otros, de los derechos de acceso, modificación y cancelación de los datos contenidos en el referido fichero informático.

4. Conforme al artículo 25 del texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, publicado por Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, el Asegurador informa que los datos o parte de ellos, así como los que se generen en caso de siniestro, serán cedidos a entidades públicas relacionadas con el sector asegurador con fines estadístico-actuariales y de prevención del fraude, en la selección de riesgos y en la liquidación de siniestros.

Asimismo el Asegurador se reserva el derecho a ceder estos datos a las empresas que pertenezcan a su grupo con la finalidad de facilitar la comercialización de otros productos.

PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES

De acuerdo con lo establecido en el artículo 23 de la Ley 50/1980, del Contrato del Seguro, todas las acciones para el reconocimiento de los derechos que puedan derivarse de la presente Póliza quedarán extinguidas en el plazo de cinco años a computar desde el día en que aquéllos pudieron ejercitarse.

JURISDICCIÓN

La presente Póliza queda sometida a la jurisdicción española, siendo juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas de la misma, el del domicilio fijado en las Condiciones Particulares. En caso de que las acciones fueran ejercidas por el Tomador, Asegurado o Beneficiario del Seguro, será juez competente el de sus respectivos domicilios, siendo nulo cualquier pacto en contrario.

hna Vida

Anexos a las Condiciones Generales

ANEXO I. Asistencia Jurídica

ANEXO II. Segundo Diagnóstico Internacional

ANEXO I. Asistencia Jurídica

1. En caso de siniestro amparado por la presente póliza a consecuencia del Fallecimiento o Invalidez Permanente del Asegurado, se pondrá a disposición de este, de sus causahabientes o persona que designen, un servicio de orientación, gestión o asesoramiento, de acuerdo con las coberturas que se describen a continuación:

1.1. Gestión de Documentación Administrativa

a) Cuando el Asegurado o sus causahabientes faciliten la información necesaria, se realizarán los trámites para la obtención de:

- Certificaciones del Registro Civil, en extracto o literal, de defunción, nacimiento y matrimonio del Asegurado y de nacimiento de sus hijos.
- Certificado de Última Voluntad del Asegurado.
- Baja del Asegurado fallecido como usuario del Sistema de Público Sanitario y en su caso, como pensionista del Instituto Nacional de la Seguridad Social, o del correspondiente Organismo de la Comunidad Autónoma, si esta competencia le estuviera transferida.

b) Tras la aportación de la documentación necesaria por el Asegurado o sus causahabientes, se tramitará la obtención de:

- Baja del Asegurado fallecido en el Libro de Familia.
- Fe de vida.
- Certificado municipal de convivencia con el Asegurado.
- Certificado del Archivo Eclesiástico de bautismo del Asegurado.

c) Al ser imprescindible la presencia de los causahabientes, se limitará la prestación al asesoramiento necesario para la obtención de la siguiente documentación:

- Certificado de matrimonio del Archivo Eclesiástico.
- Certificado del Registro de Parejas de Hecho.
- Copia del testamento otorgado por el Asegurado fallecido.

La obtención de la documentación administrativa anteriormente detallada se realizará atendiendo la petición realizada por el Asegurado o sus causahabientes, y será única para cada siniestro.

1.2. Asesoramiento jurídico-telefónico

Asimismo se prestará el servicio de información, orientación y asesoramiento verbal, que pudiera precisar el Asegurado o sus causahabientes, derivado exclusivamente de las consultas telefónicas que se produzcan con relación a las siguientes gestiones y actuaciones:

a) Sucesiones. Asesoramiento para la localización de disposiciones testamentarias y para la obtención de la declaración de herederos cuando no exista testamento; escrituras de aceptación y adjudicación de la herencia o, en su caso, de renuncia; inventario de bienes; operaciones particionales; liquidación de obligaciones fiscales e inscripciones registrales derivadas de todo ello.

b) Pensiones. Asesoramiento para la obtención de las prestaciones por muerte, viudedad, orfandad o invalidez del Instituto Nacional de la Seguridad Social o del correspondiente Organismo de la Comunidad Autónoma, si esta competencia le estuviera transferida, así como el asesoramiento para la reclamación de otros haberes o pensiones pendientes de pago.

c) Seguros. Asesoramiento para la reclamación de los derechos y beneficios que asistan al Asegurado o a sus causahabientes frente a otras aseguradoras distintas del Asegurador o Gestoras de Fondos de Pensiones, por contratos que aquél tuviera suscritos.

d) Productos financieros. Asesoramiento para la reclamación de los derechos y beneficios que asistan a los causahabientes respecto de Bancos, Cajas de Ahorros y otras Entidades Financieras, por todo tipo de contratos o activos financieros de los que fuera titular o Beneficiario el Asegurado fallecido.

e) Contratos de arrendamiento. Asesoramiento sobre las gestiones a realizar para la subrogación de los causahabientes en los contratos de arrendamiento sobre bienes inmuebles formalizados por el Asegurado fallecido en calidad de arrendador o arrendatario, o como usufructuario de los mismos.

f) Cambio de titularidad. Asesoramiento para llevar a efecto el cambio de titularidad de vehículos ante la Dirección General de Tráfico, así como de los contratos de suministro de agua, energía eléctrica, teléfono y gas.

g) Reclamación a terceros. Asesoramiento para efectuar reclamación de responsabilidad por los daños y perjuicios sufridos por el Asegurado a consecuencia del hecho que determina un siniestro cubierto por la póliza, cuando el mismo sea imputable a terceros, así como respecto de la acción directa que pudiera corresponderle frente a la Entidad Aseguradora del causante.

2. Adicionalmente se pone a disposición de los Asegurados, un servicio de orientación jurídica que les cubrirá una primera consulta gratuita sobre cualquier asunto, tanto de su vida privada como derivada de su actividad profesional y un asesoramiento posterior sobre la consulta realizada con descuento respecto de los honorarios que marca en cada provincia el Colegio de Abogados correspondiente.

ANEXO II. Segundo Diagnóstico Internacional

El Asegurador pone a disposición del Asegurado un servicio de segundo diagnóstico internacional, por el que podrá solicitar a través del Asegurador un segundo diagnóstico de la enfermedad que padezca, así como recomendaciones diagnósticas y/o terapéuticas, a los especialistas, centros asistenciales o académicos internacionales que a tal efecto el Asegurador le facilite.

Este servicio cubrirá las siguientes enfermedades graves:

- Cáncer.
- Enfermedades Cardiovasculares.
- Trasplantes de órganos.
- Enfermedades neurológicas y neuroquirúrgicas, incluyendo accidentes cerebrovasculares.
- Insuficiencia renal crónica.
- Enfermedad idiopática de Parkinson (parálisis agitans).
- Enfermedad de Alzheimer.
- Esclerosis múltiple.