

Indice

Condiciones Generales	Página
<i>Introducción</i>	3
<i>Legislación aplicable</i>	3
<i>Definiciones</i>	3
<i>Objeto del seguro</i>	4
<i>Delimitaciones y exclusiones</i>	4
<i>Formalización del contrato</i>	4
<i>Indisputabilidad del contrato</i>	5
<i>Nulidad del contrato</i>	5
<i>Pago de las primas</i>	5
<i>Rehabilitación de la póliza</i>	6
<i>Designación y cambio de Beneficiarios</i>	6
<i>Cesión y pignoración de la póliza</i>	6
<i>Comunicaciones entre las partes</i>	6
<i>Extravío o destrucción de la póliza</i>	6
<i>Liquidación y pago de las prestaciones del seguro</i>	7
<i>Prescripción</i>	7
<i>Solución de conflictos entre las partes. Instancias de reclamación</i>	7
<i>Impuestos</i>	7
Condiciones Especiales	
<i>Seguro temporal de vida</i>	9
Condiciones Especiales de los Seguros Complementarios	
<i>A) Seguro de fallecimiento por accidente</i>	12
<i>B) Seguro de fallecimiento por accidente de circulación</i>	13
<i>C) Seguro de incapacidad permanente absoluta</i>	14
<i>D) Seguro de incapacidad permanente absoluta por accidente</i>	15
<i>E) Seguro de incapacidad permanente absoluta por accidente de circulación</i>	16
<i>F) Seguro de incapacidad permanente total</i>	18
<i>G) Seguro de graves enfermedades</i>	19
Cláusula de indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios	22
Cláusula protección de datos	24

Condiciones Generales

Introducción

La presente póliza se rige por lo dispuesto en la legislación aplicable, que más adelante se detalla, así como por lo convenido en las Condiciones Generales, Especiales y Particulares de la misma, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos del Tomador/Asegurado del Seguro que no sean específicamente aceptadas por el mismo. No requieren dicha aceptación las cláusulas que sean mera transcripción o referencia de preceptos legales.

Legislación aplicable

Las normas legales aplicables al contrato se hallan recogidas básicamente en:

- Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro y su normativa de desarrollo.
- Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de Octubre, por el que se aprueba el texto refundido del Estatuto Legal del Consorcio.
- Ley 26/2006, de 17 de Julio, de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados.
- Real Decreto 2486/1998, de 20 de Noviembre, de Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.
- Real Decreto 6/2004, de 29 de Octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.
- Otra legislación que afecte al Seguro de Vida.

Definiciones

Con objeto de facilitar la comprensión del contenido de la póliza se presentan a continuación los siguientes conceptos:

Entidad Aseguradora

Es AXA AURORA VIDA, S. A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, que asume los riesgos derivados de esta Póliza a cambio del cobro de las primas y cuyos datos de identificación se señalan en las Condiciones Particulares. Se denominará en lo sucesivo el Asegurador y se encuentra domiciliada en España, Plaza de Federico Moyúa, 4, 48009 Bilbao y sometida al control de la Dirección General de Seguros del Ministerio de Economía de España.

Tomador del Seguro

Es la persona física o jurídica que suscribe o contrata la póliza de seguro con el Asegurador, asumiendo las obligaciones derivadas del contrato, entre otras la del pago de la prima.

Asegurado

Es la persona física sobre cuya vida se establece el seguro. Puede, si está interesado en ello y en caso de fallecimiento del Tomador si es distinta persona, cumplir los deberes y obligaciones que, en principio, corresponden al Tomador del Seguro.

Beneficiario

Es la persona física o jurídica a favor de quien se concierta el seguro y que tiene, por tanto, derecho a las prestaciones definidas en la póliza.

Póliza

Es el conjunto de documentos en los que se materializa el contrato de seguro y contiene las condiciones que regulan el mismo.

El Asegurador emite la póliza de acuerdo con la solicitud del Tomador y en base a las respuestas del Asegurado en el cuestionario previo correspondiente y, en su caso, en los reconocimientos médicos requeridos por el Asegurador. Dichas declaraciones constituyen las bases de la póliza y forman parte integrante de la misma.

Asimismo, forman parte integrante de la póliza los siguientes elementos.

- *Condiciones Generales.* En las que se regulan los derechos, así como las obligaciones de las partes en relación al nacimiento, vida y extinción del contrato, y a los diversos acontecimientos y situaciones que pueden producirse a lo largo de la vida del mismo.
- *Condiciones Especiales.* En las que se establecen, para cada modalidad de seguro, el alcance y delimitaciones de las coberturas y garantías que pueden ser incluidas en el contrato.
- *Condiciones Particulares.* Recogen los datos individuales de cada contrato y las cláusulas que completan o modifican las Condiciones Generales o Especiales, personalizando el mismo.
- *Suplementos.* En los que se reflejan las modificaciones o variaciones acordadas durante la vigencia del contrato.

Capital asegurado

Es el valor establecido por el Tomador para lograr la cobertura económica que precisa el Beneficiario en caso de que se produzca el evento objeto de seguro. Su importe es la cantidad máxima que está obligado a pagar el Asegurador en caso de siniestro. Su cuantía y evolución figuran en las Condiciones Particulares.

Prima

Es el precio del seguro. En los recibos, además del importe de la prima, se incluyen los impuestos y recargos legalmente aplicables.

Edad actuarial del Asegurado

Es la que corresponde al cumpleaños más cercano, por exceso o por defecto, a la fecha de efecto del contrato.

Artículo 1º.- Objeto del seguro

El Asegurador se obliga a pagar al Beneficiario el capital asegurado en caso de ocurrir el evento previsto en el período establecido como de duración del contrato, que figura en las Condiciones Particulares; el Asegurador asume las obligaciones de dicho pago u otras prestaciones de acuerdo con las Condiciones Generales, Especiales y Particulares de la póliza.

Artículo 2º.- Delimitaciones y exclusiones

El Asegurador garantiza el pago del capital asegurado con las delimitaciones y exclusiones que, por su carácter más general, se indican a continuación y las que se indican en las Condiciones Especiales de cada seguro, así como con las posibles limitaciones y exclusiones recogidas en las Condiciones Particulares.

a) Suicidio. Durante el primer año de vigencia del contrato el Asegurador no cubre el riesgo de muerte por esta causa, salvo pacto en contrario establecido en las Condiciones Particulares. Pasado dicho plazo se asume el mencionado riesgo.

A estos efectos, se entiende por suicidio la muerte del Asegurado causada consciente y voluntariamente por el mismo.

b) Aviación. Quedan excluidas de las coberturas del contrato, salvo pacto en contrario expresamente recogido en la póliza, las personas que hagan del vuelo su profesión y ocupen una aeronave como integrantes de su tripulación.

Este riesgo estará cubierto siempre que el Asegurado realice los vuelos como simple pasajero en líneas comerciales regulares, vuelos "charter" o, en general, en aparatos civiles.

Se excluyen los sucesos ocurridos como consecuencia de efectuar descensos en paracaídas no exigidos por la situación del aparato.

c) Igualmente se excluyen los siniestros producidos:

- como consecuencia directa o indirecta de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva;
- en el desarrollo de la navegación submarina o en viajes de exploración.

d) El Asegurador no cubre los daños por hechos derivados de conflictos armados, catástrofes naturales y actos delictivos del Asegurado.

e) Asimismo, el Asegurador no cubre las consecuencias de accidentes o enfermedades originados con anterioridad a la entrada en vigor de este contrato, salvo pacto en contrario recogido en las Condiciones Particulares del Contrato.

Artículo 3º.- Formalización del contrato

El contrato se considera formalizado y en vigor desde el momento en que el Tomador firma la póliza y paga la prima, pero en ningún caso antes de las veinticuatro horas de la fecha de efecto indicada en las Condiciones Particulares. El primer recibo de prima debe ser satisfecho en el momento de la firma del contrato, ya que en caso contrario la cobertura contratada y sus modificaciones o adiciones no tomarán efecto y, en consecuencia, el Asegurador no se hará cargo de los siniestros que se pudieran producir.

El Tomador dispone del plazo de un mes, a contar desde la fecha de entrega de la póliza o del documento de cobertura provisional, para comprobar que todos los datos y pactos son correctos. En caso de no serlo, podrá pedir la rectificación de los mismos. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación se estará a lo dispuesto en la póliza, siendo, por tanto, importante que ésta sea leída con detenimiento, especialmente las cláusulas limitativas de los derechos del Asegurado que aparecen especialmente resaltadas y que el Tomador declara conocer y acepta expresamente con su firma.

Asimismo, el Tomador dispone, tanto si el contrato se ha estipulado sobre su vida como sobre la de un tercero, de la facultad de resolver o anular el mismo dentro del plazo de los treinta días siguientes a la fecha en la que el Asegurador le entregue la póliza o el documento de cobertura provisional. Esta facultad de resolución unilateral del contrato debe realizarse por escrito, mediante carta certificada firmada por el Tomador y enviada dentro del plazo indicado, produciendo sus efectos desde el día de su expedición. A partir de la fecha de expedición de la mencionada carta cesará la cobertura de riesgo por parte del Asegurador y el Tomador tendrá derecho a la devolución de la prima que hubiera pagado, salvo la parte correspondiente al tiempo en que el contrato hubiera tenido vigencia.

Artículo 4º.- Indisputabilidad del contrato

En caso de haber existido reserva o inexactitud en las declaraciones del Tomador o del Asegurado al cumplimentar el cuestionario preparado por el Asegurador, éste 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.

Sin embargo, el Asegurador no podrá impugnar la póliza una vez transcurridos doce meses a partir de su formalización, adquiriendo en tal momento carácter de indisputable. No obstante, existen dos excepciones en las cuales el Asegurador si puede impugnar la póliza aun habiendo transcurrido el plazo descrito. Estas excepciones son:

- en caso de que el Tomador/Asegurado hubiera omitido información al efectuar las declaraciones, el Asegurador quedará liberado del pago del capital asegurado en caso de un siniestro;
- en caso de inexactitud en la edad del Asegurado, si la verdadera edad en el momento de entrada en vigor del contrato excede de los límites de admisión marcados por el Asegurador.

Si la edad real no excede de dichos límites de admisión, pero como consecuencia de ello la prima pagada fuese inferior a la que correspondería pagar, la prestación del Asegurador se reducirá en proporción a la prima recibida. Si, por el contrario, la prima pagada fuese superior, el Asegurador devolverá el exceso de prima percibido sin intereses.

Artículo 5º.- Nulidad del contrato

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

Artículo 6º.- Pago de las primas

Los importes indicados en los recibos de primas deben ser pagados por el Tomador según lo establecido en las Condiciones Particulares, en las que también se indican la forma de pago elegida, única o periódica, el posible fraccionamiento establecido y el domicilio de pago.

El pago de la prima debe hacerse siempre por anticipado, mientras viva el Asegurado o según lo estipulado en las Condiciones Particulares, contra recibo firmado por el Asegurador y en el domicilio del Tomador, salvo pacto en contrario. Existe un plazo de un mes para el pago de la prima desde su vencimiento, excepto para la primera prima, cuyo pago debe efectuarse en el momento de la formalización del contrato.

En caso de falta de pago de una de las primas siguientes a la primera, la cobertura 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 misma, se entenderá que el contrato queda extinguido. El Asegurador, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del período en curso. Si el contrato no hubiera sido resuelto o extinguido conforme a lo anteriormente expuesto, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el Tomador pague las primas.

Domiciliación en entidades financieras del pago de la prima

Si se pacta la domiciliación de los recibos de prima, en ampliación de lo señalado, se establecen las siguientes normas.

- a) El Tomador entregará al Asegurador carta o documento dirigido al Banco o Caja de Ahorros dando la oportuna orden de domiciliación.
- b) La prima se entenderá satisfecha a su vencimiento, salvo que intentado el cobro no existiesen fondos suficientes en la cuenta facilitada por el Tomador. En este caso, el Asegurador notificará al Tomador que tiene el recibo a su disposición y éste vendrá obligado a satisfacer la prima en el domicilio del Asegurador en el plazo de diez días. Transcurrido dicho plazo se producirán los efectos previstos para el supuesto de impago de los recibos de prima.
- c) Durante la vigencia de la póliza el Tomador puede cambiar la cuenta o la entidad financiera en que domicilia sus recibos sin más que comunicar previamente el cambio en la forma prevista en el apartado a).

Consecuencias del impago de los recibos

En caso de impago de los recibos de prima dentro de los plazos establecidos la cobertura quedará suspendida. El Asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago del recibo en vía ejecutiva. Si el recibo no ha sido satisfecho y se produce el siniestro, el Asegurador quedará liberado de sus obligaciones.

Artículo 7º.- Rehabilitación de la póliza

Si la petición se produce dentro de los cinco meses siguientes a haber sido dejada en suspenso, la rehabilitación de la póliza se efectuará previa declaración de salud del Asegurado en ese momento, sin realizar un nuevo reconocimiento médico. **Aceptada la rehabilitación por el Asegurador, el pago de la prima o primas impagadas y de los intereses de demora que correspondan (interés legal del dinero más dos puntos) deberá efectuarse en el acto y de una sola vez.** Si la petición de rehabilitación es posterior a dicho plazo, y en todo caso anterior a la muerte del Asegurado, el Asegurador se reserva el derecho a fijar las condiciones oportunas para tal rehabilitación en base al estado de salud del Asegurado, justificado mediante los reconocimientos médicos necesarios cuyo coste será a cargo del Tomador.

Artículo 8º.- Designación y cambio de Beneficiarios

La designación y cambio de Beneficiarios es un derecho exclusivo del Tomador que podrá efectuarse en la póliza, en una posterior declaración escrita comunicada al Asegurador o en testamento.

El Tomador podrá revocar la designación de Beneficiarios realizada en cualquier momento, mientras no haya renunciado expresamente y por escrito a tal facultad. **La revocación debe hacerse en la misma forma establecida para la designación.** El Tomador podrá renunciar a este derecho en favor de otra persona. Dicha renuncia debe ser expresa y por escrito, quedando suspendido el derecho de pignoración de la póliza.

En cualquier caso, en el momento del fallecimiento del Asegurado prevalecerá la designación de Beneficiarios que en ese momento figure en los registros del Asegurador y, por tanto, éste quedará liberado de cualquier responsabilidad por los pagos efectuados en base a la póliza y con arreglo a las condiciones antes señaladas.

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

- Cónyuge. La persona que lo sea con respecto al Asegurado, en el momento del fallecimiento de este y siempre que no exista separación legal.
- Hijos. Todos los descendientes del Asegurado con derecho a herencia. La distribución de la indemnización se hará de conformidad con las reglas establecidas por el Código Civil para la sucesión intestada.
- Padres. Los que tengan tal condición en el momento del fallecimiento del Asegurado.
- Herederos. Todos los del Asegurado que tengan tal condición en el momento del fallecimiento del mismo.

Si en el momento del fallecimiento o en el vencimiento natural de la póliza no hubiese Beneficiario concretamente designado, ni reglas para su determinación, el capital asegurado pasará a formar parte del patrimonio del Tomador.

Artículo 9º.- Cesión y pignoración de la póliza

El Tomador podrá, en cualquier momento, ceder o pignorar la póliza, siempre que anteriormente no haya designado Beneficiario con carácter irrevocable. La cesión o pignoración de la póliza implica la revocación del Beneficiario y deberá ser comunicada fehacientemente y por escrito al Asegurador.

Artículo 10º.- Comunicaciones entre las partes

Todas las comunicaciones deben hacerse mutuamente por escrito.

Las dirigidas al Asegurador por parte del Tomador, Asegurado o Beneficiarios podrán hacerse directamente al domicilio social del mismo, a las Sucursales o a los Agentes de éste.

Las comunicaciones del Asegurador al Tomador, Asegurado y Beneficiarios, se realizarán al domicilio de éstos recogido en la póliza, por lo cual es preciso comunicar cualquier cambio que se produzca al objeto de poder hacer llegar a su destino las futuras comunicaciones.

Las comunicaciones hechas por un Corredor de Seguros al Asegurador en nombre del Tomador, surtirán los mismos efectos que si las realizara éste, salvo expresa indicación en contrario del Tomador.

Artículo 11º.- Extravío o destrucción de la póliza

En caso de extravío o destrucción de la póliza, el Asegurador, a petición del Tomador y en su defecto del Asegurado o Beneficiario, tendrá obligación de expedir una copia o duplicado de la misma, la cual tendrá idéntica eficacia que la original. La petición se hará por escrito en el que se expliquen las circunstancias del caso, se aporten pruebas de haberlo notificado a quienes resulten titulares de algún derecho en virtud de la póliza y el solicitante se comprometa a devolver la póliza original si apareciese y a indemnizar al Asegurador de los perjuicios que le irroge la reclamación de un tercero.

Artículo 12º.- Liquidación y pago de las prestaciones del seguro

En el momento en que se produzca el evento del cual dependa el pago de las prestaciones aseguradas por la póliza, dentro de los términos previstos en las Condiciones Especiales de la misma, el Asegurador efectuará el pago al Beneficiario o Beneficiarios designados de dichas prestaciones, una vez cubiertos los requisitos exigidos y contra entrega de la póliza debidamente firmada. Las prestaciones aseguradas se pagarán en el domicilio del Asegurador y dentro de los plazos establecidos en la legislación vigente.

En caso de que el Asegurador no hubiera efectuado el pago por causa no justificada, en el plazo de tres meses desde la ocurrencia del siniestro o no hubiera procedido al pago del importe mínimo de lo que pudiera deber dentro de los cuarenta días a partir de la recepción de la declaración del siniestro y presentación de los documentos exigidos, la indemnización por mora consistirá en el pago de un interés anual igual al del 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. No obstante, transcurridos dos años desde la producción del siniestro, el interés anual no podrá ser inferior al 20 por 100.

Artículo 13º.- Prescripción

El plazo de prescripción de las acciones que se deriven de la presente póliza será de cinco años, contados desde el día en que ocurrió el hecho origen de aquéllas.

Artículo 14º.- Solución de conflictos entre las partes. Instancias de reclamación

De conformidad con lo establecido en el Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, y el Real Decreto 2486/1998, de 20 de Noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, los conflictos que puedan surgir entre las partes podrán resolverse, como sigue:

a) El Tomador podrá formular sus reclamaciones por escrito, ante el CENTRO DE ATENCIÓN DE RECLAMACIONES Y QUEJAS de la Entidad Aseguradora, Apartado de Correos 269, (28760) TRES CANTOS (Madrid). Dicho Centro acusará recibo por escrito de las reclamaciones que se les presenten y las resolverá siempre por escrito motivado.

Una vez transcurrido el plazo de dos meses desde la fecha de presentación de la reclamación, sin que el CENTRO DE ATENCIÓN DE RECLAMACIONES Y QUEJAS haya resuelto, o bien, una vez que haya sido denegada expresamente por el mismo la admisión de reclamación o, desestimada la petición, podrá acudir ante el Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Partícipe en Planes de Pensiones, conforme a lo previsto en la Legislación vigente.

b) Por Resolución Arbitral, en los términos del Artículo 31, de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y normas de desarrollo de la misma, o en los términos de la Ley de Arbitraje (siempre que hubiera acuerdo por ambas partes para someterse a este mecanismo de solución de conflictos), siendo los gastos ocasionados satisfechos por mitad entre Tomador y Asegurador.

c) Por los Jueces y Tribunales competentes, siendo Juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro el del domicilio del Asegurado.

Artículo 15º.- Impuestos

Los impuestos y recargos legalmente aplicables que se deban pagar por razón de este contrato, tanto en el presente como en el futuro, correrán a cargo del Tomador y/o Beneficiarios del seguro.

Condiciones Especiales

Seguro temporal de vida

Las siguientes condiciones complementan a las Generales y son específicas de la modalidad de seguro y de las garantías contratadas.

Definiciones

Seguro temporal.

Es la modalidad del seguro de vida que garantiza el pago del capital asegurado a los Beneficiarios designados al ocurrir el fallecimiento del Asegurado antes de terminar el plazo convenido como duración del seguro y a consecuencia de alguna de las circunstancias previstas en el contrato.

El seguro temporal contempla diversas formas de contratación:

Temporal anual renovable.

Es la modalidad en que el plazo de vigencia del contrato es de un año; si el Tomador no manifiesta lo contrario, la póliza se renueva automáticamente por otro periodo anual en cada aniversario, mediante el pago de la prima que corresponda a la edad y al capital año a año.

Temporal a plazo.

Es la modalidad en que la duración se establece a un tiempo fijo por anualidades completas, mediante el pago de la prima, constante o variable, que corresponda según la edad, el periodo pactado y el capital asegurado.

Artículo 1º.- Objeto del seguro

Mediante la contratación del presente Seguro temporal de vida, y de acuerdo con la modalidad señalada en las Condiciones Particulares, el Asegurador garantiza el pago a los Beneficiarios designados del capital establecido en las Condiciones Particulares, en caso de fallecimiento del Asegurado cualquiera que sea la causa que lo produzca, **con las delimitaciones y exclusiones establecidas en la Póliza.**

Si el Asegurado vive al final del plazo establecido, el seguro queda cancelado, quedando a favor del Asegurador la prima o primas satisfechas.

El pago que se efectúe en virtud de este Seguro determina la extinción del contrato.

Artículo 2º.- Delimitaciones y exclusiones

En ampliación a lo dispuesto en las Condiciones Generales del contrato se establece que en el supuesto de que el fallecimiento del Asegurado sea causado dolosamente 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 existen varios Beneficiarios, los no intervinientes en el fallecimiento del Asegurado conservarán su derecho.

Artículo 3º.- Duración

Se estará a lo dispuesto en las Condiciones Particulares.

Artículo 4º.- Modificación del riesgo

El Tomador, o en su caso el Asegurado, deberá comunicar durante el período de vigencia de la póliza aquellas alteraciones y circunstancias que se produzcan sobre lo manifestado en el Cuestionario-Solicitud cumplimentado antes de la conclusión inicial del contrato, no relacionadas con el estado de salud y que puedan suponer una agravación del riesgo, en especial:

- a) los cambios de profesión, ocupación o trabajo habitual del Asegurado;
- b) la práctica de deportes de mayor riesgo;
- c) la utilización de avionetas privadas como piloto o pasajero;
- d) los viajes de duración superior a dos meses y los cambios de residencia temporal o definitiva a países tropicales o que sufran conflictos armados o se hallen en estado de guerra o con inestabilidad política o social.

La agravación de tales riesgos podrá ser cubierta mediante la oportuna sobreprima que el Asegurador aplicará en caso de que proceda.

Artículo 5º.- Solicitud del capital asegurado

Si el fallecimiento del Asegurado ocurre estando la póliza en vigor, los Beneficiarios deberán notificarlo por escrito en el plazo máximo de siete días, salvo fuerza mayor, a contar desde la ocurrencia del mismo. Para recibir la prestación los Beneficiarios designados deberán aportar a su cargo los siguientes documentos:

- a) certificado de nacimiento o fotocopia compulsada del D.N.I. y certificado de defunción expedido por el Registro Civil;
- b) informe detallado del médico que haya asistido al Asegurado, en el que se precise la naturaleza, causas, principio y evolución de la enfermedad o lesión corporal que haya originado el fallecimiento o, si el Asegurado no estaba en tratamiento médico antes de su muerte, un informe médico o certificado oficial en que se exprese la causa del fallecimiento y las circunstancias en que se ha producido;
- c) certificado del Registro de Actos de Última Voluntad y, en su caso, copia del último testamento, del Acta de Notoriedad o Declaración Notarial de Herederos;
- d) documento acreditativo de su condición de Beneficiario;
- e) cuando el Tomador y el Beneficiario sean personas distintas, la liquidación y carta de pago del Impuesto de Sucesiones y Donaciones que por el seguro pudiera corresponder o bien la declaración de exención, en ambos casos validada por la autoridad Fiscal competente;
- f) la Póliza y Suplementos que la completen, previa entrega de un resguardo por el Asegurador;
- g) en caso de accidente, será preciso aportar información de la autoridad policial o judicial que intervino en el hecho.

En todos los casos, el Asegurador se reserva la facultad de requerir toda clase de informaciones o de pruebas complementarias, incluso procurándose las directamente, que permitan valorar la procedencia del pago de la indemnización. Los médicos del Asegurado quedan eximidos del secreto profesional frente al Asegurador en lo referente al accidente o enfermedad que haya sido causa directa o indirecta del fallecimiento.

Artículo 6º.- Beneficiarios

En principio, y salvo que el Tomador opte por una designación nominativa distinta, los Beneficiarios para el supuesto de fallecimiento serán en orden preferente y excluyente los siguientes:

- a) el cónyuge del Asegurado no separado legalmente;
- b) los hijos del Asegurado;
- c) los padres del Asegurado;
- d) los derechohabientes del Asegurado, según la prelación establecida por la Ley, de acuerdo con las definiciones contenidas en las Condiciones Generales.

Artículo 7º.- Garantía Adicional de Anticipo de Capital para gastos de sepelio.

En caso de fallecimiento del Asegurado transcurridos los primeros tres meses de vigencia del contrato, con las delimitaciones y exclusiones previstas en las Condiciones Generales y Particulares, los Beneficiarios podrán solicitar, mientras se tramita el siniestro, un pago a cuenta del capital asegurado para caso de fallecimiento, con los límites establecidos en las Condiciones Particulares del Contrato.

El pago por el Asegurador del Anticipo de Capital previsto en el párrafo anterior, no presupone en ningún modo, la aceptación del siniestro. De producirse el rechazo de éste por el Asegurador, el importe anticipado para gastos de sepelio, quedará propiedad de los Beneficiarios designados.

Para la solicitud y pago de esta garantía los Beneficiarios designados deberán aportar a su cargo los siguientes documentos:

- Escrito dirigido al Asegurador.
- Entrega de Certificado de Defunción expedido por el Registro Civil.

Artículo 8º.- Garantías Adicionales de Segunda Opinión y Gestión médica

Las siguientes Garantías son adicionales al Seguro Principal si así se indica en las Condiciones Particulares del Contrato.

Segunda Opinión: Servicio de acceso a una segunda opinión de los mejores especialistas médicos a nivel internacional sobre el diagnóstico o tratamiento médico en el caso de enfermedades graves, de carácter crónico, que necesiten una atención programada, cuyo curso requiera medidas excepcionales diagnósticas o terapéuticas y/o su pronóstico vital esté comprometido.

Esta garantía obliga a:

- Recibir, identificar, presentar y discutir una segunda opinión con los médicos especialistas que se consideren más apropiados.
- Comunicar la información médica vital de forma rápida y comprensible.
- Identificar la mejor solución a la consulta realizada, proponiendo recomendaciones y avances tecnológicos más adecuados.

Gestión médica: Servicio de gestión de coordinación, administración, traslado y apoyo al paciente en caso de enfermedad grave, cuando el Asegurado viaje fuera del país de residencia para obtener tratamiento médico.

Esta garantía obliga a:

- Recibir, analizar y autorizar las solicitudes para la prestación del servicio.
- Coordinar la solicitud del servicio antes de la partida del Asegurado, indicando médicos y hospitales en un plazo máximo de diez días hábiles.
- Seleccionar médicos y centros de recomendación al Asegurado en el extranjero.
- Obtener citas médicas con los especialistas seleccionados o con los que hubiera elegido el Asegurado.
- Formalizar los trámites previos a la admisión del Asegurado en el hospital.
- Asistir al Asegurado a gestionar el transporte y el alojamiento provisional.
- Presentar e introducir al Asegurado en el hospital donde tenga que hacer el ingreso.
- Coordinar la atención del Asegurado en el hospital por él elegido y las citas con el médico y/o especialista.

a) Delimitaciones y exclusiones

El Servicio denominado Segunda Opinión y Gestión Médica no alcanza las siguientes delimitaciones y exclusiones que se indican a continuación:

- Las enfermedades no consideradas graves.
- Los casos de cirugía estética.
- Autolesiones.
- Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
- Cualquier tratamiento no reconocido por la ciencia médica.
- El coste de todas las pruebas médicas, asistencias sanitarias, traslados y demás costes derivados.
- Gastos de asistencia médica de cualquier naturaleza.

b) Duración

La prestación de este servicio termina al mismo tiempo que la del Seguro temporal de vida.

c) Procedimiento de utilización del Servicio

El Asegurado, al que previamente se le haya diagnosticado alguna de las enfermedades graves objeto de este Servicio, deberá contactar en el Teléfono que se Indica en las Condiciones Particulares del Contrato.

d) Beneficiario

Siempre será el propio Asegurado.

Artículo 9º.- Riesgos extraordinarios

Es de aplicación la Cláusula de Indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las Pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios.

Condiciones Especiales de los Seguros Complementarios

A) Seguro de fallecimiento por accidente

Definición

Fallecimiento por accidente. Se considera como tal, a efectos de este seguro, el derivado de las lesiones producidas por una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del **Asegurado y ocurrida como máximo en el plazo de un año a partir de la fecha del accidente.**

Artículo 1º.- Objeto del seguro

Mediante la contratación del presente Seguro Complementario, el Asegurador garantiza el pago del capital asegurado establecido en las Condiciones Particulares en el supuesto de fallecimiento accidental del Asegurado, **con las delimitaciones y exclusiones establecidas en estas condiciones.**

El pago que se efectúe en virtud de este Seguro Complementario determina la extinción del contrato.

Artículo 2º.- Delimitaciones y exclusiones

Además de las delimitaciones y exclusiones que figuran en las Condiciones Generales, queda excluido de cobertura el fallecimiento debido a las causas que se relacionan a continuación.

- a) **Suicidio del Asegurado durante toda la duración del contrato.**
- b) **El producido como consecuencia de infarto de miocardio, accidentes vasculares o cerebrales (hemorragia, derrame o apoplejía, trombosis, embolia, infarto cerebral, etc.), aún cuando sean calificados como accidente de trabajo por resolución judicial o por órganos competentes de la Seguridad Social.**
- c) **El que pueda sufrir el Asegurado como resultado del uso como conductor o pasajero de motocicletas de una cilindrada superior a 125 c.c., salvo pacto en contrario en las Condiciones Particulares.**
- d) **El ocurrido en la práctica de ejercicios acrobáticos y deportes considerados como peligrosos, tales como: ascensión de glaciares y de altas cimas fuera del período estival (salvo con guía autorizado), esquí fuera de pista, bobsleigh, hockey, trineo, actividad submarina con escafandra o aparato autónomo de inmersión, espeleología, rafting, puenting, carreras de automóviles y motocicletas, las actividades aéreas deportivas y/o de ocio en vuelos no comerciales y el paracaidismo.**
- e) **El que sobrevenga al Asegurado cuando se encuentre en estado de embriaguez o bajo la influencia de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas no prescritas médicamente, o cuando la prueba de alcoholemia practicada después de un accidente ocurrido siendo conductor de un vehículo indique una tasa superior a la permitida legalmente para la conducción del mismo.**
- f) **El ocurrido como consecuencia de un acto de imprudencia o negligencia grave del Asegurado, declarado así judicialmente, así como el derivado de la participación de éste en actos delictivos, competiciones, apuestas, duelos o riñas, siempre que en este último caso no hubiera actuado en legítima defensa o en tentativa de salvamento de personas o bienes.**

Artículo 3º.- Duración

La cobertura de este Seguro Complementario termina al mismo tiempo que la del Seguro temporal de vida y, como máximo, al final de la anualidad del Seguro en la que el Asegurado cumpla 65 años de edad.

Artículo 4º.- Modificación del riesgo

Se estará a lo dispuesto en las Condiciones Especiales del Seguro temporal de vida.

Artículo 5º.- Solicitud del capital asegurado

Los documentos para la solicitud y pago de la indemnización serán los previstos para la Solicitud del capital asegurado de las Condiciones Especiales del Seguro temporal de vida.

Artículo 6º.- Beneficiarios

Se estará a lo dispuesto en las Condiciones Especiales del Seguro temporal de vida.

Artículo 7º.- Riesgos extraordinarios

Es de aplicación la Cláusula de Indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las Pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios.

B) Seguro de fallecimiento por accidente de circulación

Definición

Fallecimiento por accidente de circulación. Se considera como tal, a efectos de este seguro, la derivada de las lesiones producidas por una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado **y ocurrida como máximo en el plazo de un año a partir de la fecha del accidente y en las siguientes circunstancias:**

- a) como peatón, causada por un vehículo;
- b) como conductor o pasajero de un vehículo terrestre;
- c) como usuario de transportes públicos: terrestres, acuáticos o aéreos.

Artículo 1º.- Objeto del seguro

Mediante la contratación del presente Seguro Complementario, el Asegurador garantiza el pago del capital asegurado establecido en las Condiciones Particulares en el supuesto de fallecimiento por accidente de circulación del Asegurado, **con las delimitaciones y exclusiones establecidas en estas condiciones.**

El pago que se efectúe en virtud de este Seguro Complementario determina la extinción del contrato.

Artículo 2º.- Delimitaciones y exclusiones

Se estará a lo dispuesto en las Condiciones Especiales del Seguro de fallecimiento por accidente.

Este Seguro Complementario sólo podrá ser contratado unido al Seguro Complementario de fallecimiento por accidente.

Artículo 3º.- Duración

La cobertura de este Seguro Complementario termina al mismo tiempo que la del Seguro temporal de vida y, como máximo, al final de la anualidad del seguro en la que el Asegurado cumpla 65 años de edad.

Artículo 4º.- Modificación del riesgo

Se estará a lo dispuesto en las Condiciones Especiales del Seguro temporal de vida.

Artículo 5º.- Solicitud del capital asegurado

Los documentos para la solicitud y pago de la indemnización serán los previstos para la Solicitud del capital asegurado de las Condiciones Especiales del Seguro temporal de vida.

Artículo 6º.- Beneficiarios

Se estará a lo dispuesto en las Condiciones Especiales del Seguro temporal de vida.

Artículo 7º.- Riesgos extraordinarios

Es de aplicación la Cláusula de Indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las Pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios.

C) Seguro de incapacidad permanente absoluta (anticipo de capital)

Definición

Incapacidad permanente absoluta. Se considera como tal, a efectos de este seguro, la situación física irreversible y consolidada del Asegurado provocada por cualquier causa, determinante de la incapacidad de éste para el mantenimiento de cualquier relación laboral o actividad profesional.

Consolidada. Se entiende por consolidada la incapacidad permanente absoluta proveniente de lesiones físicas, psíquicas o fisiológicas causadas por cualquier causa, siempre que el diagnóstico de esta situación se considere irrecuperable por los peritos médicos.

En todo caso se entiende consolidada la situación invalidante en la fecha en que, en su caso, se dicte la Resolución del Instituto Nacional de la Seguridad Social, con independencia de cual sea la fecha de los efectos económicos de la misma.

Artículo 1º.- Objeto del seguro

Mediante la contratación del presente Seguro Complementario, el Asegurador garantiza el pago del capital asegurado establecido en las Condiciones Particulares en el supuesto de que el Asegurado se vea afectado por una situación de incapacidad permanente absoluta, **con las delimitaciones y exclusiones establecidas en estas condiciones.**

El pago que se efectúe en virtud de este Seguro Complementario determina la extinción del contrato.

Artículo 2º.- Delimitaciones y exclusiones

Además de las delimitaciones y exclusiones que figuran en las Condiciones Generales del contrato, queda excluida de cobertura la incapacidad permanente absoluta debida a las causas relacionadas a continuación.

- a) **La causada voluntariamente por el Asegurado durante el primer año de vigencia del contrato.**
- b) **La derivada de Resolución de incapacidad del I.N.S.S. o del organismo que asuma sus funciones dictada después de fallecer el Asegurado.**

Este Seguro Complementario no podrá contratarse conjuntamente con el Seguro Complementario de incapacidad permanente total.

Artículo 3º.- Duración

La cobertura de este Seguro Complementario termina al mismo tiempo que la del Seguro temporal de vida y, como máximo, al final de la anualidad en que el Asegurado cumpla 65 años de edad.

Artículo 4º.- Modificación del riesgo

Se estará a lo dispuesto en las Condiciones Especiales del Seguro temporal de vida.

Además, el Tomador acepta expresamente que el Asegurador puede modificar las primas pactadas para este Seguro Complementario en caso de variación de la siniestralidad global prevista para esta cobertura. La posible modificación de la prima deberá ser comunicada por escrito al Tomador con al menos tres meses de antelación a la fecha de vencimiento anual de este Seguro Complementario.

El Tomador podrá aceptar o rechazar dicha modificación dentro del plazo de 30 días a contar desde la fecha de recepción de la comunicación. La aceptación por su parte supondrá la renovación de la cobertura. En caso de rechazo por parte del Tomador, el Asegurador, dentro de los 30 días siguientes, comunicará al mismo la anulación del Seguro en su próximo vencimiento anual.

Artículo 5º.- Solicitud del capital asegurado

En caso de ocurrencia del riesgo cubierto estando la póliza en vigor, los Beneficiarios deberán notificarlo por escrito en un plazo máximo de siete días, salvo fuerza mayor. Para recibir el capital los Beneficiarios designados deberán aportar a su cargo los siguientes documentos justificativos:

- a) certificado de nacimiento del Asegurado o fotocopia compulsada del D.N.I.;
- b) certificado médico en el que se determine la fecha de origen de la enfermedad o acaecimiento del accidente y se evidencie la incapacidad permanente absoluta;
- c) la póliza y Suplementos que la completen, previa entrega de un resguardo por el Asegurador;
- d) de estar afiliado el Asegurado a la Seguridad Social o Mutuality Obligatoria, deberá presentar la Propuesta dictaminada por la Comisión de Evaluación de Incapacidades perteneciente al Instituto Nacional de la Seguridad Social o la de la Mutuality obligatoria que corresponda, así como la Resolución dictada por la Dirección del I.N.S.S.

En todos los casos, el Asegurador se reserva la facultad de requerir toda clase de informaciones o pruebas complementarias, incluso procurándose las directamente, que permitan valorar la procedencia del pago de la indemnización. Los médicos del Asegurado quedan eximidos del secreto profesional frente al Asegurador en lo que hace referencia al accidente o enfermedad que haya sido causa directa o indirecta de la incapacidad.

Artículo 6º.- Comprobación y determinación de la incapacidad

La comprobación y determinación de la incapacidad se efectuará por el Asegurador después de la presentación de la documentación prevista en el artículo anterior.

En el supuesto de falta de acuerdo sobre el grado de incapacidad, las partes resolverán sus diferencias por medio de los peritos médicos, eligiendo uno de mutuo acuerdo. Si no se lograra acuerdo, cada parte designará un perito médico según lo previsto en la Ley del Contrato de Seguro, en el plazo máximo de ocho días a la fecha en que sea requerida por la otra parte, en caso de no hacerlo quedará vinculado por el Informe Médico del perito designado.

Artículo 7º.- Pago del capital asegurado

Una vez aceptada la incapacidad de acuerdo con los artículos anteriores, el Asegurador, en el plazo máximo de cinco días, deberá pagar o consignar la prestación garantizada. En cualquier caso, el Asegurador deberá efectuar, dentro de los cuarenta días a partir de la recepción de la declaración de la incapacidad, el pago del importe mínimo de lo que pueda deber según las circunstancias por él conocidas.

Si en el plazo de tres meses desde la declaración de la incapacidad el Asegurador no hubiera pagado o consignado su importe por causa no justificada o que le fuera imputable, la indemnización se incrementará según lo previsto en la legislación vigente.

Artículo 8º.- Beneficiarios

En principio y salvo que el Tomador opte por una designación nominativa distinta, el Beneficiario de este Seguro Complementario será el propio Asegurado.

Artículo 9º.- Riesgos extraordinarios

Es de aplicación la Cláusula de Indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las Pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios.

D) Seguro de incapacidad permanente absoluta por accidente

Definición

Incapacidad permanente absoluta por accidente. Se considera como tal, a efectos de este seguro, la situación física irreversible y consolidada provocada por un accidente, es decir, la derivada de las lesiones producidas por una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, determinante de la incapacidad de éste para el mantenimiento de cualquier relación laboral o actividad profesional.

Consolidada. Se entiende por consolidada la incapacidad permanente absoluta proveniente de lesiones físicas, psíquicas o fisiológicas causadas por un accidente, siempre que el diagnóstico de esta situación se considere irrecuperable por los peritos médicos antes de transcurrir 365 días desde la fecha del accidente.

En todo caso se entiende consolidada la situación invalidante en la fecha en que, en su caso, se dicte la Resolución del Instituto Nacional de la Seguridad Social, con independencia de cual sea la fecha de los efectos económicos de la misma.

Artículo 1º.- Objeto del seguro

Mediante la contratación del presente Seguro Complementario, el Asegurador garantiza el pago del capital asegurado establecido en las Condiciones Particulares en el supuesto de que el Asegurado se vea afectado por una situación de incapacidad permanente absoluta por accidente, **con las delimitaciones y exclusiones establecidas en estas condiciones.**

El pago que se efectúe en virtud de este Seguro Complementario determina la extinción del contrato.

Artículo 2º.- Delimitaciones y exclusiones

Además de las delimitaciones y exclusiones que figuran en las Condiciones Especiales del Seguro Complementario de incapacidad permanente absoluta, queda excluida de cobertura la incapacidad permanente absoluta por accidente debida a las causas relacionadas a continuación.

- a) La que pueda sufrir el Asegurado como resultado del uso como conductor o pasajero de motocicletas de una cilindrada superior a 125 c.c., salvo pacto en contrario en las Condiciones Particulares.
- b) La ocurrida de la práctica de ejercicios acrobáticos y deportes considerados como peligrosos, tales como: ascensión de glaciares y de altas cimas fuera del período estival (salvo con guía autorizado), esquí fuera de pista, bobsleigh, hockey, trineo, actividad submarina con escafandra o aparato autónomo de inmersión, espeleología, rafting, puenting, carreras de automóviles y motocicletas, las actividades aéreas deportivas y/o de ocio en vuelos no comerciales y el paracaidismo.
- c) La que sobrevenga al Asegurado cuando se encuentre en estado de embriaguez o bajo la influencia de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas no prescritas médicamente, o cuando la prueba de alcoholemia practicada después de un accidente ocurrido siendo conductor de un vehículo indique una tasa superior a la permitida legalmente para la conducción del mismo.
- d) La ocurrida como consecuencia de un acto de imprudencia o negligencia grave del Asegurado, declarado así judicialmente, así como las derivadas de la participación de éste en actos delictivos, competiciones, apuestas, duelos o riñas, siempre que en este último caso no hubiera actuado en legítima defensa o en tentativa de salvamento de personas o bienes.

Este seguro complementario sólo podrá ser contratado unido al Seguro Complementario de incapacidad permanente absoluta o total por cualquier causa.

Artículo 3º.- Duración

La cobertura de este Seguro Complementario termina al mismo tiempo que la del Seguro temporal de vida y, como máximo, al final de la anualidad en la que el Asegurado cumpla 65 años de edad.

Artículo 4º.- Modificación del riesgo

Se estará a lo dispuesto en las Condiciones Especiales del Seguro temporal de vida.

Artículo 5º.- Solicitud del capital asegurado

Los documentos para la solicitud y pago de la suma asegurada serán los previstos para el Pago del capital asegurado de las Condiciones Especiales del Seguro Complementario de incapacidad permanente absoluta.

Artículo 6º.- Comprobación y determinación de la incapacidad y su causa

La comprobación y determinación de la incapacidad y su causa se efectuará por el Asegurador después de la presentación de la documentación prevista en el artículo anterior y se realizará en la forma prevista en las Condiciones Especiales del Seguro Complementario de incapacidad permanente absoluta.

Artículo 7º.- Pago del capital asegurado

Se estará a lo dispuesto en las Condiciones Especiales del Seguro Complementario de incapacidad permanente absoluta.

Artículo 8º.- Beneficiarios

En principio y salvo que el Tomador opte por una designación nominativa distinta, el Beneficiario de este Seguro Complementario será el propio Asegurado.

Artículo 9º.- Riesgos extraordinarios

Es de aplicación la Cláusula de Indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las Pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios.

E) Seguro de incapacidad permanente absoluta por accidente de circulación

Definición

Incapacidad permanente absoluta por accidente de circulación. Se considera como tal, a efectos de este seguro, la situación física irreversible y consolidada del Asegurado provocada por un accidente de circulación, es decir, la derivada de las lesiones producidas por una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, determinante de la incapacidad de éste para el mantenimiento de cualquier relación laboral o actividad profesional y producida en las siguientes circunstancias:

- a) como peatón, causada por un vehículo;
- b) como conductor o pasajero de un vehículo terrestre;
- c) como usuario de transportes públicos: terrestres, acuáticos o aéreos.

Consolidada. Se entiende por consolidada la incapacidad permanente absoluta proveniente de lesiones físicas, psíquicas o fisiológicas causadas por accidente de circulación, siempre que el diagnóstico de esta situación se considere irre recuperable por los peritos médicos antes de transcurrir 365 días desde la fecha del accidente.

En todo caso se entiende consolidada la situación invalidante en la fecha en que, en su caso, se dicte la Resolución del Instituto Nacional de la Seguridad Social, con independencia de cual sea la fecha de los efectos económicos de la misma.

Artículo 1º.- Objeto del seguro

Mediante la contratación del presente Seguro Complementario, el Asegurador garantiza el pago del capital asegurado establecido en las Condiciones Particulares, en el supuesto de que el Asegurado se vea afectado por una situación de incapacidad permanente absoluta por accidente de circulación, **con las delimitaciones y exclusiones establecidas en estas condiciones.**

El pago que se efectúe en virtud de este Seguro Complementario determina la extinción del contrato.

Artículo 2º.- Delimitaciones y exclusiones

Se estará a lo dispuesto en las Condiciones Especiales del Seguro Complementario de incapacidad permanente absoluta por accidente.

Este seguro complementario sólo podrá ser contratado unido al Seguro Complementario de incapacidad permanente absoluta por accidente.

Artículo 3º.- Duración

La cobertura de este Seguro Complementario termina al mismo tiempo que la del Seguro temporal de vida y, como máximo, al final de la anualidad en la que el Asegurado cumpla 65 años de edad.

Artículo 4º.- Modificación del riesgo

Se estará a lo dispuesto en las Condiciones Especiales del Seguro temporal de vida.

Artículo 5º.- Solicitud del capital asegurado

Los documentos para la solicitud y pago de la suma asegurada serán los previstos para el Pago del capital o suma asegurada de las Condiciones Especiales del Seguro Complementario de incapacidad permanente absoluta por accidente.

Artículo 6º.- Comprobación y determinación de la incapacidad y su causa

La comprobación y determinación de la incapacidad y su causa se efectuará por el Asegurador después de la presentación de la documentación prevista en el artículo anterior y se realizará en la forma prevista en las Condiciones Especiales del Seguro Complementario de incapacidad permanente absoluta.

Artículo 7º.- Pago del capital asegurado

Se estará a lo dispuesto en las Condiciones Especiales del Seguro Complementario de incapacidad permanente absoluta por cualquier causa.

Artículo 8º.- Beneficiarios

En principio y salvo que el Tomador opte por una designación nominativa distinta, el Beneficiario de este Seguro Complementario será el propio Asegurado.

Artículo 9º.- Riesgos extraordinarios

Es de aplicación la Cláusula de Indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las Pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios.

F) Seguro de incapacidad permanente total (anticipo de capital)

Definición

Incapacidad permanente total. Se considera como tal, a efectos de este seguro, la situación física irreversible y consolidada del Asegurado provocada por cualquier causa, determinante de la total ineptitud de éste para el ejercicio de su profesión habitual, expresamente declarada en el Cuestionario-Solicitud y señalada en las Condiciones Particulares del contrato.

Consolidada. Se entiende por consolidada la incapacidad permanente total proveniente de lesiones físicas, psíquicas o fisiológicas causadas por cualquier causa, siempre que el diagnóstico de esta situación se considere irrecuperable por los peritos médicos.

En todo caso se entiende consolidada la situación invalidante en la fecha en que, en su caso, se dicte la Resolución del Instituto Nacional de la Seguridad Social, con independencia de cual sea la fecha de los efectos económicos de la misma.

Artículo 1º.- Objeto del seguro

Mediante la contratación del presente Seguro Complementario, el Asegurador garantiza el pago del capital asegurado establecido en las Condiciones Particulares en el supuesto de que el Asegurado se vea afectado por una situación de incapacidad permanente total, **con las delimitaciones y exclusiones establecidas en estas condiciones.**

El pago que se efectúe en virtud de este Seguro Complementario determina la extinción del contrato.

Artículo 2º.- Delimitaciones y exclusiones

Además de las delimitaciones y exclusiones que figuran en las Condiciones Generales del contrato, queda excluida de cobertura la incapacidad permanente total debida a las causas relacionadas a continuación.

- a) La causada voluntariamente por el Asegurado durante el primer año de vigencia del contrato.**
- b) La derivada de Resolución de incapacidad del I.N.S.S. o del organismo que asuma sus funciones dictada después de fallecer el Asegurado.**
- c) La ocurrida al Asegurado en situación de jubilación anticipada, prejubilación o paro cuando en este último caso no se haya comunicado al Asegurador esta situación.**
- d) La ocurrida al Asegurado para el ejercicio de una actividad profesional sin estar afiliado a la Seguridad Social o Mutualidad obligatoria sustitutiva.**
- e) La ocurrida al Asegurado durante el ejercicio de una actividad profesional distinta a la expresamente declarada en el Cuestionario-Solicitud y señalada en las Condiciones Particulares del contrato.**

Este Seguro Complementario no podrá contratarse conjuntamente con el Seguro Complementario de incapacidad permanente absoluta.

Artículo 3º.- Duración

La cobertura de este Seguro Complementario termina al mismo tiempo que la del Seguro temporal de vida y, como máximo, al final de la anualidad en que el Asegurado cumpla 65 años de edad.

Artículo 4º.- Modificación del riesgo

Se estará a lo dispuesto en las Condiciones Especiales del Seguro temporal de vida.

Además, el Tomador acepta expresamente que el Asegurador puede modificar las primas pactadas para este Seguro Complementario en caso de variación de la siniestralidad global prevista para esta cobertura. La posible modificación de la prima deberá ser comunicada por escrito al Tomador con al menos tres meses de antelación a la fecha de vencimiento anual de este Seguro Complementario.

El Tomador podrá aceptar o rechazar dicha modificación dentro del plazo de 30 días a contar desde la fecha de recepción de la comunicación. La aceptación por su parte supondrá la renovación de la cobertura. En caso de rechazo por parte del Tomador, el Asegurador, dentro de los 30 días siguientes, comunicará al mismo la anulación del Seguro en su próximo vencimiento anual.

Artículo 5º.- Solicitud del capital asegurado

En caso de ocurrencia del riesgo cubierto estando la póliza en vigor, los Beneficiarios deberán notificarlo por escrito en un plazo máximo de siete días, salvo fuerza mayor. Para recibir el capital los Beneficiarios designados deberán aportar a su cargo los siguientes documentos justificativos:

- a) certificado de nacimiento del Asegurado o fotocopia compulsada del D.N.I.;
- b) certificado médico en el que se determine la fecha de origen de la enfermedad o acaecimiento del accidente y se evidencie la incapacidad permanente total;
- c) la póliza y Suplementos que la completen, previa entrega de un resguardo por el Asegurador;
- d) al estar afiliado el Asegurado a la Seguridad Social o Mutualidad Obligatoria, deberá presentar la Propuesta dictaminada por la Comisión de Evaluación de Incapacidades perteneciente al Instituto Nacional de la Seguridad Social o la de la Mutualidad obligatoria que corresponda, así como la Resolución dictada por la Dirección del I.N.S.S.

En todos los casos, el Asegurador se reserva la facultad de requerir toda clase de informaciones o pruebas complementarias, incluso procurándose las directamente, que permitan valorar la procedencia del pago de la indemnización. Los médicos del Asegurado quedan eximidos del secreto profesional frente al Asegurador en lo que hace referencia al accidente o enfermedad que haya sido causa directa o indirecta de la incapacidad.

Artículo 6º.- Comprobación y determinación de la incapacidad

La comprobación y determinación de la incapacidad se efectuará por el Asegurador después de la presentación de la documentación prevista en el artículo anterior.

En el supuesto de falta de acuerdo sobre el grado de incapacidad, las partes resolverán sus diferencias por medio de los peritos médicos, eligiendo uno de mutuo acuerdo. Si no se lograra acuerdo, cada parte designará un perito médico según lo previsto en la Ley del Contrato de Seguro, en el plazo máximo de ocho días a la fecha en que sea requerida por la otra parte, en caso de no hacerlo quedará vinculado por el Informe Médico del perito designado.

Artículo 7º.- Pago del capital asegurado

Una vez aceptada la incapacidad de acuerdo con los artículos anteriores, el Asegurador, en el plazo máximo de cinco días, deberá pagar o consignar la prestación garantizada. En cualquier caso, el Asegurador deberá efectuar, dentro de los cuarenta días a partir de la recepción de la declaración de la incapacidad, el pago del importe mínimo de lo que pueda deber según las circunstancias por él conocidas.

Si en el plazo de tres meses desde la producción de la incapacidad el Asegurador no hubiera pagado o consignado su importe por causa no justificada o que le fuera imputable, la indemnización se incrementará según lo previsto en la legislación vigente.

Artículo 8º.- Beneficiarios

En principio y salvo que el Tomador opte por una designación nominativa distinta, el Beneficiario de este Seguro Complementario será el propio Asegurado.

Artículo 9º.- Riesgos extraordinarios

Es de aplicación la Cláusula de Indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las Pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios.

G) Seguro de graves enfermedades

Definición

Grave enfermedad. Se considera como tal, a efectos de este seguro, toda alteración del estado de salud provocada por accidente o enfermedad, originados independientemente de la voluntad del Asegurado, confirmada por un médico legalmente reconocido y que coincida con alguna de las definidas en el artículo Enfermedades cubiertas.

Artículo 1º.- Objeto del seguro

Mediante la contratación del presente Seguro Complementario, el Asegurador garantiza el pago del capital establecido en las Condiciones Particulares en el supuesto de que al Asegurado se le diagnostique y sobreviva al menos treinta días a dicho diagnóstico, una de las enfermedades específicas indicadas a continuación, **con las delimitaciones y exclusiones establecidas en estas condiciones.**

De este Seguro Complementario se derivará un solo pago por el capital pactado, aún en el caso de que al Asegurado se le diagnostique más de una de las enfermedades cubiertas, en las mismas o en distintas fechas.

El pago que se efectúe en virtud de este Seguro Complementario determina la extinción de este Seguro.

Artículo 2º.- Enfermedades cubiertas

Infarto de miocardio. Necrosis de una parte del músculo cardíaco como consecuencia de un insuficiente suministro sanguíneo a la zona pertinente. El diagnóstico debe basarse en todos los aspectos siguientes:

- antecedentes de dolores pectorales típicos,
- alteraciones electrocardiográficas que confirmen la muerte del miocardio,
- aumento de las encimas cardíacas.

Cáncer. Tumor maligno caracterizado por el crecimiento y la diseminación incontrolados de células malignas y la invasión de tejido. Queda incluida la leucemia.

Se excluyen de esta consideración el cáncer no invasivo o "in situ", los tumores en presencia de cualquier virus de inmunodeficiencia humana y todo cáncer de la piel que no sea el melanoma maligno. Asimismo, quedará excluido el cáncer diagnosticado dentro de los noventa días siguientes a la fecha de efecto del contrato señalada en las Condiciones Particulares.

Accidente cerebrovascular. Todo incidente cerebrovascular que produzca secuelas neurológicas que duren más de veinticuatro horas e incluyan la infartación de tejido cerebral, la hemorragia y la embolización desde una fuente extracraneal y que suponga una lesión neurológica permanente.

Insuficiencia renal. Enfermedad renal en su estado final, debida a cualquier causa o causas, en la que el Asegurado está sometido a diálisis peritoneal o hemodiálisis regular o haya recibido un trasplante renal.

Afección de la arteria coronaria que exija cirugía. El sometimiento a cirugía cardíaca para corregir el estrechamiento o bloqueo de una o más arterias coronarias con injertos de by-pass en las personas aquejadas de síntomas anginales limitadores, con exclusión de las técnicas no quirúrgicas tales como la angioplastia de globo o la eliminación de una obstrucción mediante rayos láser.

Trasplante de un órgano vital. El sometimiento a cirugía de trasplante como receptor de corazón, pulmón, hígado, páncreas, riñón o médula ósea.

Parálisis. Pérdida total y permanente del uso de dos o más extremidades debido a parálisis.

Enfermedad de Alzheimer. Síndrome clínico caracterizado por la alteración progresiva e irreversible de las funciones cerebrales, con modificaciones histiológicas características.

Enfermedad de Parkinson. Síndrome clínico caracterizado por hipocinesia, rigidez muscular y temblor en reposo, ocasionado básicamente por una degeneración del sistema niglostriado.

Artículo 3º.- Delimitaciones y exclusiones

Además de las delimitaciones y exclusiones que figuran en las Condiciones Generales del contrato, quedan excluidas de cobertura las graves enfermedades debida a las causas relacionadas a continuación.

- a) Cualquier enfermedad o intervención quirúrgica distinta de las expresamente descritas en el artículo Enfermedades cubiertas de estas Condiciones Especiales.**
- b) Los siniestros causados voluntariamente por el Asegurado.**
- c) Las que pueda sufrir el Asegurado como resultado del uso como conductor o pasajero de motocicletas de una cilindrada superior a 125 c.c., salvo pacto en contrario en las Condiciones Particulares.**
- d) Las ocurridas de la práctica de ejercicios acrobáticos y deportes considerados como peligrosos, tales como: ascensión de glaciares y de altas cimas fuera del período estival (salvo con guía autorizado), esquí fuera de pista, bobsleigh, hockey, trineo, actividad submarina con escafandra o aparato autónomo de inmersión, espeleología, rafting, puenting, carreras de automóviles y motocicletas y paracaidismo.**
- e) Las que hayan sido diagnosticadas por primera vez antes de la fecha de inicio del seguro o bien hayan motivado una primera intervención quirúrgica anterior a la fecha de inicio de la cobertura del seguro.**
- f) Las que sean consecuencia o estén relacionadas con el síndrome de inmunodeficiencia humana, con la presencia del virus de inmunodeficiencia adquirida humana (VIH), constatado en un test de anticuerpos, o del virus del SIDA con resultado positivo.**
- g) Los tipos de cáncer excluidos en el artículo Enfermedades cubiertas de estas Condiciones Especiales.**
- h) Las que sobrevengan al Asegurado como consecuencia de bebidas alcohólicas o drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, así como el tabaquismo no declarado en el momento de la contratación o durante la vigencia de la póliza.**
- i) Las consecuencias de un acto de imprudencia o negligencia grave del Asegurado, declarado así judicialmente, así como los derivados de la participación de éste en actos delictivos, competiciones, apuestas, duelos o riñas, siempre que en este último caso no hubiera actuado en legítima defensa o en tentativa de salvamento de personas o bienes.**

Artículo 4º.- Duración

La cobertura de este Seguro Complementario termina al mismo tiempo la del Seguro temporal de vida y como máximo al final de la anualidad en que el Asegurado cumpla 65 años de edad.

Artículo 5º.- Modificación del riesgo

Se estará a lo dispuesto en las Condiciones Especiales del Seguro temporal de vida.

Artículo 6º.- Solicitud del capital asegurado

En caso de ocurrencia del riesgo cubierto estando la póliza en vigor, los Beneficiarios deberán notificarlo por escrito en un plazo máximo de siete días, salvo fuerza mayor. Para recibir el capital los Beneficiarios designados deberán aportar a su cargo los siguientes documentos justificativos:

- a) certificado de nacimiento del Asegurado o fotocopia compulsada del D.N.I.;
- b) pruebas de la ocurrencia de la grave enfermedad, que incluirán el diagnóstico confirmado por un médico colegiado y nombrado a tal efecto por el Asegurador, así como información clínica, radiológica, histológica y de laboratorio aceptables;
- c) la evidencia de que el Asegurado haya sobrevivido por lo menos treinta días después desde que se haya hecho el diagnóstico;
- d) la póliza y Suplementos que la completen, previa entrega de un resguardo por el Asegurador.

En todos los casos, el Asegurador se reserva la facultad de requerir toda clase de informaciones o pruebas complementarias, incluso procurándose las directamente, que permitan valorar la procedencia del pago de la indemnización. Los médicos del Asegurado quedan eximidos del secreto profesional frente al Asegurador en lo que hace referencia al accidente o enfermedad que haya sido causa directa o indirecta de la grave enfermedad.

Artículo 7º.- Comprobación y determinación de la grave enfermedad

La comprobación y determinación de la grave enfermedad se efectuará por el Asegurador después de la presentación de la documentación prevista en el artículo anterior.

En el supuesto de falta de acuerdo sobre el diagnóstico de la grave enfermedad, las partes resolverán sus diferencias por medio de los peritos médicos, eligiendo uno de mutuo acuerdo. Si no se lograra acuerdo, cada parte designará un perito médico según lo previsto en la Ley del Contrato de Seguro, en el plazo máximo de ocho días a la fecha en que sea requerida por la otra parte, en caso de no hacerlo quedará vinculado por el Informe Médico del perito designado.

Artículo 8º.- Pago del capital asegurado

Una vez aceptada la grave enfermedad de acuerdo con el artículo anterior, el Asegurador, en el plazo máximo de cinco días, deberá pagar o consignar la prestación garantizada. En cualquier caso, el Asegurador deberá efectuar, dentro de los cuarenta días a partir de la recepción de la declaración de la grave enfermedad, el pago del importe mínimo de lo que pueda deber según las circunstancias por él conocidas.

Si en el plazo de tres meses desde la producción de la grave enfermedad, el Asegurador no hubiere pagado o consignado su importe por causa no justificada o que le fuera imputable, la indemnización se incrementará de acuerdo con lo previsto en la legislación vigente.

Artículo 9º.- Período de carencia

Todas las prestaciones que en virtud de la póliza asume el Asegurador serán facilitadas desde el momento de entrar en vigor el contrato. **No obstante, se anulará la cobertura de graves enfermedades si el Asegurado fallece antes de que haya transcurrido un período de treinta días después del diagnóstico de la enfermedad grave o de la intervención quirúrgica.**

Artículo 10º.- Beneficiarios

En principio y salvo que el Tomador opte por una designación nominativa distinta, el Beneficiario de este Seguro Complementario será el propio Asegurado.

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

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 pagadas por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el tomador hubiese satisfecho, a su vez, los correspondientes recargos a su favor, y se produjera alguna de las siguientes situaciones:

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

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

I. RESUMEN DE 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 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 las pólizas de seguro a efectos de la cobertura de los riesgos ordinarios.

En las pólizas de seguros de vida que, de acuerdo a 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 debe tener constituida. El importe correspondiente a la citada provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

II. 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, deberán comunicar, dentro del plazo máximo 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 estará disponible en la página "Web" del Consorcio (www.consorseguros.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.

Cláusula de protección de datos

Conforme a la L.O. 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos de que los datos facilitados son de carácter obligatorio, y serán incluidos y tratados en un fichero titularidad de AXA AURORA VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS para la tramitación de solicitudes, valoración del riesgo, gestión, cumplimiento y desarrollo de las coberturas garantizadas en el contrato de seguro, pago de prestaciones, prevención y detección del fraude, estudios estadísticos, fidelización y realización de encuestas. Los datos solicitados son de carácter obligatorio para poder hacerse efectivas las prestaciones de la Póliza. La negativa a facilitar la información requerida, facultará a la Compañía a no formalizar el Contrato.

El interesado puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición por escrito remitido a AXA SEGUROS E INVERSIONES (Dpto. Marketing-CRM), Paseo de la Castellana 79, 28046 Madrid.

Asimismo, le hacemos saber que sus datos identificativos se utilizarán para mantener la relación comercial y recibir información y publicidad, por cualquier medio, referida a seguros, productos financieros, automoción, ocio y gran consumo, propios o de terceros, y que podrán ser cedidos con las finalidades anteriormente expresadas a AXA AURORA IBÉRICA, S.A. y AXA IBERCAPITAL, S.A., Entidades pertenecientes al Grupo AXA, si en el plazo de 30 días no manifiesta lo contrario. El interesado podrá ejercitar los mencionados derechos en la forma y lugar arriba indicados. Igualmente sus datos podrán ser cedidos, por imperativo legal, al Registro de Contratos de Seguros con Cobertura de Fallecimiento.

El contrato de seguro comprende de forma indisoluble las Condiciones Generales y Especiales que anteceden, las Condiciones Particulares y los Suplementos y Apéndices que recojan las modificaciones de todo ello acordadas por las partes.

"EL TOMADOR DECLARA HABER LEÍDO Y ENTENDIDO EL PRESENTE CONTRATO Y LAS DELIMITACIONES Y EXCLUSIONES CONTENIDAS EN EL MISMO, ACEPTANDO TODO ELLO EXPRESAMENTE Y EN PRUEBA DE CONFORMIDAD, SE FIRMA A CONTINUACIÓN POR DUPLICADO Y A UN SOLO EFECTO".

EI TOMADOR
Firma y N.I.F.

AXA AURORA VIDA, S.A. de Seguros y Reaseguros
P.P.

