

Preliminar

El presente contrato tiene por objeto instrumentar los compromisos por pensiones que el tomador tenga asumidos con el grupo asegurado, en los términos y condiciones de la póliza, siempre que se paguen por el tomador las correspondientes primas. Por ello, el contrato queda sujeto al régimen sobre la instrumentación de los compromisos por pensiones de las empresas con los trabajadores y beneficiarios previsto en la disposición adicional primera del Texto Refundido de la Ley de Regulación de los Planes y Fondos de Pensiones, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2002, de 29 de noviembre, y en su Reglamento de desarrollo. En lo que no contradiga este régimen especial, se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, del Contrato de Seguro, y por las demás normas españolas reguladoras de los seguros privados. Asimismo, se rige por lo convenido en la póliza.

Capítulo I. Definiciones

Para la interpretación de este seguro serán de aplicación las definiciones de los términos siguientes:

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

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

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 el asegurador en caso de siniestro.

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

Grupo asegurable: conjunto de personas físicas delimitado por la característica común ajena al propósito de contratar un seguro.

Grupo asegurado: conjunto de asegurados.

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

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

Prima: precio del seguro, incluidos los recargos, tasas e impuestos legalmente aplicables. La prima del seguro es anual, si bien, podrá pactarse su fraccionamiento.

Beneficiario: persona/s, físicas o jurídicas, con derecho a percibir la prestación. Los indicados en cada boletín de adhesión o en su defecto, para el caso de que no existiera designación expresa de beneficiarios, en las coberturas de fallecimiento, se entenderá que lo son, por orden preferente y excluyente entre sí, el cónyuge del asegurado (excepto si hay una sentencia de separación), sus hijos o hijas a partes iguales, sus padres a partes iguales y, finalmente, sus herederos legales. En las coberturas de incapacidad o invalidez será beneficiario el propio asegurado.

Capítulo II. Tramitación de siniestros

1. Documentación que deberá ser aportada en caso de siniestro

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

a) En el caso de fallecimiento 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 gran invalidez, incapacidad absoluta y permanente o incapacidad permanente total o parcial:

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

c) En el caso de gastos de asistencia sanitaria:

- Impreso de solicitud de reembolso de gastos, según el modelo que a tal efecto tenga establecido el asegurador, debidamente cumplimentado y firmado por el asegurado.

- Originales de las facturas relativas a los gastos sanitarios causados y de los recibos o documentos que acrediten haber satisfecho su importe a los establecimientos y profesionales sanitarios que correspondan, siendo imprescindible que los documentos identifiquen por su nombre y apellidos al paciente receptor de la asistencia.

Las facturas incluirán:

- Nombre y apellidos o denominación social de la persona física o jurídica que las emita, su domicilio, teléfono, número de colegiado y especialidad en su caso y N.I.F. o C.I.F.
- Nombre y apellidos de la persona (tomador o asegurado) que ha satisfecho la factura.
- Desglose adecuado de los diversos conceptos asistenciales y su naturaleza (clase de acto/s médico/s y su/s fecha/s).

- Prescripciones médicas originales en caso de medios de diagnóstico, tratamientos especiales, hospitalización y otros servicios.

- En caso de hospitalización, informe clínico en el que se hagan constar antecedentes, fecha de inicio, causa, origen y evolución de la enfermedad o lesión, así como la asistencia sanitaria prestada al asegurado.

- Será imprescindible para el reembolso de los gastos sanitarios producidos que los documentos identifiquen por su nombre y apellidos al paciente receptor de la asistencia.

- El asegurado se obliga a facilitar al asegurador traducción oficial de los documentos redactados en idiomas distintos a los que tienen carácter de oficiales en el estado español.

- El pago se realizará siempre en moneda española, aunque las facturas se hayan extendido en otra moneda diferente. En este último caso, se efectuará el pago al cambio aplicable en la fecha de recepción de las facturas por el asegurador.

Aunque el asegurador abonará en principio al asegurado las indemnizaciones previstas en la póliza, se reserva expresamente la facultad de realizar ese pago directamente a los profesionales y centros sanitarios emisores de la correspondiente factura, siempre que ésta no hubiera quedado previamente satisfecha, y en la cuantía correspondiente al asegurador de acuerdo con los límites establecidos en las Condiciones Particulares.

2. Resolución pericial del siniestro

En caso de desacuerdo entre el asegurador y el beneficiario sobre la situación de invalidez o incapacidad del asegurado, ambos se podrán someter al dictamen de un perito médico, de acuerdo con el siguiente procedimiento:

El asegurador nombrará un perito médico y el beneficiario/asegurado 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 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 hará 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 en el del beneficiario/asegurado, 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. Las coberturas contratadas, con independencia de la fecha de efectividad o del alta del asegurado si esta última fuera posterior, que figure en las Condiciones Particulares, no tomarán 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 retrotraerán a la fecha de alta de cada asegurado.

2. Derechos del asegurado en caso de cese o extinción de la relación laboral o modificación o supresión del compromiso

Con sujeción al pago de las primas procedentes, en el caso de cese o extinción de la relación laboral, modificación o supresión del compromiso, se mantendrán las coberturas contratadas hasta el vencimiento del periodo del seguro en curso, sin que proceda su posterior renovación.

3. Pago de la prima y efectos de los impagos

El tomador del seguro está obligado al pago de la prima que corresponda a cada asegurado que se integre en el presente contrato. La prima del seguro es anual si bien se podrá pactar su fraccionamiento. El pago de las fracciones de la prima anual, o primas fraccionadas, no tendrá

carácter liberatorio y por tanto, en caso de ocurrencia de siniestro antes de haberse pagado todas las fracciones de la prima anual, el asegurador podrá cobrar al tomador el importe de las fracciones pendientes de pago.

A efectos del pago de la correspondiente prima, el tomador deberá disponer de saldo en el depósito asociado desde la respectiva fecha prevista de pago y durante el plazo de un mes.

El impago de la prima convenida por cualquier causa no imputable al asegurador, sin que por parte del tomador se haya subsanado la situación en el plazo máximo de un mes desde la fecha de vencimiento de la primera prima impagada conllevará la resolución del contrato.

Si en el momento de devengarse la prestación existieran primas vencidas pendientes de pago, anticipos o intereses impagados o prestaciones percibidas indebidamente, se podrá reducir del importe de la prestación la cantidad necesaria para la cobertura de las mismas.

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 figure la correspondiente orden de domiciliación.
- 2) La primera y posteriores primas se entenderán satisfechas a su vencimiento salvo que, al presentarse a cobro por el asegurador a su respectiva fecha de vencimiento, la correspondiente prima resultase impagada por cualquier causa no imputable al asegurador.

4. Duración del contrato y actualización de la prima

La duración del contrato y de cada alta de asegurado será como máximo de un año, según lo dispuesto en las Condiciones Particulares. Los efectos del seguro se inician a las 0 horas de la fecha de efectividad o alta del asegurado si esta última fecha es posterior, si se paga la primera prima al presentarse a cobro por el asegurador, **y terminan por el acaecimiento de cualquiera de los eventos cuyo riesgo es objeto de cobertura (excepto las coberturas de situaciones de incapacidad permanente parcial cuando la indemnización del asegurador no exceda el 33% del importe base, o la cobertura de gastos de asistencia sanitaria por accidente, si se han contratado)**, por la resolución del seguro o, como máximo, a la medianoche de la fecha de vencimiento.

A su vencimiento, y siempre que el tomador esté al corriente en el pago de la prima/s, el seguro se renovará por períodos anuales, salvo que alguna de las partes lo denuncie -esto es, se oponga a la renovación del seguro por escrito con una antelación no inferior a un mes por parte del Tomador y dos meses por parte de la Aseguradora, a la fecha de conclusión del periodo de Seguro en curso. **No obstante al inicio de la anualidad en que el Asegurado cumpla la edad de 70 años, se extinguirán automáticamente las garantías de la póliza para dicha persona.**

Cuando el número de asegurados resulte inferior al número de personas con el que se perfeccionó el contrato, el asegurador podrá actualizar la prima en base a las condiciones de contratación que tenga establecidas para aquella anualidad, denunciar el contrato o aplicar las condiciones económicas de los seguros individuales.

Asimismo, en cada renovación anual se podrá actualizar el importe de la prima en base a los cálculos técnico-actuariales necesarios para determinar la incidencia en el esquema financiero actuarial del seguro de la frecuencia de las prestaciones cubiertas por la póliza.

El tomador del seguro al recibir la comunicación de esta actualización de primas para la siguiente anualidad, podrá optar entre la renovación del contrato de seguro, lo que supone la aceptación de las nuevas condiciones económicas, o poner término al mismo al vencimiento de la anualidad en curso. **En este último caso, el tomador deberá de notificar al asegurador su voluntad de poner término al contrato 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. Transcurrido dicho plazo sin que el tomador haya notificado al asegurador dicha disconformidad, se entenderá renovado el contrato y sus adhesiones con las nuevas condiciones económicas.**

5. Declaraciones

El tomador del seguro y el/los asegurado/s tienen el deber, antes de la perfección del contrato o de la adhesión, de declarar al asegurador, de acuerdo con el cuestionario al que éste les someta, todas las circunstancias conocidas por ellos que puedan influir en la valoración del riesgo.

Cuando el asegurador detecte que estos han ocultado o tergiversado las características del riesgo, podrá rescindir el contrato en el plazo de un mes y no estará obligado a devolver las primas del periodo que hubiese transcurrido hasta ese momento.

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.

6. Comunicaciones

El tomador del seguro, el asegurado y/o el beneficiario/s remitirán sus eventuales comunicaciones al domicilio social del asegurador, a cualquiera de las oficinas de éste, 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, o mediante otra vía de puesta a disposición determinada por el mismo. A todos los efectos, el domicilio será el que conste en la póliza, salvo que se hubiera notificado al asegurador el cambio del mismo.

7. Información sobre el tratamiento de datos personales

7.1. 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".

7.2. Finalidad del tratamiento de datos personales

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.

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 dirigirse, mediante cualquier medio de comunicación (postal, telefónico, electrónico, etc.), información comercial de sus productos y servicios.

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.

7.3. 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 2.9.2 "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.

7.4. 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 2.9.1. "Responsable del tratamiento de datos personales y Delegado de Protección de Datos".

7.5. 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 7.2. "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 prestadoras 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.

8. Impuestos y recargos

Los impuestos y recargos legalmente repercutibles que deban ser satisfechos por razón de este seguro, tanto en el presente como en el futuro, correrán a cargo del tomador del seguro. Los impuestos y recargos que sean aplicables sobre las prestaciones, de acuerdo con la legislación vigente, serán por cuenta del beneficiario.

9. 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 del 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.

10. 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.

11. 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.

12. Cláusula de indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios en seguros de personas

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, el tomador de un contrato de seguro de los que deben obligatoriamente incorporar recargo a favor de la citada entidad pública empresarial tiene la facultad de convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier entidad aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente.

Las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en España o en el extranjero, cuando el asegurado tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el tomador hubiese satisfecho los correspondientes recargos a su favor y se produjera alguna de las siguientes situaciones:

- a) Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por la póliza de seguro contratada con la entidad aseguradora.
- b) Que, aun estando amparado por dicha póliza de seguro, las obligaciones de la entidad aseguradora no pudieran ser cumplidas por haber sido declarada judicialmente en concurso o por estar sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros.

El Consorcio de Compensación de Seguros ajustará su actuación a lo dispuesto en el mencionado Estatuto legal, en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, en el Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, aprobado por el Real Decreto 300/2004, de 20 de febrero, y en las disposiciones complementarias.

RESUMEN DE LAS NORMAS LEGALES

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

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

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

2. Riesgos excluidos

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

3. Extensión de la cobertura

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

COMUNICACIÓN DE DAÑOS AL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

1. La solicitud de indemnización de daños cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros, se efectuará mediante comunicación al mismo por el tomador del seguro, el asegurado o el beneficiario de la póliza, o por quien actúe por cuenta y nombre de los anteriores, o por la entidad aseguradora o el mediador de seguros con cuya intervención se hubiera gestionado el seguro.
2. La comunicación de los daños y la obtención de cualquier información relativa al procedimiento y al estado de tramitación de los siniestros podrá realizarse:
 - Mediante llamada al Centro de Atención Telefónica del Consorcio de Compensación de Seguros (900 50 50 40 y 911259841).
 - A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (www.consorseguros.es).
3. Valoración de los daños: La valoración de los daños que resulten indemnizables con arreglo a la legislación de seguros y al contenido de la póliza de seguro se realizará por el Consorcio de Compensación de Seguros, sin que éste quede vinculado por las valoraciones que, en su caso, hubiese realizado la entidad aseguradora que cubriese los riesgos ordinarios.
4. Abono de la indemnización: El Consorcio de Compensación de Seguros realizará el pago de la indemnización al beneficiario del seguro mediante transferencia bancaria.

