

# Enfermedades Graves Plus



# Enfermedades Graves Plus

## Nota Informativa:

La información que se contiene en este documento se ofrece en cumplimiento de lo dispuesto en los artículos 96 de la Ley 20/2015, de 14 de julio y 122 a 126 de su Real Decreto de su desarrollo.

## Legislación aplicable al Contrato de Seguro

El presente Contrato de seguro 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 su normativa de desarrollo, por lo convenido en las Condiciones Generales y Particulares del contrato y por las normas que en el futuro sustituyan o modifiquen la normativa vigente.

## Entidad Aseguradora

Denominación Social: **MetLife Europe d.a.c., Sucursal en España**, con N.I.F.: W-0072536-F, con domicilio en Madrid, Avda. de los Toreros nº 3.

**MetLife Europe d.a.c., Sucursal en España** está regulada por el Banco Central de Irlanda (Central Bank of Ireland). MetLife Europe d.a.c. es una sociedad legalmente constituida y establecida en Irlanda, con domicilio social en "20 On Hatch", Lower Hatch Street,

Dublin 2 (Irlanda), inscrita en el Registro Mercantil de Irlanda bajo el número 415123 y provista de número de identificación fiscal de su nacionalidad IE-6435123T.

## Instancias de Reclamación

- 1) Departamento de Atención al Cliente, cuyo Reglamento se encuentra a disposición del interesado en las oficinas de la Entidad Aseguradora o en el sitio web [www.metlife.es](http://www.metlife.es).
- 2) Con carácter general los conflictos se resolverán por los Jueces y Tribunales competentes.
- 3) Asimismo puede acudir, para resolver las controversias que puedan plantearse, al procedimiento administrativo de reclamación ante la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, para el cual está legitimado el Tomador del Seguro, Asegurado, Beneficiario, tercero perjudicado o derechohabiente de cualquiera de ellos.

## Condiciones Generales del Seguro denominado Enfermedades Graves Plus

El presente Contrato de seguro 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 su normativa de desarrollo, por lo convenido en las Condiciones Generales y Particulares del contrato y por las normas que en el futuro sustituyan o modifiquen la normativa vigente, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados que no sean específicamente aceptadas por el Tomador de la Póliza. No requerirán dicha aceptación las meras transcripciones o referencias a preceptos legales.

El control de la actividad desarrollada por la Entidad Aseguradora le corresponde Central Bank of Ireland, sin perjuicio de las facultades atribuidas a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Competitividad de España.

### Artículo Preliminar. Definiciones

A los efectos de este contrato se entenderá por:

- 1) **Asegurador, Entidad Aseguradora:** cualquiera de las dos anteriores denominaciones se utilizan por “**MetLife Europe d.a.c., Sucursal en España**”, entidad que asume la cobertura de los riesgos objeto de este contrato y garantiza el pago de las indemnizaciones que pudieran corresponder, de acuerdo con las condiciones del mismo.
- 2) **Tomador del Seguro:** la persona física o jurídica que suscribe el contrato con el Asegurador.
- 3) **Asegurado:** la persona física sobre cuyo estado de salud se estipula el seguro.
- 4) **Beneficiario:** la persona física o jurídica titular del derecho a la indemnización.
- 5) **Póliza:** el documento, soporte del contrato, que contiene las condiciones que regulan el Seguro. Forman parte de la Póliza, estas Condiciones Generales, las Condiciones Especiales, las Particulares y los anexos, suplementos o apéndices que pudieran emitirse para complementarla o modificarla. También forman parte del contrato, la solicitud cumplimentada por el Tomador del Seguro y las declaraciones formuladas por Tomador y Asegurado.
- 6) **Suma Asegurada:** el límite máximo de la indemnización a pagar por la Entidad Aseguradora en caso de siniestro.
- 7) **Prima:** el precio del Seguro. El recibo de prima contendrá, además los recargos e impuestos que sean de legal aplicación.
- 8) **Accidente:** la lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado que produzca su fallecimiento o su Incapacidad Temporal o Permanente.
- 9) **Enfermedad:** toda alteración del estado de salud de un individuo que sufre la acción de una patología que no sea consecuencia de accidente, cuyo diagnóstico y confirmación haya sido efectuado por un médico legalmente habilitado y que haga precisa la asistencia facultativa.
- 10) **Siniestro:** la ocurrencia de un acontecimiento que dé lugar a la aplicación de alguna de las garantías contratadas en la Póliza.
- 11) **Médico:** doctor o licenciado en medicina, autorizado legalmente para la práctica de la misma, que no sea el Asegurado o un miembro de la familia directa del Asegurado o Tomador. Asimismo, las especialidades médicas deberán estar reconocidas por el Ministerio de Educación del país correspondiente.
- 12) **Hospital:** todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento de enfermedades o lesiones corporales, provisto de los medios para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas. Dicho establecimiento debe estar atendido por un médico las 24 horas del día. A los efectos de esta Póliza no se consideran hospitales, los ambulatorios, centros de salud, hoteles, balnearios, residencias, asilos, casas de reposo, casas para convalecencia, manicomios o instituciones para tratamiento psiquiátrico e instituciones dedicadas especialmente al tratamiento de enfermedades crónicas o al internamiento y/o tratamiento de drogadictos o alcohólicos.

- 13) Diagnóstico:** juicio médico sobre la naturaleza de la enfermedad o lesión de un paciente basado en la valoración de sus síntomas y signos y eventualmente en pruebas complementarias, conforme a los protocolos médicos de actuación en función del padecimiento.
- 14) Indicación Quirúrgica:** aquella patología que precisa de una intervención quirúrgica como el mejor tratamiento posible para evitar complicaciones graves derivadas de una enfermedad. A efectos de esta cobertura sólo se entenderá como indicación quirúrgica a las referidas en las Condiciones Especiales de este Seguro.
- 15) Trasplante:** implantación de un órgano o tejido a otro organismo distinto del donante. A efectos de esta cobertura sólo se entenderá como trasplante a los referidos en las Condiciones Especiales de este Seguro.
- 16) Enfermedad Congénita:** es aquella que ya existe en el momento del nacimiento, como consecuencia de factores hereditarios o afecciones adquiridas durante la gestación. Una enfermedad congénita puede manifestarse y ser reconocida inmediatamente después del nacimiento, o bien descubierta más tarde, en cualquier período de la vida del individuo.
- 17) Enfermedad Preexistente:** es la diagnosticada al Asegurado con anterioridad a la fecha de contratación del Seguro.
- 18) Enfermedad Terminal:** situación médica de la persona sin esperanza de curación de su enfermedad, con una previsión próxima de su fallecimiento en un período inferior a 12 meses.
- 19) Período de Carencia:** período de tiempo a contar desde la fecha de efecto del contrato de Seguro durante el cual, en caso de producirse el siniestro, no existirá la correspondiente garantía del Seguro.
- 20) Guerra:** contienda armada entre dos o más países o naciones soberanas, haya sido o no declarada oficialmente, o cualquier actividad bélica que incluya el uso de fuerzas militares de una Nación Soberana contra otra u otras, por cualesquiera motivos, incluso con fines de

ocupación o invasión territorial, económicos, nacionalistas, políticos, raciales, religiosos u otros de semejante naturaleza, quedando incluido en esta definición:

- **Guerra Civil:** es cualquier conflicto armado, dentro del territorio de una Nación Soberana, con la finalidad o como consecuencia de secesión o declaración de independencia o autodeterminación de una parte del territorio de dicho Estado o para la sustitución de un sistema o régimen político por otro, intervengan o no fuerzas militares regulares.
  - **Rebelión, Sublevación o Usurpación de poder:** es el conjunto de actuaciones tendentes a obtener, de forma violenta o mediante el uso de la fuerza, la derogación, suspensión o modificación total o parcial de la Constitución o las leyes de cualquier Nación o Estado Soberano; destituir o despojar de sus prerrogativas y facultades, en todo o en parte o sustituir por otro, al Rey, Presidente o Jefe de Estado o de Gobierno de una Nación o Estado soberano o de las Comunidades o Regiones Autónomas o Estados Federados de ésta; la disolución de las Cortes Generales, Congreso, Senado o Asambleas Legislativas o impedir que éstas se reúnan, deliberen o resuelvan, o en su caso se vean obligados los Órganos e Instituciones citados a ejecutar actos contra su voluntad.
- 21) Acto Terrorista:** la preparación o ejecución de cualquier delito o falta por sujetos pertenecientes, colaboradores o al servicio de bandas armadas, organizaciones o grupos cuya finalidad sea subvertir el orden constitucional o legal o alterar gravemente la paz pública de una o más Naciones o Estados soberanos (con el objetivo, manifiesto o no, de perseguir intereses económicos, raciales, nacionalistas, políticos o religiosos), mediante la utilización de fuerza o violencia, así como las consecuencias directas o indirectas del uso o de la amenaza de uso de tal fuerza o violencia, con el propósito de provocar daños o

lesiones de cualquier tipo o perturbaciones de cualquier índole (que impliquen amenaza o peligro para la vida humana o la propiedad pública o privada o la seguridad del Estado).

En todo caso, se den o no las circunstancias anteriormente expuestas, será considerado como Acto Terrorista, con los efectos previstos en el presente contrato, cualquier acción que haya sido reconocida y calificada oficialmente de Acto de Terrorismo por el Gobierno del Estado en que tal acción se haya producido.

### **Artículo 1º. Objeto del seguro**

Es la cobertura de los riesgos contratados y detallados en las Condiciones Especiales y Particulares de esta Póliza.

Todas las garantías del presente contrato surtirán efecto en cualquier lugar del mundo.

### **Artículo 2º. Declaraciones**

El Tomador del Seguro tiene la obligación de comunicar a la Entidad Aseguradora la celebración de cualquier otro Seguro de accidentes que se refiera a las mismas personas aseguradas.

El Asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador del Seguro en el plazo de un mes a contar desde el conocimiento de la reserva o inexactitud del Tomador. Corresponderán al Asegurador, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento que haga esta declaración.

Si el siniestro sobreviene antes de que el Asegurador haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste 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 del Seguro, quedará el Asegurador liberado del pago de la prestación.

Si el contenido de la Póliza difiere de la proposición de Seguro o de las cláusulas

acordadas, el Tomador podrá reclamar a la Entidad Aseguradora en el plazo de un mes, a contar desde la entrega de la Póliza para su formalización, a fin de que se subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la Póliza.

### **Artículo 3º. Perfección, toma de efecto y duración del contrato**

El contrato se perfecciona mediante el consentimiento de las partes contratantes. Las garantías contratadas y sus modificaciones o adiciones no tomarán efecto mientras no haya sido satisfecho el primer recibo de prima.

Las obligaciones de la Entidad Aseguradora comenzarán a las veinticuatro horas del día en que hayan sido cumplimentados ambos requisitos.

La fecha de efecto y de vencimiento de las presentes garantías serán las que figuren en las Condiciones Particulares de la Póliza. Las garantías de este seguro se terminarán automáticamente:

- a) En la fecha de vencimiento que se expresa en las Condiciones Particulares o cuando quede extinguida la Póliza.
- b) Por fallecimiento del Asegurado.
- c) Cuando le sea reconocida al Asegurado una Incapacidad Absoluta y Permanente o una Gran Invalidez.  
  
El Asegurado o el Tomador del Seguro deberán comunicar a la Entidad Aseguradora, tan pronto como les sea posible, la Incapacidad Absoluta y Permanente o Gran Invalidez sobrevenidas al Asegurado.
- d) En la fecha en que el Asegurado reciba una indemnización derivada de la Garantía de diagnóstico - Cirugía - Trasplante.
- e) En la fecha de vencimiento en la anualidad del Seguro en que el Asegurado cumpla sesenta y cinco (65) años de edad.

Esta Póliza de Seguro se contrata por la duración que se establezca en las Condiciones Particulares de la Póliza,

entendiéndose prorrogado, a su vencimiento, por períodos anuales sucesivos, **salvo que alguna de las Partes se oponga, mediante notificación por escrito a la otra, con una antelación mínima de un (1) mes para el Tomador y de dos (2) meses para MetLife a la conclusión del periodo contratado.**

El Tomador del Seguro tendrá derecho, durante los 30 días siguientes a la recepción de la Póliza, a resolver unilateralmente el contrato mediante comunicación por escrito dirigida al Asegurador. Esta resolución unilateral implicará el cese inmediato de la cobertura y la devolución al Tomador de la prima que hubiera abonado sin penalización alguna.

#### **Artículo 4º. Delimitación de los riesgos garantizados. Exclusiones**

La Entidad Aseguradora garantiza, en los términos establecidos en estas Condiciones Generales, en las Especiales y en las Particulares que las acompañan, la cobertura de los riesgos cuyo concepto y suma asegurada figuran en las Condiciones Particulares, en los casos de acaecimiento del siniestro o siniestros previstos en esta Póliza.

Salvo pacto expreso y escrito en contrario, las siguientes limitaciones y exclusiones serán de aplicación a este contrato y a todos y cada uno de los riesgos contratados, además de las que puedan establecerse en Condiciones Especiales y Particulares:

- 1) **Los accidentes ocurridos antes de la entrada en vigor de la Póliza o enfermedades preexistentes a dicha entrada en vigor. Se entiende por enfermedad preexistente toda dolencia, enfermedad o lesión previamente diagnosticada o tratada médicamente o puramente sintomática, iniciada o contraída con anterioridad a la fecha de efecto de esta Póliza.**
- 2) **La participación del Asegurado en acciones delictivas, provocaciones, riñas y duelos, carreras o apuestas, salvo que el Asegurado, en el caso de riña, hubiese actuado en legítima defensa o en tentativa de salvamento de personas o bienes.**
- 3) **La provocación intencionada del accidente por el propio Asegurado, así como la tentativa de suicidio o la auto-mutilación y sus consecuencias, los accidentes ocurridos al Asegurado como consecuencia de su estado de inconsciencia o de enajenación mental, originados por cualquier causa, y los causados por imprudencia o negligencia grave del Asegurado, declarada así judicialmente.**
- 4) **Los accidentes sufridos mientras el Asegurado viaje en cualquier tipo de aeronave, excepto cuando realice vuelos como pasajero en líneas comerciales regulares o vuelos charters debidamente autorizados.**
- 5) **Los accidentes ocurridos o enfermedades contraídas por efecto del alcohol (siempre que se detecte una tasa de alcohol en sangre superior a la legalmente permitida en materia de tráfico y circulación de vehículos a motor) o cualquier droga, fármaco y/o tratamiento que no le hubiera sido prescrito o administrado por un médico.**
- 6) **Los accidentes ocurridos por el uso de ciclomotores o motocicletas por parte de los Asegurados menores de 26 años de edad, como conductores o como pasajeros, tendrán una indemnización máxima del 50% de la Suma Asegurada y, en todo caso, con un límite máximo de 30.000€ (Treinta mil Euros).**
- 7) **La práctica como profesional de cualquier deporte, así como la práctica, aunque no sea profesional, de la escalada en roca, nieve y hielo, boxeo, submarinismo, polo, concursos hípicos, ascensiones de alta montaña, caza mayor, concursos hípicos, rafting, puenting, e igualmente aquellos que impliquen riesgo aéreo.**
- 8) **Los accidentes acaecidos en el curso de manifestaciones, reuniones y huelgas ilegales.**
- 9) **Las consecuencias directas o indirectas del uso, descarga o escape de sustancias radioactivas que provoque una reacción nuclear, radiación o contaminación radioactiva.**

- 10) Las consecuencias directas o indirectas de la dispersión, aplicación o descarga de sustancias químicas, biológicas patógenas o venenosas. No obstante, solo será de aplicación esta exclusión si en el plazo de 90 días a partir de la fecha del suceso, 50 o más personas resultasen muertas o afectadas de serias heridas físicas permanentes e irreversibles.
- 11) Los accidentes provocados por el manejo y/o utilización de explosivos.
- 12) Las enfermedades mentales, nerviosas, curas de sueño o reposo así como las depresiones.
- 13) Las enfermedades congénitas o de carácter hereditario que pudiera padecer el asegurado, a no ser que en momento de contratación del Seguro el Asegurado desconociese la existencia de su enfermedad congénita, en cuyo caso si quedaría cubierta por esta Póliza.
- 14) Embarazo y sus complicaciones secundarias, parto de cualquier tipo, interrupción voluntaria o no del embarazo y las consecuencias de todo ello, así como la fecundación "in vitro" y los tratamientos incluso la cirugía encaminados a solventar la infertilidad y esterilidad en ambos sexos así como la cirugía de cambio de sexo.
- 15) Las consecuencias directas e indirectas de insolaciones, congelaciones y otros efectos de la temperatura y/o presión atmosférica, salvo que la exposición a las mismas sea como consecuencia de un accidente cubierto por la Póliza, así como los acontecimientos que por su magnitud sean calificados por el Gobierno de la Nación como "catástrofe o calamidad natural".
- 16) Las lesiones sufridas por el Asegurado como consecuencia directa o indirecta de una guerra, guerra civil, invasión militar, rebelión, sublevación (militar o no) o usurpación o sustitución del gobierno de una nación soberana (o de sus comunidades o regiones autónomas, o Estados Federados), sedición, motín y tumulto popular mediante la utilización de fuerzas militares o paramilitares.

- 17) Las lesiones sufridas por el Asegurado como consecuencia directa o indirecta del uso de la fuerza militar, regular o especial, perteneciente a un Estado o a una Nación Soberana para prevenir o evitar cualquier Acto Terrorista, reducir sus consecuencias o perseguir a sus autores, dentro o fuera del territorio de la misma, así como la consecuencia directa o indirecta de cualquier Acto Terrorista en sí mismo.
- 18) Todos los riesgos cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros, ocurran dentro o fuera del territorio nacional.

#### **Artículo 5º. Personas no asegurables**

No podrán ser aseguradas en esta póliza las personas:

- 1) Ciegas, las que padezcan alcoholismo, toxicomanía, epilepsia o enajenación mental.
- 2) Que tengan reconocida cualquier tipo de Incapacidad o se encuentren tramitando cualquier expediente de Incapacidad ante la Seguridad Social u otros Organismos competentes.
- 3) Mayores de 54 años de edad.
- 4) Menores de 14 años de edad.

#### **Artículo 6º. Modificaciones del riesgo**

1. El Tomador del Seguro o el Asegurado deberán, durante el curso del Contrato, comunicar al Asegurador tan pronto como les sea posible, todas las circunstancias que, según el cuestionario presentado por el Asegurador antes de la conclusión del contrato, agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones muy gravosas. Queda excluida de comunicación, la variación de las circunstancias relativas al estado de salud del Asegurado, que en ningún caso se considerarán agravación del riesgo.
2. En especial, el Tomador del Seguro o el Asegurado deberán comunicar a la Entidad Aseguradora tan pronto como les sea posible, el cambio, aunque sea

temporal, de la actividad, profesión, u ocupación del Asegurado que signifique una mayor posibilidad de accidente respecto a la situación declarada y asimismo deberán comunicar la incapacidad permanente sobrevenidas al asegurado por hechos no cubiertos por la Póliza.

### **Artículo 7º. Designación y cambio de beneficiarios**

El Tomador del Seguro es el Beneficiario de las garantías de la presente Póliza.

No obstante, el Tomador del Seguro podrá designar Beneficiario o modificar la designación anteriormente realizada, sin necesidad de consentimiento del Asegurador.

La designación del Beneficiario o Beneficiarios, podrá hacerse en la Póliza, en una posterior declaración escrita comunicada al Asegurador, o en testamento.

El Tomador del Seguro puede revocar la designación del Beneficiario en cualquier momento, mientras no haya renunciado expresamente y por escrito a tal facultad. La revocación deberá hacerse en la misma forma establecida para la designación.

Si en el momento del acaecimiento del siniestro no hubiese Beneficiario concretamente designado, se entenderá que es el propio Asegurado.

### **Artículo 8º. Pago de la prima**

**El Tomador del Seguro se obliga a pagar las primas de cuantía creciente, en función de la edad del Asegurado que se establecen y especifican en las Condiciones Particulares de la Póliza, correspondientes a las garantías que cubre este Seguro, durante el período de vigencia de las mismas o hasta la extinción de la Póliza si ocurriera antes del término de dicho período.**

#### **1) Periodicidad**

Los recibos de prima deberán hacerse efectivos por el Tomador del Seguro en los correspondientes vencimientos por anualidades completas anticipadas. Dichos recibos incluirán los impuestos y recargos legalmente repercutibles que se deban pagar por razón de este contrato y que correrán a cargo del Tomador.

**No obstante lo anterior, podrá pactarse que las primas se paguen fraccionadamente por semestres, trimestres o meses anticipados, aplicando el recargo correspondiente.**

#### **2) Duración**

Las primas son pagaderas en las fechas de vencimiento pactadas en las Condiciones Particulares de la Póliza y, en su caso, hasta completar el plazo de duración convenido para el pago de las mismas.

#### **3) Plazo de Gracia**

Para el pago de cada prima, con excepción de la primera, se concede un plazo de gracia de un mes a contar desde el día siguiente a la fecha de su vencimiento. El contrato permanecerá en vigor durante ese plazo de gracia.

#### **4) Lugar de Pago**

- a) El obligado al pago de la prima entregará a la Entidad Aseguradora carta dirigida al establecimiento bancario o caja de ahorros dando la orden oportuna al efecto.
- b) La prima se entenderá satisfecha a su vencimiento, salvo que, intentado el cobro dentro del plazo de gracia de un mes previsto en la Ley de Contrato de Seguro, no existiesen fondos suficientes en la cuenta del obligado a pagarla. En este caso, el Asegurador notificará al Tomador que tiene el recibo a su disposición en el domicilio de la Entidad Aseguradora, y el Tomador vendrá obligado a satisfacer la prima en dicho domicilio.
- c) Si la Entidad Aseguradora dejase transcurrir el plazo de gracia sin presentar el recibo al cobro, y al hacerlo no existiesen fondos suficientes en la cuenta, aquella deberá notificar tal hecho al obligado a pagar la prima, por carta certificada o un medio indubitado, concediéndole un nuevo plazo de un mes para que comunique al Asegurador la forma en que satisfará su importe.

#### **5) Falta de Pago de la Primera Prima**

Si no hubiera sido pagada la primera prima por culpa del Tomador del seguro, el

Asegurador **tendrá derecho a resolver el contrato o a exigir el pago en vía ejecutiva con base en la Póliza, y si no hubiera sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de cualquier obligación por razón de este contrato.**

#### **6) Falta de Pago de la Segunda y Sucesivas Primas**

En caso de falta de pago de una de las primas siguientes a la primera, **la cobertura del Asegurador quedará suspendida un mes después del día de su vencimiento.** Si la Entidad Aseguradora no reclamara el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido.

El Asegurador, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del período en curso. Si el contrato no hubiera sido resuelto o extinguido conforme a lo anteriormente expuesto, la cobertura volverá a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el Tomador pague la prima.

#### **Artículo 9º. Procedimiento en caso de siniestro**

En caso de producirse un siniestro objeto de la presente cobertura, deberá presentarse en todos los casos la siguiente documentación original a no ser que se especifique lo contrario:

- a) Fotocopia del D.N.I./N.I.F. del Asegurado.
- b) Documentos que acrediten la personalidad y la condición de Beneficiario, así como su D.N.I./N.I.F y Fe de Vida, si el Beneficiario no es el propio Asegurado.
- c) Póliza de Seguro y último recibo pagado.
- d) Testimonio de las diligencias judiciales o documentos que acrediten la ocurrencia del accidente y las lesiones del Asegurado por causa del mismo en su caso.

Además de los documentos aquí indicados deberán aportarse a la Entidad Aseguradora la documentación complementaria que se indica en las Condiciones Especiales para cada una de las garantías cubiertas por la Póliza.

En todos los casos, los justificantes documentales habrán de presentarse debidamente legalizados.

La Entidad Aseguradora podrá solicitar razonadamente otros documentos no enumerados, si ello fuera necesario para la determinación del derecho efectivo de los Beneficiarios a la indemnización o para la determinación de quienes tienen derecho a dicha indemnización.

**En caso de discrepancia respecto a la valoración de las enfermedades, diagnósticos, cirugías o trasplantes, las partes se someterán a la decisión de peritos médicos, de conformidad con lo dispuesto por los Artículos 38 y 39 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.**

#### **Artículo 10º. Comunicaciones**

Las comunicaciones al Asegurador por parte del Tomador del Seguro, del Asegurado o del Beneficiario, se realizarán al domicilio social del Asegurador, señalado en la Póliza. Las comunicaciones que efectúe el Tomador del Seguro al Agente de seguros que medie o que haya mediado en el contrato surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado directamente a la Entidad Aseguradora. Las comunicaciones del Asegurador al Tomador del Seguro y, en su caso, al Asegurado y al Beneficiario, se realizarán al domicilio de éstos, recogido en la Póliza, salvo que los mismos hayan notificado al Asegurador, a través de un medio del que pueda quedar constancia, el cambio de su domicilio.

Las comunicaciones hechas por un Corredor de seguros, Mediador en la operación, al Asegurador, en nombre del Tomador, surtirán los mismos efectos que si las realizara éste, salvo indicación en contrario del Tomador.

#### **Artículo 11º. Prescripción**

Las acciones que se deriven del contrato de seguro prescribirán en el término de cinco años, a contar desde el día en que pudieron ejercitarse.

#### **Artículo 12º. Jurisdicción**

Será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro el del domicilio del Asegurado, siendo nulo cualquier pacto en contrario.

### **Artículo 13º. Cláusula de indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios en seguros de personas**

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, el tomador de un contrato de seguro de los que deben obligatoriamente incorporar recargo a favor de la citada entidad pública empresarial tiene la facultad de convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier entidad aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente.

Las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en España o en el extranjero, cuando el asegurado tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el tomador hubiese satisfecho los correspondientes recargos a su favor y se produjera alguna de las siguientes situaciones:

- a) Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por la póliza de seguro contratada con la entidad aseguradora.
- b) Que, aun estando amparado por dicha póliza de seguro, las obligaciones de la entidad aseguradora no pudieran ser cumplidas por haber sido declarada judicialmente en concurso o por estar sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros.

El Consorcio de Compensación de Seguros ajustará su actuación a lo dispuesto en el mencionado Estatuto legal, en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, en el Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, aprobado por el Real Decreto 300/2004, de 20 de febrero, y en las disposiciones complementarias.

## **Resumen de las Normas Legales**

### **1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos**

- a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos; inundaciones extraordinarias, incluidas las producidas por embates de mar; erupciones volcánicas; tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 120 km/h y los tornados); y caídas de cuerpos siderales y aerolitos.
- b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
- c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

Los fenómenos atmosféricos y sísmicos, de erupciones volcánicas y la caída de cuerpos siderales se certificarán, a instancia del Consorcio de Compensación de Seguros, mediante informes expedidos por la Agencia Estatal de Meteorología (AEMET), el Instituto Geográfico Nacional y los demás organismos públicos competentes en la materia. En los casos de acontecimientos de carácter político o social, así como en el supuesto de daños producidos por hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas o Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz, el Consorcio de Compensación de Seguros podrá recabar de los órganos jurisdiccionales y administrativos competentes información sobre los hechos acaecidos.

### **2. Riesgos excluidos**

- a) **Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.**
- b) **Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.**
- c) **Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.**
- d) **Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley**

12/2011, de 27 de mayo, sobre responsabilidad civil por daños nucleares o producidos por materiales radiactivos.

- e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el apartado 1.a) anterior y, en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.
- f) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios de los señalados en el apartado 1.b) anterior.
- g) Los causados por mala fe del asegurado.
- h) Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.
- i) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de «catástrofe o calamidad nacional».

### 3. Extensión de la cobertura

1. La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y las mismas sumas aseguradas que se hayan establecido en las pólizas de seguro a efectos de la cobertura de los riesgos ordinarios.
2. En las pólizas de seguro de vida que de acuerdo con lo previsto en el contrato, y de conformidad con la normativa reguladora de los seguros privados, generen provisión matemática, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que la entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

### Comunicación de daños al Consorcio de Compensación de Seguros

1. La solicitud de indemnización de daños cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros, se efectuará mediante comunicación al mismo por el tomador del seguro, el asegurado o el beneficiario de la póliza, o por quien actúe por cuenta y nombre de los anteriores, o por la entidad aseguradora o el mediador de seguros con cuya intervención se hubiera gestionado el seguro.
2. La comunicación de los daños y la obtención de cualquier información relativa al procedimiento y al estado de tramitación de los siniestros podrá realizarse:
  - Mediante llamada al Centro de Atención Telefónica del Consorcio de Compensación de Seguros (900 222 665 o 952 367 042).
  - A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros ([www.consorseguros.es](http://www.consorseguros.es)).
3. Valoración de los daños: La valoración de los daños que resulten indemnizables con arreglo a la legislación de seguros y al contenido de la póliza de seguro se realizará por el Consorcio de Compensación de Seguros, sin que éste quede vinculado por las valoraciones que, en su caso, hubiese realizado la entidad aseguradora que cubriese los riesgos ordinarios.
4. Abono de la indemnización: El Consorcio de Compensación de Seguros realizará el

pago de la indemnización al beneficiario del seguro mediante transferencia bancaria.

#### **Artículo 14º. Protección de Datos de Carácter Personal**

MetLife se toma muy en serio la confidencialidad y seguridad de su información personal y estamos comprometidos a proteger cualquier dato que nos proporcione.

Para que conozca nuestra política de privacidad, que especifica más detalladamente cómo usamos sus datos personales y sus derechos en relación con dicho uso, además de adjuntársela junto con su documentación inicial, puede consultarla en cualquier momento en el enlace [www.metlife.es](http://www.metlife.es) o puede solicitarla en el teléfono de atención al cliente 900 201 040 de lunes a viernes, de 9:00 a 21:00 horas.

## **Condiciones Especiales del Seguro denominado Enfermedades Graves Plus**

### **Artículo Preliminar. Objeto del seguro**

El presente Seguro garantiza al Asegurado las prestaciones correspondientes a los riesgos y el pago, en su caso, de las sumas aseguradas estipuladas en las Condiciones Particulares, en los términos que se detallan en las presentes Condiciones Especiales:

- I. Garantía de “Diagnóstico-Cirugía-Trasplante**
- II. Garantía de “Segunda Opinión Médica”**

Estas garantías se refieren a las enfermedades graves que se especifican a continuación:

- **Enfermedades Graves:** a los efectos de la presente Póliza se entiende por enfermedad grave cualquiera de las enfermedades, trastornos o alteraciones de la salud del Asegurado que a continuación se especifican, tanto si se padecen de forma aislada, como si concurren con cualquier otra enfermedad:
  - **Infarto de miocardio.**
  - **Accidente cerebrovascular (ACVA).**
  - **Cáncer.**
  - **Insuficiencia renal.**
  - **Enfermedad terminal de pulmón.**
  - **Enfermedad terminal de hígado.**
  - **Sordera total.**
  - **Pérdida total del habla.**
  - **Enfermedad de Parkinson.**
  - **Enfermedad de Alzheimer / Demencia severa.**
  - **Hepatitis fulminante.**
  - **Enfermedad neuromotora.**
  - **Hipertensión pulmonar primaria.**
  - **Enfermedad terminal.**
  - **Meningitis bacteriana.**
  - **Traumatismo craneoencefálico severo.**
  - **Ceguera total.**

- Puente aortocoronario (by pass), cirugía de las arterias coronarias.
- Cirugía de la aorta.
- Trasplante de un órgano mayor o médula ósea.

## I. Garantía de “Diagnóstico-Cirugía-Trasplante”

### Artículo 1º. Objeto de la garantía

La Entidad Aseguradora pagará la Suma Asegurada establecida en las Condiciones Particulares de esta Póliza si al Asegurado le fuera diagnosticada alguna de las enfermedades graves incluidas en las presentes Condiciones Especiales, le fuese indicada cirugía de puente aortocoronario (by pass), cirugía de las arterias coronarias o cirugía de la aorta, se le realizase algún trasplante de un órgano mayor o médula ósea y siempre que cumplan las Condiciones descritas en el presente documento.

La presente cobertura se entiende referida exclusivamente a aquellos supuestos en que el diagnóstico, cirugía o trasplante se produzca por primera vez durante el período de vigencia de la Póliza.

**Quedan expresamente excluidas de la cobertura de esta Póliza las enfermedades que se resaltan en negrita en el apartado exclusiones para cada uno de los riesgos descritos a continuación:**

- **Enfermedades graves cubiertas por esta garantía:**

#### 1. Infarto de Miocardio

Primer Infarto de Miocardio, definiéndose éste como la muerte o necrosis de una parte del músculo cardíaco como resultado de una interrupción brusca del aporte sanguíneo al miocardio. El diagnóstico debe estar basado en:

- Historia de dolor torácico típico.
- Nuevos cambios electrocardiográficos que confirmen el infarto.
- Elevación significativa de las enzimas cardíacas CPK-MB y/o Troponina.

#### Exclusiones:

- Angina de pecho.
- Microinfartos con sólo una elevación mínima de la Troponina y sin anormalidad diagnóstica en el trazo del ECG o signos clínicos.

#### 2. Accidente Cerebrovascular (ACVA)

Evento agudo que produce un daño neurológico focal con una duración superior a las 24 horas, producido por infarto del tejido cerebral, hemorragia cerebral o subaracnoidea, embolia cerebral o trombosis cerebral confirmado por TAC y/o RNM, que reúna la siguiente condición:

- Que exista daño cerebral permanente diagnosticado por un médico especialista en neurología pasadas al menos 6 semanas desde la fecha del Accidente Cerebrovascular.

#### Exclusiones:

- **Infarto de tejido cerebral o hemorragia intracraneal como resultado de traumatismo externo, de una infección, vasculitis o enfermedad inflamatoria.**
- **Accidente isquémico transitorio (AIT).**
- **Desórdenes isquémicos del sistema vestibular.**
- **Enfermedad vascular que afecte el ojo o el nervio óptico.**

#### 3. Cáncer

Tumor maligno caracterizado por crecimiento y expansión incontrolados de células malignas con invasión y destrucción del tejido normal. El Cáncer debe ser diagnosticado y confirmado como maligno por un médico especialista en oncología o patología a través de análisis histológicos. Se incluyen: la leucemia, el linfoma maligno, la enfermedad de Hodgkin, las enfermedades malignas de médula ósea y el cáncer de piel metastásico.

#### Exclusiones:

- Displasia cervical o CIN I, II y III.
- Cáncer de cérvix “in situ”.
- Cáncer de próstata temprano T1 a o b según clasificación TNM u otra clasificación equivalente.
- Melanomas de piel estadio 1<sup>a</sup>, de acuerdo a la nueva clasificación de la AJCC de 2002.
- Hiperqueratosis o carcinomas de piel (epiteliomas basocelulares y carcinomas de células escamosas de piel salvo que exista metástasis).
- Sarcoma de Kaposi.
- Carcinoma “in situ” de mama (T1N0M0) menor de 2 cms. de diámetro.
- Micro-carcinoma papilar de tiroides (T1N0M0) de menos de 1 cm. de diámetro.
- Carcinoma de vejiga “in situ”.
- Leucemia linfática crónica de menos de RAI estadio.
- En general cualquier situación de premalignidad, cánceres no invasivos o carcinoma “in situ”.

#### 4. Insuficiencia renal

Etapas terminal de una enfermedad renal manifestada por un fallo crónico e irreversible de la función de ambos riñones, que requiera necesariamente la realización periódica de diálisis peritoneal, hemodiálisis y/o la necesidad de un trasplante renal.

#### Exclusiones:

- Fallo renal reversible o temporal que se resuelva mediante tratamiento médico.

#### 5. Enfermedad terminal del pulmón

Enfermedad terminal del pulmón que curse con dificultades crónicas para la respiración y que reúna cada una de las siguientes condiciones que deberán ser evidenciadas mediante el diagnóstico

de un médico especialista en neumología:

- Necesidad permanente de oxigenoterapia a domicilio.
- Análisis de sangre arterial con una presión de oxígeno igual o menor a 55 mmHg (PaO<sub>2</sub> < 55mmHg)
- Disnea en reposo.

#### 6. Enfermedad terminal del hígado

Enfermedad terminal del hígado que reúna cada una de las siguientes condiciones que deberán ser evidenciadas mediante el diagnóstico de un médico especialista en aparato digestivo.

- Ictericia Permanente.
- Encefalopatía Hepática.
- Ascitis.

#### Exclusiones:

- Cualquier enfermedad del hígado derivada del abuso de alcohol o drogas.

#### 7. Sordera total

Pérdida total e irreversible de la audición de los dos oídos como consecuencia de una enfermedad o de un accidente cubierto por la Póliza. La sordera deberá ser probada mediante las pruebas audiométricas y de umbral sonoro facilitadas por un médico especialista en otorrinolaringología.

La pérdida total del oído significa la pérdida de al menos 80 decibelios en cualquier frecuencia del oído.

#### 8. Pérdida total del habla

Pérdida total e irreversible de la capacidad de hablar como consecuencia de una enfermedad o de un accidente cubierto por la Póliza que afecte las cuerdas vocales.

Previamente al pago de la indemnización prevista para esta cobertura, deberá comprobarse que la pérdida del habla haya sido continua durante al menos 12 meses.

La prueba médica deberá ser facilitada por un médico especialista en otorrinolaringología.

#### **Exclusiones:**

- **La pérdida del habla consecutiva a cualquier enfermedad de tipo psiquiátrico y/o depresiones.**

#### **9. Enfermedad de Parkinson**

El diagnóstico inequívoco de la Enfermedad de Parkinson realizado por un especialista en neurología y que reúne las siguientes condiciones:

- No se puede controlar mediante la correspondiente medicación.
- Muestra señales de deterioros irreversibles y progresivos.
- Implica que el Asegurado se encuentre incapacitado, durante un período de al menos 6 meses y necesite la ayuda de una tercera persona para realizar al menos tres de las siguientes tareas de la vida cotidiana: asearse, control de esfínteres, vestirse, comer o desplazarse dentro de su habitación.

#### **10. Enfermedad de Alzheimer / Demencia severa**

Deterioro o pérdida de la capacidad intelectual, confirmada por una valoración clínica y los resultados de pruebas psicotécnicas y de imagen practicadas al Asegurado, que tengan como resultado la Enfermedad de Alzheimer o el deterioro cognitivo orgánico irreversible, que impliquen una reducción significativa del comportamiento social y de las facultades intelectuales, de tal forma que el Asegurado requiera ser ayudado y vigilado de forma permanente.

El diagnóstico debe ser confirmado por un médico especialista en neurología o geriatría y en todo caso, el médico de la compañía Aseguradora deberá ratificar este diagnóstico para validar la entrada en vigor de esta cobertura.

#### **Exclusiones:**

- **Cualquier enfermedad no orgánica como las psiquiátricas o los daños cerebrales causados por el consumo de alcohol o drogas.**

#### **11. Hepatitis fulminante**

Necrosis masiva de hígado causada por el virus de la hepatitis, precipitando la pérdida de funcionalidad del hígado. El diagnóstico de hepatitis deberá al menos reunir cada una de las condiciones siguientes:

- Reducción del tamaño del hígado.
- Necrosis que afecte a lóbulos enteros, quedando colapsada la estructura reticular.
- Rápido deterioro de los tests de funcionamiento del hígado.
- Ictericia progresiva.
- Encefalopatía hepática.

#### **Exclusiones:**

- **Hepatitis fulminante o terminal derivada del consumo de alcohol o drogas.**

#### **12. Enfermedad neuro-motora**

Enfermedad neuro-motora de etiología desconocida y caracterizada por una degeneración progresiva de los tractos corticoespinales, de las células del asta o de las neuronas eferentes del bulbo raquídeo. Esto incluye la atrofia muscular espinal, la parálisis progresiva del bulbo, la esclerosis lateral amiotrófica y primaria. Sólo se admitirán siniestros con cargo a esta cobertura cuando un médico especialista en neurología certifique el carácter evolutivo de la patología que derive en un déficit neurológico permanente.

#### **13. Hipertensión pulmonar primaria**

Proceso que supone un aumento de la tensión pulmonar que conlleva el crecimiento sustancial del ventrículo derecho. Comprobado por pruebas médicas incluyendo el cateterismo cardíaco que implique una insuficiencia cardíaca clase 4 de acuerdo con el baremo de insuficiencia cardíaca de la NYHA (New York Heart Association) y derive en incapacidad para realizar cualquier actividad física sin malestar, permaneciendo los síntomas incluso en reposo.

#### 14. Enfermedad terminal

El diagnóstico irrevocable de que una enfermedad desembocará en el fallecimiento inevitable del Asegurado en un periodo de tiempo inferior a 12 meses. Este diagnóstico ha de ser establecido por el médico especialista que corresponda y confirmado en cualquier caso por el médico de la Aseguradora.

#### 15. Meningitis bacteriana con secuelas

Infección de origen bacteriano (no viral) que produce una inflamación severa de las membranas del cerebro o de la médula espinal que implique un déficit neurológico irreversible y permanente diagnosticado por un médico especialista en neurología una vez transcurridas al menos 6 semanas desde el inicio de la enfermedad.

La comprobación de la infección deberá confirmarse mediante punción lumbar.

##### Exclusiones:

- **Meningitis bacteriana que no deje secuelas.**

#### 16. Traumatismo cráneo-encefálico severo

Cualquier traumatismo cráneo-encefálico de origen accidental que cause un daño neurológico permanente confirmado transcurridos al menos 6 meses desde la fecha del accidente. El diagnóstico irrevocable ha de ser establecido por un médico especialista en neurología sobre la base de las pruebas siguientes:

- Resonancia magnética.
- TAC o cualquier otra técnica de imagen reconocida.

**Esta cobertura sólo se aplicará en los casos de accidentes cubiertos por la Póliza.**

#### 17. Ceguera total

Pérdida total e irreversible de la visión de ambos ojos como consecuencia de

un accidente cubierto por la Póliza. El diagnóstico irrevocable de ceguera del Asegurado debe ser establecido por un médico especialista en oftalmología.

#### 18. Puente aortocoronario (by-pass), cirugía de las arterias coronarias

Es la cirugía a corazón abierto que se realiza para la corrección de estenosis o bloqueo de una o más arterias coronarias con injertos arteriales o venosos. El diagnóstico debe ser efectuado por coronariografía y la indicación quirúrgica debe ser considerada médicamente necesaria por un cardiólogo.

##### Exclusiones:

- **Angioplastia de balón.**
- **Cualquier técnica intraarterial basada en catéteres (Stent).**
- **Procedimientos con láser.**

#### 19. Cirugía de la Aorta

El sometimiento a una cirugía mayor con el objeto de reparar o corregir un aneurisma, estrechamiento, obstrucción o disección de la aorta, mediante la apertura del pecho o del abdomen.

A los efectos de esta cobertura, aorta significa exclusivamente aorta torácica o abdominal. En ningún caso, las ramificaciones de la aorta se entienden incluidas en esta definición, a excepción del by-pass aorto-ilíaco.

##### Exclusiones:

- **Cateterismo y Arteriografía.**

#### 20. Trasplante de un órgano mayor o de médula ósea

Recepción o trasplante de los siguientes órganos, como consecuencia de la pérdida de funcionalidad total e irreversible del órgano objeto del trasplante:

- Uno de los órganos humanos siguientes: corazón, pulmón, hígado, riñón, páncreas.
- Médula ósea humana usando células madre del sistema hematopoyético, precedido por una ablación total de la médula ósea.

**Exclusiones:**

- **Cualquier otro tipo de trasplante.**

**Artículo 2º. Riesgos excluidos**

Además de los enumerados en el Artículo 4º de las Condiciones Generales de la Póliza, y los que corresponden a cada una de las coberturas señaladas en el artículo anterior, quedan excluidas todas las enfermedades que no están recogidas en el Artículo Preliminar de estas Condiciones Especiales.

**Artículo 3º. Período de carencia y fecha de siniestro**

Se establece un período de carencia, a efectos de la entrada en vigor de las coberturas de la garantía “Diagnósticocirugía-Trasplante”, de 3 (tres) meses desde la fecha de efecto de la contratación de las mismas, de modo que sólo serán indemnizables aquellos siniestros que tengan lugar transcurrido dicho período.

Por fecha de siniestro, se entiende aquella en que el facultativo o especialista correspondiente efectúe su diagnóstico o la indicación de cirugía cubierta por la Póliza por primera vez. No obstante, en caso de trasplante de un órgano mayor o de médula ósea, la fecha del siniestro será la fecha en que se efectúe el trasplante con independencia de la fecha en que haya sido diagnosticada la necesidad del mismo.

La Suma Asegurada prevista se pagará en caso de que el Asegurado sobreviva al menos treinta días naturales contados desde la fecha del siniestro de cualquiera de las enfermedades, cirugías o trasplantes cubiertos por la Póliza.

La combinación de más de una de las enfermedades, cirugías y trasplantes previstas en esta cobertura tendrá la consideración de un único siniestro y en consecuencia dará lugar al pago de una única indemnización, correspondiente al

**diagnóstico de enfermedad, indicación de cirugía o realización de trasplante, que ocurra en primer lugar.**

**Artículo 4º. Procedimiento en caso de siniestro**

Además de la documentación requerida en las Condiciones Generales de la Póliza, deberá presentarse a la Entidad Aseguradora la documentación que se especifica a continuación para cada una de las contingencias que se expresan:

**1. Diagnóstico de enfermedad grave**

(Infarto de miocardio, Accidente cerebrovascular (ACVA), Cáncer, Insuficiencia renal, Enfermedad terminal de pulmón, Enfermedad terminal de hígado, Sordera total, Pérdida total del habla, Enfermedad de Parkinson, Enfermedad de Alzheimer / demencia severa, Hepatitis fulminante, Enfermedad neuromotora, Hipertensión pulmonar primaria, Enfermedad terminal, Meningitis bacteriana, Traumatismo craneoencefálico severo y Ceguera total).

- Informe médico o historial completo y detallado y documentación complementaria, en el que conste origen y fecha de diagnóstico de alguna de las enfermedades objeto de esta garantía. Esta información deberá comunicarse por escrito a la Entidad Aseguradora.

**El Asegurado consiente expresamente ser examinado, en su caso, por un médico designado por la Entidad Aseguradora para comprobar la realidad y el alcance de la enfermedad diagnosticada.**

**2. Indicación de cirugía**

(Puente aortocoronario -by pass-, cirugía de las arterias coronarias y cirugía de la aorta)

- Informe médico o historial completo y detallado y documentación complementaria, en el que conste la indicación quirúrgica de alguna de las cirugías objeto de esta garantía. Esta información deberá comunicarse por escrito a la Entidad Aseguradora.

**El Asegurado consiente expresamente ser examinado, en su caso, por un médico designado por la Entidad Aseguradora para comprobar la realidad y el alcance de la indicación quirúrgica.**

### 3. Trasplante

(Trasplante de un órgano mayor o médula ósea)

- Informe médico o historial completo y detallado y documentación complementaria, en el que conste la fecha de trasplante objeto de esta garantía. Esta información deberá comunicarse por escrito a la Entidad Aseguradora.

## II. Garantía de Segunda Opinión Médica

### Artículo 1º. Objeto de la garantía

Siempre que figure contratada en las Condiciones Particulares de la Póliza, la Entidad Aseguradora garantiza al Asegurado, cuando haya sido diagnosticado de una enfermedad que sea considerada como grave, la prestación del servicio de consulta y/o asesoramiento médico, en los términos que a continuación se expresan. Esta prestación se lleva a cabo a través de Best Doctors® (BD), mediante sus servicios denominados Interconsulta e Intersalud.

La prestación de los servicios de consulta y/o asesoramiento médico, se proporciona al Asegurado cubierto por la Póliza, a través de información telefónica durante 24 horas al día y 365 días al año, en el teléfono 900 352 680.

La prestación de asesoramiento cubierta por esta garantía complementaria, es la que se describe a continuación:

#### ● Interconsulta

Servicio de consultas médicas internacionales que permite al Asegurado efectuar consultas con los mejores especialistas y centros asistenciales y otros centros académicos de primer nivel y que comprende las prestaciones siguientes:

1. Recibir, identificar, presentar y discutir la Interconsulta con los médicos especialistas que considere más apropiados para contestar las preguntas específicas planteadas por la consulta.

2. Coordinar la información obtenida y la eventual consulta con otros profesionales, si ello fuere necesario.
3. Identificar métodos diagnósticos alternativos aplicables al material enviado.
4. Coordinar el análisis de materiales adicionales tales como patologías, laboratorios y/o radiología.
5. Enviar los materiales a los especialistas seleccionados.
6. Interpretar, escribir y enviar al Asegurado las conclusiones y recomendaciones finales.
7. Se establece un plazo medio de contestación de 15 días desde que Best Doctors® disponga de toda la información precisa para la interconsulta.
8. En la "Solicitud de Interconsulta" que Best Doctors® remite al Asegurado para su cumplimentación, se indicará de forma bien visible, que el Asegurado es el único responsable por las decisiones que adopte en base a las opiniones de los médicos y/o profesionales consultados.

#### ● Intersalud Servicios Personalizados

Un servicio personalizado para el Asegurado que viaja fuera de su país de residencia para obtener tratamiento médico, con las características siguientes:

1. Funcionar como una agencia de servicios para el Asegurado en el extranjero. El Asegurado puede llamar o acudir cuando requiera utilizar los servicios contratados.
2. Recibir, analizar y autorizar las solicitudes para prestaciones de servicios y controlar la correcta utilización de Intersalud Servicios Personalizados.
3. Enviar una respuesta a la solicitud de servicios al Asegurado antes de la partida del mismo al extranjero, haciendo mención a la selección de médicos y hospitales, en un plazo máximo de 10 días hábiles.

4. Seleccionar y dar referencias al Asegurado sobre hospitales o médicos en el extranjero.
  5. Obtener citas médicas con los especialistas seleccionados o con aquellos elegidos por el Asegurado.
  6. Formalizar los trámites previos a la admisión del Asegurado en el hospital.
  7. Ayudar al Asegurado, a petición suya, a gestionar el transporte y el alojamiento provisional del mismo y su familia. Los costes de tal transporte y/o alojamiento serán a cargo del Asegurado y en ningún caso de Best Doctors®. La confirmación de reservas y/o alojamiento requerirá una tarjeta de crédito.
  8. Coordinación de la recepción del Asegurado en el aeropuerto y del posterior traslado al lugar de hospedaje.
  9. Coordinación del traslado en ambulancia aérea y del traslado terrestre.
  10. Obtención del acceso a servicios de intérpretes y traducciones relacionadas con las atenciones médicas.
- **Intersalud Servicios Administrativos**

Una vez que el Asegurado ha decidido viajar al extranjero, Best Doctors® se compromete a prestar los siguientes servicios:

    1. Obtendrá presupuestos y costes estimados de hospitalización y honorarios médicos que correspondan

- a las atenciones médicas a recibir por parte del Asegurado en el extranjero.
2. Presentará e introducirá al Asegurado en el hospital donde vaya a efectuar el ingreso.
3. Coordinará la atención al Asegurado en el hospital por él elegido y las citas con el médico y/o especialista.
4. Revisará, controlará y analizará las correspondientes facturas, así como la verificación de los cargos denominados “usuales y acostumbrados” a lo largo del tratamiento del Asegurado.
5. Auditará completamente todas las partidas reflejadas en las correspondientes facturas y cargos relacionados con las atenciones médicas recibidas por el Asegurado.
6. Obtendrá los descuentos que correspondan en cada caso en las facturas de los distintos servicios médicos y hospitalarios.

#### **Artículo 2º. Delimitación de los riesgos garantizados. Exclusiones**

##### **Quedan excluidos de esta cobertura:**

- **Las consultas y/o petición de asesoramiento que pudieran producirse como consecuencia de una enfermedad padecida por el Asegurado con anterioridad a la entrada en vigor de la Póliza.**
- **Cualquier gasto que pudiera derivarse del asesoramiento y/o información médica prestada al Asegurado en relación con la enfermedad objeto de la consulta.**

[www.metlife.es](http://www.metlife.es)

MetLife Europe d.a.c., Sucursal en España  
Avenida de los Toreros, 3  
28028 Madrid

900 201 040 | [clientes.spain@metlife.es](mailto:clientes.spain@metlife.es)

[metlife.es](http://metlife.es)

Síguenos en  



Exploremos la vida juntos

EM-50 | 12/2018

MetLife Europe d.a.c., Sucursal en España es una Compañía del Grupo MetLife • Avda. de los Toreros, 3 - 28028 Madrid • CIF: W-0072536-F • Tlf: 900 201 040  
MetLife y su logotipo son marcas registradas de Metropolitan Life Insurance Company y sus filiales. © 2018 MetLife, Inc. Todos los derechos reservados.