

CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO DE SEGURO DE VIDA

TOP TEMPORAL PLUS

I.1.- MARCO NORMATIVO

La Sociedad SEGUROS GROUPAMA, SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., tiene su domicilio en Madrid, Plaza de las Cortes, 8, siendo aplicable al presente contrato la legislación española.

El presente contrato se rige por la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro y 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 demás legislación aplicable, así como por expresamente pactado en este contrato.

La autoridad de control es la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Hacienda, siendo las instancias de reclamación y resolución de conflictos siguientes:

- Servicio de Atención al Cliente (SAC) de GROUPAMA Seguros, a través de su web en Internet: www.groupama.es
- Comisionado para la Defensa del Asegurado y Partícipe de los Planes de Pensiones, siendo preceptivo para acudir a ésta instancia la reclamación previa ante el Servicio de Atención al Cliente (SAC) GROUPAMA Seguros
- Juzgados y Tribunales competentes en función del domicilio del Asegurado

I.2.- DEFINICIONES GENERALES

A los efectos de este Contrato, se entenderá por:

ASEGURADOR: GROUPAMA Seguros y Reaseguros, S.A., Compañía privada de Derecho Español, con domicilio social en España Plaza de las Cortes, 8 – 28014 – MADRID, como la entidad aseguradora que asume el riesgo contractualmente pactado, correspondiendo a la Dirección General de Seguros del Ministerio de Economía el control y supervisión de la actividad aseguradora.

TOMADOR DEL SEGURO: La persona, física o jurídica, que asume las obligaciones del Contrato — salvo aquellas que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado— y que, juntamente con el Asegurador, suscribe este Contrato.

ASEGURADO: La persona física sobre cuya vida se estipula el seguro.

BENEFICIARIO: La persona, física o jurídica, que es titular del derecho a la indemnización y a quien el Asegurador habrá de hacérsela efectiva.

PÓLIZA: El documento que contiene las condiciones que regulan el seguro.

Forman parte integrante de la póliza: Las Condiciones Generales, las Especiales y las Particulares que individualizan el riesgo, y los Suplementos o Apéndices, si procedieren, que se emitan a la misma para completarla o modificarla.

El presente Contrato de Seguros que se le muestra tiene un carácter meramente ilustrativo, dado que incluye la totalidad de las coberturas que pueden contratarse con esta entidad en el producto ofrecido, por lo que no detentan eficacia jurídica alguna. Por ello, el solicitante/asegurado/tomador, respecto de las garantías a contratar o contratadas (cobertura real), deberá estar a lo específicamente estipulado en el Resumen de Garantías, que forman parte integrante del Contrato de Seguro y determinan la cobertura real, sus limitaciones y exclusiones, siendo igualmente requisito imprescindible que haya sido abonada la prima correspondiente a la garantía contratada, conforme se establece en el artículo 1 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

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

EDAD DEL ASEGURADO: Los años cumplidos que tenga el Asegurado en el vencimiento de la anualidad más próximo al aniversario de su nacimiento

I.3.- LAS GARANTÍAS DEL SEGURO

ARTÍCULO 1.º OBJETO DEL SEGURO

1.1. Por la presente póliza, el Asegurador asume la cobertura de los riesgos que a continuación se indican, y que hayan sido expresamente pactados en las Condiciones Particulares y Especiales de la Póliza, con los límites que en ellas se determinen.

1.1.1. SEGURO PRINCIPAL

a) Fallecimiento.

1.1.2. SEGUROS COMPLEMENTARIOS

- 1) Fallecimiento por Accidente.
- 2) Fallecimiento por Accidente de Circulación.
- 3) Invalidez Permanente y Absoluta para Todo Trabajo:

- a) Invalidez por Cualquier Causa.
- b) Invalidez por Accidente.
- c) Invalidez por Accidente de Circulación.

4) Enfermedades Graves

5) Cualquier otra modalidad aprobada al Asegurador por la Dirección General de Seguros, siempre que en anexo especial se entreguen al Contratante las condiciones que regulen específicamente cada modalidad.

1.2. Puede contratarse la cobertura de uno, varios o todos los seguros complementarios, sin más condiciones que:

1. No podrá contratarse la cobertura de los seguros complementarios independientemente del seguro principal.
2. Para contratar el seguro complementario 2) Fallecimiento por Accidente de Circulación, será obligatorio haber contratado el 1) Fallecimiento por Accidente.
3. Para contratar el 3b) Invalidez por Accidente, será obligatorio haber contratado el 3a) Invalidez por cualquier causa.
4. Para contratar el 3c) Invalidez por Accidente de Circulación, será obligatorio haber contratado el 3b) Invalidez por Accidente, y el 3a) Invalidez por cualquier causa.
5. Para contratar el 3b) y 3c), será necesario haber contratado el 1) y 2).

ARTÍCULO 2.º ALCANCE DE LAS GARANTÍAS. SEGURO PRINCIPAL

Si durante la vigencia del Contrato el Asegurado fallece, la Entidad pagará a los beneficiarios del Contrato el capital previsto en las Condiciones Particulares. Con el pago de este capital, el Contrato toma fin.

EXCLUSIONES:

- a) **Suicidio:** El Asegurador cubre el riesgo de suicidio. **Sin embargo, si éste tiene lugar dentro de la primera anualidad de la póliza, el Asegurador pagará únicamente la reserva matemática correspondiente.** La prueba de suicidio del Asegurado incumbe al Asegurador.
- b) **Muerte causada por los beneficiarios:** En el supuesto de que el fallecimiento del Asegurado sea causado intencionadamente por su único beneficiario, el Asegurador quedará desligado de sus obligaciones respecto de dicho beneficiario, integrándose el derecho a la indemnización en el patrimonio del Tomador. Si existieran varios beneficiarios, los no intervinientes en el fallecimiento del Asegurado conservarán su derecho.
- c) **Viajes y cambios de residencia:** Las garantías de la póliza subsisten sin variación, aún cuando el Asegurado viaje o cambie de residencia. Sin embargo:
1. **Los viajes que tengan carácter de exploración y los de expedición armada quedan excluidos de las garantías de la póliza.**
 2. **Los viajes aéreos sólo estarán cubiertos, cuando el Asegurado viaje como pasajero en líneas reglamentariamente autorizadas.**
- En caso de fallecimiento del Asegurado, producido por una de las exclusiones contempladas en los apartados 1 y 2 anteriores, el Asegurador sólo pagará el importe de la provisión matemática de la póliza, calculada al día de la muerte.
- d) **Riesgos de guerra y demás extraordinarios:** Están excluidos de la cobertura de la Póliza los riesgos de conflicto armado, haya precedido o no la declaración oficial de guerra, y los demás extraordinarios según se definen en el Real Decreto 2022/1986 de 29 de Agosto.

ARTÍCULO 3.º ALCANCE DE LAS GARANTÍAS. SEGUROS COMPLEMENTARIOS

3.0. Condiciones comunes a todos los complementarios.

- a) **Cobertura.** De todos los Seguros Complementarios previstos en esta póliza, el Asegurador garantiza solamente la cobertura de aquellos que estén, específicamente, previstos en las Condiciones Particulares de la misma.
- b) **Primas.** Las primas de los Seguros Complementarios vencerán en la misma fecha que la del Seguro Principal, e irán incluidas en el recibo de dicho Seguro Principal.
- c) **Duración.** La duración de los Seguros Complementarios será la del Seguro Principal, cesando automáticamente las garantías en los siguientes supuestos:
- 1) Por pago de la prestación garantizada en el Seguro Principal.
 - 2) Por pago de cualquiera de las prestaciones garantizadas en los Seguros Complementarios.
 - 3) **Al finalizar la anualidad del seguro, dentro de la cual el Asegurado cumpla la edad de sesenta y cinco años.**
- d) **INVALIDEZ PERMANENTE Y ABSOLUTA**

Definición: A los efectos de estos seguros complementarios, se entiende por Invalidez Permanente Absoluta para todo trabajo la situación física irreversible, originada independientemente de la voluntad del Asegurado, determinante de la total invalidez de éste para el mantenimiento permanente de cualquier relación laboral o actividad profesional.

3.1. Seguro Complementario de Invalidez Permanente Absoluta para todo Trabajo por Cualquier Causa.

Por este Seguro Complementario, el Asegurador garantiza el pago de un capital adicional exactamente igual al garantizado por fallecimiento en el Seguro Principal; en el supuesto

El presente Contrato de Seguros que se le muestra tiene un carácter meramente ilustrativo, dado que incluye la totalidad de las coberturas que pueden contratarse con esta entidad en el producto ofrecido, por lo que no detentan eficacia jurídica alguna. Por ello, el solicitante/asegurado/tomador, respecto de las garantías a contratar o contratadas (cobertura real), deberá estar a lo específicamente estipulado en el Resumen de Garantías, que forman parte integrante del Contrato de Seguro y determinan la cobertura real, sus limitaciones y exclusiones, siendo igualmente requisito imprescindible que haya sido abonada la prima correspondiente a la garantía contratada, conforme se establece en el artículo 1 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

de que el Asegurado resulte afectado por una Invalidez Permanente Absoluta con independencia de la causa que lo origine, sea enfermedad o accidente.

3.2. Seguro Complementario de Fallecimiento o Invalidez por Accidente.

Por este Seguro Complementario, el Asegurador garantiza el pago de un capital adicional exactamente igual al garantizado en el Seguro Principal; en el supuesto de que el Asegurado fallezca o quede inválido, a causa de un accidente, «el capital total» que pagará el Asegurador será el indicado por tal concepto en las Condiciones Particulares de la Póliza, que es equivalente al doble del garantizado en el Seguro Principal.

A los efectos de este seguro, se entiende como fallecimiento o invalidez por accidente, **al producido por toda lesión corporal debida a la acción directa de un acontecimiento exterior, súbito y violento, ajeno a la voluntad del Asegurado**, y que cause su fallecimiento o la invalidez dentro de un año, a partir de la fecha en que sufrió tal lesión. En virtud de la facultad que concede a las partes el Art. 100 de la Ley de Contrato de Seguro 50/1980, de 8 de octubre, se expresa que **en ningún caso se considerará como accidente a los efectos de esta Póliza el INFARTO DE MIOCARDIO**, aún cuando así fuese declarado por resolución o sentencia administrativa o judicial, a otros efectos legales.

3.3. Seguro Complementario de Fallecimiento o Invalidez por Accidente de Circulación.

Por este Seguro Complementario, el Asegurador garantiza el pago de un capital adicional exactamente igual al del Seguro Complementario de Accidente; en el supuesto de que el Asegurado fallezca o quede inválido, a causa de un accidente de Circulación dentro de un año, a partir de la fecha en que sufrió tal accidente, «el capital total» que pagará el Asegurador será el indicado por tal concepto en las Condiciones Particulares de la Póliza, que es equivalente al triple del garantizado en el Seguro Principal.

Se considera que un accidente es de circulación, cuando le suceda al Asegurado en los siguientes casos:

- a) Como peatón, causado por un vehículo.
- b) Como conductor o pasajero de un vehículo terrestre.
- c) Como pasajero de transportes públicos, terrestres, marítimos o aéreos.

3.4. Seguro Complementario de Enfermedades Graves

3.4.1.- Por este Seguro Complementario el Asegurador garantiza el pago anticipado del capital asegurado para la garantía principal, indicado en las Condiciones Particulares, en caso de serle diagnosticada al Asegurado alguna de las enfermedades descritas en los apartados A), B), C), D) y E) del presente Artículo o cuando el Asegurado sea objeto de alguna intervención quirúrgica de las detalladas en los apartados F) y G).

El pago de la indemnización correspondiente a esta garantía supondrá la extinción de la misma.

A continuación se relacionan y delimitan cada una de las enfermedades o circunstancias que pueden dar lugar al pago de la prestación garantizada por la presente cobertura complementaria.

A) CÁNCER: Todo aquel tumor maligno caracterizado por el crecimiento y la dispersión incontrolable de células malignas y la invasión del tejido normal. Se incluyen la leucemia, linfomas y la enfermedad de Hodgkin (linfocitos).

Se excluyen el cáncer "in situ" no invasivo, los tumores debidos a la presencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y los tumores de piel con excepción de melanomas malignos.

B) INFARTO DE MIOCARDIO: La necrosis de una parte del miocardio a consecuencia de insuficiente suministro sanguíneo. El diagnóstico médico debe basarse en los aspectos siguientes:

El presente Contrato de Seguros que se le muestra tiene un carácter meramente ilustrativo, dado que incluye la totalidad de las coberturas que pueden contratarse con esta entidad en el producto ofrecido, por lo que no detentan eficacia jurídica alguna. Por ello, el solicitante/asegurado/tomador, respecto de las garantías a contratar o contratadas (cobertura real), deberá estar a lo específicamente estipulado en el Resumen de Garantías, que forman parte integrante del Contrato de Seguro y determinan la cobertura real, sus limitaciones y exclusiones, siendo igualmente requisito imprescindible que haya sido abonada la prima correspondiente a la garantía contratada, conforme se establece en el artículo 1 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

- Antecedentes de dolores pectorales típicos.
- Alteraciones o cambios electrocardiográficos.
- Aumento de las enzimas cardíacas.

El infarto de miocardio deberá haberse tratado en un hospital.

- C) ACCIDENTE CEREBROVASCULAR:** Todo padecimiento cerebrovascular que produzca secuelas neurológicas que duren más de veinticuatro horas. Debe existir una destrucción del tejido cerebral causada por trombosis, hemorragia o embolia de fuente extracraneal, así como pruebas de disfunción neurológica permanente.

Se excluyen los padecimientos vasculares isquémicos transitorios y padecimientos lentamente reversibles.

Se deberá aportar, como mínimo, un informe clínico y scanner cerebral.

- D) INSUFICIENCIA RENAL:** El fallo total, crónico e irreversible de ambos riñones, a consecuencia del cual hay que efectuar al menos una vez por semana diálisis renal. La necesidad de diálisis renal deberá estar certificada por un informe nefrológico.

- E) PARÁLISIS:** La pérdida completa y permanente del uso de la sensibilidad de dos o más extremidades, alternativamente brazos y piernas.

- F) INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA POR AFECCIÓN DE LA ARTERIA CORONARIA:**

El sometimiento a cirugía cardíaca para corregir estrechamiento u obstrucción de dos o más arterias coronarias con injertos de "bypass" o "puente coronario", por recomendación de un especialista y evidenciada por el resultado de una angiografía con la finalidad de corregir una estenosis u oclusión en las arterias coronarias.

Se excluyen las técnicas no quirúrgicas tales como, a título de ejemplo, angioplastia de balón, operaciones de válvulas, operaciones por tumoración, intracardíacas o alteración congénita, tratamiento por láser y cualquier técnica que no requiera la apertura quirúrgica del tórax.

- G) TRANSPLANTE DE UN ÓRGANO VITAL:** El sometimiento a cirugía de trasplante como receptor de corazón, pulmón, hígado, páncreas, riñón o médula ósea.

3.4.2.- PERIODO DE CARENIA DE ESTA GARANTÍA DE ENFERMEDADES GRAVES

La prestación del Asegurador respecto a la garantía complementaria de Enfermedades Graves, descrita en el Artículo 1.º-, estará condicionada a que las enfermedades descritas en los apartados A), B), C), D) y E) del citado Artículo tengan su origen, y sean diagnosticadas, una vez haya transcurrido el plazo de CARENIA de 90 días a partir de la fecha de efecto del contrato indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Respecto a las intervenciones quirúrgicas descritas en los apartados F) y G) del artículo 1.º-, el plazo será igualmente de 90 días a partir de la fecha de efecto del contrato.

3.4.3.- EXCLUSIONES DE LA GARANTÍA DE ENFERMEDADES GRAVES

No serán objeto de cobertura por Enfermedades Graves, quedando excluidas por lo tanto de la misma, los siguientes supuestos:

- a) Aquellas Enfermedades Graves padecidas por el Asegurado que le hayan sido ya diagnosticadas por primera vez, o hayan motivado una intervención quirúrgica con anterioridad a la fecha de inicio del efecto del seguro.
- b) Aquellas Enfermedades padecidas por el Asegurado que sean consecuencia y/o estén o puedan estar en relación con:

El presente Contrato de Seguros que se le muestra tiene un carácter meramente ilustrativo, dado que incluye la totalidad de las coberturas que pueden contratarse con esta entidad en el producto ofrecido, por lo que no detentan eficacia jurídica alguna. Por ello, el solicitante/asegurado/tomador, respecto de las garantías a contratar o contratadas (cobertura real), deberá estar a lo específicamente estipulado en el Resumen de Garantías, que forman parte integrante del Contrato de Seguro y determinan la cobertura real, sus limitaciones y exclusiones, siendo igualmente requisito imprescindible que haya sido abonada la prima correspondiente a la garantía contratada, conforme se establece en el artículo 1 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

B1) El Síndrome de Inmunodeficiencia Humana reconocido por la Organización Mundial de la Salud, que sea diagnosticado por un médico autorizado.

B2) La presencia del virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH) descubierto mediante test de anticuerpos o virus de SIDA con resultado positivo.

- c) Enfermedad o lesión contraída o producida con ocasión de disturbios civiles, alborotos, movimientos populares o riñas, salvo que el Asegurado fuere herido por los participantes sin haber intervenido en el suceso, o habiéndolo hecho con motivo de prestar socorro al prójimo, o en los casos en que se haya actuado en legítima defensa o en defensa de terceros.
- d) Las consecuencias de los accidentes sufridos en el curso de viajes aéreos, salvo en caso de que el Asegurado viaje en aeronave civil ocupando plaza como pasajero.

3.5. Exclusiones para los Seguros Complementarios. Quedan excluidos de las garantías de estos Seguros Complementarios:

- 1) Los siniestros causados voluntariamente por el Asegurado y los causados por los beneficiarios del Asegurado. No obstante, si existieran varios beneficiarios, los no intervinientes en el fallecimiento del Asegurado conservarán su derecho a la totalidad de la prestación asegurada.**
- 2) Los accidentes o enfermedades que sobrevengan al Asegurado por embriaguez, o uso de estupefacientes no prescritos médicamente.**
- 3) Cualquier hecho extraordinario y notoriamente temerario e imprudente del Asegurado, declarado así judicialmente, así como las consecuencias de la participación del Asegurado en actos delictivos, duelos o riñas, siempre que, en este último caso, no hubiere actuado en legítima defensa o en tentativa de salvamento de personas o bienes.**
- 4) Las consecuencias de guerra u otras operaciones de carácter similar, o de hechos de carácter político o social.**
- 5) Los accidentes causados por temblor de tierra, erupción volcánica, inundación y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario.**

Estos accidentes estarán cubiertos, de conformidad con cuanto se indica en el artículo 4.º Riesgos Extraordinarios.

- 6) Los accidentes ocurridos por participación del Asegurado en pruebas deportivas, ocupando un vehículo como piloto, copiloto o simple pasajero.**
- 7) Las consecuencias de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.**
- 8) Fallecimiento o Invalidez resultante de un accidente, acaecido con anterioridad a la suscripción del Contrato.**

3.6. Tramitación de la Invalidez Permanente Absoluta.

Tan pronto como se tenga conocimiento de cualquier accidente o manifestación de enfermedad del Asegurado, que pueda hacer entrar en juego esta garantía, se deberá comunicar a la Entidad, acompañando la comunicación de un certificado del médico tratante, que exponga detalladamente la naturaleza, causa y fecha de origen del accidente o enfermedad.

Después de un período consecutivo de, por lo menos, doce meses del accidente o de la enfermedad, deberá remitirse a la Entidad, debidamente cumplimentado por el médico tratante del Asegurado, un impreso cuestionario que se le facilitará y en el que se hará

constar, entre otras cosas, la causa, el grado y el carácter definitivo e irreversible de la Invalidez.

3.7. Reconocimiento de la Invalidez Permanente Absoluta y Definitiva.

Si el expediente médico (Certificado y cuestionario facilitados por el médico tratante del Asegurado) permite determinar sin ningún género de dudas, el carácter Permanente Absoluto de la Invalidez, conforme a la definición del Apartado 3.0. de las presentes Condiciones Generales, la Entidad reconocerá la Invalidez Permanente Absoluta.

No obstante, la Entidad puede designar por su propia cuenta en todo momento, a un médico o a cualquier otra persona con el fin de comprobar la naturaleza, causa e irreversibilidad de la Invalidez.

3.8. Arbitraje.

En caso de discrepancia entre el médico del Asegurado y el de la Entidad, y de conformidad con lo establecido en la Ley, ambas partes designarán, de mutuo acuerdo, un tercero. En defecto de este acuerdo, la designación se hará por el Juez de Primera Instancia, correspondiente al domicilio del Asegurado. En este caso, el dictamen pericial de los médicos se emitirá en el plazo señalado por las partes o, en su defecto, en el de treinta días a partir de la aceptación de su nombramiento por el tercero perito-médico.

El dictamen de los médicos, por unanimidad o por mayoría, se notificará a las partes de manera inmediata y en forma indubitada, siendo vinculante para éstas, salvo que se impugne judicialmente por alguna de ellas dentro del plazo de treinta días, en el caso de la Entidad, y de ciento ochenta días, en el del Beneficiario, computados ambos desde la fecha de su notificación. Si no se interpusiese en dichos plazos la correspondiente acción, el dictamen de los peritos-médicos devendrá inatacable.

¿Qué son riesgos extraordinarios?

ARTÍCULO 4.º RIESGOS EXTRAORDINARIOS

Para los Seguros Complementarios de:

- **Fallecimiento por Accidente**
- **Fallecimiento por Accidente de Circulación**
- **Invalidez por Accidente**
- **Invalidez por Accidente de Circulación**

Se indemnizará por el Consorcio de Compensación de Seguros los siniestros de carácter extraordinario, de conformidad con la siguiente cláusula:

CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN POR EL CONSORCIO DE COMPENSACION 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 pagadas por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el tomador hubiese satisfecho los correspondientes recargos a su favor y se produjera alguna de las siguientes situaciones:

El presente Contrato de Seguros que se le muestra tiene un carácter meramente ilustrativo, dado que incluye la totalidad de las coberturas que pueden contratarse con esta entidad en el producto ofrecido, por lo que no detentan eficacia jurídica alguna. Por ello, el solicitante/asegurado/tomador, respecto de las garantías a contratar o contratadas (cobertura real), deberá estar a lo específicamente estipulado en el Resumen de Garantías, que forman parte integrante del Contrato de Seguro y determinan la cobertura real, sus limitaciones y exclusiones, siendo igualmente requisito imprescindible que haya sido abonada la prima correspondiente a la garantía contratada, conforme se establece en el artículo 1 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

- 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 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 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

El presente Contrato de Seguros que se le muestra tiene un carácter meramente ilustrativo, dado que incluye la totalidad de las coberturas que pueden contratarse con esta entidad en el producto ofrecido, por lo que no detentan eficacia jurídica alguna. Por ello, el solicitante/asegurado/tomador, respecto de las garantías a contratar o contratadas (cobertura real), deberá estar a lo específicamente estipulado en el Resumen de Garantías, que forman parte integrante del Contrato de Seguro y determinan la cobertura real, sus limitaciones y exclusiones, siendo igualmente requisito imprescindible que haya sido abonada la prima correspondiente a la garantía contratada, conforme se establece en el artículo 1 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

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 a través de la entidad aseguradora o del medio 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.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.

I.4.- DISPOSICIONES COMUNES A TODAS LAS GARANTÍAS

ARTÍCULO 5.º DECLARACIONES

Las declaraciones, ya sean del Tomador o del Asegurado, consignadas en la Solicitud de seguro y en cualquier otro documento afecto a la misma, así como esta póliza, constituyen un todo unitario, base del seguro. Si el contenido de la Póliza difiere de la solicitud de seguro o de las cláusulas acordadas, el Tomador podrá reclamar al Asegurador en el plazo de un mes, a contar desde la entrega de la póliza para su formalización, a fin de que se subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza.

ARTÍCULO 6.º INFORMACIÓN AL CONCERTAR EL SEGURO

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 trata de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.

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

ARTÍCULO 7.º EN CASO DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO

El Tomador o el Asegurado y, en su caso, el Beneficiario están obligados a dar cuenta al Asegurador, tan pronto como les sea posible, de todas las circunstancias ajenas al estado de salud del Asegurado, que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que, si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del Contrato, o no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

El Asegurador puede, en el plazo de dos meses a contar desde el 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 quince días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho siguientes comunicará al Tomador la rescisión definitiva.

El Asegurador, igualmente, podrá rescindir el Contrato comunicándolo por escrito al Tomador, dentro de un mes a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo. En el caso

El presente Contrato de Seguros que se le muestra tiene un carácter meramente ilustrativo, dado que incluye la totalidad de las coberturas que pueden contratarse con esta entidad en el producto ofrecido, por lo que no detentan eficacia jurídica alguna. Por ello, el solicitante/asegurado/tomador, respecto de las garantías a contratar o contratadas (cobertura real), deberá estar a lo específicamente estipulado en el Resumen de Garantías, que forman parte integrante del Contrato de Seguro y determinan la cobertura real, sus limitaciones y exclusiones, siendo igualmente requisito imprescindible que haya sido abonada la prima correspondiente a la garantía contratada, conforme se establece en el artículo 1 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

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 han actuado con mala fe. En otro caso, la prestación del Asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

ARTÍCULO 8.º EN CASO DE DISMINUCIÓN DEL RIESGO

El Tomador del Seguro 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.

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

¿Cuándo entra en vigor su contrato? ¿Cuándo termina?

Perfección del contrato. Entrada en vigor y duración del seguro

ARTÍCULO 9.º PERFECCIÓN Y DURACIÓN DEL CONTRATO

La póliza se perfecciona mediante su firma por ambas partes. **Cumplido este requisito, la cobertura contratada y sus modificaciones o adiciones no tomarán efecto, mientras no haya sido satisfecho el primer recibo de prima, salvo pacto en contrario establecido en las Condiciones Particulares.**

Las obligaciones del Asegurador comenzarán en el mismo momento en que hayan sido cumplidos ambos requisitos.

La cobertura finaliza en la forma establecida en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO 10.º INDISPUTABILIDAD

El Asegurador renuncia a cualquier derecho legal que pudiera asistirle para anular la póliza, después de que haya transcurrido un año desde la fecha de entrada en vigor de las garantías, salvo que el Tomador del Seguro haya actuado con dolo.

¿Qué debe saber respecto al pago de las primas?

Primas

ARTÍCULO 11.º PAGO DE PRIMAS

1. Los recibos de prima deberán hacerse efectivos por el Tomador del Seguro, mientras viva el Asegurado y por anualidades anticipadas, pero podrá convenirse su pago fraccionado con la periodicidad convenida, de acuerdo con lo indicado en el recuadro «forma de pago» de las Condiciones Particulares.

En estos casos, si acaeciera el hecho garantizado, se deducirán de las prestaciones aseguradas las fracciones pendientes de pago en esa anualidad. El pago puede hacerse, también, mediante prima única para toda la vigencia del Contrato.

Para el pago de cada prima, con excepción de la primera, se concede un plazo de gracia de un mes, a contar desde el día siguiente a la fecha de su vencimiento.

2. Si en las Condiciones Particulares no se determina ningún lugar para el pago de la prima, se entenderá que ésta ha de hacerse en el domicilio del Tomador.

El presente Contrato de Seguros que se le muestra tiene un carácter meramente ilustrativo, dado que incluye la totalidad de las coberturas que pueden contratarse con esta entidad en el producto ofrecido, por lo que no detentan eficacia jurídica alguna. Por ello, el solicitante/asegurado/tomador, respecto de las garantías a contratar o contratadas (cobertura real), deberá estar a lo específicamente estipulado en el Resumen de Garantías, que forman parte integrante del Contrato de Seguro y determinan la cobertura real, sus limitaciones y exclusiones, siendo igualmente requisito imprescindible que haya sido abonada la prima correspondiente a la garantía contratada, conforme se establece en el artículo 1 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

3. Si se determina en las Condiciones Particulares la domiciliación bancaria de los recibos de prima, se aplicarán las siguientes normas:
 - a) El obligado al pago de la prima entregará al Asegurador carta dirigida al Establecimiento Bancario o Caja de Ahorro, dando orden oportuna al efecto.
 - b) La prima se entenderá satisfecha a su vencimiento, salvo que, intentado el cobro dentro del plazo de gracia, no existiesen fondos suficientes en la cuenta del obligado a pagarla. En este caso, el asegurador, mediante carta certificada, pondrá en conocimiento del Tomador que tiene el recibo a su disposición en el domicilio de la Entidad Aseguradora, siendo aquél obligado al pago en dicho domicilio.
 - c) 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 por un medio indubitado, concediéndose un nuevo plazo de un mes para que pueda satisfacer su importe en el domicilio, Delegación, Sucursal o Agencia del Asegurador. Este plazo se computará desde la recepción de la expresada carta, o notificación, en el último domicilio comunicado al Asegurador.
4. **En caso de falta de pago de una de las primas o fracciones siguientes a la primera, 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. 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 la prima.

¿Cómo paga la Aseguradora las indemnizaciones?

Pagos

ARTÍCULO 12.º PAGOS

En caso de la ocurrencia del evento previsto en la Póliza, **el Asegurador pagará en su domicilio social** la prestación contratada al Tomador del Seguro, o al Beneficiario o Beneficiarios designados por el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 84 y siguientes de la Ley de Contrato de Seguro.

En los casos de Invalidez Permanente Absoluta, así como en los de Muerte o Muerte por Accidente o Accidente de Circulación, le incumbe al Tomador o Beneficiario —según proceda—, o a sus representantes legales, aportar la prueba de relación de causa a efecto entre el accidente, o enfermedad, y la Invalidez Permanente Absoluta, o entre el Accidente o Accidente de Circulación y el fallecimiento.

Documentos que el Beneficiario debe presentar:

12.1. En caso de fallecimiento:

- a) Certificado de defunción del Asegurado.
- b) D.N.I. o documentación acreditativa de la fecha de nacimiento del Asegurado.
- c) Certificado del médico que haya asistido al Asegurado, indicando el origen, evolución y naturaleza de la enfermedad o accidente causa del fallecimiento y, en su caso, testimonio de las diligencias judiciales o documentos que acrediten el fallecimiento por accidente.
- d) Certificado del Registro de Actos de Ultima Voluntad, en su caso, copia del último Testamento del Asegurado, Auto Judicial de Declaración de Herederos Abintestato o Acta de Notoriedad.

El presente Contrato de Seguros que se le muestra tiene un carácter meramente ilustrativo, dado que incluye la totalidad de las coberturas que pueden contratarse con esta entidad en el producto ofrecido, por lo que no detentan eficacia jurídica alguna. Por ello, el solicitante/asegurado/tomador, respecto de las garantías a contratar o contratadas (cobertura real), deberá estar a lo específicamente estipulado en el Resumen de Garantías, que forman parte integrante del Contrato de Seguro y determinan la cobertura real, sus limitaciones y exclusiones, siendo igualmente requisito imprescindible que haya sido abonada la prima correspondiente a la garantía contratada, conforme se establece en el artículo 1 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

- e) Carta de pago o de exención correspondiente a la liquidación del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones, debidamente diligenciado por Hacienda.
- f) Presente Póliza, anexos y recibos de prima de la última anualidad satisfechos.
- g) Documentación acreditativa de la personalidad y, en su caso, de la condición de Beneficiarios.

12.2. En caso de Invalidez Permanente Absoluta y Definitiva. (Se tendrán en cuenta los apartados 3.6 y 3.7 del Artículo 3.º).

- a) Certificado del médico que haya asistido al Asegurado, indicando el origen, evolución y naturaleza de la enfermedad o accidente que le causó la Invalidez y, en su caso, testimonio de las diligencias judiciales o documentos que acrediten la Invalidez por accidente.
- b) D.N.I. o documentación acreditativa de la fecha de nacimiento del Asegurado.
- c) Presente póliza, anexos y recibos de prima de la última anualidad satisfechas.
- d) N.I.F. del Beneficiario.
- e) Documentación emitida por los organismos competentes de la Seguridad Social que acredite, de manera indubitada, la Invalidez Absoluta y Permanente para todo trabajo.

12.3. Todos los justificantes documentales habrán de presentarse en original y, cuando no fuese posible, en fotocopia debidamente legalizada por Notario.

Una vez recibidos los documentos, el Asegurador, en el plazo máximo de cuarenta días, deberá pagar o consignar la prestación garantizada.

No obstante lo anterior, el Asegurador queda autorizado a retener aquella parte de la prestación asegurada en que, de acuerdo con las circunstancias por él conocidas, se estima la deuda tributaria resultante en la liquidación del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones.

La prestación garantizada será satisfecha al Tomador del Seguro o a sus herederos si, en el momento del fallecimiento del Asegurado, no hubiere Beneficiario concretamente designado ni reglas para su determinación.

Si en el plazo de tres meses, desde la producción del siniestro, o de la fecha de vencimiento de la obligación de pago, el Asegurador no hubiera pagado o consignado su importe, por causa no justificada o que le fuera imputable, la indemnización se incrementará en un interés anual igual al interés del dinero vigente en el momento que se devengue incrementada en el 50 por 100 desde la fecha del siniestro. Transcurridos dos años desde la producción del siniestro el interés anual no podrá ser inferior al 20 por 100.

Normas de tipo general

ARTÍCULO 13.º ERROR EN LA EDAD

En el supuesto de indicación inexacta de la fecha de nacimiento del Asegurado, el Asegurador sólo podrá impugnar el Contrato si la verdadera edad del Asegurado, en el momento de la entrada en vigor del Contrato, excede de los límites de admisión establecidos por aquél.

En otro caso, **si como consecuencia de una declaración inexacta de la edad, la prima pagada es inferior a la que correspondería pagar, la prestación del Asegurador se reducirá en proporción a la prima percibida.** Si, por el contrario, la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, el Asegurador está obligado a restituir el exceso de las primas percibidas, sin intereses.

ARTÍCULO 14.º IMPUESTOS Y RECARGOS

Los impuestos y recargos legalmente repercutibles que se deban pagar por razón de este Contrato, tanto en el presente como en el futuro, correrán a cargo del Tomador o del Asegurado.

ARTÍCULO 15.º EXTRAVÍO O DESTRUCCIÓN DE LA PÓLIZA

En caso de extravío, robo o destrucción de la póliza, el Asegurador, a petición del Tomador del Seguro o, en su defecto, del Beneficiario, procederá a la emisión de una 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 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 16.º CAMBIO DE BENEFICIARIO, CESIÓN Y PIGNORACIÓN DE LA PÓLIZA

Durante la vigencia del Contrato, el Tomador puede designar Beneficiario, o modificar la designación anteriormente señalada, sin necesidad de consentimiento del Asegurador, **salvo que el Tomador haya renunciado expresamente y por escrito a tal facultad.**

La designación del Beneficiario, o la revocación de éste, se podrá hacer constar en las Condiciones Particulares, o en una posterior declaración escrita al Asegurador, o bien en testamento. La revocación o designación de un nuevo Beneficiario deberá hacerse en la misma forma utilizada para la designación.

Si en el momento del fallecimiento, o en el vencimiento natural del Contrato, no hubiera Beneficiario concretamente designado, ni reglas para su determinación, el capital asegurado formara parte del patrimonio del Tomador.

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

El Tomador deberá comunicar por escrito al Asegurador la cesión o pignoración realizada.

ARTÍCULO 17.º REHABILITACIÓN DEL SEGURO

Durante el plazo de cinco años, y mediante prueba del buen estado de salud del Asegurado, el seguro rescindido puede ser puesto de nuevo en vigor, o rehabilitado en las mismas condiciones en que se contrató, mediante el pago de las primas atrasadas con un interés anual igual al interés técnico de la póliza más dos puntos.

ARTÍCULO 18.º COMUNICACIONES

Las comunicaciones dirigidas al Asegurador por el Tomador del Seguro o por el Asegurado se realizarán en el domicilio social del Asegurador señalado en la póliza, en sus sucursales o, en su caso, a través de Agente.

Las comunicaciones del Asegurador al Tomador del Seguro y, en su caso, al Asegurado, se realizarán al domicilio de éstos recogido en la póliza, salvo que los mismos hayan notificado fehacientemente al Asegurador el cambio de su domicilio.

Las comunicaciones hechas por un Corredor de Seguros al Asegurador, en nombre del Asegurado, surtirán los mismos efectos que si las realizara éste, salvo expresa indicación en contrario del mismo. Asimismo, las comunicaciones que efectúe el Asegurado a un Agente de Seguros del Asegurador surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado directamente a éste.

El pago de las primas que efectúe el Asegurado a un Agente de Seguros del Asegurador surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado directamente a éste.

El presente Contrato de Seguros que se le muestra tiene un carácter meramente ilustrativo, dado que incluye la totalidad de las coberturas que pueden contratarse con esta entidad en el producto ofrecido, por lo que no detentan eficacia jurídica alguna. Por ello, el solicitante/asegurado/tomador, respecto de las garantías a contratar o contratadas (cobertura real), deberá estar a lo específicamente estipulado en el Resumen de Garantías, que forman parte integrante del Contrato de Seguro y determinan la cobertura real, sus limitaciones y exclusiones, siendo igualmente requisito imprescindible que haya sido abonada la prima correspondiente a la garantía contratada, conforme se establece en el artículo 1 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

ARTÍCULO 19.º PRESCRIPCIÓN

Las acciones que se deriven del Contrato prescribirán en el término de cinco años, a contar desde el día en que pudieron ejercitarse.

ARTÍCULO 20.º JURISDICCIÓN

Si cualquiera de las partes contratantes, o ambas, decidiesen ejercitar sus acciones ante los Órganos jurisdiccionales, deberán recurrir ante los Juzgados y Tribunales correspondientes al domicilio del Asegurado, que serán los únicos competentes para el conocimiento de las acciones derivadas de este Contrato de seguro, con renuncia expresa a cualquier otro fuero que pudiera corresponderles.

I.6.- RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS

ARTÍCULO 21º. SERVICIO DE ATENCION AL CLIENTE

FUNCIÓN:

Groupama Seguros pone a disposición; de sus Tomadores de Seguros, Asegurados, Beneficiarios, Terceros perjudicados o los causahabientes de cualquiera de los anteriores, así como igualmente de los partícipes y beneficiarios de los planes de pensiones; un Servicio de Atención al Cliente (SAC), el cual será competente para conocer y resolver cuantas quejas y reclamaciones le formulen, sin límite económico, con excepción de las contenidas en el Reglamento para la Defensa del Cliente, en relación con las Póliza de Seguros de seguro concertadas con la Compañía, una vez haya agotado la vía ordinaria de reclamación ante los órganos competentes de la Sociedad, o transcurridos 30 días sin que dichos órganos hayan contestado dicha reclamación.

NORMAS:

Las quejas o reclamaciones señaladas deberán efectuarse, por escrito ante el Servicio de Atención al Cliente (SAC), preferentemente por medios telemáticos, a través del web en Internet de la Compañía, en la dirección www.groupama.es, y de conformidad con el Reglamento para la Defensa del Cliente.

Asimismo, también es posible su envío por correo ordinario a la siguiente dirección: Servicio de Atención al Cliente (SAC), Plaza de las Cortes, 8 - 28014 Madrid; debiendo contener, al menos, la siguiente información: nombre y apellidos, o denominación social del reclamante, N.I.F., teléfono, domicilio, localidad, provincia, C.P., clase de seguro, número de Póliza de Seguros; especificando seguidamente las causas que motivan la queja o reclamación, el objeto o la pretensión que se formula, así como la indicación de que el reclamante no tiene conocimiento de que la queja o reclamación esta siendo sustanciada a través de procedimiento administrativo, arbitral o judicial.

El reclamante podrá hacer el seguimiento de la respuesta a su queja o reclamación a través de dicha página web en todo momento, donde igualmente podrá consultar el Reglamento para la Defensa del Cliente por el que se regula la actividad del "Servicio de Atención al Cliente" como Departamento o Servicio de Atención al Cliente de la entidad "GROUPAMA SEGUROS"; en cumplimiento de las previsiones que se contienen la Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo, por la que se regulan los Departamentos y Servicios de Atención al Cliente y el Defensor al Cliente de las entidades financieras.

II.- INFORMACIÓN ADICIONAL

1º CONSULTAS O GESTIONES RELATIVAS A SU PÓLIZA

Si Usted lo desea podrá realizar cualquier consulta o gestión relativa a su póliza a través de:

- La Sucursal INTERNET, www.groupama.es, de Groupama Seguros y Reaseguros, S.A, donde directamente a través de su ordenador, desde su domicilio o lugar de trabajo, sin horarios ni esperas, podrá los 365 días del año, consultar sus pólizas, declarar siniestros, modificar los

El presente Contrato de Seguros que se le muestra tiene un carácter meramente ilustrativo, dado que incluye la totalidad de las coberturas que pueden contratarse con esta entidad en el producto ofrecido, por lo que no detentan eficacia jurídica alguna. Por ello, el solicitante/asegurado/tomador, respecto de las garantías a contratar o contratadas (cobertura real), deberá estar a lo específicamente estipulado en el Resumen de Garantías, que forman parte integrante del Contrato de Seguro y determinan la cobertura real, sus limitaciones y exclusiones, siendo igualmente requisito imprescindible que haya sido abonada la prima correspondiente a la garantía contratada, conforme se establece en el artículo 1 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

datos contractuales de las mismas, solicitar la documentación que necesite, etc., y todo ello, simplemente mediante la contraseña y número de usuario que se le asigna, la cual consta en la portada del presente documento. Asimismo, nos congratulamos de informarle que nuestra oferta de servicios se encuentra en continuo crecimiento y muy pronto se verá ampliada con servicios de índole diversa, que serán muy interesantes para usted, y de los cuales será puntualmente informado a través de la Sucursal INTERNET.

- Su Agente o Corredor de Seguros, directamente o a través de su página web en Internet en su caso.
- La Sucursal de Groupama Seguros y Reaseguros, S.A., de su demarcación.
- Llamando al 902 15 10 15, Servicio de Atención al Cliente.

LEY ORGÁNICA DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL (L.O.P.D.)

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, el Tomador/Asegurado reconoce ser informado de la existencia de un fichero automatizado de datos de carácter personal del que es responsable GROUPAMA entidad ante la que podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, proporcionándose los datos como condición indispensable para la contratación del seguro y otorgando expresamente su consentimiento:

- Para que los mismos sean incorporados al fichero y tratados informáticamente para los fines legítimos de la actividad aseguradora, y
- Para ser utilizados en la promoción publicitaria de los servicios y productos ofertados por las empresas del Grupo al que pertenece la Compañía, relacionados con el Sector del Seguro.
- Para que puedan ser cedidos a otras entidades para la realización de estudios estadístico actuariales y la lucha contra el fraude, así como a ficheros comunes de prevención del fraude y de liquidación de siniestros.
- Para que puedan ser cedidos entre las entidades que integran el grupo asegurador GROUPAMA en España y a quienes éstas arrienden sus servicios o medien en seguros, es decir, a cuantos operadores sean necesarios para el cumplimiento de los derechos y obligaciones dimanantes del Contrato de Seguro, siendo todos ellos los destinatarios de la información, quedando informado que dicha comunicación a las Entidades del Grupo Groupama se produce en el mismo momento en que proporcionan los datos a Groupama Seguros.
- Para que puedan ser cedidos a los efectos del reaseguro y coaseguro del riesgo.

En caso de que los datos personales se faciliten por persona (tomador) distinta del titular de los mismos (asegurado, beneficiario, etc.), recaerá en éste la obligación de informar a los mismos de la existencia de un fichero automatizado de datos de carácter personal, de sus derechos recogidos en la presente cláusula, así como de recabar el consentimiento de esos titulares para su tratamiento con los fines anteriormente expuestos.

El Tomador/Asegurado reconoce ser informado de que podrá acceder, rectificar, cancelar y oponerse al contenido de sus datos en dicho fichero en los términos establecidos en los artículos 15 y 16 de la Ley 15/99, de 13 de diciembre, (LOPD), en la Plaza de las Cortes, 8 - 28014 de Madrid, ante el responsable del fichero, que es la propia entidad, GROUPAMA Seguros y Reaseguros, S.A.

SUBSANACIÓN DE LA PÓLIZA

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el Tomador del Seguro podrá reclamar al Asegurador en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza para que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza (Artículo 8 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro)

El Tomador manifiesta expresamente la perfecta comprensión y total aceptación de cada una de las cláusulas incluidas en el presente contrato de seguro, y de forma especial, las limitativas, haciendo especial referencia a las resaltadas en negrita, todo ello, en cumplimiento del artículo 3 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, así como que le ha sido entregada previa a la formalización del presente contrato, la Nota Informativa sobre contrato de seguro Plan de Previsión Asegurado.

El presente Contrato de Seguros que se le muestra tiene un carácter meramente ilustrativo, dado que incluye la totalidad de las coberturas que pueden contratarse con esta entidad en el producto ofrecido, por lo que no detentan eficacia jurídica alguna. Por ello, el solicitante/asegurado/tomador, respecto de las garantías a contratar o contratadas (cobertura real), deberá estar a lo específicamente estipulado en el Resumen de Garantías, que forman parte integrante del Contrato de Seguro y determinan la cobertura real, sus limitaciones y exclusiones, siendo igualmente requisito imprescindible que haya sido abonada la prima correspondiente a la garantía contratada, conforme se establece en el artículo 1 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.