



Póliza de Seguro de

Vida Riesgo n° XXXXXXXXX

Tomador	Nombre Apellido1 Apellido2
Entidad Aseguradora	AXA Aurora Vida Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros
Modalidad Contratada	2278 – VIDA PROTECT

Ejemplar para el Tomador

Contenido



Hemos elaborado este contrato de forma que usted puede acceder fácilmente a toda la información relacionada con el seguro que ha contratado.

		Página
¿Quién es quién en este contrato?	El Tomador de la póliza	XX
	El Asegurado de la póliza	XX
	El Beneficiario de la póliza	XX
	Edad Actuarial	XX
	Su Mediador de seguros	XX
	La Entidad Aseguradora	XX
¿Qué le cubre y qué no le cubre este seguro?	Cuál es el Objeto del seguro	XX
	Tabla resumen de las Garantías y Capitales y primas contratados	XX
	Ámbito del seguro y residencia	XX
	Qué cubre y qué no cubre cada garantía y cómo solicitar el capital asegurado	XX
	Exclusiones generales de la póliza	XX
Garantías Adicionales	Servicios de salud y bienestar	XX
Clausulas especiales	Declaraciones de salud del Asegurado	XX
	Condiciones limitativas y especiales de la póliza	XX
¿Cuánto le cuesta y cuánto dura el seguro?	Cuánto le cuesta el seguro	XX
	Cómo se pagan las primas	XX
	Cuánto dura la póliza	XX
Pago de la prestación asegurada	Notificación del siniestro y Pago del capital asegurado	XX
Otros temas de su interés	Cómo formalizar el seguro	XX
	Qué pasa si pierdo la póliza	XX
	Cuál es la legislación por la que se rige este contrato.	XX
	Fiscalidad	XX
	Rehabilitación	XX
	Indisputabilidad	XX
	Nulidad	XX
	Comunicación entre las partes	XX
	Modificaciones permitidas en la póliza	XX
	Qué hacer si existen conflictos entre los intervinientes en el contrato.	XX
¿Qué beneficios adicionales tiene por contratar esta póliza?	Anticipo de capital para Gastos de Sepelio	XX
	Anticipo de capital para pago Impuestos de Sucesión	XX
Cláusula de indemnización por el Consorcio	Cláusula de indemnización de la pérdida de acontecimientos extraordinarios	XX
Cláusula firma electrónica y Comunicaciones electrónicas	Cláusula firma electrónica y comunicaciones electrónicas	XX
Dónde tiene que firmar y aceptar las condiciones	Dónde tiene que firmar para aceptar las condiciones	XX

Su Mediador de Seguros

Nombre Apellido1 Apellido2

Cód: XXXXXXXX Tipo: XX

C/XX

CP Población - Provincia

Teléfono: XXXXXXXXX Móvil: XXXXXXXXX

E-mail: XXX

La Entidad Aseguradora

AXA Aurora Vida, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros sometida al control de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, dependiente del Ministerio de Economía y Hacienda de España.

Inscrita en el Registro Mercantil de Vizcaya al Folio 174, Tomo 5.744, Hoja nº. BI-640 (A). Inscripción 691. CIF A48464606. Domicilio Social C/ Alameda de Urquijo, 78 Planta Baja - 48013 Bilbao.

¿Qué le cubre y qué no le cubre este seguro?**Cuál es el objeto del Seguro**

Este seguro garantiza a los Beneficiarios el pago del capital asegurado cuando se produzcan el hecho o los hechos cuyo riesgo ha sido contratado, dentro del ámbito y con las excepciones o limitaciones que figuren en la póliza.

Salvo que se indique explícitamente lo contrario en las Condiciones Especiales de la Póliza, esta póliza es a primer riesgo. Lo que significa que ocurrido cualquiera de los hechos objeto de cobertura, el Asegurador asume las consecuencias previstas para dicho riesgo, anulándose a partir de ese momento el contrato de seguro, salvo para la garantía de enfermedades graves, si hubiera sido contratada.

Tabla resumen de las Garantías, Capitales y Primas contratados

La Tabla siguiente contiene toda la información relativa a lo que le cubre esta póliza de seguro.

Nombre de la Garantía	Capital Total	Prima neta(€)
FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA	xx.xxx.xxx,xx	xx.xxx.xxx,xx
FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE	xx.xxx.xxx,xx	xx.xxx.xxx,xx
FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE DE CIRCULACION	xx.xxx.xxx,xx	xx.xxx.xxx,xx
INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA POR CUALQUIER CAUSA	xx.xxx.xxx,xx	xx.xxx.xxx,xx
INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA POR ACCIDENTE	xx.xxx.xxx,xx	xx.xxx.xxx,xx
INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA POR ACCIDENTE DE CIRCULACION	xx.xxx.xxx,xx	xx.xxx.xxx,xx
INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL (PARA LA PROFESION HABITUAL) POR CUALQUIER CAUSA	xx.xxx.xxx,xx	xx.xxx.xxx,xx
ENFERMEDADES GRAVES (capital adicional)	xx.xxx.xxx,xx	xx.xxx.xxx,xx

Garantías, capitales y primas asegurados en el momento de la emisión de este documento.

Los capitales indican el importe total en caso de siniestro de cada garantía, NO son acumulativos entre sí.

Esta modalidad de seguro carece de valores de reducción y rescate.

Ámbito del seguro y residencia

Esta póliza de seguro es exclusiva para clientes residentes en España.

En el supuesto de cambio de país de residencia, esta debe ser comunicada al Asegurador, quien valorará la posible cobertura y las condiciones aplicables caso de que proceda.

El alcance de las coberturas de la póliza es mundial excepto que se haya establecido lo contrario y así quede reflejado en el contrato.

Quedan excluidos de cobertura los siniestros ocurridos fuera del territorio nacional en estancias superiores a 30 días de duración, en los países a los que el Ministerio de Asuntos Exteriores haya calificado como países no recomendados para viajar.

¿Qué le cubre y qué no le cubre cada garantía y cómo solicitar el capital asegurado?

Garantía Principal:**Fallecimiento por cualquier causa****Qué le cubre:**

La Entidad Aseguradora garantiza el pago del capital asegurado a los Beneficiarios designados en este contrato en caso de fallecimiento del Asegurado cualquiera que sea la causa, con las exclusiones establecidas a continuación:

No le cubre:

En el caso de que el fallecimiento del Asegurado sea causado dolosamente por su único Beneficiario, la Entidad Aseguradora quedará desligada de sus obligaciones respecto a dicho Beneficiario, integrándose el capital asegurado en el patrimonio del Tomador. En el caso de existir varios Beneficiarios, los no intervinientes en el fallecimiento del Asegurado conservarán su derecho.

Solicitud del capital asegurado:

Para solicitar el capital asegurado en caso de Fallecimiento, el/los Beneficiario/s deberán notificarlo por escrito en el plazo máximo de siete días desde su conocimiento.

Tras la notificación, y para una correcta tramitación, deberán aportarse los siguientes documentos:

- Certificado de nacimiento o fotocopia compulsada del D.N.I. y certificado de defunción expedido por el Registro Civil.
 - En caso de fallecimiento por enfermedad: Historial médico completo del Asegurado, que debe contener los siguientes documentos (que recogerán la causa del siniestro, la fecha del diagnóstico de la enfermedad, la evolución seguida y el tratamiento médico impuesto):
 - Los informes médicos de todos los ingresos hospitalarios sufridos por el Asegurado.
 - Los informes de todas las atenciones ambulatorias realizadas al Asegurado.
 - En los casos en que el Asegurado no haya sido hospitalizado ni haya tenido atenciones ambulatorias deberán aportar:
 - Certificado médico donde se indiquen los antecedentes de la enfermedad que causa el fallecimiento y la fecha de inicio de los mismos o, en caso contrario, la inexistencia de antecedentes médicos.
 - Los reconocimientos médicos de empresa que se pudieran haber realizado al Asegurado.
 - Certificado de la Seguridad Social donde consten las bajas laborales del Asegurado en los últimos diez años, con detalle de las fechas y los motivos de las mismas.
 - Certificado del Registro de Actos de Últimas Voluntades y, en su caso, copia del último Testamento o Declaración Notarial de Herederos (sólo para el caso de Fallecimiento).
-

-
- Documento acreditativo de la condición de Beneficiario.
 - Liquidación y carta de pago del Impuesto de Sucesiones y Donaciones que por el seguro pudiera corresponder o la declaración de exención.
 - En caso de accidente: diligencias Judiciales del Juzgado que haya intervenido en el suceso; Atestado de la Policía o Guardia Civil, con el Informe Técnico y croquis explicativo; copia del informe de la autopsia o, en caso de no haberse practicado, informe médico forense, además del análisis toxicológico. En caso de accidente laboral, acta de la Inspección de Trabajo.

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 del fallecimiento.

Garantía complementaria:

**Incapacidad Absoluta
Permanente por cualquier causa**

Qué le cubre:

La entidad aseguradora pagará el capital contratado en esta garantía, cuando al Asegurado le sea concedida una Incapacidad Permanente Absoluta u otra incapacidad de grado superior, por el INSS o por los tribunales competentes, conforme a la regulación de la Seguridad Social u otros órganos de la Administración.

A los efectos de la póliza y con independencia de la causa, el siniestro se entenderá producido en la fecha del dictamen del Equipo de Valoración de Incapacidades, y se entenderá firme cuando no se prevea su mejoría conforme a la Legislación de seguridad Social. La póliza debe estar abonada en su totalidad hasta la fecha del siniestro.

Solo en aquellos casos en los que el Asegurado no tenga derecho a solicitar una incapacidad por los organismos competentes de Seguridad Social, se podrá determinar si el Asegurado padece una Incapacidad Permanente Absoluta en base a dictámenes médicos emitidos por las dos partes contratantes y en caso de discrepancia se deberá realizar una pericial contradictoria en los términos previstos en el artículo 38 de la ley de Contrato de seguro. En ningún caso se considerará equiparable a la Incapacidad laboral la concesión de un grado de minusvalía por los organismos competentes.

No le cubre:

En esta garantía no está cubierta:

- a) **La incapacidad causada voluntariamente por el Asegurado**
- b) **La derivada de la Resolución de Incapacidad del I.N.S.S. o del organismo que asuma sus funciones dictada después de fallecer el Asegurado.**
- c) **La Incapacidad declarada después del final de la anualidad en la que el Asegurado cumpla los 70 años.**

Solicitud del capital asegurado:

Para solicitar el capital asegurado en caso de "Incapacidad por cualquier causa" deberán notificarlo por escrito en el plazo máximo de siete días desde su conocimiento.

Tras la notificación, y para una correcta tramitación, deberán aportarse los siguientes documentos:

- Resolución dictada por la Dirección del I.N.S.S, indicando la Incapacidad, grado de minusvalía y fecha de efecto.
- En caso de incapacidad por enfermedad: Historial médico completo del Asegurado, que debe contener los siguientes documentos (que recogerán

la causa del siniestro, la fecha del diagnóstico de la enfermedad, la evolución seguida y el tratamiento médico impuesto):

- Los informes médicos de todos los ingresos hospitalarios sufridos por el Asegurado.
- Los informes de todas las atenciones ambulatorias realizadas al Asegurado.
- En los casos en que el asegurado no haya sido hospitalizado ni haya tenido atenciones ambulatorias deberán aportar:
 - o Certificado médico donde se indiquen los antecedentes de la enfermedad que causa la incapacidad y la fecha de inicio de los mismos o, en caso contrario, la inexistencia de antecedentes médicos.
 - o Los reconocimientos médicos de empresa que se pudieran haber realizado al Asegurado.
 - o Certificado de la Seguridad Social donde consten las bajas laborales del asegurado en los últimos diez años, con detalle de las fechas y los motivos de las mismas.
- En caso de Incapacidad por accidente: Documentación que acredite el accidente que motiva la incapacidad (Atestado de la Policía; Acta de la Inspección de Trabajo; informe del Hospital donde fue asistido; etc.).

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.

Comprobación y determinación de la Incapacidad

La Entidad Aseguradora después de la presentación de la documentación solicitada, estudiará los informes y calificará la posible existencia de la Incapacidad Permanente y Absoluta.

En el supuesto de falta de acuerdo sobre el grado de incapacidad, las partes se obligan a acudir al peritaje de médicos, de acuerdo con lo previsto en el artículo 38 de la Ley de Contrato de Seguro.

Garantía complementaria:

Fallecimiento por accidente

Qué le cubre:

La Entidad Aseguradora garantiza el pago del capital contratado en esta garantía, en el supuesto de fallecimiento por accidente del Asegurado.

Se entiende por fallecimiento por accidente la lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado que produzca su muerte conforme, regula el art. 100 de la Ley de Contrato de Seguro.

No le cubre:

Además de las exclusiones establecidas en la garantía de Fallecimiento por cualquier causa y en las exclusiones generales de la póliza, en esta garantía no está cubierto:

- a) **No se considerará accidental en ningún caso, el fallecimiento producido como consecuencia de infarto de miocardio, accidentes vasculares o cerebrales (hemorragia, derrame o apoplejía, trombosis, embolia, infarto cerebral, etc.), ni cualquier clase de enfermedad mental, aun cuando sean calificados como accidentales por los tribunales o resoluciones de los organismos competentes de la Seguridad Social.**
- b) **El fallecimiento 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 o criminales, 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.

- c) 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 medicamente, 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) Los accidentes ocasionados después del final de la anualidad en la que el Asegurado cumpla los 70 años.

Solicitud del capital asegurado:

Los documentos para la solicitud y pago de la indemnización serán los previstos para la Solicitud del capital asegurado en la Garantía de Fallecimiento por cualquier causa.

Garantía complementaria:

Fallecimiento por accidente de circulación

Qué le cubre:

La Entidad Aseguradora garantiza el pago del capital contratado en esta garantía, en el supuesto de fallecimiento por accidente de circulación del Asegurado.

Se entiende por fallecimiento por accidente de circulación la lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado que produzca su muerte, conforme regula el art. 100 de la Ley de Contrato de Seguro y en las siguientes circunstancias:

- Como peatón, causada por un vehículo;
- Como conductor o pasajero de un vehículo terrestre;
- Como usuario de transportes públicos: terrestres, acuáticos o aéreos.

No le cubre:

Además de las exclusiones establecidas en la garantía de Fallecimiento por cualquier causa y en las exclusiones generales de la póliza, en esta garantía no está cubierto:

- a) No se considerará accidental en ningún caso, el fallecimiento producido como consecuencia de infarto de miocardio, accidentes vasculares o cerebrales (hemorragia, derrame o apoplejía, trombosis, embolia, infarto cerebral, etc.), ni cualquier clase de enfermedad mental, aun cuando sean calificados como accidentales por los tribunales o resoluciones de los organismos competentes de la Seguridad Social.
- b) El fallecimiento 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 o criminales, 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.
- c) 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 medicamente, 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) Los accidentes ocasionados después del final de la anualidad en la que el Asegurado cumpla los 70 años.

Solicitud del capital asegurado:

Los documentos para la solicitud y pago de la indemnización serán los previstos para la Solicitud del capital asegurado en la Garantía de Fallecimiento por cualquier causa.

Garantía complementaria:**Incapacidad absoluta y permanente por accidente****Qué le cubre:**

La entidad aseguradora pagará el capital contratado cuando al asegurado le sea concedida una Incapacidad Permanente Absoluta, u otra incapacidad de grado superior, derivada de accidente, por el INSS o por los tribunales competentes, conforme a la regulación de la Seguridad Social u otros órganos de la Administración, salvo las incapacidades a consecuencia de; infarto, los accidentes vasculares o cerebrales ni cualquier clase de enfermedad mental, que en ningún caso se consideraran accidentales aun cuando sean calificados como accidentales por los tribunales o resoluciones de los organismos competentes de Seguridad social.

A los efectos de la póliza y con independencia de la causa, el siniestro se entenderá producido en la fecha del dictamen del Equipo de Valoración de Incapacidades, y se entenderá firme cuando no se prevea su mejoría conforme a la Legislación de seguridad Social. La póliza debe estar abonada en su totalidad hasta la fecha del siniestro.

Solo en aquellos casos en los que el asegurado no tenga derecho a solicitar una incapacidad por los organismos competentes de Seguridad Social, se podrá determinar si el asegurado padece una Incapacidad Permanente Absoluta en base a dictámenes médicos emitidos por las dos partes contratantes y en caso de discrepancia se deberá realizar una pericial contradictoria en los términos previstos en el artículo 38 de la ley de Contrato de seguro. En ningún caso de considerará equiparable a la Incapacidad laboral la concesión de un grado de minusvalía por los organismos competentes.

No le cubre:

Además de las exclusiones establecidas en las exclusiones generales de la póliza, en esta garantía no está cubierta:

- a) La incapacidad causada voluntariamente por el Asegurado.
- b) La derivada de la Resolución de Incapacidad del I.N.S.S. o del organismo que asuma sus funciones dictada después de fallecer el Asegurado.
- 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 medicamente, 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 el derivado de la participación de éste en actos delictivos o criminales, 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.
- e) La incapacidad declarada después del final de la anualidad en la que el Asegurado cumpla los 70 años.

Solicitud del capital asegurado:

Para solicitar el capital asegurado en caso de "Incapacidad por accidente" deberán notificarlo por escrito en el plazo máximo de siete días desde su conocimiento.

Tras la notificación, y para una correcta tramitación, deberán aportarse los siguientes documentos:

- Resolución dictada por la Dirección del I.N.S.S, indicando la incapacidad, grado de minusvalía y fecha de efecto.
- Documentación que acredite el accidente que motiva la incapacidad (Atestado de la Policía; Acta de la Inspección de Trabajo; informe del Hospital donde fue asistido; etc.).

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.

Comprobación y determinación de la Incapacidad

La Entidad Aseguradora después de la presentación de la documentación solicitada, estudiará los informes y calificará la posible existencia de la Incapacidad Permanente y Absoluta.

En el supuesto de falta de acuerdo sobre el grado de incapacidad, las partes se obligan a acudir al peritaje de médicos, de acuerdo con lo previsto en el artículo 38 de la Ley de Contrato de Seguro.

Garantía complementaria:

Incapacidad absoluta y permanente por accidente de circulación

Qué le cubre:

La Entidad Aseguradora garantiza el pago del capital contratado en esta garantía, en el supuesto que el Asegurado se vea afectado por una Invalidez Absoluta Permanente u otra incapacidad de grado superior por accidente de circulación.

Se entiende por invalidez por accidente de circulación, la situación física irreversible y consolidada del Asegurado provocada por un accidente de circulación que le incapacita para mantener cualquier relación laboral o actividad profesional y producida por las siguientes circunstancias:

- Como peatón, causada por un vehículo.
- Como conductor o pasajero de un vehículo terrestre.
- Como usuario de transportes públicos: terrestres, acuáticos o aéreos.

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

La Incapacidad será considerada Absoluta y Permanente por accidente de circulación y por tanto con derecho al cobro de la prestación cuando haya sido calificada como tal mediante diagnóstico médico emitido por el Servicio Médico de la Compañía.

No le cubre:

Además de las exclusiones establecidas en las exclusiones generales de la póliza, en esta garantía no está cubierta:

- a) La incapacidad causada voluntariamente por el Asegurado.
- b) La derivada de la Resolución de incapacidad del I.N.S.S. o del organismo que asuma sus funciones dictada después de fallecer el Asegurado.
- 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 medicamente, 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 el derivado de la participación de éste en actos delictivos o criminales, 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.
- e) La incapacidad declarada después del final de la anualidad en la que el Asegurado cumpla los 70 años.

Solicitud del capital asegurado:

Para solicitar el capital asegurado en caso de "Incapacidad por accidente" deberán notificarlo por escrito en el plazo máximo de siete días desde su conocimiento.

Tras la notificación, y para una correcta tramitación, deberán aportarse los siguientes documentos:

- Resolución dictada por la Dirección del I.N.S.S, indicando la Incapacidad, grado de minusvalía y fecha de efecto.
- Documentación que acredite el accidente de circulación que motiva la incapacidad (Atestado de la Policía; Acta de la Inspección de Trabajo; informe del Hospital donde fue asistido; etc.).

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.

Comprobación y determinación de la Incapacidad

La Entidad Aseguradora después de la presentación de la documentación solicitada, estudiará los informes y calificará la posible existencia de la Incapacidad Permanente y Absoluta.

En el supuesto de falta de acuerdo sobre el grado de incapacidad, las partes se obligan a acudir al peritaje de médicos, de acuerdo con lo previsto en el artículo 38 de la Ley de Contrato de Seguro.

Garantía complementaria:

Incapacidad permanente total (para la profesión habitual)

Qué le cubre:

La entidad aseguradora pagará el capital contratado cuando al asegurado le sea concedida una Incapacidad Permanente Total u otra incapacidad de grado superior por el INSS o por los tribunales competentes, conforme a la regulación de la Seguridad Social u otros órganos de la Administración.

A los efectos de la póliza y con independencia de la causa, el siniestro se entenderá producido en la fecha del dictamen del Equipo de Valoración de Incapacidades, y se entenderá firme cuando no se prevea su mejoría conforme a la Legislación de seguridad Social. La póliza debe estar abonada en su totalidad hasta la fecha del siniestro.

Solo en aquellos casos en los que el asegurado no tenga derecho a solicitar una incapacidad por los organismos competentes de Seguridad Social, se podrá determinar si el asegurado padece una Incapacidad Permanente Total en base a dictámenes médicos emitidos por las dos partes contratantes y en caso de discrepancia se deberá realizar una pericial contradictoria en los términos previstos en el artículo 38 de la ley de Contrato de seguro. En ningún caso de considerará equiparable a la Incapacidad laboral la concesión de un grado de minusvalía por los organismos competentes.

No le cubre:

Además de las exclusiones generales de la póliza incluidas en el apartado "Exclusiones generales de la póliza", queda excluida de cobertura la incapacidad permanente total debida a las causas relacionadas a continuación:

- a) La causada voluntariamente por el Asegurado.
- b) La derivada de Resolución de Incapacidad del INSS o del Organismo que asuma sus funciones dictada después de fallecer el Asegurado.
- c) La ocurrida al Asegurado para el ejercicio de una actividad profesional sin estar afiliado a la Seguridad Social o Mutualidad obligatoria sustitutiva.
- d) La ocurrida al Asegurado durante el ejercicio de una actividad profesional distinta a la expresamente declarada en el cuestionario-solicitud y señalada como Ocupación en el apartado "El Asegurado de la póliza".
- e) La Incapacidad declarada después del final de la anualidad en la que el Asegurado cumpla los 65 años.

Solicitud del capital asegurado:

Para solicitar el capital asegurado en caso de "Incapacidad por cualquier causa" deberán notificarlo por escrito en el plazo máximo de siete días desde su conocimiento.

Tras la notificación, y para una correcta tramitación, deberán aportarse los siguientes documentos:

- Resolución dictada por la Dirección del I.N.S.S, indicando la Incapacidad, grado de minusvalía y fecha de efecto.
- En caso de incapacidad por enfermedad: Historial médico completo del Asegurado, que debe contener los siguientes documentos (que recogerán la causa del siniestro, la fecha del diagnóstico de la enfermedad, la evolución seguida y el tratamiento médico impuesto):
 - Los informes médicos de todos los ingresos hospitalarios sufridos por el Asegurado.
 - Los informes de todas las atenciones ambulatorias realizadas al Asegurado.
 - En los casos en que el asegurado no haya sido hospitalizado ni haya tenido atenciones ambulatorias deberán aportar:
 - o Certificado médico donde se indiquen los antecedentes de la enfermedad que causa la incapacidad y la fecha de inicio de los mismos o, en caso contrario, la inexistencia de antecedentes médicos.
 - o Los reconocimientos médicos de empresa que se pudieran haber realizado al Asegurado.
 - o Certificado de la Seguridad Social donde consten las bajas laborales del asegurado en los últimos diez años, con detalle de las fechas y los motivos de las mismas.
- En caso de Incapacidad por accidente: Documentación que acredite el accidente que motiva la incapacidad (Atestado de la Policía; Acta de la Inspección de Trabajo; informe del Hospital donde fue asistido; etc.).

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.

Comprobación y determinación de la Incapacidad

La Entidad Aseguradora después de la presentación de la documentación solicitada, estudiará los informes y calificará la posible existencia de la Incapacidad Permanente Total.

En el supuesto de falta de acuerdo sobre el grado de incapacidad, las partes se obligan a acudir al peritaje de médicos, de acuerdo con lo previsto en el artículo 38 de la Ley de Contrato de Seguro.

Garantía complementaria:

Graves enfermedades

Qué le cubre:

La Entidad Aseguradora garantiza el pago del capital asegurado en esta garantía, 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.

Se considera Grave enfermedad, toda alteración del estado de salud provocada por accidente o enfermedad, originados independientemente de la voluntad del Asegurado, confirmada por un médico legalmente reconocido.

Quedan cubiertas las siguientes enfermedades:

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 enzimas 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 el apartado "cuanto dura la póliza".

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.

No le cubre:

Además de las exclusiones generales de la póliza incluidas en el apartado "Exclusiones generales de la póliza", quedan excluidas de esta cobertura las graves enfermedades debidas a las causas relacionadas a continuación:

- a) Cualquier enfermedad o intervención quirúrgica distinta de las expresamente descritas anteriormente.
- b) 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.
- c) Los tipos de cáncer excluidos en el artículo Enfermedades cubiertas de estas Condiciones Especiales.
- d) Las que sobrevengan al Asegurado como consecuencia de bebidas alcohólicas o drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, así como el tabaquismo.
- e) Las enfermedades que sobrevengan al Asegurado después del final de la anualidad en la que cumpla los 65 años.

Período de carencia: La cobertura de Graves enfermedades se anulará 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.

El pago de siniestro en esta garantía anula la misma, permaneciendo en vigor el resto de garantías. Se realizará un solo pago por capital pactado.

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 se obligan a acudir al peritaje de médicos, de acuerdo con lo previsto en el artículo 38 de la Ley de Contrato de Seguro.

Solicitud del capital asegurado:

Para solicitar el capital para la garantía de Graves Enfermedades, estando la póliza en vigor, el Beneficiario deberá aportar a su cargo los siguientes documentos justificativos:

- Certificado de nacimiento del Asegurado o fotocopia compulsada del D.N.I.
- 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.
- La evidencia de que el Asegurado haya sobrevivido por lo menos treinta días después desde que se haya hecho el diagnóstico.

En todos los casos, la Entidad Aseguradora 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 a la Entidad Aseguradora en lo referente al accidente o enfermedad que haya sido causa directa o indirecta del siniestro.

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.

Exclusiones generales de la póliza

Denominamos "Exclusiones generales de la póliza" a aquellas situaciones que no están cubiertas en este seguro:

- 1.- La Entidad Aseguradora no cubre ningún siniestro cuya causa sea consecuencia directa o indirecta de enfermedades o accidentes anteriores al efecto del seguro y no declaradas por el Asegurado, aun cuando concurra con otras enfermedades posteriores al efecto del seguro.
- 2.- Suicidio durante el primer año, desde la fecha de efecto de la póliza. En el supuesto de rehabilitación de la póliza el plazo de un año se computará desde la fecha de efecto de la expresada rehabilitación.
- 3.- 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.
 - La utilización, aunque sea como pasajero, de vuelos en aparatos no autorizados para el transporte público de viajeros, así como helicópteros.
 - Se excluyen los sucesos ocurridos como consecuencia de efectuar descensos en paracaídas no exigidos por la situación del aparato.

Este riesgo estará cubierto siempre que el Asegurado realice los vuelos como simple pasajero en líneas comerciales regulares, vuelos "chárter" o, en general, en aparatos civiles.
- 4.- 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.
- 5.- El Asegurador no cubre los daños por hechos derivados de conflictos armados, haya precedido o no declaración oficial de guerra
- 6.- Actos delictivos del Asegurado.
- 7.- No están cubiertos por la póliza los riesgos cubiertos por el consorcio de Compensación de Seguros.

- 8.- Estarán excluidos los siniestros derivados de la práctica de cualquier deporte con carácter profesional.
- 9.- El Asegurador no cubre siniestros derivados de la práctica de los siguientes deportes, tanto a nivel profesional como amateur, y salvo que haya sido declarado y expresamente aceptado:
- Motociclismo y automovilismo
 - Alpinismo, escalada en cualquiera de sus modalidades o trekking en alturas superiores a 3.000 metros.
 - Aviación deportiva, ultraligeros, paracaidismos, parapente, ascensión en globo y ala delta.
 - Cualquier actividad de ocio relacionada con la tauromaquia y encierro de reses bravas.
 - Esquí fuera de las pistas habilitadas por las estaciones y con trineos.

Los deportes descritos podrían tener cobertura, siempre que hayan sido comunicados, valorados y aceptados por el Asegurador y recogidas en el apartado "condiciones limitativas y especiales de la póliza", y siempre que la sobreprima correspondiente haya sido liquidada.

Garantías Adicionales

Servicios de salud y bienestar

Se ofrece al Asegurado a través del área privada de "My AXA", dentro del apartado "Mis consultas habituales", la posibilidad de acceder a una plataforma web en la que podrá solicitar y contratar servicios orientados a la prevención, el bienestar y el cuidado de la salud.

Será necesario que el Tomador/Asegurado realice el registro y activación de su cuenta en "My AXA" y posteriormente en la plataforma web indicada por AXA, en ambos casos conforme a sus respectivos términos y condiciones de uso y de protección de datos personales.

El Asegurador podrá modificar la prestación de los servicios, sustituirlos por otros, o suspenderlos total o parcialmente, por razones técnicas, de la mejora de la calidad y eficacia de los servicios, razones de seguridad, de control o por cualquier otra causa justificada en cualquier momento. En todo caso la lista de servicios disponibles es accesible y consultable en todo momento a través de la mencionada plataforma web.

Para cualquier consulta el Asegurado podrá contactar con nuestro teléfono de Atención 902.40.40.84 o 918070055.

Cláusulas especiales

Declaraciones de salud del Asegurado

Los datos relativos a la salud del asegurado considerados para la contratación de esta póliza son los que se indican a continuación y/o los obtenidos durante el proceso de suscripción en las entrevistas o pruebas médicas realizadas al asegurado.

Condiciones limitativas y especiales de la póliza

Tomador y Asegurado aceptan las definiciones de garantía y las limitaciones y exclusiones indicadas en la póliza.

El Asegurador no cubre siniestros derivados de la práctica de los siguientes deportes o actividades, tanto a nivel profesional como amateur, y salvo que haya sido declarado y expresamente aceptado por la Compañía: Competiciones de motociclismo o automovilismo; Alpinismo, escalada en cualquiera de sus modalidades o trekking en alturas superiores a 3.000 metros; Cualquier modalidad de aviación deportiva, ultraligeros, paracaidismos, parapente, ascensión en globo y ala delta; Caza mayor fuera de Europa; Espeleología y barranquismo; Hípica excepto los paseos a caballo; Pesca de altura; Puenting, jumping o cualquier modalidad de salto al vacío; Navegación a vela en solitario

Entidad Aseguradora, podrá exigir el pago de la prima del período en curso.
En caso contrario, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el Tomador pague las primas.

Si el recibo no ha sido satisfecho y se produce un siniestro, la Entidad Aseguradora quedará liberada de sus obligaciones.

Cuánto dura la póliza

Fecha de efecto: DD.MM.AAAA a las XX horas
Fecha de vencimiento: DD.MM.AAAA a las XX horas
Duración: Anual prorrogable

El contrato se establece por un año y se prorrogará anualmente, en cada aniversario, mediante el pago de la prima correspondiente a la edad y capital asegurado hasta la anualidad del Seguro en la que el Asegurado cumpla 80 años de edad para la garantía de fallecimiento y para el resto de garantías contratadas hasta la edad máxima detallada en cada una.

El Tomador podrá oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de, al menos, un mes de anticipación a la conclusión del período del seguro en curso.

La Entidad Aseguradora renuncia a ejercitar el derecho unilateral de cancelar el contrato o rechazar las primas.

A efectos de Duración del contrato se tiene en cuenta la edad actuarial del Asegurado.

Pago de la prestación asegurada

Notificación del siniestro y pago del capital asegurado

Para solicitar el capital asegurado en la póliza, el/los Beneficiario/s deberán notificarlo por escrito en el plazo máximo de siete días desde su conocimiento.

En caso de ser procedente el pago de la prestación, el Asegurador en el plazo máximo de 40 días a partir de la recepción de la declaración de siniestro, debe hacer frente al pago del importe mínimo que se derive de las circunstancias por él conocidas.

El Asegurador incurrirá en mora cuando no hubiere satisfecho la prestación del seguro, transcurridos tres meses desde la ocurrencia del siniestro. No habrá lugar a la indemnización por mora, cuando la falta de pago de la prestación o del importe mínimo, se produzca por causas justificadas o no imputables al Asegurador.

Tampoco corresponde la indemnización por mora si la falta de pago se debe a que los Beneficiarios no hubieran entregado la documentación completa que se indica en cada garantía.

En caso de producirse el derecho a la indemnización por mora, los intereses se computarán desde la fecha de ocurrencia del siniestro hasta la fecha del pago de la prestación.

Si dicha comunicación no se hubiera producido dentro de los siete días desde su conocimiento por el Tomador o Beneficiario, los intereses se computarán desde la fecha de comunicación del siniestro hasta la fecha del pago de la prestación.

En caso de ser procedente el pago del siniestro, el Asegurador pagará la prestación contratada en su domicilio social.

Información adicional sobre el pago de la prestación asegurada

El Beneficiario puede transformar la totalidad o parte del capital asegurado en una renta vitalicia o temporal, cuyo importe y condiciones técnicas se determinarán en la fecha del pago de la prestación, de acuerdo con las bases

técnicas que tenga establecidas el Asegurador en ese momento. Una vez aceptada por el Beneficiario esta opción, el Asegurador emitirá una nueva póliza.

Otros temas de su interés

Cómo formalizar el seguro

El contrato se considerará formalizado y en vigor desde el momento en que el Tomador firma la póliza y paga la prima. En ningún caso antes de la fecha de efecto que se indica en el apartado "Cuánto dura la póliza".

Además, dispone de un 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.

Asimismo, el Tomador dispone, tanto si el contrato está 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 que la Entidad Aseguradora le entregue la póliza o el documento de cobertura provisional.

Qué pasa si pierdo la póliza

En caso de extravío o destrucción de la póliza, el titular legal de la misma, deberá notificarlo inmediatamente al Asegurador, el cual solamente expedirá un duplicado cuando el documento original haya quedado anulado a costa del titular, con arreglo a lo que determinen las disposiciones vigentes en aquel momento.

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 apareciere y a indemnizar al Asegurador de los perjuicios que le produzca la reclamación de un tercero.

Cuál es la legislación por la que se rige este contrato

Este contrato se rige por lo dispuesto en las normas legales siguientes:

- Ley 50/1980 de 8 de octubre de Contrato de Seguro y su normativa de desarrollo.
- Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.
- Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.
- Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos).
- Legislación nacional vigente relativa a la Protección de Datos de Carácter Personal.
- Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de Firma electrónica.
- Ley 34/2002, de 11 de julio, de servicios de la sociedad de la información y de comercio electrónico.
- Ley 22/2007, de 11 de julio, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores.
- 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.
- Y cualquier otra norma que durante la vigencia de esta póliza pueda ser aplicable.

En todo lo no previsto en este contrato, se aplicará lo dispuesto en la Ley 50/1980 de 8 de octubre, de Contrato de seguro o disposición legal que en el futuro la sustituya.

Fiscalidad

El abono de las prestaciones del Contrato, así como las retenciones que proceda

	<p>efectuar sobre las mismas, estarán sujetas a tributación por el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas o Impuesto sobre Sociedades, según la naturaleza de la persona del Beneficiario, siempre que no proceda su sujeción al Impuesto de Sucesiones y Donaciones, de conformidad con lo establecido en las Leyes reguladoras de dichos Impuestos y sus normas complementarias, sin perjuicio de lo establecido en estas materias en los regímenes específicos de los territorios forales.</p>
Rehabilitación	<p>El Tomador puede pedir, la rehabilitación de la póliza, dentro de los cinco meses siguientes a haber sido dejada en suspenso, cumpliendo las siguientes condiciones:</p> <p>Nueva solicitud de seguro y cuestionario de salud firmados, al objeto de facilitar las pruebas que a juicio del Asegurador sean suficientes para demostrar que el Asegurado se halla, en el momento de la rehabilitación, en las condiciones de salud exigidas para la contratación de este seguro.</p> <p>Aceptada la rehabilitación por el Asegurador, el Tomador deberá realizar el pago de todos los recibos atrasados, en el acto y de una sola vez.</p>
Indisputabilidad	<p>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.</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>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.</p>
Nulidad	<p>El contrato de seguro será nulo, salvo en los casos previstos en la Ley, si en la fecha de efecto había ya ocurrido el siniestro o no existía el riesgo.</p>
Comunicación entre las partes	<p>Todas las comunicaciones deben hacerse mutuamente por escrito.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>En todo caso se precisará el consentimiento expreso del tomador del seguro para suscribir un nuevo contrato o para modificar o rescindir el contrato de</p>

seguro en vigor.

Modificaciones permitidas en la póliza

Las modificaciones, posibles a realizar en este contrato, fuera de la fecha anual de renovación y que afectan a la prima son :

- . Cambio de periodicidad de pago.
- . Inclusión o exclusión de garantías.
- . Cambios a las circunstancias manifestadas en el apartado “el Asegurado”.
- . Modificaciones de mutuo acuerdo entre las partes.
- . En la modalidad capital constante: decremento de capitales.

La Entidad Aseguradora renuncia a realizar una nueva evaluación del estado de salud del Asegurado durante la duración del contrato, salvo en los casos de inclusión de garantías en el contrato, donde sí se evaluará de nuevo el riesgo aplicando las condiciones que de esa evaluación se determinen.

Qué hacer si existen conflictos entre los intervinientes en el contrato.

De conformidad con lo establecido en Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y el Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, los conflictos que puedan surgir entre las partes podrán resolverse, como sigue:

a) El Tomador podrá formular sus reclamaciones por escrito, ante el Servicio de Atención de Quejas y Reclamaciones de la Entidad Aseguradora con dirección: Calle Emilio Vargas, 6 Madrid, Edificio AXA, 28043 Madrid, por correo electrónico: centro.reclamaciones@axa.es, directamente o a través de la página www.axa.es o la web Clientes. Dicho departamento acusará recibo por escrito de las reclamaciones que se les presenten y las resolverá siempre por escrito motivado.

En Cataluña, y en cumplimiento de lo dispuesto en de conformidad con la Ley 22/2010, de 20 de julio, del Código de consumo de Cataluña, podrá dirigirse, además, a la siguiente dirección: World Trade Center Almeda Park, edificio 6, Plaza de la Pau s/n, 08940 - Cornellá del Llobregat o contactar en el teléfono 900 132 098.

Una vez transcurrido el plazo de un mes desde la fecha de presentación de la reclamación, sin que el Servicio de Atención de Quejas y Reclamaciones haya resuelto, o bien una vez que haya sido denegada expresamente la admisión de reclamación o desestimada la petición, podrá acudir ante los servicios de reclamaciones del Banco de España, la Comisión Nacional del Mercado de Valores o la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, mediante presentación de la queja o reclamación, en soporte papel o por medios informáticos, electrónicos o telemáticos. La reclamación o queja será tramitada de conformidad con el procedimiento previsto en la Orden ECC/2502/2012, de 16 de noviembre, por la que se regula el procedimiento de presentación de reclamaciones ante los Servicios de Reclamaciones del Banco de España, la Comisión Nacional del Mercado de Valores y la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

Podrá presentar su reclamación en el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones en la dirección Paseo de la Castellana, 44 - 28046 - Madrid o en <http://www.dgsfp.mineco.es/reclamaciones/>

b) Por decisión arbitral en los términos de los artículos 57 y 58 del Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y leyes complementarias; o en los términos de la Ley 60/2003, de 23 de diciembre, de Arbitraje, en materia de libre disposición conforme a derecho y salvo aquellos supuestos en que la legislación de protección de los consumidores y usuarios lo impida (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 mediación en los términos previstos en la Ley 5/2012, de 6 de julio, de mediación de asuntos civiles y mercantiles.

d) Por los Jueces y Tribunales competentes (siendo Juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguros el del domicilio del Asegurado).

¿Qué beneficios adicionales tiene por contratar esta póliza?

Anticipo de capital para gastos de sepelio

Pago a cuenta de hasta el 10% del capital que tiene asegurado en la garantía de fallecimiento, con un máximo de 6.000€.

Para la solicitud y pago de este servicio, los Beneficiarios asignados deberán aportar los siguientes documentos:

- Escrito dirigido a la Entidad Aseguradora solicitando el anticipo.
- Entrega del Certificado de Defunción expedido por el Registro Civil.
- Factura de gastos de sepelio.

Este anticipo de capital no presupone la aceptación del siniestro. Si posteriormente la Aseguradora rechazara el siniestro, el Beneficiario reintegrará el importe recibido por este concepto.

En el caso de que la persona que haya recibido el anticipo no sea Beneficiaria, esta se compromete a devolver el importe recibido.

Anticipo de capital para pago del impuesto de sucesión

Anticipo a cuenta del capital asegurado en la garantía de fallecimiento para el pago del impuesto de sucesión.

Para la solicitud y pago de este servicio, los Beneficiarios asignados deberán aportar los siguientes documentos:

- Certificado de Hacienda confirmando el importe a ingresar por los Beneficiarios de la póliza.

El pago se realizará directamente a Hacienda.

Cláusula de Indemnización por el Consorcio

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, el Tomador de un contrato de seguro de los que deben obligatoriamente incorporar recargo a favor de la citada entidad pública empresarial, tiene la facultad de convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier entidad Aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente.

Las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en España, o en el extranjero, cuando el Asegurado tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el Tomador hubiese satisfecho, 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 en las disposiciones complementarias.

Resumen de Normas Legales

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

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

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

2. Riesgos excluidos

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

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

3. Extensión de la cobertura

1. La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y las mismas sumas aseguradas que se hayan establecido en las pólizas de seguro a efectos de la cobertura de los riesgos ordinarios.

2. En las pólizas de 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 deba tener constituida. El importe correspondiente a la citada provisión matemática será satisfecho por la mencionada Entidad Aseguradora.

Comunicación de daños al Consorcio de Compensación de Seguros

1. La solicitud de indemnización de daños cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros, se efectuará mediante comunicación al mismo por el tomador del seguro, el asegurado o el beneficiario de la póliza, o por quien actúe por cuenta y nombre de los anteriores, o por la entidad aseguradora o el mediador de seguros con cuya intervención se hubiera gestionado el seguro.

2. La comunicación de los daños y la obtención de cualquier información relativa al procedimiento y al estado de tramitación de los siniestros podrá realizarse:

- Mediante llamada al Centro de Atención Telefónica del Consorcio de Compensación de Seguros (900 222 665 o 952 367 042).
- A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (www.consorseguros.es).

3. Valoración de los daños: La valoración de los daños que resulten indemnizables con arreglo a la legislación de seguros y al contenido de la póliza de seguro se realizará por el Consorcio de Compensación de Seguros, sin que éste quede vinculado por las valoraciones que, en su caso, hubiese realizado la entidad aseguradora que cubriese los riesgos ordinarios.

4. Abono de la indemnización: El Consorcio de Compensación de Seguros realizará el pago de la indemnización al beneficiario del seguro mediante transferencia bancaria.

¿Cláusula firma electrónica y comunicaciones electrónicas?

La Entidad Aseguradora podrá poner a disposición del tomador, sistemas de firma electrónica reconocida y/o avanzada para su uso en la suscripción del presente contrato de seguro, así como para la celebración de las operaciones posteriores que se encuentren disponibles por vía electrónica.

En caso de disposición y uso de los sistemas de firma electrónica reconocida y/o avanzada, ambas partes convienen la perfección del presente contrato o cualquier otra operación posterior disponible por esta vía. El proceso de firma electrónica reconocida y/o avanzada, podrá consistir en la asignación de los correspondientes elementos de seguridad, tales como claves, códigos u otro tipo de elemento que permita la identificación del firmante, así como se llevará a cabo con la intervención de un Tercero de Confianza conforme a la normativa aplicable.

Para la correcta gestión del proceso de firma electrónica, el tomador que utilice estos medios de firma, autoriza expresamente a la Entidad Aseguradora la puesta a disposición al Tercero de Confianza, la dirección de correo electrónico y el número de teléfono móvil declarado, con la única finalidad de posibilitar la generación y el envío de las claves identificativas necesaria para la ejecución de la firma electrónica, así como para el envío de la documentación objeto de firma y/o vinculada a la relación contractual.

En este sentido, ambas partes, de conformidad con lo establecido en la normativa aplicable, reconocen la plena validez de los contratos y operaciones firmadas utilizando sistemas de firma electrónica equiparando su validez a todos los efectos a los contratos y operaciones celebradas mediante firma manuscrita.

El tomador declara que los datos facilitados a lo largo del proceso de contratación y firma son veraces, ciertos y completos y se obliga a notificar a la Entidad Aseguradora cualquier modificación o cambio de los mismos respondiendo de los daños o perjuicios que pudiera causar a la Entidad Aseguradora o a terceros la falta de veracidad de los mismos.

En caso de personas jurídicas, el firmante declara que cuenta con plenos poderes y capacidad de representación suficiente para poder contratar en nombre de la entidad tomadora. Así mismo declara que los datos facilitados a lo largo del proceso son veraces, ciertos y completos y se obliga a notificar a la Entidad Aseguradora cualquier modificación o cambio de los mismos respondiendo de los daños o perjuicios que pudiera causar a Entidad Aseguradora o a terceros la falta de veracidad de los mismos. Por su parte la entidad tomadora informará a la Entidad Aseguradora de cualquier cambio que se produzca en la figura del representante legal para la correcta gestión de la póliza.

La Entidad Aseguradora podrá poner a disposición del tomador en su espacio privado de la Web Clientes, la documentación contractual en soporte duradero, sin perjuicio de que en cualquier momento de la relación contractual el tomador pueda solicitar las condiciones contractuales en soporte papel a la Entidad Aseguradora.

La Entidad Aseguradora podrá dirigirse al tomador por medios de comunicación electrónicos tales como el correo electrónico, teléfono móvil, etc. para la recepción de aquellas comunicaciones y notificaciones relativas a la gestión e información del presente contrato y al servicio regulado en el mismo, que contará con la intervención de un Tercero de Confianza en los términos establecidos en la normativa aplicable. Dichas comunicaciones se considerarán recibidas desde el momento de su recepción por el tomador y/o puesta a disposición por la Entidad Aseguradora por los medios descritos. Las comunicaciones o notificaciones realizadas por estos medios se podrán poner a disposición del tomador en soporte duradero a través de la Web Cliente.

El tomador se obliga a notificar a la Entidad Aseguradora cualquier modificación o cambio de los datos facilitados para recibir comunicaciones electrónicas no comerciales respondiendo de los daños o perjuicios que pudiera causar a la Entidad Aseguradora o a terceros la falta de veracidad de los mismos.

En cualquier momento de la relación contractual y en virtud del derecho normativamente conferido, el tomador podrá solicitar la modificación de la técnica de comunicación a distancia inicialmente establecida, siempre que dicha modificación sea técnicamente posible para la Entidad Aseguradora.

¿Dónde tiene que firmar y aceptar las condiciones?

Para que el seguro contratado tenga vinculación para usted y para nosotros como Entidad Aseguradora, deberá firmarnos la copia del contrato (la que viene indicada como "A devolver firmada") y devolvérsela en el sobre de "franqueo pagado" (no necesita sello) que le adjuntamos.

La legislación aplicable es la española y la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, dependiente del Ministerio de Economía, el organismo de supervisión.

De conformidad con el Reglamento General de Protección de datos, AXA AURORA VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS le informa que sus datos personales, incluidos los datos de salud, se incluirán en los sistemas AXA AURORA VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS con la finalidad de cumplir, desarrollar, controlar y ejecutar la prestación garantizada en el contrato, así como que estos datos pueden ser comunicados entre dicha entidad y los médicos, centros sanitarios, hospitales e instituciones o entidades que, de acuerdo con la finalidad y objeto del contrato, así como por razones de reaseguro y coaseguro, intervengan en la gestión de la póliza, incluido el mediador del seguro.

La cumplimentación de los datos personales facilitados en la solicitud es totalmente voluntaria, pero constituyen un requisito contractual y son necesarios para la gestión de la póliza y mantenimiento de la relación contractual. Por lo tanto, en caso de que no nos facilite la información obligatoria, AXA AURORA VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS no podrá suscribir ni ejecutar el correspondiente contrato de seguro con usted.

Responsable del tratamiento de datos personales

Le informamos de que sus datos personales serán tratados por AXA AURORA VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, como responsable del tratamiento, con domicilio social C/ Alameda de Urquijo, 78 Planta Baja, 48013 Bilbao.

Para velar por el leal y transparente tratamiento de sus datos personales, AXA AURORA VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, cuenta con un Delegado de Protección de Datos, con quién podrá contactar en DPOAXA@axa.es

Finalidades principales del tratamiento

AXA AURORA VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS tratará sus datos para las siguientes finalidades:

- Formalización y gestión de la póliza de seguro de Vida , y, en caso de siniestro, para la peritación y liquidación del mismo, la gestión del reaseguro, la gestión de quejas y reclamaciones, así como la elaboración de valoraciones, selecciones, comprobaciones y tarificaciones de riesgo para el cálculo de la prima de su póliza de Vida.
- Llevar a cabo las pertinentes verificaciones y comprobaciones que permitan evaluar el riesgo y posible fraude en el momento precontractual y/o contractual de la póliza, así como para evaluar su solvencia.
- Elaboración de perfiles con fines actuariales y de análisis de mercado.
- Realización de encuestas de calidad u opinión.
- Envío de información o publicidad, ofertas y promociones, obsequios y campañas de fidelización, o cualesquiera otras actuaciones con carácter comercial (incluida la elaboración de un perfil comercial para tal fin), a través de correo postal, correo electrónico, teléfono, SMS u otros medios electrónicos equivalentes, acerca de nuestros productos y servicios aseguradores propios, así como aseguradores y financieros de las entidades AXA SEGUROS GENERALES S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, AXA Global Direct de Seguros y Reaseguros, S.A.U., AXA Pensiones S.A, EGFP, Bidepensión EPSV y Winterthur EPSV, incluyendo, en su caso, la posible elaboración de perfiles comerciales. El envío de las comunicaciones comerciales podrá realizarse incluso una vez finalizada la relación comercial si así lo autoriza.
- Elaboración de su perfil a partir de la información proporcionada en el marco del contrato del seguro y aquella que obtengamos de la consulta a ficheros amparados en los códigos tipo del sector asegurador, de lucha contra el fraude y sobre solvencia patrimonial y crédito. Sobre esta información, aplicaremos un algoritmo automático que nos indicará el riesgo asociado a su contratación del seguro y, en función del valor obtenido, calcularemos la prima del mismo. En todo caso, usted tendrá derecho a obtener intervención humana por parte de AXA AURORA VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, a expresar su punto de vista y a impugnar la decisión en caso de no estar de acuerdo con ella.

En todo caso, los datos personales serán tratados de forma confidencial, debiendo ser adecuados, pertinentes y no excesivos para la finalidad expresada en relación con el contrato de seguro.

Bases legitimadoras principales

AXA AURORA VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS trata los datos con las siguientes bases legitimadoras:

- La ejecución del contrato de seguro que se celebre con AXA AURORA VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS es nuestra principal legitimación para tratar los datos personales solicitados para la elaboración del mismo.
- Habilitación legal para el tratamiento de sus datos para la realización de los perfilados necesarios para la verificación del riesgo y prevención del fraude y la realización de estudios estadístico-actuariales, así como cumplimiento de obligaciones legales para las finalidades previstas en la Ley del Contrato de Seguro, , Ley de Prevención del blanqueo de capitales y de la financiación del terrorismo, Ley de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras (LOSSEAR) -que ampara el tratamiento de los datos de salud que resulten necesarios para la ejecución del contrato de seguro y por razones de interés público en el ámbito de la salud pública- y otra normativa aplicable a entidades aseguradoras
- Interés legítimo para la realización de encuestas de calidad u opinión, así como para el envío de comunicaciones comerciales de productos y servicios aseguradores propios, incluyendo, en su caso, la posible elaboración de perfiles comerciales con datos derivados de la relación contractual.
- Consentimiento para informar por correo postal, correo electrónico, teléfono, SMS u otros medios electrónicos equivalentes, acerca de productos y servicios aseguradores y financieros de las entidades AXA SEGUROS GENERALES S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, AXA Global Direct de Seguros y Reaseguros, S.A.U. , AXA Pensiones S.A. EGFP, Bidepensión EPSV y WINTERTHUR EPSV.
- Consentimiento para la realización de perfiles sobre usted basados en su comportamiento de navegación, factores socio-culturales y la utilización de técnicas de tratamiento masivo de datos (big data) con fines de análisis de mercado y con la finalidad de valorar los productos y servicios aseguradores y financieros que puedan resultar de su interés.

Procedencia de los datos cuando no los ha facilitado su titular

Junto a la información que usted nos proporciona directamente (por ejemplo, a través de formularios, solicitud de la póliza, etc.), obtendremos información sobre sus hábitos de navegación online (con independencia del medio utilizado) en caso de que usted lo consienta previamente. Además, accederemos a ficheros sobre solvencia patrimonial y crédito para obtener información sobre su solvencia, como deudas bajo otros contratos.

Igualmente, consultaremos ficheros amparados en códigos tipo del sector asegurador con finalidades de evaluación de riesgo y prevención de fraude.

En caso de que los datos facilitados se refieran a otras personas físicas distintas del Tomador/Asegurado, el asegurado manifiesta de forma expresa haber informado y obtenido el consentimiento previo de aquéllas para el tratamiento de sus datos de acuerdo con las finalidades previstas en la póliza. En el caso concreto de menores de edad, si el Tomador/Asegurado no es el representante legal del menor garantiza que cuenta con el consentimiento expreso de éste antes de la firma del presente acuerdo.

Destinatarios de los datos

Los datos personales no serán transmitidos a terceros, salvo en los siguientes supuestos:

- A otras entidades aseguradoras y reaseguradoras para la ejecución y gestión del contrato de reaseguro.
- A otras entidades del Grupo AXA en España (cuya composición puede ver en <https://www.axa.es/acerca-axa/axa-espana-axa-espana>), e incluso fuera del Espacio Económico Europeo, para cumplir con las obligaciones de supervisión establecidas en la normativa aplicable.
- A prestadores de servicios profesionales (por ejemplo, abogados externos, peritos,) cuando sea necesario para el cumplimiento del contrato de seguro, así como otros prestadores de servicios tecnológicos y de servicios derivados de la relación contractual.
- Únicamente cuando haya dado su consentimiento expreso, a AXA SEGUROS GENERALES S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, AXA Global Direct Seguros y Reaseguros, S.A.U., AXA Pensiones S.A. EGFP, Bidepensión EPSV y WINTERTHUR EPSV, con la finalidad de valorar los productos aseguradores y financieros que puedan resultar de su interés y para remitirle la información por correo postal, correo electrónico, teléfono SMS u otros medios electrónicos equivalentes, sobre sus respectivos productos y servicios.
- A los organismos públicos o privados relacionados con el sector asegurador con fines estadístico-actuariales y de prevención del fraude, para la selección de riesgos y para la liquidación de siniestros.

Transferencias internacionales de sus datos personales

Sus datos personales podrán ser comunicados a destinatarios ubicados en países fuera del Espacio Económico Europeo, incluyendo países que no proporcionan un nivel de protección de datos equivalente al de la Unión. Sin embargo, en estos casos, los mismos serán tratados con escrupuloso cumplimiento de la legislación europea y española y, asimismo, se implementarán las garantías que le indicamos a continuación:

Categoría de destinatario	País	Garantía
<i>Entidades del Grupo AXA por ejemplo, AXA Business Services Pvt. Ltd.</i>	<i>India</i>	<i>Normas Corporativas Vinculantes</i>
<i>Prestadores de servicios tecnológicos y de marketing</i>	<i>EEUU</i>	<i>Normas Corporativas Vinculantes. Privacy Shield. Cláusulas contractuales Tipo</i>

Período de conservación de los datos personales

AXA AURORA VIDA S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, conservará sus datos un máximo de 10 años, a contar desde la anulación de la póliza o la última gestión del siniestro, de acuerdo con el plazo aplicable en función de las distintas normativas vigentes en materia de contrato de Seguro. Todo ello sin perjuicio de que dicho plazo pueda ampliarse cuando usted así lo autorice expresamente o existan tratamientos particulares derivados de la relación contractual que sigan vigentes con posterioridad a dicho plazo.

Derechos que puede ejercitar sobre sus datos

Como titular de los datos, y en cualquier momento, usted tiene derecho a dirigirse a AXA SEGUROS E INVERSIONES, al Dpto. de Operaciones - Relación Cliente, Calle Emilio Vargas 6, 28043, Madrid o a la dirección de email buzon.lopd@axa.es, mediante comunicación que contenga nombre y apellidos del interesado, fotocopia de su documento nacional de identidad o pasaporte u otro documento válido que lo identifique y, en su caso, de la persona que lo represente, en los términos previstos en la legislación vigente, para ejercer los siguientes derechos:

- Derecho de Acceso

Usted tiene derecho a que AXA AURORA VIDA S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS le informe sobre si está tratando o no sus datos personales y, en tal caso, poder acceder a dichos datos y recibir información sobre los fines para los que son tratados, las categorías de datos afectados por el tratamiento, los destinatarios a los que se comunicaron sus datos personales y el plazo previsto de conservación de los datos, entre otra información.

- Derecho de Rectificación y Supresión

Usted tiene derecho a solicitar la supresión de datos personales siempre que se cumplan los requisitos legales de aplicación, y la rectificación de los datos inexactos que le conciernan cuando, entre otros motivos, éstos ya no sean necesarios para los fines para los que fueron recogidos.

- Limitación del tratamiento, revocación del consentimiento y oposición total o parcial al tratamiento

En determinadas circunstancias (por ejemplo, en caso de que el solicitante impugne la exactitud de sus datos, mientras se verifica la exactitud de los mismos), usted puede solicitar que se limite el tratamiento de sus datos personales, siendo estos únicamente tratados para el ejercicio o la defensa de reclamaciones.

Sin perjuicio de lo anterior, le informamos que, en caso de que se ejerza el derecho de limitación, oposición o revocación del tratamiento y cesión de datos, no podrán hacerse efectivas las prestaciones de la póliza durante el tiempo que dure dicha oposición, por carecer la entidad aseguradora de los datos necesarios para el cálculo de la indemnización y demás fines establecidos en el contrato de seguro.

También tiene derecho a revocar el consentimiento prestado y a oponerse al tratamiento en cualquier momento, por motivos relacionados con su situación particular, en caso de que el tratamiento esté basado en nuestro interés legítimo o en el interés legítimo de un tercero (incluyendo el tratamiento que tenga por objeto la mercadotecnia directa y la elaboración de los correspondientes perfilados). En este caso, AXA AURORA VIDA S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, cesará en el tratamiento, salvo acreditación de motivos legítimos.

- Portabilidad de sus datos

Usted tiene derecho a recibir los datos personales que haya facilitado a AXA AURORA VIDA S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, en un formato estructurado, común y de lectura mecánica, y a poder transmitirlos a otro responsable del tratamiento sin que el responsable al que se los hubiera facilitado se lo impida, en los supuestos legalmente previstos a estos efectos.

- Decisiones individuales automatizadas

Asimismo, además de los derechos mencionados, en caso de que se adopten decisiones automatizadas, incluida la elaboración de perfiles, usted tiene derecho a obtener intervención humana por parte de AXA AURORA VIDA S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, y a expresar su punto de vista y a impugnar la decisión.

- Otros

Igualmente, cuando se transfieran datos personales a un tercer país o a una organización internacional, tendrá derecho a ser informado sobre cómo se puede acceder u obtener copia de las garantías adecuadas relativas a la transferencia.

Para cualquier duda o cuestión adicional sobre el ejercicio de sus derechos o, en general, sobre el tratamiento de sus datos personales, puede contactar con nuestro Delegado de Protección de datos en DPOAXA@axa.es

Finalmente, usted tendrá derecho a presentar una reclamación ante una autoridad de control nacional (Agencia española de Protección de Datos en C/Jorge Juan, 6. 28001- Madrid o tño. 912663517) o autonómica respectiva.

Como tomador declaro haber contestado con toda sinceridad a las preguntas formuladas en su día por escrito o por teléfono sobre mi estado de salud y reconozco que las respuestas dadas deben servir de base para la valoración del riesgo por AXA AURORA VIDA S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, aceptando las consecuencias legales de su omisión o falta de veracidad.

Del mismo modo, reconozco haber recibido antes de la celebración del contrato de seguro toda la información requerida en el art. 96 de la Ley 20/2015, de 14 de Julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, el artículo 122 y 124 del Real Decreto 1060/2015, de 20 de Noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, así como la información contemplada en la Ley 22/2007, de 11 de Julio sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores.

Información adicional

Más información adicional y detallada disponible en la Política de privacidad de la Web <https://www.axaes/acerca-axa/enlaces-politica-de-privacidad>

Oposición a recibir publicidad



No deseo que AXA AURORA VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS me informe, por correo postal, correo electrónico, teléfono, SMS u otros medios electrónicos equivalentes, acerca de productos y servicios aseguradores ajustados a mi perfil de cliente según los datos derivados del servicio prestado propios y elabore, en su caso, perfiles comerciales para el envío de dichas comunicaciones.

Consentimiento para cesión a entidades del grupo

Consiento la cesión de mis datos, incluido, en su caso, mi perfil comercial, a AXA SEGUROS GENERALES S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, AXA Global Direct de Seguros y Reaseguros S.A.U., AXA Pensiones S.A., EGFP, Bidepensión EPSV y WINTERTHUR EPSV, con la finalidad de valorar los productos y servicios aseguradores y financieros que puedan resultar de mi interés y para remitirme la información por correo postal, correo electrónico, teléfono, SMS u otros medios electrónicos equivalentes sobre sus respectivos productos y servicios, inclusive una vez finalizada la relación contractual.

Sí, consiento No consiento

Consentimiento para la elaboración de perfiles

Consiento que AXA AURORA VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS realice perfiles sobre mi persona basados en mi comportamiento de navegación, factores socio-culturales y la utilización de técnicas de tratamiento masivo de datos (big data) con fines de análisis de mercado y de informarle acerca de productos y servicios aseguradores, inclusive una vez finalizada la relación contractual.

Sí, consiento No consiento

En prueba de conformidad y autorización:

Lugar y Fecha xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

AXA Aurora Vida
Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros

El Tomador
xxxxxxxxxxxx

El Asegurado
xxxxxxxxxxxx