

| **VIDA RELAX**



LAGUN ARO

LAS PRESENTES CONDICIONES GENERALES (FP6101 / Rev. 03) JUNTO CON LAS PARTICULARES, ESPECIALES Y EL CUESTIONARIO-SOLICITUD FORMAN EN SU CONJUNTO EL CONTRATO DE SEGURO.

SEGUROS LAGUN ARO VIDA sociedad anónima

Domicilio Social: Capuchinos de Basurto, 6 - 2.º
48013 **BILBAO**
Teléfono: 94 479 83 00

Inscrita en el Registro Mercantil de Vizcaya, Tomo 186, Folio 58, Hoja BI 2229 - CIF .: A-20182705

Seguro de Vida Lagun Aro Vida Relax

Condiciones Generales

ÍNDICE

INFORMACIÓN LEGAL	06
DEFINICIONES BÁSICAS DEL SEGURO DE VIDA	07
OBJETO DEL SEGURO DE VIDA	09
EXCLUSIONES GENERALES	10
CUADRO RESUMEN DE GARANTÍAS	12
GARANTIA PRINCIPAL DE OBLIGADA CONTRATACION	13
Fallecimiento	13
GARANTÍAS COMPLEMENTARIAS DE OBLIGADA CONTRATACIÓN	14
Invalidez Permanente Absoluta	14
COMO PROCEDER EN CASO DE:	
FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO	16
INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA DEL ASEGURADO	17
NORMATIVA BASICA DE LA POLIZA	18
Bases de la póliza	18
Comienzo del seguro	20
Limites en la edad de admisión	20
Duración del seguro	20
Limites a la duración del seguro	20
Condiciones para la rescisión del contrato	21
Indisputabilidad	22
Limites del Contrato	22
Error en la edad del Asegurado	22
Modificación de garantías y capitales asegurados	23
Designación y modificación de Beneficiarios	23
Cesión o pignoración de la póliza	23
Extravío o destrucción de la póliza	23

Las primas del seguro	24
- Importe y forma de pago	24
- Fraccionamiento de la prima anual	24
- Plazo de Gracia	24
- Duración del pago de primas	25
- Lugar de pago de las primas	25
Liquidación y pago de las prestaciones	26
- Obligaciones del Beneficiario	26
- Plazos para el pago por parte del Asegurador	26
- Mora en el pago de la prestación	26
- Arbitraje en caso de falta de acuerdo	27
Comunicaciones	28
Prescripción del contrato y jurisdicción aplicable	29
CLAUSULA DE INDEMNIZACIÓN POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS DE LAS PÉRDIDAS DERIVADAS DE ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS EN SEGUROS DE PERSONAS	30
I. RESUMEN DE LAS NORMAS LEGALES	30
1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos	30
2. Riesgos excluidos	31
3. Extensión de la cobertura	32
II. COMUNICACIÓN DE DAÑOS AL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS	32
Teléfonos de interés	33
Notas	34

INFORMACIÓN LEGAL

El presente contrato de seguro se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, en la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, en su Reglamento, regulado por el Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, y demás normativa de desarrollo de estas disposiciones, así como por lo convenido en las condiciones generales, particulares y, en su caso, especiales del propio contrato de seguro.

No tendrán validez las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados que no sean específicamente aceptadas por escrito en las Condiciones Particulares de la póliza. No requerirán esta aceptación las cláusulas que contengan meras transcripciones o referencias a preceptos legales imperativos.

La entidad aseguradora es SEGUROS LAGUN ARO VIDA, S.A., con domicilio social en c/Capuchinos de Basurto, 6-2º. 48013 Bilbao, Vizcaya, España. Inscrita en el Registro Mercantil de Vizcaya al Tomo 186, Folio 58, Hoja BI 2229 - CIF: A-20182705. Puede consultar el informe sobre la situación financiera y de solvencia de la entidad en www.seguroslagunaro.com/informacioncorporativa.

Corresponde a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía el control y supervisión de su actividad.

POLITICA DE PRIVACIDAD

En el documento adjunto a este condicionado el Tomador encontrará la información relativa a la política de privacidad de Seguros Lagun Aro.

DÓNDE RECLAMAR

En caso de litigio, el Tomador del seguro podrá dirigirse **en primer lugar a:**

Con carácter interno, como Servicio de Atención al Cliente, mediante escrito dirigido a:

- Seguros Lagun Aro Vida, S.A.
Servicio de Atención al Cliente
Capuchinos de Basurto, 6 - 2º
48013 Bilbao
www.seguroslagunaro.com
atencioncliente@seguroslagunaro.com

En segundo lugar y si persiste su disconformidad, con carácter externo mediante escrito dirigido a:

- Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones
Servicio de Reclamaciones
Paseo de la Castellana, 44
28046 MADRID
www.dgsfp.mineco.es

Para la admisión y tramitación de reclamaciones ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, será imprescindible acreditar haberlas formulado previamente, por escrito, dirigido al Servicio de Atención al Cliente de Seguros Lagun Aro Vida, S.A.

Este deberá acusar recibo por escrito de las reclamaciones que se les presenten y resolverlas o denegarlas igualmente por escrito y motivadamente. Asimismo el reclamante deberá acreditar que ha transcurrido el plazo de dos meses desde la fecha de presentación de la reclamación sin que haya sido resuelta o que ha sido denegada la admisión de la reclamación o desestimada su petición.

En cualquier caso, siempre puede dirigirse a los Juzgados y Tribunales de Justicia ordinarios.

DEFINICIONES BÁSICAS DEL SEGURO

Entidad Aseguradora. Seguros LAGUN ARO VIDA, S.A., entidad emisora de esta póliza que, mediante el cobro de las primas, asume la cobertura de los riesgos y el pago de las prestaciones aseguradas objeto este contrato, con arreglo a las condiciones de la póliza.

Tomador del Seguro. Persona física o jurídica que suscribe este contrato con la Entidad Aseguradora y a quien corresponden las obligaciones que se deriven del mismo, en especial de pagar la prima pactada, salvo aquellas obligaciones que correspondan expresamente al Asegurado y/o Beneficiario.

Asegurado. Persona física sobre cuya vida se estipula el Seguro. Lo habitual es que coincida con la persona del Tomador, pero no es condición necesaria.

Beneficiario. Persona física o jurídica a favor de quien se concierta el seguro y que tiene, por tanto, derecho a las prestaciones definidas en la póliza. Su designación corresponde al Tomador del seguro, el cual tiene derecho de modificarlo en cualquier momento durante la vigencia del seguro.

Lo habitual es que, salvo para la prestación de fallecimiento, coincida con la persona del Asegurado, pero no es condición necesaria.

Cesión de derechos. Cláusula opcional en favor de una Entidad Crediticia, que el Tomador puede incluir en las Condiciones Particulares de la póliza, y que tiene como fin otorgar garantía a préstamos de los que sea titular. En caso de que se produzca un supuesto de cobertura de la póliza, la Entidad Aseguradora primeramente se hará cargo del pago de la deuda o saldo pendiente de amortizar, siempre como máximo hasta el capital asegurado establecido en Condiciones Particulares, y los excesos respecto a dicho capital asegurado, se satisfará de acuerdo con la designación de beneficiarios establecida también en las Condiciones Particulares de la póliza.

Declaraciones del Asegurado. De forma previa a la contratación de la póliza, la Entidad Aseguradora solicitará al candidato a seguro la cumplimentación de los cuestionarios necesarios para la correcta valoración del riesgo y determinación de las condiciones de aseguramiento.

Estos cuestionarios tienen como fin conocer, además de los datos personales del candidato a seguro, su estado físico y de salud, sus hábitos de vida, la actividad profesional que desempeña y, los deportes y/o actividades que practica en tiempo de ocio, en su caso.

Reconocimiento Médico. En algunos supuestos, en función de la edad del candidato a seguro y del capital asegurado solicitado, la Entidad Aseguradora, también de forma previa a la contratación de la póliza, podrá solicitar la realización de determinadas pruebas médicas, las cuales correrán en todo caso a cargo de la misma, y cuyos resultados serán trasladados a la persona reconocida.

Póliza. Conjunto de documentos en los que se materializa el contrato de seguro y que contiene las condiciones pactadas entre la Entidad Aseguradora y el tomador que lo regulan.

La Entidad Aseguradora emite la póliza o contrato de seguro de acuerdo con la solicitud realizada por el Tomador, basándose en las declaraciones realizadas por el Asegurado y en el resultado de las pruebas médicas, en su caso.

Dichas declaraciones son la base del seguro y forman parte integrante de las Condiciones Particulares de la póliza, documento que identifica el riesgo y refleja los datos individuales y específicos para cada Tomador, y que junto con las Condiciones Generales, donde se establecen los aspectos básicos y generales del seguro, configuran la póliza o contrato de seguro.

Suplementos. Las modificaciones sucesivas que se produzcan durante la vigencia del contrato en las condiciones individuales y específicas de aseguramiento se recogerán a través de los correspondientes suplementos a las Condiciones Particulares de la póliza.

Capital asegurado. Cantidad económica establecida por el Tomador para cada garantía asegurada en las Condiciones Particulares de la póliza y que supone el importe de prestación ante cada supuesto de cobertura de la póliza. El Tomador podrá pactar en Condiciones Particulares que este capital se mantenga constante o que se revalorice anualmente, con el fin de mantener el poder adquisitivo del importe económico de prestación establecido inicialmente. La forma y cuantía en que se revalorizará automáticamente al inicio de cada anualidad de seguro el capital asegurado se recogerá en las Condiciones Particulares de la póliza.

Edad actuarial del Asegurado. La edad correspondiente al cumpleaños más próximo a la fecha de efecto del contrato, por exceso o por defecto.

Duración. La póliza se contrata por años renovables, por lo que la duración es de un año. Sin embargo, si el Tomador no manifiesta lo contrario, la póliza se renovará automáticamente por periodos anuales a partir de cada aniversario de la fecha de efecto del seguro, mediante el pago de la prima que corresponda en cada anualidad de renovación.

La duración de la póliza queda establecida en las Condiciones Particulares y, fuera de ésta, no hay cobertura de seguro.

Prima. Precio o contraprestación del seguro que pagará el Tomador a la Entidad Aseguradora. Se calcula por anualidades completas de seguro a partir de la fecha de efecto de la póliza y será pagadera por anticipado en la fecha de efecto de la póliza y en los sucesivos aniversarios. En el recibo de prima se incluirán los impuestos y recargos legalmente aplicables.

En cada renovación anual se recalculará la prima, teniendo en cuenta la edad alcanzada por el asegurado y el capital asegurado que corresponda en la fecha de renovación. En las Condiciones Particulares de la póliza se establece un anexo con el cuadro de primas netas anuales futuras.

Se posibilita al Tomador del seguro la financiación del pago de la prima anual en periodos inferiores, a cambio del correspondiente recargo por fraccionamiento de acuerdo con la forma de pago elegida.

Accidente. Lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la voluntad ó intencionalidad del asegurado.

OBJETO DEL SEGURO DE VIDA

Qué engloba:



El objeto de este contrato es la cobertura, por parte de la Entidad Aseguradora, de riesgos sobre la vida y/o la integridad física o el estado de salud de la persona asegurada, que hayan sido pactados en las Condiciones Particulares, a cambio del pago por el Tomador del seguro de la prima correspondiente.

En definitiva, se trata de proteger el patrimonio del Beneficiario/s ante circunstancias como el fallecimiento y la invalidez permanente absoluta, originados por, enfermedad o accidente, en cualquier lugar y durante las 24 horas del día, evitando en lo posible que se resienta la estabilidad económica de las personas dependientes y del propio Asegurado.

Así mismo, se pone a disposición de la familia la posibilidad de solicitar un anticipo del capital asegurado, el cual la Compañía abonará de forma inmediata, para que pueda hacer frente a los gastos originados por el fallecimiento (enterramiento o incineración, traslado del cadáver, tramites de gestoría, ...)

Adicionalmente, con la garantía de invalidez también se pretende dotar de medios económicos que posibiliten mejorar la calidad de vida del Asegurado, a través de mejoras de accesibilidad en el domicilio o incluso de tratamientos médico-quirúrgico y rehabilitadores.

EXCLUSIONES GENERALES



Con carácter general y para todas las garantías, la Entidad Aseguradora no cubre las consecuencias originadas o producidas por:

- **Enfermedades, lesiones y/o accidentes originados con anterioridad a la entrada en vigor de esta póliza, aunque las consecuencias se manifiesten durante su vigencia.**
- **Acontecimientos extraordinarios, en general, cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros** como contraprestación del correspondiente recargo obligatorio satisfecho por el Tomador en su favor, de acuerdo con la legislación vigente en el momento del siniestro.
- **Conflictos armados**, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- **Energía, reacción o radiación nuclear y contaminación radioactiva**, ya sea por consecuencia directa o indirecta.
- **Fenómenos extraordinarios de la naturaleza no cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros.**
- Siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de <<**catástrofe o calamidad nacional**>>.



Las siguientes **PROFESIONES** no son objeto de cobertura por las garantías de la póliza:

- **Vigilantes, Escoltas, Militares, Guardia Civil y Policías (Autónoma, Nacional, Municipal, Secreta, Cuerpos especiales, ...) y bomberos**
- **Pilotos y/o tripulantes de aeronaves con objeto comercial o militar**
- **Industria pesquera en general**
- **Manipulación y transporte de explosivos y/o productos radiactivos, inflamables, tóxicos o corrosivos**
- **Minería, cantería, espeleología y plataformas petrolíferas**
- **Trabajos forestales y subacuáticos (Buzos)**
- **Trabajos exteriores ó sobre estructuras sin cerramiento, en alturas superiores a 10 metros (Encofradores, Montadores de andamios, Limpieza de cristales en edificios, Antenistas, Placas solares, Para-rayos, Techadores, Impermeabilizadores, ...)**
- **Deportistas profesionales.**



Se incluye en la cobertura de la póliza la practica de cualquier DEPORTE en calidad de aficionado/amateur/no-profesional que no entrañe riesgo ó peligro para la vida, la salud o la integridad física.



Quedan expresamente excluidas de cobertura por las garantías de la póliza las siguientes actividades deportivas:

- Deportes de nieve en pistas libres no balizadas y/o en circuitos de alta montaña (>3.000 m.) y/o en solitario.
- Moto de nieve y náutica
- Ski acrobático, acuático y saltos de trampolín
- Senderismo/trekking en alta montaña (>3.000 m.)
- Escalada, descenso de cañones, ríos de montaña, cascadas, espeleología,... (rafting/canoying/puenting,...) en solitario ó sin supervisión de monitor.
- Submarinismo nocturno, en solitario, bajo hielo y/o a profundidades superiores a 20 metros.
- Motociclismo y automovilismo
- Deportes aéreos en general
- Deportes náuticos en solitario, y/o en condiciones climatológicas adversas, y/o a más de 1 milla de la costa y/o en zonas rocosas ó de difícil acceso.
- Participación en pruebas ciclistas
- Caza mayor
- Toreo y encierro de reses bravas
- Practica de cualquier deporte en calidad de monitor, entrenador ó preparador
- Labores de guía, salvamento ó rescate



Se incluye dentro de la cobertura de las garantías de la póliza la conducción de MOTO (motocicleta ó ciclomotor) independientemente de la cilindrada.



Quedando expresamente excluida:

- Su practica como deporte amateur o profesional
- La participación en pruebas deportivas
- El uso y conducción de quad y minimotos.

CUADRO RESUMEN DE GARANTÍAS

Las posibilidades de aseguramiento o garantías que el Tomador puede contratar en las Condiciones Particulares de la póliza son las que a continuación se indican:

<p>FALLECIMIENTO</p> <p>Anticipo de 3.000 € de forma inmediata y sin trámites para hacer frente a los gastos derivados del fallecimiento</p>	<p>• En caso de Enfermedad o Accidente</p>	<p>Esta garantía actúa como principal respecto de las demás, siendo obligatoria la contratación de un importe de capital asegurado tanto en caso de enfermedad como de accidente.</p>
<p>INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA</p>	<p>• En caso de Enfermedad o Accidente</p>	<p>Garantía Complementaria de contratación obligatoria. El capital asegurado tanto en caso de enfermedad como de accidente será el mismo que el de la garantía principal.</p>

GARANTÍA PRINCIPAL DE OBLIGADA CONTRATACIÓN

Fallecimiento

Se cubren



→ En caso de que se produzca el fallecimiento del Asegurado, **por enfermedad ó accidente y en cualquier lugar**, la Entidad Aseguradora se compromete a satisfacer al Beneficiario designado, el capital asegurado establecido para esta garantía en las Condiciones Particulares de la póliza.

La Entidad Aseguradora se compromete a satisfacer **3.000 euros con carácter inmediato y sin necesidad de ningún trámite**, en la cuenta bancaria del Tomador establecida para el cobro de las primas en las Condiciones Particulares de la póliza, en calidad de **anticipo sobre el capital asegurado establecido para la garantía principal de fallecimiento**.

Esta garantía actúa como principal respecto de las demás, siendo obligatoria la contratación de un importe de capital asegurado tanto en caso de enfermedad como de accidente.

La duración de la cobertura de esta garantía principal de fallecimiento será la que figure en las Condiciones Particulares, cesando automáticamente su cobertura en los siguientes supuestos:

- Si el Asegurado resultase afectado por una **Invalidez Permanente Absoluta**.
- Al finalizar la anualidad de seguro dentro de la cual el Asegurado cumpla la edad de **70 años**.

No se cubren



Adicionalmente a las exclusiones generales de la póliza,

- **Enfermedades, lesiones y/o accidentes originados con anterioridad a la entrada en vigor de esta póliza, aunque las consecuencias se manifiesten durante su vigencia.**
- El **suicidio durante el primer año** de vigencia del Contrato de Seguro. A estos efectos, se entiende por suicidio la muerte causada consciente y voluntariamente por el propio Asegurado.

Transcurrido este plazo de un año se cubre el mencionado riesgo de suicidio.

GARANTÍAS COMPLEMENTARIAS DE CONTRATACIÓN OBLIGATORIA

Invalidez Permanente Absoluta

Se cubren



En caso de que el Asegurado resulte afectado por una Invalidez Permanente Absoluta, **por enfermedad ó accidente** y en **cualquier lugar**, la Entidad Aseguradora se compromete a satisfacer al Beneficiario designado, el capital asegurado establecido para esta garantía en dichas Condiciones Particulares de la póliza.

El capital contratado para esta garantía tanto en caso de enfermedad como de accidente será el mismo que el de la garantía principal de Fallecimiento.

A los efectos de este seguro se entiende por Invalidez Permanente Absoluta la **situación física irreversible** provocada por accidente o enfermedad **originada independientemente de la voluntad del Asegurado** y determinante de la **ineptitud de éste para el mantenimiento permanente de cualquier relación laboral o actividad profesional**.

El pago de la prestación por la garantía complementaria de Invalidez Permanente Absoluta, tras la correspondiente comprobación y aceptación por la Compañía, conlleva la automática anulación de la póliza.

La duración de la cobertura de esta garantía complementaria de Invalidez Permanente Absoluta será la que figure en las Condiciones Particulares, cesando automáticamente su cobertura en los siguientes supuestos:

- Por **fallecimiento** del Asegurado.
- Al finalizar la anualidad de seguro dentro de la cual el Asegurado cumpla la edad de **65 años**.
- Por **pago del capital asegurado** garantizado en dicha garantía complementaria.

No se cubren



Adicionalmente a las exclusiones generales de la póliza, son de aplicación todas las exclusiones particulares:

- Enfermedades, lesiones y/o accidentes **originados con anterioridad a la entrada en vigor de esta póliza, aunque las consecuencias se manifiesten durante su vigencia.**
- Las enfermedades ó accidentes causadas **voluntariamente por el Asegurado.**
- Las enfermedades ó su agravamiento causadas por **incumplimiento o desatención de las prescripciones médicas y/o tratamiento pautado.**
- Los accidentes o enfermedades que sobrevengan al Asegurado por encontrarse en **situación de enajenación mental o intoxicado por el consumo de drogas o estupefacientes o en estado de embriaguez**, a cuyos efectos se considera tal estado cuando el **grado de alcohol en sangre sea superior a la tasa establecida legalmente (actualmente la genérica es de 0,50 gramos por 1.000 centímetros cúbicos y para profesionales y noveles de 0,30 gramos por 1.000 centímetros cúbicos)**, o cuando el Asegurado sea sancionado o condenado por este motivo.
- Los accidentes ocurridos por participación del Asegurado en **pruebas deportivas de cualquier clase**, ocupando el vehículo como **piloto, copiloto o simple pasajero.**
- Las consecuencias de un **acto de imprudencia o negligencia grave del Asegurado**; así como los derivados de la participación de éste en **actos delictivos, apuestas, duelos o riñas**, siempre que en este último caso no haya actuado en legítima defensa o en tentativa de salvamento de personas o bienes.

CÓMO PROCEDER EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO

→ Para que la Entidad Aseguradora proceda al ingreso en la cuenta corriente del Tomador del **anticipo de capital destinado a gastos derivados del fallecimiento** garantizado por la póliza, será suficiente con la mera notificación del fallecimiento del Asegurado por parte de la familia o personas interesadas a la Entidad Aseguradora a través de cualquiera de los medios que pone a disposición al efecto (Laguntel 902 38 08 38, sucursal ó medidor).

→ Para que la Entidad Aseguradora tramite la prestación garantizada a través de la **garantía principal de fallecimiento**, el Beneficiario o Beneficiarios deberán aportar los siguiente documentos:

→ **Fotocopia del D.N.I. o del certificado de nacimiento del Asegurado.**

→ **Certificado de defunción del Asegurado.**

→ **Informe del médico** que haya asistido al Asegurado en su última enfermedad, en el que se detallaran las **causas y circunstancias del fallecimiento**, así como los **antecedentes de salud** del Asegurado **con su fecha** de debut correspondiente.

→ **En caso de que el fallecimiento del Asegurado sea causado por un ACCIDENTE**, en lugar de informe médico puede ser suficiente el **atestado o las diligencias judiciales**, donde se reflejen las causas y circunstancias que lo han producido.

Adicionalmente, y dependiendo de la naturaleza y características del suceso, puede requerirse:

- **Informe de autopsia,**
- **Informe toxicológico del I.N.T.** (Instituto Nacional de Toxicología).

→ **Documentos que acrediten la identidad del o de los Beneficiarios:**

- **Fotocopia del D.N.I.** de cada uno de los **Beneficiarios** o de **documento sustitutivo** (N.I.F., Pasaporte, Permiso de Residencia,...).
- Si la designación se concreta en “cónyuge”, “descendientes”, “hermanos” y/o “ascendientes”, adicionalmente se presentará **fotocopia del Libro de Familia** correspondiente para acreditar la relación de parentesco.
- Si la designación fuera “Herederos Legales” se presentará, adicionalmente, fotocopia del **Certificado del Registro de Actos de Últimas Voluntades y Testamento.**

→ Cuando el Tomador sea persona distinta del Beneficiario, **Carta de pago del Impuesto de Sucesiones y Donaciones o su exención**, debidamente cumplimentada por la delegación de Hacienda que corresponda.

CÓMO PROCEDER EN CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA DEL ASEGURADO

En caso de que al Asegurado se vea afectado por una Invalidez Permanente Absoluta, deberá notificarlo a la Compañía Aseguradora, aportando los siguiente documentos:

- **Fotocopia del D.N.I.** o del **certificado de nacimiento del Asegurado.**
- **Resolución de los órganos competentes de la Seguridad Social** que determine el **grado de invalidez** concedido al Asegurado, sus **causas y circunstancias**, así como los **antecedentes de salud fechados** y su **evolución.**
- En caso de no existencia de dicha Resolución de la Seguridad Social, **Informe médico** que se detalle las **causas y circunstancias** que justifican la invalidez permanente del Asegurado, así como los **antecedentes de salud con su fecha de debut** correspondiente y evolución.
- **Información clínica, radiológica, histológica y de laboratorio** que se precise en cada caso concreto.
- El Asegurado permitirá la **realización por los servicios médicos de la Entidad Aseguradora de los reconocimientos y pruebas médicas** que se consideren oportunos.
- En caso de que la situación invalidante del Asegurado sea originada por un **ACCIDENTE**, puede requerirse adicionalmente **atestado** o **diligencias judiciales**, donde se reflejen las causas y circunstancias que lo han producido.

NORMATIVA BÁSICA DE LA PÓLIZA

Bases de la póliza

La presente póliza de seguro de vida y sus condiciones se concertan en base a las declaraciones formuladas por el Tomador y por el Asegurado en la solicitud de seguro, así como en las declaraciones de salud y reconocimientos médicos requeridos en su caso, formando todo ello parte integrante del contrato.

Dichas declaraciones han determinado la aceptación y valoración del riesgo por la Compañía aseguradora y, por tanto, el cálculo de la prima correspondiente.

Los requisitos y condiciones de asegurabilidad se determinarán de acuerdo a las especificaciones de las bases técnicas de la Compañía Aseguradora y el cumplimiento de las mismas se comprobará a través de las declaraciones del Tomador y del Asegurado mencionadas en el párrafo anterior.

Si el Tomador y/o el Asegurado al formular estas declaraciones incurrieran en reserva, inexactitud o falta de veracidad respecto a las circunstancias por él conocidas que pudiesen influir en la aceptación y valoración del riesgo, se aplicarán las reglas siguientes:

La Compañía Aseguradora podrá rescindir el contrato de acuerdo con lo dispuesto en la Ley, mediante declaración dirigida al Tomador en el plazo de un mes, a contar desde el conocimiento de la reserva o inexactitud. Corresponderán a la Compañía las primas relativas al periodo de seguro en curso en el momento que haga esa declaración.

Si el siniestro sobreviene antes de que la Compañía efectúe dicha declaración, la indemnización se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

Si medio dolo o culpa grave por parte del Tomador y/o del Asegurado, la Compañía podrá impugnar la validez de la presente póliza, quedando liberada del pago de la indemnización.

Comienzo del seguro

Las garantías del seguro entrarán en vigor con carácter inmediato en la fecha indicada en las Condiciones Particulares de la póliza, es decir, sin periodo de carencia, siempre que el Tomador haya satisfecho el primer recibo de prima.

Limites en la edad de admisión

La edad mínima del Asegurado para la contratación de la póliza se establece en 18 años y la máxima en 55 años, ambos incluidos.

Duración del seguro

La duración del seguro a efectos del cálculo de la prima es por 5 años, transcurridos los cuales, si el Tomador no manifiesta lo contrario mediante notificación escrita a la Compañía Aseguradora al menos con un mes de antelación, el seguro se prorrogará automáticamente por otros 5 años.

No obstante, la póliza se contrata por años renovables y si el Tomador del Seguro no manifiestare lo contrario mediante notificación escrita a la Compañía Aseguradora al menos con un mes de antelación al vencimiento de la anualidad en curso, la póliza se renovará automáticamente por periodos anuales a partir de cada aniversario de la fecha de efecto del seguro, mediante el pago de la prima que corresponda en la anualidad de renovación.

Limites a la duración del seguro

→ El plazo de duración para la garantía de INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA tendrá como límite la anualidad de seguro dentro de la cual el Asegurado cumpla los 65 años de edad, en cuyo final dicha garantía quedará automáticamente anulada de la cobertura de la póliza.

→ El plazo de duración para la garantía de FALLECIMIENTO tendrá como límite la anualidad de seguro dentro de la cual el Asegurado cumpla los 70 años de edad, en cuyo final la póliza quedará automáticamente anulada.

Condiciones para la rescisión del contrato

→ El **Tomador** tiene la facultad unilateral de resolver el contrato dentro del plazo de los **30 días** siguientes a la fecha en que el Asegurador le entregue la póliza o un documento de cobertura provisional.

Tal facultad deberá ejercitarse por escrito expedido por el Tomador del seguro en el plazo indicado y producirá sus efectos desde el día de su expedición, momento en el cual cesará la cobertura del riesgo por parte del Asegurador.

El Tomador del seguro tendrá derecho a la devolución de la prima que hubiera pagado, salvo la parte correspondiente al tiempo en que el contrato hubiera tenido vigencia y la parte correspondiente a los impuestos y recargos legalmente repercutibles.

→ Así mismo, el **Tomador** del seguro podrá solicitar la rescisión del contrato de seguro al final de cada anualidad de seguro. Esta comunicación deberá realizarla el Tomador del seguro por escrito y debidamente firmada por el mismo, al menos **con 1 mes de antelación** a la renovación anual del seguro.

→ La **Compañía Aseguradora** puede rescindir el contrato de seguro por las causas siguientes:

- Durante el primer año de seguro, por la reserva o inexactitud del Tomador del seguro en las declaraciones del riesgo asegurado. Para ello la Aseguradora tiene un plazo de un mes desde el conocimiento de la misma para comunicar la rescisión.
El plazo de un año no regirá si el Tomador del seguro ha actuado con dolo y/o culpa grave.
- Si la edad del Asegurado es inexacta y la verdadera edad excede de los límites de contratación establecidos en estas Condiciones Generales.
- Por impago de la primera prima y para la segunda prima y sucesivas, cuando sean impagadas y se extinga la póliza por transcurso del plazo.

En ningún caso la Compañía Aseguradora procederá a la anulación de la póliza por deterioro ó agravamiento del estado de salud del Asegurado respecto a la situación inicial reflejada en la Declaración de Salud consignada en las Condiciones Particulares de la póliza en el momento de la contratación, por constituir el objeto del presente seguro.

Indisputabilidad

El Tomador podrá recabar al Asegurador en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza, para que se subsanen las divergencias entre ésta y la solicitud de seguro o de las cláusulas acordadas. Transcurrido dicho plazo sin efectuar dicha reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza.

Esta póliza no se podrá impugnar una vez transcurrido un año a partir de la formalización de la misma, adquiriendo en tal momento el carácter de indisputable, salvo plazo más breve convenido en las Condiciones Particulares.

No obstante, cuando para la adhesión al seguro se exija como requisito indispensable reconocimiento médico, la póliza será indisputable desde su toma de efecto.

Limites del Contrato

La Entidad Aseguradora renuncia a ejercitar los siguientes derechos unilaterales: cancelar el contrato, rechazar las primas pagaderas en virtud del contrato y modificar las tarifas de prima o las prestaciones que deben satisfacerse en virtud del contrato, manteniendo únicamente el derecho a modificarlas a nivel de cartera, siempre que tal modificación sea originada por una desviación material de la siniestralidad y gastos totales de esa cartera, pudiendo en ese caso el Tomador oponerse a la renovación si no está conforme con la modificación efectuada.

A los efectos del ejercicio de dicho derecho de retarificación colectiva en el apartado de Limites del Contrato que se incluye en la Nota Informativa de las Condiciones Particulares se especifica el alcance, definición y límites al ejercicio de dicho derecho de revisión de tarifa.

Error en la edad del Asegurado

A los efectos de esta póliza de seguro, se considera la edad que corresponde al cumpleaños más cercano, por exceso o por defecto, a la fecha de efecto de la póliza.

La Compañía Aseguradora podrá impugnar el contrato si en el momento de la entrada en vigor del mismo, la verdadera edad del Asegurado excediera del límite de admisión establecido en las presentes Condiciones Generales. En este caso, las primas percibidas hasta el momento de la impugnación, sin impuestos ni recargos legalmente repercutibles, serán devueltas por el Asegurador.

Si en el momento de entrar en vigor la póliza el Asegurado tenía edad superior a la declarada, el Asegurador pagará únicamente los capitales asegurados que mediante la prima pagada hubiesen correspondido de aplicar el tipo de prima correspondiente a la verdadera edad de dicho Asegurado.

Si, por el contrario, resultare una diferencia de edad en favor del Asegurado, el Asegurador devolverá el exceso de primas cobradas **sin intereses**.

Modificación de Garantías y Capitales asegurados

→ Si el Tomador desea modificar las garantías y capitales asegurados consignados en las Condiciones Particulares, **excluyendo ó reduciendo** los mismos, deberá comunicárselo a la Compañía Aseguradora al menos con **un mes de antelación al vencimiento anual de la póliza**.

→ Si el Tomador desea modificar los capitales asegurados consignados en las Condiciones Particulares, **umentando** los mismos, deberá comunicárselo a la Compañía Aseguradora al menos con **un mes de antelación a la prorrogación quinquenal de la póliza**, la cual en base a las declaraciones formuladas por el Tomador y por el Asegurado en dicha solicitud de ampliación, valorará el incremento de riesgo propuesto, **determinando su aceptación ó rechazo** y, en su caso, las **condiciones de aseguramiento** y la **prima** correspondiente, siendo de aplicación lo establecido en el apartado **Bases de la póliza** de estas Condiciones Generales.

Designación y modificación de Beneficiarios

La designación de beneficiarios es un derecho exclusivo del Tomador del seguro, que podrá efectuarse en las Condiciones Particulares de la póliza, en una posterior declaración escrita comunicada al Asegurador o bien en testamento.

Durante la vigencia del contrato, el Tomador puede designar Beneficiario o modificar la designación realizada, salvo que el Tomador haya renunciado expresamente y por escrito a tal facultad.

La revocación o designación de un nuevo Beneficiario deberá hacerse en la misma forma utilizada para la designación.

Si en el momento del fallecimiento no hubiese Beneficiario concretamente designado, ni reglas para su determinación, el capital asegurado formará parte integrante del patrimonio del Tomador.

Cesión o pignoración de la póliza

El Tomador podrá, en todo momento, ceder o pignorar la póliza siempre que no haya sido designado Beneficiario con carácter irrevocable.

La cesión o pignoración de la póliza implica la revocación del Beneficiario.

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

Extravío o destrucción de la póliza.

En caso de extravío de la póliza, el Asegurador, a petición del Tomador, del Beneficiario o del Asegurado, tendrá obligación de expedir copia o duplicado de la misma, la cual tendrá idéntica eficacia que la original. La petición se hará por escrito en el que se expliquen las circunstancias del caso, se aporten las pruebas de haberlo notificado a quienes resulten titulares de algún derecho en virtud de la póliza y el solicitante se comprometa a devolver la póliza original si apareciese y a indemnizar al Asegurador de los perjuicios que le irrogué la reclamación de un tercero.

Las primas del seguro

Importe y forma de pago

La prima correspondiente a esta póliza, junto con los impuestos y recargos legalmente repercutibles, será pagadera por anticipado en la fecha de efecto y en los sucesivos aniversarios, según lo establecido en las Condiciones Particulares de la póliza.

En las Condiciones Particulares de la póliza se anexa el cuadro de primas anuales futuras.

Las tarifas son calculadas en función de la edad alcanzada por el Asegurado, de acuerdo con las bases técnicas establecidas por el Asegurador para el cálculo de la prima. De esta forma, este seguro no realiza prácticas discriminatorias ya que se rige por unas tablas de mortalidad establecidas por la legislación vigente y todos los factores que tiene en cuenta para el cálculo del riesgo tienen una influencia estadísticamente comprobada.

Dichas bases técnicas y métodos de cálculo de la prima del seguro se ponen a disposición del Tomador y de cualquier otra persona interesada.

La prima neta anual (sin recargos ni impuestos legalmente repercutibles) se mantendrá constante durante las 5 primeras anualidades de seguro que constituye la vigencia temporal de la póliza. En cada prórroga plurianual por otros 5 años, sé recalculará la prima anual, teniendo en cuenta la edad alcanzada por el Asegurado y el capital asegurado, la cual se mantendrá constante durante dicho plazo.

Fraccionamiento de la prima anual

El Tomador del seguro podrá pactar en las Condiciones Generales de la póliza fraccionar el pago de la prima anual en periodos inferiores a cambio de correspondiente recargo por fraccionamiento, en cada caso, el cual también se establecerá en dichas Condiciones Particulares de la póliza.

Las posibilidades de forma de pago que ofrece la Compañía Aseguradora para mayor comodidad del Tomador, son:

Mensual, Bimestral, Trimestral, Cuatrimestral y Semestral.

A la renovación anual de la póliza el Tomador podrá modificar libremente la forma de pago de prima elegida inicialmente, mediante suplemento a las Condiciones Particulares de la póliza.

Plazo de Gracia

Para el pago de las primas se concederá un plazo de gracia de 30 días después del vencimiento de cada una de ellas, a partir de la segunda, conservando la póliza su vigor durante dicho plazo.

Transcurrido dicho plazo, la cobertura del Asegurador quedará suspendida un mes después del día de su vencimiento siempre que la póliza no tenga reconocidos valores garantizados.

Si el Asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que la póliza quedará extinguida.

Cuando la póliza esté en suspenso, el Asegurador sólo podrá exigir el pago de la prima del periodo en curso. Si la póliza no hubiere sido resuelta o extinguida, conforme a lo anteriormente expuesto, la cobertura volverá a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el Tomador del seguro pague la prima.

Duración del pago de primas

Salvo pacto en contrario, las primas serán pagaderas mientras la póliza se halle vigente, en cada fecha de vencimiento de pago de primas, de conformidad con lo establecido en las Condiciones Especiales y Particulares.

Lugar de pago de las primas

Las primas del seguro deberán satisfacerse los días de vencimiento fijados en la póliza y su pago se realizará en el domicilio del Tomador del seguro o en el pactado en las Condiciones Particulares de la póliza.

Al satisfacer la prima será entregado un recibo en el que se detallará: periodo al que corresponde la prima, su importe y los impuestos y recargos legalmente repercutibles.

Se establece de forma obligatoria la domiciliación bancaria de los recibos de prima, siendo de aplicación las siguientes normas:

- El Tomador entregará al Asegurador carta dirigida al establecimiento bancario, Caja de Ahorros o Entidad de financiación, dando la orden oportuna al efecto.
- La prima se entenderá satisfecha a su vencimiento, salvo que intentando el cobro dentro del plazo de gracia de un mes no existiesen fondos suficientes en la cuenta del obligado a pagarla. En este caso, el Asegurador notificará al Tomador que tiene el recibo a su disposición en el domicilio del Asegurador, y vendrá obligado a satisfacer la prima en dicho domicilio.
- Si el Asegurador dejase transcurrir el plazo de gracia sin presentar el recibo al cobro, o al hacerlo no existiesen fondos suficientes en la cuenta, aquél deberá notificar tal hecho al Tomador, por carta certificada o un medio indubitado, concediéndole nuevo plazo de un mes para que comunique al Asegurador la forma en que satisfará su importe. Este plazo se computará desde la recepción de la expresada carta o notificación en el último domicilio comunicado al Asegurador.

Liquidación y pago de las prestaciones

Obligaciones del Beneficiario

Para el pago de la prestación o capital asegurado con cargo a esta póliza, el Beneficiario deberá aportar los documentos justificativos que se exigen en estas Condiciones Generales, en cada caso.

Plazos para el pago por parte del Asegurador

El Asegurador estará obligado a satisfacer el capital asegurado al término de las investigaciones y comprobaciones necesarias para establecer la existencia y cobertura del siniestro por las garantías de la póliza. Para ello, también podrá recabar informes o pruebas complementarias a sus expensas.

Una vez recibidos los documentos justificativos, según sea el caso, y demostrada la identidad personal del Beneficiario, el Asegurador pagará o consignará al Beneficiario, en el plazo máximo de **5 días**, el capital asegurado y, en cualquier caso, dentro de los **40 días** a partir de la recepción de la declaración del siniestro el importe mínimo de lo que el Asegurador pueda deber según las circunstancias por él conocidas.

Mora en el pago de la prestación

Se entenderá que el Asegurador incurre en mora cuando no hubiere cumplido su prestación en el plazo de **3 meses** desde la producción del siniestro o no hubiere procedido al pago del importe mínimo de lo que pueda deber dentro de los cuarenta días a partir de la recepción de la declaración del siniestro.

Si el Asegurador incurriere en mora, la indemnización de daños y perjuicios, no obstante de entenderse válidas las cláusulas contractuales que sean más beneficiosas para el Asegurado, se ajustará a las siguientes reglas:

I. La indemnización por mora se impondrá de oficio por el órgano judicial y consistirá en el pago de un interés anual igual al del interés legal del dinero vigente en el momento en que se devengue, incrementado en el 50%.

Estos intereses se considerarán producidos por días, sin necesidad de reclamación judicial. No obstante, transcurridos dos años desde la producción del siniestro, el interés anual no podrá ser inferior al 20%.

II. Será base inicial de cálculo la indemnización debida, o bien el importe mínimo de lo que el Asegurador pueda deber.

III. Será término inicial del cómputo de dichos intereses la fecha del siniestro. No obstante, si por el Tomador del seguro, el Asegurado o el Beneficiario no se ha cumplido el deber de comunicar el siniestro dentro del plazo fijado en la póliza o, subsidiariamente, en el de siete días de haberlo conocido, el término inicial del cómputo será el día de la comunicación del siniestro.

IV. Será término final del cómputo de intereses:

En los casos de falta de pago del importe mínimo de lo que el asegurador pueda deber, el día en que con arreglo al número precedente comiencen a devengarse intereses por el importe total de la indemnización, salvo que con anterioridad sea pagado por el Asegurador dicho importe mínimo, en cuyo caso será término final la fecha de este pago.

En los restantes supuestos será término final el día en que efectivamente satisfaga la indemnización al Beneficiario.

V. No habrá lugar a la indemnización por mora del Asegurador cuando la falta de satisfacción de la indemnización o de pago del importe mínimo esté fundada en una causa justificada o que no le fuere imputable.

VI. En la determinación de la indemnización por mora del Asegurador no será de aplicación lo dispuesto en el artículo 1108 del Código Civil, ni lo preceptuado en el párrafo cuarto del artículo 921 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, salvo las previsiones contenidas en este último precepto para la revocación total o parcial de la sentencia.

Cuando la compañía aseguradora decida rehusar un siniestro en base a las normas de la póliza, deberá comunicarlo por escrito al Tomador en el plazo de siete días a contar desde la fecha en que hubiere tenido conocimiento de la causa en que fundamentalmente el rehúse, expresando los motivos del mismo.

Procedimiento de actuación en caso de falta de acuerdo (Arbitraje)

→ Si no se lograra un acuerdo dentro del plazo de **40 días** a partir de la recepción de la declaración del siniestro, por no aceptar el Tomador la proposición indemnizatoria de la Compañía, cada parte designará un Perito, debiendo constar por escrito la aceptación de éstos. Si una de las partes no hubiera hecho la designación, estará obligada a realizarla en los ocho días siguientes a la fecha en que sea requerida por la que hubiere designado el suyo, y de no hacerlo en este último plazo se entenderá que acepta el dictamen que emita el Perito de la otra parte, quedando vinculado por el mismo.

→ En caso de que los Peritos lleguen a un acuerdo, se reflejará en un acta conjunta, en la que se harán constar las causas del siniestro, las demás circunstancias que influyan en la determinación de la indemnización y la propuesta del importe líquido de la indemnización.

→ Cuando no haya acuerdo entre los Peritos, ambas partes designarán un tercer Perito de conformidad, y de no existir ésta, la designación se hará por el Juez de Primera Instancia del domicilio del Asegurado, en acto de jurisdicción voluntaria y por los trámites previstos para la insaculación de Peritos en la Ley de Enjuiciamiento Civil. En este caso el dictamen pericial se emitirá en el plazo señalado por las partes o, en su defecto, en el de treinta días, a partir de la aceptación de su nombramiento por el Perito tercero.

→ El dictamen de los Peritos, por unanimidad o por mayoría, se notificará a las partes de manera inmediata y en forma indubitada, siendo vinculante para éstos, salvo que se impugne judicialmente por alguna de las partes, dentro del plazo de **30 días**, en el caso del Asegurador y **180 días** en el del Asegurado, computados ambos desde la fecha de su notificación.

Si no se interpusiese en dichos plazos la correspondiente acción, el dictamen pericial devendrá inatacable.

→ Si el dictamen de los Peritos fuera impugnado, el Asegurador deberá abonar el importe mínimo de la indemnización que el Asegurador pueda deber, y si no lo fuera abonará el importe señalado por los Peritos en un plazo de cinco días.

→ En el supuesto de que por demora del Asegurador en el pago del importe de la indemnización devenida inatacable el Asegurado se viere obligado a reclamarlo judicialmente, la indemnización correspondiente se verá incrementada en un 20% anual, que, en este caso, empezará a devengarse desde que la valoración devino inatacable para el Asegurador y, en todo caso, con el importe de los gastos originados al Asegurado por el proceso, a cuya indemnización hará expresa condena la sentencia, cualquiera que fuere el procedimiento judicial aplicable.

→ Cada parte satisfará los honorarios de su Perito. Los de Perito tercero y demás gastos que ocasione la tasación pericial serán de cuenta y cargo por mitad del Asegurado y del Asegurador.

No obstante, si cualquiera de las partes hubiera hecho necesaria la peritación por haber mantenido una valoración del siniestro manifiestamente desproporcionada, será ella la única responsable de dichos gastos.

→ Si el Asegurado estuviera sometido a la Jurisdicción Laboral, se considerará derogado este procedimiento de Arbitraje a través de peritos y, el pago de indemnizaciones será efectuado por la Compañía cuando sea firme la resolución del Equipo de Evaluación de incapacidades de la Seguridad Social correspondiente y dicho organismo no establezca su previsible revisión por mejora, siempre que la incapacidad profesional declarada alcance el grado establecido en las Condiciones Particulares de la póliza.

Comunicaciones

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

Las comunicaciones que efectúe el Tomador del seguro al agente de seguros que medie o que haya mediado en el contrato surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado directamente a la entidad aseguradora.

Las comunicaciones del Asegurador al Tomador, se realizarán en el último domicilio comunicado, que estará recogido en la póliza.

Prescripción del contrato y jurisdicción aplicable

El plazo de prescripción de las acciones que se deriven de la presente póliza, será de **cinco años** contados desde el día en que pudieran ejercitarse.

La presente póliza de seguro quedará 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. Si el Asegurado tuviese establecido su domicilio habitual en el extranjero deberá designar uno en España.

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.

I. RESUMEN DE LAS NORMAS LEGALES

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

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

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

2. Riesgos excluidos

- a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
- b) Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.
- c) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- d) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 12/2011, de 27 de mayo, sobre responsabilidad civil por daños nucleares o producidos por materiales radiactivos.
- e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el apartado 1.a) anterior y, en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.
- f) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios de los señalados en el apartado 1.b) anterior.
- g) Los causados por mala fe del asegurado.
- h) Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.
- i) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de «catástrofe o calamidad nacional».

3. Extensión de la cobertura

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

II. 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 ó 952 367 042).

A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (www.conorseguros.es).

3. Valoración de los daños: La valoración de los daños que resulten indemnizables con arreglo a la legislación de seguros y al contenido de la póliza de seguro se realizará por el Consorcio de Compensación de Seguros, sin que éste quede vinculado por las valoraciones que, en su caso, hubiese realizado la entidad aseguradora que cubriese los riesgos ordinarios.
4. Abono de la indemnización: El Consorcio de Compensación de Seguros realizará el pago de la indemnización al beneficiario del seguro mediante transferencia bancaria.

Teléfonos de interés

Teléfono de emergencia 112

LAGUNTEL 944 94 74 28

AUTOMÓVIL

HOGAR

AHORRO PREVISIÓN

VIDA

ACCIDENTES

SALUD

NEGOCIO

BAJA DIARIA