

Enfermedades Graves

Antares

SEGURO DE ENFERMEDADES GRAVES

ÍNDICE

CONDICIONES GENERALES

INFORMACIÓN DE INTERÉS PARA EL ASEGURADO

1. DEFINICIONES
2. OBJETO DEL CONTRATO
3. EXCLUSIONES A LOS RIESGOS COMPLEMENTARIOS
4. LÍMITES DE EDAD
5. BASES DEL CONTRATO.
6. INICIACIÓN Y DURACIÓN DEL CONTRATO
7. DECLARACIÓN DEL RIESGO E INDISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA
8. AGRAVACIÓN DEL RIESGO
9. PRIMAS
10. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS
11. PAGO DE INDEMNIZACIONES
12. TRIBUTOS
13. COMUNICACIONES
14. PRESCRIPCIÓN
15. JURISDICCIÓN

CONDICIONES GENERALES

INFORMACIÓN DE INTERÉS PARA EL ASEGURADO

Atención al Asegurado: 902 360 868 / 91 483 16 08

Fax Antares: 91 483 16 46

E-mail: clientesantares@telefonica.com

Internet: www.antares.es

Dirección Antares: Seguros de Vida y Pensiones Antares, S.A.

Distrito Telefónica

Ronda de la Comunicación, s/n

28050 Madrid

Este contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, del Contrato de Seguro, en la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, su Reglamento de desarrollo y por lo dispuesto en estas Condiciones Generales y Particulares.

El control y supervisión de la actividad de Seguros de Vida y Pensiones, ANTARES S.A. corresponde a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Competitividad del Estado Español.

Seguros de Vida y Pensiones, ANTARES S.A., está inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Tomo 8.072, General 7.003, Sección 3ª del libro de sociedades, Folio 197, hoja número 77.630/1, Inscripción 1ª. Tiene su domicilio en España, sito en Distrito Telefónica Ronda de la Comunicación s/n 28050 Madrid, y tiene como número de identificación fiscal A78586344.

La Entidad aseguradora opera bajo la forma jurídica de Sociedad Anónima.

Las vías de solución extrajudicial de las reclamaciones frente a la actuación de la Entidad aseguradora son el Servicio de Reclamaciones de la Entidad, el Defensor del Cliente y el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

Tramitación de las quejas y reclamaciones

ANTARES dispone de un Servicio de Reclamaciones y de un Defensor del Cliente, para atender y resolver las quejas y reclamaciones derivadas de la actuación de la propia entidad o de la de sus agentes de seguros, conforme al procedimiento previsto legalmente.

Los tomadores, asegurados, beneficiarios y derechohabientes de los mismos podrán someter sus quejas y reclamaciones:

- Al Servicio de Reclamaciones mediante escrito dirigido a Ronda de la Comunicación s/n Distrito Telefónica, 28050 Madrid por fax 91 483 16 46, o e-mail reclamacionesantares@telefonica.com

- Al Defensor del Cliente, mediante escrito dirigido al domicilio C/ Marqués de la Ensenada 2, 28004 Madrid, por fax 91 308 49 91, o e-mail: reclamaciones@da-defensor.org

Las quejas y reclamaciones formuladas por los clientes, serán atendidas y resueltas en el plazo máximo de dos meses desde su presentación.

En caso de disconformidad con el resultado del pronunciamiento adoptado por cualquiera de las instancias anteriormente citadas, o si ha transcurrido el plazo de dos meses sin haber obtenido una respuesta, el reclamante podrá formular su queja o reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, mediante escrito dirigido al domicilio en Pº de la Castellana, 44, 28046 Madrid.

Además de los cauces de reclamación indicados anteriormente, los conflictos podrán plantearse en vía judicial ante los jueces y tribunales competentes.

Se encuentra a disposición de los clientes en las oficinas de la entidad aseguradora, el Reglamento para la Defensa del Cliente, donde se detalla el procedimiento para la atención de quejas y reclamaciones. También se podrá tener acceso a dicho Reglamento en la página web www.atares.es

1. DEFINICIONES:

Seguros de Vida y Pensiones ANTARES, S.A.:

La Entidad aseguradora que asume la cobertura de los riesgos objeto de este contrato y garantiza el pago de las indemnizaciones que corresponda con arreglo a las condiciones del mismo.

Tomador:

La persona natural o jurídica que asume las obligaciones del contrato, salvo aquellas que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado, y que suscribe este contrato con la Entidad aseguradora.

Asegurado:

Cada una de las personas físicas sobre las cuales se establece el seguro. Este seguro se podrá contratar con un único asegurado o con varios miembros de la unidad familiar. En caso de menores de edad el seguro deberá incluir a uno de sus progenitores, tutor o persona autorizada por éstos.

Beneficiario:

El Asegurado.

Póliza:

El documento que regula el seguro, integrado por las Condiciones generales y las Particulares, y, en su caso, sus Suplementos o Apéndices. También forma parte del contrato la solicitud cumplimentada por el Tomador y las declaraciones formuladas por el Tomador y el Asegurado, su declaración de salud y, en su caso, el reconocimiento médico.

Siniestro:

La ocurrencia de un acontecimiento que dé lugar a la aplicación de alguna de las garantías contratadas.

Carencia:

Periodo comprendido entre la fecha de efecto de la póliza y una posterior pactada en condiciones particulares durante el cual no surte efecto la garantía a la que sea aplicable. **A falta de indicación expresa en ese condicionado la carencia será de 90 días.**

Periodo de supervivencia.

Periodo comprendido entre la fecha del diagnóstico y el fallecimiento del asegurado en el que no se causa prestación alguna por este seguro. **A falta de indicación expresa en ese condicionado el período de supervivencia será de 7 días desde la fecha del diagnóstico.**

2. OBJETO DEL CONTRATO:

2.1 SEGURO PRINCIPAL: ENFERMEDADES GRAVES DEL ADULTO.

La Entidad aseguradora asume la cobertura de las siguientes enfermedades graves, **siempre y cuando consten pactados en las Condiciones particulares** y con el importe ahí indicado.

CÁNCER

Presencia de un tejido de células malignas caracterizado por el crecimiento incontrolado por proliferación en el organismo seguido de invasión y destrucción de tejidos adyacentes y/o metástasis distantes.

Esta definición incluye leucemia, los linfomas y la enfermedad de Hodgkin. Los melanomas malignos están incluidos en esta garantía, **si el tumor es mayor o igual a pT1bNOMO** (Breslow > 1 mm de grosor en profundidad o con ulceración o nivel IV/V de Clark).

La fecha de diagnóstico es la fecha del diagnóstico definitivo del examen histopatológico.

Si por motivos médicos no es posible el examen histopatológico, **el diagnóstico de tumor maligno tiene que ser confirmado por un Oncólogo**. Adicionalmente, tienen que explicarse los motivos médicos y el tumor maligno debe confirmarse mediante scanner o Resonancia Magnética.

Exclusiones:

- Tumores benignos o precancerosos
- Tumores pre-invasivos y tumores in situ (Tis*)
- Displasia cervical CIN I-III
- Carcinoma de vejiga estadio Ta*
- Carcinoma papilar y folicular de tiroides, diagnosticado histológicamente como T1a* (tumor de 1 cm o menos en su dimensión mayor) siempre que no exista afectación ganglionar y/o metástasis a distancia
- Cáncer de próstata, diagnosticado histológicamente como T1NOMO*
- Leucemia linfática crónica (LLC) menos de la etapa 3 de RAI
- Cualquier tumor de piel no mencionado en el apartado de definición
- Todos los tumores en presencia de infección por VIH o SIDA

*De acuerdo con la clasificación internacional TNM

INFARTO DE MIOCARDIO

Muerte de una parte del músculo cardiaco como resultado de un suministro sanguíneo insuficiente que ha producido todas las evidencias siguientes de infarto agudo de miocardio:

1. Síntomas clínicos típicos (como por ejemplo, dolor típico torácico),
2. Cambios nuevos electrocardiográficos (no presentes antes del episodio),
3. Elevación típica de las enzimas cardíacas específicas (es decir CK-MB) o troponina.

El diagnóstico debe confirmarse por un cardiólogo.

ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR

Accidente cerebrovascular que produzca déficit neurológico permanente causado por hemorragia, infarto cerebral o embolia de origen extra craneal.

La evidencia de déficit neurológico permanente (en base a las AVD -Actividades de la Vida diaria-) **debe ser confirmada después de un periodo mínimo de 3 meses desde el accidente por un Neurólogo. Es obligatorio disponer de esta confirmación para que se entienda causada la prestación correspondiente.**

Exclusiones:

- Ataques isquémicos transitorios (los AIT se definen como accidente con déficit neurológico reversible que no dura más de 24 horas) están específicamente excluidos.

TRASPLANTE DE ORGANOS VITALES

La cirugía del Asegurado- como receptor - de trasplante de un órgano vital completo (corazón, pulmón, hígado, riñón, intestino delgado o páncreas) o de la médula ósea. Se requerirá la acreditación de la inclusión del asegurado en la lista nacional oficial de espera de uno de los trasplantes incluidos en esta definición.

Exclusiones:

- **El trasplante selectivo de células de Langerhans del páncreas no está cubierto en esta definición.**

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Insuficiencia renal terminal, crónica e irreversible de ambos riñones que requiere hemodiálisis o diálisis peritoneal periódica o trasplante de riñón.

El diagnóstico debe confirmarse por un Nefrólogo.

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS ORGANICAS

Deterioro o pérdida de la capacidad intelectual y/o comportamiento anormal, diagnosticado y certificado por un Neurólogo. **El diagnóstico de enfermedad de Alzheimer o de otras demencias orgánicas debe confirmarse con evidencia clínica, pruebas estandarizadas y cuestionarios de Enfermedad de Alzheimer o de trastornos degenerativos irreversibles orgánicos.** La enfermedad debe producir un deterioro significativo en las funciones mentales y sociales necesitando supervisión y ayuda continua del asegurado.

Exclusiones:

- **La definición no cubre la neurosis ni los trastornos psiquiátricos.**

ENFERMEDAD DE PARKINSON

La enfermedad produce la incapacidad de realizar sin la asistencia de una tercera persona tres o más de las siguientes actividades de la vida diaria (Clasificación de las AVD):

- Lavarse: la capacidad de lavarse en el baño o la ducha (incluyendo entrar o salir de la bañera o ducha) o lavarse por otros medios.
- Vestirse: la capacidad de ponerse, quitarse, abrocharse y desabrocharse todas las prendas y, si procede, aparato ortopédico, miembros artificiales u otros aparatos quirúrgicos.
- Alimentarse: la capacidad de alimentarse por sí mismo una vez que los alimentos están preparados y servidos.
- Ir al baño: la capacidad de utilizar el baño o de controlar la micción/defecación con uso de protección u otros dispositivos (quirúrgicos) en su caso.
- Movilidad: la capacidad de moverse dentro del hogar de una habitación a otra en superficies niveladas.
- Transferencia: la capacidad de moverse de la cama a una silla o silla de ruedas y viceversa.

El diagnóstico inequívoco de la enfermedad idiopática de Parkinson debe confirmarse por un Neurólogo.

Exclusiones:

- **Enfermedad de Parkinson inducida por abuso de drogas y/o sustancias tóxicas**
- **Otros síndromes Parkinsonianos**

ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Debe haber evidencia de los síntomas típicos de la desmielinización y deterioro de la función motora o sensorial. **El diagnóstico debe apoyarse en las técnicas de diagnóstico modernas tales como el escáner.**

El paciente debe tener una puntuación en la escala EDSS > 5 y presentar anomalías neurológicas que han persistido durante un período continuado de al menos seis meses. Es obligatorio disponer de la confirmación de esta persistencia para que se entienda causada la prestación correspondiente.

El diagnóstico debe establecerse por un Neurólogo, confirmando al menos anormalidades neurológicas moderadas persistentes y trastornos asociados.

2.2 SEGURO COMPLEMENTARIO: ENFERMEDADES GRAVES DEL NIÑO.

La Entidad aseguradora asume la cobertura de las siguientes enfermedades graves de hijos menores de edad del Asegurado, **siempre y cuando consten pactados en las Condiciones particulares** y con el importe ahí indicado.

**CANCER
ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR
TRASPLANTE DE ÓRGANOS VITALES
INSUFICIENCIA RENAL**

En estas coberturas se estará a la misma la delimitación y exclusiones contempladas para cada enfermedad en el apartado anterior.

No podrá pactarse el seguro complementario sin el seguro principal de al menos uno de los progenitores del menor de edad.

3. EXCLUSIONES:

No podrán asegurarse personas no residentes en España.

No se podrán asegurar las personas cuya actividad laboral sea o esté relacionada con:

- En la industria pesquera dedicado a actividades en alta más, pesca a pulmón o pesca de marisco en acantilados.
- En la industria de petróleo o gas desplazados a plataformas petrolíferas marinas o en explotaciones petroleras en firme.
- Bajo el agua o bajo tierra.
- Con explosivos.
- En las fuerzas Armadas
- Deportista profesional
- Trabajo del caucho
- Trabajos con Amianto

Se excluye la cobertura en los siguientes casos:

- a) Actos terroristas.
- b) Los hechos derivados de conflictos armados, haya o no precedido declaración oficial de guerra y hechos de carácter político o social, movimientos populares.
- c) Las consecuencias directas o indirectas de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva o química.
- d) Intento de suicidio y autolesiones intencionadas por el asegurado.

- e) Infección por VIH o SIDA.
- f) Falta del cumplimiento del consejo médico.
- g) Trastornos mentales.
- h) Abuso de alcohol y drogas.
- i) Cualquier siniestro ocurrido como consecuencia de accidente o enfermedad no declarados cuya fecha de ocurrencia o de manifestación sea anterior a la fecha de efecto del contrato así como sus posibles complicaciones médicas y las derivadas de los tratamientos correspondientes.

4. LÍMITES DE EDAD:

1. No podrán asegurarse los menores de un año de edad y los incapacitados. **Tampoco podrán asegurarse las personas de edad superior a la que se estipule en las Condiciones Particulares.**

2. **Este seguro se extinguirá al finalizar la anualidad del seguro, dentro de la cual el Asegurado cumpla la edad que se estipule en las Condiciones Particulares.**

En el supuesto de indicación inexacta de la fecha de nacimiento del Asegurado, la Entidad aseguradora solo podrá impugnar el contrato si la verdadera edad del Asegurado en el momento de su alta en la póliza en vigor excede de los límites de admisión establecidos por ésta.

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

5. BASES DEL CONTRATO

La solicitud cumplimentada por el Tomador del seguro, incluyendo su reconocimiento médico o declaración de estado de salud son parte integrante de este contrato de seguro.

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el Tomador del seguro podrá reclamar a la Entidad aseguradora en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza para que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza.

6. INICIACIÓN Y DURACIÓN DEL CONTRATO:

1. El contrato entrará en vigor en la fecha indicada en las Condiciones particulares, siempre que haya sido firmado por las partes y el Tomador haya pagado el primer recibo de prima, salvo pacto en contrario.

2. **En caso de demora en el cumplimiento de estos requisitos, las obligaciones de la Entidad aseguradora comenzarán a partir de las veinticuatro horas del día en que la firma y el pago hayan tenido lugar.**

3. Esta modalidad de Seguro se contrata por un año de duración, entendiéndose prorrogado por períodos anuales, salvo que alguna de las partes lo denuncie por escrito con un mes de antelación a su inmediato vencimiento en el caso del Tomador y de dos meses en el caso del Asegurador.

4. **La extinción del seguro tendrá lugar por alguna de las causas siguientes:**

- 1. Fallecimiento del Asegurado.**
- 2. Pago del capital asegurado del seguro principal.**
- 3. Cumplimiento de la edad señalada en Condiciones Particulares.**

Si hay dos o más Asegurados el seguro no se extinguirá con respecto al resto de asegurados que no incurra en dichas causas, salvo que los asegurados restantes sean menores de edad en cuyo caso el contrato de seguro quedará extinguido.

5. El tomador del seguro tendrá la facultad unilateral de resolver el contrato dentro del plazo de 30 días siguientes a la fecha en que el asegurador le entregue la póliza o documento de cobertura provisional. La facultad unilateral de resolución del contrato deberá ejercitarse por el tomador mediante comunicación dirigida al asegurador a través de un medio que deje constancia de la misma, produciendo sus efectos desde el día de su expedición. A partir de esta fecha, cesará la cobertura del riesgo por parte del asegurador y el Tomador del seguro tendrá derecho a la devolución de la prima que hubiera pagado, salvo la parte correspondiente al tiempo en que el contrato hubiere tenido vigencia.

7. INDISPUTABILIDAD

1. En el supuesto de existencia de reserva o declaración inexacta en las declaraciones del Tomador o del Asegurado, el Asegurador podrá rescindir la relación contractual en el plazo de un mes desde que se haya conocido dicha reserva o inexactitud.
2. Transcurrido el plazo de un año desde que se hubiera satisfecho la primera prima o fracción de ésta, el Asegurador no podrá impugnar la póliza, salvo que el Tomador o el Asegurado hubieran actuado con dolo al efectuar las declaraciones esenciales.
3. En el supuesto de indicación inexacta de la fecha de nacimiento del Asegurado, la Entidad aseguradora solo podrá impugnar el contrato si la verdadera edad del Asegurado en el momento de su alta en la póliza en vigor excede de los límites de admisión establecidos por ésta.

8. DECLARACIÓN DEL RIESGO

El tomador del seguro, o en su caso el asegurado, tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si el asegurador no le somete cuestionario o cuando, aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.

El asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al tomador del seguro en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del tomador del seguro. 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.

9. AGRAVACIÓN DEL RIESGO

El Tomador del seguro o el Asegurado tiene la obligación de Comunicar, durante el curso del contrato, al Asegurador, tan pronto como le sea posible, todas aquellas otras circunstancias que agraven el riesgo como el cambio de ocupación o de actividad del Asegurado.

En ningún caso tiene la consideración de agravación del riesgo la pérdida de salud.

10. PRIMAS:

1. La prima será exigible por anticipado el día de su vencimiento, contra recibo librado por la Entidad aseguradora y en el lugar designado al efecto en Condiciones Particulares. A efecto de su cobro dicha prima podrá fraccionarse por meses, trimestres o semestres, mediante el recargo que corresponda, de acuerdo con las bases técnicas.

2. El fraccionamiento del pago de la prima no libera al Tomador de la obligación de abonar la totalidad de la prima anual. En caso de siniestro, el Asegurador deducirá de la indemnización a su cargo las fracciones pendientes de cobro de la anualidad en curso.

3. En caso de falta de pago de una de las primas sucesivas o fracción, la cobertura de la Entidad aseguradora queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si la Entidad aseguradora no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima se entenderá que el contrato queda extinguido y sin posibilidad de rehabilitación por parte del Tomador.

Si la Entidad aseguradora opta por exigir el pago de la prima, ésta se circunscribirá al importe del período en curso y la cobertura volverá a tener efecto a las 24 horas del día en que el Tomador pague la prima.

11. PAGO DE INDEMNIZACIONES

1. Los asegurados deberán presentar la documentación e información acreditativa de la ocurrencia del siniestro y sus consecuencias. En especial se presentará documento identificativo del Asegurado y certificación o informes médicos en la que conste inicio, evolución y lesiones del Asegurado.

Transcurrido el período de supervivencia recogido en las definiciones, si se produce el fallecimiento del asegurado sin haber percibido la prestación, serán sus herederos legales los beneficiarios.

En caso de que el asegurado se encuentre incapacitado, ejercerá el derecho en su nombre su representante legal.

2. Una vez recibidos los anteriores documentos, y efectuadas las comprobaciones oportunas la Entidad aseguradora deberá pagar la prestación garantizada.

3. En el supuesto de falta de acuerdo sobre la ocurrencia de un siniestro, las consecuencias del mismo, el Asegurado y la Entidad aseguradora pueden solventar sus diferencias por medio de dos Peritos, elegidos uno por cada parte, los cuales procederán a la comprobación del siniestro de acuerdo con lo dispuesto en este contrato, sin sujeción a trámite judicial alguno.

La aceptación de los peritos deberá constar por escrito. Si una de las partes no hubiera hecho la designación, estará obligada a realizarla en los 8 días siguientes a la fecha en que sea requerida por la que hubiera

designado el suyo, y de no hacerlo en este último plazo, se entenderá que acepta el dictamen que emita el perito de la otra parte, quedando vinculado por el mismo.

Si los dos peritos no llegan a un acuerdo nombrarán a otro Perito Médico, y los tres actuarán en común y resolverán por mayoría de votos.

En caso de discordia sobre la elección del tercer Perito, será nombrado por el Juez de Primera Instancia que sea competente y a iniciativa de la parte más diligente.

Serán a cargo de cada parte los honorarios y gastos del Perito que hubiese designado. Los del tercer Perito serán satisfechos a partes iguales entre el contratante y la Entidad. No obstante, si cualquiera de las partes hubiera hecho necesaria la peritación por haber mantenido una valoración desproporcionada, será ella la única responsable de dichos gastos.

12. TRIBUTOS:

Todos los tributos que graven el presente contrato y que sean legalmente repercutibles, serán por cuenta del Tomador.

13. COMUNICACIONES:

Las comunicaciones al Asegurador del Tomador del seguro, del Asegurado o del Beneficiario se realizarán en el domicilio social del Asegurador señalado en la póliza.

Las comunicaciones del Asegurador al Tomador del seguro y, en su caso, al Asegurado y al Beneficiario, se realizarán en el domicilio de éstos recogidos en la póliza, salvo que los mismos hayan notificado fehacientemente al Asegurador el cambio de su domicilio.

Las comunicaciones hechas por un corredor de seguros al Asegurador en nombre del Tomador del seguro o del Asegurado surtirán los mismos efectos que si las realizara éste, salvo expresa indicación en contrario del mismo. En todo caso se precisará el consentimiento expreso del Tomador del Seguro para suscribir un nuevo contrato o para modificar o rescindir el contrato en vigor.

Así mismo, las comunicaciones que efectúen el Tomador del seguro o el Asegurado a un Agente de seguros del Asegurador surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado directamente a éste.

14. PRESCRIPCIÓN:

Todas las acciones para el reconocimiento de los derechos que puedan derivarse de la presente póliza quedarán extinguidas en el plazo de cinco años a computar desde el día en que aquéllos pudieron ejercerse.

15. JURISDICCIÓN:

La presente póliza de seguro queda sometida a la jurisdicción española, siendo juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo el del domicilio del Asegurado, a cuyo efecto éste designará un domicilio en España en caso que residiese en el extranjero, siendo nulo cualquier pacto en contrario.