

SegurCaixa TODO PREVISTO DECESOS

CONDICIONES GENERALES

 SegurCaixa Adeslas

Condiciones Generales

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

ÍNDICE

Condiciones Generales	2
CAPÍTULO I	7
Definiciones	7
1. Definiciones	7
2. Objeto del seguro	8
CAPÍTULO II	9
Seguro principal	9
1. Cobertura principal	9
2. Coberturas complementarias obligatorias	9
2.1. Fallecimiento por accidente del tomador	9
2.2. Trámites de gestoría	11
2.3. Traslado nacional e internacional	12
2.4. Asistencia en viaje	18
2.5. Asesoramiento médico telefónico 24 horas	19
2.6. Segunda opinión médica	20
2.7. Asistencia jurídica Vida Familiar	21
2.8. Pack Apoyo	23
3. Coberturas opcionales	23
3.1. Pack de ADN	23
3.2. Pack Becas	24
CAPÍTULO III	25
Disposiciones generales	25
Personas no asegurables	25
CAPÍTULO IV	26
Riesgos excluidos	26

CAPÍTULO V	27
Efecto del seguro	27
CAPÍTULO VI	28
Plazos de carencia	28
CAPÍTULO VII	29
Modificaciones del contrato	29
CAPÍTULO VIII	30
Duración del seguro	30
CAPÍTULO IX	31
Pago de primas	31
CAPÍTULO X	33
Revalorización de primas	33
CAPÍTULO XI	34
Actualización del capital asegurado	34
CAPÍTULO XII	36
Siniestros	36
CAPÍTULO XIII	38
Otras obligaciones, deberes y facultades del tomador y asegurado	38
CAPÍTULO XIV	40
Otras obligaciones del asegurador	40
CAPÍTULO XV	41
Facultades del asegurador	41
CAPÍTULO XVI	42
Comunicaciones	42

CAPÍTULO XVII	43
Pérdida de derechos, indisputabilidad del contrato y nulidad del mismo	43
A. Pérdida de derechos	43
B. Indisputabilidad del contrato	43
C. Nulidad del contrato	43
CAPÍTULO XVIII	44
Jurisdicción y prescripción	44
CAPÍTULO XIX	45
Protección del asegurado y contratación a distancia	45
1. Estado y autoridad de control	45
2. Instancias de reclamación	45
3. Contratación a distancia	45
CAPÍTULO XX	47
Información sobre el tratamiento de datos personales	47
1. Responsable del tratamiento de datos personales y Delegado de Protección de Datos	47
2. Finalidad del tratamiento de datos personales	47
2.1. Tratamientos obligatorios	47
2.2. Tratamientos voluntarios	48
2.3. Plazo de conservación de los datos personales	49
3. Destinatarios de los datos personales (cesiones de datos)	49
4. Derechos del interesado en relación con el tratamiento de sus datos personales	50
5. Origen de los datos	50
CAPÍTULO XXI	52
Ámbito del seguro	52
Cláusula de indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios en seguros de personas	52

Resumen de las normas legales	52
1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos	52
2. Riesgos excluidos	53
3. Extensión de la cobertura	54
Comunicación de daños al Consorcio de Compensación de Seguros	54

CAPÍTULO I

Definiciones

1. Definiciones

A los efectos de este Contrato se entiende por:

Asegurador: SEGURCAIXA ADESLAS, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, quien asume la cobertura de los riesgos del contrato de acuerdo con las garantías pactadas.

Tomador del seguro: persona física o jurídica que suscribe el contrato y al que corresponden las obligaciones que del mismo se deriven, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el asegurado.

Asegurado: persona o personas físicas sobre las cuales se establece el seguro.

Beneficiario: la persona o personas físicas titulares del derecho a recibir prestaciones derivadas de los riesgos cubiertos.

Póliza: el documento que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integrante de la póliza: la Solicitud de Seguro, las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares y los Suplementos y Anexos que se emitan a la misma para complementarla o modificarla.

Prima: es el precio del seguro. El recibo de prima contendrá, además, los recargos, tasas e impuestos que sean de legal aplicación.

Siniestro: evento cuyas consecuencias económicas dañosas están cubiertas por las garantías de la póliza. Se considera como un solo y único siniestro todos los daños que provengan de una misma causa. La fecha del siniestro será la del momento en la que se produjo el primero de los daños.

Viaje: desplazamiento físico temporal realizado fuera del domicilio indicado por el asegurado desde su salida de este, hasta su regreso al mismo, siempre fuera del territorio nacional y con un límite máximo de 60 días.

Plazo de carencia: período de tiempo computado a partir de la fecha de efecto del contrato de seguro, durante el cual no entran en vigor todas o algunas de las coberturas incluidas dentro de las garantías de la póliza.

Plazo de disputabilidad: intervalo de tiempo contado desde la fecha de entrada en vigor de la póliza para cada uno de los asegurados incluidos en ella, durante el cual el asegurador puede rechazar la cobertura de prestaciones o impugnar el contrato alegando la existencia de enfermedades anteriores o preexistentes del asegurado que este no declaró en la pregunta del estado de salud. Transcurrido dicho plazo, el asegurador solo tendrá esa facultad en el caso de que el tomador y/o asegurado hayan actuado dolosamente omitiendo intencionadamente en la

pregunta del estado de salud.

Preexistencia: toda alteración del estado de salud originada con anterioridad a la fecha de inclusión del asegurado en la póliza, y que es percibida por el asegurado a través de signos o síntomas antes de la fecha de su incorporación en la póliza, independientemente de que exista un diagnóstico médico que la determine, así como cualquier enfermedad, defecto, deformidad o situación médico-quirúrgica que pudiera derivarse de aquella alteración y siempre y que no fuera declarada en el momento de responder a la pregunta del estado de salud. Asimismo se considera preexistencia cualquier otra circunstancia o circunstancias, relativas al estado de salud, que graven el riesgo y sean de tal naturaleza que de haber sido conocidas por el asegurador, en el momento de la perfección del contrato, este no se hubiera celebrado o se habría concluido en condiciones más gravosas.

Servicio fúnebre: el conjunto de elementos y servicios contratados y especificados en las Condiciones Particulares.

Capital o valor asegurado: es la cantidad fijada en las Condiciones Particulares de la póliza que representa el límite máximo de las prestaciones o valor del servicio contratado a pagar por el asegurador en cada siniestro, para cada una de las garantías de la póliza.

Domicilio del tomador del seguro y del asegurado: el que figura en las Condiciones Particulares de la póliza, o en el último Suplemento de modificación y que será el que sirve de referencia a todos los efectos.

Accidente: se entiende por accidente, a efectos del presente seguro, toda lesión corporal sufrida durante la vigencia del contrato objetivamente comprobable que deriva de una causa súbita, violenta, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado.

Afirmación de Declaración de buen estado de salud: a través de la solicitud de seguro, el asegurador obtiene del tomador del seguro y/o asegurado la información precisa sobre las características de las personas y riesgos a garantizar para, a su tenor, resolver sobre su aceptación o rechazo.

2. Objeto del seguro

Por el presente contrato, dentro de los límites y condiciones estipulados en las presentes Condiciones Generales, en las Particulares y, en su caso, y en los Suplementos de póliza que se emitan, y mediante la aplicación de la prima que en cada caso corresponda, el asegurador garantiza la prestación del servicio fúnebre contratado, al fallecimiento de cada uno de los asegurados así como una indemnización por fallecimiento por causa accidental del asegurado según las condiciones establecidas en la póliza y hasta los valores y capitales asegurados.

CAPÍTULO II

Seguro principal

1. Cobertura principal

Servicio de Decesos

Se garantiza la prestación del servicio fúnebre contratado al fallecimiento de cada uno de los asegurados hasta el límite del valor asegurado.

Si los familiares del asegurado fallecido optaran por la realización de un servicio de incineración en lugar del nicho de alquiler temporal, este se realizará sin coste alguno para los mismos.

Si la prestación del servicio no fuera posible, o no se llevase a efecto por causas de fuerza mayor, el asegurador se compromete a resarcir los gastos ocasionados como consecuencia de la prestación del servicio y hasta el importe del valor asegurado. El resarcimiento de estos gastos será efectuado por el asegurador a aquellas personas que acrediten suficientemente haber satisfecho los gastos originados por tal fallecimiento.

El exceso de suma asegurada sobre el coste del servicio prestado por el asegurador corresponderá al tomador o, en su defecto, a sus herederos.

La garantía del seguro se extiende a los asegurados cualquiera que sea la causa del fallecimiento, salvo el supuesto de los riesgos excluidos en la póliza.

El seguro también comprenderá la prestación de un servicio fúnebre en el supuesto de interrupción del embarazo del asegurado con pérdida de vida del feto o bien por fallecimiento del menor antes de cumplir los 30 días de edad. A partir de los 30 días de edad deberá estar asegurado para tener derecho al servicio fúnebre que corresponda.

2. Coberturas complementarias obligatorias

Estas garantías, de obligada contratación, forman parte del seguro principal y comprenden:

2.1. Fallecimiento por accidente del tomador

Asegurado con derecho a esta garantía

Tendrá derecho a la cobertura de accidentes en los términos y condiciones que figuran a continuación, única y exclusivamente el primer asegurado de los que figuren en la relación nominal que aparece en el apartado 'Beneficiarios cobertura de accidentes' del documento de Condiciones Particulares.

Riesgos cubiertos

El asegurador pagará a los beneficiarios designados el capital indicado en las Condiciones Particulares si en el plazo de un año, a contar desde la fecha de la ocurrencia del siniestro, el asegurado fallece a consecuencia directa de un accidente cubierto por la póliza.

Esta garantía se extinguirá al cumplir el asegurado 70 años.

Ámbito geográfico

La garantía y/o siniestros cubiertos mediante esta cobertura son de ámbito mundial.

Beneficiarios

Salvo disposición expresa del tomador/asegurado, serán beneficiarios por el siguiente orden riguroso:

1. El cónyuge del asegurado no separado legalmente.
2. Hijos supervivientes del asegurado a partes iguales.
3. Padres supervivientes del asegurado a parte iguales.
4. Los herederos legales del asegurado.

Personas no asegurables en esta cobertura

Con carácter general los menores de 14 años y los mayores de 70.

Riesgos excluidos

Se excluyen de las coberturas de esta garantía:

a) Los hechos que no tengan la consideración de accidente, de acuerdo con la definición establecida en este contrato.

En especial, los siguientes:

- a.1. Actos dolosos que sean cometidos por el asegurado y/o beneficiario, o con su cooperación.**
- a.2. Participación del asegurado en duelos, riñas, apuestas, actos de temeridad manifiesta e injustificada, o cualquier acción ilegal en que, con pleno consentimiento y conocimiento, participe el asegurado.**
- a.3. Actos de imprudencia temeraria o negligencia grave del asegurado.**

b) Los accidentes ocurridos con anterioridad a la entrada en vigor de este contrato, así como sus consecuencias.

c) Las enfermedades de cualquier naturaleza, incluyendo las de origen cardiovascular, expresamente el infarto de miocardio, aún cuando sean consideradas por los organismos competentes como accidente laboral.

d) Las lesiones u otras consecuencias debidas a intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos que no hayan sido motivados por un accidente.

e) Los accidentes y lesiones que sobrevengan en estado de enajenación mental, sonambulismo, embriaguez o bajo los efectos de estupefacientes u otras drogas no prescritas por el médico.

f) Las intoxicaciones por veneno, así como las alimentarias.

g) Los accidentes cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros de acuerdo con la legislación vigente.

h) Los accidentes derivados de la práctica por parte del asegurado de cualquier deporte con carácter profesional, así como la práctica como aficionado de deportes tales como espeleología, judo, karate, montañismo, motociclismo, paracaidismo, rugby, submarinismo, y, en general, cualquier deporte o actividad recreativa de carácter notoriamente peligroso.

2.2. Trámites de gestión

Asimismo mediante esta garantía, y para el caso de fallecimiento o accidente de cualquiera de los asegurados en la póliza de decesos, el asegurador garantiza la obtención de los siguientes documentos y la tramitación ante el organismo que corresponde de las siguientes contingencias:

- a.1) Cuando los familiares del asegurado fallecido faciliten la información necesaria, se llevarán a cabo los trámites para la obtención de:
 - Certificaciones del Registro Civil, en extracto o literal, de defunción, nacimiento y matrimonio del asegurado fallecido y de nacimiento de sus hijos o cualesquiera otros que se estimen necesarios para la preparación de la declaración de herederos.
 - Certificado del Registro General de Actos de Última Voluntad del asegurado.
 - Certificado del Registro de Contratos de Seguros de Cobertura de Fallecimiento.
 - Baja del asegurado fallecido como usuario del sistema público sanitario o como pensionista del Instituto Nacional de la Seguridad Social o del correspondiente organismo de la comunidad autónoma, si esta competencia le estuviera transferida, o de la mutualidad de funcionarios o instituto correspondiente.
- a.2) Tras la aportación de la documentación necesaria por los familiares del

asegurado fallecido, se tramitará la obtención de:

- Baja del asegurado fallecido en el libro de familia.
- Fe de vida.
- Certificado municipal de convivencia con el asegurado fallecido.
- Certificado del archivo eclesiástico de bautismo del asegurado fallecido.

La obtención de la documentación administrativa que se detalla a continuación se realizará atendiendo a la petición de los familiares del asegurado fallecido y será única para cada siniestro.

b) Asesoramiento en la gestión de trámites legales.

b.1) Dado que es imprescindible la presencia de los familiares del asegurado fallecido para solicitar su obtención, el asegurador limitará la prestación al asesoramiento necesario para la obtención de la documentación indicada a continuación:

- Certificado de matrimonio del archivo eclesiástico.
- Certificado del Registro de Parejas de Hecho.
- Copia del testamento otorgado por el asegurado fallecido.

b.2) Asesoramiento en la solicitud de cobro de auxilio por defunción por parte del Instituto Nacional de la Seguridad Social: el asegurador, una vez recabados los datos necesarios, remitirá a los familiares del asegurado fallecido, previa petición de estos y a fin de que puedan presentarlos ante el organismo correspondiente, los documentos de solicitud de las pensiones de viudedad, orfandad o auxilio por defunción, debidamente cumplimentados, junto con los certificados necesarios para su obtención, así como las instrucciones y comunicaciones de la oficina de la Seguridad Social o de la mutualidad de funcionarios o instituto correspondiente más cercano a su domicilio en España.

Límite de gastos

El límite de gastos por caso se establece en 3.000 €.

2.3. Traslado nacional e internacional

2.3.1. Traslado nacional

Disposiciones previas

Las presentes garantías amparan a todas las personas aseguradas en la póliza de decesos, y su duración va condicionada a la duración de la misma.

Garantías cubiertas

Serán por cuenta de SegurCaixa Adeslas, las gestiones y gastos necesarios para el traslado e inhumación del cadáver de cualquier asegurado inscrito en las Condiciones Particulares de la póliza, que fallezca en cualquier población comprendida dentro del territorio nacional al cementerio de la localidad del domicilio que figura en la póliza o al que decida la familia, siempre que se encuentre dentro del territorio nacional.

Se entiende que el traslado se realizará siempre que por parte de las autoridades competentes no exista impedimento alguno para efectuarlo y se lleve a cabo por mediación de la empresa funeraria autorizada por SegurCaixa Adeslas.

Exclusiones

- **Quedan excluidas de estas Garantías los menores de un mes de edad.**

Disposiciones adicionales

Para la prestación por el asegurador del servicio inherente a esta garantía, es indispensable dar conocimiento del fallecimiento del asegurado inmediatamente después de que haya sucedido a las oficinas de SegurCaixa Adeslas o bien llamando al teléfono permanente de asistencia proporcionado por la compañía.

El no hacerlo, se entenderá como renuncia a los beneficios del traslado libre.

El no hacer uso de esta prestación no dará derecho a reclamación de indemnización por parte de los causahabientes del asegurado fallecido.

2.3.2 Traslado internacional

Disposiciones previas

La presente garantía ampara a todas las personas inscritas en la póliza de decesos y su duración va condicionada a la duración de la misma.

Para poder beneficiarse de las prestaciones garantizadas el asegurado debe tener su domicilio en España, residir habitualmente en él y su tiempo de permanencia, fuera de dicha residencia habitual, no exceda de los 60 días por viaje o desplazamiento.

Garantías cubiertas

Primera.- Traslado o repatriación de restos mortales (Garantía en extranjero)

Si, en el transcurso de un viaje por el extranjero cubierto por la póliza, se produjera el óbito del asegurado, el asegurador se hará cargo de los trámites y gastos necesarios para el traslado de sus restos mortales hasta el lugar de inhumación en España.

En ningún caso esta cobertura se extenderá a cuantos gastos y gestiones impliquen las honras fúnebres e inhumación.

Segunda.- Acompañante de restos mortales (Garantía en extranjero)

De no haber quien acompañe en su traslado los restos mortales del asegurado fallecido en el transcurso de un viaje por el extranjero, el asegurador facilitará a la persona con domicilio en España que designen los familiares, un billete de ida y vuelta en ferrocarril (primera clase), avión (clase turista) o del medio de transporte público y colectivo más idóneo, para acompañar el cadáver.

Tercera.- Traslado sanitario o repatriación médica (Garantía en extranjero)

El asegurador procederá al traslado, con atención médico sanitaria, si fuera necesario, del asegurado que hubiera sufrido un accidente o enfermedad grave, que exija cuidados vitales u hospitalización inmediata, y siempre que así lo decidan los servicios médicos del asegurador en colaboración con el médico que trate al asegurado, cuando no pueda proseguir el viaje por sus propios medios, hasta un centro hospitalario en España.

El transporte sanitario se realizará en el medio más adecuado atendiendo al estado del enfermo o accidentado, así como a las demás consideraciones de índole sanitaria y de disponibilidad de medios. En todo caso, el avión ambulancia sólo será utilizable en Europa y países ribereños del mar Mediterráneo.

Asimismo, el asegurador, se hará cargo de los gastos de regreso del asegurado que hubiese sido hospitalizado y dado de alta y como consecuencia hubiese perdido su billete de regreso a España por imposibilidad de presentarse en el medio de transporte correspondiente en la fecha y hora marcada en el billete de regreso, hasta un **límite de 900 €**.

En caso de afecciones benignas o heridas leves que no den motivo a repatriación médica, el asegurador se hará cargo del transporte del asegurado en vehículo o ambulancia, hasta el lugar en que puedan prestarse los cuidados sanitarios necesarios.

Cuarta.- Asistencia a familiares asegurados

Si los familiares, con la condición de asegurados que viajasen con el asegurado que hubiera fallecido o tuviera que ser hospitalizado, no pudieran utilizar el medio de transporte previsto para su regreso, el asegurador pondrá a su disposición un billete de avión o del medio de transporte público e idóneo en línea regular para su regreso a España.

Quinta.- Retorno de menores

Si el asegurado viajara en compañía de hijos menores de 15 años o de cualquier

edad con minusvalía física o psíquica reconocida oficialmente, y quedasen sin asistencia por causa de fallecimiento o traslado sanitario de aquel cubierto por la póliza, no pudiendo continuar el viaje, el asegurador organizará y tomará a cargo su regreso, satisfaciendo los gastos de viaje de un familiar o amigo designado por el asegurado para que viaje con ellos hasta el lugar de inhumación o de su domicilio en España.

Si el asegurado no pudiera designar a nadie, el asegurador proporcionará un acompañante.

En todo caso, el transporte de los menores y acompañante se realizará en el medio de transporte público y colectivo más adecuado a las circunstancias del caso.

Sexta.- Gastos médicos, farmacéuticos o de hospitalización (Garantía en extranjero)

El asegurador toma a su cargo los gastos y honorarios médicos por consultas o tratamientos al asegurado, incluso los quirúrgicos y farmacéuticos, en caso de enfermedad grave, repentina, fortuita y aguda o accidente cubierto por la póliza, siempre y cuando se haya solicitado la previa conformidad del asegurador según lo dispuesto en los trámites a seguir en caso de siniestro.

De determinarse por el médico del asegurador, de común acuerdo con el que estuviera atendiendo al asegurado, la necesidad de que este sea hospitalizado, el asegurador se hará cargo de los gastos de traslado hasta el centro hospitalario, su estancia en el mismo y los servicios sanitarios necesarios para la curación del asegurado, incluidos los gastos farmacéuticos **hasta el límite de 3.000 € por asegurado**.

Séptima.- Prolongación de estancia

Si, tras estar hospitalizado por un riesgo cubierto por la póliza y ser dado de alta, el asegurado se viera imposibilitado para proseguir su viaje por prescripción médica, y precisara alojarse en un hotel para su convalecencia, el asegurador satisfará sus gastos de alojamiento y manutención, **hasta 100 €/día con un límite máximo de 1.000 €**.

Octava.- Gastos de desplazamiento de un acompañante

Si el asegurado debiera ser hospitalizado, como consecuencia del acaecimiento de un riesgo cubierto por la póliza, por un tiempo previsto superior a cinco (5) días, el asegurador facilitará a la persona que aquel indique (siempre que se halle domiciliada en España), un billete de ida y vuelta en ferrocarril (primera clase), avión (clase turista) o del medio de transporte público y colectivo más idóneo, para que acuda junto al hospitalizado.

Novena.- Gastos de estancia para acompañante del asegurado hospitalizado

En los casos amparados por la garantía anterior, el asegurador satisfará los gastos de alojamiento y manutención del acompañante en el mismo hospital donde se encuentre el asegurado, siempre que sea posible, o en su defecto en el establecimiento que elija el acompañante, **hasta 100 €/día con un límite máximo de 1.000 €.**

Esta garantía será aplicable incluso si el acompañante se encontrara viajando con el asegurado.

Décima.- Regreso anticipado

Si el asegurado debe interrumpir su viaje por fallecimiento de su pareja, ascendientes o descendientes en primer grado de consanguinidad o afinidad, el asegurador le facilitará un billete de ida y vuelta en ferrocarril (primera clase) avión (clase turista) o del medio de transporte público y colectivo más adecuado, para acudir hasta el lugar de inhumación en España, del familiar fallecido.

Esta garantía se extiende también al supuesto de incendio grave en el domicilio habitual del asegurado.

Exclusiones

Además de las exclusiones previstas en las Condiciones Generales y Particulares de las pólizas, no se podrán obtener los servicios del asegurador en los siguientes casos:

- a) Enfermedades preexistentes y/o congénitas, afecciones crónicas o dolencias bajo tratamiento médico previo al inicio del viaje.
- b) Exámenes médicos generales, chequeos y cualquier visita o tratamiento que tenga carácter de medicina preventiva, según los criterios médicos generalmente aceptados, siendo sólo de aplicación las coberturas por fallecimiento.
- c) Viajes que tengan por objeto recibir tratamiento médico, siendo sólo de aplicación las coberturas por fallecimiento.
- d) Diagnóstico, seguimiento y tratamiento del embarazo, interrupción voluntaria del mismo y partos; salvo las alteraciones patológicas agudas e imprevisibles de ese estado.
- e) Suicidio, tentativa de suicidio o auto lesiones del asegurado, salvo para la cobertura de "Repatriación de restos mortales".
- f) Consumo de bebidas alcohólicas, drogas o medicamentos, salvo que estos últimos hubieran sido prescritos por facultativo.

- g) Tratamiento, diagnóstico y rehabilitación de enfermedades mentales o nerviosas.
- h) Adquisición, implantación, sustitución, extracción y/o reparación de prótesis de cualquier tipo, tales como marcapasos, piezas anatómicas, ortopédicas u odontológicas, gafas, lentillas, aparatos de sordera, muletas, etc.
- i) Tratamientos odontológicos, oftalmológicos u otorrinolaringológicos, salvo los supuestos de urgencia, siendo sólo de aplicación las coberturas por fallecimiento.
- j) Tratamientos especiales, cirugías experimentales, cirugía plástica o reparadora y los no reconocidos por la ciencia médica occidental, siendo sólo de aplicación las coberturas por fallecimiento.
- k) Cuando el siniestro se produzca en el extranjero, cualquier gasto médico incurrido en España aunque corresponda a un tratamiento prescrito o iniciado en el extranjero.
- l) Cualquier gasto médico o farmacéutico inferior a 9 €.
- m) Prestaciones que no hayan sido comunicadas previamente al asegurador y aquellas para las que no se hubiera obtenido la conformidad de este, salvo los supuestos de imposibilidad material, debidamente acreditada.
- n) Práctica como profesional de cualquier deporte, y como aficionado de deportes de invierno, deportes en competición y actividades notoriamente peligrosas o de alto riesgo.
- o) Viajes de duración superior a 60 días consecutivos.
- p) La intervención de cualquier organismo oficial de socorro de urgencia o el coste de sus servicios.
- q) Rescate de personas en montañas, simas, mares, selvas o desiertos.
- r) Actos fraudulentos del tomador, asegurado, beneficiario o familiares de los mismos.
- s) Los riesgos derivados de la utilización de energía nuclear.
- t) Los riesgos extraordinarios tales como guerras, terrorismo, tumultos populares, huelgas, fenómenos de la naturaleza y cualquier otro fenómeno de carácter catastrófico o acontecimientos que por su magnitud y gravedad sean calificados como catástrofe o calamidad nacional.

Límites de las garantías

Los límites máximos de estas garantías de traslado internacional serán aquellos

que se especifican para cada garantía. Para aquellas garantías en las que no figure límite cuantitativo y se encuentren indicadas como incluidas, se entenderá que el límite máximo de las mismas será el coste efectivo de la prestación del servicio a efectuar por el asegurador.

En cualquier caso, todos los límites de esta póliza son por siniestro ocurrido y asegurado.

El avión ambulancia esta limitado a los casos de enfermedad o accidente ocurridos en Europa y/o los países ribereños del Mediterráneo, siendo el avión de línea regular el medio empleado, en caso necesario, para el resto del Mundo.

La moneda aplicable a esta póliza es el euro, por lo que los límites de las garantías serán expresados en esta moneda; con independencia de que para aquellas prestaciones que deban ser pagadas o garantizadas por el asegurador en otra moneda, será aplicable el contravalor en euros de la misma a la fecha de ocurrencia del siniestro.

Ámbito territorial

Las coberturas garantizadas por la garantía de traslado internacional son exigibles en todo el mundo, excluido España.

Tramitación de siniestros

Para la solicitud de cualquiera de los servicios concertados en esta garantía, se deberá seguir lo dispuesto específicamente en las garantías o, efectuar una llamada al número de teléfono 911 25 98 36.

Este servicio de alarma funciona durante las 24 horas del día.

A partir de la llamada en que se solicite cualquiera de los servicios pactados, el asegurador se obliga a realizar todas las gestiones para lograr el servicio solicitado, de acuerdo con lo previsto en este contrato.

El número de teléfono de asistencia desde el extranjero es 93 293 26 05.

Regulación complementaria

En todo lo no expresamente regulado en las presentes garantías, se estará a lo dispuesto en las disposiciones comunes a todas las garantías de las Condiciones Generales de la póliza.

2.4. Asistencia en viaje

Además de las anteriores, se suman las siguientes garantías de asistencia en viaje en el extranjero (estancia en el extranjero menor a 60 días):

- Repatriación sanitaria en caso de accidente o enfermedad grave ocurridos en el extranjero.
- Gastos médicos de urgencia a consecuencia de enfermedad o accidentes graves en el extranjero. Límite: 3.000 €.
- Asistencia a los familiares asegurados en viaje por el extranjero en caso de repatriación sanitaria por accidente o enfermedad grave del tomador ocurridos en el extranjero.
- Regreso anticipado del asegurado que se encuentre de viaje por fallecimiento de un familiar o siniestro grave en su domicilio particular o local profesional.
- Desplazamiento de un acompañante junto con el asegurado que sea hospitalizado durante más de cinco días.
- Gastos de estancia para acompañante en caso de hospitalización del asegurado. Límite:
 - 100 € por día y máximo 1.000 €.
 - Prolongación de estancia en hotel en el extranjero por accidente grave o enfermedad (con aplicación de la garantía de gastos médicos). Límite: 100 € por día y máximo 1.000 €.

2.5. Asesoramiento médico telefónico 24 horas

Mediante esta garantía y para el caso de fallecimiento de cualquiera de los asegurados de la póliza de seguro de decesos, el asegurador garantiza la puesta a disposición del resto de asegurados de un servicio telefónico para que le informe a través del número que figura en la tarjeta de asistencia que se entrega junto con la documentación de la póliza sobre el alcance de los siguientes derechos que le asistan y en relación con el citado fallecimiento o accidente:

- Protección por muerte y supervivencia: sujetos, hechos causantes, prestaciones que comprenden, documentación a presentar, lugar de presentación y tramitación.
- Prestaciones familiares por hijo a cargo: beneficiarios, prestaciones, documentación a presentar, lugar de presentación y tramitación.
- Invalidez permanente: definición, grados, procedimiento para su evaluación y declaración, incapacidad permanente total o parcial para la profesión habitual, incapacidad permanente absoluta, gran invalidez, definiciones, requisitos para la concesión y cuantía de la prestación, documentación a presentar y lugar de presentación.

- Incapacidad temporal por accidente: definición, causas, requisitos, cuantía del subsidio, periodo máximo de percepción y trámites para la percepción.
- Herencias: partición, adjudicación, sucesión testamentaria y abintestato (procedimientos), liquidación del impuesto de sucesiones mediante solicitud o autoliquidación.
- Pensión de jubilación: definición, condiciones, cuantía de la pensión, incompatibilidad de la pensión con el trabajo, documentación a presentar y lugar de presentación y tramitación.

2.6. Segunda opinión médica

Este servicio comporta una valoración, por parte de expertos de reconocido prestigio internacional en la enfermedad grave de que se trate, del diagnóstico y del tratamiento que sigue el usuario en el proceso de la enfermedad que padezca, quienes emitirán el correspondiente informe al respecto siempre que los referidos servicios sean solicitados durante el periodo de vigencia de la póliza. Este servicio incluye:

- Servicio de atención y respuesta a cualquier tipo de solicitud de información médica relativa a segundos diagnósticos relacionados con enfermedades graves tales como oncología, infarto agudo de miocardio, patología de válvulas cardiacas, accidente vascular cerebral, hepatitis, cirrosis, sida, trasplantes de órganos, etcétera.
- Acceso a la opinión de los más reconocidos expertos médicos en todo el mundo gracias a la red internacional de expertos médicos y centros hospitalarios establecida por nuestra compañía.
- Acceso a un comité clínico que aconsejará al paciente y a su familia.
- Envío de toda la documentación diagnóstica al especialista o especialistas seleccionados por la entidad para emitir el informe de segunda opinión médica.
- Edición y revisión del informe de segunda opinión médica, que incluye un resumen del caso, motivo de la consulta, informe de los médicos expertos seleccionados y el currículum de cada uno de ellos.
- Envío del informe al cliente y, en caso de que se haya acordado, al equipo médico del mismo.

Además, el asegurado tendrá acceso a los servicios de:

- Selección de expertos y de centros hospitalarios.
- Asesoramiento en caso de traslado del paciente.

- Ayuda en la gestión de citas con médicos y en los trámites de admisión en hospitales internacionales.
- Obtención de presupuestos, costes estimados de hospitalización y posibles descuentos.

2.7. Asistencia jurídica Vida Familiar

Este servicio incluye:

Servicio de asesoría / ayuda legal las 24 horas. Prestación de ayuda legal telefónica que estará circunscrita a la existencia objetiva de una situación de urgencia como, por ejemplo, control de alcoholemia, accidente de tráfico, robo, molestias en la vivienda, allanamiento de morada, accidente sufrido o provocado o privación de libertad. Se excluye la redacción de informes o dictámenes.

Asistencia jurídica telefónica / consejo legal. Daremos respuesta telefónica a cualquier consulta de carácter jurídico o legal planteada por el asegurado referente a su ámbito personal y circunscrita a la legislación española. El horario de consulta será de 9 a 21 horas, de lunes a viernes. Existirá un plazo máximo de respuesta de 24 horas (excepto festivos y fines de semana). Entre otras, podrán consultarse las siguientes materias, que se prestarán telefónicamente, pero se excluirá la redacción de informes o dictámenes:

Familia

- Matrimonio: régimen económico, capitulaciones, separación, divorcio, matrimonio canónico, ayudas de carácter público y pareja de hecho.
- Hijos: responsabilidad civil, adopción, responsabilidad penal del menor, acoso y malos tratos en instituciones docentes.
- Sucesiones: testamento, implicaciones fiscales, proceso sucesorio, certificados, derechos forales e inscripciones registrales.
- Familia numerosa: legislación, documentación, ayudas, subvenciones y bonificaciones fiscales.

Vivienda

- Compraventa: contrato de compraventa, vivienda usada, vivienda sobre plano, retrasos en la entrega y entrega de cantidades a cuenta.
- Hipoteca: derechos y obligaciones, subrogación, inscripción registral, impago, ejecución y cancelación.
- Alquiler: contrato de arrendamiento, derechos y obligaciones de las partes, duración, fianzas, rescisión y actualización de la renta.

- Servicio doméstico: legislación, contratación, Seguridad Social, salario, derechos y obligaciones y terminación del contrato.
- Comunidad de vecinos: juntas ordinarias y extraordinarias, orden del día, voto, mayorías necesarias, impugnación de acuerdos y presidencia.
- Obras: licencias municipales, permiso de la comunidad, cerramientos, aire acondicionado, toldos y sanciones administrativas.

Extranjería

- Régimen de extranjería: requisitos y procedimientos para obtener la nacionalidad, permiso de estancia de estudiante y matrimonio con extranjeros.
- Régimen laboral: carta de invitación, oferta de trabajo, permiso de trabajo, cambio de actividad en el permiso y contrato de trabajo.

Otros

- Penal: delitos, faltas, juicios rápidos, procedimiento judicial, denuncia, querrela, privación de libertad y fianza.
- Consumo: derechos del consumidor, reclamación al proveedor de bienes o servicios, arbitraje de consumo y organismos administrativos.
- Protección de datos: legislación aplicable, derechos de acceso, cancelación y rectificación, denuncias y sanciones.

Elaboración y revisión de contratos. Se elaborarán o revisarán los siguientes tipos de contrato y escritos en los que el asegurado sea parte firmante del documento:

- Compraventa de inmueble.
- Constitución de hipoteca.
- Examen de notas simples registrales.
- Arras o señal.
- Carta de reclamación por retraso o vicio oculto.
- Arrendamiento de inmueble.
- Cartas de reclamación como arrendador o arrendatario.
- Contrato de trabajo para el servicio doméstico.
- Escrito de cancelación o rectificación de datos personales.
- Compraventa de vehículo.
- Carta de reclamación o comunicación a la comunidad de propietarios.

Acceso a la red de despachos de abogados. El asegurado podrá utilizar, en condiciones especiales, los servicios de un despacho de abogados colaborador de la red nacional de despachos de abogados. El asegurado tendrá derecho a una primera consulta presencial de carácter gratuito en uno de los despachos de la red de abogados.

2.8. Pack Apoyo

Este servicio incluye:

- **Orientación psicológica telefónica:** se trata de un apoyo puntual (no de urgencia) al asegurado, que ofrece contención emocional, valoración de riesgo, evaluación del apoyo familiar o sobre el entorno del afectado. También dispondrá de información de los recursos asistenciales disponibles o se le realizará un seguimiento telefónico personalizado.
- **Gestión del duelo:** este servicio tiene como principales objetivos la ayuda para aceptar la realidad de la pérdida, trabajar las emociones y el dolor de la pérdida, identificar y expresar sentimientos, ayudar a vivir sin el fallecido, adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente, facilitar la reconciliación emocional con el fallecido y dar tiempo para elaborar el duelo e interpretar la conducta normal, permitiendo las diferencias individuales.
- **Asesoramiento en nutrición:** este servicio se presta por vía telefónica y ofrece apoyo por parte de un equipo de especialistas en nutrición, que atiende cada caso de forma personalizada y con absoluta confidencialidad. Tras el cuestionario realizado y el envío de la información inicial, el asegurado tendrá la posibilidad de contactar de nuevo con el equipo de nutrición para realizar un seguimiento.

3. Coberturas opcionales

Solo mediante su expresa contratación, que constará en las Condiciones Particulares de la póliza y pago de la prima correspondiente, pueden contratarse las garantías opcionales siguientes a las que serán de aplicación estas Condiciones Generales y Particulares de la póliza.

3.1. Pack de ADN

La contratación de esta garantía incluye la extracción, conservación y disponibilidad de ADN del fallecido con fines de genética clínica o forense durante 10 años. En caso de que los familiares deseen prorrogar la conservación de dicho ADN transcurridos los 10 años, deberán hacerse cargo del correspondiente coste.

El asegurador podrá prestar el servicio o indemnizar a quien acredite haber satisfecho el coste, con una cantidad acorde al precio del mercado en el momento del siniestro.

3.2. Pack Becas

Se indemnizará, en concepto de becas de estudio, con un importe total de 6.000 € a los hijos menores de 18 años en caso de fallecimiento por accidente del tomador del seguro. En caso de ser varios los beneficiarios, la indemnización se repartirá proporcionalmente entre todos ellos.

Para esta cobertura serán de aplicación las mismas exclusiones a las que se hacen referencia en el Capítulo II, apartado 2.1, para la garantía de Accidentes.

CAPÍTULO III

Disposiciones generales

Personas no asegurables

A los efectos de este seguro no son asegurables las personas que al solicitarlo tengan más de 70 años o padezcan enfermedad grave.

CAPÍTULO IV

Riesgos excluidos

Quedan excluidos con carácter general para todas las garantías de este contrato los siniestros producidos con motivo o consecuencia de los siguientes riesgos:

- Los riesgos extraordinarios cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros.
- Los riesgos producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- Los riesgos derivados de energía nuclear.
- Los riesgos causados por mala fe del asegurado.
- Los riesgos 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, el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.
- Los que por su magnitud o gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de catástrofe o calamidad nacional.
- Los que comporten una reticencia, inexactitud u omisión en la declaración del asegurado sobre su esperanza de vida.

CAPÍTULO V

Efecto del seguro

La cobertura del Seguro tomará efecto en la fecha que se determina en las Condiciones Particulares de la póliza una vez haya sido firmada por las partes y se haya pagado la primera prima.

CAPÍTULO VI

Plazos de carencia

La cobertura de las garantías pactadas, comenzará transcurrido un mes desde la fecha de efecto del seguro para los asegurados menores de 60 años, y tres meses para los asegurados que tengan o superen dicha edad, salvo si el fallecimiento del asegurado fuese a causa de accidente, en cuyo caso tomarán efecto desde la entrada en vigor del Seguro.

No obstante, por acuerdo de las partes contratantes, se podrán suprimir o modificar los plazos de carencia antes estipulados haciéndose constar así en el Anexo 1 de asegurados.

CAPÍTULO VII

Modificaciones del contrato

Las altas de asegurados que se produzcan tomarán efecto en la fecha que se indique en el correspondiente Suplemento, siempre que este haya sido firmado por las partes, y el tomador del seguro haya abonado el incremento de prima que corresponda, salvo pacto en contrario. A los efectos de los plazos de carencia se estará a lo dispuesto en las condiciones de cada garantía.

El tomador del seguro deberá comunicar al asegurador los cambios de domicilio, ya sea dentro de la localidad en que resida o a población distinta; en este último caso, se adaptará el contrato a los servicios fúnebres existentes en dicho lugar regularizándose la prima.

CAPÍTULO VIII

Duración del seguro

Este contrato ha sido concertado sobre la base de las declaraciones efectuadas por el tomador del seguro y/o asegurado en la solicitud de seguro, que han sido tenidas en cuenta por el asegurador para aceptar el riesgo y le han servido para fijar la prima.

El seguro se estipula por el período de tiempo previsto en las Condiciones Particulares, y a su vencimiento, de conformidad con el artículo 22 de la Ley de Contrato de Seguro se prorrogará tácitamente por años naturales sucesivos. Llegado a su vencimiento, y siempre que el tomador se encuentre al corriente en el pago de la prima, el contrato se prorrogará de forma automática por periodos sucesivos no superiores a un año. No obstante, el tomador podrá oponerse a la prórroga mediante notificación escrita a la aseguradora, efectuada con una antelación no inferior a un mes a la fecha de conclusión del periodo de seguro en curso.

El asegurador no podrá oponerse a la prórroga anual de la póliza, con la excepción del supuesto contemplado en el Capítulo XVII B) de este contrato y con la excepción de los supuestos de incumplimiento de obligaciones por parte del tomador del seguro y/o asegurado, así como de la existencia de dolo o culpa grave del asegurado.

CAPÍTULO IX

Pago de primas

1. El tomador del seguro, de acuerdo con el artículo 14 de la Ley de Contrato de Seguro, está obligado al pago de la prima, lo cual se realizará por domiciliación bancaria, salvo que en las Condiciones Particulares se establezca otro procedimiento.

Para el pago mediante domiciliación bancaria, el tomador del seguro suscribirá la correspondiente orden de domiciliación, haciendo entrega de la misma a la entidad aseguradora. La prima se entenderá satisfecha a su vencimiento salvo que, intentado el cobro dentro del mes siguiente al vencimiento, no existiesen fondos suficientes del obligado al pago. En este caso, se notificará el impago al tomador del seguro por carta certificada.

Si el asegurador dejase transcurrir el mes siguiente al vencimiento sin haber presentado el recibo al cobro o, al hacerlo, no existiesen fondos suficientes en la cuenta, aquel deberá notificar tal hecho al obligado a pagar la prima por carta certificada o medio indubitado, concediéndole un nuevo plazo de un mes para que pueda satisfacer el importe. Este plazo se computará desde la recepción de la indicada carta o notificación en el último domicilio de pago del tomador del seguro.

2. La primera prima será exigible, conforme al artículo 15 de la citada Ley, una vez firmado el contrato; si no hubiera sido pagada por culpa del tomador del seguro, el asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago en vía ejecutiva con base en la póliza. En todo caso, si la prima no hubiera sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el asegurador quedará liberado de su obligación, salvo pacto en contrario.
3. En caso de falta de pago de la segunda y/o sucesivas primas, la cobertura del asegurador quedará suspendida un mes después del día del vencimiento del recibo, y si no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que el contrato queda extinguido. Si el contrato no hubiera sido resuelto o extinguido conforme a las condiciones anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las 24 horas del día en que el tomador del seguro pague la prima. Si la prima no hubiera sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el asegurador quedará liberado de su obligación, salvo pacto en contrario.
4. El asegurador sólo queda obligado por los recibos librados por la Dirección o por sus representantes legalmente autorizados.

El pago del importe de la prima efectuado por el tomador del seguro al mediador no se entenderá realizado al asegurador, salvo que, a cambio, el mediador entregara al tomador del seguro el recibo de prima emitido por el asegurador.

En caso de extinción anticipada del contrato imputable al tomador del seguro, la parte de prima anual no consumida corresponderá al asegurador.

CAPÍTULO X

Revalorización de primas

Además de lo dispuesto en el Capítulo XI sobre actualización de prestaciones, las primas de este seguro serán crecientes anualmente en función de la edad de cada asegurado, aplicando las tarifas de primas que el asegurador tenga en vigor al momento de la renovación anual. El tomador del seguro, en caso de renovación, da su conformidad a las variaciones de prima que se produzcan por tal motivo.

Antes del inicio de cada anualidad del seguro, el asegurador comunicará al tomador del seguro cual será la prima a pagar durante el ejercicio siguiente.

CAPÍTULO XI

Actualización del capital asegurado

Con la finalidad de mantener actualizados los capitales o valores asegurados garantizados en la póliza, anualmente se aplicará una revalorización del capital asegurado que permita cubrir la variación de los costes de los distintos elementos que componen el servicio fúnebre y demás prestaciones garantizadas. Las variaciones de capital darán lugar a una actualización de la prima y se tarificarán de acuerdo con la edad de los asegurados en el momento en que tome efecto dicha variación.

El asegurador actualizará, el 1 de Enero de cada año, el importe de la prima con la finalidad de adaptar el capital asegurado de la cobertura de decesos o los costes de las coberturas complementarias, al valor medio de los gastos funerarios por fallecimiento y de los asistenciales previstos en las coberturas contratadas. Asimismo, dicho incremento se podrá fundamentar en los cálculos técnico-actuariales necesarios para determinar la incidencia en el esquema financiero-actuarial del seguro, del incremento del coste de los servicios, el aumento de la frecuencia de las prestaciones cubiertas por la póliza, la incorporación de nuevas prestaciones u otros hechos de similares consecuencias. Con independencia de las antedichas actualizaciones, en cada renovación, la prima se establecerá teniendo en cuenta la localidad de entierro indicada en las condiciones particulares, aplicando la tarifa de primas que el asegurador tenga en vigor en la fecha de cada renovación.

El asegurador comunicará al tomador del seguro las actualizaciones, por escrito y con dos meses de antelación al vencimiento de la póliza, pudiendo este último optar entre:

- a) La renovación del contrato de seguro, lo que supone la aceptación de las nuevas condiciones económicas.
- b) Poner término al mismo al vencimiento de la anualidad en curso. En este último caso, deberá comunicar al asegurador su voluntad en tal sentido, antes de la renovación de la póliza.
- c) Mantener sin modificación el capital asegurado de la cobertura básica de servicio de decesos. En este caso quedarán extinguidas las restantes coberturas contratadas y se mantendrá en lo sucesivo sin variación el capital asegurado de la cobertura de servicio de decesos. A partir de dicho momento, el tomador estará obligado, únicamente, al pago de la prima correspondiente al capital asegurado de la cobertura de decesos (que se mantendrá sin variación). En caso de que el tomador se decida por esta opción, el asegurador no puede

garantizar la suficiencia del capital asegurado para asumir íntegramente el coste del servicio.

Se entenderá renovado el contrato con las nuevas condiciones económicas, en el caso de que el tomador no comunique al asegurador su voluntad de poner término al contrato 2 meses antes del vencimiento de la póliza o no comunique su voluntad de mantener sin modificación el capital asegurado de la cobertura básica de servicio de decesos, antes de que haya transcurrido un mes desde el día en que el tomador haya satisfecho la primera prima de la anualidad siguiente en la que regirán las nuevas condiciones económicas.

En caso de oposición por parte del tomador a la actualización de las primas y/o del capital asegurado, optando este por el mantenimiento sin modificación del capital asegurado de la cobertura básica de servicio de decesos, según lo establecido en el apartado anterior, no se reconoce posteriormente el derecho de rehabilitación de la póliza. Esto es, no se podrá proceder, a partir de entonces, a la actualización del capital asegurado de la cobertura de decesos, ni a volver a dar de alta las coberturas complementarias.

En todo caso, el límite máximo de la prestación del servicio de decesos a satisfacer por parte del asegurador, será el capital cubierto por la póliza en el momento del fallecimiento del asegurado.

CAPÍTULO XII

Siniestros

Para hacer efectivos los derechos derivados de este seguro en caso de fallecimiento de un asegurado, podrá comunicarse el fallecimiento al asegurador mediante el teléfono o cualquier otro canal facilitados por el asegurador.

Para hacer efectivos los derechos derivados de este seguro en el resto de garantías, el asegurado deberá ponerse en contacto a través del teléfono facilitado por el asegurador.

Cuando un asegurado fallezca en localidad distinta a la consignada como domicilio en la póliza se prestará un servicio fúnebre de acuerdo con las modalidades existentes en la plaza, haciéndose cargo el asegurador de los gastos ocasionados hasta el límite del valor asegurado en la póliza.

Si existiera un remanente del capital asegurado (excedente) después de que desde SegurCaixa Adeslas se haya asumido todas las facturas del proveedor funerario, este excedente le corresponderá al tomador de la póliza o, en su defecto, a sus herederos legales, como personas beneficiarias.

Si es a los herederos a quienes les corresponde cobrar el excedente, estos deberán aportar la siguiente documentación:

- El certificado de registro de últimas voluntades de la persona fallecida.
- Una copia del testamento de la persona fallecida si esta hubiera otorgado testamento, o una copia de la declaración de herederos abintestato si no lo hubiera otorgado.
- Un certificado de la cuenta corriente de titularidad de las personas beneficiarias (los herederos).
- Una copia de los DNI de esas personas beneficiarias, necesaria para emitir el certificado que se requiere para pagar el Impuesto de Sucesiones y Donaciones.

De acuerdo con la ley vigente, las personas beneficiarias tendrán que declarar el excedente en el Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones y, en su caso, pagar el importe que corresponda.

El DNI de las personas beneficiarias, será utilizado para (i) cumplir con su obligación de informar a Hacienda de la entrega del excedente y (ii) comunicarles por escrito el importe que deben incluir en el Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones.

Para poder recibir el excedente, cada persona beneficiaria deberá probar que lo ha incluido en el Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones, ya que SegurCaixa Adeslas tiene la obligación de realizar esa comprobación.

Si al fallecer un asegurado resultase que lo está con el mismo asegurador en más de una póliza del seguro de decesos, el asegurador sólo reconocerá los derechos correspondientes a una de ellas, que los causahabientes podrán elegir, procediéndose al reembolso de las primas pagadas por el asegurado en las otras pólizas con deducción de los gastos de gestión consumidos.

CAPÍTULO XIII

Otras obligaciones, deberes y facultades del tomador y asegurado

El tomador del seguro y, en su caso, el asegurado, tiene las siguientes obligaciones:

1. Declarar al asegurador, de acuerdo con la pregunta del estado de salud que este le presente, con veracidad, diligencia y sin reserva todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si el asegurador no le somete a pregunta alguna o, aún cuando lo haya cumplimentado, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén incluidas en él.
2. Comunicar al asegurador, durante el curso del contrato y tan pronto como le sea posible, todas las circunstancias que, de acuerdo con la pregunta del estado de salud presentada por el asegurador antes de la conclusión del contrato, agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por este en el momento de la perfección del contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas para el asegurado. En tales circunstancias el asegurador podrá proponer una modificación de las condiciones o rescindir el mismo si se rechaza la propuesta por el tomador del seguro.

El tomador del seguro o el asegurado podrán, durante la vigencia del contrato, poner en conocimiento del asegurador todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por este en el momento de la perfección del contrato, lo habría concluido en condiciones más favorables para el asegurado.

En tal caso, al finalizar el período en curso cubierto por la prima, deberá reducirse el importe de la prima futura en la proporción correspondiente, teniendo derecho el tomador del seguro, en caso contrario, a la resolución del contrato y a la devolución de la diferencia entre la prima satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar, desde la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.

El tomador del seguro podrá reclamar al asegurador, en el plazo de un mes desde la entrega de la póliza, que se subsanen las divergencias existentes entre ésta si la hubiere o de las cláusulas acordadas, según dispone el artículo 8 de la Ley de Contrato de seguro. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza.

En el supuesto de indicación inexacta de la edad del asegurado, el asegurador

sólo 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 corresponda pagar, el tomador del seguro reintegrará la diferencia de primas. Si por el contrario la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, el asegurador está obligado a restituir el exceso de primas percibidas, sin intereses.

3. Aminorar las consecuencias del siniestro, empleando todos los medios a su alcance. El incumplimiento de este deber, con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al asegurador, liberará a este de toda prestación derivada del siniestro.

CAPÍTULO XIV

Otras obligaciones del asegurador

Además de prestar los servicios y garantías contratadas, el asegurador deberá entregar al tomador del seguro la póliza o, en su caso, el documento de cobertura provisional o el que proceda, así como un ejemplar de los demás documentos que haya suscrito el tomador del seguro.

CAPÍTULO XV

Facultades del asegurador

1. Cuando el asegurador tenga conocimiento de la reserva o inexactitud de los datos que haya facilitado el tomador del seguro o el asegurado con anterioridad a la suscripción de la póliza, podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al tomador del seguro o en su caso al asegurado en el plazo de un mes desde que tuvo el citado conocimiento.

Si el siniestro sobreviene antes de que el asegurador haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de este se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo, salvo que el tomador del seguro o el asegurado hubiesen actuado con dolo o culpa grave a la hora de declarar el riesgo, en cuyo caso, pierden el derecho a la prestación garantizada.

2. En el caso de agravación del riesgo sobre un contrato ya celebrado:
 - El asegurador puede, en el plazo de dos meses a contar desde el día en que la agravación del riesgo le ha sido declarada por el tomador del seguro y/o asegurado, proponer una modificación del contrato. En tal caso, el tomador del seguro dispone de quince días a contar desde la recepción de esta proposición para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo o de silencio por parte del tomador del seguro, el asegurador puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al tomador del seguro, otorgándole para que conteste un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho días siguientes comunicará al tomador del seguro la rescisión definitiva.
 - El asegurador igualmente podrá rescindir el contrato comunicándolo por escrito al tomador del seguro o en su caso al asegurado dentro del plazo de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo. En el caso de que el tomador del seguro y/o el asegurado no hayan efectuado su declaración de agravación del riesgo, y sobreviniera un siniestro, el asegurador queda liberado de su prestación si el tomador de seguro y/o el asegurado han actuado con mala fe. En otro caso, la prestación del asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

CAPÍTULO XVI

Comunicaciones

Las comunicaciones al asegurado, por parte del tomador del seguro, del asegurado o del beneficiario, se realizarán en el domicilio social de aquel señalado en la póliza, pero si se realizan a un agente del asegurador surtirán los mismos efectos que si se hubieran realizado directamente a este.

Las comunicaciones del asegurador al tomador del seguro, al asegurado o beneficiario, se realizarán en el domicilio de los mismos recogido en la póliza, salvo que hubiesen notificado el cambio de su domicilio al asegurador.

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 este.

CAPÍTULO XVII

Pérdida de derechos, indisputabilidad del contrato y nulidad del mismo

A. Pérdida de derechos

El asegurado pierde el derecho a la prestación garantizada:

- a) **En caso de inexactitud por parte del tomador del seguro o, en su caso, del asegurado, a la hora de declarar el riesgo antes de la suscripción de la póliza, ya sea no respondiendo con veracidad, ya sea ocultando de manera consciente circunstancias relevantes, ya sea no observando la debida diligencia para proporcionar los datos que se le pidan y siempre y cuando haya mediado dolo o culpa grave del tomador del seguro o, en su caso, del asegurado (artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro).**
- b) **En caso de agravación del riesgo, si el tomador del seguro o el asegurado no lo hubieran comunicado al asegurador, y hubieran actuado con mala fe (artículo 12 de la Ley de Contrato de Seguro).**
- c) **Si el hecho garantizado sobreviene antes de que se haya pagado la primera prima, salvo pacto en contrario (artículo 15 de la Ley de Contrato de Seguro).**
- d) **Cuando el siniestro hubiese sido causado por mala fe del asegurado o del tomador del seguro (artículo 19 de la Ley de Contrato de Seguro).**

B. Indisputabilidad del contrato

1. La póliza será indisputable en cuanto al estado de salud del asegurado transcurridos dos años desde la perfección del contrato.
2. En el momento en que la póliza deviene indisputable, el asegurador pierde el derecho a resolver el contrato y, en caso de siniestro, a negar la prestación o reducirla proporcionalmente, alegando la existencia de enfermedades preexistentes consecuencia de la declaración errónea o inexacta del tomador, salvo que el tomador del seguro y/o asegurado hayan actuado con dolo.

C. Nulidad del contrato

1. El contrato de seguro será nulo, salvo en los casos previstos por la Ley, si en el momento de su conclusión ya hubiere ocurrido el siniestro.

CAPÍTULO XVIII

Jurisdicción y prescripción

Será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro el del domicilio del asegurado.

Las acciones para exigir derechos derivados de la póliza prescriben a los dos o cinco años dependiendo de su naturaleza según establece la Ley.

CAPÍTULO XIX

Protección del asegurado y contratación a distancia

1. Estado y autoridad de control

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

2. Instancias de reclamación

1. El tomador del seguro, el asegurado, el beneficiario, los terceros perjudicados o los derechohabientes de cualquiera de ellos podrán presentar quejas o reclamaciones contra aquellas prácticas del asegurador que consideren abusivas o que lesionen sus derechos o intereses legalmente reconocidos derivados del contrato de seguro. A tal fin y de conformidad con lo dispuesto en la legislación vigente sobre esta materia, SEGURCAIXA ADESLAS dispone de un Servicio de Atención al Cliente (SAC) al que pueden dirigirse para presentar sus quejas y reclamaciones, cuando éstas no hubiesen sido resueltas a su favor por la oficina o servicio objeto de las mismas. Las quejas y reclamaciones podrán ser presentadas ante el Servicio de Atención al Cliente en cualquier oficina abierta al público de la entidad o en la dirección o direcciones de correo electrónico que tenga habilitada para tal fin. El SAC acusará recibo por escrito de las quejas o reclamaciones que reciba y las resolverá de forma motivada y en el plazo máximo legal de dos meses contados desde la fecha de presentación de la misma.
2. Asimismo los interesados podrán interponer queja o reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. Para ello deberán acreditar que ha transcurrido el plazo de dos meses desde la fecha de presentación de la queja o reclamación ante el SAC sin que éste hubiera resuelto, o cuando haya sido denegada la admisión o desestimada, total o parcialmente, su petición.
3. Sin perjuicio de las anteriores actuaciones y de las que procedan conforme a la normativa de seguros, los interesados en todo caso podrán ejercitar las acciones que estimen oportunas ante la jurisdicción ordinaria.

3. Contratación a distancia

Si el contrato de seguro se hubiere realizado por una técnica de comunicación a distancia y el tomador de seguro fuese una persona física que actúe con un propósito ajeno a una actividad comercial o profesional propia, tendrá la facultad unilateral de resolver el contrato sin indicación de los motivos y sin penalización

alguna, siempre que no haya acaecido el evento dañoso objeto de cobertura dentro del plazo de catorce días contados desde la fecha de celebración del contrato.

Esta facultad unilateral se podrá ejercitar por el tomador mediante comunicación escrita y firmada, que permita dejar constancia de la comunicación, dirigida al domicilio social del asegurador, con indicación del número inicialmente asignado para la póliza.

CAPÍTULO XX

Información sobre el tratamiento de datos personales

1. Responsable del tratamiento de datos personales y Delegado de Protección de Datos

El responsable del tratamiento de sus datos personales es SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros ("SegurCaixa Adeslas") con NIF A28011864 y domicilio social en el Paseo de la Castellana, 259 C (Torre de Cristal), 28046 Madrid.

SegurCaixa Adeslas ha nombrado un Delegado de Protección de Datos ante el cual podrá poner de manifiesto cualquier cuestión relativa al tratamiento de sus datos personales dirigiéndose al correo electrónico dpd@segurcaixaadeslas.es, o por escrito a la sede social con la referencia "Delegado de Protección de Datos".

2. Finalidad del tratamiento de datos personales

2.1. Tratamientos obligatorios

SegurCaixa Adeslas, en su condición de aseguradora, trata datos personales, de manera automatizada y no automatizada, de distintos colectivos de afectados (tomadores, asegurados, beneficiarios, terceros, en adelante todos ellos interesados) con la finalidad de dar cumplimiento a las pólizas de seguro emitidas y sus obligaciones legales como entidad aseguradora. Esto incluye, entre otros, tratamientos como la gestión de siniestros, abono de prestaciones, y otros tratamientos necesarios para el desarrollo de la actividad aseguradora y cálculo de prima, entre otros.

Asimismo, para llevar a cabo las actualizaciones económicas de la póliza la Aseguradora podrá tratar los datos, tanto del tomador como de los asegurados incluidos en la póliza, bien proporcionados por éstos o, en su caso, por aquel, como datos sociodemográficos procedentes de fuentes públicas, así como los obtenidos con ocasión del desarrollo de la relación de seguro.

Antes de formalizar cualquier póliza de seguros se solicitarán una serie de datos personales que serán tratados con la finalidad de realizar una simulación de la misma. El resultado de esta simulación dependerá de las condiciones personales de los asegurados y del producto o productos que deseen contratar y será realizado conforme a criterios de técnica actuarial. Para realizar esta simulación es necesario llevar a cabo un perfilado utilizando para ello, tanto los datos que nos facilite como datos obtenidos de fuentes públicas, a fin de que el cálculo resulte lo más ajustado posible a la situación personal del interesado.

Los datos personales recabados por SegurCaixa Adeslas también podrán ser utilizados para la realización de encuestas de calidad, extracción de estadísticas y/o estudios de mercado.

Adicionalmente SegurCaixa Adeslas podrá tratar datos personales para dar cumplimiento a cualquier obligación legal que le incumba, específicamente obligaciones relacionadas con la regulación del mercado de seguros, los mercados financieros, la normativa mercantil y tributaria o la regulación de la prestación de servicios de asistencia sanitaria, entre otras.

En particular, resulta obligatorio adoptar medidas efectivas para, prevenir, impedir, identificar, detectar, informar y remediar conductas fraudulentas relativas a seguros. Para ello SegurCaixa Adeslas podrá tratar los datos de sus clientes, potenciales clientes o de terceros, incluyendo datos especialmente protegidos y datos obtenidos de fuentes públicas o datos que los propios interesados hayan hecho públicos, especialmente aquellos que puedan encontrarse en redes sociales.

2.2. Tratamientos voluntarios

También se podrán realizar otros tratamientos de datos personales que no responden a la necesidad de ejecutar un contrato o cumplir con una obligación legal y a los que el interesado podrá oponerse.

Así, siempre y cuando el interesado no se oponga y mantenga algún tipo de relación directa con SegurCaixa Adeslas, podrá recibir, por cualquier canal de comunicación, incluidos medios electrónicos, información sobre ofertas o promociones relativas a los productos contratados y sobre otros comercializados por SegurCaixa Adeslas que puedan ser de su interés. Para ello, se podrán analizar sus datos personales a fin de elaborar un perfil con los mismos que permita que dichas comunicaciones se ajusten todo lo posible a sus necesidades y preferencias. En este análisis se podrán tener en cuenta datos demográficos y de productos contratados con SegurCaixa Adeslas.

Asimismo, y en caso de que el interesado hubiese prestado específicamente el consentimiento, se podrán comunicar sus datos a la entidad financiera CaixaBank, S.A., con NIF A08663619 y domicilio en carrer Pintor Sorolla, 2-4 46002 València, y a las empresas del Grupo "la Caixa", 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.

2.3. Plazo de conservación de los datos personales

Los datos personales de los clientes serán conservados mientras permanezca vigente la relación contractual con el objetivo de dar cumplimiento a las finalidades ya descritas. Una vez finalice la relación contractual estos datos serán bloqueados durante el periodo en el que puedan ser necesarios para el ejercicio o la defensa en el marco de acciones administrativas o judiciales y solo podrán ser desbloqueados y tratados de nuevo por este motivo. Superado este periodo los datos serán cancelados.

Los datos personales de terceros recabados con ocasión de la gestión de un siniestro serán conservados en tanto dure dicha gestión. Una vez finalizada la misma serán bloqueados durante el periodo que resulte necesario para atender a posibles reclamaciones derivadas del siniestro. Superado este periodo los datos serán cancelados.

3. Destinatarios de los datos personales (cesiones de datos)

SegurCaixa Adeslas trata los datos personales de los interesados con la debida confidencialidad no realizando cesiones de datos a terceros salvo las indicadas a continuación y para las siguientes finalidades:

- Cumplir con los términos de las pólizas de seguro, a través de prestadores de servicios relacionados con las coberturas del seguro, entidades de seguros, reaseguro y/o coaseguro u otras entidades colaboradoras (centros y profesionales sanitarios, talleres de reparación de vehículos, profesionales o empresas de reparaciones domésticas, peritos u otros profesionales análogos), con la única finalidad de gestionar el contrato de seguro, atender, en su caso, los siniestros, así como a través de entidades financieras para girar al tomador el recibo correspondiente a la prima u otros pagos que le corresponda realizar derivados del contrato de seguro.
- Cumplir con obligaciones legales con Administraciones, Autoridades y Organismos Públicos, incluidos Juzgados y Tribunales, cuando así lo exija la normativa reguladora del Mercado de Seguros, financiera, fiscal o cualquier otra aplicable a SegurCaixa Adeslas.
- Cumplir con el consentimiento prestado específicamente por el interesado para facilitar sus datos a CaixaBank, S.A. y las empresas del Grupo "la Caixa" con la finalidad indicada en el apartado de tratamientos voluntarios del epígrafe 2. "Finalidad de tratamiento de datos personales".

También podrán tener acceso a datos personales los proveedores de servicios con los que SegurCaixa Adeslas mantenga una relación contractual y tengan la condición de encargados de tratamiento.

4. Derechos del interesado en relación con el tratamiento de sus datos personales

El interesado podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento y portabilidad de los datos en los casos y con el alcance que establezca la normativa aplicable en cada momento.

También tiene derecho a retirar el consentimiento a los tratamientos voluntarios si lo hubiera prestado y/u oponerse a recibir comunicaciones comerciales.

Para ejercer estos derechos podrá dirigirse a SegurCaixa Adeslas por alguno de los siguientes canales:

- Correo postal adjuntando fotocopia de su D.N.I. o documento equivalente dirigido a: "Tramitación Derechos de Privacidad" en el Paseo de la Castellana 259C - 6ª Planta - Torre de Cristal, 28046 Madrid.
- Dirigiéndose presencialmente a cualquiera de las delegaciones de SegurCaixa Adeslas.

Se le informa, asimismo, de su derecho a presentar una reclamación derivada del tratamiento de sus datos personales ante la Agencia Española de Protección de Datos.

Si tiene cualquier duda en relación con el ejercicio de sus derechos puede contactar con el Delegado de Protección de Datos de SegurCaixa Adeslas. Encontrará los datos y canales de contacto en el apartado 1. "Responsable del tratamiento de datos personales y Delegado de Protección de Datos".

5. Origen de los datos

Los datos de los interesados pueden ser facilitados a SegurCaixa Adeslas por el propio interesado o el tomador de la póliza de seguro en cualquier momento de la relación (precontractual y contractual) con SegurCaixa Adeslas con las finalidades que se describen en el apartado 2. "Finalidad del tratamiento de datos personales". Además, en el marco de la gestión de las pólizas suscritas y, en su caso, la atención de siniestros, se pueden recibir datos personales de los tomadores, asegurados y terceros, incluso a través de las entidades prestadores de los servicios objeto de cobertura por las pólizas (centros y profesionales sanitarios, talleres de reparación de vehículos, profesionales o empresas de reparaciones domésticas, peritos u otros profesionales análogos).

El interesado será responsable de la exactitud y veracidad de los datos personales facilitados a SegurCaixa Adeslas quien se reserva el derecho de rectificar o suprimir los datos falsos o incorrectos sin perjuicio de tomar otras acciones legales oportunas en cada caso. Cuando los datos facilitados correspondan a un

tercero, el interesado tendrá la obligación de informar y obtener el consentimiento del tercero sobre los tratamientos descritos en el presente texto.

Como ya se ha indicado, se tratan también datos obtenidos de fuentes públicas de Organismos Oficiales con la finalidad de complementar la información facilitada por el interesado durante el proceso de contratación del seguro.

También, como ya se ha indicado, se podrán tratar datos hechos públicos por los interesados con la finalidad de adoptar las medidas que sean necesarias para prevenir conductas fraudulentas relativas a seguros. En particular SegurCaixa Adeslas podrá tratar datos obtenidos de perfiles públicos en redes sociales de los interesados con esta finalidad.

CAPÍTULO XXI

Ámbito del seguro

Las garantías del presente seguro se extienden a todo el territorio nacional salvo lo dispuesto en estas Condiciones Generales.

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:

- 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.
- 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

- 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 cuerpos siderales y aerolitos.

- Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
- 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

- Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
- 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.
- Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- 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 radioactivos.
- 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.

Comunicación de daños al Consorcio de Compensación de Seguros

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.

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.conorseguros.es**).

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.

Abono de la indemnización: el Consorcio de Compensación de Seguros realizará el pago de la indemnización al beneficiario del seguro mediante transferencia bancaria.



NO CONTRACTUAL