Vida temporal

Contrato formalizado entre Occident
y **Julio Aranda Mir**

Occident

Occident, le agradece su confianza y le facilita su contrato con las coberturas y prestaciones acordadas.

En el caso de que tenga alguna duda en cuanto al contenido del contrato, o desee más información, puede ponerse en contacto con su mediador -cuyos datos figuran en este documento-, quien le asesorará en todo lo que necesite.

Por último, le recordamos que también tiene a su disposición nuestro teléfono de contacto, donde le atenderemos en todo lo que pueda necesitar, así como el área e-cliente, a la que puede acceder a través de nuestra página web o app, y desde donde podrá realizar todo tipo de consultas.

917 83 83 83

https://www.occident.com

e-cliente

Descargue nuestra *app*

Vida temporal

Contrato formalizado entre la compañía Occident y **Julio Aranda Mir**

Índice

Condiciones particulares **2**
Condiciones generales **10**

Datos compañía

Occident GCO S.A. de Seguros y Reaseguros, Sociedad Unipersonal, N.I.F. A-28119220 Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Hoja M 91458

Condiciones particulares

Vida temporal

Entidad aseguradora

Occident GCO,S.A de Seguros y Reaseguros,
Sociedad Unipersonal
Domicilio social en España
Paseo de la Castellana, 4
28046 Madrid

Tomador del seguro

Julio Aranda Mir
AV. Paral.lel, 5
08004 Barcelona
Barcelona
N.I.F. 11115555-T

Oficina emisora

Centrales-Singulares

Producción directa - Z1000

SEGUROS CATALANA OCCIDENTE S.A.U
Av. Alcalde Barnils, 63
08174 Sant Cugat Del Valles
Barcelona
Teléfono: 932220212
Gestión Directa

Asegurado

Julio Aranda Mir
NIF: 11115555-T
Fecha de nacimiento: 13.01.1971
Profesión / Trabajo: Agente artístico

Fecha de efecto y condiciones de pago

El seguro toma efecto a las 12 horas del día 08.01.2024.
Se establece por una duración de un año prorrogable.
La forma de pago será mensual el día 8 de cada mes.
La duración de pago de primas es VITALICIA.

Domicilio de cobro

CAIXABANK, S.A.
Número de cuenta (IBAN): ES18 2100 0001 0900 0001 1111

Desglose del primer recibo de prima

Número de recibo:	436.787.924-H
Periodo de:	08.01.2024 a 08.02.2024
Prima neta:	55,09 €
Consorcio FAEA:	0,05 €
Consorcio riesgos extraord.:	0,03 €
Impuesto sobre primas de seguro (IPS):	0,51 €
Prima total:	**55,68 €**

El justificante de pago del recibo, si se hace efectivo a través del banco, será el "adeudo por domiciliación" emitido por su entidad bancaria.

Garantías contratadas a 08.01.2024

Capitales y primas en euros.

	Capital asegurado (euros)	Capital total a percibir por garantía (euros)	Duración final seguro	Prima neta (euros)
Fallecimiento	35.000,00	35.000,00	Vitalicia	188,65
Capital adicional por muerte por accidente	35.000,00	70.000,00	08.01.2038	25,20
Capital adicional por muerte por accidente de circulación	35.000,00	105.000,00	08.01.2038	16,10
Prestaciones por invalidez absoluta	35.000,00	35.000,00	08.01.2038	100,10
Prest.por invalidez absoluta por accidente	35.000,00	70.000,00	08.01.2038	14,70
Prest.por invalidez absoluta por accidente circulación	35.000,00	105.000,00	08.01.2038	8,75
Capital por enfermedades graves	26.250,00	26.250,00	08.01.2038	258,56
			Total:	**612,06**

Acreditada la ocurrencia de alguna de las circunstancias cubiertas por esta póliza y siempre que suceda dentro del periodo de vigencia de la misma, el asegurador se obliga a pagar al beneficiario de la póliza el "capital total a percibir" establecido en estas condiciones particulares para aquella garantía que, ajustándose a los hechos objeto de indemnización, reconozca mayor cuantía a percibir. Todo ello de conformidad con lo dispuesto en estas condiciones particulares y en las condiciones generales de cada una de las garantías complementarias de la póliza.

Los capitales totales a percibir por garantía recogidas en estas condiciones particulares nunca serán acumulables entre sí.

Servicios de cortesía para clientes.

Por el hecho de ser cliente, la compañía pone a disposición del asegurado estos servicios exclusivos:

Asesoramiento jurídico telefónico

El asegurado podrá consultar telefónicamente y sin límite de consultas, sobre cualquier cuestión jurídica y personal que pueda planteársele en relación con su vida particular o familiar. Las llamadas serán derivadas a un abogado especializado en la materia que motiva la consulta, el cual contactará telefónicamente con el asegurado en la franja horaria que solicite ser contactado.

Orientación médica telefónica

Atención médica a través del teléfono gratuito 900 369 369 o mediante videoconsulta médica (previa descarga de la app de la compañía en su dispositivo móvil), 24 horas al día los 365 días del año, que serán atendidas por personal sanitario, para la consulta de todo tipo cuestiones relacionadas con el ámbito de la salud.

El servicio también incluye otras consultas relativas a:

- Centros sanitarios, médicos generales y de urgencias, médicos especialistas, centros de vacunaciones, ambulancias y farmacias de guardia.
- Asistencia social. Información relativa a residencias, ayuda privada a domicilio, hospitales y clínicas de larga estancia, trámites oficiales, así como circunstancias familiares que requieras información u orientación urgente.
- Asesoramiento psicológico.
- Nutrición y asesoramiento dietético.
- Información y asesoramiento relativo a la salud y cuidados de mascotas del asegurado, consultas legislativas (certificados, microchip, licencias) e información general (residencias caninas, centros de adiestramiento, concursos y exposiciones...).

Segunda opinión médica

Obtención de un informe de evaluación, por parte de expertos médicos de reconocido prestigio, en caso de que al asegurado se le haya diagnosticado alguna enfermedad de las catalogadas como enfermedad grave por parte de esta entidad, y/o deba someterse a una intervención quirúrgica.

Rehabilitación cardíaca

Acceso a un completo programa de rehabilitación en caso de afección de alguna de las enfermedades cardíacas fijadas por esta entidad. El programa de rehabilitación cardíaca consiste en:

Entrenamiento físico: el entrenamiento se desarrolla bajo un equipo de control que dispone de:

- Monitorización electrocardiográfica de cada paciente supervisada por un cardiólogo.
- Sesiones dirigidas por un fisioterapeuta.
- Grupos reducidos y convenientemente clasificados por la prueba de esfuerzo.
- Utillaje para resolver cualquier eventual emergencia.

Readaptación psicológica: se utilizan técnicas de relajación dinámica y psicoterapia de grupo que, desarrolladas durante las sesiones, constituyen un medio óptimo para combatir la ansiedad y la depresión.

Mi testamento + borrado digital

Obtención de una adecuada asistencia para la redacción de su testamento abierto notarial, haciéndonos cargo de los gastos derivados de la redacción, asesoramiento jurídico y notarial y elevación a público

del testamento abierto, así como del coste de expedición de una copia simple para el asegurado. También contará con el asesoramiento jurídico sobre el testamento vital o últimas voluntades y el borrado digital o gestión del final de la vida digital en caso de fallecimiento del asegurado (baja de redes sociales, de blogs o webs del difunto, así como de correos electrónicos).

Póngase en contacto con su mediador o consulte la página web de la compañía para conocer con detalle las características de estos servicios.

Podrá acceder a estos servicios a través del teléfono 932 220 212 las 24 horas del día los 365 días del año o mediante la web.

Tarifa de primas

La tarifa de primas neta anual por cada 1.000 euros de capital asegurado que se aplicará en cada anualidad de seguro, según la edad alcanzada por el asegurado será la siguiente:

Edad asegurado	Fallecimiento	Invalidez	Enfermedades graves
53	5,390	2,860	9,850
54	5,920	3,180	10,760
55	6,470	3,570	11,850
56	7,060	4,000	13,020
57	7,690	4,490	14,300
58	8,350	4,990	15,690
59	9,040	5,540	17,360
60	9,770	6,150	19,270
61	10,570	6,830	21,150
62	11,420	7,590	22,690
63	12,360	8,430	23,920
64	14,040	9,370	25,160
65	15,880	10,900	26,440
66	17,900	12,600	28,420

Capital muerte por accidente: 0,72 por cada mil euros

Capital muerte por accidente circulación: 0,46 por cada mil euros

Invalidez absoluta permanente por accidente: 0,42 por cada mil euros

Invalidez absoluta permanente por accidente de circulación: 0,25 por cada mil euros

Queda en la entidad, a disposición del tomador, la información referente a la tarifa de prima a aplicar para edades posteriores a las informadas en estas condiciones particulares.

En el supuesto de que, del resultado de la aplicación de esta tarifa del conjunto de garantías contratadas se observara una desviación, por siniestralidad o persistencia de las pólizas, computadas en la determinación de aquellas, el asegurador se reserva el derecho de sustituirla por otra tarifa basada en una tabla de siniestralidad más ajustada a la realidad, según experiencia, emitiendo el documento de modificación correspondiente para su formalización por parte del tomador del seguro (art. 5º de la Ley de Contrato de Seguro)

Beneficiarios

El tomador del seguro, en su defecto el cónyuge, en defecto de ambos los hijos por partes iguales y en defecto de todos ellos los herederos legales.

Seguro temporal renovable

El plazo de vigencia de la póliza es de un año, y se renueva automáticamente por períodos anuales en cada aniversario de la fecha de efecto del seguro, sin previo reconocimiento médico y mediante el pago de la prima de tarifa que corresponda según edad alcanzada por el asegurado. Sin embargo, el tomador podrá oponerse a esta prórroga mediante una notificación escrita, efectuada con un plazo de, al menos, un mes de anticipación a la conclusión del periodo del seguro en curso.

Garantía de revalorización variable de los capitales asegurados

Se acuerda expresamente que los capitales asegurados por la póliza estarán sujetos a las fluctuaciones del Índice de Precios al Consumo, todo ello de acuerdo a lo establecido en las condiciones generales.

Así, en cada vencimiento anual del seguro, el capital asegurado se actualizará multiplicando el capital inicialmente contratado por el cociente del último índice publicado a la fecha del vencimiento y el índice base que se especifica a continuación.

Revalorización automática del capital asegurado.-ÍNDICE BASE: 246,10

Declaración de estado de salud del asegurado

Estatura:	1,80 m.	Peso:	80 Kg.	Tensión arterial: Máxima:	12	Mínima:	6

¿Padece actualmente o ha padecido alguna enfermedad trastorno o lesión por la que haya sido sometido o esté siendo sometido a tratamiento o supervisión médica por un periodo superior a 10 días?	No
¿Ha sufrido alguna hospitalización o intervención quirúrgica? ¿Ha sido informado de alguna enfermedad o lesión que pueda requerir hospitalización, consulta médica, prueba diagnóstica (análisis, TAC/ scanner, resonancia magnética, pruebas hepáticas, análisis, etc.) o intervención quirúrgica últimamente?	No
¿Padece alguna alteración física o psíquica, limitación, incapacidad o minusvalía o se encuentra en situación de Invalidez o ha iniciado trámites para ello?	No
¿Está tomando alguna medicación prescrita o no por un médico?	No
Indique si padece o ha padecido alguna de las enfermedades o trastornos que se indican a continuación:	
Cardiovasculares y aparato circulatorio: Como tensión arterial elevada, infarto, angina de pecho, cardiopatía isquémica, defectos valvulares o congénitos, arritmias, problemas de aorta, bypass coronario, Stent, algún soplo u otros.	No
Digestivos: Como colitis ulcerosa, enfermedad de Crhon, hepatitis, hígado graso, cirrosis, vías biliares u otros.	No
Aparato genito-urinario: Como insuficiencia renal, enfermedad de las vías urinarias, trasplante renal, enfermedades de la próstata, de los ovarios, miomas, endometriosis, u otros.	No
Psíquicos o del sistema nervioso: Como depresión, ansiedad, esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno de personalidad, epilepsia, neurosis, demencia, vértigos, parálisis, Parkinson, fibromialgia u otros.	No
Traumatológicas: Como afecciones de la columna vertebral, hernia discal, discopatía, lumbalgia, reuma, artrosis, psoriasis artrítica, u otros.	No
Sistema respiratorio: Como asma crónica, bronquitis crónica, síndrome de apnea del sueño, enfisema, EPOC u otros.	No
Metabólicas o endocrinológicas: Como diabetes, colesterol, triglicéridos, talasemia alteraciones de la tiroides, hipófisis, anemia u otros.	No

Tumoral maligna o cancerosa: Como leucemia, linfoma, melanomas o tumor cerebral o medular, u otros.	No
Enfermedades genéticas y/o hereditarias: Como fibrosis quística, enfermedad de Huntington, distrofia muscular, u otras.	No
Oftalmológicas: Como miopía magna, glaucoma, retinitis pigmentosa, u otras.	No
¿Le han practicado alguna vez el test de V.I.H.?	No
Resultado:	
¿Padece falta de visión grave (más de 8 dioptrías)?	No
¿Es fumador?	No
¿Consume bebidas Alcohólicas?	No
¿Consume o ha consumido drogas?	No
¿Practica deportes?	No
Usted considera que su estado de salud es:	Bueno
-Situación laboral: (Empleado por cuenta propia, por cuenta ajena, desempleado, pensionista): Cuenta ajena	
¿Tiene previsto viajar o residir en el extranjero?	No
¿Tiene otras pólizas de Vida?	No
¿Tiene sobreprima aplicada?	No
¿Le ha sido rechazada alguna solicitud de Seguro de vida en esta u otra entidad?	No

Cláusulas limitativas

El tomador del seguro declara que conoce y acepta todas las condiciones generales, especiales, particulares y anexos a esta póliza y en particular las siguientes cláusulas limitativas:

Condiciones generales del seguro principal:

- artículo 3. 'Delimitación de garantías'

Condiciones generales del seguro complementario de capital en caso de muerte por accidente:

- artículo 5. 'Delimitación de garantías'

Condiciones generales del seguro complementario de capital en caso de muerte por accidente de circulación:

- artículo 5. 'Delimitación de garantías'

Condiciones generales del seguro complementario de prestaciones por invalidez:

- artículo 5. 'Delimitación del riesgo asegurado'

Condiciones generales del seguro complementario de invalidez absoluta y permanente por accidente:

- artículo 5. 'Delimitación de garantías'

Condiciones generales del seguro complementario de invalidez absoluta y permanente por accidente de circulación:

- artículo 5. 'Delimitación de garantías'

Condiciones generales del seguro complementario de enfermedades graves:

- artículo 4. "Delimitación y selección de los riesgos cubiertos"

- artículo 5. 'Definición de las enfermedades graves'

Verificación de datos

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 la reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza.

El tomador del seguro declara que conoce y acepta todas las condiciones generales, especiales, particulares y anexos a esta póliza.

Condiciones generales

Seguro de vida. Garantía de fallecimiento

1. Bases contractuales

1.0. Preliminar

El presente contrato de seguro se regirá por lo dispuesto en:

- La Ley 50/1980, de 8 de octubre de Contrato de Seguro.
- La Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.
- El Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.
- El Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.
- El Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.
- La Ley 26/2006, de 17 de julio, de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados.
- Las condiciones particulares, especiales y generales de la póliza y los suplementos que se emitan a la misma para complementarla o modificarla.

Y cuantas disposiciones actualicen, complementen o modifiquen a las citadas normas.

No tendrán validez las cláusulas limitativas de los derechos del asegurado que no sean específicamente aceptadas en las condiciones particulares de esta póliza.

El estado miembro de la Unión Europea y la autoridad a quien corresponde el control de la actividad de la entidad aseguradora son, respectivamente, España y el Ministerio de Economía y Competitividad y, en éste y en lo procedente, la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

1.1. Definiciones

1.1.1. Entidad aseguradora: Es la que figura en las condiciones particulares y asume los riesgos derivados de esta póliza, a cambio de la prima. Se denominará en lo sucesivo el asegurador.

1.1.2. Tomador del seguro: Es la persona física o jurídica que suscribe la póliza con el asegurador, y se obliga al pago de las primas de la misma.

1.1.3. Asegurado: Es la persona física sobre cuya vida se contrata el seguro.

1.1.4. Beneficiario: Es la persona física o jurídica a quien se le confiere el derecho de percibir la prestación de la póliza y es designada por el tomador del seguro de acuerdo con lo dispuesto en el art.84 y siguientes de la Ley de Contrato de Seguro.

1.1.5. Póliza: Es el documento que materializa el contrato de seguro y contiene las condiciones que regulan el seguro.

Forman parte integrante de la póliza las condiciones generales y las particulares que individualizan los riesgos, y las cláusulas o suplementos, que se emitan a la misma para completarla o modificarla.

1.1.6. Prima: Es el precio del seguro; en él intervienen las condiciones de edad, estado de salud, profesión habitual y práctica de deportes que puedan influir en la valoración del riesgo.

1.1.7. Edad: Es la del cumpleaños más cercano, por exceso o por defecto, a la fecha de efecto de la póliza.

1.1.8. Prestación asegurada: Se denomina así el valor del capital o renta que el asegurador debe satisfacer al beneficiario en la fecha de ocurrencia de los eventos cubiertos por la póliza, con arreglo a las condiciones previstas en la misma.

1.2. Declaración de salud

Las declaraciones del tomador del seguro y del asegurado deben ser efectuadas al asegurador, de acuerdo con los arts. 10 al 13 de la Ley de Contrato de Seguro, a través de la solicitud de seguro, y cuestionarios anexos. En la solicitud de seguro deben ser declaradas todas las circunstancias del riesgo conocidas por el asegurado, especialmente las relativas a: estado de salud (enfermedades pasadas y/o actuales), hábitos de consumo de tabaco y/o alcohol, profesión habitual y práctica de deportes que pueden influir en la valoración del riesgo.

El tomador del seguro 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.

Agravación del riesgo: El tomador del seguro o el asegurado deberán durante la vigencia del contrato comunicar al asegurador, tan pronto como le sea posible, la alteración de los factores y las circunstancias declaradas en el cuestionario previsto en el artículo anterior que 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 más gravosas.

El tomador del seguro o el asegurado no tienen obligación de comunicar la variación de las circunstancias relativas al estado de salud del asegurado, que en ningún caso se considerarán agravación del riesgo.

1.3. Facultad del tomador del seguro en el período inicial de la póliza

Sin perjuicio de lo establecido en el punto anterior y de acuerdo con lo establecido en el art. 83 a de la Ley de Contrato de Seguro, el tomador del seguro tendrá la facultad de resolver el contrato dentro del plazo de los treinta días siguientes a la fecha en la que el asegurador le entregue la póliza o un documento de cobertura provisional, en cuyo caso el asegurador le devolverá el importe de la prima pagada, salvo la parte correspondiente al tiempo en que el contrato hubiera tenido vigencia.

1.4. Toma de efecto del seguro

Las obligaciones del asegurador, previo perfeccionamiento de la póliza, (firmada y pagada la primera prima), comenzarán a partir del día y hora fijado en las condiciones particulares.

Si el tomador del seguro no ha pagado la primera prima, el asegurador tiene derecho a resolver el contrato.

Si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro el asegurador quedará liberado de la obligación del pago de la prestación asegurada.

1.5. Error en la edad del asegurado

En el supuesto de indicación inexacta de la edad del asegurado, el asegurador podrá impugnar el contrato si la verdadera edad del asegurado en el momento de la entrada en vigor del contrato excede de los límites de admisión establecidos por aquél.

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 del asegurador se reducirá en proporción a la prima percibida. Si, por el contrario, la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, el asegurador está obligado a restituir el exceso de las primas percibidas sin intereses.

1.6. Cambio de beneficiario

Durante la vigencia de la póliza, el tomador del seguro puede designar beneficiario o modificar la designación anteriormente señalada sin necesidad del consentimiento del asegurado, salvo que el tomador del seguro haya renunciado expresamente y por escrito a tal facultad. La designación de beneficiario o la revocación de éste se podrán hacer constar en las condiciones particulares o bien en testamento. Si se hace en testamento, el tomador del seguro deberá comunicarlo expresamente al asegurador; de no hacerlo así, se estará a lo establecido en la póliza.

1.7. Plazo de comunicación del siniestro

El tomador del seguro o el asegurado o el beneficiario deberán comunicar al asegurador el acaecimiento del siniestro dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido, salvo que se haya fijado en la póliza un plazo más amplio. En caso de incumplimiento, el asegurador podrá reclamar los daños y perjuicios causados por la falta de declaración.

Este efecto no se producirá si se prueba que el asegurador ha tenido conocimiento del siniestro por otro medio.

El tomador del seguro o el asegurado deberá, además, dar al asegurador toda clase de informaciones sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro. En caso de violación de este deber, la pérdida del derecho a la indemnización sólo se producirá en el supuesto de que hubiese concurrido dolo o culpa grave.

2. Objeto del seguro

En caso de producirse el fallecimiento del asegurado antes de la fecha prevista de vencimiento del contrato, el asegurador pagará al beneficiario el capital establecido en las condiciones particulares, todo ello con arreglo a las condiciones de esta póliza.

3. Delimitación de garantías

No estarán cubiertos los riesgos que no figuren expresamente garantizados en las condiciones particulares de esta póliza.

Están excluidas de las garantías de la póliza la cobertura de los siguientes supuestos:

a) Suicidio. Durante el primer año de vigencia de la póliza el asegurador no cubre el riesgo de muerte por esta causa (art. 93 de la Ley de Contrato de Seguro).

b) Muerte del asegurado causada dolosamente por único beneficiario. En este caso la prestación establecida en la póliza quedará integrada en el Patrimonio del tomador del seguro (art. 92 de la Ley de Contrato de Seguro).

c) Siniestros acaecidos como consecuencia de conflictos armados, haya precedido, o no, declaración oficial de guerra.

d) Siniestros calificados por el Gobierno de la Nación como "catástrofe o calamidad nacional".

e) Siniestros de carácter catastrófico acaecidos como consecuencia directa o indirecta de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.

f) Siniestros acaecidos como consecuencia de Riesgos Extraordinarios que estén amparados por el Consorcio de Compensación de Seguros.

4. Primas

4.1. Importe y frecuencia

Las primas de tarifa se han establecido sobre la base anual y son pagaderas por anticipado en la fecha de efecto y sucesivos aniversarios.

No obstante la base de pago anual, las primas podrán fraccionarse y ser satisfechas por anticipado, mediante el correspondiente recargo por fraccionamiento. Por consiguiente, en caso de siniestro, se exime al tomador del seguro el pago de las fracciones de prima que falten para completar la anualidad en curso.

4.2. Pago de primas

El primer recibo de prima deberá ser satisfecho en el momento de la firma de la póliza. Si por culpa del tomador la primera prima no hubiere sido pagada, la compañía podrá resolver el contrato, o exigir el pago de la Prima debida. Si la primera prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, la compañía queda liberada de su obligación.

A partir del segundo recibo de prima se concede un plazo de gracia de 30 días para su pago después del vencimiento de cada una de ellas.

La póliza conservará su vigor durante el plazo de gracia, salvo en el caso de que hubiere sido anulada anteriormente por cualquier causa.

4.3. Duración del pago de primas

Las primas de la presente póliza son pagaderas mientras viva el asegurado, en las fechas de vencimiento pactadas en las condiciones particulares, y como máximo hasta completar el plazo de duración convenido para el pago de las mismas.

4.4. Lugar de pago

Las primas del seguro deberán satisfacerse los días de los vencimientos fijados en la póliza, en el domicilio que se ha pactado en las condiciones particulares de la misma.

4.5. Domiciliación pago primas

Si el tomador del seguro ha convenido en las condiciones particulares de la póliza, el pago de los recibos de prima por medio de cuenta abierta en una entidad bancaria, deberá entregar al asegurador una carta dirigida a la entidad autorizando el pago, con cargo a su cuenta, de los recibos de prima de la póliza.

4.6. Cambio de domiciliación del pago de primas

Durante la vigencia de la póliza, si procede, el tomador del seguro puede cambiar libremente la cuenta bancaria en la cual desea domiciliar los recibos de prima sin más que comunicar previamente el cambio al asegurador en la forma prevista en la condición 4.5.

Hasta tanto el asegurador no tenga conocimiento del nuevo domicilio de pago, el asegurador seguirá dirigiendo los recibos de prima al último domicilio de pago al que los venía dirigiendo.

4.7. Falta de pago de las primas

En caso de falta de pago de la segunda y sucesivas primas o de cualquiera de las fracciones de prima que se hubieran pactado, de acuerdo con lo establecido en la cláusula 4.1 del presente condicionado, la cobertura queda suspendida un mes después del día del correspondiente vencimiento, entendiéndose extinguida la póliza si no se reclama el pago dentro de los seis meses siguientes a dicho vencimiento.

Si la póliza no hubiera sido resuelta según lo dispuesto en la condición 1.3, o extinguida de acuerdo con lo dispuesto en el párrafo anterior, la cobertura vuelve a tener efecto a las 24 horas del día en que el tomador del seguro pague la prima o la fracción correspondiente.

4.8. Tarifa de primas

Esta póliza es emitida por el asegurador, aplicando la tarifa vigente en la fecha de su emisión.

En el supuesto de que, del resultado de su aplicación se observara una desviación, por siniestralidad o persistencia de las pólizas, computadas en la determinación de aquélla, el asegurador se reserva el derecho de sustituirla por otra tarifa basada en una tabla de siniestralidad más ajustada a la realidad, según experiencia, emitiendo el documento de modificación correspondiente para su formalización por parte del tomador del seguro.

5. Liquidación y pago de las prestaciones aseguradas

En el momento en que se produzca el evento del cual depende el pago de las prestaciones aseguradas por la póliza, dentro de los términos previstos en las condiciones de la misma, el asegurador efectuará el pago de las mismas una vez cumplimentados los requisitos siguientes:

5.1. Caso de fallecimiento del asegurado

Si el fallecimiento del asegurado ocurre estando la póliza en vigor, el beneficiario o beneficiarios deberán presentar al asegurador los documentos justificativos necesarios para percibir la prestación asegurada. Dichos documentos son:

a) Certificado de defunción del asegurado.

b) D.N.I. o documentación acreditativa de la fecha de nacimiento del asegurado.

c) Certificado del médico que haya asistido al asegurado en su última enfermedad, detallando historia clínica, origen, evolución y naturaleza de la enfermedad o accidente causa del fallecimiento, y, en su caso, testimonio de las diligencias judiciales o documentos que acrediten el fallecimiento por accidente.

d) Si procede, copia del último testamento; caso de no haberlo, Certificado del Registro de Actas de últimas voluntades o Acta Judicial o Notarial de Declaración de herederos.

e) Carta de pago del impuesto sobre sucesiones, o la declaración de exención.

f) Documentación acreditativa de la personalidad y, en su caso, de la condición de beneficiarios.

g) Modelo de solicitud de prestación de seguro de vida debidamente cumplimentado y firmado.

El asegurador podrá solicitar cuando lo estime conveniente la entrega de los justificantes documentales en original o, cuando no fuese posible, en fotocopia debidamente legalizada por notario.

5.2. Caso de prestaciones por seguros complementarios

La reclamación de prestaciones, que se devenguen por el acaecimiento de eventos, cubiertos en los términos y condiciones de los respectivos seguros Complementarios incluidos en esta póliza, estará sujeta a la presentación al asegurador de la documentación que corresponda y a la cumplimentación de los requisitos, según sea el caso, previstos en las Condiciones Generales de aquéllos.

5.3. Pago de las prestaciones aseguradas

Una vez recibidos los anteriores documentos, según sea el caso, y demostrada la identidad personal del beneficiario, el asegurador pagará o consignará al beneficiario, en el plazo máximo de cuarenta días a partir de la recepción de la declaración del siniestro, el pago del importe mínimo de lo que el asegurador pueda deber según las circunstancias por él conocidas.

Si en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro, el asegurador no hubiere satisfecho el importe de la prestación por causa no justificada o que le fuera imputable, dicha prestación se incrementará con los intereses legales que correspondan.

El pago del capital correspondiente a la garantía de fallecimiento o a cualquiera de las garantías complementarias contratadas, salvo que el condicionado de dicha garantía complementaria se exprese en otro sentido, supone la anulación y extinción del contrato a todos los efectos.

Garantía de revalorización automática

1. Revalorización automática

Los capitales asegurados por la presente póliza quedarán automáticamente sujetos, en cada vencimiento de primas, a las fluctuaciones del "índice de precios de consumo (conjunto nacional)" que publica el Instituto Nacional de Estadística (I.N.E.) u organismo que lo sustituya a nivel del Estado Español, en su boletín mensual.

2. Determinación sistemática de las revalorizaciones

Todas las prestaciones revalorizadas y garantizadas por la presente póliza (incluso seguros complementarios si los hubiere) quedarán establecidas en la cuantía que se produzca, al aplicar a las iniciales de la póliza el factor de revalorización resultante de dividir el índice de vencimiento por el índice base.

Se entiende por:

2.1. Índice base

El que se indica en las condiciones particulares de la póliza y corresponde al último valor del índice publicado antes de la fecha de emisión de esta garantía.

2.2. Índice de vencimiento

El último publicado por el I.N.E., anterior al momento en que el asegurador emite los recibos de prima correspondientes a los sucesivos vencimientos consignados en las condiciones particulares de la póliza.

3. Primas ajustadas

Las primas serán ajustadas, en cada fecha de su vencimiento, en proporción a la revalorización efectuada y teniendo en cuenta a su vez la edad del asegurado en dicha fecha.

4. Reconocimiento médico

Una vez suscrito el seguro mediante la prueba de reconocimiento médico, el asegurado queda posteriormente eximido de este requisito siempre que acepte las sucesivas revalorizaciones de las prestaciones de la póliza. En caso de que el tomador del seguro en un determinado año no aceptase la revalorización y tras un período de ausencia de revalorizaciones deseara de nuevo reanudar la secuencia de las mismas, el asegurado deberá someterse previamente a las pruebas médicas que

determine la aseguradora.

5. Vigencia de la garantía

El tomador del seguro podrá renunciar a los beneficios de esta cláusula en cada vencimiento de prima comunicándolo previamente al asegurador, por lo menos un mes antes de dicha fecha. El asegurador, en tal caso, emitirá un suplemento por el nuevo capital revalorizado, en el que no figurará la garantía de índice variable a que se refiere esta cláusula.

Subsisten íntegras y sin variación las condiciones generales y particulares de la póliza que no queden expresamente modificadas por cuanto antecede.

Seguro complementario de capital en caso de muerte por accidente

1. Objeto del seguro

Por el presente seguro complementario, el asegurador se obliga a pagar un capital adicional al que corresponda por la garantía principal de fallecimiento, en el supuesto de que el asegurado fallezca a causa de un accidente cubierto por la póliza.

El pago de dicho capital se efectuará al beneficiario designado por el tomador del seguro.

2. Cuantía del capital asegurado

A los efectos del presente seguro complementario se entenderá por capital adicional asegurado, el que se haya estipulado en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía complementaria, teniendo en cuenta a su vez la modalidad de póliza contratada de acuerdo con lo que a continuación se indica:

2.1. Si la póliza de seguro contratada, es con revalorización automática de prestaciones, la cuantía del capital adicional es igual al valor nominal que alcance el importe que figura en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía complementaria en el momento del fallecimiento.

2.2. Si la póliza de seguro contratada, es sin revalorización automática de prestaciones, la cuantía del capital adicional es igual a la suma asegurada que figura en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía complementaria.

3. Primas

Este seguro se conviene mediante las primas correspondientes al riesgo objeto del seguro y se sumarán a las del seguro principal incrementadas con los impuestos legalmente repercutibles, siendo pagaderas, por tanto, conjuntamente con las del seguro principal.

4. Duración de las garantías

Las garantías de este seguro complementario estarán en vigor mientras se paguen las primas correspondientes, terminándose al mismo tiempo que el seguro principal y como máximo hasta completar el plazo de duración convenido en las condiciones particulares de la póliza.

5. Delimitación de garantías

5.1. Definición de accidente

A los efectos de este seguro complementario se entiende por accidente la lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado y que produzca la muerte del mismo **dentro de un año a partir de la fecha en que sufrió tal lesión.**

5.2. Riesgos excluidos

Quedan excluidos de las garantías del presente seguro complementario los siguientes riesgos:

5.2.1. Hechos de guerra, sea o no combatiente el asegurado, aun en el caso de que el asegurador hubiese asumido este riesgo para el seguro principal.

5.2.2. Participación en motines, tumultos, piquetes, alborotos populares, insurrecciones, desórdenes públicos, actos de violencia y terrorismo, así como las riñas, salvo en este último caso por legítima defensa.

5.2.3. Mutilaciones voluntarias, suicidio, tentativa de suicidio, duelo u otro cualquier acto delictivo que constituya imprudencia temeraria o negligencia grave del asegurado.

5.2.4. Accidentes sufridos en estado de perturbación mental, a consecuencia del uso de estupefacientes, o en estado de embriaguez, así como enfermedades contraídas a consecuencia de alcoholismo.

5.2.5. Los accidentes causados por temblor de tierra, erupción volcánica, inundación y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario.

5.2.6. Las consecuencias de accidentes originados con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro.

5.2.7. Los viajes de exploración, las inmersiones submarinas a profundidades superiores de 25 metros y los viajes aéreos, utilizando la aviación privada, salvo que queden expresamente cubiertos estos riesgos en las condiciones particulares de la póliza mediante sobreprima especial.

5.2.8. Las consecuencias directas o indirectas de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.

5.2.9. Siniestros acaecidos como consecuencia de riesgos extraordinarios que estén amparados por el Consorcio de Compensación de Seguros.

5.2.10. Todos los riesgos, cualquiera que sea su causa, naturaleza u origen que no estén relacionados con los que de una manera expresa quedan cubiertos en la condición 5.1. de las presentes condiciones.

6. Declaraciones

Las garantías de este seguro complementario están basadas en las declaraciones realizadas por el tomador del seguro conforme se establece en la condición 1.2 de las generales de la póliza.

El tomador del seguro tiene el deber de comunicar al asegurador la modificación de las circunstancias de riesgo que pueden influir en la apreciación del riesgo, especialmente profesión habitual y práctica de deportes.

7. Formalidades a realizar en caso de accidente mortal

Si por causa del accidente sobreviniera la muerte del asegurado, sea inmediatamente o sea dentro de 12 meses después de la fecha de ocurrencia del accidente, deberá darse cuenta de la misma por escrito al asegurador enviando a éste las pruebas justificativas, a fin de que pueda reconocer y apreciar la causa determinante de la muerte. A los efectos de la comprobación de la muerte ocasionada por accidente se deberá proceder como se indica a continuación:

7.1. El asegurado o sus beneficiarios deberán dar aviso por escrito al asegurador del fallecimiento por accidente sufrido por aquél, dentro del plazo de treinta días de haber ocurrido, salvo caso de fuerza mayor, detallando el lugar y la hora en se haya producido, así como las causas y demás circunstancias relativas al mismo.

7.2. Con este aviso, deberá acompañarse cuanta documentación y/o pruebas se estimen necesarias por el asegurador para la correcta valoración del siniestro y en especial:

a) Certificado de defunción del asegurado.

b) Certificado del médico que haya asistido al asegurado en su última enfermedad, detallando historia clínica y la causa de la muerte.

c) Atestado o informe emitido por autoridad que describa la ocurrencia del accidente.

d) Si procede, copia del último testamento; caso de no haberlo, certificado del registro de actas de últimas voluntades o acta judicial o notarial de declaración de herederos.

8. Pago del capital asegurado

Una vez comprobado por el asegurador que la muerte del asegurado es por causa de un accidente indemnizable en los términos y condiciones de este seguro complementario, el asegurador procederá a pagar al beneficiario de la póliza, el capital de este seguro complementario, dentro de los plazos previstos por la Ley y que figuran en la condición general de la póliza que se refiere al pago de las prestaciones aseguradas, una vez presentada la carta de pago del impuesto sobre sucesiones correspondiente, o la declaración de exención, **quedando sin efecto las restantes garantías y por tanto anulándose la póliza**.

9. Arbitraje

En el supuesto de falta de acuerdo sobre la calificación de los riesgos del accidente que hubiere afectado al asegurado y en consideración a si son o no indemnizables en los términos previstos en este seguro, el tomador del seguro o los beneficiarios y el asegurador se obligan a solventar sus diferencias por medio de dos peritos elegidos uno por cada parte, de acuerdo con lo establecido en los arts. 38 y 39 de la Ley de Contrato de Seguro.

Seguro complementario de capital en caso de muerte por accidente de circulación

1. Objeto del seguro

Por el presente seguro complementario, el asegurador se obliga a pagar un capital adicional al que corresponda por la garantía complementaria de capital en caso de muerte por accidente, en el supuesto de que el asegurado fallezca a causa de un accidente de circulación cubierto por la póliza.

Para contratar el presente seguro complementario es indispensable que se haya contratado previamente o conjuntamente el seguro complementario de capital en caso de muerte por accidente.

El pago de dicho capital se efectuará al beneficiario designado por el tomador del seguro.

2. Cuantía del capital asegurado

A los efectos del presente seguro complementario se entenderá por capital adicional asegurado, el que se haya estipulado en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía complementaria, teniendo en cuenta a su vez la modalidad de póliza contratada de acuerdo con lo que a continuación se indica:

2.1. Si la póliza de seguro contratada, es con revalorización automática de prestaciones, la cuantía del capital adicional es igual al valor nominal que alcance el importe que figura en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía complementaria en el momento del fallecimiento.

2.2. Si la póliza de seguro contratada, es sin revalorización automática de prestaciones, la cuantía del capital adicional es igual a la suma asegurada que figura en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía complementaria.

Capital adicional por orfandad total. En caso de fallecimiento simultáneo en un mismo accidente de circulación del asegurado y su cónyuge, el asegurador se obliga a pagar otra cuantía adicional e igual a la descrita en este apartado a favor de sus hijos comunes menores de edad o incapacitados.

Se entenderá por fallecimiento simultáneo aquél por el que a causa de un mismo accidente de circulación se presentara el fallecimiento del asegurado y del cónyuge, y ambos fallecimientos tuvieran lugar en el mismo momento del accidente que le dio origen o **dentro de un año a partir de la fecha del accidente**.

A los efectos de esta garantía se considera cónyuge tanto a quien así conste conforme a derecho como a la pareja de hecho que conste inscrita en alguno de los registros oficiales creados a tal efecto por la correspondiente comunidad autónoma o ayuntamiento.

3. Primas

Este seguro se conviene mediante las primas correspondientes al riesgo objeto de seguro y se sumarán a las del seguro principal incrementadas con los impuestos legalmente repercutibles, siendo pagaderas por tanto conjuntamente con las del seguro principal.

4. Duración de las garantías

Las garantías de este seguro complementario estarán en vigor mientras se paguen las primas correspondientes, terminándose al mismo tiempo que el seguro principal o el seguro complementario de capital en caso de muerte por accidente y como máximo hasta completar el plazo de duración convenido en las condiciones particulares de la póliza.

5. Delimitación de garantías

5.1. Definición de accidente de circulación

A los efectos de este seguro complementario, quedan cubiertos los riesgos derivados de la circulación, entendiéndose como accidente de circulación los que se produzcan en los supuestos siguientes:

5.1.1. Fallecimiento a consecuencia de accidente causado por uno o más vehículos, mientras el asegurado circula a pie, o montado en bicicleta o en caballería, por cualquier clase de vía pública o camino particular abierto al público.

5.1.2. Fallecimiento del asegurado bien sea conduciendo un vehículo terrestre o una embarcación de recreo, bien sea como pasajero de cualquier vehículo terrestre o embarcación de recreo.

5.1.3. Fallecimiento del asegurado como pasajero de medios de transportes públicos, terrestres, marítimos, o aéreos.

Se entenderá por fallecimiento del asegurado a consecuencia de accidente de circulación el que comporte la muerte del asegurado **dentro de un año a partir de la fecha del accidente**.

5.2. Riesgos excluidos

Quedan excluidos de las garantías del presente seguro complementario los siguientes riesgos:

5.2.1. Hechos de guerra, sea o no combatiente el asegurado, aun en el caso de que el asegurador hubiese asumido este riesgo para el seguro principal.

5.2.2. Participación en motines, tumultos, piquetes, alborotos populares, insurrecciones, desórdenes públicos, actos de violencia y terrorismo, así como las riñas, salvo en este último caso por legítima defensa.

5.2.3. Mutilaciones voluntarias, suicidio, tentativa de suicidio, duelo u otro cualquier acto que constituya imprudencia temeraria o negligencia grave del asegurado.

5.2.4. Accidentes sufridos en estado de perturbación mental, a consecuencia del uso de estupefacientes, o en estado de embriaguez, así como enfermedades contraídas a consecuencia de alcoholismo.

5.2.5. Los accidentes causados por temblor de tierra, erupción volcánica, inundación y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario.

5.2.6. Las consecuencias de accidentes originados con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro.

5.2.7. Los viajes de exploración, las inmersiones submarinas a profundidades superiores a 25 metros y los viajes aéreos, utilizando la aviación privada, salvo que queden expresamente cubiertos estos riesgos en las condiciones particulares de la póliza mediante sobreprima especial.

5.2.8. Las consecuencias directas o indirectas de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.

5.2.9. Participación del asegurado en pruebas deportivas de cualquier clase, ocupando el vehículo como piloto, copiloto o simple pasajero.

5.2.10. Siniestros acaecidos como consecuencia de riesgos extraordinarios que estén amparados por el Consorcio de Compensación de Seguros.

5.2.11. Todos los riesgos, cualquiera que sea su causa, naturaleza u origen que no estén relacionados con los que de una manera expresa quedan cubiertos en la condición 5.1. de las presentes condiciones.

6. Declaraciones

Las garantías de este seguro complementario están basadas en las declaraciones realizadas por el tomador del seguro conforme se establece en la condición 1.2 de las generales de la póliza.

El tomador del seguro tiene el deber de comunicar al asegurador la modificación de las circunstancias de riesgo que pueden influir en la apreciación del riesgo, especialmente profesión habitual y práctica de deportes.

7. Formalidades a realizar en caso de accidente de circulación

Si por causa del accidente de circulación sobreviniera la muerte del asegurado deberá darse cuenta de la misma por escrito al asegurador enviando a éste las pruebas justificativas, a fin de que pueda reconocer y apreciar la causa determinante de la muerte. A los efectos de la comprobación de la muerte ocasionada por accidente de circulación se deberá proceder como se indica a continuación:

7.1. El asegurado o sus beneficiarios deberán dar aviso por escrito al asegurador del fallecimiento por accidente sufrido por aquél, dentro del plazo de treinta días de haber ocurrido, salvo caso de fuerza mayor, detallando el lugar y la hora en se haya producido, así como las causas y demás circunstancias

relativas al mismo.

7.2. Con este aviso, deberá acompañarse cuanta documentación y/o pruebas se estimen necesarias por el asegurador para la correcta valoración del siniestro y en especial:

a) Certificado de defunción del asegurado.

b) Certificado del médico que haya asistido al asegurado en su última enfermedad detallando historia clínica y la causa de la muerte.

c) Atestado o informe emitido por autoridad que describa la ocurrencia del accidente.

d) Si procede, copia del último testamento; caso de no haberlo, Certificado del Registro de Actas de últimas voluntades o Acta Judicial o Notarial de Declaración de herederos.

8. Pago del capital asegurado

Una vez comprobado por el asegurador que la muerte del asegurado es por causa de un accidente indemnizable en los términos y condiciones de este seguro complementario, el asegurador procederá a pagar al beneficiario de la póliza, el capital de este seguro complementario, dentro de los plazos previstos por la Ley y que figuran en la condición general de la póliza que se refiere al pago de las prestaciones aseguradas, una vez presentada la carta de pago del impuesto sobre sucesiones correspondiente, o la declaración de exención, **quedando sin efecto las restantes garantías y por tanto anulándose la póliza**.

9. Arbitraje

En el supuesto de falta de acuerdo sobre la calificación de los riesgos del accidente que hubiere afectado al asegurado y en consideración a si son o no indemnizables en los términos previstos en este seguro, el tomador del seguro o los beneficiarios y el asegurador se obligan a solventar sus diferencias por medio de dos peritos elegidos uno por cada parte, de acuerdo con lo establecido en los arts. 38 y 39 de la Ley de Contrato de Seguro.

Seguro complementario de invalidez absoluta permanente

1. Objeto del seguro

Por el presente seguro complementario, el asegurador de acuerdo con las condiciones generales que figuran a continuación y en cuanto no las modifiquen las del seguro principal, se obliga a efectuar el pago de las prestaciones previstas en caso de invalidez absoluta permanente del asegurado, en los términos previstos en las presentes condiciones generales.

El pago del presente seguro complementario se efectuará al asegurado a partir del momento en el que el asegurador haya reconocido el estado de invalidez absoluta permanente del mismo.

2. Cuantía de la prestación

La cuantía de la prestación del presente seguro complementario será la que se haya estipulado en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía complementaria, teniendo en cuenta a su vez la modalidad de póliza contratada de acuerdo con lo que a continuación se indica.

2.1. Si la póliza de seguro contratada, es con revalorización automática de prestaciones, la cuantía de la prestación será igual al valor nominal que alcance, en el momento en que se cause la invalidez, el importe que figura en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía complementaria.

2.2. Si la póliza de seguro contratada, es sin revalorización automática de prestaciones, la cuantía del capital adicional es la suma asegurada que figura en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía complementaria.

3. Primas

Este seguro se conviene mediante las primas correspondientes al riesgo objeto de seguro y se sumarán a las del seguro principal, incrementadas con los impuestos legalmente repercutibles, y son pagaderas conjuntamente con las del seguro principal.

4. Duración de las garantías

Las garantías de este seguro complementario estarán en vigor mientras se paguen las primas correspondientes, terminándose al mismo tiempo que el seguro principal y como máximo hasta completar el plazo de duración convenido en las condiciones particulares de la póliza.

La póliza rescindida por falta de pago de la prima, implicará automáticamente la anulación del presente seguro complementario y en consecuencia el asegurado perderá todo derecho a cualquier reclamo por invalidez absoluta permanente, después de transcurrido el plazo de 30 días siguientes a la fecha en que quedó la póliza en tal situación.

5. Delimitación del riesgo asegurado

5.1. Delimitación del estado de la invalidez absoluta

A los efectos del presente seguro complementario se entiende por invalidez absoluta y permanente la situación física irreversible provocada por enfermedad o accidente, totalmente independientes de la voluntad del asegurado y sobrevenida después de un año de contratado este seguro, salvo si fuere por causa de accidente, determinante de la total ineptitud de éste para el mantenimiento de cualquier relación laboral, actividad profesional, trabajo u ocupación con o sin retribución.

5.2. Riesgos excluidos

Quedan excluidos de la garantía de este seguro:

5.2.1. Los siniestros causados voluntariamente por el asegurado.

5.2.2. Los accidentes o enfermedades que sobrevengan al asegurado, a consecuencia del uso de estupefacientes no prescritos médicamente, o en estado de embriaguez, así como enfermedades contraídas a consecuencia del alcoholismo.

5.2.3. Las consecuencias de un acto de imprudencia temeraria o negligencia grave del asegurado declarado así judicialmente, así como los derivados de la participación de éste en actos delictivos, duelos o riñas, siempre que en este último caso no hubiere actuado en legítima defensa, o en tentativa de salvamento de personas o bienes.

5.2.4. Las consecuencias de guerras u operaciones de carácter similar o derivadas de hechos de carácter político o social.

5.2.5. Las consecuencias causadas por temblor de tierra, erupción volcánica, inundación, y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario.

5.2.6. Los accidentes causados por la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.

5.2.7. Las consecuencias de enfermedad, terapia o tratamiento médico, intervención quirúrgica o accidente originados con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro y no declarados expresamente en la solicitud del seguro.

5.2.8. Siniestros acaecidos como consecuencia de riesgos extraordinarios que estén amparados por el Consorcio de Compensación de Seguros.

5.2.9. Todos los riesgos, cualquiera que sea su causa, naturaleza u origen que no estén relacionados con los que de una manera expresa quedan cubiertos en la condición 5.1 de las presentes condiciones.

6. Declaraciones

Las garantías de este seguro complementario están basadas en las declaraciones realizadas por el tomador del seguro conforme se establezca en la condición 1.2 de las generales de la póliza.

El tomador del seguro tiene el deber de comunicar al asegurador la modificación de las circunstancias de riesgo que pueden influir en la apreciación del riesgo, especialmente profesión habitual y práctica de deportes.

7. Comprobación del estado de invalidez

A los efectos de la comprobación de la invalidez absoluta permanente, ocasionada por accidente o enfermedad, el asegurador en ningún caso tomará como prueba fehaciente y vinculante para el pago de la indemnización del presente seguro complementario, el dictamen que para el asegurado hayan emitido los organismos de la Seguridad Social u organismo de la Comunidad Autónoma correspondiente en orden a la calificación de su estado de invalidez absoluta permanente, sino que se deberá proceder como a continuación se indica:

7.1. El asegurado o persona que le represente deberá dar aviso al asegurador de la aparición del estado de invalidez que haya sufrido el asegurado, detallando las circunstancias y las causas que hayan motivado la aparición del estado de invalidez absoluta permanente.

Con este aviso, deberá acompañarse un informe suscrito por el médico que haya asistido al asegurado en el que explique detalladamente fechas, orígenes, causas, curso y evolución probable de la enfermedad o accidente que haya producido la invalidez absoluta permanente, y la fecha a partir de la cual se le declara como inválido en los términos y condiciones de la presente garantía.

Adicionalmente, el beneficiario o beneficiarios deberán presentar al asegurador los siguientes documentos:

a) D.N.I. o documentación acreditativa de la fecha de nacimiento del asegurado.

b) Documentación acreditativa de la personalidad y, en su caso, de la condición de beneficiarios.

7.2. El asegurado, por su parte, deberá contestar con exactitud a cuantas preguntas le formule el asegurador, suministrando las pruebas que se pidan y dejarse visitar y reconocer por los médicos de aquél, no viniendo el asegurador obligado a pago alguno en tanto esta colaboración del asegurado no se produzca.

7.3. Mientras no sea reconocida la existencia de la invalidez deben seguirse pagando las primas de este seguro y de la póliza de seguro principal; de lo contrario, se aplicarán las disposiciones de las condiciones generales del seguro sobre falta de pago de primas.

Cuando el asegurador reconozca el estado de invalidez absoluta permanente del asegurado, se tomará como fecha de efecto de la misma la que declare el informe médico que se menciona en el punto 7.1, y el asegurador devolverá si las hubiere las primas pagadas a partir de aquella fecha.

7.4. El asegurador, salvo por causa justificada o que no le fuere imputable, deberá satisfacer el importe de la suma asegurada en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro.

8. Forma de pago de las prestaciones

8.1. Una vez reconocido y aceptado por el asegurador en los términos de este seguro complementario, el estado de invalidez absoluta y permanente del asegurado, se procederá por parte del asegurador a iniciar los pagos de las prestaciones por invalidez absoluta y permanente desde la fecha de efecto de la misma según lo indicado en la condición 7.3 anterior, **quedando sin efecto las restantes garantías y por tanto anulándose la póliza.**

8.2. El asegurador efectuará el pago de las prestaciones por trimestres (por anticipado), mientras el asegurado continúe inválido y como máximo durante veinte trimestres. Si desaparece la causa en la que se fundamenta el pago de las prestaciones de invalidez, o fallece el asegurado dentro de los veinte trimestres, entonces la póliza quedará en las situaciones indicadas en los puntos 8.4 y 8.5 siguientes.

8.3. La cuantía de la prestación en cada trimestre será el 5% del capital del seguro principal de la póliza en la fecha en que el asegurador reconoce el estado de invalidez del asegurado en los términos indicados en la condición 7.3 hasta completar el 100% de la cuantía de la prestación de esta garantía complementaria.

8.4. Si en el transcurso del período de pago de las prestaciones, el asegurado pasara de nuevo al estado de validez, entonces los pagos de las prestaciones terminarían a partir de la fecha en que el asegurado obtuviera el alta médica. En este supuesto, el seguro principal quedaría reducido al montante de los

pagos que restasen por pagar en dicho momento. Esta cobertura se mantendría mediante el pago de las primas correspondientes, reducidas en la misma proporción en que se ha reducido el seguro principal y quedando a partir de ese momento anulado el seguro complementario de invalidez.

8.5. Si se produjera el fallecimiento del asegurado durante el período de pago de las prestaciones, el asegurador liquidará la suma restante de los pagos pendientes hasta completar el 100% de la cuantía de la prestación de esta garantía complementaria, en la fecha de efecto de la invalidez del asegurado, finiquitándose con este último pago el importe del seguro y anulándose automáticamente la póliza.

8.6. El asegurador podrá solicitar al asegurado que se deje efectuar las revisiones médicas que estime oportunas durante el período de pago de las prestaciones por invalidez, en la misma forma prevista en el punto 7.2.

9. Arbitraje

En el supuesto de que el asegurador haya comunicado al asegurado el rehúse del pago de las prestaciones por invalidez, por falta de acuerdo sobre la calificación de los riesgos que afectan del accidente que hubiere afectado al asegurado y en consideración a si son o no indemnizables en los términos previstos en este seguro complementario, el tomador del seguro o el asegurado por su legal representante y el asegurador se obligan a solventar sus diferencias por medio de dos peritos elegidos uno por cada parte, de acuerdo con lo establecido en los arts. 38 y 39 de la Ley de Contrato de Seguro.

Seguro complementario de invalidez absoluta permanente por accidente

1. Objeto del seguro

Por el presente seguro complementario, el asegurador de acuerdo con las condiciones generales que figuran a continuación y en cuanto no las modifiquen las del seguro principal, se obliga a efectuar el pago de las prestaciones previstas en caso de invalidez absoluta permanente del asegurado producida a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza en los términos previstos en las presentes condiciones generales.

Esta garantía solamente podrá ser contratada conjuntamente con el seguro complementario de invalidez absoluta permanente.

El pago del presente seguro complementario se efectuará al asegurado a partir del momento en el que el asegurador haya reconocido el estado de invalidez absoluta permanente del mismo.

2. Cuantía de la prestación

A los efectos del presente seguro complementario se entenderá por capital adicional asegurado, el que se haya estipulado en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía complementaria, teniendo en cuenta a su vez la modalidad de póliza de acuerdo con lo que a continuación se indica para la póliza:

2.1. Si la póliza de seguro contratada es con revalorización automática de prestaciones, la cuantía del capital adicional es igual al valor nominal que alcance el importe que figura en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía complementaria en el momento de producirse el accidente causante del estado de invalidez absoluta permanente.

2.2. Si la póliza de seguro contratada es sin revalorización automática de prestaciones, la cuantía del capital adicional es igual a la suma asegurada que figura en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía complementaria.

3. Primas

Este seguro se conviene mediante las primas correspondientes al riesgo objeto del seguro y se sumarán a las del seguro principal incrementadas con los impuestos legalmente repercutibles, siendo pagaderas, por tanto, conjuntamente con las del seguro principal.

4. Duración de las garantías

Las garantías de este seguro complementario estarán en vigor mientras se paguen las primas correspondientes, terminándose al mismo tiempo que el seguro complementario de invalidez absoluta permanente y como máximo hasta completar el plazo de duración convenido en las condiciones particulares de la póliza.

La póliza rescindida por falta de pago de la prima, implicará automáticamente la anulación del presente seguro complementario y en consecuencia el asegurado perderá todo derecho a cualquier reclamo por invalidez absoluta permanente, después de transcurrido el plazo de 30 días siguientes a la fecha en que quedó la póliza en tal situación.

5. Delimitación de garantías

5.1. Definición de accidente

A los efectos de este seguro Complementario se entiende por accidente la lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado y que produzca el estado de invalidez absoluta permanente del mismo **dentro de un año a partir de la fecha en que sufrió tal lesión.**

5.2. Definición del estado de la invalidez absoluta

A los efectos del presente seguro complementario se entiende por invalidez absoluta permanente la situación física irreversible provocada por accidente totalmente independiente de la voluntad del asegurado determinante de la total ineptitud de éste para el mantenimiento de cualquier relación laboral, actividad profesional, trabajo u ocupación con o sin retribución.

5.3. Riesgos excluidos

Quedan excluidos de la garantía de este seguro:

5.3.1. Los siniestros causados voluntariamente por el asegurado.

5.3.2. Los accidentes o enfermedades que sobrevengan al asegurado, a consecuencia del uso de estupefacientes no prescritos médicamente, o en estado de embriaguez, así como enfermedades contraídas a consecuencia del alcoholismo.

5.3.3. Las consecuencias de un acto de imprudencia temeraria o negligencia grave del asegurado declarado así judicialmente, así como los derivados de la participación de éste en actos delictivos, duelos o riñas, siempre que en este último caso no hubiere actuado en legítima defensa, o en tentativa de salvamento de personas o bienes.

5.3.4. Las consecuencias de guerras u operaciones de carácter similar o derivadas de hechos de carácter político o social.

5.3.5. Las consecuencias causadas por temblor de tierra, erupción volcánica, inundación, y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario.

5.3.6. Los accidentes causados por la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.

5.3.7. Las consecuencias de enfermedad, terapia o tratamiento médico, intervención quirúrgica o accidente originados con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro y no declarados expresamente en la solicitud del seguro.

5.3.8. Siniestros acaecidos como consecuencia de riesgos extraordinarios que estén amparados por el Consorcio de Compensación de Seguros.

5.3.9. Todos los riesgos, cualquiera que sea su causa, naturaleza u origen que no estén relacionados con los que de una manera expresa quedan cubiertos en la condición 5.1 de las presentes condiciones.

6. Declaraciones

Las garantías de este seguro complementario están basadas en las declaraciones realizadas por el tomador del seguro conforme se establece en la condición 1.2 de las generales de la póliza.

El tomador del seguro tiene el deber de comunicar al asegurador la modificación de las circunstancias de riesgo que pueden influir en la apreciación del riesgo, especialmente profesión habitual y práctica de deportes.

7. Comprobación del estado de invalidez

Para la solicitud y pago de la indemnización se estará a lo dispuesto en la condición 7 de las generales del seguro complementario de invalidez absoluta permanente, pero será indispensable en este caso, que en el informe médico, según está previsto en el punto 7.1 de dicha condición, se indique que la invalidez del asegurado ha sido por causa de accidente.

También deberá presentarse copia de la resolución judicial o prueba legal suficiente que establezca las circunstancias en que se produjo el accidente.

8. Forma de pago de las prestaciones

8.1. Una vez reconocido y aceptado por el asegurador en los términos de este seguro complementario, el estado de invalidez absoluta y permanente del asegurado, se procederá por parte del asegurador a iniciar los pagos de las prestaciones por invalidez absoluta y permanente desde la fecha de efecto de la misma según lo indicado en la condición 7.3 anterior, **quedando sin efecto las restantes garantías y por tanto anulándose la póliza**.

8.2. El asegurador efectuará el pago de las prestaciones por trimestres (por anticipado), mientras el asegurado continúe inválido y como máximo durante veinte trimestres. Si desaparece la causa en la que se fundamenta el pago de las prestaciones de invalidez, o fallece el asegurado dentro de los veinte trimestres, entonces la póliza quedará en las situaciones indicadas en los puntos 8.4 y 8.5 siguientes.

8.3. La cuantía de la prestación en cada trimestre será el 5% del capital del seguro principal de la póliza en la fecha en que el asegurador reconoce el estado de invalidez del asegurado en los términos indicados en la condición 7.3. hasta completar el 100% de la cuantía de la prestación de esta garantía complementaria.

8.4. Si en el transcurso del período de pago de las prestaciones, el asegurado pasara de nuevo al estado de validez, entonces los pagos de las prestaciones terminarían a partir de la fecha en que el asegurado obtuviera el alta médica. En este supuesto, el seguro principal quedaría reducido al montante de los pagos que restasen por pagar en dicho momento. Esta cobertura se mantendría mediante el pago de las primas correspondientes, reducidas en la misma proporción en que se ha reducido el seguro principal y quedando a partir de ese momento anulado el seguro complementario de invalidez.

8.5. Si se produjera el fallecimiento del asegurado durante el período de pago de las prestaciones, el asegurador liquidará la suma restante de los pagos pendientes hasta completar el 100% de la cuantía de la prestación de esta garantía complementaria, en la fecha de efecto de la invalidez del asegurado, finiquitándose con este último pago el importe del seguro y anulándose automáticamente la póliza.

8.6. El asegurador podrá solicitar al asegurado que se deje efectuar las revisiones médicas que estime oportunas durante el período de pago de las prestaciones por invalidez, en la misma forma prevista en el punto 7.2.

9. Arbitraje

En el supuesto de falta de acuerdo sobre la calificación de los riesgos del accidente que hubiere afectado al asegurado y en consideración a si son o no indemnizables en los términos previstos en este seguro, el tomador del seguro o los beneficiarios y el asegurador se obligan a solventar sus diferencias por medio de dos peritos elegidos uno por cada parte, de acuerdo con lo establecido en los arts. 38 y 39 de la Ley de Contrato de Seguro.

Seguro complementario de invalidez absoluta permanente por accidente de circulación

1. Objeto del seguro

Por el presente seguro complementario, el asegurador de acuerdo con las condiciones generales que figuran a continuación y en cuanto no las modifiquen las del seguro principal, se obliga a efectuar el pago de las prestaciones previstas en caso de invalidez absoluta permanente del asegurado producida a consecuencia a consecuencia de un accidente de circulación cubierto por la póliza, en los términos previstos en las presentes condiciones generales.

Esta garantía solamente podrá ser contratada conjuntamente con el seguro complementario de invalidez absoluta permanente por accidente.

El pago del presente seguro complementario se efectuará al asegurado a partir del momento en el que el asegurador haya reconocido el estado de invalidez absoluta permanente del mismo.

2. Cuantía de la prestación

A los efectos del presente seguro complementario se entenderá por capital adicional asegurado, el que se haya estipulado en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía complementaria, teniendo en cuenta a su vez la modalidad de póliza contratada de acuerdo con lo que a continuación se indica:

2.1. Si la póliza de seguro contratada es con revalorización automática de prestaciones, la cuantía del capital adicional es igual al valor nominal que alcance el importe que figura en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía complementaria en el momento de producirse el accidente causante del estado de invalidez absoluta permanente.

2.2. Si la póliza de seguro contratada es sin revalorización automática de prestaciones, la cuantía del capital adicional es igual a la suma asegurada que figura en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía complementaria.

3. Primas

Este seguro se conviene mediante las primas correspondientes al riesgo objeto del seguro y se sumarán a las del seguro principal incrementadas con los impuestos legalmente repercutibles, siendo pagaderas, por tanto, conjuntamente con las del seguro principal.

4. Duración de las garantías

Las garantías de este seguro complementario estarán en vigor mientras se paguen las primas correspondientes, terminándose al mismo tiempo que el seguro complementario de invalidez absoluta permanente o seguro complementario de prestaciones por invalidez absoluta permanente por accidente y como máximo hasta completar el plazo de duración convenido en las condiciones particulares de la póliza.

La póliza rescindida por falta de pago de la prima, implicará automáticamente la anulación del presente seguro complementario y en consecuencia el asegurado perderá todo derecho a cualquier reclamo por invalidez absoluta permanente, después de transcurrido el plazo de 30 días siguientes a la fecha en que quedó la póliza en tal situación.

5. Delimitación de garantías

5.1. Definición de accidente de circulación

A los efectos de este seguro complementario, quedan cubiertos los riesgos derivados de la circulación, entendiéndose como accidente de circulación los que se produzcan en los supuestos siguientes:

5.1.1. Invalidez absoluta permanente a consecuencia de accidente causado por uno o más vehículos, mientras el asegurado circula a pie, o montado en bicicleta o en caballería, por cualquier clase de vía pública o camino particular abierto al público.

5.1.2. Invalidez absoluta permanente del asegurado bien sea conduciendo un vehículo terrestre o una embarcación de recreo, bien sea como pasajero de cualquier vehículo terrestre o embarcación de recreo.

5.1.3. Invalidez absoluta permanente del asegurado como pasajero de medios de transporte públicos, terrestres, marítimos, o aéreos.

Se entenderá por invalidez del asegurado a consecuencia de accidente de circulación el que comporte la invalidez absoluta del asegurado **dentro de un año a partir de la fecha del accidente**.

5.2. Definición del estado de la invalidez absoluta

A los efectos del presente seguro complementario se entiende por invalidez absoluta permanente la situación física irreversible provocada por accidente de circulación totalmente independiente de la voluntad del asegurado determinante de la total ineptitud de éste para el mantenimiento de cualquier relación laboral, actividad profesional, trabajo u ocupación con o sin retribución.

5.3. Riesgos excluidos

Quedan excluidos de la garantía de este seguro:

5.3.1. Los siniestros causados voluntariamente por el asegurado.

5.3.2. Los accidentes o enfermedades que sobrevengan al asegurado, a consecuencia del uso de estupefacientes no prescritos médicamente, o en estado de embriaguez, así como enfermedades contraídas a consecuencia del alcoholismo.

5.3.3. Las consecuencias de un acto de imprudencia temeraria o negligencia grave del asegurado declarado así judicialmente, así como los derivados de la participación de éste en actos delictivos, duelos o riñas, siempre que en este último caso no hubiere actuado en legítima defensa, o en tentativa de salvamento de personas o bienes.

5.3.4. Las consecuencias de guerras u operaciones de carácter similar o derivadas de hechos de carácter político o social.

5.3.5. Las consecuencias causadas por temblor de tierra, erupción volcánica, inundación, y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario.

5.3.6. Los accidentes causados por la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.

5.3.7. Las consecuencias de enfermedad, terapia o tratamiento médico, intervención quirúrgica o accidente originados con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro y no declarados expresamente en la solicitud del Seguro.

5.3.8. Siniestros acaecidos como consecuencia de riesgos extraordinarios que estén amparados por el Consorcio de Compensación de Seguros.

5.3.9. Todos los riesgos, cualquiera que sea su causa, naturaleza u origen que no estén relacionados con los que de una manera expresa quedan cubiertos en la condición 5.1 de las presentes condiciones.

6. Declaraciones

Las garantías de este seguro complementario están basadas en las declaraciones realizadas por el tomador del seguro conforme se establece en la condición 1.2 de las generales de la póliza.

El tomador del seguro tiene el deber de comunicar al asegurador la modificación de las circunstancias de riesgo que pueden influir en la apreciación del riesgo, especialmente profesión habitual y práctica de deportes.

7. Comprobación del estado de invalidez

Para la solicitud y pago de la indemnización se estará a lo dispuesto en la condición 7 de las generales del seguro complementario de invalidez absoluta permanente, pero será indispensable en este caso, que en el informe médico, según está previsto en el punto 7.1 de dicha condición, se indique que la invalidez del asegurado ha sido por causa de accidente de circulación.

También deberá presentarse copia de la resolución judicial o prueba legal suficiente que establezca las circunstancias en que se produjo el accidente.

8. Forma de pago de las prestaciones

8.1. Una vez reconocido y aceptado por el asegurador en los términos de este seguro complementario, el estado de invalidez absoluta y permanente del asegurado, se procederá por parte del asegurador a iniciar los pagos de las prestaciones por invalidez absoluta y permanente desde la fecha de efecto de la misma según lo indicado en la condición 7.3 anterior, **quedando sin efecto las restantes garantías y por tanto anulándose la póliza.**

8.2. El asegurador efectuará el pago de las prestaciones por trimestres (por anticipado), mientras el asegurado continúe inválido y como máximo durante veinte trimestres. Si desaparece la causa en la que se fundamenta el pago de las prestaciones de invalidez, o fallece el asegurado dentro de los veinte

trimestres, entonces la póliza quedará en las situaciones indicadas en los puntos 8.4 y 8.5 siguientes.

8.3. La cuantía de la prestación en cada trimestre será el 5% del capital del seguro principal de la póliza en la fecha en que el asegurador reconoce el estado de invalidez del asegurado en los términos indicados en la condición 7.3. hasta completar el 100% de la cuantía de la prestación de esta garantía complementaria.

8.4. Si en el transcurso del período de pago de las prestaciones, el asegurado pasara de nuevo al estado de validez, entonces los pagos de las prestaciones terminarían a partir de la fecha en que el asegurado obtuviera el alta médica. En este supuesto, el seguro principal quedaría reducido al montante de los pagos que restasen por pagar en dicho momento. Esta cobertura se mantendría mediante el pago de las primas correspondientes, reducidas en la misma proporción en que se ha reducido el seguro principal y quedando a partir de ese momento anulado el seguro complementario de invalidez.

8.5. Si se produjera el fallecimiento del asegurado durante el período de pago de las prestaciones, el asegurador liquidará la suma restante de los pagos pendientes hasta completar el 100% de la cuantía de la prestación de esta garantía complementaria, en la fecha de efecto de la invalidez del asegurado, finiquitándose con este último pago el importe del seguro y anulándose automáticamente la póliza.

8.6. El asegurador podrá solicitar al asegurado que se deje efectuar las revisiones médicas que estime oportunas durante el período de pago de las prestaciones por invalidez, en la misma forma prevista en el punto 7.2.

9. Arbitraje

En el supuesto de falta de acuerdo sobre la calificación de los riesgos del accidente que hubiere afectado al asegurado y en consideración a si son o no indemnizables en los términos previstos en este seguro, el tomador del seguro o los beneficiarios y el asegurador se obligan a solventar sus diferencias por medio de dos peritos elegidos uno por cada parte, de acuerdo con lo establecido en los arts. 38 y 39 de la Ley de Contrato de Seguro.

Seguro complementario de enfermedades graves

1. Objeto y alcance del seguro complementario de enfermedades graves

Este seguro complementario tiene por objeto garantizar el pago de la cuantía que se fija en las Condiciones Particulares de la póliza para la garantía de enfermedades graves, **en el supuesto de que el asegurado se vea afectado por primera vez, por alguna de las situaciones cubiertas por el presente seguro complementario en los términos y condiciones que figuran en la condición 5 de las generales de este seguro complementario** y siempre que éste se halle en vigor, en el momento de producirse el evento.

Una vez pagada la prestación de este seguro complementario, éste queda anulado y las garantías del seguro principal y restantes complementarios, si los hubiere, permanecerán en vigor por el valor resultante de deducir de aquéllas, en la anualidad que corresponda, el importe de la prestación pagada

por el concepto de enfermedad grave. Las primas quedarán ajustadas consecuentemente.

2. Primas

Este seguro se conviene mediante las primas correspondientes al riesgo objeto del seguro, incrementadas con los impuestos que sean legalmente repercutibles, siendo pagaderas conjuntamente en la misma forma y periodicidad que las del seguro principal.

El asegurador se reserva el derecho de un ajuste de adecuación de primas por este seguro, al próximo vencimiento, dando un preaviso con tres meses de antelación.

3. Toma de efecto y duración de las garantías

3.1. Las garantías de este seguro complementario tomarán efecto, una vez haya sido satisfecha la primera prima y hayan transcurrido 60 días desde la fecha de pago de la misma.

3.2. Igual regla se seguirá, si este seguro complementario se incluye mediante suplemento a la póliza en una fecha posterior a la de la emisión de la póliza.

3.3. Las garantías de este seguro complementario estarán en vigor mientras se paguen las primas correspondientes, terminándose al mismo tiempo que el seguro principal y como máximo hasta completar el plazo de duración convenido en las condiciones particulares de la póliza.

3.4. La terminación de este seguro complementario se producirá, independientemente del caso de la extinción natural prevista en el punto 3.3., también en alguna de las formas siguientes:

a) Automáticamente, por ocurrencia del evento previsto como indemnizable en las condiciones de este seguro complementario, o por cancelación del seguro principal.

b) A petición del tomador del seguro, en cuyo supuesto deberá solicitarlo por escrito al asegurador, en el momento que desee la supresión de las citadas garantías.

4. Delimitación y selección de los riesgos cubiertos

4.1. Quedan cubiertos todos los riesgos que causen una enfermedad grave, cubierta en los términos previstos en la condición 5 de las generales de este seguro complementario, **siempre que los mismos no sean debidos, directa o indirectamente a alguna de las siguientes causas:**

a) Adicción al alcohol o las drogas.

b) Intento de suicidio o autolesión intencionada por parte del asegurado.

c) Los accidentes causados por temblor de tierra, erupción volcánica, inundación y cualquier otro fenómeno sísmico o meteorológico de carácter extraordinario.

d) Las consecuencias de enfermedad, terapia, intervención quirúrgica, tratamiento médico o accidentes originados con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro y no declarados en la solicitud de seguro.

4.2. Este seguro complementario tiene validez en cualquier país del mundo siempre que el asegurado se desplace al país en cuestión en viajes de negocios o turismo.

5. Definiciones de las enfermedades graves

5.1. Ataque al corazón (infarto de miocardio)

Muerte de una parte del músculo cardíaco como resultado de un flujo sanguíneo insuficiente hacia el área comprometida.

El diagnóstico debe ser confirmado por especialista y evidenciado por todos los siguientes criterios:

a) Una historia de dolor torácico típico.

b) Nuevos cambios característicos de infarto en el ECG.

c) Elevación de las enzimas específicas de infarto, troponinas u otros marcadores bioquímicos.

Quedan en todo caso excluidos:

a) El infarto del miocardio sin elevación del segmento ST con solamente elevación de Troponina I ó T;

b) Otros síndromes coronarios agudos (por ejemplo angina de pecho estable o inestable).

c) Infarto de miocardio silente.

d) Infarto de miocardio que se produce dentro de 14 días después de angioplastia coronaria.

5.2. Cirugía arterio-coronaria (bypass)

La realización de cirugía a tórax abierto para la corrección de dos o más arterias coronarias, que están estrechadas u ocluidas, por el implante de un puente arterial coronario. La necesidad de tal cirugía debe haber sido probada por angiografía coronaria y la realización de la cirugía debe ser confirmada por un especialista.

Quedan en todo caso excluidos:

a) La angioplastia coronaria o implante de stent.

b) Cualquier otro procedimiento intra-arterial.

c) Cirugía por toracotomía mínima.

5.3. Derrame o hemorragia e infarto cerebrales

Cualquier incidente cerebro-vascular que produce secuelas neurológicas permanentes y que incluye infarto de tejido cerebral, hemorragia y embolización originada en una fuente extracraneal. El diagnóstico debe ser confirmado por un especialista y evidenciado por síntomas clínicos típicos como así también hallazgos típicos en la TAC (tomografía axial computarizada) de cerebro y RNM (Resonancia Nuclear Magnética) de cerebro. Deben documentarse pruebas de deficiencia neurológica

de por lo menos tres (3) meses a contar de la fecha de diagnóstico.

Quedan en todo caso excluidos:

a) Ataque isquémico transitorio (TIA) y déficit neurológico isquémico reversible prolongado (PRIND).

b) Lesión traumática de tejido cerebral o vasos sanguíneos.

c) Déficit neurológico debido a hipoxia general, infección, enfermedad inflamatoria, migraña o intervención médica.

d) Hallazgos incidentales en estudios de imagen (Scan CT o resonancia magnética), sin síntomas clínicos claramente relacionados (enfermedad cerebrovascular silenciosa).

5.4. Cáncer

Cualquier tumor maligno diagnosticado positivamente con confirmación histológica y caracterizado por crecimiento incontrolado de células malignas e invasión de tejidos. El diagnóstico debe ser confirmado por un especialista.

A menos que no estén expresamente excluidos, están cubiertos por esta definición la leucemia, linfoma maligno y síndrome mielodisplásico.

Quedan en todo caso excluidos:

a) Cualquier tumor histológicamente clasificado como pre-maligno y no invasivo, tampoco los carcinomas in situ.

b) Cualquier cáncer de próstata, a menos que esté clasificado histológicamente con una puntuación de Gleason superior a 6 ó que haya progresado hasta alcanzar por lo menos la clasificación TNM clínica T2N0M0.

c) La leucemia linfocítica crónica a no ser que haya progresado, hasta al menos la etapa B de Binet.

d) Carcinoma de células basales, carcinoma de células escamosas de la piel y melanoma maligno en estadio IA (T1aN0M0), a menos que haya evidencia de metástasis.

e) Cáncer papilar de tiroides menor de 1 cm de diámetro e histológicamente descrito como T1N0M0.

f) Carcinoma micro papilar de la vejiga histológicamente descrito como Ta

g) Policitemia rubra vera y trombocitemia esencial.

h) Gammapatía monoclonal de significado indeterminado.

i) Linfoma MALT gástrico que puede ser tratado mediante la erradicación del Helicobacter Pylori.

j) Tumor del estroma gastrointestinal en estadio I y II.

k) Linfoma cutáneo a menos que la enfermedad requiera de tratamiento con quimioterapia o radiación.

l) Carcinoma microinvasor de mama a menos que la enfermedad requiera de una mastectomía, quimioterapia o radiación.

m) Carcinoma microinvasor del cuello uterino a menos que la enfermedad requiera histerectomía, quimioterapia o radiación.

5.5. Insuficiencia renal (enfermedad renal en etapa final)

Etapa final de enfermedad renal que se manifiesta por una falla crónica e irreversible de la función de ambos riñones, cómo resultado de lo cual se hace necesario realizar regularmente diálisis renal (hemodiálisis o diálisis peritoneal) o requirió de un trasplante renal. El diagnóstico debe ser confirmado por especialista.

5.6. Trasplantes de órganos mayores

La realización actual de un trasplante de órganos en que el asegurado participa como receptor de alguno de los siguientes órganos: corazón, pulmón, hígado, páncreas, riñón, intestino delgado o médula ósea. La realización del trasplante debe ser confirmada por especialista.

Estará también incluido en esta garantía el trasplante parcial o total de cara, manos, brazos y piernas (trasplante de aloinjertos de tejido compuesto). El trastorno principal que motiva el trasplante debe ser considerado como imposible de tratar por cualquier otro medio, de acuerdo a confirmación médica del especialista en la materia.

5.7. Alzheimer

Diagnóstico definitivo de Alzheimer confirmado por los siguientes factores:

- Pérdida de capacidad intelectual con deterioro de la memoria y de funciones ejecutivas (secuencia, organización, abstracción y planificación) que provoque una importante reducción de las funciones mentales y sociales.
- Cambio en la personalidad.
- Disminución gradual de las funciones cognitivas.
- Sin trastorno de la conciencia.
- Hallazgos típicos neuropsicológicos y de neuroimagen (p.ej. CT Scan).

La enfermedad debe requerir de una supervisión constante (24 horas al día) antes de los 67 años. El diagnóstico y la necesidad de supervisión deben ser confirmados por un neurólogo.

No están cubiertas otras formas de demencia debidas a patologías cerebrales, enfermedades sistémicas o patologías psiquiátricas.

5.8. Parkinson

Diagnóstico inequívoco de Enfermedad de Parkinson primaria o idiopática **(todas las otras formas de Parkinsonismo están excluidas)** confirmado por un especialista en neurología. La enfermedad debe provocar incapacidad permanente para realizar independientemente tres o más actividades de la vida

diaria: bañarse (capacidad de tomar un baño o ducharse), vestirse y desvestirse, higiene personal (capacidad de usar el lavatorio y mantener un nivel razonable de higiene), movilidad (capacidad de desplazarse al interior de un mismo nivel o piso) continencia (control sobre los esfínteres), comer/beber (capacidad de alimentarse por sí mismo pero no de preparar la comida) o causar postración e incapacidad para levantarse sin asistencia de terceras personas.

Estas condiciones deben estar médicamente documentadas durante 3 meses al menos.

5.9. Esclerosis múltiple- con síntomas persistentes

Diagnóstico definitivo de esclerosis múltiple, que debe ser confirmado por un especialista en neurología y justificado por todos los siguientes criterios:

- Deterioro clínico actual de la función motora o sensorial, que debe haber persistido por un período continuo de al menos 6 meses.
- Puntuación igual a superior a 3,5 en la escala EDSS (Expanded Disability Status Scale).
- Resultados de resonancia magnética (IRM) que muestren al menos dos lesiones de desmielinización en el cerebro o en la médula espinal característica de la esclerosis múltiple.

No están cubiertos por esta definición:

- Esclerosis múltiple posible y síndromes aislados neurológica o radiológicamente sugestivos pero no confirmatorios de diagnóstico de la esclerosis múltiple.
- Neuritis óptica y neuromielitis óptica aisladas.

5.10. Esclerosis lateral amiotrófica (enfermedad de Lou Gehrig) - que produce una pérdida permanente de la capacidad física

Diagnóstico definitivo de esclerosis lateral amiotrófica. El diagnóstico debe ser confirmado por un neurólogo y debe sustentarse en estudios de conducción nerviosa y electromiografía (EMG).

No están cubiertos por esta definición:

- Otras formas de enfermedad de la motoneurona.
- Neuropatía motora multifocal y miositis por cuerpos de inclusión.
- Síndrome post-poliomielítico.
- Atrofia muscular espinal.
- Polimiositis y dermatomiositis.

6. Pago de las prestaciones

6.1. Aviso de siniestro

Se deberá dar aviso de un siniestro, por escrito, al domicilio social del asegurador, lo antes posible, después de haber contraído o desarrollado el asegurado una enfermedad grave, de las previstas en la condición 5 de este seguro complementario, en todo caso, durante un período no superior a tres meses a contar desde la fecha del diagnóstico de la enfermedad.

6.2. Pruebas

No se indemnizará ningún importe pagadero por esta garantía complementaria sin antes haber recibido por parte del asegurado pruebas de la ocurrencia de la enfermedad grave, que incluirán el diagnóstico confirmado por un médico colegiado y nombrado a tal efecto por el asegurador, así como información clínica, radiológica, histológica y de laboratorio aceptables.

6.3. Pago de la prestación

Cumplidos los requisitos previstos en las condiciones 6.1 y 6.2 anteriores, el asegurador procederá a efectuar el pago de la prestación por la cuantía indicada en la condición 1 de este seguro complementario.

6.4. Prestación máxima

La prestación pagadera por el presente seguro complementario no podrá ser superior al importe de 150.000€.

7. Reducción del importe de las coberturas de la póliza

7.1. Una vez pagada la prestación por este seguro complementario, las sumas aseguradas del seguro principal y del resto de seguros complementarios, caso de tenerlos, serán reducidas en el importe pagado en concepto de "enfermedad grave".

Asimismo, la prima del próximo vencimiento se reducirá por el concepto de enfermedad grave y por la reducción que corresponda en el seguro principal y el resto de los seguros complementarios y teniendo en cuenta, si procede, las circunstancias previstas en el punto

7.2. En el supuesto de que, a consecuencia de haber contraído una «enfermedad grave», indemnizable por este seguro complementario, le quedara al asegurado, como secuela, un estado de invalidez, en el grado de absoluta y permanente, el asegurador exonerará al tomador del seguro del pago de sucesivas primas correspondientes a la prestación del seguro principal y al resto de seguros complementarios, si los hubiere, hasta el límite de la prestación máxima prevista en el punto 6.4 del presente seguro complementario, y hasta su vencimiento o hasta el fallecimiento del asegurado si ocurre antes.

7.3. Si el evento contemplado en el punto 7.2, se produjera teniendo el asegurado cubierto el riesgo de la invalidez absoluta y permanente mediante el seguro complementario correspondiente, entonces con arreglo a las condiciones generales de éste último se satisfará el importe del seguro reducido, quedando automáticamente anulada la póliza.

8. Arbitraje

En el supuesto de que el asegurador haya comunicado al asegurado el rechazo del pago de la prestación, por falta de acuerdo en cuanto a que supuestamente no se hayan producido las condiciones mínimas exigidas bajo los términos de la cobertura de este seguro, el asegurado o su representante legal, en su caso beneficiarios y el asegurador se obligan a solventar sus diferencias por medio de dos peritos elegidos uno por cada parte, de acuerdo con lo establecido en los arts. 38 y 39 de la Ley de

Contrato de Seguro.

Comunicaciones

a) Las comunicaciones al asegurador por parte del tomador del seguro, del asegurado o del beneficiario, se realizarán en el domicilio social del asegurador señalado en la póliza.

b) Las comunicaciones que efectúe el tomador del seguro a un agente representante del asegurado, surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado directamente a éste.

c) Las comunicaciones efectuadas por un corredor de seguros al asegurador en nombre del tomador del seguro surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio tomador, salvo indicación en contrario de éste. En todo caso, se precisará el consentimiento expreso del tomador del seguro para suscribir un nuevo contrato o para modificar o rescindir el contrato de seguros en vigor.

d) Las comunicaciones del asegurador al tomador del seguro y, en su caso, al asegurado y al beneficiario, se podrán realizar por correo postal, electrónico o por cualquier otro medio telemático (incluyendo, entre otros, mensajes SMS) que permita verificar su correcta puesta a disposición, en las direcciones o números de teléfono de éstos, recogidos en la póliza, salvo que los mismos hayan notificado al asegurador el cambio de dichas direcciones y/o números de teléfono.

Prescripción

Las acciones derivadas del contrato de seguro prescriben en el plazo de cinco años, a contar desde el momento en que pudieran ejercitarse.

Nulidad del contrato

El contrato de seguro será nulo, salvo en los casos previstos por la ley, si en el momento de su conclusión no existía el riesgo o había ocurrido el siniestro.

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

a) 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.

b) 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).

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.

Instancias de reclamación en caso de conflicto

En virtud de lo dispuesto en la normativa vigente, le informamos sobre los procedimientos que permiten a los clientes y otras partes interesadas, presentar quejas y reclamaciones sobre la entidad.

En este sentido, las discrepancias entre el tomador del seguro, asegurado, partícipe, beneficiario y/o tercer perjudicado según corresponda, y la entidad, sus empleados, agentes de seguros u operadores de banca-seguros, podrán resolverse mediante la presentación de la correspondiente queja o reclamación por escrito ante el Departamento de Atención al Cliente (Avda. Alcalde Barnils, 63 - 08174 - Sant Cugat del Vallés, Barcelona) o por correo electrónico en la dirección defensa.cliente.gco@gco.com, o ante el Defensor Partícipe, en las condiciones y plazos detallados en el Reglamento para la Defensa del Cliente, publicado en la página web oficial, https://www.occident.com en el apartado Defensa del Cliente. En caso de que la queja o reclamación sea inadmitida o desestimada por dichas instancias de reclamación, o de que transcurra un mes desde su presentación sin que la misma haya sido resuelta, y sin perjuicio de poder iniciar la vía administrativa o judicial que considere oportuna, el reclamante podrá dirigirse al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, cuya dirección se encuentra publicada en su página web oficial.

Asimismo, el cliente podrá presentar quejas y reclamaciones, relacionadas con sus intereses y derechos legalmente reconocidos, ante el órgano administrativo competente y conforme al procedimiento establecido en la normativa sobre protección del cliente de los servicios financieros y, en su caso, en la de consumo. Tratándose de quejas y reclamaciones referentes a la actuación de mediadores de seguros residentes o domiciliados en España, será imprescindible acreditar haber formulado previamente la queja o reclamación ante el Departamento de Atención al Cliente, o en su caso, ante el Defensor del Partícipe.

Le informamos que se encuentran detallados en la página web oficial indicada, los diferentes sistemas habilitados para contactar con la entidad.

https://www.occident.com

Órgano de control. Jurisdicción competente

El Estado miembro competente para ejercer el control de la actividad aseguradora es España, siendo la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones la autoridad administrativa competente para ejercer el referido control.

La presente póliza de seguro queda sometida a la jurisdicción española y, dentro de ella, será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas de la misma el del domicilio del asegurado, siendo nulo cualquier pacto en contrario.

Protección de datos personales

En relación con los datos personales, le informamos que el responsable del tratamiento es el Asegurador.

La finalidad principal para la que el Asegurador recaba los datos es la gestión de la relación del titular de los datos personales con el Asegurador y, en caso de emitirse un contrato, dar cumplimiento a las obligaciones contractuales y legales que pudieran resultar de aplicación en cada momento.

Serán objeto de tratamiento los datos personales recogidos antes, durante y con posterioridad a la formalización de un contrato, ya sean según proceda, del tomador, asegurado, partícipe, beneficiario, tercer perjudicado o derechohabiente, que sean precisos para la gestión de la relación contractual, incluidos en su caso los biométricos y de geolocalización. En caso de que los datos sean aportados por persona distinta de su titular, recaerá en el aportante la obligación de trasladar esta información al titular de los datos personales, así como de recabar su consentimiento cuando sea necesario.

Los tratamientos para: (i) la emisión, desarrollo y ejecución del contrato, (ii) el cumplimiento en cada caso de los deberes de ordenación, supervisión, solvencia y previsión social, (iii) la prevención y lucha contra el fraude y el blanqueo de capitales, (iv) la tarificación y selección de riesgos en el seguro, incluyendo si fuera necesaria la elaboración de perfiles y/o la toma de decisiones automatizadas, pudiendo siempre el interesado solicitar la revisión de los resultados por parte de una persona, expresar su punto de vista e impugnar la decisión; están legitimados por la normativa aseguradora y de previsión social que pudiera resultar de aplicación en cada momento.

Le informamos que no se realizarán comunicaciones de sus datos excepto en el caso de que sea necesario para el cumplimiento de la normativa aplicable, la emisión, desarrollo y ejecución del contrato y/o en interés legítimo, en los términos establecidos en la **POLÍTICA DE PRIVACIDAD** publicada en el apartado de la página web, https://www.occident.com .

Como titular de sus datos personales, le asisten los derechos de acceso, rectificación, supresión y derecho al olvido, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad, que podrá ejercitar acreditando su identidad, mediante una comunicación escrita a la Delegada de Protección de Datos a través de su dirección de correo electrónico: dpo@gco.com y/o de la dirección postal de la Entidad.

Asimismo, en el caso de que haber obtenido la autorización específica del interesado, el Asegurador también utilizará los datos para: (i) desarrollar acciones comerciales y remitirle información, incluso

por los medios a distancia disponibles, sobre otros productos y servicios, generales o de forma personalizada, ya sean propios o de otras Entidades pertenecientes al Grupo Catalana Occidente (identificadas en la página web www.gco.com); (ii) mostrarle publicidad personalizada en páginas web, buscadores y redes sociales y (iii) ofrecerle la participación en concursos promocionales; todo ello incluso tras la terminación de la relación con el Asegurador. En cualquiera de los casos señalados, la adaptación de los productos y servicios al perfil del interesado se podrá efectuar sobre la base de análisis de perfiles de comportamiento y riesgo, teniendo en cuenta tanto fuentes internas como de terceros, información de geolocalización, así como información de la navegación por internet o de redes sociales.

https://occident.com/politica-privacidad

Avenida Alcalde Barnils 63, 08174 Sant Cugat del Vallés (Barcelona)

Divergencias entre la solicitud de seguro y la póliza. Subsanación

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el tomador del seguro podrá reclamar al asegurador 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 la reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza (Art. 8 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro)

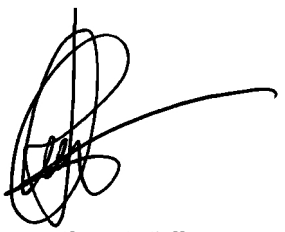
Firma del contrato

Mediante la firma del presente documento, el tomador Julio Aranda Mir declara haber recibido y suscribe, tanto las condiciones generales de la póliza como las condiciones particulares (y condiciones complementarias, si las hubiere) de la misma, dando conformidad a dichas condiciones, cuyo contenido declara conocer y aceptar, **con conocimiento y especial aceptación de sus cláusulas limitativas y exclusiones.**

El tomador igualmente declara haber recibido con anterioridad a la celebración del presente contrato de seguro, información referente a la legislación aplicable a esta póliza y a las diferentes instancias de reclamación utilizables en caso de litigio, así como la nota informativa exigida por el RD 1060/2015 por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, cuyo contenido se corresponde con lo recogido en el presente contrato de seguro.

En Madrid, a 8 de enero de 2024

Por la entidad,



Juan Closa Cañellas
Director general

El tomador

Julio Aranda Mir

Contacte con nosotros por teléfono o WhatsApp

91 783 83 83

Descargue
nuestra *app*

Occident

Vida temporal

Contrato formalizado entre Occident
y **Julio Aranda Mir**

A DEVOLVER FIRMADO

Occident

Vida temporal

Contrato formalizado entre la compañía Occident y **Julio Aranda Mir**

Índice

Condiciones particulares **2**
Condiciones generales **10**

Datos compañía

Occident GCO S.A. de Seguros y Reaseguros, Sociedad Unipersonal, N.I.F. A-28119220 Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Hoja M 91458

Condiciones particulares

Vida temporal

Entidad aseguradora

Occident GCO,S.A de Seguros y Reaseguros,
Sociedad Unipersonal
Domicilio social en España
Paseo de la Castellana, 4
28046 Madrid

Tomador del seguro

Julio Aranda Mir
AV. Paral.lel, 5
08004 Barcelona
Barcelona
N.I.F. 11115555-T

Oficina emisora

Centrales-Singulares

Producción directa - Z1000

SEGUROS CATALANA OCCIDENTE S.A.U
Av. Alcalde Barnils, 63
08174 Sant Cugat Del Valles
Barcelona
Teléfono: 932220212
Gestión Directa

Asegurado

Julio Aranda Mir
NIF: 11115555-T
Fecha de nacimiento: 13.01.1971
Profesión / Trabajo: Agente artístico

Fecha de efecto y condiciones de pago

El seguro toma efecto a las 12 horas del día 08.01.2024.
Se establece por una duración de un año prorrogable.
La forma de pago será mensual el día 8 de cada mes.
La duración de pago de primas es VITALICIA.

Domicilio de cobro

CAIXABANK, S.A.
Número de cuenta (IBAN): ES18 2100 0001 0900 0001 1111

Desglose del primer recibo de prima

Número de recibo:	436.787.924-H
Periodo de:	08.01.2024 a 08.02.2024
Prima neta:	55,09 €
Consorcio FAEA:	0,05 €
Consorcio riesgos extraord.:	0,03 €
Impuesto sobre primas de seguro (IPS):	0,51 €
Prima total:	**55,68 €**

El justificante de pago del recibo, si se hace efectivo a través del banco, será el "adeudo por domiciliación" emitido por su entidad bancaria.

Garantías contratadas a 08.01.2024

Capitales y primas en euros.

	Capital asegurado (euros)	Capital total a percibir por garantía (euros)	Duración final seguro	Prima neta (euros)
Fallecimiento	35.000,00	35.000,00	Vitalicia	188,65
Capital adicional por muerte por accidente	35.000,00	70.000,00	08.01.2038	25,20
Capital adicional por muerte por accidente de circulación	35.000,00	105.000,00	08.01.2038	16,10
Prestaciones por invalidez absoluta	35.000,00	35.000,00	08.01.2038	100,10
Prest.por invalidez absoluta por accidente	35.000,00	70.000,00	08.01.2038	14,70
Prest.por invalidez absoluta por accidente circulación	35.000,00	105.000,00	08.01.2038	8,75
Capital por enfermedades graves	26.250,00	26.250,00	08.01.2038	258,56
			Total:	**612,06**

Acreditada la ocurrencia de alguna de las circunstancias cubiertas por esta póliza y siempre que suceda dentro del periodo de vigencia de la misma, el asegurador se obliga a pagar al beneficiario de la póliza el "capital total a percibir" establecido en estas condiciones particulares para aquella garantía que, ajustándose a los hechos objeto de indemnización, reconozca mayor cuantía a percibir. Todo ello de conformidad con lo dispuesto en estas condiciones particulares y en las condiciones generales de cada una de las garantías complementarias de la póliza.

Los capitales totales a percibir por garantía recogidas en estas condiciones particulares nunca serán acumulables entre sí.

Servicios de cortesía para clientes.

Por el hecho de ser cliente, la compañía pone a disposición del asegurado estos servicios exclusivos:

Asesoramiento jurídico telefónico

El asegurado podrá consultar telefónicamente y sin límite de consultas, sobre cualquier cuestión jurídica y personal que pueda planteársele en relación con su vida particular o familiar. Las llamadas serán derivadas a un abogado especializado en la materia que motiva la consulta, el cual contactará telefónicamente con el asegurado en la franja horaria que solicite ser contactado.

Orientación médica telefónica

Atención médica a través del teléfono gratuito 900 369 369 o mediante videoconsulta médica (previa descarga de la app de la compañía en su dispositivo móvil), 24 horas al día los 365 días del año, que serán atendidas por personal sanitario, para la consulta de todo tipo cuestiones relacionadas con el ámbito de la salud.

El servicio también incluye otras consultas relativas a:

- Centros sanitarios, médicos generales y de urgencias, médicos especialistas, centros de vacunaciones, ambulancias y farmacias de guardia.
- Asistencia social. Información relativa a residencias, ayuda privada a domicilio, hospitales y clínicas de larga estancia, trámites oficiales, así como circunstancias familiares que requieras información u orientación urgente.
- Asesoramiento psicológico.
- Nutrición y asesoramiento dietético.
- Información y asesoramiento relativo a la salud y cuidados de mascotas del asegurado, consultas legislativas (certificados, microchip, licencias) e información general (residencias caninas, centros de adiestramiento, concursos y exposiciones...).

Segunda opinión médica

Obtención de un informe de evaluación, por parte de expertos médicos de reconocido prestigio, en caso de que al asegurado se le haya diagnosticado alguna enfermedad de las catalogadas como enfermedad grave por parte de esta entidad, y/o deba someterse a una intervención quirúrgica.

Rehabilitación cardíaca

Acceso a un completo programa de rehabilitación en caso de afección de alguna de las enfermedades cardíacas fijadas por esta entidad. El programa de rehabilitación cardíaca consiste en:

Entrenamiento físico: el entrenamiento se desarrolla bajo un equipo de control que dispone de:

- Monitorización electrocardiográfica de cada paciente supervisada por un cardiólogo.
- Sesiones dirigidas por un fisioterapeuta.
- Grupos reducidos y convenientemente clasificados por la prueba de esfuerzo.
- Utillaje para resolver cualquier eventual emergencia.

Readaptación psicológica: se utilizan técnicas de relajación dinámica y psicoterapia de grupo que, desarrolladas durante las sesiones, constituyen un medio óptimo para combatir la ansiedad y la depresión.

Mi testamento + borrado digital

Obtención de una adecuada asistencia para la redacción de su testamento abierto notarial, haciéndonos cargo de los gastos derivados de la redacción, asesoramiento jurídico y notarial y elevación a público

del testamento abierto, así como del coste de expedición de una copia simple para el asegurado. También contará con el asesoramiento jurídico sobre el testamento vital o últimas voluntades y el borrado digital o gestión del final de la vida digital en caso de fallecimiento del asegurado (baja de redes sociales, de blogs o webs del difunto, así como de correos electrónicos).

Póngase en contacto con su mediador o consulte la página web de la compañía para conocer con detalle las características de estos servicios.

Podrá acceder a estos servicios a través del teléfono 932 220 212 las 24 horas del día los 365 días del año o mediante la web.

Tarifa de primas

La tarifa de primas neta anual por cada 1.000 euros de capital asegurado que se aplicará en cada anualidad de seguro, según la edad alcanzada por el asegurado será la siguiente:

Edad asegurado	Fallecimiento	Invalidez	Enfermedades graves
53	5,390	2,860	9,850
54	5,920	3,180	10,760
55	6,470	3,570	11,850
56	7,060	4,000	13,020
57	7,690	4,490	14,300
58	8,350	4,990	15,690
59	9,040	5,540	17,360
60	9,770	6,150	19,270
61	10,570	6,830	21,150
62	11,420	7,590	22,690
63	12,360	8,430	23,920
64	14,040	9,370	25,160
65	15,880	10,900	26,440
66	17,900	12,600	28,420

Capital muerte por accidente: 0,72 por cada mil euros

Capital muerte por accidente circulación: 0,46 por cada mil euros

Invalidez absoluta permanente por accidente: 0,42 por cada mil euros

Invalidez absoluta permanente por accidente de circulación: 0,25 por cada mil euros

Queda en la entidad, a disposición del tomador, la información referente a la tarifa de prima a aplicar para edades posteriores a las informadas en estas condiciones particulares.

En el supuesto de que, del resultado de la aplicación de esta tarifa del conjunto de garantías contratadas se observara una desviación, por siniestralidad o persistencia de las pólizas, computadas en la determinación de aquellas, el asegurador se reserva el derecho de sustituirla por otra tarifa basada en una tabla de siniestralidad más ajustada a la realidad, según experiencia, emitiendo el documento de modificación correspondiente para su formalización por parte del tomador del seguro (art. 5º de la Ley de Contrato de Seguro)

Beneficiarios

El tomador del seguro, en su defecto el cónyuge, en defecto de ambos los hijos por partes iguales y en defecto de todos ellos los herederos legales.

Seguro temporal renovable

El plazo de vigencia de la póliza es de un año, y se renueva automáticamente por períodos anuales en cada aniversario de la fecha de efecto del seguro, sin previo reconocimiento médico y mediante el pago de la prima de tarifa que corresponda según edad alcanzada por el asegurado. Sin embargo, el tomador podrá oponerse a esta prórroga mediante una notificación escrita, efectuada con un plazo de, al menos, un mes de anticipación a la conclusión del periodo del seguro en curso.

Garantía de revalorización variable de los capitales asegurados

Se acuerda expresamente que los capitales asegurados por la póliza estarán sujetos a las fluctuaciones del Índice de Precios al Consumo, todo ello de acuerdo a lo establecido en las condiciones generales.

Así, en cada vencimiento anual del seguro, el capital asegurado se actualizará multiplicando el capital inicialmente contratado por el cociente del último índice publicado a la fecha del vencimiento y el índice base que se especifica a continuación.

Revalorización automática del capital asegurado.-ÍNDICE BASE: 246,10

Declaración de estado de salud del asegurado

Estatura:	1,80 m.	Peso:	80 Kg.	Tensión arterial: Máxima:	12	Mínima:	6

¿Padece actualmente o ha padecido alguna enfermedad trastorno o lesión por la que haya sido sometido o esté siendo sometido a tratamiento o supervisión médica por un periodo superior a 10 días?	No
¿Ha sufrido alguna hospitalización o intervención quirúrgica? ¿Ha sido informado de alguna enfermedad o lesión que pueda requerir hospitalización, consulta médica, prueba diagnóstica (análisis, TAC/ scanner, resonancia magnética, pruebas hepáticas, análisis, etc.) o intervención quirúrgica últimamente?	No
¿Padece alguna alteración física o psíquica, limitación, incapacidad o minusvalía o se encuentra en situación de Invalidez o ha iniciado trámites para ello?	No
¿Está tomando alguna medicación prescrita o no por un médico?	No
Indique si padece o ha padecido alguna de las enfermedades o trastornos que se indican a continuación:	
Cardiovasculares y aparato circulatorio: Como tensión arterial elevada, infarto, angina de pecho, cardiopatía isquémica, defectos valvulares o congénitos, arritmias, problemas de aorta, bypass coronario, Stent, algún soplo u otros.	No
Digestivos: Como colitis ulcerosa, enfermedad de Crhon, hepatitis, hígado graso, cirrosis, vías biliares u otros.	No
Aparato genito-urinario: Como insuficiencia renal, enfermedad de las vías urinarias, trasplante renal, enfermedades de la próstata, de los ovarios, miomas, endometriosis, u otros.	No
Psíquicos o del sistema nervioso: Como depresión, ansiedad, esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno de personalidad, epilepsia, neurosis, demencia, vértigos, parálisis, Parkinson, fibromialgia u otros.	No
Traumatológicas: Como afecciones de la columna vertebral, hernia discal, discopatía, lumbalgia, reuma, artrosis, psoriasis artrítica, u otros.	No
Sistema respiratorio: Como asma crónica, bronquitis crónica, síndrome de apnea del sueño, enfisema, EPOC u otros.	No
Metabólicas o endocrinológicas: Como diabetes, colesterol, triglicéridos, talasemia alteraciones de la tiroides, hipófisis, anemia u otros.	No

Tumoral maligna o cancerosa: Como leucemia, linfoma, melanomas o tumor cerebral o medular, u otros.	No
Enfermedades genéticas y/o hereditarias: Como fibrosis quística, enfermedad de Huntington, distrofia muscular, u otras.	No
Oftalmológicas: Como miopía magna, glaucoma, retinitis pigmentosa, u otras.	No
¿Le han practicado alguna vez el test de V.I.H.?	No
Resultado:	
¿Padece falta de visión grave (más de 8 dioptrías)?	No
¿Es fumador?	No
¿Consume bebidas Alcohólicas?	No
¿Consume o ha consumido drogas?	No
¿Practica deportes?	No
Usted considera que su estado de salud es:	Bueno
-Situación laboral: (Empleado por cuenta propia, por cuenta ajena, desempleado, pensionista): Cuenta ajena	
¿Tiene previsto viajar o residir en el extranjero?	No
¿Tiene otras pólizas de Vida?	No
¿Tiene sobreprima aplicada?	No
¿Le ha sido rechazada alguna solicitud de Seguro de vida en esta u otra entidad?	No

Cláusulas limitativas

El tomador del seguro declara que conoce y acepta todas las condiciones generales, especiales, particulares y anexos a esta póliza y en particular las siguientes cláusulas limitativas:

Condiciones generales del seguro principal:

- artículo 3. 'Delimitación de garantías'

Condiciones generales del seguro complementario de capital en caso de muerte por accidente:

- artículo 5. 'Delimitación de garantías'

Condiciones generales del seguro complementario de capital en caso de muerte por accidente de circulación:

- artículo 5. 'Delimitación de garantías'

Condiciones generales del seguro complementario de prestaciones por invalidez:

- artículo 5. 'Delimitación del riesgo asegurado'

Condiciones generales del seguro complementario de invalidez absoluta y permanente por accidente:

- artículo 5. 'Delimitación de garantías'

Condiciones generales del seguro complementario de invalidez absoluta y permanente por accidente de circulación:

- artículo 5. 'Delimitación de garantías'

Condiciones generales del seguro complementario de enfermedades graves:

- artículo 4. "Delimitación y selección de los riesgos cubiertos"

- artículo 5. 'Definición de las enfermedades graves'

Verificación de datos

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 la reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza.

El tomador del seguro declara que conoce y acepta todas las condiciones generales, especiales, particulares y anexos a esta póliza.

Condiciones generales

Seguro de vida. Garantía de fallecimiento

1. Bases contractuales

1.0. Preliminar

El presente contrato de seguro se regirá por lo dispuesto en:

- La Ley 50/1980, de 8 de octubre de Contrato de Seguro.
- La Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.
- El Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.
- El Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.
- El Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.
- La Ley 26/2006, de 17 de julio, de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados.
- Las condiciones particulares, especiales y generales de la póliza y los suplementos que se emitan a la misma para complementarla o modificarla.

Y cuantas disposiciones actualicen, complementen o modifiquen a las citadas normas.

No tendrán validez las cláusulas limitativas de los derechos del asegurado que no sean específicamente aceptadas en las condiciones particulares de esta póliza.

El estado miembro de la Unión Europea y la autoridad a quien corresponde el control de la actividad de la entidad aseguradora son, respectivamente, España y el Ministerio de Economía y Competitividad y, en éste y en lo procedente, la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

1.1. Definiciones

1.1.1. Entidad aseguradora: Es la que figura en las condiciones particulares y asume los riesgos derivados de esta póliza, a cambio de la prima. Se denominará en lo sucesivo el asegurador.

1.1.2. Tomador del seguro: Es la persona física o jurídica que suscribe la póliza con el asegurador, y se obliga al pago de las primas de la misma.

1.1.3. Asegurado: Es la persona física sobre cuya vida se contrata el seguro.

1.1.4. Beneficiario: Es la persona física o jurídica a quien se le confiere el derecho de percibir la prestación de la póliza y es designada por el tomador del seguro de acuerdo con lo dispuesto en el art.84 y siguientes de la Ley de Contrato de Seguro.

1.1.5. Póliza: Es el documento que materializa el contrato de seguro y contiene las condiciones que regulan el seguro.

Forman parte integrante de la póliza las condiciones generales y las particulares que individualizan los riesgos, y las cláusulas o suplementos, que se emitan a la misma para completarla o modificarla.

1.1.6. Prima: Es el precio del seguro; en él intervienen las condiciones de edad, estado de salud, profesión habitual y práctica de deportes que puedan influir en la valoración del riesgo.

1.1.7. Edad: Es la del cumpleaños más cercano, por exceso o por defecto, a la fecha de efecto de la póliza.

1.1.8. Prestación asegurada: Se denomina así el valor del capital o renta que el asegurador debe satisfacer al beneficiario en la fecha de ocurrencia de los eventos cubiertos por la póliza, con arreglo a las condiciones previstas en la misma.

1.2. Declaración de salud

Las declaraciones del tomador del seguro y del asegurado deben ser efectuadas al asegurador, de acuerdo con los arts. 10 al 13 de la Ley de Contrato de Seguro, a través de la solicitud de seguro, y cuestionarios anexos. En la solicitud de seguro deben ser declaradas todas las circunstancias del riesgo conocidas por el asegurado, especialmente las relativas a: estado de salud (enfermedades pasadas y/o actuales), hábitos de consumo de tabaco y/o alcohol, profesión habitual y práctica de deportes que pueden influir en la valoración del riesgo.

El tomador del seguro 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.

Agravación del riesgo: El tomador del seguro o el asegurado deberán durante la vigencia del contrato comunicar al asegurador, tan pronto como le sea posible, la alteración de los factores y las circunstancias declaradas en el cuestionario previsto en el artículo anterior que 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 más gravosas.

El tomador del seguro o el asegurado no tienen obligación de comunicar la variación de las circunstancias relativas al estado de salud del asegurado, que en ningún caso se considerarán agravación del riesgo.

1.3. Facultad del tomador del seguro en el período inicial de la póliza

Sin perjuicio de lo establecido en el punto anterior y de acuerdo con lo establecido en el art. 83 a de la Ley de Contrato de Seguro, el tomador del seguro tendrá la facultad de resolver el contrato dentro del plazo de los treinta días siguientes a la fecha en la que el asegurador le entregue la póliza o un documento de cobertura provisional, en cuyo caso el asegurador le devolverá el importe de la prima pagada, salvo la parte correspondiente al tiempo en que el contrato hubiera tenido vigencia.

1.4. Toma de efecto del seguro

Las obligaciones del asegurador, previo perfeccionamiento de la póliza, (firmada y pagada la primera prima), comenzarán a partir del día y hora fijado en las condiciones particulares.

Si el tomador del seguro no ha pagado la primera prima, el asegurador tiene derecho a resolver el contrato.

Si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro el asegurador quedará liberado de la obligación del pago de la prestación asegurada.

1.5. Error en la edad del asegurado

En el supuesto de indicación inexacta de la edad del asegurado, el asegurador podrá impugnar el contrato si la verdadera edad del asegurado en el momento de la entrada en vigor del contrato excede de los límites de admisión establecidos por aquél.

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 del asegurador se reducirá en proporción a la prima percibida. Si, por el contrario, la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, el asegurador está obligado a restituir el exceso de las primas percibidas sin intereses.

1.6. Cambio de beneficiario

Durante la vigencia de la póliza, el tomador del seguro puede designar beneficiario o modificar la designación anteriormente señalada sin necesidad del consentimiento del asegurado, salvo que el tomador del seguro haya renunciado expresamente y por escrito a tal facultad. La designación de beneficiario o la revocación de éste se podrán hacer constar en las condiciones particulares o bien en testamento. Si se hace en testamento, el tomador del seguro deberá comunicarlo expresamente al asegurador; de no hacerlo así, se estará a lo establecido en la póliza.

1.7. Plazo de comunicación del siniestro

El tomador del seguro o el asegurado o el beneficiario deberán comunicar al asegurador el acaecimiento del siniestro dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido, salvo que se haya fijado en la póliza un plazo más amplio. En caso de incumplimiento, el asegurador podrá reclamar los daños y perjuicios causados por la falta de declaración.

Este efecto no se producirá si se prueba que el asegurador ha tenido conocimiento del siniestro por otro medio.

El tomador del seguro o el asegurado deberá, además, dar al asegurador toda clase de informaciones sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro. En caso de violación de este deber, la pérdida del derecho a la indemnización sólo se producirá en el supuesto de que hubiese concurrido dolo o culpa grave.

2. Objeto del seguro

En caso de producirse el fallecimiento del asegurado antes de la fecha prevista de vencimiento del contrato, el asegurador pagará al beneficiario el capital establecido en las condiciones particulares, todo ello con arreglo a las condiciones de esta póliza.

3. Delimitación de garantías

No estarán cubiertos los riesgos que no figuren expresamente garantizados en las condiciones particulares de esta póliza.

Están excluidas de las garantías de la póliza la cobertura de los siguientes supuestos:

a) Suicidio. Durante el primer año de vigencia de la póliza el asegurador no cubre el riesgo de muerte por esta causa (art. 93 de la Ley de Contrato de Seguro).

b) Muerte del asegurado causada dolosamente por único beneficiario. En este caso la prestación establecida en la póliza quedará integrada en el Patrimonio del tomador del seguro (art. 92 de la Ley de Contrato de Seguro).

c) Siniestros acaecidos como consecuencia de conflictos armados, haya precedido, o no, declaración oficial de guerra.

d) Siniestros calificados por el Gobierno de la Nación como "catástrofe o calamidad nacional".

e) Siniestros de carácter catastrófico acaecidos como consecuencia directa o indirecta de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.

f) Siniestros acaecidos como consecuencia de Riesgos Extraordinarios que estén amparados por el Consorcio de Compensación de Seguros.

4. Primas

4.1. Importe y frecuencia

Las primas de tarifa se han establecido sobre la base anual y son pagaderas por anticipado en la fecha de efecto y sucesivos aniversarios.

No obstante la base de pago anual, las primas podrán fraccionarse y ser satisfechas por anticipado, mediante el correspondiente recargo por fraccionamiento. Por consiguiente, en caso de siniestro, se exime al tomador del seguro el pago de las fracciones de prima que falten para completar la anualidad en curso.

4.2. Pago de primas

El primer recibo de prima deberá ser satisfecho en el momento de la firma de la póliza. Si por culpa del tomador la primera prima no hubiere sido pagada, la compañía podrá resolver el contrato, o exigir el pago de la Prima debida. Si la primera prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, la compañía queda liberada de su obligación.

A partir del segundo recibo de prima se concede un plazo de gracia de 30 días para su pago después del vencimiento de cada una de ellas.

La póliza conservará su vigor durante el plazo de gracia, salvo en el caso de que hubiere sido anulada anteriormente por cualquier causa.

4.3. Duración del pago de primas

Las primas de la presente póliza son pagaderas mientras viva el asegurado, en las fechas de vencimiento pactadas en las condiciones particulares, y como máximo hasta completar el plazo de duración convenido para el pago de las mismas.

4.4. Lugar de pago

Las primas del seguro deberán satisfacerse los días de los vencimientos fijados en la póliza, en el domicilio que se ha pactado en las condiciones particulares de la misma.

4.5. Domiciliación pago primas

Si el tomador del seguro ha convenido en las condiciones particulares de la póliza, el pago de los recibos de prima por medio de cuenta abierta en una entidad bancaria, deberá entregar al asegurador una carta dirigida a la entidad autorizando el pago, con cargo a su cuenta, de los recibos de prima de la póliza.

4.6. Cambio de domiciliación del pago de primas

Durante la vigencia de la póliza, si procede, el tomador del seguro puede cambiar libremente la cuenta bancaria en la cual desea domiciliar los recibos de prima sin más que comunicar previamente el cambio al asegurador en la forma prevista en la condición 4.5.

Hasta tanto el asegurador no tenga conocimiento del nuevo domicilio de pago, el asegurador seguirá dirigiendo los recibos de prima al último domicilio de pago al que los venía dirigiendo.

4.7. Falta de pago de las primas

En caso de falta de pago de la segunda y sucesivas primas o de cualquiera de las fracciones de prima que se hubieran pactado, de acuerdo con lo establecido en la cláusula 4.1 del presente condicionado, la cobertura queda suspendida un mes después del día del correspondiente vencimiento, entendiéndose extinguida la póliza si no se reclama el pago dentro de los seis meses siguientes a dicho vencimiento.

Si la póliza no hubiera sido resuelta según lo dispuesto en la condición 1.3, o extinguida de acuerdo con lo dispuesto en el párrafo anterior, la cobertura vuelve a tener efecto a las 24 horas del día en que el tomador del seguro pague la prima o la fracción correspondiente.

4.8. Tarifa de primas

Esta póliza es emitida por el asegurador, aplicando la tarifa vigente en la fecha de su emisión.

En el supuesto de que, del resultado de su aplicación se observara una desviación, por siniestralidad o persistencia de las pólizas, computadas en la determinación de aquélla, el asegurador se reserva el derecho de sustituirla por otra tarifa basada en una tabla de siniestralidad más ajustada a la realidad, según experiencia, emitiendo el documento de modificación correspondiente para su formalización por parte del tomador del seguro.

5. Liquidación y pago de las prestaciones aseguradas

En el momento en que se produzca el evento del cual depende el pago de las prestaciones aseguradas por la póliza, dentro de los términos previstos en las condiciones de la misma, el asegurador efectuará el pago de las mismas una vez cumplimentados los requisitos siguientes:

5.1. Caso de fallecimiento del asegurado

Si el fallecimiento del asegurado ocurre estando la póliza en vigor, el beneficiario o beneficiarios deberán presentar al asegurador los documentos justificativos necesarios para percibir la prestación asegurada. Dichos documentos son:

a) Certificado de defunción del asegurado.

b) D.N.I. o documentación acreditativa de la fecha de nacimiento del asegurado.

c) Certificado del médico que haya asistido al asegurado en su última enfermedad, detallando historia clínica, origen, evolución y naturaleza de la enfermedad o accidente causa del fallecimiento, y, en su caso, testimonio de las diligencias judiciales o documentos que acrediten el fallecimiento por accidente.

d) Si procede, copia del último testamento; caso de no haberlo, Certificado del Registro de Actas de últimas voluntades o Acta Judicial o Notarial de Declaración de herederos.

e) Carta de pago del impuesto sobre sucesiones, o la declaración de exención.

f) Documentación acreditativa de la personalidad y, en su caso, de la condición de beneficiarios.

g) Modelo de solicitud de prestación de seguro de vida debidamente cumplimentado y firmado.

El asegurador podrá solicitar cuando lo estime conveniente la entrega de los justificantes documentales en original o, cuando no fuese posible, en fotocopia debidamente legalizada por notario.

5.2. Caso de prestaciones por seguros complementarios

La reclamación de prestaciones, que se devenguen por el acaecimiento de eventos, cubiertos en los términos y condiciones de los respectivos seguros Complementarios incluidos en esta póliza, estará sujeta a la presentación al asegurador de la documentación que corresponda y a la cumplimentación de los requisitos, según sea el caso, previstos en las Condiciones Generales de aquéllos.

5.3. Pago de las prestaciones aseguradas

Una vez recibidos los anteriores documentos, según sea el caso, y demostrada la identidad personal del beneficiario, el asegurador pagará o consignará al beneficiario, en el plazo máximo de cuarenta días a partir de la recepción de la declaración del siniestro, el pago del importe mínimo de lo que el asegurador pueda deber según las circunstancias por él conocidas.

Si en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro, el asegurador no hubiere satisfecho el importe de la prestación por causa no justificada o que le fuera imputable, dicha prestación se incrementará con los intereses legales que correspondan.

El pago del capital correspondiente a la garantía de fallecimiento o a cualquiera de las garantías complementarias contratadas, salvo que el condicionado de dicha garantía complementaria se exprese en otro sentido, supone la anulación y extinción del contrato a todos los efectos.

Garantía de revalorización automática

1. Revalorización automática

Los capitales asegurados por la presente póliza quedarán automáticamente sujetos, en cada vencimiento de primas, a las fluctuaciones del "índice de precios de consumo (conjunto nacional)" que publica el Instituto Nacional de Estadística (I.N.E.) u organismo que lo sustituya a nivel del Estado Español, en su boletín mensual.

2. Determinación sistemática de las revalorizaciones

Todas las prestaciones revalorizadas y garantizadas por la presente póliza (incluso seguros complementarios si los hubiere) quedarán establecidas en la cuantía que se produzca, al aplicar a las iniciales de la póliza el factor de revalorización resultante de dividir el índice de vencimiento por el índice base.

Se entiende por:

2.1. Índice base

El que se indica en las condiciones particulares de la póliza y corresponde al último valor del índice publicado antes de la fecha de emisión de esta garantía.

2.2. Índice de vencimiento

El último publicado por el I.N.E., anterior al momento en que el asegurador emite los recibos de prima correspondientes a los sucesivos vencimientos consignados en las condiciones particulares de la póliza.

3. Primas ajustadas

Las primas serán ajustadas, en cada fecha de su vencimiento, en proporción a la revalorización efectuada y teniendo en cuenta a su vez la edad del asegurado en dicha fecha.

4. Reconocimiento médico

Una vez suscrito el seguro mediante la prueba de reconocimiento médico, el asegurado queda posteriormente eximido de este requisito siempre que acepte las sucesivas revalorizaciones de las prestaciones de la póliza. En caso de que el tomador del seguro en un determinado año no aceptase la revalorización y tras un período de ausencia de revalorizaciones deseara de nuevo reanudar la secuencia de las mismas, el asegurado deberá someterse previamente a las pruebas médicas que

determine la aseguradora.

5. Vigencia de la garantía

El tomador del seguro podrá renunciar a los beneficios de esta cláusula en cada vencimiento de prima comunicándolo previamente al asegurador, por lo menos un mes antes de dicha fecha. El asegurador, en tal caso, emitirá un suplemento por el nuevo capital revalorizado, en el que no figurará la garantía de índice variable a que se refiere esta cláusula.

Subsisten íntegras y sin variación las condiciones generales y particulares de la póliza que no queden expresamente modificadas por cuanto antecede.

Seguro complementario de capital en caso de muerte por accidente

1. Objeto del seguro

Por el presente seguro complementario, el asegurador se obliga a pagar un capital adicional al que corresponda por la garantía principal de fallecimiento, en el supuesto de que el asegurado fallezca a causa de un accidente cubierto por la póliza.

El pago de dicho capital se efectuará al beneficiario designado por el tomador del seguro.

2. Cuantía del capital asegurado

A los efectos del presente seguro complementario se entenderá por capital adicional asegurado, el que se haya estipulado en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía complementaria, teniendo en cuenta a su vez la modalidad de póliza contratada de acuerdo con lo que a continuación se indica:

2.1. Si la póliza de seguro contratada, es con revalorización automática de prestaciones, la cuantía del capital adicional es igual al valor nominal que alcance el importe que figura en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía complementaria en el momento del fallecimiento.

2.2. Si la póliza de seguro contratada, es sin revalorización automática de prestaciones, la cuantía del capital adicional es igual a la suma asegurada que figura en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía complementaria.

3. Primas

Este seguro se conviene mediante las primas correspondientes al riesgo objeto del seguro y se sumarán a las del seguro principal incrementadas con los impuestos legalmente repercutibles, siendo pagaderas, por tanto, conjuntamente con las del seguro principal.

4. Duración de las garantías

Las garantías de este seguro complementario estarán en vigor mientras se paguen las primas correspondientes, terminándose al mismo tiempo que el seguro principal y como máximo hasta completar el plazo de duración convenido en las condiciones particulares de la póliza.

5. Delimitación de garantías

5.1. Definición de accidente

A los efectos de este seguro complementario se entiende por accidente la lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado y que produzca la muerte del mismo **dentro de un año a partir de la fecha en que sufrió tal lesión.**

5.2. Riesgos excluidos

Quedan excluidos de las garantías del presente seguro complementario los siguientes riesgos:

5.2.1. Hechos de guerra, sea o no combatiente el asegurado, aun en el caso de que el asegurador hubiese asumido este riesgo para el seguro principal.

5.2.2. Participación en motines, tumultos, piquetes, alborotos populares, insurrecciones, desórdenes públicos, actos de violencia y terrorismo, así como las riñas, salvo en este último caso por legítima defensa.

5.2.3. Mutilaciones voluntarias, suicidio, tentativa de suicidio, duelo u otro cualquier acto delictivo que constituya imprudencia temeraria o negligencia grave del asegurado.

5.2.4. Accidentes sufridos en estado de perturbación mental, a consecuencia del uso de estupefacientes, o en estado de embriaguez, así como enfermedades contraídas a consecuencia de alcoholismo.

5.2.5. Los accidentes causados por temblor de tierra, erupción volcánica, inundación y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario.

5.2.6. Las consecuencias de accidentes originados con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro.

5.2.7. Los viajes de exploración, las inmersiones submarinas a profundidades superiores de 25 metros y los viajes aéreos, utilizando la aviación privada, salvo que queden expresamente cubiertos estos riesgos en las condiciones particulares de la póliza mediante sobreprima especial.

5.2.8. Las consecuencias directas o indirectas de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.

5.2.9. Siniestros acaecidos como consecuencia de riesgos extraordinarios que estén amparados por el Consorcio de Compensación de Seguros.

5.2.10. Todos los riesgos, cualquiera que sea su causa, naturaleza u origen que no estén relacionados con los que de una manera expresa quedan cubiertos en la condición 5.1. de las presentes condiciones.

6. Declaraciones

Las garantías de este seguro complementario están basadas en las declaraciones realizadas por el tomador del seguro conforme se establece en la condición 1.2 de las generales de la póliza.

El tomador del seguro tiene el deber de comunicar al asegurador la modificación de las circunstancias de riesgo que pueden influir en la apreciación del riesgo, especialmente profesión habitual y práctica de deportes.

7. Formalidades a realizar en caso de accidente mortal

Si por causa del accidente sobreviniera la muerte del asegurado, sea inmediatamente o sea dentro de 12 meses después de la fecha de ocurrencia del accidente, deberá darse cuenta de la misma por escrito al asegurador enviando a éste las pruebas justificativas, a fin de que pueda reconocer y apreciar la causa determinante de la muerte. A los efectos de la comprobación de la muerte ocasionada por accidente se deberá proceder como se indica a continuación:

7.1. El asegurado o sus beneficiarios deberán dar aviso por escrito al asegurador del fallecimiento por accidente sufrido por aquél, dentro del plazo de treinta días de haber ocurrido, salvo caso de fuerza mayor, detallando el lugar y la hora en se haya producido, así como las causas y demás circunstancias relativas al mismo.

7.2. Con este aviso, deberá acompañarse cuanta documentación y/o pruebas se estimen necesarias por el asegurador para la correcta valoración del siniestro y en especial:

a) Certificado de defunción del asegurado.

b) Certificado del médico que haya asistido al asegurado en su última enfermedad, detallando historia clínica y la causa de la muerte.

c) Atestado o informe emitido por autoridad que describa la ocurrencia del accidente.

d) Si procede, copia del último testamento; caso de no haberlo, certificado del registro de actas de últimas voluntades o acta judicial o notarial de declaración de herederos.

8. Pago del capital asegurado

Una vez comprobado por el asegurador que la muerte del asegurado es por causa de un accidente indemnizable en los términos y condiciones de este seguro complementario, el asegurador procederá a pagar al beneficiario de la póliza, el capital de este seguro complementario, dentro de los plazos previstos por la Ley y que figuran en la condición general de la póliza que se refiere al pago de las prestaciones aseguradas, una vez presentada la carta de pago del impuesto sobre sucesiones correspondiente, o la declaración de exención, **quedando sin efecto las restantes garantías y por tanto anulándose la póliza**.

9. Arbitraje

En el supuesto de falta de acuerdo sobre la calificación de los riesgos del accidente que hubiere afectado al asegurado y en consideración a si son o no indemnizables en los términos previstos en este seguro, el tomador del seguro o los beneficiarios y el asegurador se obligan a solventar sus diferencias por medio de dos peritos elegidos uno por cada parte, de acuerdo con lo establecido en los arts. 38 y 39 de la Ley de Contrato de Seguro.

Seguro complementario de capital en caso de muerte por accidente de circulación

1. Objeto del seguro

Por el presente seguro complementario, el asegurador se obliga a pagar un capital adicional al que corresponda por la garantía complementaria de capital en caso de muerte por accidente, en el supuesto de que el asegurado fallezca a causa de un accidente de circulación cubierto por la póliza.

Para contratar el presente seguro complementario es indispensable que se haya contratado previamente o conjuntamente el seguro complementario de capital en caso de muerte por accidente.

El pago de dicho capital se efectuará al beneficiario designado por el tomador del seguro.

2. Cuantía del capital asegurado

A los efectos del presente seguro complementario se entenderá por capital adicional asegurado, el que se haya estipulado en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía complementaria, teniendo en cuenta a su vez la modalidad de póliza contratada de acuerdo con lo que a continuación se indica:

2.1. Si la póliza de seguro contratada, es con revalorización automática de prestaciones, la cuantía del capital adicional es igual al valor nominal que alcance el importe que figura en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía complementaria en el momento del fallecimiento.

2.2. Si la póliza de seguro contratada, es sin revalorización automática de prestaciones, la cuantía del capital adicional es igual a la suma asegurada que figura en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía complementaria.

Capital adicional por orfandad total. En caso de fallecimiento simultáneo en un mismo accidente de circulación del asegurado y su cónyuge, el asegurador se obliga a pagar otra cuantía adicional e igual a la descrita en este apartado a favor de sus hijos comunes menores de edad o incapacitados.

Se entenderá por fallecimiento simultáneo aquél por el que a causa de un mismo accidente de circulación se presentara el fallecimiento del asegurado y del cónyuge, y ambos fallecimientos tuvieran lugar en el mismo momento del accidente que le dio origen o **dentro de un año a partir de la fecha del accidente**.

A los efectos de esta garantía se considera cónyuge tanto a quien así conste conforme a derecho como a la pareja de hecho que conste inscrita en alguno de los registros oficiales creados a tal efecto por la correspondiente comunidad autónoma o ayuntamiento.

3. Primas

Este seguro se conviene mediante las primas correspondientes al riesgo objeto de seguro y se sumarán a las del seguro principal incrementadas con los impuestos legalmente repercutibles, siendo pagaderas por tanto conjuntamente con las del seguro principal.

4. Duración de las garantías

Las garantías de este seguro complementario estarán en vigor mientras se paguen las primas correspondientes, terminándose al mismo tiempo que el seguro principal o el seguro complementario de capital en caso de muerte por accidente y como máximo hasta completar el plazo de duración convenido en las condiciones particulares de la póliza.

5. Delimitación de garantías

5.1. Definición de accidente de circulación

A los efectos de este seguro complementario, quedan cubiertos los riesgos derivados de la circulación, entendiéndose como accidente de circulación los que se produzcan en los supuestos siguientes:

5.1.1. Fallecimiento a consecuencia de accidente causado por uno o más vehículos, mientras el asegurado circula a pie, o montado en bicicleta o en caballería, por cualquier clase de vía pública o camino particular abierto al público.

5.1.2. Fallecimiento del asegurado bien sea conduciendo un vehículo terrestre o una embarcación de recreo, bien sea como pasajero de cualquier vehículo terrestre o embarcación de recreo.

5.1.3. Fallecimiento del asegurado como pasajero de medios de transportes públicos, terrestres, marítimos, o aéreos.

Se entenderá por fallecimiento del asegurado a consecuencia de accidente de circulación el que comporte la muerte del asegurado **dentro de un año a partir de la fecha del accidente**.

5.2. Riesgos excluidos

Quedan excluidos de las garantías del presente seguro complementario los siguientes riesgos:

5.2.1. Hechos de guerra, sea o no combatiente el asegurado, aun en el caso de que el asegurador hubiese asumido este riesgo para el seguro principal.

5.2.2. Participación en motines, tumultos, piquetes, alborotos populares, insurrecciones, desórdenes públicos, actos de violencia y terrorismo, así como las riñas, salvo en este último caso por legítima defensa.

5.2.3. Mutilaciones voluntarias, suicidio, tentativa de suicidio, duelo u otro cualquier acto que constituya imprudencia temeraria o negligencia grave del asegurado.

5.2.4. Accidentes sufridos en estado de perturbación mental, a consecuencia del uso de estupefacientes, o en estado de embriaguez, así como enfermedades contraídas a consecuencia de alcoholismo.

5.2.5. Los accidentes causados por temblor de tierra, erupción volcánica, inundación y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario.

5.2.6. Las consecuencias de accidentes originados con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro.

5.2.7. Los viajes de exploración, las inmersiones submarinas a profundidades superiores a 25 metros y los viajes aéreos, utilizando la aviación privada, salvo que queden expresamente cubiertos estos riesgos en las condiciones particulares de la póliza mediante sobreprima especial.

5.2.8. Las consecuencias directas o indirectas de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.

5.2.9. Participación del asegurado en pruebas deportivas de cualquier clase, ocupando el vehículo como piloto, copiloto o simple pasajero.

5.2.10. Siniestros acaecidos como consecuencia de riesgos extraordinarios que estén amparados por el Consorcio de Compensación de Seguros.

5.2.11. Todos los riesgos, cualquiera que sea su causa, naturaleza u origen que no estén relacionados con los que de una manera expresa quedan cubiertos en la condición 5.1. de las presentes condiciones.

6. Declaraciones

Las garantías de este seguro complementario están basadas en las declaraciones realizadas por el tomador del seguro conforme se establece en la condición 1.2 de las generales de la póliza.

El tomador del seguro tiene el deber de comunicar al asegurador la modificación de las circunstancias de riesgo que pueden influir en la apreciación del riesgo, especialmente profesión habitual y práctica de deportes.

7. Formalidades a realizar en caso de accidente de circulación

Si por causa del accidente de circulación sobreviniera la muerte del asegurado deberá darse cuenta de la misma por escrito al asegurador enviando a éste las pruebas justificativas, a fin de que pueda reconocer y apreciar la causa determinante de la muerte. A los efectos de la comprobación de la muerte ocasionada por accidente de circulación se deberá proceder como se indica a continuación:

7.1. El asegurado o sus beneficiarios deberán dar aviso por escrito al asegurador del fallecimiento por accidente sufrido por aquél, dentro del plazo de treinta días de haber ocurrido, salvo caso de fuerza mayor, detallando el lugar y la hora en se haya producido, así como las causas y demás circunstancias

relativas al mismo.

7.2. Con este aviso, deberá acompañarse cuanta documentación y/o pruebas se estimen necesarias por el asegurador para la correcta valoración del siniestro y en especial:

a) Certificado de defunción del asegurado.

b) Certificado del médico que haya asistido al asegurado en su última enfermedad detallando historia clínica y la causa de la muerte.

c) Atestado o informe emitido por autoridad que describa la ocurrencia del accidente.

d) Si procede, copia del último testamento; caso de no haberlo, Certificado del Registro de Actas de últimas voluntades o Acta Judicial o Notarial de Declaración de herederos.

8. Pago del capital asegurado

Una vez comprobado por el asegurador que la muerte del asegurado es por causa de un accidente indemnizable en los términos y condiciones de este seguro complementario, el asegurador procederá a pagar al beneficiario de la póliza, el capital de este seguro complementario, dentro de los plazos previstos por la Ley y que figuran en la condición general de la póliza que se refiere al pago de las prestaciones aseguradas, una vez presentada la carta de pago del impuesto sobre sucesiones correspondiente, o la declaración de exención, **quedando sin efecto las restantes garantías y por tanto anulándose la póliza**.

9. Arbitraje

En el supuesto de falta de acuerdo sobre la calificación de los riesgos del accidente que hubiere afectado al asegurado y en consideración a si son o no indemnizables en los términos previstos en este seguro, el tomador del seguro o los beneficiarios y el asegurador se obligan a solventar sus diferencias por medio de dos peritos elegidos uno por cada parte, de acuerdo con lo establecido en los arts. 38 y 39 de la Ley de Contrato de Seguro.

Seguro complementario de invalidez absoluta permanente

1. Objeto del seguro

Por el presente seguro complementario, el asegurador de acuerdo con las condiciones generales que figuran a continuación y en cuanto no las modifiquen las del seguro principal, se obliga a efectuar el pago de las prestaciones previstas en caso de invalidez absoluta permanente del asegurado, en los términos previstos en las presentes condiciones generales.

El pago del presente seguro complementario se efectuará al asegurado a partir del momento en el que el asegurador haya reconocido el estado de invalidez absoluta permanente del mismo.

2. Cuantía de la prestación

La cuantía de la prestación del presente seguro complementario será la que se haya estipulado en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía complementaria, teniendo en cuenta a su vez la modalidad de póliza contratada de acuerdo con lo que a continuación se indica.

2.1. Si la póliza de seguro contratada, es con revalorización automática de prestaciones, la cuantía de la prestación será igual al valor nominal que alcance, en el momento en que se cause la invalidez, el importe que figura en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía complementaria.

2.2. Si la póliza de seguro contratada, es sin revalorización automática de prestaciones, la cuantía del capital adicional es la suma asegurada que figura en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía complementaria.

3. Primas

Este seguro se conviene mediante las primas correspondientes al riesgo objeto de seguro y se sumarán a las del seguro principal, incrementadas con los impuestos legalmente repercutibles, y son pagaderas conjuntamente con las del seguro principal.

4. Duración de las garantías

Las garantías de este seguro complementario estarán en vigor mientras se paguen las primas correspondientes, terminándose al mismo tiempo que el seguro principal y como máximo hasta completar el plazo de duración convenido en las condiciones particulares de la póliza.

La póliza rescindida por falta de pago de la prima, implicará automáticamente la anulación del presente seguro complementario y en consecuencia el asegurado perderá todo derecho a cualquier reclamo por invalidez absoluta permanente, después de transcurrido el plazo de 30 días siguientes a la fecha en que quedó la póliza en tal situación.

5. Delimitación del riesgo asegurado

5.1. Delimitación del estado de la invalidez absoluta

A los efectos del presente seguro complementario se entiende por invalidez absoluta y permanente la situación física irreversible provocada por enfermedad o accidente, totalmente independientes de la voluntad del asegurado y sobrevenida después de un año de contratado este seguro, salvo si fuere por causa de accidente, determinante de la total ineptitud de éste para el mantenimiento de cualquier relación laboral, actividad profesional, trabajo u ocupación con o sin retribución.

5.2. Riesgos excluidos

Quedan excluidos de la garantía de este seguro:

5.2.1. Los siniestros causados voluntariamente por el asegurado.

5.2.2. Los accidentes o enfermedades que sobrevengan al asegurado, a consecuencia del uso de estupefacientes no prescritos médicamente, o en estado de embriaguez, así como enfermedades contraídas a consecuencia del alcoholismo.

5.2.3. Las consecuencias de un acto de imprudencia temeraria o negligencia grave del asegurado declarado así judicialmente, así como los derivados de la participación de éste en actos delictivos, duelos o riñas, siempre que en este último caso no hubiere actuado en legítima defensa, o en tentativa de salvamento de personas o bienes.

5.2.4. Las consecuencias de guerras u operaciones de carácter similar o derivadas de hechos de carácter político o social.

5.2.5. Las consecuencias causadas por temblor de tierra, erupción volcánica, inundación, y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario.

5.2.6. Los accidentes causados por la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.

5.2.7. Las consecuencias de enfermedad, terapia o tratamiento médico, intervención quirúrgica o accidente originados con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro y no declarados expresamente en la solicitud del seguro.

5.2.8. Siniestros acaecidos como consecuencia de riesgos extraordinarios que estén amparados por el Consorcio de Compensación de Seguros.

5.2.9. Todos los riesgos, cualquiera que sea su causa, naturaleza u origen que no estén relacionados con los que de una manera expresa quedan cubiertos en la condición 5.1 de las presentes condiciones.

6. Declaraciones

Las garantías de este seguro complementario están basadas en las declaraciones realizadas por el tomador del seguro conforme se establezca en la condición 1.2 de las generales de la póliza.

El tomador del seguro tiene el deber de comunicar al asegurador la modificación de las circunstancias de riesgo que pueden influir en la apreciación del riesgo, especialmente profesión habitual y práctica de deportes.

7. Comprobación del estado de invalidez

A los efectos de la comprobación de la invalidez absoluta permanente, ocasionada por accidente o enfermedad, el asegurador en ningún caso tomará como prueba fehaciente y vinculante para el pago de la indemnización del presente seguro complementario, el dictamen que para el asegurado hayan emitido los organismos de la Seguridad Social u organismo de la Comunidad Autónoma correspondiente en orden a la calificación de su estado de invalidez absoluta permanente, sino que se deberá proceder como a continuación se indica:

7.1. El asegurado o persona que le represente deberá dar aviso al asegurador de la aparición del estado de invalidez que haya sufrido el asegurado, detallando las circunstancias y las causas que hayan motivado la aparición del estado de invalidez absoluta permanente.

Con este aviso, deberá acompañarse un informe suscrito por el médico que haya asistido al asegurado en el que explique detalladamente fechas, orígenes, causas, curso y evolución probable de la enfermedad o accidente que haya producido la invalidez absoluta permanente, y la fecha a partir de la cual se le declara como inválido en los términos y condiciones de la presente garantía.

Adicionalmente, el beneficiario o beneficiarios deberán presentar al asegurador los siguientes documentos:

a) D.N.I. o documentación acreditativa de la fecha de nacimiento del asegurado.

b) Documentación acreditativa de la personalidad y, en su caso, de la condición de beneficiarios.

7.2. El asegurado, por su parte, deberá contestar con exactitud a cuantas preguntas le formule el asegurador, suministrando las pruebas que se pidan y dejarse visitar y reconocer por los médicos de aquél, no viniendo el asegurador obligado a pago alguno en tanto esta colaboración del asegurado no se produzca.

7.3. Mientras no sea reconocida la existencia de la invalidez deben seguirse pagando las primas de este seguro y de la póliza de seguro principal; de lo contrario, se aplicarán las disposiciones de las condiciones generales del seguro sobre falta de pago de primas.

Cuando el asegurador reconozca el estado de invalidez absoluta permanente del asegurado, se tomará como fecha de efecto de la misma la que declare el informe médico que se menciona en el punto 7.1, y el asegurador devolverá si las hubiere las primas pagadas a partir de aquella fecha.

7.4. El asegurador, salvo por causa justificada o que no le fuere imputable, deberá satisfacer el importe de la suma asegurada en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro.

8. Forma de pago de las prestaciones

8.1. Una vez reconocido y aceptado por el asegurador en los términos de este seguro complementario, el estado de invalidez absoluta y permanente del asegurado, se procederá por parte del asegurador a iniciar los pagos de las prestaciones por invalidez absoluta y permanente desde la fecha de efecto de la misma según lo indicado en la condición 7.3 anterior, **quedando sin efecto las restantes garantías y por tanto anulándose la póliza.**

8.2. El asegurador efectuará el pago de las prestaciones por trimestres (por anticipado), mientras el asegurado continúe inválido y como máximo durante veinte trimestres. Si desaparece la causa en la que se fundamenta el pago de las prestaciones de invalidez, o fallece el asegurado dentro de los veinte trimestres, entonces la póliza quedará en las situaciones indicadas en los puntos 8.4 y 8.5 siguientes.

8.3. La cuantía de la prestación en cada trimestre será el 5% del capital del seguro principal de la póliza en la fecha en que el asegurador reconoce el estado de invalidez del asegurado en los términos indicados en la condición 7.3 hasta completar el 100% de la cuantía de la prestación de esta garantía complementaria.

8.4. Si en el transcurso del período de pago de las prestaciones, el asegurado pasara de nuevo al estado de validez, entonces los pagos de las prestaciones terminarían a partir de la fecha en que el asegurado obtuviera el alta médica. En este supuesto, el seguro principal quedaría reducido al montante de los

pagos que restasen por pagar en dicho momento. Esta cobertura se mantendría mediante el pago de las primas correspondientes, reducidas en la misma proporción en que se ha reducido el seguro principal y quedando a partir de ese momento anulado el seguro complementario de invalidez.

8.5. Si se produjera el fallecimiento del asegurado durante el período de pago de las prestaciones, el asegurador liquidará la suma restante de los pagos pendientes hasta completar el 100% de la cuantía de la prestación de esta garantía complementaria, en la fecha de efecto de la invalidez del asegurado, finiquitándose con este último pago el importe del seguro y anulándose automáticamente la póliza.

8.6. El asegurador podrá solicitar al asegurado que se deje efectuar las revisiones médicas que estime oportunas durante el período de pago de las prestaciones por invalidez, en la misma forma prevista en el punto 7.2.

9. Arbitraje

En el supuesto de que el asegurador haya comunicado al asegurado el rehúse del pago de las prestaciones por invalidez, por falta de acuerdo sobre la calificación de los riesgos que afectan del accidente que hubiere afectado al asegurado y en consideración a si son o no indemnizables en los términos previstos en este seguro complementario, el tomador del seguro o el asegurado por su legal representante y el asegurador se obligan a solventar sus diferencias por medio de dos peritos elegidos uno por cada parte, de acuerdo con lo establecido en los arts. 38 y 39 de la Ley de Contrato de Seguro.

Seguro complementario de invalidez absoluta permanente por accidente

1. Objeto del seguro

Por el presente seguro complementario, el asegurador de acuerdo con las condiciones generales que figuran a continuación y en cuanto no las modifiquen las del seguro principal, se obliga a efectuar el pago de las prestaciones previstas en caso de invalidez absoluta permanente del asegurado producida a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza en los términos previstos en las presentes condiciones generales.

Esta garantía solamente podrá ser contratada conjuntamente con el seguro complementario de invalidez absoluta permanente.

El pago del presente seguro complementario se efectuará al asegurado a partir del momento en el que el asegurador haya reconocido el estado de invalidez absoluta permanente del mismo.

2. Cuantía de la prestación

A los efectos del presente seguro complementario se entenderá por capital adicional asegurado, el que se haya estipulado en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía complementaria, teniendo en cuenta a su vez la modalidad de póliza de acuerdo con lo que a continuación se indica para la póliza:

2.1. Si la póliza de seguro contratada es con revalorización automática de prestaciones, la cuantía del capital adicional es igual al valor nominal que alcance el importe que figura en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía complementaria en el momento de producirse el accidente causante del estado de invalidez absoluta permanente.

2.2. Si la póliza de seguro contratada es sin revalorización automática de prestaciones, la cuantía del capital adicional es igual a la suma asegurada que figura en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía complementaria.

3. Primas

Este seguro se conviene mediante las primas correspondientes al riesgo objeto del seguro y se sumarán a las del seguro principal incrementadas con los impuestos legalmente repercutibles, siendo pagaderas, por tanto, conjuntamente con las del seguro principal.

4. Duración de las garantías

Las garantías de este seguro complementario estarán en vigor mientras se paguen las primas correspondientes, terminándose al mismo tiempo que el seguro complementario de invalidez absoluta permanente y como máximo hasta completar el plazo de duración convenido en las condiciones particulares de la póliza.

La póliza rescindida por falta de pago de la prima, implicará automáticamente la anulación del presente seguro complementario y en consecuencia el asegurado perderá todo derecho a cualquier reclamo por invalidez absoluta permanente, después de transcurrido el plazo de 30 días siguientes a la fecha en que quedó la póliza en tal situación.

5. Delimitación de garantías

5.1. Definición de accidente

A los efectos de este seguro Complementario se entiende por accidente la lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado y que produzca el estado de invalidez absoluta permanente del mismo **dentro de un año a partir de la fecha en que sufrió tal lesión.**

5.2. Definición del estado de la invalidez absoluta

A los efectos del presente seguro complementario se entiende por invalidez absoluta permanente la situación física irreversible provocada por accidente totalmente independiente de la voluntad del asegurado determinante de la total ineptitud de éste para el mantenimiento de cualquier relación laboral, actividad profesional, trabajo u ocupación con o sin retribución.

5.3. Riesgos excluidos

Quedan excluidos de la garantía de este seguro:

5.3.1. Los siniestros causados voluntariamente por el asegurado.

5.3.2. Los accidentes o enfermedades que sobrevengan al asegurado, a consecuencia del uso de estupefacientes no prescritos médicamente, o en estado de embriaguez, así como enfermedades contraídas a consecuencia del alcoholismo.

5.3.3. Las consecuencias de un acto de imprudencia temeraria o negligencia grave del asegurado declarado así judicialmente, así como los derivados de la participación de éste en actos delictivos, duelos o riñas, siempre que en este último caso no hubiere actuado en legítima defensa, o en tentativa de salvamento de personas o bienes.

5.3.4. Las consecuencias de guerras u operaciones de carácter similar o derivadas de hechos de carácter político o social.

5.3.5. Las consecuencias causadas por temblor de tierra, erupción volcánica, inundación, y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario.

5.3.6. Los accidentes causados por la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.

5.3.7. Las consecuencias de enfermedad, terapia o tratamiento médico, intervención quirúrgica o accidente originados con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro y no declarados expresamente en la solicitud del seguro.

5.3.8. Siniestros acaecidos como consecuencia de riesgos extraordinarios que estén amparados por el Consorcio de Compensación de Seguros.

5.3.9. Todos los riesgos, cualquiera que sea su causa, naturaleza u origen que no estén relacionados con los que de una manera expresa quedan cubiertos en la condición 5.1 de las presentes condiciones.

6. Declaraciones

Las garantías de este seguro complementario están basadas en las declaraciones realizadas por el tomador del seguro conforme se establece en la condición 1.2 de las generales de la póliza.

El tomador del seguro tiene el deber de comunicar al asegurador la modificación de las circunstancias de riesgo que pueden influir en la apreciación del riesgo, especialmente profesión habitual y práctica de deportes.

7. Comprobación del estado de invalidez

Para la solicitud y pago de la indemnización se estará a lo dispuesto en la condición 7 de las generales del seguro complementario de invalidez absoluta permanente, pero será indispensable en este caso, que en el informe médico, según está previsto en el punto 7.1 de dicha condición, se indique que la invalidez del asegurado ha sido por causa de accidente.

También deberá presentarse copia de la resolución judicial o prueba legal suficiente que establezca las circunstancias en que se produjo el accidente.

8. Forma de pago de las prestaciones

8.1. Una vez reconocido y aceptado por el asegurador en los términos de este seguro complementario, el estado de invalidez absoluta y permanente del asegurado, se procederá por parte del asegurador a iniciar los pagos de las prestaciones por invalidez absoluta y permanente desde la fecha de efecto de la misma según lo indicado en la condición 7.3 anterior, **quedando sin efecto las restantes garantías y por tanto anulándose la póliza**.

8.2. El asegurador efectuará el pago de las prestaciones por trimestres (por anticipado), mientras el asegurado continúe inválido y como máximo durante veinte trimestres. Si desaparece la causa en la que se fundamenta el pago de las prestaciones de invalidez, o fallece el asegurado dentro de los veinte trimestres, entonces la póliza quedará en las situaciones indicadas en los puntos 8.4 y 8.5 siguientes.

8.3. La cuantía de la prestación en cada trimestre será el 5% del capital del seguro principal de la póliza en la fecha en que el asegurador reconoce el estado de invalidez del asegurado en los términos indicados en la condición 7.3. hasta completar el 100% de la cuantía de la prestación de esta garantía complementaria.

8.4. Si en el transcurso del período de pago de las prestaciones, el asegurado pasara de nuevo al estado de validez, entonces los pagos de las prestaciones terminarían a partir de la fecha en que el asegurado obtuviera el alta médica. En este supuesto, el seguro principal quedaría reducido al montante de los pagos que restasen por pagar en dicho momento. Esta cobertura se mantendría mediante el pago de las primas correspondientes, reducidas en la misma proporción en que se ha reducido el seguro principal y quedando a partir de ese momento anulado el seguro complementario de invalidez.

8.5. Si se produjera el fallecimiento del asegurado durante el período de pago de las prestaciones, el asegurador liquidará la suma restante de los pagos pendientes hasta completar el 100% de la cuantía de la prestación de esta garantía complementaria, en la fecha de efecto de la invalidez del asegurado, finiquitándose con este último pago el importe del seguro y anulándose automáticamente la póliza.

8.6. El asegurador podrá solicitar al asegurado que se deje efectuar las revisiones médicas que estime oportunas durante el período de pago de las prestaciones por invalidez, en la misma forma prevista en el punto 7.2.

9. Arbitraje

En el supuesto de falta de acuerdo sobre la calificación de los riesgos del accidente que hubiere afectado al asegurado y en consideración a si son o no indemnizables en los términos previstos en este seguro, el tomador del seguro o los beneficiarios y el asegurador se obligan a solventar sus diferencias por medio de dos peritos elegidos uno por cada parte, de acuerdo con lo establecido en los arts. 38 y 39 de la Ley de Contrato de Seguro.

Seguro complementario de invalidez absoluta permanente por accidente de circulación

1. Objeto del seguro

Por el presente seguro complementario, el asegurador de acuerdo con las condiciones generales que figuran a continuación y en cuanto no las modifiquen las del seguro principal, se obliga a efectuar el pago de las prestaciones previstas en caso de invalidez absoluta permanente del asegurado producida a consecuencia a consecuencia de un accidente de circulación cubierto por la póliza, en los términos previstos en las presentes condiciones generales.

Esta garantía solamente podrá ser contratada conjuntamente con el seguro complementario de invalidez absoluta permanente por accidente.

El pago del presente seguro complementario se efectuará al asegurado a partir del momento en el que el asegurador haya reconocido el estado de invalidez absoluta permanente del mismo.

2. Cuantía de la prestación

A los efectos del presente seguro complementario se entenderá por capital adicional asegurado, el que se haya estipulado en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía complementaria, teniendo en cuenta a su vez la modalidad de póliza contratada de acuerdo con lo que a continuación se indica:

2.1. Si la póliza de seguro contratada es con revalorización automática de prestaciones, la cuantía del capital adicional es igual al valor nominal que alcance el importe que figura en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía complementaria en el momento de producirse el accidente causante del estado de invalidez absoluta permanente.

2.2. Si la póliza de seguro contratada es sin revalorización automática de prestaciones, la cuantía del capital adicional es igual a la suma asegurada que figura en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía complementaria.

3. Primas

Este seguro se conviene mediante las primas correspondientes al riesgo objeto del seguro y se sumarán a las del seguro principal incrementadas con los impuestos legalmente repercutibles, siendo pagaderas, por tanto, conjuntamente con las del seguro principal.

4. Duración de las garantías

Las garantías de este seguro complementario estarán en vigor mientras se paguen las primas correspondientes, terminándose al mismo tiempo que el seguro complementario de invalidez absoluta permanente o seguro complementario de prestaciones por invalidez absoluta permanente por accidente y como máximo hasta completar el plazo de duración convenido en las condiciones particulares de la póliza.

La póliza rescindida por falta de pago de la prima, implicará automáticamente la anulación del presente seguro complementario y en consecuencia el asegurado perderá todo derecho a cualquier reclamo por invalidez absoluta permanente, después de transcurrido el plazo de 30 días siguientes a la fecha en que quedó la póliza en tal situación.

5. Delimitación de garantías

5.1. Definición de accidente de circulación

A los efectos de este seguro complementario, quedan cubiertos los riesgos derivados de la circulación, entendiéndose como accidente de circulación los que se produzcan en los supuestos siguientes:

5.1.1. Invalidez absoluta permanente a consecuencia de accidente causado por uno o más vehículos, mientras el asegurado circula a pie, o montado en bicicleta o en caballería, por cualquier clase de vía pública o camino particular abierto al público.

5.1.2. Invalidez absoluta permanente del asegurado bien sea conduciendo un vehículo terrestre o una embarcación de recreo, bien sea como pasajero de cualquier vehículo terrestre o embarcación de recreo.

5.1.3. Invalidez absoluta permanente del asegurado como pasajero de medios de transporte públicos, terrestres, marítimos, o aéreos.

Se entenderá por invalidez del asegurado a consecuencia de accidente de circulación el que comporte la invalidez absoluta del asegurado **dentro de un año a partir de la fecha del accidente**.

5.2. Definición del estado de la invalidez absoluta

A los efectos del presente seguro complementario se entiende por invalidez absoluta permanente la situación física irreversible provocada por accidente de circulación totalmente independiente de la voluntad del asegurado determinante de la total ineptitud de éste para el mantenimiento de cualquier relación laboral, actividad profesional, trabajo u ocupación con o sin retribución.

5.3. Riesgos excluidos

Quedan excluidos de la garantía de este seguro:

5.3.1. Los siniestros causados voluntariamente por el asegurado.

5.3.2. Los accidentes o enfermedades que sobrevengan al asegurado, a consecuencia del uso de estupefacientes no prescritos médicamente, o en estado de embriaguez, así como enfermedades contraídas a consecuencia del alcoholismo.

5.3.3. Las consecuencias de un acto de imprudencia temeraria o negligencia grave del asegurado declarado así judicialmente, así como los derivados de la participación de éste en actos delictivos, duelos o riñas, siempre que en este último caso no hubiere actuado en legítima defensa, o en tentativa de salvamento de personas o bienes.

5.3.4. Las consecuencias de guerras u operaciones de carácter similar o derivadas de hechos de carácter político o social.

5.3.5. Las consecuencias causadas por temblor de tierra, erupción volcánica, inundación, y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario.

5.3.6. Los accidentes causados por la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.

5.3.7. Las consecuencias de enfermedad, terapia o tratamiento médico, intervención quirúrgica o accidente originados con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro y no declarados expresamente en la solicitud del Seguro.

5.3.8. Siniestros acaecidos como consecuencia de riesgos extraordinarios que estén amparados por el Consorcio de Compensación de Seguros.

5.3.9. Todos los riesgos, cualquiera que sea su causa, naturaleza u origen que no estén relacionados con los que de una manera expresa quedan cubiertos en la condición 5.1 de las presentes condiciones.

6. Declaraciones

Las garantías de este seguro complementario están basadas en las declaraciones realizadas por el tomador del seguro conforme se establece en la condición 1.2 de las generales de la póliza.

El tomador del seguro tiene el deber de comunicar al asegurador la modificación de las circunstancias de riesgo que pueden influir en la apreciación del riesgo, especialmente profesión habitual y práctica de deportes.

7. Comprobación del estado de invalidez

Para la solicitud y pago de la indemnización se estará a lo dispuesto en la condición 7 de las generales del seguro complementario de invalidez absoluta permanente, pero será indispensable en este caso, que en el informe médico, según está previsto en el punto 7.1 de dicha condición, se indique que la invalidez del asegurado ha sido por causa de accidente de circulación.

También deberá presentarse copia de la resolución judicial o prueba legal suficiente que establezca las circunstancias en que se produjo el accidente.

8. Forma de pago de las prestaciones

8.1. Una vez reconocido y aceptado por el asegurador en los términos de este seguro complementario, el estado de invalidez absoluta y permanente del asegurado, se procederá por parte del asegurador a iniciar los pagos de las prestaciones por invalidez absoluta y permanente desde la fecha de efecto de la misma según lo indicado en la condición 7.3 anterior, **quedando sin efecto las restantes garantías y por tanto anulándose la póliza.**

8.2. El asegurador efectuará el pago de las prestaciones por trimestres (por anticipado), mientras el asegurado continúe inválido y como máximo durante veinte trimestres. Si desaparece la causa en la que se fundamenta el pago de las prestaciones de invalidez, o fallece el asegurado dentro de los veinte

trimestres, entonces la póliza quedará en las situaciones indicadas en los puntos 8.4 y 8.5 siguientes.

8.3. La cuantía de la prestación en cada trimestre será el 5% del capital del seguro principal de la póliza en la fecha en que el asegurador reconoce el estado de invalidez del asegurado en los términos indicados en la condición 7.3. hasta completar el 100% de la cuantía de la prestación de esta garantía complementaria.

8.4. Si en el transcurso del período de pago de las prestaciones, el asegurado pasara de nuevo al estado de validez, entonces los pagos de las prestaciones terminarían a partir de la fecha en que el asegurado obtuviera el alta médica. En este supuesto, el seguro principal quedaría reducido al montante de los pagos que restasen por pagar en dicho momento. Esta cobertura se mantendría mediante el pago de las primas correspondientes, reducidas en la misma proporción en que se ha reducido el seguro principal y quedando a partir de ese momento anulado el seguro complementario de invalidez.

8.5. Si se produjera el fallecimiento del asegurado durante el período de pago de las prestaciones, el asegurador liquidará la suma restante de los pagos pendientes hasta completar el 100% de la cuantía de la prestación de esta garantía complementaria, en la fecha de efecto de la invalidez del asegurado, finiquitándose con este último pago el importe del seguro y anulándose automáticamente la póliza.

8.6. El asegurador podrá solicitar al asegurado que se deje efectuar las revisiones médicas que estime oportunas durante el período de pago de las prestaciones por invalidez, en la misma forma prevista en el punto 7.2.

9. Arbitraje

En el supuesto de falta de acuerdo sobre la calificación de los riesgos del accidente que hubiere afectado al asegurado y en consideración a si son o no indemnizables en los términos previstos en este seguro, el tomador del seguro o los beneficiarios y el asegurador se obligan a solventar sus diferencias por medio de dos peritos elegidos uno por cada parte, de acuerdo con lo establecido en los arts. 38 y 39 de la Ley de Contrato de Seguro.

Seguro complementario de enfermedades graves

1. Objeto y alcance del seguro complementario de enfermedades graves

Este seguro complementario tiene por objeto garantizar el pago de la cuantía que se fija en las Condiciones Particulares de la póliza para la garantía de enfermedades graves, **en el supuesto de que el asegurado se vea afectado por primera vez, por alguna de las situaciones cubiertas por el presente seguro complementario en los términos y condiciones que figuran en la condición 5 de las generales de este seguro complementario** y siempre que éste se halle en vigor, en el momento de producirse el evento.

Una vez pagada la prestación de este seguro complementario, éste queda anulado y las garantías del seguro principal y restantes complementarios, si los hubiere, permanecerán en vigor por el valor resultante de deducir de aquéllas, en la anualidad que corresponda, el importe de la prestación pagada

por el concepto de enfermedad grave. Las primas quedarán ajustadas consecuentemente.

2. Primas

Este seguro se conviene mediante las primas correspondientes al riesgo objeto del seguro, incrementadas con los impuestos que sean legalmente repercutibles, siendo pagaderas conjuntamente en la misma forma y periodicidad que las del seguro principal.

El asegurador se reserva el derecho de un ajuste de adecuación de primas por este seguro, al próximo vencimiento, dando un preaviso con tres meses de antelación.

3. Toma de efecto y duración de las garantías

3.1. Las garantías de este seguro complementario tomarán efecto, una vez haya sido satisfecha la primera prima y hayan transcurrido 60 días desde la fecha de pago de la misma.

3.2. Igual regla se seguirá, si este seguro complementario se incluye mediante suplemento a la póliza en una fecha posterior a la de la emisión de la póliza.

3.3. Las garantías de este seguro complementario estarán en vigor mientras se paguen las primas correspondientes, terminándose al mismo tiempo que el seguro principal y como máximo hasta completar el plazo de duración convenido en las condiciones particulares de la póliza.

3.4. La terminación de este seguro complementario se producirá, independientemente del caso de la extinción natural prevista en el punto 3.3., también en alguna de las formas siguientes:

a) Automáticamente, por ocurrencia del evento previsto como indemnizable en las condiciones de este seguro complementario, o por cancelación del seguro principal.

b) A petición del tomador del seguro, en cuyo supuesto deberá solicitarlo por escrito al asegurador, en el momento que desee la supresión de las citadas garantías.

4. Delimitación y selección de los riesgos cubiertos

4.1. Quedan cubiertos todos los riesgos que causen una enfermedad grave, cubierta en los términos previstos en la condición 5 de las generales de este seguro complementario, **siempre que los mismos no sean debidos, directa o indirectamente a alguna de las siguientes causas:**

a) Adicción al alcohol o las drogas.

b) Intento de suicidio o autolesión intencionada por parte del asegurado.

c) Los accidentes causados por temblor de tierra, erupción volcánica, inundación y cualquier otro fenómeno sísmico o meteorológico de carácter extraordinario.

d) Las consecuencias de enfermedad, terapia, intervención quirúrgica, tratamiento médico o accidentes originados con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro y no declarados en la solicitud de seguro.

4.2. Este seguro complementario tiene validez en cualquier país del mundo siempre que el asegurado se desplace al país en cuestión en viajes de negocios o turismo.

5. Definiciones de las enfermedades graves

5.1. Ataque al corazón (infarto de miocardio)

Muerte de una parte del músculo cardíaco como resultado de un flujo sanguíneo insuficiente hacia el área comprometida.

El diagnóstico debe ser confirmado por especialista y evidenciado por todos los siguientes criterios:

a) Una historia de dolor torácico típico.

b) Nuevos cambios característicos de infarto en el ECG.

c) Elevación de las enzimas específicas de infarto, troponinas u otros marcadores bioquímicos.

Quedan en todo caso excluidos:

a) El infarto del miocardio sin elevación del segmento ST con solamente elevación de Troponina I ó T;

b) Otros síndromes coronarios agudos (por ejemplo angina de pecho estable o inestable).

c) Infarto de miocardio silente.

d) Infarto de miocardio que se produce dentro de 14 días después de angioplastia coronaria.

5.2. Cirugía arterio-coronaria (bypass)

La realización de cirugía a tórax abierto para la corrección de dos o más arterias coronarias, que están estrechadas u ocluidas, por el implante de un puente arterial coronario. La necesidad de tal cirugía debe haber sido probada por angiografía coronaria y la realización de la cirugía debe ser confirmada por un especialista.

Quedan en todo caso excluidos:

a) La angioplastia coronaria o implante de stent.

b) Cualquier otro procedimiento intra-arterial.

c) Cirugía por toracotomía mínima.

5.3. Derrame o hemorragia e infarto cerebrales

Cualquier incidente cerebro-vascular que produce secuelas neurológicas permanentes y que incluye infarto de tejido cerebral, hemorragia y embolización originada en una fuente extracraneal. El diagnóstico debe ser confirmado por un especialista y evidenciado por síntomas clínicos típicos como así también hallazgos típicos en la TAC (tomografía axial computarizada) de cerebro y RNM (Resonancia Nuclear Magnética) de cerebro. Deben documentarse pruebas de deficiencia neurológica

de por lo menos tres (3) meses a contar de la fecha de diagnóstico.

Quedan en todo caso excluidos:

a) Ataque isquémico transitorio (TIA) y déficit neurológico isquémico reversible prolongado (PRIND).

b) Lesión traumática de tejido cerebral o vasos sanguíneos.

c) Déficit neurológico debido a hipoxia general, infección, enfermedad inflamatoria, migraña o intervención médica.

d) Hallazgos incidentales en estudios de imagen (Scan CT o resonancia magnética), sin síntomas clínicos claramente relacionados (enfermedad cerebrovascular silenciosa).

5.4. Cáncer

Cualquier tumor maligno diagnosticado positivamente con confirmación histológica y caracterizado por crecimiento incontrolado de células malignas e invasión de tejidos. El diagnóstico debe ser confirmado por un especialista.

A menos que no estén expresamente excluidos, están cubiertos por esta definición la leucemia, linfoma maligno y síndrome mielodisplásico.

Quedan en todo caso excluidos:

a) Cualquier tumor histológicamente clasificado como pre-maligno y no invasivo, tampoco los carcinomas in situ.

b) Cualquier cáncer de próstata, a menos que esté clasificado histológicamente con una puntuación de Gleason superior a 6 ó que haya progresado hasta alcanzar por lo menos la clasificación TNM clínica T2N0M0.

c) La leucemia linfocítica crónica a no ser que haya progresado, hasta al menos la etapa B de Binet.

d) Carcinoma de células basales, carcinoma de células escamosas de la piel y melanoma maligno en estadio IA (T1aN0M0), a menos que haya evidencia de metástasis.

e) Cáncer papilar de tiroides menor de 1 cm de diámetro e histológicamente descrito como T1N0M0.

f) Carcinoma micro papilar de la vejiga histológicamente descrito como Ta

g) Policitemia rubra vera y trombocitemia esencial.

h) Gammapatía monoclonal de significado indeterminado.

i) Linfoma MALT gástrico que puede ser tratado mediante la erradicación del Helicobacter Pylori.

j) Tumor del estroma gastrointestinal en estadio I y II.

k) Linfoma cutáneo a menos que la enfermedad requiera de tratamiento con quimioterapia o radiación.

l) Carcinoma microinvasor de mama a menos que la enfermedad requiera de una mastectomía, quimioterapia o radiación.

m) Carcinoma microinvasor del cuello uterino a menos que la enfermedad requiera histerectomía, quimioterapia o radiación.

5.5. Insuficiencia renal (enfermedad renal en etapa final)

Etapa final de enfermedad renal que se manifiesta por una falla crónica e irreversible de la función de ambos riñones, cómo resultado de lo cual se hace necesario realizar regularmente diálisis renal (hemodiálisis o diálisis peritoneal) o requirió de un trasplante renal. El diagnóstico debe ser confirmado por especialista.

5.6. Trasplantes de órganos mayores

La realización actual de un trasplante de órganos en que el asegurado participa como receptor de alguno de los siguientes órganos: corazón, pulmón, hígado, páncreas, riñón, intestino delgado o médula ósea. La realización del trasplante debe ser confirmada por especialista.

Estará también incluido en esta garantía el trasplante parcial o total de cara, manos, brazos y piernas (trasplante de aloinjertos de tejido compuesto). El trastorno principal que motiva el trasplante debe ser considerado como imposible de tratar por cualquier otro medio, de acuerdo a confirmación médica del especialista en la materia.

5.7. Alzheimer

Diagnóstico definitivo de Alzheimer confirmado por los siguientes factores:

- Pérdida de capacidad intelectual con deterioro de la memoria y de funciones ejecutivas (secuencia, organización, abstracción y planificación) que provoque una importante reducción de las funciones mentales y sociales.
- Cambio en la personalidad.
- Disminución gradual de las funciones cognitivas.
- Sin trastorno de la conciencia.
- Hallazgos típicos neuropsicológicos y de neuroimagen (p.ej. CT Scan).

La enfermedad debe requerir de una supervisión constante (24 horas al día) antes de los 67 años. El diagnóstico y la necesidad de supervisión deben ser confirmados por un neurólogo.

No están cubiertas otras formas de demencia debidas a patologías cerebrales, enfermedades sistémicas o patologías psiquiátricas.

5.8. Parkinson

Diagnóstico inequívoco de Enfermedad de Parkinson primaria o idiopática **(todas las otras formas de Parkinsonismo están excluidas)** confirmado por un especialista en neurología. La enfermedad debe provocar incapacidad permanente para realizar independientemente tres o más actividades de la vida

diaria: bañarse (capacidad de tomar un baño o ducharse), vestirse y desvestirse, higiene personal (capacidad de usar el lavatorio y mantener un nivel razonable de higiene), movilidad (capacidad de desplazarse al interior de un mismo nivel o piso) continencia (control sobre los esfínteres), comer/beber (capacidad de alimentarse por sí mismo pero no de preparar la comida) o causar postración e incapacidad para levantarse sin asistencia de terceras personas.

Estas condiciones deben estar médicamente documentadas durante 3 meses al menos.

5.9. Esclerosis múltiple- con síntomas persistentes

Diagnóstico definitivo de esclerosis múltiple, que debe ser confirmado por un especialista en neurología y justificado por todos los siguientes criterios:

- Deterioro clínico actual de la función motora o sensorial, que debe haber persistido por un período continuo de al menos 6 meses.
- Puntuación igual a superior a 3,5 en la escala EDSS (Expanded Disability Status Scale).
- Resultados de resonancia magnética (IRM) que muestren al menos dos lesiones de desmielinización en el cerebro o en la médula espinal característica de la esclerosis múltiple.

No están cubiertos por esta definición:

- Esclerosis múltiple posible y síndromes aislados neurológica o radiológicamente sugestivos pero no confirmatorios de diagnóstico de la esclerosis múltiple.
- Neuritis óptica y neuromielitis óptica aisladas.

5.10. Esclerosis lateral amiotrófica (enfermedad de Lou Gehrig) - que produce una pérdida permanente de la capacidad física

Diagnóstico definitivo de esclerosis lateral amiotrófica. El diagnóstico debe ser confirmado por un neurólogo y debe sustentarse en estudios de conducción nerviosa y electromiografía (EMG).

No están cubiertos por esta definición:

- Otras formas de enfermedad de la motoneurona.
- Neuropatía motora multifocal y miositis por cuerpos de inclusión.
- Síndrome post-poliomielítico.
- Atrofia muscular espinal.
- Polimiositis y dermatomiositis.

6. Pago de las prestaciones

6.1. Aviso de siniestro

Se deberá dar aviso de un siniestro, por escrito, al domicilio social del asegurador, lo antes posible, después de haber contraído o desarrollado el asegurado una enfermedad grave, de las previstas en la condición 5 de este seguro complementario, en todo caso, durante un período no superior a tres meses a contar desde la fecha del diagnóstico de la enfermedad.

6.2. Pruebas

No se indemnizará ningún importe pagadero por esta garantía complementaria sin antes haber recibido por parte del asegurado pruebas de la ocurrencia de la enfermedad grave, que incluirán el diagnóstico confirmado por un médico colegiado y nombrado a tal efecto por el asegurador, así como información clínica, radiológica, histológica y de laboratorio aceptables.

6.3. Pago de la prestación

Cumplidos los requisitos previstos en las condiciones 6.1 y 6.2 anteriores, el asegurador procederá a efectuar el pago de la prestación por la cuantía indicada en la condición 1 de este seguro complementario.

6.4. Prestación máxima

La prestación pagadera por el presente seguro complementario no podrá ser superior al importe de 150.000€.

7. Reducción del importe de las coberturas de la póliza

7.1. Una vez pagada la prestación por este seguro complementario, las sumas aseguradas del seguro principal y del resto de seguros complementarios, caso de tenerlos, serán reducidas en el importe pagado en concepto de "enfermedad grave".

Asimismo, la prima del próximo vencimiento se reducirá por el concepto de enfermedad grave y por la reducción que corresponda en el seguro principal y el resto de los seguros complementarios y teniendo en cuenta, si procede, las circunstancias previstas en el punto

7.2. En el supuesto de que, a consecuencia de haber contraído una «enfermedad grave», indemnizable por este seguro complementario, le quedara al asegurado, como secuela, un estado de invalidez, en el grado de absoluta y permanente, el asegurador exonerará al tomador del seguro del pago de sucesivas primas correspondientes a la prestación del seguro principal y al resto de seguros complementarios, si los hubiere, hasta el límite de la prestación máxima prevista en el punto 6.4 del presente seguro complementario, y hasta su vencimiento o hasta el fallecimiento del asegurado si ocurre antes.

7.3. Si el evento contemplado en el punto 7.2, se produjera teniendo el asegurado cubierto el riesgo de la invalidez absoluta y permanente mediante el seguro complementario correspondiente, entonces con arreglo a las condiciones generales de éste último se satisfará el importe del seguro reducido, quedando automáticamente anulada la póliza.

8. Arbitraje

En el supuesto de que el asegurador haya comunicado al asegurado el rechazo del pago de la prestación, por falta de acuerdo en cuanto a que supuestamente no se hayan producido las condiciones mínimas exigidas bajo los términos de la cobertura de este seguro, el asegurado o su representante legal, en su caso beneficiarios y el asegurador se obligan a solventar sus diferencias por medio de dos peritos elegidos uno por cada parte, de acuerdo con lo establecido en los arts. 38 y 39 de la Ley de

Contrato de Seguro.

Comunicaciones

a) Las comunicaciones al asegurador por parte del tomador del seguro, del asegurado o del beneficiario, se realizarán en el domicilio social del asegurador señalado en la póliza.

b) Las comunicaciones que efectúe el tomador del seguro a un agente representante del asegurado, surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado directamente a éste.

c) Las comunicaciones efectuadas por un corredor de seguros al asegurador en nombre del tomador del seguro surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio tomador, salvo indicación en contrario de éste. En todo caso, se precisará el consentimiento expreso del tomador del seguro para suscribir un nuevo contrato o para modificar o rescindir el contrato de seguros en vigor.

d) Las comunicaciones del asegurador al tomador del seguro y, en su caso, al asegurado y al beneficiario, se podrán realizar por correo postal, electrónico o por cualquier otro medio telemático (incluyendo, entre otros, mensajes SMS) que permita verificar su correcta puesta a disposición, en las direcciones o números de teléfono de éstos, recogidos en la póliza, salvo que los mismos hayan notificado al asegurador el cambio de dichas direcciones y/o números de teléfono.

Prescripción

Las acciones derivadas del contrato de seguro prescriben en el plazo de cinco años, a contar desde el momento en que pudieran ejercitarse.

Nulidad del contrato

El contrato de seguro será nulo, salvo en los casos previstos por la ley, si en el momento de su conclusión no existía el riesgo o había ocurrido el siniestro.

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

a) 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.

b) 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).

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.

Instancias de reclamación en caso de conflicto

En virtud de lo dispuesto en la normativa vigente, le informamos sobre los procedimientos que permiten a los clientes y otras partes interesadas, presentar quejas y reclamaciones sobre la entidad.

En este sentido, las discrepancias entre el tomador del seguro, asegurado, partícipe, beneficiario y/o tercer perjudicado según corresponda, y la entidad, sus empleados, agentes de seguros u operadores de banca-seguros, podrán resolverse mediante la presentación de la correspondiente queja o reclamación por escrito ante el Departamento de Atención al Cliente (Avda. Alcalde Barnils, 63 - 08174 - Sant Cugat del Vallés, Barcelona) o por correo electrónico en la dirección defensa.cliente.gco@gco.com, o ante el Defensor Partícipe, en las condiciones y plazos detallados en el Reglamento para la Defensa del Cliente, publicado en la página web oficial, https://www.occident.com en el apartado Defensa del Cliente. En caso de que la queja o reclamación sea inadmitida o desestimada por dichas instancias de reclamación, o de que transcurra un mes desde su presentación sin que la misma haya sido resuelta, y sin perjuicio de poder iniciar la vía administrativa o judicial que considere oportuna, el reclamante podrá dirigirse al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, cuya dirección se encuentra publicada en su página web oficial.

Asimismo, el cliente podrá presentar quejas y reclamaciones, relacionadas con sus intereses y derechos legalmente reconocidos, ante el órgano administrativo competente y conforme al procedimiento establecido en la normativa sobre protección del cliente de los servicios financieros y, en su caso, en la de consumo. Tratándose de quejas y reclamaciones referentes a la actuación de mediadores de seguros residentes o domiciliados en España, será imprescindible acreditar haber formulado previamente la queja o reclamación ante el Departamento de Atención al Cliente, o en su caso, ante el Defensor del Partícipe.

Le informamos que se encuentran detallados en la página web oficial indicada, los diferentes sistemas habilitados para contactar con la entidad.

https://www.occident.com

Órgano de control. Jurisdicción competente

El Estado miembro competente para ejercer el control de la actividad aseguradora es España, siendo la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones la autoridad administrativa competente para ejercer el referido control.

La presente póliza de seguro queda sometida a la jurisdicción española y, dentro de ella, será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas de la misma el del domicilio del asegurado, siendo nulo cualquier pacto en contrario.

Protección de datos personales

En relación con los datos personales, le informamos que el responsable del tratamiento es el Asegurador.

La finalidad principal para la que el Asegurador recaba los datos es la gestión de la relación del titular de los datos personales con el Asegurador y, en caso de emitirse un contrato, dar cumplimiento a las obligaciones contractuales y legales que pudieran resultar de aplicación en cada momento.

Serán objeto de tratamiento los datos personales recogidos antes, durante y con posterioridad a la formalización de un contrato, ya sean según proceda, del tomador, asegurado, partícipe, beneficiario, tercer perjudicado o derechohabiente, que sean precisos para la gestión de la relación contractual, incluidos en su caso los biométricos y de geolocalización. En caso de que los datos sean aportados por persona distinta de su titular, recaerá en el aportante la obligación de trasladar esta información al titular de los datos personales, así como de recabar su consentimiento cuando sea necesario.

Los tratamientos para: (i) la emisión, desarrollo y ejecución del contrato, (ii) el cumplimiento en cada caso de los deberes de ordenación, supervisión, solvencia y previsión social, (iii) la prevención y lucha contra el fraude y el blanqueo de capitales, (iv) la tarificación y selección de riesgos en el seguro, incluyendo si fuera necesaria la elaboración de perfiles y/o la toma de decisiones automatizadas, pudiendo siempre el interesado solicitar la revisión de los resultados por parte de una persona, expresar su punto de vista e impugnar la decisión; están legitimados por la normativa aseguradora y de previsión social que pudiera resultar de aplicación en cada momento.

Le informamos que no se realizarán comunicaciones de sus datos excepto en el caso de que sea necesario para el cumplimiento de la normativa aplicable, la emisión, desarrollo y ejecución del contrato y/o en interés legítimo, en los términos establecidos en la **POLÍTICA DE PRIVACIDAD** publicada en el apartado de la página web, https://www.occident.com .

Como titular de sus datos personales, le asisten los derechos de acceso, rectificación, supresión y derecho al olvido, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad, que podrá ejercitar acreditando su identidad, mediante una comunicación escrita a la Delegada de Protección de Datos a través de su dirección de correo electrónico: dpo@gco.com y/o de la dirección postal de la Entidad.

Asimismo, en el caso de que haber obtenido la autorización específica del interesado, el Asegurador también utilizará los datos para: (i) desarrollar acciones comerciales y remitirle información, incluso

por los medios a distancia disponibles, sobre otros productos y servicios, generales o de forma personalizada, ya sean propios o de otras Entidades pertenecientes al Grupo Catalana Occidente (identificadas en la página web www.gco.com); (ii) mostrarle publicidad personalizada en páginas web, buscadores y redes sociales y (iii) ofrecerle la participación en concursos promocionales; todo ello incluso tras la terminación de la relación con el Asegurador. En cualquiera de los casos señalados, la adaptación de los productos y servicios al perfil del interesado se podrá efectuar sobre la base de análisis de perfiles de comportamiento y riesgo, teniendo en cuenta tanto fuentes internas como de terceros, información de geolocalización, así como información de la navegación por internet o de redes sociales.

https://occident.com/politica-privacidad

Avenida Alcalde Barnils 63, 08174 Sant Cugat del Vallés (Barcelona)

Divergencias entre la solicitud de seguro y la póliza. Subsanación

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el tomador del seguro podrá reclamar al asegurador 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 la reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza (Art. 8 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro)

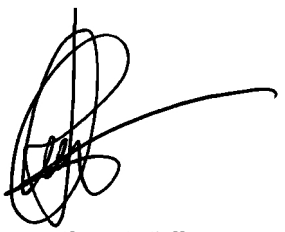
Firma del contrato

Mediante la firma del presente documento, el tomador Julio Aranda Mir declara haber recibido y suscribe, tanto las condiciones generales de la póliza como las condiciones particulares (y condiciones complementarias, si las hubiere) de la misma, dando conformidad a dichas condiciones, cuyo contenido declara conocer y aceptar, **con conocimiento y especial aceptación de sus cláusulas limitativas y exclusiones.**

El tomador igualmente declara haber recibido con anterioridad a la celebración del presente contrato de seguro, información referente a la legislación aplicable a esta póliza y a las diferentes instancias de reclamación utilizables en caso de litigio, así como la nota informativa exigida por el RD 1060/2015 por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, cuyo contenido se corresponde con lo recogido en el presente contrato de seguro.

En Madrid, a 8 de enero de 2024

Por la entidad,



Juan Closa Cañellas
Director general

El tomador

Julio Aranda Mir

Contacte con nosotros por teléfono o WhatsApp

91 783 83 83

Descargue
nuestra *app*

Occident