



Regal VIDA

Condiciones Generales



Canal Directo de Liberty Seguros, s.a.



Regal VIDA

Condiciones Generales

NOTA INFORMATIVA **AL TOMADOR**

El estado miembro al que corresponde el control de la actividad aseguradora de la entidad es España, y la autoridad de control la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital.

La legislación aplicable al contrato es la española, en concreto, la Ley 50/80 de 8 de octubre de Contrato de Seguro, y la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, y las normas que lo desarrollan y la Ley 35/2006 de 28 de noviembre del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y de modificación parcial de las leyes de los Impuestos sobre Sociedades, sobre la Renta de no residentes y sobre el Patrimonio y Reglamento que la desarrolla.

LIBERTY SEGUROS, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A., dispone de un **Departamento de Atención al Cliente** y de un **Defensor del Cliente**, para atender y resolver quejas y reclamaciones derivadas de la actuación de la propia entidad o de sus agentes de seguros u operadores de banca seguros, conforme al procedimiento previsto en la Orden ECO 734/2004, de 11 de marzo.

Los tomadores, asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados y derechohabientes de los mismos podrán someter sus quejas y reclamaciones:

- Al **Departamento de Atención al Cliente** de Liberty Seguros, mediante escrito dirigido Paseo de las Doce Estrellas, 4, 28042 Madrid, por fax 91 301 79 98, o e-mail: **reclamaciones@libertyseguros.es**
- En segunda instancia, al **Defensor del Cliente** de Liberty Seguros, mediante escrito dirigido al domicilio

C/Velázquez 80, 28001 Madrid, por fax 91 308 49 91, o e-mail:
reclamaciones@da-defensor.org

Las quejas y reclamaciones formuladas por los clientes, serán atendidas y resueltas en el plazo máximo de un mes desde su presentación.

En caso de disconformidad con el resultado del pronunciamiento adoptado por cualquiera de las instancias anteriormente citadas, o si ha transcurrido el plazo de un mes sin haber obtenido una respuesta, el reclamante podrá formular su queja o reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, mediante escrito dirigido al domicilio en Paseo de la Castellana, 44, 28046 Madrid.

Además de los cauces de reclamación indicados anteriormente, los conflictos podrán plantearse en vía judicial ante los jueces y tribunales competentes.

Se encuentra a disposición de los clientes en las oficinas de Liberty Seguros, el **Reglamento para la Defensa del Cliente**, donde se detalla el procedimiento para la atención de quejas y reclamaciones. También se podrá tener acceso a dicho reglamento en la página web: **www.regal.es**.

La entidad aseguradora **LIBERTY SEGUROS, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.** tiene su domicilio social en **Paseo de las Doce Estrellas, 4, 28042, Madrid (España)**.

La entidad ha adoptado la forma jurídica de sociedad anónima.

ÍNDICE

Artículo Preliminar. Definiciones	7
Artículo 1. Objeto y cobertura de la póliza	8
Artículo 2. Riesgos no cubiertos	19
Artículo 3. Pago de prestaciones de la póliza	23
Artículo 4. Declaración del riesgo	29
Artículo 5. Efecto, duración y extinción de la póliza	31
Artículo 6. Agravación y disminución del riesgo	32
Artículo 7. Primas de la póliza	34
Artículo 8. Beneficiarios de la póliza	36
Artículo 9. Comunicaciones y duplicados de la póliza	37
Artículo 10. Prescripción	39
Artículo 11. Cláusula de indemnización	39

ARTÍCULO PRELIMINAR DEFINICIONES

En este contrato se entiende por:

ASEGURADOR: la sociedad aseguradora es **Liberty Seguros, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.** quien suscribe la póliza junto con el tomador y asume, mediante el cobro de la prima correspondiente, la cobertura de los riesgos objeto del contrato, sea de supervivencia, fallecimiento o cualquier otro.

TOMADOR DEL SEGURO: la persona física o jurídica que suscribe la póliza con el asegurador, comprometiéndose al pago de las primas establecidas y al cumplimiento de las obligaciones que de la misma dimanen, salvo las que por su naturaleza deben ser cumplidas por el asegurado. En las condiciones particulares se establecerá si actúa por cuenta propia o ajena.

ASEGURADO: la persona física sobre cuya vida o integridad física se estipula el seguro.

BENEFICIARIO: la persona o personas físicas o jurídicas, titulares del derecho a las prestaciones contratadas en la póliza, cuando se produzcan los hechos cuyos riesgos son objeto de cobertura.

PÓLIZA: el documento o conjunto de documentos que contienen las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integrante de la póliza, las condiciones generales, las especiales, las particulares que individualizan el riesgo y los suplementos y los apéndices que se emitan para completarla o modificarla. Ninguno de estos documentos tiene validez ni efecto por separado.

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

EDAD ACTUARIAL: la que tenga el asegurado en la fecha de cumpleaños más próxima al día en que la póliza comienza a tener efecto y en cada aniversario de la misma.

CAPITAL ASEGURADO: es la suma de dinero que el asegurador pagará al beneficiario cuando se produzcan los hechos cuyos riesgos son objeto de cobertura.

SINIESTRO: la ocurrencia del hecho que, amparado por la póliza, obliga al asegurador al pago del capital asegurado o a la prestación prevista en el contrato.

SUICIDIO: la muerte del asegurado causada consciente y voluntariamente por el mismo.

ACCIDENTE: Se entiende por accidente la lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita externa y ajena a la intencionalidad del asegurado.

INVALIDEZ ABSOLUTA Y PERMANENTE: Cualquier lesión física irreversible, comprobada médicamente, que al menos durante seis meses consecutivos deje al asegurado inútil para llevar a cabo cualquier tipo de trabajo remunerado.

ARTÍCULO 1. OBJETO Y COBERTURA DE LA PÓLIZA

A. OBJETO DEL SEGURO

El asegurador se obliga a pagar el capital y/o a cumplir las prestaciones establecidas en las condiciones especiales y particulares de la póliza, cuando se produzcan el hecho cuyo riesgo haya sido contratado, dentro del ámbito y con las excepciones o limitaciones que figuren en la póliza.

La póliza es a primer riesgo. Es decir, que ocurrido uno cualquiera de los hechos que son objeto de cobertura, básica

o complementaria, el asegurador asume las consecuencias previstas para dicho riesgo, y a partir de ese momento se extingue la póliza, salvo lo establecido para la cobertura de enfermedades graves.

Existen distintas modalidades de contratación en función de cómo varíe el capital asegurado:

- Constante: donde el capital asegurado permanece constante durante la vigencia del contrato.
- Creciente: donde el capital asegurado tendrá un crecimiento de acuerdo a lo establecido en las condiciones particulares.
- Decreciente: donde el capital asegurado decrecerá de acuerdo a lo establecido en las condiciones particulares.

B. COBERTURA BÁSICA DE LA PÓLIZA

El asegurador se obliga a pagar al beneficiario designado, el capital asegurado en las condiciones particulares al producirse el fallecimiento del asegurado, en tanto el presente contrato continúe en vigor y al corriente del pago de la prima, cualquiera que sea la causa que lo produzca, salvo las exclusiones que se especifican en la presente póliza.

C. COBERTURAS COMPLEMENTARIAS DE LA PÓLIZA

Solo mediante su expresa contratación, que constará en las condiciones particulares de la póliza, y el pago de la prima correspondiente, se asegurarán cada una de las coberturas complementarias que se señalan a continuación.

1. Capital adicional por fallecimiento ambos cónyuges

Si a consecuencia de un mismo accidente se produce el fallecimiento del asegurado y de su cónyuge, el asegurador

se obliga a pagar al beneficiario, un capital adicional al capital asegurado por fallecimiento en la cobertura básica por el importe establecido en las condiciones particulares, **únicamente en caso de que existan hijos, incluidos los adoptivos, menores de 18 años de edad y/o afectados por una incapacidad permanente y absoluta.**

2. Capital adicional por fallecimiento por accidente

En el caso de fallecimiento por accidente del asegurado, el asegurador se obliga a pagar al beneficiario designado, un capital adicional al capital asegurado por fallecimiento en la cobertura básica, por el importe establecido en las condiciones particulares.

A los efectos de esta cobertura se entiende por:

FALLECIMIENTO ACCIDENTAL: el producido por toda lesión corporal debida a la acción de un acontecimiento exterior, súbito y violento, ajeno a la voluntad del asegurado y que cause su fallecimiento **dentro de los trescientos sesenta y cinco días naturales siguientes a la fecha en que sufrió la lesión.**

3. Capital adicional por fallecimiento por accidente de circulación

En el caso de fallecimiento del asegurado por accidente de circulación, el asegurador se obliga a pagar al beneficiario designado, un capital adicional al establecido en las condiciones particulares para la cobertura básica de fallecimiento, por el importe establecido para esta cobertura en las condiciones particulares, siempre y cuando el fallecimiento se produzca **dentro del plazo de trescientos sesenta y cinco días desde la ocurrencia del accidente.**

A los efectos de esta cobertura se entiende por:

ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN: todo aquel que sobrevenga al asegurado en calidad de:

- Peatón en vía pública.
- Usuario de transportes públicos terrestres, marítimos, o aéreos.
- Conductor o pasajero de un vehículo terrestre.

Esta garantía solamente podrá ser contratada conjuntamente con la anterior.

4. Invalidez absoluta y permanente

En caso de invalidez absoluta y permanente del asegurado, el asegurador se obliga a pagar al beneficiario designado el capital establecido para esta cobertura en las condiciones particulares.

A los efectos de esta cobertura se entiende por:

INVALIDEZ ABSOLUTA Y PERMANENTE: cualquier lesión física irreversible, comprobada médicamente, que al menos durante seis meses consecutivos deje al asegurado inútil para llevar a cabo cualquier tipo de trabajo remunerado.

Si el tomador ha contratado conjuntamente la cobertura complementaria de invalidez absoluta y permanente y las definidas en el punto 7 de Enfermedades graves y el punto 8 de Enfermedades graves de mujer y sobre la vida del asegurado acaecen durante la vigencia de la póliza los riesgos cubiertos por ambas coberturas, el asegurador solo pagará el capital asegurado por el riesgo que acaezca primero.

5. Capital adicional por invalidez absoluta y permanente por accidente

En caso de que la invalidez absoluta y permanente definida en el apartado 4 anterior sobreviniese a consecuencia de un accidente, entendiéndose por tal la lesión corporal que derive de causa externa, violenta, súbita y ajena a la intencionalidad del asegurado, **y siempre que se declare dentro de los seis meses naturales siguientes al del accidente**, el asegurador se obliga a abonar un capital adicional al establecido en las condiciones particulares para la cobertura de invalidez absoluta y permanente.

Esta garantía solamente podrá ser contratada conjuntamente con la anterior.

6. Capital adicional por invalidez absoluta y permanente por accidente de circulación

En caso de que la invalidez absoluta y permanente sobreviniese a causa de un accidente de circulación, en los términos y con el alcance previsto en el anterior punto 3, el asegurador se obliga a pagar un capital adicional al establecido en las condiciones particulares para la garantía de invalidez absoluta y permanente.

Esta garantía solamente podrá ser contratada conjuntamente con la anterior.

7. Enfermedades graves

En caso de que el asegurado sea diagnosticado de alguna de las enfermedades, o sufra alguna de las intervenciones cubiertas por esta garantía, el asegurador se obliga a pagar al beneficiario designado el capital establecido para esta cobertura en las condiciones particulares.

Una vez acaecido el riesgo cubierto por la presente cobertura, **quedarán extinguidas las restantes coberturas complementarias que hubieran podido ser contratadas, quedando únicamente vigente la cobertura básica de fallecimiento, pero con un capital minorado por el importe abonado por esta garantía.**

Si el tomador ha contratado conjuntamente la cobertura de invalidez absoluta y permanente y la de enfermedades graves y durante la vigencia de la póliza acaecieran ambos riesgos, el asegurador solo pagará el capital asegurado por el primero que ocurra.

Para todas las enfermedades graves garantizadas por esta cobertura se establece un plazo de carencia desde la fecha de efecto de la póliza, entendiéndose que si se produce el diagnóstico de cualquiera de estas enfermedades graves, dentro de ese plazo, se considerará sin efecto la cobertura. En caso de incremento de la suma asegurada existirá igualmente un periodo de carencia de tres meses.

Una vez haya transcurrido el plazo de carencia sin que se haya diagnosticado la enfermedad, la cobertura se extenderá hasta la fecha de vencimiento establecida para esta cobertura en las condiciones particulares de la póliza.

La prima correspondiente a esta cobertura puede ser modificada por el asegurador mediante comunicación expresa al tomador con al menos dos meses de antelación a la fecha de la siguiente renovación. En caso de no aceptación por parte del tomador de las nuevas primas puede pedir la cancelación de la cobertura o de la póliza completa.

ENFERMEDADES GRAVES E INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS CUBIERTAS

Únicamente están cubiertas las siguientes enfermedades graves:

INFARTO DE MIOCARDIO: es la muerte o necrosis de una parte del músculo cardíaco (miocardio) como resultado de una interrupción brusca del aporte sanguíneo al miocardio, **que ocurra por primera vez**. El diagnóstico debe estar basado en:

- Historia de dolor torácico típico.
- Nuevos cambios electrocardiográficos que confirmen el infarto.
- Elevación significativa de las enzimas cardíacas.

La angina está específicamente excluida.

Plazo de carencia, tres meses.

PUENTE AORTOCORONARIO (BY-PASS), CIRUGÍA DE LAS ARTERIAS CORONARIAS: es la cirugía a corazón abierto que se realiza para la corrección de estenosis o bloqueo de una o más arterias coronarias con injertos arteriales o venosos. El diagnóstico debe estar efectuado por coronariografía y la indicación quirúrgica debe ser considerada médicamente necesaria por un cardiólogo.

No tiene la consideración de enfermedad grave la angioplastia y cualquier otra técnica intra-arterial así como las técnicas con láser.

Plazo de carencia, seis meses.

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR (ACV): cualquier accidente cerebrovascular, con disfunción funcional significativa que produzca déficit funcional y anatómico claramente significativo y permanente.

El diagnóstico debe estar confirmado por nuevos cambios en TAC (tomografía axial computerizada) y/o RNM (resonancia magnética nuclear). Se incluyen en la cobertura de accidentes cerebrovasculares producidos por:

- Infarto de tejido cerebral.
- Hemorragia intracraneal.
- Embolia de la fuente extracraneal.

Se excluyen específicamente el accidente isquémico transitorio (AIT) y el accidente cerebrovascular como consecuencia de un traumatismo externo.

Plazo de carencia, seis meses.

CÁNCER: tumor maligno de crecimiento y desarrollo incontrolado, con invasión y destrucción del tejido normal. El cáncer debe estar diagnosticado y confirmado como maligno por análisis histológicos. Se incluyen la leucemia, el linfoma maligno, la enfermedad de Hodgkin, enfermedades malignas de la médula ósea y el cáncer de piel metastásico.

NO QUEDAN CUBIERTOS:

- Cáncer in situ, el cáncer cervical y la displasia cervical CIN I, II y III y todas las situaciones de premalignidad o cánceres no invasivos.**
- Cáncer de próstata temprano T1 incluyendo T1a y T1b, según la clasificación TNM.**
- Melanomas de piel de menos de 1,5 mm Breslow, o menos del nivel 3 de Clark.**
- Lesiones autoinfligidas, intento de suicidio, embriaguez o uso de estupefacientes y tratamientos no prescritos médicamente.**

Se excluye cualquier tipo de cáncer de piel a excepción de melanoma maligno, conforme a la definición previa.

Plazo de carencia, tres meses.

TRANSPLANTE DE ÓRGANOS: cuando como consecuencia de diagnóstico médico sea necesario efectuar trasplante de corazón, pulmón, hígado, riñón, páncreas y médula ósea.

La inclusión en una lista oficial de espera para el trasplante de cualquier órgano mencionado anteriormente está también incluida en la cobertura. **La garantía cubre únicamente al receptor y no al donante.**

Plazo de carencia, seis meses, desde la fecha de efecto de la póliza.

INSUFICIENCIA RENAL: es el fallo crónico irreversible de la función de ambos riñones, que exijan la realización periódica de diálisis peritoneal, hemodiálisis y/o la necesidad de trasplante renal.

Plazo de carencia, tres meses.

PARÁLISIS – PARAPLEJÍA: es la pérdida total de función de dos o más miembros o extremidades, debida a lesión o enfermedad de la médula espinal o el cerebro, en el caso que **sea considerada permanentemente por un neurólogo.** Están incluidas la pérdida de función de los miembros o extremidades clasificada como diplegia, hemiplejia, tetraplejia y cuadriplejia.

Plazo de carencia, tres meses.

8. Enfermedades graves de mujer

En caso de que el asegurado sea diagnosticado de alguna de las enfermedades, el asegurador se obliga a pagar al beneficiario

designado el capital establecido para esta cobertura en las condiciones particulares.

Una vez acaecido el riesgo cubierto por la presente cobertura, quedarán extinguidas las restantes coberturas complementarias que hubieran podido ser contratadas, quedando únicamente vigente la cobertura básica de fallecimiento, pero con un capital minorado por el importe abonado por esta garantía.

Si el tomador ha contratado conjuntamente la cobertura de invalidez absoluta y permanente y la de enfermedades graves de mujer, y sobre la vida de la asegurada acaecen durante la vigencia de la póliza los riesgos cubiertos por ambas coberturas, el asegurador solo pagará el capital asegurado por el riesgo que acaezca primero.

Para todas las enfermedades graves garantizadas por esta cobertura se establece un plazo de carencia de tres meses desde la fecha de efecto de la póliza, entendiéndose que si se produce el diagnóstico de cualquiera de estas enfermedades graves, dentro de ese plazo, se considerará sin efecto la cobertura. En caso de incremento de la suma asegurada existirá igualmente un periodo de carencia de tres meses.

Una vez haya transcurrido el plazo de carencia sin que se haya diagnosticado la enfermedad, la cobertura se extenderá hasta la fecha de vencimiento establecida para esta cobertura en las condiciones particulares de la póliza.

La prima correspondiente a esta cobertura puede ser modificada por el asegurador mediante comunicación expresa al tomador con al menos dos meses de antelación a la fecha de la siguiente renovación. En caso de no aceptación por parte

del tomador a las nuevas primas puede pedir la cancelación de la cobertura o de la póliza completa.

ENFERMEDADES GRAVES DE MUJER CUBIERTAS

Se entiende como cáncer, para el propósito de las condiciones de esta póliza, la presencia de un tumor maligno de un órgano femenino mencionado a continuación. Este tumor maligno se debe caracterizar por un crecimiento progresivo, incontrolado, con proliferación de células malignas e invasión y destrucción del tejido normal y circundante. El diagnóstico deberá haber sido hecho por un médico oncólogo y cualquier reclamación deberá estar sustentada por la confirmación histológica por escrito.

Únicamente estarán cubiertos los siguientes tipos de cáncer femenino con peligro para la vida:

- Tumor maligno de mama.
- Tumor maligno de útero.
- Tumor maligno de cuello de útero.
- Tumor maligno de vulva.
- Tumor maligno de vagina.
- Tumor maligno de ovarios.
- Tumor maligno de trompas de Falopio.

NO QUEDAN CUBIERTOS:

- a. Cualquier tipo de cáncer salvo los mencionados expresamente como cubiertos.
- b. Tumores que muestren cambios malignos de un carcinoma in situ (incluyendo la displasia cervical

CIN-1, CIN-2 y CIN-3) o aquellos que sean descritos histológicamente como pre-malignos.

- c. Los cánceres que no suponen un peligro para la vida, descritos histológicamente con clasificación TNM T1 (a) o T1 (b), o que son de otra clasificación equivalente o menor.**
-

9. Garantía Repatriación

En caso de fallecimiento del asegurado que figure en la póliza, el asegurador se ocupará de las gestiones y se hará cargo de los gastos necesarios para el traslado del cadáver del asegurado desde el lugar de fallecimiento hasta el lugar de sepelio deseado por los beneficiarios, con las siguientes limitaciones:

- Si el lugar del entierro está en territorio español, no hay limitación alguna.
- En caso de que el lugar del entierro esté fuera del territorio español, se cubrirá el traslado del fallecido hasta el aeropuerto internacional más cercano (sin límite de coste) y desde allí hasta el lugar del entierro **con un importe máximo de gastos asociados a este último traslado de 1.000 euros**. En todo caso, se cubre billete de avión de ida y vuelta para un acompañante, designado por los familiares del asegurado fallecido (cónyuge, ascendiente o descendiente en primer grado, hermano o hermana).

ARTÍCULO 2. RIESGOS NO CUBIERTOS

El tomador conoce que la prima ha sido calculada tomando en consideración que han sido excluidos expresamente de

cobertura por el asegurador los hechos o riesgos que a continuación se detallan:

2.1. RIESGOS NO CUBIERTOS DE APLICACIÓN A TODAS LAS GARANTÍAS

Los siguientes riesgos se excluyen expresamente tanto de la cobertura básica de la póliza como, si estuvieran contratadas, de las coberturas complementarias de la póliza.

a. Durante el primer año de vigencia del contrato, el asegurador no cubre el riesgo de muerte por suicidio. Pasado dicho plazo se asume el mencionado riesgo. Si el tomador aumentase el capital asegurado para caso de fallecimiento, sea como cobertura básica o en una de sus variantes como cobertura complementaria, se seguirá el mismo criterio de forma que:

- En caso de aumento del capital asegurado, el asegurador no cubrirá el riesgo de muerte por suicidio, por la parte en que haya aumentado el capital asegurado, en el primer año a partir de dicho aumento.**

b. El riesgo de accidente aéreo excepto que el asegurado realice los vuelos como simple pasajero en líneas comerciales regulares, vuelos “charter” o, en general, en aparatos civiles provistos de un certificado de navegabilidad debidamente autorizado o cuando los aparatos vayan conducidos por personas provistas de un título de piloto válido para el aparato autorizado.

No están cubiertos asimismo, los siniestros ocurridos como consecuencia de efectuar descensos en paracaídas, no exigidos por la situación del aparato, así

como por vuelos o descensos en parapente, ala delta, ultraligeros o similares aparatos aeronáuticos.

- c. Los siniestros producidos como consecuencia directa o indirecta de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva, y los acaecidos en la navegación submarina o en viajes de exploración.
 - d. Los siniestros que tienen la consideración de extraordinarios y los acaecidos como consecuencia de guerras u operaciones de carácter similar o derivados de hechos de carácter político o social.
-

2.2. RIESGOS NO CUBIERTOS DE APLICACIÓN A LAS COBERTURAS COMPLEMENTARIAS

No quedan cubiertos para las coberturas de fallecimiento de ambos cónyuges, fallecimiento por accidente, invalidez absoluta y permanente, invalidez absoluta y permanente por accidente y Garantía de Repatriación descritas en los artículos 1.C.1., 1.C.2., 1.C.4., 1.C.5. y 1.C.9.

- a. Lesiones autoinflingidas, intento de suicidio, embriaguez, entendiéndose por tal cuando el grado de alcoholemia sea superior al límite establecido por las disposiciones legales vigentes para la conducción de vehículos a motor o uso de estupefacientes y/o narcóticos y tratamientos no prescritos médicamente.
- b. La práctica o participación en competiciones hípcas, carreras de motos, carreras de automóviles, alpinismo, escalada, espeleología, inmersiones submarinas a profundidades superiores a 25 metros, ala delta, parapente, vuelo en ultraligeros u otro aparato aeronáutico similar, efectuar descenso en paracaídas no exigidos por la situación del aparato y cualquier

otra clase de deporte o actividad que entrañe, por su especial peligrosidad, un riesgo para la integridad física del asegurado.

- c. Enfermedades o accidentes contraídos a consecuencia del alcoholismo, del uso de estupefacientes o narcóticos y tratamientos no prescritos médicamente.
 - d. Las consecuencias de un acto de imprudencia temeraria o negligencia grave del asegurado, declarado así judicialmente, así como los derivados de la participación activa de este en actos delictivos, duelos o riñas, siempre que en este último caso no hubiere actuado en legítima defensa o en salvamento de personas o bienes.
 - e. Las consecuencias de enfermedad o accidente originados con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro y que fueran conocidas y no declaradas por el asegurado en el cuestionario de salud.
 - f. Los riesgos no cubiertos a todas las coberturas enumerados en el artículo 2.1.
-

NO QUEDAN CUBIERTOS:

PARA LAS COBERTURAS DE FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN E INVALIDEZ ABSOLUTA Y PERMANENTE POR ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN DESCRITAS EN LOS ARTÍCULOS 1.C.3. Y 1.C.6. LOS RIESGOS O HECHOS PRODUCIDOS A CONSECUENCIA DE:

- a. Los accidentes causados por la participación del asegurado como concursante en carreras de todo tipo de automóviles, rallies, competiciones y apuestas, y

- también como conductor, si no es titular del permiso de conducir reglamentario correspondiente al vehículo.
- b. Los accidentes que pueda sufrir el asegurado en calidad de chofer profesional o de empleado que pertenezca al personal de explotación de medios de transporte terrestres, marítimos o aéreos.
 - c. Los riesgos no cubiertos a todas las coberturas anteriormente enumerados en el artículo 2.1. y 2.2.
-

NO QUEDAN CUBIERTOS PARA LA COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES DESCRITA EN LOS ARTÍCULOS 1.C.7. Y 1.C.8.:

- a. Enfermedades graves que le hayan sido diagnosticadas por primera vez antes de la fecha de efecto del seguro, o bien haya motivado una primera intervención quirúrgica anterior a la fecha de efecto del seguro y no hubieran sido declaradas por el asegurado en el cuestionario de salud.
 - b. Cualquier enfermedad o intervención quirúrgica distinta de las expresamente descritas en este los apartados 1.C.7. y 1.C.8.
 - c. Lesiones autoinfligidas, intento de suicidio, embriaguez o uso de estupefacientes y tratamientos no prescritos médicamente.
-

ARTÍCULO 3. PAGO DE PRESTACIONES DE LA PÓLIZA

1. Obligaciones en caso de siniestro o solicitud de prestación

El tomador, el asegurado o, en su caso, el beneficiario, deberán comunicar al asegurador el acaecimiento del siniestro, dentro

del plazo máximo de siete días contados a partir de la fecha en que fuese conocido. El tomador, el asegurado o, en su caso, el beneficiario, deberán entregar al asegurador la siguiente documentación original o en su caso como fotocopia compulsada:

Siniestros por fallecimiento

- Certificación literal de defunción.
- Certificado literal de nacimiento (fotocopia del D.N.I. del asegurado).
- Informe del médico que haya asistido al asegurado, en el que se detallarán origen, evolución y naturaleza de la enfermedad de la que derivó el fallecimiento, o, en su caso, copia íntegra de las diligencias judiciales o documentación que acredite el fallecimiento por accidente, así como informe de autopsia.
- Certificación del Registro General de Actos de Última Voluntad y, en su caso, copia del último testamento otorgado por el asegurado.
- Carta acreditativa de haber satisfecho los impuestos correspondientes, cuando así sea legalmente exigible, o justificante de exención, en especial referido al Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones.

Adicionalmente en caso de fallecimiento de ambos cónyuges en el mismo accidente con hijos menores, se deberá aportar:

- Certificado literal de defunción del cónyuge.
- Libro de familia.

Siniestros por invalidez

- Resolución del I.N.S.S. declarando la invalidez, su grado de minusvalía y fecha de efecto.

- Informes médicos que permitan conocer el origen, evolución y situación actual de las patologías que presenta.
- Fotocopia de su D.N.I.

Adicionalmente para el caso de invalidez por accidente o accidente de circulación:

- Copia íntegra de las diligencias judiciales o documentación que acredite el accidente.

Siniestros por enfermedades graves

- Informes médicos indicando antecedentes médicos conocidos, origen, evolución, naturaleza de la enfermedad grave y/o de la intervención quirúrgica en su caso.
- Fotocopia del D.N.I. del asegurado.

Además el tomador, el asegurado o, en su caso, el beneficiario, deberán entregar al asegurador toda clase de documentos e información que este les solicite para la verificación de los hechos y circunstancias del siniestro.

Garantía de repatriación

Para la prestación de los servicios inherentes a la Garantía de Repatriación, es indispensable que el beneficiario solicite su intervención, desde el momento del suceso, al siguiente teléfono (puede hacerlo a cobro revertido):

- Desde España 902 108 231.
- Desde el resto del mundo +34 93 496 85 21.

2. Pago de las prestaciones

En caso de ocurrencia del riesgo previsto en la póliza, el asegurador pagará en su domicilio social al tomador del seguro o al beneficiario o beneficiarios designados, según proceda, la prestación contratada una vez tramitado el expediente correspondiente.

El asegurador, en el plazo máximo de cinco días desde que se complete la documentación requerida, deberá pagar o consignar la prestación contratada.

Si en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro, el asegurador no hubiera pagado o consignado el importe, por causa no justificada o que le fuera imputable, incurrirá en mora.

Los beneficiarios de la póliza de seguro, en caso de fallecimiento del asegurado, podrán solicitar un anticipo sobre el capital asegurado antes de que se complete toda la documentación requerida con los siguientes límites y únicamente en las siguientes circunstancias:

- Como primera ayuda para gastos de sepelio el asegurador podrá conceder **un anticipo del 10% del capital de fallecimiento con un límite de 3.000 euros** previa presentación del certificado literal de defunción y la identificación o del beneficiario o de los beneficiarios. En el caso de beneficiario único, se requerirá la presentación del D.N.I. y un justificante de cuenta bancaria. Para el caso de más de un beneficiario, adicionalmente se solicitará escrito firmado por todos los beneficiarios, solicitando dicho anticipo e indicando en el mismo a favor de cuál de los beneficiarios se concede el anticipo.
- **De no cumplirse las condiciones anteriormente indicadas, en deferencia a la necesidad de anticipo por parte de los familiares del asegurado, la compañía adelantará el importe solicitado de anticipo, sin perjuicio de descontarse posteriormente del importe total asegurado, y renunciando los beneficiarios al ulterior ejercicio de acciones de cualquier tipo que pudieran derivarse.**

- Una vez autorizado el pago del siniestro por parte del asegurador, este podrá conceder **un anticipo con un máximo de 3.000 euros**, como ayuda para gastos de gestoría y de liquidación de impuestos.

En el supuesto de que el fallecimiento del asegurado sea causado intencionadamente por su único beneficiario, el asegurador quedará desligado de sus obligaciones respecto a dicho beneficiario, integrándose el capital asegurado en el patrimonio del tomador. Si existieran varios beneficiarios, los no intervinientes en el fallecimiento del asegurado conservarán su derecho.

3. Procedimiento pericial

En caso de discrepancia respecto a la calificación de un siniestro, sus causas, fecha de ocurrencia o cualquier otra circunstancia relevante, el asegurador y el asegurado o el tomador, podrán someterse a la decisión de peritos médicos, nombrados uno por cada parte, siendo necesaria la aceptación por escrito de los mismos.

Si una de las partes no hubiera hecho la designación, estará obligada a realizarla en los ocho días siguientes a la fecha en que sea requerida por la parte que hubiera designado el suyo. En caso de no hacer designación, se entenderá que acepta el dictamen que emita el perito designado por la otra parte, quedando vinculado por el mismo.

En el caso de que los peritos lleguen a un acuerdo, lo harán constar en acta conjunta, en la que se especificarán las causas del siniestro y demás circunstancias relevantes. Si no hay acuerdo, ambas partes designarán un tercer perito de conformidad y, si no se lograra, se podrá promover expediente

en la forma prevista en la Ley de la Jurisdicción Voluntaria o en la legislación notarial para su designación.

En este caso, el dictamen pericial se emitirá en el plazo señalado por las partes o, en su defecto, en el de treinta días a partir de la aceptación de su nombramiento por el perito tercero.

El dictamen de los peritos, por unanimidad o mayoría, se notificará a las partes de manera inmediata y en forma indubitada, siendo vinculante para estas, salvo que sea impugnado por alguna de las partes, dentro del plazo de un mes para el asegurador, y ciento ochenta días para el asegurado, computándose ambos desde la fecha de la notificación. Si en dichos plazos no se realizase la impugnación, el dictamen pericial devendrá firme e inatacable.

En el supuesto de demora del asegurador en el pago de la prestación asegurada devenida firme e inatacable, el asegurado o los beneficiarios se vieran obligados a su reclamación judicial, la prestación se verá incrementada conforme a lo dispuesto en el artículo 20 de la Ley de Contrato del Seguro.

Cada parte satisfará los honorarios de su perito. Los honorarios del tercer perito, en su caso, y los demás gastos que se ocasionen serán de cuenta y cargo por mitad del asegurado y asegurador. No obstante, si cualquiera de las partes hubiera hecho necesaria la peritación por haber mantenido una valoración del siniestro desproporcionada, será ella la única responsable de dichos gastos.

BASES DEL CONTRATO

ARTÍCULO 4. DECLARACIÓN DEL RIESGO

1. Bases fundamentales del contrato

Las declaraciones efectuadas por el tomador y el asegurado contenidas en la solicitud y en el cuestionario de salud y hábitos presentado por el asegurador, incluyendo, en su caso, las declaraciones al médico reconocedor, son datos esenciales para la apreciación del riesgo y constituyen base fundamental de la póliza.

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición del seguro o de las cláusulas acordadas, el tomador podrá reclamar al asegurador, en el plazo de un mes desde la entrega de la póliza, a fin de que se subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza.

2. Declaración de circunstancias que influyen en el riesgo

El tomador del seguro y, en su caso, el asegurado tienen el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al asegurador, de acuerdo con el cuestionario a que este les someta, todas las circunstancias por ellos conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedarán exonerados de tal deber si el asegurador no les somete a cuestionario o cuando, aún sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.

En caso de reserva o inexactitud, el asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al tomador, en el plazo de un mes a contar desde el conocimiento de la reserva o inexactitud. Corresponderán al asegurador las primas correspondientes al periodo en curso en el momento en que se haga esta declaración, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte.

Si el siniestro sobreviniera antes de que el asegurador hubiera hecho la declaración a que se refiere el párrafo anterior, la prestación de este se reducirá en la misma proporción existente entre la prima convenida en la póliza y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Cuando la reserva o inexactitud se hubiera producido mediando dolo o culpa grave del tomador y/o asegurado, el asegurador quedará liberado del pago de la prestación.

3. Indisputabilidad y error en la edad

El asegurador, en caso de reticencia e inexactitud en las declaraciones del tomador y/o asegurado, no podrá impugnar el contrato una vez transcurrido el plazo de un año, a contar desde la fecha de su conclusión, salvo que el tomador y/o asegurado hayan actuado con dolo o en el supuesto de indicación inexacta de la edad del asegurado si la verdadera edad de este, en el momento de la entrada en vigor del contrato, excede de los límites de admisión establecidos por aquel.

Si como consecuencia de una declaración inexacta de la edad, la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, el asegurador está obligado a restituir el exceso de las primas percibidas sin intereses.

4. Nulidad

La póliza será nula, salvo en los casos previstos en la ley, si en el momento de su conclusión no existía el riesgo o había ocurrido el siniestro.

En caso de nulidad de la póliza, el asegurador podrá resarcirse de todos los gastos en que haya incurrido con motivo de la emisión de la póliza.

ARTÍCULO 5. EFECTO, DURACIÓN Y EXTINCIÓN DE LA PÓLIZA

1. Perfección y toma de efecto de la póliza

El contrato se perfecciona por el consentimiento manifestado por las partes contratantes mediante la suscripción de la póliza. No obstante, las coberturas contratadas no tomarán efecto, mientras no haya sido satisfecho el primer recibo de prima.

Las modificaciones o adiciones, en su caso, tomarán efecto conforme a lo estipulado en el suplemento o apéndice correspondiente.

Las obligaciones del asegurador comenzarán a las veinticuatro horas del día en que hayan sido cumplimentados ambos requisitos anteriores.

El tomador del seguro tendrá la facultad de resolver el contrato sin indicación de los motivos y sin penalización alguna, dentro del plazo de 30 días siguientes a la fecha en la que el asegurador le entregue la póliza o un documento de cobertura provisional.

Esta facultad unilateral de resolución del contrato deberá ejercitarse por escrito expedido por el tomador en el plazo anteriormente indicado y producirá sus efectos desde el día de su expedición.

A partir de esa fecha, cesará la cobertura del riesgo por parte del asegurador y el tomador del seguro tendrá derecho a la devolución de la prima que hubiera pagado, salvo la parte correspondiente al tiempo en que el contrato hubiera tenido vigencia.

2. Duración, prórroga y causas genéricas de extinción de la póliza

El plazo de duración de la póliza es el que se indica en las condiciones particulares.

Las partes pueden oponerse a la prórroga del contrato mediante notificación escrita a la otra parte. El plazo de notificación para el tomador será de, al menos, un mes de anticipación a la finalización del período en curso, y para el asegurador será de dos meses de anticipación.

La póliza se extingue:

- Por acaecimiento de alguno de los riesgos cubiertos, tal y como se establece en el artículo 1 de estas condiciones generales.
- Por impago de las primas debidas y vencidas conforme se determina en el siguiente artículo 7.
- **En caso de la cobertura principal al finalizar la anualidad del seguro dentro de la cual el asegurado cumple ochenta años de edad.**
- **En el caso de las coberturas complementarias de la póliza al finalizar la anualidad del seguro, dentro de la cual el asegurado cumpla la edad de sesenta y cinco años, salvo para la garantía de repatriación que tendrá cobertura hasta los 80 años.**

ARTÍCULO 6. AGRAVACIÓN Y DISMINUCIÓN DEL RIESGO

1. Comunicación en caso de agravación del riesgo

El tomador o el asegurado deberán comunicar al asegurador, tan pronto como les sea posible, la alteración de los factores y circunstancias declaradas en el cuestionario, que 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.

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

El asegurador puede, en el plazo de dos meses a contar del día en que la agravación le ha sido declarada, proponer una modificación del contrato. En tal caso, el tomador dispone de quince días a contar desde la recepción de la proposición para aceptarla o rechazarla.

En caso de rechazo o de silencio por parte del tomador, el asegurador puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al tomador, dándole para que conteste un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho días siguientes comunicará al tomador la rescisión definitiva.

El asegurador igualmente podrá rescindir el contrato comunicándolo por escrito al asegurado dentro de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo.

En el caso de que sobreviniere el siniestro antes de haberse realizado la declaración de la agravación del riesgo, el asegurador queda liberado de su prestación si el tomador del seguro o el asegurado han actuado con mala fe. Si no media mala fe, 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.

2. Comunicación en caso de disminución del riesgo

El tomador del seguro y, en su caso, el asegurado y beneficiario podrán, 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.

En tal caso, al finalizar el periodo en curso cubierto por la prima, deberá reducirse el importe de la prima futura en la proporción correspondiente, teniendo derecho el tomador, 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 el momento de la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.

ARTÍCULO 7. PRIMAS DE LA PÓLIZA

1. Pago de la prima

El tomador está obligado al pago de las primas que se establezcan en las condiciones particulares.

La primera prima será exigible en el momento de la firma del contrato. Las sucesivas primas se deberán hacer efectivas en los correspondientes vencimientos. La fecha de vencimiento del recibo de prima será el establecido en las condiciones particulares.

Si en las condiciones particulares no se determina ningún lugar para el pago de la prima, se entenderá que este ha de hacerse en el domicilio del tomador del seguro.

Si se ha acordado la domiciliación bancaria de los recibos de prima, se aplicarán las siguientes normas:

- El tomador entregará al asegurador carta dirigida al establecimiento bancario o caja de ahorros, dando la orden oportuna al efecto.
- La prima se entenderá satisfecha a su vencimiento salvo que, intentado el cobro dentro del plazo de un mes a partir de dicha fecha, el pago no llegase a efectuarse porque no existiesen fondos suficientes en la cuenta del obligado al pago o por cualquier otra causa.

En este caso deberá satisfacerse la prima impagada en el domicilio social del asegurador.

En las condiciones particulares de la póliza se indica la periodicidad del pago de las primas y las fechas en que vencen. El tomador podrá solicitar después el cambio en la periodicidad de pago de la prima estipulada en las condiciones particulares a una de las modalidades que el asegurador tenga disponibles. La fecha de efecto de este cambio será la que se acuerde en el Suplemento o apéndice correspondiente.

2. Falta de pago y suspensión de la cobertura

Si por culpa del tomador la primera prima no ha sido pagada, el asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago por vía ejecutiva con base en la póliza.

Si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el asegurador quedará liberado de su obligación.

En caso de falta de pago de una de las primas siguientes, la cobertura del asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento.

Si el asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido. En cualquier caso, el asegurador,

cuando el contrato está en suspenso, solo podrá exigir el pago de la prima del periodo en curso.

Si el contrato no hubiese sido resuelto o extinguido conforme a los párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el tomador del seguro o el asegurado pague la prima.

3. Impuestos y recargos

Los impuestos y recargos legalmente repercutibles que se deban pagar por razón de esta póliza, tanto en el presente como en el futuro, correrán a cargo del tomador o beneficiario.

ARTÍCULO 8. BENEFICIARIOS DE LA PÓLIZA

1. Designación y cambio de beneficiarios

Durante la vigencia del contrato, el tomador puede designar beneficiario y puede también modificar la designación anteriormente señalada sin necesidad del consentimiento del asegurador, salvo que haya renunciado expresamente y por escrito a esta facultad.

La designación de beneficiario o la revocación de este se podrá hacer constar en las condiciones particulares o en una posterior declaración escrita al asegurador o bien en testamento.

Si los beneficiarios no están designados por su nombre, sino de forma genérica como cónyuge, hijos o herederos, dicha designación será interpretada de la siguiente manera:

CÓNYUGE: persona que lo sea legalmente en el momento del fallecimiento del asegurado.

HIJOS: todos los descendientes con derecho a herencia.

HEREDEROS: los que tengan tal condición en el momento de fallecer el asegurado.

En los tres supuestos deberá hacerse constar si el cónyuge, hijos o herederos lo son del tomador, del asegurado o de otra persona. En el caso de que no se haya especificado se entenderá que lo son del tomador.

Si la designación se hace a favor de varios beneficiarios y no se indica la forma de distribución, la prestación convenida se distribuirá entre ellos por partes iguales; si la designación se hace a favor de los herederos y no se indica la forma de distribución, esta se hará en proporción a la cuota hereditaria.

La parte no adquirida por un beneficiario acrecerá a los demás.

Si en el momento de fallecer el asegurado no hubiera beneficiario designado, ni reglas para su determinación, el capital asegurado pasará a formar parte del patrimonio del tomador.

2. Cesión y pignoración de la póliza

El tomador podrá, en todo momento, ceder o pignorar la póliza, siempre que no haya sido designado beneficiario con carácter irrevocable. La cesión o pignoración de la póliza implica la revocación del beneficiario.

El tomador deberá comunicar por escrito al asegurador la cesión o pignoración realizada.

ARTÍCULO 9. COMUNICACIONES Y DUPLICADOS DE LA PÓLIZA

1. Comunicaciones entre el tomador y el asegurador

Las comunicaciones al asegurador por parte del tomador de seguro, del asegurado o del beneficiario se realizarán en el

domicilio social de aquel, señalado en la póliza, o mediante correo electrónico a las direcciones de correo electrónico comunicadas por el asegurador a tales efectos.

Las comunicaciones al tomador de seguro, al asegurado o al beneficiario se tendrán como válidamente efectuadas cuando se remitan a sus domicilios, mediante correo electrónico o a los números de teléfono aportados por éstos al principio de la relación contractual o a lo largo de la misma. Para ello, será necesario que tanto la dirección postal, como el correo electrónico y el número de teléfono se actualicen por sus titulares ante el asegurador de forma inmediata. El asegurador no será responsable de las consecuencias derivadas de la falta de actualización de los anteriores medios de contacto.

Igualmente, será necesario que el tomador comunique al asegurador los cambios en la cuenta bancaria en la que se realizan la domiciliación del pago de los recibos de la póliza a la mayor brevedad posible.

Las comunicaciones hechas por un corredor de seguros al asegurador en nombre del tomador del seguro surtirán los mismos efectos que si las realizara este, salvo expresa indicación en contrario del mismo.

En todo caso se precisará el consentimiento expreso del tomador del seguro para suscribir un nuevo contrato o para modificar o rescindir el contrato de seguro en vigor.

Todo cambio solicitado por el tomador será recogido en un suplemento que le será facilitado para acreditar el cambio.

2. Extravío o destrucción de la póliza

En caso de extravío, robo o destrucción de la póliza, el tomador lo comunicará por carta certificada al asegurador, el cual expedirá una copia o duplicado de la misma.

ARTÍCULO 10. PRESCRIPCIÓN

Las acciones que se deriven del presente contrato prescribirán en el término de cinco años a contar desde el día en que pudieran ejercitarse.

ARTÍCULO 11. CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS DE LAS PÉRDIDAS DERIVADAS DE ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS EN SEGUROS DE PERSONAS CLÁUSULA DAÑOS A LAS PERSONAS

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

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

- a. Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por la póliza de seguro contratada con la entidad aseguradora.

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

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

I. RESUMEN DE 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 (**900 222 665**).

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.



Canal Directo de Liberty Seguros, s.a.

www.regal.es