

El presente contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, así como por 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, y por las demás normas españolas reguladoras de los seguros privados. Así mismo se rige por lo convenido en la póliza.

Capítulo I. Definiciones

Asegurado: la persona física sobre la que se estipula el seguro.

Capital o suma asegurada: la cantidad fijada en cada una de las coberturas de la póliza, que constituye el límite máximo de indemnización a pagar por el asegurador en caso de siniestro.

Asegurador: es quien asume la cobertura de los riesgos, según lo convenido en el contrato.

Fecha de vencimiento: es la fecha en que el contrato quedará extinguido por haber transcurrido el plazo convenido en el mismo.

Póliza: es el documento que contiene las condiciones del seguro. Está compuesta, de forma inseparable, por estas Condiciones Generales, las Particulares y, en su caso, las Especiales, así como por los suplementos que modifiquen o complementen a los anteriores.

Tomador del seguro: persona física que, junto con el asegurador, suscribe el contrato.

Capítulo II. Tramitación de siniestros

1. Documentación que deberá ser aportada en caso de siniestro por accidente

A falta de previsión en las condiciones particulares, el beneficiario deberá aportar los siguientes documentos en caso de siniestro por accidente para que el asegurador pueda abonar la indemnización:

a) En el caso de muerte del asegurado:

- Los que acrediten la personalidad y, en su caso, la condición de beneficiario, así como el Número de Identificación Fiscal.

- Certificado literal de defunción del asegurado.

- Las certificaciones médicas, historial clínico o informe de asistencia que acrediten las causas del fallecimiento y la fecha en que se produjo el accidente causante del siniestro y los posibles antecedentes médicos.

- En su caso, el testimonio de las actuaciones o diligencias judiciales, o documentos que las acrediten, y el informe de la autopsia expedido por el médico forense.

- Documento que acredite la liquidación, si es necesaria, del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones. Con este fin, el asegurador emitirá el correspondiente certificado para el pago del mismo.

- El certificado expedido por el Registro de Actos de Última Voluntad y, en su caso, la copia del último testamento del asegurado, el Acta de Notoriedad o al auto judicial de declaración de herederos abintestato.

- Cualquier otro documento o medio de prueba que precise el asegurador para la determinación de la existencia del siniestro, o por otra justa causa.

b) En el caso de invalidez absoluta y permanente o invalidez permanente parcial:

- Los que acrediten la personalidad y, en su caso, la condición de beneficiario, así como el Número de Identificación Fiscal.

- La partida de nacimiento del asegurado.

- Las certificaciones médicas, historial clínico o informe de asistencia que acrediten el estado de invalidez permanente especificando concretamente las secuelas padecidas por el asegurado, y la fecha en que se produjo el accidente causante del siniestro y los posibles antecedentes médicos.

- Cualquier otro documento o medio de prueba que precise el asegurador para la determinación de la existencia del siniestro, o por otra justa causa.

2. Anticipo en caso de muerte por accidente para el pago del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones

Acreditada la condición de beneficiario, y el derecho al cobro de la prestación, a solicitud del mismo, el asegurador anticipará al beneficiario el importe que corresponda para el pago del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones, con sujeción a los requisitos establecidos en la normativa del impuesto y con el máximo del capital asegurado.

3. Anticipo en caso de muerte por accidente para el reembolso de gastos de sepelio

Acreditada la condición de beneficiario, y el derecho al cobro de la prestación, a solicitud del mismo, el asegurador anticipará al beneficiario el importe que corresponda a los gastos de sepelio satisfechos debidamente acreditados, y con el límite indicado en las condiciones particulares.

4. Resolución pericial del siniestro

En caso de desacuerdo entre el asegurador y el beneficiario sobre la cobertura de un siniestro, ambos se someterán y aceptarán por escrito el dictamen de un perito médico, de acuerdo con el siguiente procedimiento:

El asegurador nombrará a un perito médico y el beneficiario, a otro. Cada parte satisfará los honorarios de su perito. Si uno de los dos no nombra ninguno en los ocho días siguientes a la fecha en que sea requerido por la otra parte que hubiese designado el suyo, se entenderá que acepta el dictamen del perito nombrado por la otra parte, quedando vinculado por el mismo.

Los desacuerdos entre peritos se solucionarán por un tercer perito médico nombrado por ambas partes. Si no llegasen a un acuerdo, la designación la efectuará el juez de primera instancia adscrito al domicilio del beneficiario. El dictamen pericial se emitirá en el plazo señalado por las partes o, en su defecto, en el plazo de 30 días a partir de su nombramiento. Los honorarios del tercer perito se abonarán a partes iguales.

El dictamen de los peritos será vinculante para las partes, salvo que se impugne judicialmente por alguna de las partes, dentro del plazo de treinta días en el caso del asegurador y de ciento ochenta días en el del beneficiario, computados ambos desde la fecha de su notificación.

Capítulo III. Otras cláusulas

1. Perfección del contrato

El contrato se perfecciona, es decir, adquiere validez jurídica, mediante el consentimiento de las partes. La cobertura de cada garantía contratada, con independencia de la fecha de entrada en vigor que figure en las condiciones particulares, no tomará efecto mientras no haya sido satisfecha la primera prima correspondiente a ésta. Una vez perfeccionado el seguro –y abonada la primera prima–, los efectos del mismo se retraerán a la fecha de entrada en vigor indicada en las condiciones particulares.

2. Pago de primas

El tomador del seguro está obligado al pago de la prima.

Si en las condiciones particulares se hubiera establecido una fecha de entrada en vigor del seguro anterior a la fecha de pago de la primera prima, el importe de ésta comprenderá necesariamente el período de retroacción de la eficacia del seguro. Si la primera prima o fracción de ella no hubiera sido pagada por culpa del tomador, el asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva con base en la póliza. En todo caso, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el asegurador quedará liberado de su obligación.

En caso de falta de pago de la segunda o sucesivas primas o fracciones de ésta, la cobertura quedará suspendida un mes después del día de vencimiento del recibo, y si el asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que el contrato queda extinguido.

La domiciliación bancaria de las primas se ajustará a las siguientes condiciones:

- 1) El obligado al pago de la prima entregará al asegurador un escrito dirigido al establecimiento bancario o a la caja de ahorros en el que figura la correspondiente orden de domiciliación.
- 2) La correspondiente prima se entenderá satisfecha a su vencimiento, salvo que, intentando el cobro dentro del plazo de gracia de un mes previsto en la Ley de Contrato de Seguro, no existiesen fondos suficientes en dicha cuenta.

3. Declaraciones

El tomador del seguro y el asegurado tienen el deber, antes de la perfección del contrato, de declarar al asegurador todas las circunstancias conocidas por ellos que puedan influir en la valoración del riesgo.

Si el contenido expresado en 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 partir de la entrega de la póliza, que subsane las divergencias existentes. Transcurrido dicho plazo sin que la reclamación hubiera sido efectuada, se entenderá un acatamiento a lo dispuesto en la póliza.

4. Comunicaciones

El tomador del seguro, el asegurado y el beneficiario/s remitirán sus eventuales comunicaciones al domicilio social del asegurador, a cualquiera de las oficinas de ésta o al agente mediador en el contrato. El asegurador podrá remitir sus eventuales comunicaciones bien mediante envío al domicilio del tomador del seguro, del asegurado o del beneficiario, o bien, a petición de éstos, mediante el envío o puesta a disposición de dichas comunicaciones en forma electrónica o telemática. A todos los efectos, el domicilio será el que conste en la póliza, salvo que se hubiera notificado al asegurador el cambio del mismo.

5. Tratamiento de datos de carácter personal

5.1. Condiciones necesarias para poder contratar la póliza

Los datos personales del tomador del seguro, de los asegurados y, en su caso, de los beneficiarios designados que figuran en la presente póliza, así como cualquier dato adicional, incluidos los de salud, que se generen durante la vigencia de la misma, requieren ser tratados en los ficheros de la entidad aseguradora con el fin de contratar y gestionar el contrato de seguro, así como para prestar los servicios relacionados con el mismo.

El tomador/asegurado autoriza que estos datos puedan ser conservados en los ficheros de la entidad aseguradora con fines estadísticos y de prevención de fraude, aún en el caso de que la póliza no llegue a perfeccionarse o se extinga por cualquier otra causa.

También autoriza a que la entidad aseguradora pueda comunicar a entidades aseguradoras o de reaseguro los datos del tomador del seguro y de los asegurados, indicados en el primer párrafo de esta cláusula, con fines de coaseguro, reaseguro, cesión o administración de cartera y de los riesgos asegurados en la presente póliza, así como que estos datos puedan ser comunicados entre la compañía aseguradora y los profesionales sanitarios, centros médicos y hospitales autorizando para ello a dicha entidad, a solicitar y obtener de los prestadores sanitarios la información relativa a los datos de salud del asegurado y la prestación sanitaria recibida por éste.

Cuando el tomador y el asegurado sean personas distintas, el tomador se obliga a informar al asegurado o asegurados de las finalidades del tratamiento de datos antes indicadas, a realizar por el asegurador, y que pueden ejercitar ante éste los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición reconocidos en la legislación sobre protección de datos.

El tomador del seguro y el asegurado podrán ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación regulados por la Ley Orgánica 15/1999 en el domicilio del asegurador, responsable del tratamiento, con domicilio en Barcelona (08014), calle Juan Gris, 20-26, o, en su caso, en el domicilio de las entidades cesionarias.

5.2. Condiciones voluntarias a las que el tomador/asegurado puede oponerse consignándolo así en las Condiciones Particulares, sin que ello impida la contratación de la póliza.

Sin perjuicio del necesario tratamiento de sus datos personales y el de los asegurados incluidos en la presente póliza para la valoración del riesgo y, en su caso, contratación y posterior gestión del seguro, salvo que se indique lo contrario en la solicitud de seguro cuando exista o, en su defecto en las Condiciones Particulares de la póliza, o en revocación ulterior, el tomador consiente expresamente que sus datos personales (nombre, apellidos, Nif, fecha de nacimiento, domicilio, teléfonos y dirección de correo electrónico), puedan ser utilizados por la aseguradora para las siguientes finalidades: (i) para la promoción publicitaria y para ofrecerle productos y servicios comercializados por nuestra entidad o por otras entidades colaboradoras y cuya contratación pudiera resultarle de interés, aun en el caso de que la póliza no llegue a formalizarse o se extinga por cualquier causa; (ii) para la aplicación de técnicas estadísticas para la elaboración de perfiles y segmentación de datos al objeto de que las comunicaciones comerciales a que se refiere el punto anterior se efectúen con criterios de previa selección;

(iii) para comunicarlos a la entidad financiera Caixabank, S.A., con Nif. A-08663619 y domicilio en Barcelona (08028), Avenida Diagonal, 621 y a las empresas, entidades o fundaciones del Grupo de Caja de Ahorros y Pensiones de Barcelona, cuyas actividades formen parte del sector asegurador, bancario, de servicios de inversión, tenencia de acciones, capital riesgo, inmobiliario, viarias, de venta y distribución de bienes y servicios, ocio, servicios de consultoría y benéfico-sociales, todo ello con la finalidad de que puedan dirigirle, mediante cualquier medio de comunicación (postal, telefónico, electrónico, etc.), información comercial de sus productos y servicios. El consentimiento para remitir comunicaciones comerciales sobre productos y servicios de la entidad aseguradora y de las empresas cesionarias anteriormente indicadas comprenderá también su envío mediante correo electrónico o cualquier medio de comunicación electrónica equivalente.

Si no aceptase tal utilización y/o comunicación comerciales de sus datos personales podrá indicarlo así marcando las casillas que a tal efecto figuran en la solicitud de seguro cuando exista o, en su defecto, en las Condiciones Particulares de la póliza o en otro documento, sin que tal oposición o negativa impida la contratación de la póliza.

En todo caso, Ud. podrá ejercer posteriormente y en cualquier momento, en los términos previstos en la legislación aplicable, los derechos de oposición, acceso, rectificación y cancelación frente a nuestra compañía o frente a cualquiera de las entidades cesionarias antes indicadas, mediante solicitud escrita y firmada, acreditando su identidad, dirigida a la dirección del domicilio social de cualquiera de estas entidades.

6. Jurisdicción

El presente contrato de seguro queda sometido a la jurisdicción española y, dentro de ella, será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas de este contrato el adscrito al domicilio del asegurado. En caso de que el asegurado residiera fuera del territorio español, designará un domicilio en España para todos los efectos del presente contrato.

7. Estado y autoridad de control del asegurador

El control de la actividad del asegurador corresponde al Estado español, a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

8. Instancias de reclamación

Sin perjuicio de la posibilidad de acudir a la vía judicial, el tomador del seguro, el asegurado, el beneficiario, los terceros perjudicados o los derechohabientes de cualquiera de ellos podrán presentar quejas y/o reclamaciones contra aquellas prácticas del asegurador que consideren abusivas o que lesionen sus derechos o intereses

legalmente reconocidos derivados del contrato de seguro, ante las siguientes instancias:

1. El Servicio de Atención al Cliente, conforme al procedimiento establecido en el Reglamento del mismo, cuyo texto será entregado, a petición del interesado, en el domicilio social de la aseguradora, o bien en cualquiera de las oficinas del agente.
2. El Defensor del cliente, conforme al procedimiento establecido en la cláusula del Defensor del cliente.
3. El Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. Para la admisión y tramitación de reclamaciones ante el mismo debe acreditarse la formulación de reclamación previa ante el Servicio de Atención al Cliente o el Defensor del Cliente y que la misma ha sido desestimada, no admitida o que ha transcurrido el plazo de dos meses desde su presentación sin que haya sido resuelta.

9. Defensor del cliente

El asegurador, de acuerdo con lo previsto en el artículo 29 de la Ley 44/2002, de 22 de noviembre, de Medidas de Reforma del Sistema Financiero, y el Real Decreto 303/2004, de 20 de febrero, o las normas que los sustituyan o modifiquen, designa como Defensor del cliente a la persona que ostente la condición de Defensor del cliente de la Federación Catalana de Cajas de Ahorros. Los tomadores del seguro, asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados y derechohabientes podrán someter voluntariamente a esa persona sus quejas y reclamaciones contra aquellas prácticas del asegurador que consideren abusivas o que lesionen sus derechos o intereses legalmente reconocidos derivados de la póliza que no superen la cuantía individual, sumados todos los conceptos, establecida en el Reglamento del Defensor del Cliente de las Cajas de Ahorros Catalanas, y siempre y cuando las cuestiones sobre las que se plantee la reclamación no se encuentren en vía judicial o arbitral. En caso de que una vez planteada la reclamación el reclamante inicie la mencionada vía judicial o arbitral, la reclamación se archivará sin más trámite.

La resolución del Defensor del cliente será de acatamiento obligatorio para el asegurador y voluntario para el tomador, asegurado, beneficiario o tercero reclamante. En lo no previsto en la presente cláusula, la actuación del Defensor del cliente se ajustará al Reglamento del Defensor del Cliente de la Federación Catalana de Cajas de Ahorros, cuyo texto será entregado, a petición del interesado, en el domicilio social de la Compañía, o bien en cualquiera de las oficinas del agente.

10. 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, y modificado por la Ley 12/2006, de 16 de mayo, 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 y que afectan a riesgos en ella situados, y también los acaecidos 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, aún 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 (incluyendo los 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 meteoritos.

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.

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 25/1964, de 29 de abril, sobre energía nuclear.

e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, 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 conforme al artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios.

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.

La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y sumas aseguradas que se hayan establecido en la póliza a efectos de los riesgos ordinarios.

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 se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que, de conformidad con la normativa citada, la entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la citada provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

Procedimiento de actuación en caso de siniestro indemnizable por el consorcio de compensación de seguros

En caso de siniestro, el asegurado, tomador, beneficiario, o sus respectivos representantes legales, directamente o a través de la entidad aseguradora o del mediador de seguros, deberá comunicar, dentro del plazo de siete días de haberlo conocido, la ocurrencia del siniestro, en la delegación regional del Consorcio que corresponda, según el lugar donde se produjo el siniestro.

La comunicación se formulará en el modelo establecido al efecto, que está disponible en la página "web" del Consorcio (www.conorseguros.es) o en las oficinas de éste o de la entidad aseguradora, al que deberá adjuntarse la documentación que, según la naturaleza de las lesiones, se requiera.

Para aclarar cualquier duda que pudiera surgir sobre el procedimiento a seguir, el Consorcio de Compensación de Seguros dispone del siguiente teléfono de atención al asegurado: 902 222 665.

El asegurador,
SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros

