

# Condiciones Generales de su seguro ForYouWoman

**Un seguro de vida con cobertura  
para el cáncer de mama**



**nationale  
nederlanden**

## Condiciones Generales ForYouWoman

### Índice

---

<b>Título I.</b>	<b>Introducción.....</b>	<b>3</b>
<b>Título II.</b>	<b>Definiciones.....</b>	<b>3</b>
<b>Título III.</b>	<b>Su seguro.....</b>	<b>4</b>
Artículo 1.	¿Qué situaciones cubre?	4
Artículo 2.	¿Qué situaciones no están cubiertas?	5
<b>Título IV.</b>	<b>Obligaciones del tomador/asegurado.....</b>	<b>5</b>
Artículo 3.	Veracidad de las declaraciones	5
Artículo 4.	Pago de la prima	5
Artículo 5.	¿Qué pasa si no paga la primera prima o si deja de pagar las sucesivas?	6
<b>Título V.</b>	<b>Obligaciones de la Compañía.....</b>	<b>7</b>
Artículo 6.	Pago de las situaciones cubiertas	7
Artículo 7.	Comunicaciones con la Compañía	7
<b>Título VI.</b>	<b>¿Qué debe hacer si le diagnostican por primera vez un cáncer de mama?</b>	<b>7</b>
<b>Título VII.</b>	<b>¿Cómo proceder en caso de fallecimiento?.....</b>	<b>7</b>
<b>Título VIII.</b>	<b>Instancias de reclamación.....</b>	<b>8</b>
<b>Título IX.</b>	<b>Legislación aplicable y jurisdicción.....</b>	<b>9</b>
<b>Título X.</b>	<b>Riesgos cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros.....</b>	<b>9</b>
<b>Anexo I.</b>	<b>Teladoc Health.....</b>	<b>12</b>
<b>Anexo II.</b>	<b>Servicio de ayuda a domicilio.....</b>	<b>14</b>



## Título I. Introducción

Estas son las condiciones de su seguro de vida **ForYouWoman**. Si tiene cualquier duda o consulta por favor llámenos al teléfono 900 300 066 ó 91 602 46 00 y estaremos encantados de ayudarle.

**A continuación, le resumimos lo más destacado de las coberturas:**

### 1. ¿Qué le cubre?

- Un capital de 70.000€ en caso de fallecimiento por cualquier causa
- Un capital de 30.000€ en caso de primer diagnóstico de cáncer de mama. Se establece **un periodo de carencia de 90 días**.

### 2. Además, dispone de servicios adicionales de soporte y ayuda en caso de primer diagnóstico de cáncer de mama:

- Segunda opinión médica
- Servicio de apoyo doméstico y cuidado de niños

### 3. Cómo proceder en caso de diagnóstico:

- Llame al teléfono de Atención al Cliente 900 300 066 ó 91 602 46 00 donde le informaremos de cómo proceder.



## Título II. Definiciones

**Beneficiario:** persona con derecho a recibir las prestaciones aseguradas.

**Carcinoma de mama in situ:** el “Carcinoma de Mama In Situ” (código D05 de la CIE-10) se caracteriza por la presencia de células cancerígenas de mama malignas que permanecen dentro del grupo de células del que surgieron, donde las células cancerígenas no penetran la membrana base ni invaden los tejidos o estroma circundantes. Esto incluye, pero no está limitado a, cáncer preinvasivo de los conductos lácteos o lóbulos.

El diagnóstico debe estar confirmado con un informe patológico válido del tejido, fijado por un patólogo colegiado. El tumor de mama debe estar clasificado como “Tis” según el método de clasificación TNM de la 7ª Edición de la AJCC o como Etapa 0 según el sistema de clasificación FIGO de la Federation Internationale de Gynaecologie et d’Obstetrique.

El carcinoma de mama in situ debe requerir al menos uno de los tres (3) tratamientos siguientes, para detener específicamente la diseminación de la malignidad, y debe estar considerado el tratamiento como necesario y apropiado: quimioterapia citotóxica, o radioterapia, o cirugía de mama, esto significa una intervención terapéutica realizada al asegurado por razones médicas y a través de una incisión hecha por un cirujano en un hospital autorizado que requiera hospitalización durante al menos 24 horas y el uso de un quirófano.

**Compañía:** Nationale-Nederlanden Vida, Compañía de Seguros y Reaseguros, Sociedad Anónima Española y Nationale-Nederlanden Generales, Compañía de Seguros y Reaseguros, Sociedad Anónima Española.

**Periodo de carencia:** periodo de tiempo, contado a partir de la fecha de efecto de la póliza, durante el cual no entra en vigor algunas de las garantías de la póliza.

**Póliza:** los documentos formales de este contrato denominados: solicitud de seguro, declaración de salud, Condiciones Generales, Condiciones Particulares y Suplementos posteriores.

**Prima:** es el precio del seguro al que se obliga el tomador, siendo a su cargo los impuestos y recargos legales repercutibles en cada momento, con la duración y frecuencia de pago elegida.

**Tomador/asegurado:** persona física que suscribe este contrato y sobre cuya vida se contrata el seguro.

### Título III. Su seguro

#### Artículo 1. ¿Qué situaciones cubre?

- **Fallecimiento:** la Compañía le garantiza el pago de un capital de 70.000€ en caso de fallecimiento por cualquier causa.
- **Primer diagnóstico de cáncer de mama:** la Compañía le garantiza el pago de un capital de 30.000€ en caso de primer diagnóstico de cáncer de mama para que, como beneficiario/a, decida en que lo utiliza.

Se entiende por cáncer de mama al tumor maligno que se origina en la mama, caracterizado por un crecimiento incontrolado y por la diseminación de células malignas con invasión y destrucción del tejido normal.

El diagnóstico debe estar confirmado por un informe patológico válido y por un informe de un especialista en Oncología, Anatomía Patológica, Cirugía General y Ginecología colegiado en la Unión Europea.

Además, esta póliza también cubre el “Carcinoma de Mama In Situ” (nivel inicial ó básico).

- **Servicios adicionales** de los que podrá disponer, si lo desea, **en caso de primer diagnóstico de cáncer de mama:**

#### 1. Teladoc Health (2ª Opinión médica):

**Nationale-Nederlanden** en colaboración con Teladoc Health, le ofrece un Servicio de Asesoramiento médico que le permitirá disponer, siempre que lo desee, de una 2ª opinión médica y acceder al más alto conocimiento y tecnología médica a nivel internacional.

Podrá acceder a éste servicio a través del teléfono de atención y coordinación médica de Teladoc Health **900 352 680**. Más información en el Anexo a este documento.

#### 2. Servicio de Ayuda a Domicilio:

Servicio de apoyo doméstico para ayudarle en las tareas del hogar y/o cuidado de los niños.

Dispondrá **de 240 horas** en total y podrá disfrutar del mismo en el plazo máximo de **1 año** a contar desde su inicio. Este servicio podrá prestarse de lunes a viernes, en horario de 9 a 20 horas, excluyendo días festivos.

Para más información, consulte el Anexo a este documento o llámenos al teléfono de Atención al Cliente **900 300 066 ó 91 602 46 00**.

## Artículo 2. ¿Qué situaciones no están cubiertas?

En caso de primer diagnóstico de cáncer de mama:

- Se establece un período de carencia de 90 días para el cáncer de mama, a contar desde la fecha de entrada en vigor de la póliza.
- Los procedimientos quirúrgicos utilizados sólo con el fin de un diagnóstico, como biopsias y técnicas de aspiración.
- El cáncer que se origine en cualquier otro órgano distinto a la mama y todos los tumores que histológicamente sean clasificados como benignos.

En caso de fallecimiento si éste se produce a consecuencia de :

- Suicidio del asegurado o su muerte a consecuencia de intento de suicidio, si ocurre durante el primer año del seguro. Una enfermedad preexistente o de un accidente ocurrido con anterioridad a la entrada en vigor de cada una de las contingencias.  
Guerra declarada o no, motín, revolución o tumulto, o cualquier hecho de naturaleza análoga.
- Reacción nuclear, radiación nuclear o contaminación radioactiva.
- Las lesiones intencionadas causadas por el propio asegurado o lesiones producidas como consecuencia de un intento de suicidio, efectuadas bien en perfectas facultades mentales o bien por enajenación mental.  
Un acto criminal del asegurado.
- La influencia del alcohol, estupefacientes o drogas en el asegurado, salvo que se quede probado que tales circunstancias y el accidente no tienen relación.  
Acciones intencionadas o instigadas por el beneficiario. Dicha exclusión afectará únicamente al beneficiario que hubiera realizado esa acción y en la proporción que tuviera asignada en la póliza.
- Uso y/o pilotaje de aeronaves por el asegurado en calidad distinta de la de usuario de un transporte público/pasajero de vuelos comerciales.  
La práctica como profesional de cualquier deporte.
- Los riesgos de carácter extraordinario sobre las personas, cubiertos o excluidos por el Consorcio de Compensación de Seguros de conformidad con la normativa vigente en cada momento.

## Título IV. Obligaciones del tomador/asegurado

### Artículo 3. Veracidad de las declaraciones

Este contrato se basa en la solicitud de seguro y en sus declaraciones como asegurado. Las declaraciones inexactas darán lugar a ajustar la póliza a los hechos, tal y como se conozcan en cada momento.

Usted no está obligado a declarar circunstancias no requeridas por la Compañía.

La Compañía no discutirá la validez de la póliza una vez transcurridos 180 días desde la fecha de inicio de la póliza, salvo que demuestre que la ha engañado intencionadamente.

### Artículo 4. Pago de la Prima

La póliza entra en vigor tras el consentimiento por ambas partes y pago de la primera prima a la Compañía.

El importe de las primas netas variará en función de su edad, de acuerdo a la siguiente tabla:

Edad	Tarifa anual	Edad	Tarifa anual
Hasta 34 años	72,0€	52 años	472,8€
35 años	91,2€	53 años	505,2€
36 años	100,8€	54 años	534,8€
37 años	110,4€	55 años	568,8€
38 años	122,4€	56 años	597,6€
39 años	135,6€	57 años	628,8€
40 años	176,4€	58 años	657,6€
41 años	192,0€	59 años	685,2€
42 años	207,6€	60 años	734,4€
43 años	220,8€	61 años	765,6€
44 años	235,2€	62 años	801,6€
45 años	274,8€	63 años	842,4€
46 años	291,6€	64 años	896,4€
47 años	312,0€	65 años	1045,2€
48 años	334,8€	66 años	1135,2€
49 años	361,2€	67 años	1243,2€
50 años	405,6€	68 años	1371,6€
51 años	439,2€	69 años	1520,4€

Los importes no incluyen los impuestos que, de acuerdo con la normativa, sean aplicables y que vendrán recogidos en el recibo correspondiente.

Si modificásemos la tabla de primas, salvo por disposición legal, se lo comunicaremos con una antelación de dos meses a la fecha de renovación, salvo que dicho cambio venga impuesto por disposición legal en cuyo caso le informaremos de acuerdo a lo establecido en dicha norma.

Deberá pagar las primas a la Compañía, en las fechas convenidas y en el domicilio bancario expresado a tal efecto en las Condiciones Particulares.

**La Compañía no admite, en ningún caso, dinero entregado en efectivo.**

**Impuestos:** todos los impuestos y recargos que resulten obligatorios por disposición legal son a su cargo o a cargo del beneficiario.

#### Artículo 5. ¿Qué pasa si no paga la primera prima o si deja de pagar las sucesivas?

Si el asegurado fallece antes de haberse pagado y recibido por la Compañía la primera prima, la Compañía no está obligada al pago de las prestaciones.

Una vez pagada la primera prima, si no se pagaran alguna de las siguientes:

- Pasado 1 mes a contar desde el recibo del pago de la prima, las garantías de la póliza se suspenden. Dispondrá de 3 meses para ponerse al corriente de pago y que la póliza vuelva a tener efecto.
- Pasados 3 meses, la póliza se cancelará automáticamente.

## Título V. Obligaciones de la Compañía



### Artículo 6. Pago de las situaciones cubiertas

- En caso de primer diagnóstico de cáncer de mama o fallecimiento, la Compañía, si procede, realizará el pago al beneficiario tan pronto como reciba toda la documentación indicada en los Títulos VI y VII de las presentes condiciones.
- Si, estando la póliza en vigor, la Compañía tuviera que pagar alguna cantidad por haberse producido el fallecimiento o por primer diagnóstico de cáncer de mama y, en ese momento, la póliza no estuviese al corriente de pago, dicha cantidad se deducirá del importe que la Compañía tenga que pagar.
- La Compañía pagará las cantidades acordadas a los beneficiarios aún contra las reclamaciones de sus herederos y acreedores.
- Las acciones que deriven de este contrato prescriben 5 años después de la fecha en que puedan ejercitarse.

### Artículo 7. Comunicaciones con la Compañía

Todas las comunicaciones entre el tomador/asegurado, beneficiario o la persona de contacto y **Nationale-Nederlanden** que puedan efectuarse como consecuencia de esta póliza, podrán realizarse por medios telemáticos (teléfono, correo electrónico, web privada,...) sin perjuicio de que cualquiera de las partes pueda solicitar una confirmación escrita en papel.

## Título VI. ¿Qué debe hacer si le diagnostican por primera vez un cáncer de mama?



En este caso, debe hacernos llegar el informe concreto y detallado del médico especialista que acredite el primer diagnóstico, así como cualquier otro tipo de documentación médica que requiera la Compañía para poder valorar correctamente el caso.

Llámenos al teléfono de **Atención al Cliente 900 300 066 ó 91 602 46 00** donde le informaremos de cómo proceder, así como de otros servicios adicionales que tiene a tu disposición y podrían resultarle útiles en tales circunstancias.

## Título VII. ¿Cómo proceder en caso de fallecimiento?



El beneficiario o sus representantes legales deberán remitir la siguiente documentación:

### Documentación sobre el fallecimiento del tomador/asegurado y su causa:

- El NIF o certificado de nacimiento del tomador/asegurado
- Certificado de defunción del tomador/asegurado
- Informes médicos o certificado del médico que haya asistido al asegurado, indicando fecha de aparición de los primeros síntomas, diagnóstico, tratamiento y evolución de la enfermedad que originó el fallecimiento. En caso de accidente, diligencias judiciales o atestados sobre el accidente.

#### **Documentación sobre los beneficiarios.**

- Certificado de últimas voluntades
- Testamento, si existe
- Declaración de herederos si no existe ni testamento ni beneficiarios designados expresamente en la póliza. En caso de cónyuge, certificado de matrimonio y en caso de hijos, fotocopia completa del libro de familia.
- NIF de los beneficiarios
- Liquidación Impuesto sobre Sucesiones

**Una vez abonada la prestación, la póliza quedará anulada automáticamente.**

#### **Título VIII. Instancias de reclamación**

De acuerdo con lo dispuesto en la Orden Ministerial de 11 de marzo de 2004 sobre los departamentos y servicios de atención al cliente y el defensor del cliente de las entidades financieras (ORDEN ECO/734/2004), esta entidad aprobó el Reglamento de Defensa del cliente donde se regulan las instancias y el procedimiento de reclamación y que, de forma resumida, se concreta en lo siguiente:

De conformidad con el artículo 3 de la ORDEN ECO/734/2004 arriba referida, el Tomador, el Asegurado y el Beneficiario así como sus derechohabientes están facultados para formular reclamaciones contra la Compañía, si consideran que ésta realiza prácticas abusivas o lesivas de los derechos derivados del contrato de seguro.

Para formular su reclamación, deberá, en primer lugar, dirigirse por escrito exclusivamente a las oficinas centrales de la Compañía, sita en la Avenida de Bruselas, 16, Parque Empresarial Arroyo de la Vega 28108 Alcobendas, Madrid o enviando un correo electrónico a la siguiente dirección: **calidad.servicio@nnespana.es**.

Una vez resuelta la reclamación por parte del Servicio de Atención de Reclamaciones, si la resolución dictada no fuera favorable para sus intereses, y siempre que no hayan transcurrido dos meses desde la presentación de la reclamación, puede, si usted así lo desea, dirigirse al Defensor del Asegurado, D.A Defensor, Convenio Profesional sito en C/ Velázquez, 80, 1º D, 28001 Madrid o enviando un correo electrónico a la siguiente dirección: **reclamaciones@da-defensor.org**.

Si, transcurridos dos meses desde la fecha de presentación de la reclamación, ésta no ha sido resuelta o haya sido denegada la admisión de la reclamación o desestimada su petición por las instancias anteriores, el reclamante, en virtud de lo dispuesto en la Orden ECC 2502/2012, de 16 de noviembre por la que se regula el procedimiento de presentación de reclamaciones ante los servicios de reclamaciones del Banco de España, la Comisión Nacional del Mercado de Valores y la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, podrá formular su reclamación ante la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, dirigiéndose por escrito al Servicio de Atención de Reclamaciones, o por correo electrónico a la dirección: **reclamaciones.seguros@mineco.es** o a través de su página web **http://www.dgsfp.mineco.es**.

En relación con lo anterior, se advierte que, para la admisión y tramitación de cualquier reclamación ante la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, será imprescindible acreditar haberlas formulado previamente por escrito ante el Servicio de Atención al Cliente de la Compañía y el cumplimiento de los restantes requisitos exigidos por la legislación vigente y que dicha reclamación no ha sido resuelta en ese plazo de dos meses o que haya sido denegada la admisión de la reclamación o desestimada su petición. En todo caso, podrá acudir a la jurisdicción ordinaria, siendo competentes los juzgados y tribunales del domicilio del Asegurado en España.

Para mayor información sobre el régimen de reclamaciones el reclamante puede contactar con el Servicio de Atención al Cliente de la Compañía en el teléfono 91 602 46 00 ó 900 300 066.

## **Título IX. Legislación aplicable y jurisdicción**



El presente contrato se rige por normativa española, fundamentalmente por lo dispuesto en la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro, la Ley 20/2015 de 14 de julio de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, y el Reglamento que la desarrolla, y por las normativas de contratación a distancia y de distribución que resultan aplicables, así como por cuantas normas sustituyan, desarrollen o complementen los mencionados preceptos.

Corresponde a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Hacienda el control de la actividad aseguradora de la Compañía. Será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del presente contrato el del domicilio del Asegurado.

## **Título X. Riesgos cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros**



Como ha podido ver, hay situaciones que, bien por acontecimientos extraordinarios, políticos, sociales o fenómenos de la naturaleza, no están cubiertas por su póliza (por ejemplo motines, rebeliones, actos terroristas...) pero sí están cubiertas por el Consorcio de Compensación de Seguros. A continuación le facilitamos el detalle de estas situaciones.

### **Regulación de los Riesgos Extraordinarios**

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 quién 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 ó 952 367 042).
  - A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros ([www.conorseguros.es](http://www.conorseguros.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.

**Se excluyen de las garantías cubiertas por el contrato de seguro los riesgos cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros.**

Si tiene alguna duda o necesita ampliar información, puede ponerse en contacto con nosotros:

- Llamando al Servicio de Atención al Cliente al **900 300 066 ó 91 602 46 00**
- A través de nuestra web [www.nnespana.es](http://www.nnespana.es)
- Enviando un email a [informacion@nnespana.es](mailto:informacion@nnespana.es)
- En cualquiera de nuestras **oficinas**. Encontrará el listado actualizado en la web

## Anexo I

---



### Descripción del Servicio InterConsulta™

Es un Servicio de Consultas Médicas Internacionales que facilita a sus usuarios el acceso a una Segunda Opinión Médica de especialistas de reconocido prestigio en su patología en concreto. INTERCONSULTA atenderá toda solicitud de información médica de un usuario en relación al primer diagnóstico y/o tratamiento de su patología de cáncer de mama. Teladoc Health asignará médico responsable a cada caso, que ayudará al usuario a recopilar la documentación médica necesaria para prestar el Servicio (incluyendo informes y pruebas complementarias), le apoyará durante el proceso, le mantendrá puntualmente informado sobre el estado de su caso y finalmente le entregará y explicará el Informe de InterConsulta. Durante el servicio de InterConsulta, Teladoc Health realizará las siguientes actividades/tareas:

1. Asignar un médico responsable del caso a cada usuario en su lugar de origen para una tutela continua al usuario en el procedimiento de segunda opinión médica experta de Teladoc Health.
2. Identificar la información médica y las pruebas complementarias necesarias para responder la InterConsulta y asistir e incluso actuar en nombre del usuario previa autorización expresa, en el proceso de solicitud y recopilación de las mismas. Revisar dicha documentación.
3. MAP Proceso Médico Analítico: analizar la información médica aportada y coordinar la revisión de las pruebas complementarias (muestras de biopsia, pruebas radiológicas, etc) por especialistas de prestigio en cada patología en concreto. Solicitar información o pruebas complementarias adicionales, si fuera necesario, para completar la información recibida.
4. Realizar un resumen con los resultados del análisis y revisión de las pruebas, identificar en la Base de Datos de Teladoc Health (50,000 expertos más o menos a nivel mundial) el especialista más adecuado para revisar el caso y enviarle la documentación solicitándole que responda las preguntas formuladas para hacer un segundo diagnóstico experto y brinde sus recomendaciones sobre el caso.
5. Informar puntualmente al usuario de los avances que se vayan produciendo en la tramitación de su caso incluyendo la atención al usuario durante todo el proceso e incluso posteriormente atendiendo todas las inquietudes y dudas al mismo
6. Traducir las respuestas recibidas de los especialistas, por personal traductor y médico especializado.
7. Entregar y explicar el informe de InterConsulta al usuario. El informe de InterConsulta, incluirá la respuesta de los especialistas, la traducción y el informe de anatomía patológica si procede.
8. Ofrecer ulterior asistencia y seguimiento del caso, hasta su completa resolución. Teladoc Health ofrecerá el Servicio de InterConsulta para aquellos usuarios que hayan sido diagnosticados con cáncer de mama, según la definición del condicionado.

### AskTheExpert

El servicio AskTheExpert es un proceso simplificado pero que sigue permitiendo el acceso a los reconocidos especialistas. Dicho servicio consiste en una respuesta por parte de Teladoc Health a la necesidad de los usuarios de respuestas médicas no detalladas en situaciones en las cuales no existe incertidumbre sobre el diagnóstico inicial de cáncer de mama.

El Servicio AskTheExpert está disponible en situaciones en las que hay varias opciones de tratamiento a un diagnóstico claro y donde el usuario busca informaciones de especialistas y soporte en las decisiones para la elección de dicho tratamiento. En todo caso, la posibilidad de prestar el Servicio AskTheExpert quedará determinada por el equipo médico de Teladoc Health en base a las circunstancias específicas del caso.

### InterSalud® SERVICIOS PERSONALIZADOS Y ADMINISTRATIVOS

Servicios en los que Teladoc Health gestiona y coordina los diferentes aspectos relacionados con el desplazamiento del usuario quien, tras utilizar el Servicio de InterConsulta, decide desplazarse fuera de España para recibir atención médica especializada. Estos servicios incluyen:

- Asesoramiento en la elección de especialistas y centros hospitalarios.
- Reserva de billetes, alojamiento y demás servicios relacionados con el desplazamiento.
- Obtención de presupuestos y costes estimados de hospitalización y honorarios médicos
- Coordinación de citas médicas y gestión de admisión en el Centro seleccionado.
- Supervisión de la atención en el hospital y del resultado de las consultas con los facultativos
- Coordinación de la información médica entre los especialistas involucrados.
- Seguimiento del tratamiento y evolución del usuario durante su estancia en el país de destino por personal sanitario.
- Recepción y análisis de las correspondientes facturas y aplicación de descuentos concertados con los Centros.
- Centralización de la gestión de pagos a los Centros

\*\*\*En cualquier caso, todos los gastos derivados de la asistencia médica y de los desplazamientos y alojamientos, correrán por cuenta del usuario.

## Anexo II

---

### Definición ampliada del servicio de asistencia en el hogar

Este servicio se compone de un servicio de apoyo doméstico para ayudar en las tareas del hogar y/o cuidado de los niños a los asegurados de **Nationale-Nederlanden** cubiertos por la póliza de seguros **ForYouWoman**. Los citados asegurados dispondrán de **hasta 240 horas** en total para beneficiarse de dicho servicio, pudiendo solicitarlo desde el momento en que sea aceptado su siniestro/cobertura por primer diagnóstico de cáncer de mama por parte de **Nationale-Nederlanden** y utilizarlo durante **el plazo máximo de 1 año** a contar desde la aceptación por parte de la aseguradora del citado siniestro/cobertura, de acuerdo a las condiciones indicadas en el presente Anexo.

### Competencias del auxiliar de ayuda a domicilio

El auxiliar del servicio de ayuda a domicilio es el profesional que tiene por objeto atender, en el propio domicilio o entorno y siguiendo las pautas de actuación y cuidados indicados por la coordinación del servicio, las actividades siguientes:

- Mantenimiento de limpieza o ayuda a la limpieza de la vivienda, salvo casos específicos de necesidad que sean determinados por el técnico responsable (productos y utensilios de limpieza excluidos).
- Preparación de alimentos en el hogar o traslado de los mismos al domicilio.
- Lavado a máquina, planchado, repaso y organización de la ropa dentro del hogar (productos y utensilios excluidos).
- Apilación de las ropas sucias y traslado en su caso para su posterior recogida por el servicio de lavandería (servicio que correrá por cuenta de la persona usuaria).
- Adquisición de alimentos y otras compras de artículos de primera necesidad por cuenta de la persona usuaria.
- Tareas de mantenimiento básico habitual de utensilios domésticos y de uso personal, que no requieran el servicio de un especialista (cambio de bombillas, cambio de bolsa de aspiradora, sustitución de pilas).
- Cuidado y atención de los menores, tanto en el entorno del hogar como en acompañamientos a centros escolares, de ocio, sanitarios y otros (excluyendo: otro tipo de servicios como la educación del menor, gastos de transporte, etc.).

### Condiciones para la prestación del Servicio

- Podrá acceder a este servicio los asegurados a quienes la Compañía aseguradora haya aceptado la cobertura por primer diagnóstico de cáncer de mama y soliciten este servicio.
- **Jornadas identificadas:** será necesario que comunique en el momento de la solicitud del servicio el plazo, ubicación, horario y días y horas de visitas solicitados para la prestación del servicio, de tal forma que podamos conocer por anticipado los detalles del mismo, respetando en todo momento las condiciones aquí indicadas para la prestación del servicio. Una vez comunicados a la Compañía dichos detalles, el servicio será inamovible.
- **Servicios identificados:** será necesario que comunique en el momento de la solicitud del servicio los servicios requeridos, es decir, si necesita apoyo doméstico o cuidado de niños o ambos en su caso.
- **Duración de la jornada laboral:** entre un mínimo de 5 y un máximo de 35 horas semanales.
- **Horarios:** de lunes a viernes de 9 a 20 horas, excluidos días festivos.
- **Jornadas continuas:** mínimo de 2 horas continuadas por visita.
- Se establece un **periodo de 15 días de prueba** para el auxiliar de ayuda a domicilio, transcurrido el cual se estará a lo dispuesto a las condiciones del servicio pactadas en estas condiciones.
- Le proporcionaremos el servicio en el plazo máximo de 7 días laborables desde su solicitud, en las condiciones aquí establecidas.