

CONDICIONES ESPECIALES PLAN SANTANDER HOSPITALIZACIÓN PARA CONTRATOS CELEBRADOS A PARTIR DEL 14 DE SEPTIEMBRE DE 2.009

1.- OBJETO DEL SEGURO

El objeto del seguro es abonar al Asegurado una indemnización diaria por cada día que permanezca hospitalizado como consecuencia de un Accidente cubierto por la póliza.

2.- DEFINICIONES

ACCIDENTE

Se entiende por accidente, la lesión corporal que deriva de una causa violenta súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado, que produzca invalidez temporal o permanente o muerte.

Quedan cubiertos los accidentes que el Asegurado pueda sufrir al viajar como pasajero de una empresa de transporte aéreo, debidamente autorizada siempre que la aeronave sea pilotada por personal con licencia de piloto vigente y en regla y:

- Que la aeronave se encuentre en vuelo regular o "chárter" entre aeropuertos acondicionados para el tráfico de pasajeros, o
- Que la aeronave se encuentre estacionada en las pistas de aterrizaje o despegue de los citados aeropuertos, o
- Que la aeronave se encuentre realizando en los mismos, cualquier tipo de maniobra.

ACCIDENTE DOMÉSTICO

Se entiende por accidente doméstico todo accidente, en el que concurran los requisitos definidos en el apartado anterior "Accidente", ocurrido al Asegurado en el interior de su vivienda (incluyendo los elementos privativos de la misma) utilizada como residencia habitual, así como en su segunda vivienda, entendiendo por tal aquella no destinada a alquilar ni a multipropiedad, en la que el Asegurado no reside habitualmente sino que lo hace esporádicamente en vacaciones, fines de semana o períodos limitados de tiempo. En el caso de vivienda unifamiliar igualmente quedan incluidos los accidentes ocurridos en las zonas anexas que tengan carácter privativo.

HOSPITAL

Institución legalmente autorizada para el tratamiento médico de enfermedades o lesiones corporales, proporcionando de forma continuada asistencia médica y de enfermeras 24 horas al día para el cuidado de enfermos o lesionados. No tendrán consideración de Hospitales a los efectos de esta garantía, las casas de reposo, hoteles, asilos, casas para convalecientes, psiquiátricos o instituciones dedicadas al internamiento o tratamiento de toxicómanos o alcohólicos.

HOSPITALIZACIÓN

Se considera que un Asegurado está hospitalizado cuando figura como paciente en un Hospital, tal y como se ha definido en el apartado anterior, durante un período superior a 24 horas.

PACIENTE INTERNO

Persona que se encuentra ingresada en un Hospital durante un período superior a 24 horas, tal como se define anteriormente.

PERÍODOS SUCESIVOS DE INTERNAMIENTO

Si un Asegurado al que se hubiese abonado alguna indemnización por hospitalización, tuviera que ser ingresado nuevamente dentro de los 12 meses siguientes de dicha hospitalización, por la misma causa o causas conexas, el nuevo internamiento será considerado como prolongación del anterior. Si el plazo de 12 meses desde el último internamiento ya hubiese transcurrido, el nuevo internamiento será considerado como un nuevo período de hospitalización.

3.- DURACIÓN

3.1.- La duración del seguro es mensual renovable. No obstante, el Asegurado podrá solicitar la no renovación del contrato, al vencimiento del período del seguro en curso, mediante comunicación dirigida por escrito a la Compañía, con al menos 15 días de antelación a dicho vencimiento. Podrá la Compañía oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita al Asegurado, efectuada con un plazo de dos meses de anticipación a la conclusión del período del seguro correspondiente.

3.2.- La cobertura será efectiva en la fecha de efecto que figura en las Condiciones Particulares del seguro.

3.3.- El presente Certificado de Seguro quedará anulado y sin efecto alguno:

- En la fecha del vencimiento siguiente al cumplimiento de los 70 años por el Asegurado.
- En la fecha de efecto indicada en las Condiciones Particulares del Seguro, en caso de falta de pago de la primera prima.

4.- GARANTÍAS DEL SEGURO

4.1.- INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE

Cuando el Asegurado tenga que ser ingresado en un Hospital como consecuencia de un accidente cubierto por la Póliza, la Compañía Aseguradora abonará la indemnización que figure en las Condiciones Particulares. Dicha indemnización será abonada mientras el Asegurado se encuentre ingresado como paciente interno con un límite máximo de 365 días.

4.2.- INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE DOMÉSTICO

Cuando el asegurado tenga que ser ingresado en un hospital como consecuencia de un accidente doméstico cubierto por la póliza, la Compañía Aseguradora abonará la indemnización que figura en las Condiciones Particulares. Dicha indemnización será abonada mientras el Asegurado se encuentre ingresado como paciente interno, con un límite máximo de 365 días.

EXTENSIÓN DE LA COBERTURA

La cobertura se hace extensiva a los accidentes que puedan sufrir los Asegurados durante las 24 horas del día y en cualquier lugar del mundo.

5.- RIESGOS EXCLUIDOS

Quedan expresamente excluidos de la cobertura de todas las garantías de la Póliza, los siniestros debidos a alguna de las causas siguientes:

1. Reacción o radiación nuclear y contaminación radioactiva.
2. Conflictos armados desarrollados en territorio nacional o extranjero.
3. Catástrofes naturales y actos delictivos del Asegurado.

4. Intervención del Asegurado en competiciones deportivas por tierra, mar o aire, que no sean consecuencia de su profesión habitual.
5. Uso y consumo de estupefacientes no prescritos médicamente.
6. Los riesgos de guerra y demás riesgos extraordinarios, calificados así por el Estatuto Legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004 de 29 de octubre y legislación complementaria.
7. Accidentes o Enfermedades anteriores a la Póliza, o sus consecuencias.
8. Cualquier Accidente o Enfermedad que sea provocado intencionalmente por el Asegurado, suicidio o cualquier lesión auto infligida.
9. El infarto de miocardio, aún cuando fuese dictaminado como accidente laboral.
10. Las lesiones derivadas de infarto de miocardio, derrame cerebral, síncope, embolias, hemorragias u otras enfermedades similares.
11. Accidentes o Enfermedades provocados por tratamientos que no hayan sido prescritos por un médico.
12. La participación activa del Asegurado en delitos o la resistencia de éste a ser detenido.
13. Cualquier imprudencia o negligencia grave del Asegurado que sea notoriamente piligrasa.
14. Como profesional cualquier práctica de deporte, y salvo pacto expreso, como aficionado, esquí de montaña y/o náutico, escalada, boxeo, submarinismo, polo, concursos hípicas, caza mayor y cualquier deporte que implique riesgo aéreo.
15. Salvo pacto expreso en contrario, la conducción o utilización de motocicletas superiores a 125c.c.
16. Guerra declarada o no, conmoviones civiles, rebeliones, secuestro, ley marcial o cuarentena y su proclamación.
17. Terremotos, inundaciones, erupciones volcánicas o huracanes.
18. Los Accidentes sufridos por el Asegurado en estado de embriaguez, siempre que el juez dicte mediante la existencia de alcoholismo y/o toxicomanía.
19. Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o cualquier otra forma de virus del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).
20. Durante la vigencia de la Póliza, las enfermedades crónicas, congénitas y preexistentes, que hayan sido conocidas, tratadas o diagnosticadas con anterioridad a la contratación de dicha Póliza.
21. En todo caso:
 - a) Afecciones ginecológicas.
 - b) Salvo pacto expreso, gestación, aborto y sus consecuencias.
 - c) Exámenes médicos periódicos o de control. Cura o prótesis dental. Cura fisioterápica.
 - d) Operaciones de cirugía estética, salvo las prescritas como consecuencia de Accidente cubierto por la Póliza.
 - e) Enfermedades mentales, nerviosas, alcoholismo o toxicomanía, curas de sueño o reposo.

Las exclusiones de los apartados 16 y 17 se entienden sin perjuicio de la cobertura otorgada por el Consorcio de Compensación de Seguros.

6.- NORMAS DE CONTRATACIÓN

El seguro podrá contratarse por personas que sean mayores de 18 años y como máximo tengan 68 años en el momento de suscribir la póliza.

El seguro no podrá contratarse por personas que sean sordas, alcohólicas y/o toxicómanas, epilépticas, con enajenación mental, diabéticas o que padezcan invalidez Permanente Absoluta.

De producirse alguna de estas circunstancias de forma sobrevenida durante la vigencia de la Póliza, el Tomador del Seguro o el Asegurado deberán comunicarlo por escrito a la Compañía Aseguradora tan pronto como les sea posible.

7.- PRIMA DEL SEGURO

7.1.- La prima del seguro es mensual, indicándose su importe en las Condiciones Particulares del Seguro y se abona en la fecha de efecto prevista en las mencionadas Condiciones Particulares.

7.2.- La prima del Seguro se revalorizará un 5% anual a partir de la primera anualidad.

7.3.- Las primas tendrán carácter liberatorio.

7.4.- En lo referente al pago de primas será de aplicación lo dispuesto en las Condiciones Generales en su artículo Noveno, relativo al "Pago de las Primas" y Décimo Octavo, sobre "Tributos y Recargos".

8.- CAUSAS DE ANULACIÓN

Las bajas del Seguro se pueden producir como consecuencia de la extinción del seguro por las siguientes causas:

- 8.1.1 Por alcanzar el Asegurado la edad máxima asegurable.
- 8.1.2 Por impago de las primas del Seguro.
- 8.1.3 A petición del Tomador.

9.- PAGO DE LA PRESTACIÓN ASEGURADA.

- 1) Para el cobro de las indemnizaciones se presentarán los siguientes documentos:
 - a. Solicitud de indemnización con todos los datos para la identificación del Asegurado.
 - b. Certificado médico que se especifique las causas que obligaron a la hospitalización.
 - c. Certificado de la Clínica u Hospital, que indique las fechas de ingreso y alta en los mismos.
- 2) El Asegurado deberá comunicar a la compañía el acacamiento del Siniestro dentro de los siete días siguientes a la hospitalización.
- 3) La Compañía tendrá la libertad de examinar al Asegurado todas las veces que lo considere necesario mientras dure la hospitalización.

CONDICIONES GENERALES PLAN SANTANDER HOSPITALIZACIÓN PARA CONTRATOS CELEBRADOS A PARTIR DEL 14 DE SEPTIEMBRE DE 2.009

ARTICULO PRELIMINAR

1. COMPAÑIA ASEGURADORA

Santander Seguros y Reaseguros, Compañía Aseguradora, S.A., con C.I.F. y domicilio social en Ciudad Grupo Santander, Avda. de Cantabria, s/n 28960, Boadilla del Monte (Madrid)

2. ESTADO MIEMBRO Y AUTORIDAD DE CONTROL

Corresponde al Estado Español, a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, el control de la actividad de Santander Seguros y Reaseguros, Compañía Aseguradora, S.A., de conformidad con lo establecido en el Ley de Ordenación del Seguro Privado (RDL 6/2004).

3. INSTANCIAS PARA PRESENTAR RECLAMACIONES

Santander Seguros y Reaseguros, Compañía Aseguradora, S.A. se encuentra adherida al Reglamento de Defensa del Cliente aprobado por el Grupo Santander. En caso de divergencias sobre la interpretación del presente contrato, las personas legitimadas en relación al contrato de seguro, podrán dirigirse, mediante reclamación escrita, al Servicio de Atención al Cliente, Ciudad Grupo Santander, Avda. de Cantabria s/n, 28960 Boadilla del Monte (Madrid) o al Defensor del Cliente al apartado de correos 14019, 28080 Madrid, donde se atenderán las reclamaciones formuladas frente a la Entidad Aseguradora y se tendrá la obligación de resolver en el plazo máximo de dos meses.

Transcurrido el plazo mencionado sin que se haya resuelto, o cuando el contenido de la resolución resulte negligente para sus intereses, podrá interponer su reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. Sin perjuicio de las instancias anteriores podrán someter sus diferencias al órgano judicial del domicilio del interesado en España.

4. LEGISLACION APLICABLE

Los Contratos de Seguro se rigen por lo dispuesto en la Ley 50/80, de 8 de octubre del Contrato de Seguro, Real Decreto Legislativo 6/2004 de 29 de octubre por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de Seguros Privados y el Real Decreto 2486/1998 de 20 de noviembre (modificado por el Real Decreto 239/2007, de 16 de febrero), que recoge el Reglamento de Ordenación y Supervisión de Seguros Privados, así como por cuantas normas sustituyan, desarrollen o complementen los mencionados preceptos.

5. PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

El tomador, y, en su caso, el asegurado, queda/n informado/s de que sus datos personales, a los que la Compañía Santander Seguros y Reaseguros, Compañía Aseguradora, S.A. tenga acceso como consecuencia de consultas, transacciones, operaciones, solicitud de seguro, contratación de productos y servicios que tengan lugar por cualquier medio, o de procesos informáticos respecto de datos ya registrados, se incorporan al correspondiente fichero de la Compañía Aseguradora, autorizando a ésta al tratamiento de los mismos para su utilización en relación con el desenvolvimiento de este contrato, la oferta y contratación con el cliente de los productos y servicios de la Compañía Aseguradora, así como para el desarrollo de acciones comerciales, sean de carácter general o adaptadas a sus características personales, perdurando su autorización, en relación a este último supuesto, incluso una vez concluida su relación con la Compañía Aseguradora, en tanto no sea revocada.

Esta información podrá ser cedida en todo o en parte y en la medida que sea necesario, a otras Entidades Aseguradoras con el objeto de facilitar la tramitación de siniestros o por razones de coseguro o reaseguro, así como a otras Instituciones Colaboradoras con el sector asegurador con fines estadísticos y de lucha contra el fraude.

Asimismo, el tomador y el asegurado consienten expresamente el tratamiento de los datos relativos a su salud en relación con la formalización y cumplimiento del seguro de vida solicitado y su cesión a otras entidades aseguradoras a los exclusivos fines de la formalización del seguro de vida solicitado, su coseguro o reaseguro.

El interesado queda informado de su derecho de oposición, acceso, rectificación y cancelación, respecto de sus datos personales en los términos previstos en la Ley, pudiendo ejercitar este derecho por escrito mediante carta dirigida a Santander Seguros y Reaseguros, Compañía Aseguradora, S.A., Ciudad Grupo Santander, Avenida de Cantabria s/n, Boadilla del Monte (Madrid).

6. DERECHO DE DESISTIMIENTO

A los efectos previstos en la Ley de 22/2007 de Comercialización a Distancia de Servicios Financieros Destinados a los Consumidores, el asegurado goza del derecho a desistir del presente contrato en el supuesto de haberse celebrado a distancia, sin necesidad de justificar los motivos y gozando a tal efecto de un plazo de 30 días naturales desde el momento en que haya recibido las presentes condiciones contractuales, pudiendo dirigirse a tal fin, a la línea de atención personal 902 54 75 54 en cuyo caso le será devuelta la prima que se hubiere cobrado.

ARTICULO PRIMERO.- PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL CONTRATO:

1.1.- TOMADOR DEL SEGURO. Es la persona, física o jurídica, que juntamente con el Asegurador, suscribe este contrato y al que corresponden las obligaciones y los deberes que del mismo se derivan, salvo las que, por su naturaleza, deban ser cumplidas por el Asegurado.

El Tomador podrá contratar la Póliza por cuenta propia o ajena. En caso de duda, se presumirá que el Tomador ha contratado por cuenta propia.

Si el Tomador del Seguro y Asegurado son personas distintas, las obligaciones y los deberes que deriven del Contrato corresponden al Tomador del Seguro, salvo aquellos que por su naturaleza deban ser cumplidos por el Asegurado.

1.2.- ASEGURADO. La persona o personas físicas sobre las cuales se establece el Seguro.

1.3.- BENEFICIARIO. Es la persona o personas físicas o jurídicas que, previa designación como tal en las Condiciones Particulares de la Póliza, ostentan el derecho a percibir las prestaciones aseguradas en el momento de producirse la contingencia prevista en la Póliza.

ARTICULO SEGUNDO.- DEFINICIONES

2.1.- Solicitud. Es el documento por el que el Tomador del Seguro o en su caso el Asegurado indica las informaciones sobre el riesgo cuyas características son determinantes de la prima y asunción del mismo, y por el que solicita el aseguramiento de dicho riesgo.

2.2.- Póliza de Seguro. Conjunto de documentos en los que se hacen constar los términos y condiciones de este Contrato de Seguro. Está formado por:

- Solicitud de Seguro, que sirvió de base para la emisión de la Póliza.
- Condiciones Generales.
- Condiciones Particulares que individualizan el riesgo.
- Condiciones Especiales que sean de aplicación al Contrato de Seguro.
- Suplementos o Añadidos en vigor que se emitan al Contrato, para complementarla o modificarla.
- Recibos de prima.

2.3.- Prestación Garantizada: Es el capital garantizado por contrato que tienen derecho a percibir los Beneficiarios designados a la ocurrencia del riesgo objeto de cobertura, cuyo importe se especifica en las Condiciones Particulares de la póliza.

2.4. Edad Actuarial: La edad del Asegurado en su cumpleaños más próximo.

2.5. Fecha de Efecto: Es la fecha en que las coberturas de esta póliza entran en vigor. Es también la fecha a partir de la cual se determinan los aniversarios de la póliza.

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

ARTICULO TERCERO.- OBJETO DEL SEGURO

Es un seguro de vida por el que la Compañía Aseguradora se obliga, mediante el cobro de una prima, al pago de la prestación garantizada a los Beneficiarios designados en las Condiciones

Particulares y/o suplementos a las mismas, en caso de ocurrencia de los riesgos cubiertos. Las coberturas del seguro, así como sus importes aparecen definidos en las Condiciones Particulares de la póliza.

ARTICULO CUARTO.- PERFECCIÓN DEL CONTRATO

El contrato se perfecciona mediante el consentimiento de las partes contratantes, manifestado por la suscripción de la póliza o documento provisional de cobertura por las partes contratantes.

Esta Póliza ha sido concertada sobre las declaraciones formuladas por el Tomador de este Seguro, recogidas en la Solicitud de Seguro y que ha motivado:

- La aceptación del riesgo por parte de la Compañía.
- La asunción por el Asegurador de todas las obligaciones derivadas de este contrato.
- La fijación de la prima correspondiente.

El Tomador del Seguro tiene el deber, antes de la conclusión del contrato de declarar al Asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si el Asegurador no le somete cuestionario o cuando aún sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.

Si el contenido de la Póliza difiere de la Solicitud de Seguro, el Tomador podrá reclamar, en un plazo de un mes a contar desde la fecha en que recibió la Póliza, que se subsane la diferencia existente. Transcurrido dicho plazo se estará a lo dispuesto en la Póliza

ARTICULO QUINTO.- INEXACTITUD EN LAS DECLARACIONES DEL TOMADOR O DEL ASEGURADO

El Asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador del Seguro en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del Tomador del Seguro o, en su caso, del Asegurado. Corresponderán al Asegurador, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al periodo en curso en el momento en que haga esta declaración.

Si el siniestro sobreviene antes de que el Asegurador haga la declaración a que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del Tomador del Seguro, quedará el Asegurador liberado del pago de la prestación.

ARTICULO SEXTO.- EFECTO Y DURACIÓN DEL CONTRATO

Las garantías contratadas y sus modificaciones o adiciones tomarán efecto en la hora y fecha indicadas en las Condiciones Particulares del Seguro siempre y cuando haya sido satisfecho el recibo de prima. Las obligaciones del Asegurador comenzarán a las veinticuatro horas del día en que hayan sido cumplimentados los requisitos anteriores, salvo pacto en contrario recogido en las Condiciones Particulares del contrato.

La póliza se contrata con la duración establecida en las Condiciones Particulares de la póliza. Llegado el vencimiento, el seguro se prorrogará por periodos iguales, siempre que ninguna de las partes notifique a la otra su decisión de darlo por terminado mediante preaviso notificado a la otra parte con una antelación mínima de dos meses a la finalización, bien del periodo inicial, bien de cualquiera de sus prórrogas. El indicado plazo podrá ser modificado por pacto expreso entre las partes recogido en las Condiciones Particulares o Especiales de la póliza.

El seguro se mantendrá en vigor, como máximo hasta la fecha establecida en las condiciones particulares o especiales del contrato, salvo que ocurra el siniestro o contingencia que extingue las garantías del seguro o proceda su anulación por cualquiera de las causas previstas en el contrato o en la legislación vigente.

ARTICULO SEPTIMO.- FACULTAD DE RESOLUCIÓN UNILATERAL DEL CONTRATO DE SEGURO:

Según se establece en el art.83 a) de la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro, a partir de la fecha en que se informe al Tomador de que el contrato se ha celebrado o a partir del día en que éste reciba las condiciones contractuales y la póliza, si no le satisfacen plenamente, tiene la facultad de resolver el contrato dentro de los treinta días siguientes a esa fecha.

La facultad unilateral de resolución del contrato debida ejercitarse por escrito expedido por el Tomador en el plazo indicado y producirá sus efectos desde el día de su expedición.

A partir de esa fecha, cesará la cobertura del riesgo por parte de la Compañía Aseguradora y el Tomador tendrá derecho a la devolución de la prima pagada, salvo la parte correspondiente al periodo de tiempo en que el contrato hubiera tenido vigencia.

ARTICULO OCTAVO.- EXTRAÑO O DESTRUCCIÓN DE LA POLIZA:

En este caso, el Asegurador, a petición del Tomador o, en su defecto, del Beneficiario, tendrá obligación de expedir copia o duplicado de la misma, la cual tendrá idéntica eficacia que el original. La petición se hará por escrito en el que se expliquen las circunstancias del caso, se aporten las pruebas de haberlo notificado a quienes resulten titulares de algún derecho en virtud de las Condiciones Particulares o del Certificado Individual de Seguro y comprometiéndose el solicitante a devolver la documentación original si apareciese y a indemnizar al Asegurador de los perjuicios que le origine la reclamación de un tercero.

ARTICULO NOVENO.- PAGO DE LAS PRIMAS

1) El Tomador del Seguro y/o el Asegurado están obligados al pago de la primera prima o de la prima única en el momento de formalización de la póliza o del documento provisional de cobertura, salvo que ésta no debiera entrar inmediatamente en vigor, en cuyo caso el Tomador del Seguro y/o el Asegurado podrán demorar el abono de la prima hasta el momento en que el contrato deba tomar efecto.

2) Si por culpa del Tomador del Seguro y/o del Asegurado la primera prima no ha sido pagada o la prima única no lo ha sido a su vencimiento, el Asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva con base en la Póliza. Si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación.

3) 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.

4) Si en las Condiciones Particulares no se determina ningún lugar para el pago de las primas, se entenderá que éste habrá de realizarse en el domicilio del Tomador del Seguro.

5) Si se pacta la domiciliación bancaria de los recibos de prima, se aplicarán las siguientes normas:

5.1 El Tomador del Seguro o el Asegurado entregarán al Asegurador carta dirigida a la Entidad Bancaria, Caja de Ahorros o Entidad de Financiación, dando la orden oportuna al efecto.

5.2 La prima se entenderá satisfecha a su vencimiento salvo que, intentado el cobro dentro del plazo de un mes a partir de dicha fecha, en dicha cuenta no existiesen fondos suficientes para atender el pago de la prima.

En este caso, el Asegurador notificará al Tomador del Seguro o al Asegurado que tiene el recibo a su disposición en el domicilio de la Entidad Aseguradora, y el Tomador del Seguro o Asegurado vendrá obligado a satisfacer la prima en dicho domicilio.

5.3 Si el Asegurador dejase transcurrir el plazo de gracia sin presentar el recibo al cobro, y al hacerlo no existiesen fondos suficientes en la cuenta, aquél deberá notificar tal hecho al obligado a pagar la prima, por carta certificada o un medio indubitable, concediéndole nuevo plazo de un mes para que comunique al Asegurador la forma en que satisfará su importe. Este plazo computará desde la recepción de la expresada carta o notificación en el último domicilio



comunicado al Asegurador.

ARTICULO DECIMO.- INDISPUTABILIDAD

Si el contenido de la Póliza difiere de la Solicitud de Seguro, el Tomador del Seguro podrá reclamar a la Compañía Aseguradora, en el plazo de un mes a partir de la entrega del contrato, para que subsane las divergencias existentes entre éste y la Solicitud. Transcurrido dicho plazo sin electuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la Póliza.

En caso de haber existido reserva o inexactitud en las declaraciones del Tomador del Seguro o del Asegurado al cumplimentar la Solicitud de Seguro preparada por la Compañía Aseguradora, ésta podrá rescindir el Contrato en el plazo de un mes desde que haya conocido dicha reserva o inexactitud procediendo para ello a dirigir una comunicación escrita en tal sentido al Tomador del Seguro y a los Asegurados.

Si el siniestro sobreviene antes de que la Compañía Aseguradora haga la mencionada comunicación, la prestación se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del Tomador y/o Asegurados quedará la Compañía Aseguradora liberada del pago de la prestación. La Compañía Aseguradora no podrá imputar la Póliza transcurrido el plazo de un año a contar desde la fecha de efecto, salvo que se de alguna o ambas de las dos siguientes excepciones:

- En caso de que el Tomador y/o Asegurados hubieran actuado con dolo al efectuar las declaraciones en la solicitud de seguro, según se ha indicado anteriormente, en cuyo caso además la Compañía Aseguradora quedará liberada del pago del capital en caso de siniestro.
- En caso de inexactitud en la edad del Asegurado o Asegurados si la verdadera edad en el momento de la entrada en vigor del Contrato excede de los límites de admisión establecidos por la Compañía Aseguradora. En otro caso, si en razón de la edad inexactamente declarada, la prima pagada es inferior a la que correspondiera pagar, la prestación de la Compañía Aseguradora se reducirá en proporción a la prima recibida. Si, por el contrario, la prima pagada es superior, la Compañía Aseguradora devolverá el exceso de prima percibida sin intereses.

ARTICULO DÉCIMO PRIMERO.- MODIFICACIONES DEL RIESGO ASEGURADO

• En caso de agravación del riesgo:

El Tomador del Seguro y, en su caso, el Asegurado, deberán comunicar al Asegurador, tan pronto como le sea posible, todas las circunstancias que, según el cuestionario presentado por el Asegurador antes de la conclusión del contrato, agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato, no lo habría celebrado, o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

Si la agravación no es imputable al Tomador del Seguro o al Asegurado y el Asegurador no acepta su cobertura, éste queda obligado a devolver la parte de prima correspondiente al período de seguro no transcurrido.

El Asegurador puede, en un 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 esta 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 treinta días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho siguientes, comunicará al Tomador del Seguro la rescisión definitiva.

El Asegurador igualmente podrá rescindir el contrato comunicándolo por escrito al Tomador/Asegurado dentro de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo. En el caso de que el Tomador del Seguro, o el Asegurado, no haya efectuado su declaración y sobreviniere un siniestro, el Asegurador queda liberado de su prestación si el Tomador o el Asegurado ha actuado con mala fe. En otro caso, la prestación del Asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

• En caso de disminución del riesgo:

El Tomador del Seguro y/o el Asegurado podrán durante el curso del contrato, poner en conocimiento del Asegurador todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato, lo habría concluido en condiciones más favorables para el Tomador del Seguro/Asegurado.

En tal caso, al finalizar el período en curso cubierto por la prima, el Asegurador deberá reducir el importe de la prima futura en la proporción correspondiente, teniendo derecho el Tomador o Asegurado, 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.

ARTICULO DÉCIMO SEGUNDO.- PRESTACIONES: NORMAS DE TRAMITACIÓN Y PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN

a) Comunicación del siniestro:

En caso de siniestro, el Tomador del Seguro, el Asegurado o el Beneficiario deberán comunicar al Asegurador su acontecimiento salvo que se pacte un plazo más amplio en la póliza dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido, pudiendo reclamar el Asegurador los daños y perjuicios causados por falta de esta declaración, salvo que se demuestre que éste tuvo conocimiento del siniestro por otro medio.

Asimismo deberán darle toda clase de informaciones sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro. En caso de violación de este deber, la pérdida del derecho a la indemnización sólo se producirá en el supuesto de que hubiese ocurrido dolo o culpa grave.

En caso de existir varios Asegurados, esta comunicación deberá hacerse a cada uno de ellos, con indicación del nombre de los demás.

b) Pago de la indemnización: Plazos

La Compañía Aseguradora está obligada a satisfacer la indemnización al término de las investigaciones y peritaciones necesarias para establecer la existencia del siniestro.

La Compañía Aseguradora está obligada a satisfacer el importe mínimo de lo que estime que puede deber, según las circunstancias por él conocidas en el plazo de cuarenta días a partir de la fecha de la declaración del siniestro.

La Compañía Aseguradora incurrirá en mora cuando no se hubiese pagado la prestación en el plazo de tres meses desde que se produjo el siniestro o no se hubiere procedido al pago del importe mínimo de lo que pueda deber dentro de los cuarenta días a partir de la fecha de recepción de la declaración del siniestro.

Si el Asegurador incurriese en mora en el cumplimiento de la prestación, ésta se verá incrementada con un interés anual igual al interés legal del dinero vigente en el momento en que se devengue, incrementado en el 50 por 100; estos intereses se considerarán producidos por días, sin necesidad de reclamación judicial. Transcurridos dos años desde la producción del siniestro, el interés anual no podrá ser inferior al 20 por 100. No obstante, si por el Tomador del seguro, el Asegurado o el Beneficiario no se ha cumplido el deber de comunicar el siniestro dentro del plazo fijado en la póliza o subsidiariamente, en el día de siete días de haberlo conocido, el término inicial del cómputo será el día de la comunicación del siniestro.

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

ARTICULO DÉCIMO TERCERO.- DESIGNACIÓN Y CAMBIO DE BENEFICIARIOS

Durante la vigencia del seguro el Tomador, podrá designar Beneficiarios para cada cobertura o

modificar la designación anteriormente realizada, sin necesidad de consentimiento de la Compañía Aseguradora. La designación de Beneficiarios podrá hacerse constar en la Póliza, en una posterior declaración escrita comunicada a la Compañía Aseguradora, o por Testamento.

El Tomador podrá revocar la designación del Beneficiario en cualquier momento, mientras no haya renunciado expresamente y por escrito a tal facultad. La revocación deberá realizarse en la misma forma en que se hubiera efectuado la designación.

Si en el momento de fallecer el Asegurado no hubiese Beneficiarios designados ni reglas para su determinación, el capital formará parte del patrimonio del Tomador.

En el supuesto de que el fallecimiento del Asegurado, sea causado intencionadamente por el Beneficiario, la Compañía Aseguradora quedará desligada 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 acrecerán su derecho.

ARTICULO DECIMO CUARTO.- COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES CONTRATANTES

Las comunicaciones al Asegurador, por parte del Tomador del Seguro, del Asegurado o del Beneficiario, se realizarán en el domicilio social de aquel señalado en la póliza, pero si se realizan al Mediador que medie o haya mediado en el Contrato surtirán los mismos efectos que si se hubiera realizado directamente a éste.

Las comunicaciones del Asegurador al Tomador del Seguro, al Asegurado o al Beneficiario, se realizarán en el domicilio de los mismos recogido en la póliza, salvo que hubieren notificado al Asegurador el cambio de su domicilio.

ARTICULO DECIMO QUINTO.- 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, de manera fehaciente, a la Compañía Aseguradora la cesión o pignoración realizada.

ARTICULO DECIMO SEXTO. NULIDAD DEL CONTRATO

El contrato de seguro será nulo, salvo en los casos previstos por la Ley, si en el momento de su conclusión no existía el riesgo o había ocurrido el siniestro.

ARTICULO DECIMO SÉPTIMO - ARBITRAJE Y 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 del mismo el del domicilio del Asegurado.

Sólo con la expresa conformidad de las partes, podrán éstas someter sus divergencias a decisión arbitral en los términos del artículo 59 del Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias.

ARTICULO DECIMO OCTAVO - TRIBUTOS Y RECARGOS

Todos los tributos y recargos que gravan el presente contrato, sus primas y prestaciones, siempre que sean legalmente repercutibles, serán por cuenta del Tomador del seguro, del Asegurado o del Beneficiario, según corresponda.

ARTICULO DECIMO NOVENO - PRESCRIPCIÓN

Las acciones derivadas del presente Contrato de Seguro prescribirán en el término de cinco (5) años. El tiempo para la prescripción se contará desde el día en que las mismas pudieran ejercitarse.

ARTICULO VIGÉSIMO.- COBERTURA DE RIESGOS EXTRAORDINARIOS. (Resolución de 28 de mayo de 2004 de la D.G.S.V.P.)

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

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, y modificado por la Ley 12/2006, de 16 de mayo, el tomador de un contrato de seguro de los que deben obligatoriamente incorporar recargo a favor de la citada entidad pública empresarial tiene la facultad de convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier entidad aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente. Las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en España, y que afecten a riesgos en ella situados, y también los acaecidos en el extranjero cuando el asegurado tenga su residencia habitual en España, serán pagados por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el tomador hubiese satisfecho los correspondientes recargos a su favor y se produjera alguna de las siguientes situaciones:

- a) Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por la póliza de seguro contratada con la entidad aseguradora.
- b) Que, aún estando amparado por dicha póliza de seguro, las obligaciones de la entidad aseguradora no pudieran ser cumplidas por haber sido declarada judicialmente en concurso o por estar sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros. El Consorcio de Compensación de Seguros ajustará su actuación a lo dispuesto en el mencionado Estatuto legal, en la Ley 50/1990, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, en el Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, aprobado por el Real Decreto 300/2004, de 20 de febrero, y en las disposiciones complementarias.

RESUMEN DE LAS NORMAS LEGALES

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias (incluyendo los embates de mar), erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 135 km./h. y los tornados) y caídas de meteoritos.

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

c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

2. Riesgos excluidos

a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.

b) Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.

c) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.

d) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 25/1964, de 29 de abril, sobre energía nuclear.

e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, y en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.

f) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 29 de junio de 7 diciembre 2006

BOE núm. 292 de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios conforme al artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios.

g) Los causados por mala fe del asegurado.

h) Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.

i) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de «catástrofe o calamidad nacional».

3. Extensión de la cobertura

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

El importe correspondiente a la citada provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN EN CASO DE SINIESTRO INDEMNIZABLE POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

En caso de siniestro, el asegurado, tomador, beneficiario, o sus respectivos representantes legales, directamente o a través de la entidad aseguradora o del mediador de seguros, deberá comunicar, dentro del plazo de siete días de haberlo conocido, la ocurrencia del siniestro, en la delegación regional del Consorcio que corresponda, según el lugar donde se produjo el siniestro. La comunicación se formulará en el modelo establecido al efecto, que está disponible en la página «Web» del Consorcio (www.consorsseguros.es), o en las oficinas de éste o de la entidad aseguradora, al que deberá adjuntarse la documentación que, según la naturaleza de las lesiones, se requiera.

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

ARTICULO VIGÉSIMO PRIMERO - MEDIADOR

El presente Seguro se ha perfeccionado con la intervención del Mediador que se indica en las Condiciones Particulares de la Póliza.