

Condiciones Generales

Mod. S.RE.444/01

El presente Contrato de Seguro se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980 de 8 de octubre de Contrato de Seguro (Boletín Oficial del Estado de 17 de octubre de 1980), la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados en la redacción del Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre (Boletín Oficial del Estado de 5 de noviembre) y su Reglamento de desarrollo (Real Decreto nº 2486/1998, de 20 de noviembre); por las normas de las disposiciones complementarias que le sean aplicables y, por lo convenido en las Condiciones Generales y Particulares y Suplementos de este contrato, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados que no sean especialmente aceptadas por los mismos, como pacto adicional a las Condiciones Particulares.

No requerirán dicha aceptación las meras transcripciones o referencias de preceptos legales imperativos, ni las normas sobre delimitación o definición del riesgo cubierto.

Integran el contrato las siguientes partes: la Solicitud de Seguro, las Condiciones Generales, las Particulares, el Anexo 1 de asegurados, además de los Suplementos que se emitan.

Índice

| | |
|--|----|
| Introducción | 1 |
| CAPÍTULO I | |
| DEFINICIONES | 7 |
| 1. Definiciones | 7 |
| 2. Objeto del seguro | 9 |
| CAPÍTULO II | |
| SEGURO PRINCIPAL | 10 |
| 1. Servicio fúnebre | 10 |
| 2. Asistencia en decesos | 10 |
| 2.1. Atención telefónica 24 h. | 10 |
| 2.2. Orientación legal y gestoría | 11 |
| 2.3. Traslado libre | 12 |
| 2.4. Traslado internacional | 13 |
| 2.5. Accidentes | 19 |
| 2.5.1. Asegurado con derecho a esta garantía | 19 |
| 2.5.2. Riesgos cubiertos | 19 |
| 2.5.3. Ámbito geográfico | 19 |
| 2.5.4. Beneficiarios | 20 |
| 2.5.5. Personas no asegurables en esta cobertura | 20 |
| 3. Garantías opcionales | 21 |
| 3.1. Pack de ADN | 21 |
| 3.2. Becas de estudio | 21 |
| DISPOSICIONES GENERALES | |
| CAPÍTULO III | |
| PERSONAS NO ASEGURABLES | 22 |
| CAPÍTULO IV | |
| RIESGOS EXCLUIDOS | 23 |

| | |
|---|----|
| CAPÍTULO V | |
| EFFECTO DEL SEGURO | 24 |
| CAPÍTULO VI | |
| PLAZOS DE CARENANCIA | 25 |
| CAPÍTULO VII | |
| MODIFICACIONES DEL CONTRATO | 26 |
| CAPÍTULO VIII | |
| DURACIÓN DEL SEGURO | 27 |
| CAPÍTULO IX | |
| PAGO DE PRIMAS | 28 |
| CAPÍTULO X | |
| REVALORIZACIÓN DE PRIMAS | 30 |
| CAPÍTULO XI | |
| ACTUALIZACIÓN DEL CAPITAL ASEGURADO | 31 |
| CAPÍTULO XII | |
| SINIESTROS | 32 |
| CAPÍTULO XIII | |
| OTRAS OBLIGACIONES, DEBERES Y FACULTADES DEL TOMADOR Y ASEGURADO | 33 |
| CAPÍTULO XIV | |
| OTRAS OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR | 35 |
| CAPÍTULO XV | |
| FACULTADES DEL ASEGURADOR | 36 |
| CAPÍTULO XVI | |
| COMUNICACIONES | 37 |

CAPÍTULO XVII

| | |
|---|----|
| PÉRDIDA DE DERECHOS, INDISPUTABILIDAD DEL CONTRATO Y NULIDAD DEL MISMO | 38 |
| A. Pérdida de derechos | 38 |
| B. Indisputabilidad del contrato | 38 |
| C. Nulidad del contrato | 39 |

CAPÍTULO XVIII

| | |
|---------------------------------------|----|
| JURISDICCIÓN Y PRESCRIPCIÓN | 40 |
|---------------------------------------|----|

CAPÍTULO XIX

| | |
|---|----|
| PROTECCIÓN DEL ASEGURADO Y CONTRATACIÓN A DISTANCIA | 41 |
|---|----|

CAPÍTULO XX

| | |
|--|----|
| TRATAMIENTO Y CESIÓN DE LOS DATOS PERSONALES | 42 |
|--|----|

CAPÍTULO XXI

| | |
|-----------------------------|----|
| ÁMBITO DEL SEGURO | 45 |
|-----------------------------|----|

| | |
|--|----|
| CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS DE LAS PÉRDIDAS DERIVADAS DE ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS EN SEGUROS DE PERSONAS | 45 |
|--|----|

| | |
|--|----|
| RESUMEN DE LAS NORMAS LEGALES | 46 |
| 1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos | 46 |
| 2. Riesgos excluidos | 46 |
| 3. Extensión de la cobertura | 47 |

| | |
|---|----|
| PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN EN CASO DE SINIESTRO INDEMNIZABLE POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS | 47 |
|---|----|

1. Definiciones

A los efectos de este Contrato se entiende por:

Asegurador: SEGURCAIXA ADESLAS, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, quien asume la cobertura de los riesgos del contrato de acuerdo con las garantías pactadas.

Tomador del seguro: Persona física o jurídica que suscribe el contrato y al que corresponden las obligaciones que del mismo se deriven, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el asegurado.

Asegurado: Persona o personas físicas sobre las cuales se establece el seguro.

Beneficiario: La persona o personas físicas titulares del derecho a recibir prestaciones derivadas de los riesgos cubiertos.

Póliza: El documento que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integrante de la póliza: la Solicitud de Seguro, las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares y los Suplementos y Anexos que se emitan a la misma para complementarla o modificarla.

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

Siniestro: Evento cuyas consecuencias económicas dañosas están cubiertas por las garantías de la póliza. Se considera como un solo y único siniestro todos los daños que provengan de una misma causa. La fecha del siniestro será la del momento en la que se produjo el primero de los daños.

Viaje: Desplazamiento físico temporal realizado fuera del domicilio indicado por el asegurado desde su salida de este, hasta su regreso al mismo, siempre fuera del territorio nacional y con un límite máximo de 60 días.

Plazo de carencia: Período de tiempo computado a partir de la fecha de efecto del contrato de seguro, durante el cual no entran en vigor todas o algunas de las coberturas incluidas dentro de las garantías de la póliza.

Plazo de disputabilidad: Intervalo de tiempo contado desde la fecha de entrada en vigor de la póliza para cada uno de los asegurados incluidos en ella, durante el cual el asegurador puede rechazar la cobertura de prestaciones o impugnar el contrato alegando la existencia de enfermedades anteriores o preexistentes del asegurado que este no declaró en la pregunta del estado de salud. Transcurrido dicho plazo, el asegurador solo tendrá esa facultad en el caso de que el tomador y/o asegurado hayan actuado dolosamente omitiendo intencionadamente en la pregunta del estado de salud.

Preexistencia: Toda alteración del estado de salud originada con anterioridad a la fecha de inclusión del asegurado en la póliza, y que es percibida por el asegurado a través de signos o síntomas antes de la fecha de su incorporación en la póliza, independientemente de que exista un diagnóstico médico que la determine, así como cualquier enfermedad, defecto, deformidad o situación médico-quirúrgica que pudiera derivarse de aquella alteración y siempre y que no fuera declarada en el momento de responder a la la pregunta del estado de salud. Asimismo se considera preexistencia cualquier otra circunstancia o circunstancias, relativas al estado de salud, que graven el riesgo y sean de tal naturaleza que de haber sido conocidas por el asegurador, en el momento de la perfección del contrato, este no se hubiera celebrado o se habría concluido en condiciones más gravosas.

Servicio fúnebre: El conjunto de elementos y servicios contratados y especificados en las Condiciones Particulares.

Capital o valor asegurado: Es la cantidad fijada en las Condiciones Particulares de la póliza que representa el límite máximo de las prestaciones o valor del servicio contratado a pagar por el asegurador en cada siniestro, para cada una de las garantías de la póliza.

Domicilio del tomador del seguro y del asegurado: El que figura en las Condiciones Particulares de la póliza, o en el último Suplemento de modificación y que será el que sirve de referencia a todos los efectos.

Accidente: Se entiende por accidente, a efectos del presente seguro, toda lesión corporal sufrida durante la vigencia del contrato objetivamente comprobable que deriva de una causa súbita, violenta, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado.

Afirmación de Declaración de buen estado estado de salud: a través de la solicitud de seguro, el asegurador obtiene del tomador del seguro y/o asegurado la información precisa sobre las características de las personas y riesgos a garantizar para, a su tenor, resolver sobre su aceptación o rechazo.

2. Objeto del seguro

Por el presente contrato, dentro de los límites y condiciones estipulados en las presentes Condiciones Generales, en las Particulares y, en su caso, y en los Suplementos de póliza que se emitan, y mediante la aplicación de la prima que en cada caso corresponda, el asegurador garantiza la prestación del servicio fúnebre contratado, al fallecimiento de cada uno de los asegurados así como una indemnización por fallecimiento por causa accidental del asegurado según las condiciones establecidas en la póliza y hasta los valores y capitales asegurados.

Decesos y asistencia en decesos

1. Servicio fúnebre

Se garantiza la prestación del servicio fúnebre contratado al fallecimiento de cada uno de los asegurados hasta el límite del valor asegurado.

Si los familiares del asegurado fallecido optaran por la realización de un servicio de incineración en lugar del nicho de alquiler temporal, este se realizará sin coste alguno para los mismos.

Si la prestación del servicio no fuera posible, o no se llevase a efecto por causas de fuerza mayor, el asegurador se compromete a resarcir los gastos ocasionados como consecuencia de la prestación del servicio y hasta el importe del valor asegurado. El resarcimiento de estos gastos será efectuado por el asegurador a aquellas personas que acrediten suficientemente haber satisfecho los gastos originados por tal fallecimiento.

La garantía del seguro se extiende a los asegurados cualquiera que sea la causa del fallecimiento, salvo el supuesto de los riesgos excluidos en la póliza.

El seguro también comprenderá la prestación de un servicio fúnebre en el supuesto de interrupción del embarazo del asegurado con pérdida de vida del feto o bien por fallecimiento del menor antes de cumplir los 30 días de edad. A partir de los 30 días de edad deberá estar asegurado para tener derecho al servicio fúnebre que corresponda.

2. Asistencia en decesos

Estas garantías, de obligada contratación, forman parte del seguro principal y comprenden:

2.1. Atención telefónica 24 h.

Para atención de llamadas sobre comunicación de defunciones 24 horas al día los 365 días del año.

2.2. Orientación legal y gestoría

Asistencia telefónica

Mediante esta garantía y para el caso de fallecimiento de cualquiera de los asegurados de la póliza de seguro de decesos, el asegurador garantiza la puesta a disposición del resto de asegurados de un servicio telefónico para que le informe a través del número que figura en la tarjeta de asistencia que se entrega junto con la documentación de la póliza, sobre el alcance de los siguientes derechos que le asistan, en relación al citado fallecimiento o accidente:

- Protección por muerte y supervivencia: sujetos, hechos causantes, prestaciones que comprenden, documentación a presentar, lugar de presentación y tramitación.
- Prestaciones familiares por hijo a cargo: beneficiarios, prestaciones, documentación a presentar, lugar de presentación y tramitación.
- Invalidez permanente: definición, grados, procedimiento para su evaluación y declaración, incapacidad permanente total o parcial para la profesión habitual, incapacidad permanente absoluta, gran invalidez, definiciones, requisitos para la concesión y cuantía de la prestación, documentación a presentar y lugar de presentación.
- Incapacidad temporal por accidente: definición, causas, requisitos, cuantía del subsidio, período máximo de percepción y trámites para la percepción.
- Herencias: partición, adjudicación, sucesión testamentaria y abintestato (procedimientos), liquidación del impuesto de sucesiones: solicitud o auto liquidación.
- Pensión de jubilación: definición, condiciones, cuantía de la pensión, incompatibilidad de la pensión con el trabajo, documentación a presentar y lugar de presentación y tramitación.

Trámites de gestoría

Asimismo mediante esta garantía, y para el caso de fallecimiento o accidente de cualquiera de los asegurados en la póliza de decesos, el asegurador garantiza la obtención de los siguientes documentos y la tramitación ante el organismo que corresponda de las siguientes contingencias:

1. Certificado de últimas voluntades

2. Certificado de defunción
3. Certificado de nacimiento
4. Certificado de matrimonio
5. Solicitud y tramitación de la pensión de viudedad ante el INSS
6. Solicitud y tramitación de la pensión de orfandad ante el INSS
7. Solicitud y tramitación de la pensión de jubilación ante el INSS
8. Solicitud y tramitación de la pensión de incapacidad e invalidez ante el INSS

En las contingencias anteriores 5, 6, 7, y 8 solamente se garantiza el trámite por la vía administrativa, quedando excluida la vía judicial.

Límite de gastos

El límite de gastos por caso se establece en 3.000 €.

2.3. Traslado libre

Disposiciones previas

Las presentes garantías amparan a todas las personas aseguradas en la póliza de decesos, y su duración va condicionada a la duración de la misma.

Garantías cubiertas

Serán por cuenta de SegurCaixa Adeslas, las gestiones y gastos necesarios para el traslado e inhumación del cadáver de cualquier asegurado inscrito en las Condiciones Particulares de la póliza, que fallezca en cualquier población comprendida dentro del territorio nacional al cementerio de la localidad del domicilio que figura en la póliza o al que decida la familia, siempre que se encuentre dentro del territorio nacional.

Se entiende que el traslado se realizará siempre que por parte de las autoridades competentes no exista impedimento alguno para efectuarlo y se lleve a cabo por mediación de la empresa funeraria autorizada por SegurCaixa Adeslas.

Exclusiones

Quedan excluidas de estas Garantías los menores de un mes de edad.

Disposiciones adicionales

Para la prestación por el asegurador del servicio inherente a esta garantía, es indispensable dar conocimiento del fallecimiento del asegurado inmediatamente después de que haya sucedido a las oficinas de SegurCaixa Adeslas o bien llamando al teléfono permanente de asistencia proporcionado por la compañía.

El no hacerlo, se entenderá como renuncia a los beneficios del traslado libre.

El no hacer uso de esta prestación no dará derecho a reclamación de indemnización por parte de los causahabientes del asegurado fallecido.

2.4. Traslado internacional

Disposiciones previas

La presente garantía ampara a todas las personas inscritas en la póliza de decesos y su duración va condicionada a la duración de la misma.

Para poder beneficiarse de las prestaciones garantizadas el asegurado debe tener su domicilio en España, residir habitualmente en él y su tiempo de permanencia, fuera de dicha residencia habitual, no exceda de los 60 días por viaje o desplazamiento.

Garantías cubiertas

Primera.- Traslado o repatriación de restos mortales
(Garantía en extranjero)

Si, en el transcurso de un viaje por el extranjero cubierto por la póliza, se produjera el óbito del asegurado, el asegurador se hará cargo de los trámites y gastos necesarios para el traslado de sus restos mortales hasta el lugar de inhumación en España.

En ningún caso esta cobertura se extenderá a cuantos gastos y gestiones impliquen las honras fúnebres e inhumación.

Segunda.- Acompañante de restos mortales
(Garantía en extranjero)

De no haber quien acompañe en su traslado los restos mortales del asegurado fallecido en el transcurso de un viaje por el extranjero, el

asegurador facilitará a la persona con domicilio en España que designen los familiares, un billete de ida y vuelta en ferrocarril (primera clase), avión (clase turista) o del medio de transporte público y colectivo más idóneo, para acompañar el cadáver.

Tercera.- Traslado sanitario o repatriación médica (Garantía en extranjero)

El asegurador procederá al traslado, con atención médico sanitaria, si fuera necesario, del asegurado que hubiera sufrido un accidente o enfermedad grave, que exija cuidados vitales u hospitalización inmediata, y siempre que así lo decidan los servicios médicos del asegurador en colaboración con el médico que trate al asegurado, cuando no pueda proseguir el viaje por sus propios medios, hasta un centro hospitalario en España.

El transporte sanitario se realizará en el medio más adecuado atendiendo al estado del enfermo o accidentado, así como a las demás consideraciones de índole sanitaria y de disponibilidad de medios. En todo caso, el avión ambulancia sólo será utilizable en Europa y países ribereños del mar Mediterráneo.

Asimismo, el asegurador, se hará cargo de los gastos de regreso del asegurado que hubiese sido hospitalizado y dado de alta y como consecuencia hubiese perdido su billete de regreso a España por imposibilidad de presentarse en el medio de transporte correspondiente en la fecha y hora marcada en el billete de regreso, hasta un **límite de 900 €**.

En caso de afecciones benignas o heridas leves que no den motivo a repatriación médica, el asegurador se hará cargo del transporte del asegurado en vehículo o ambulancia, hasta el lugar en que puedan prestarse los cuidados sanitarios necesarios.

Cuarta.- Asistencia a familiares asegurados

Si los familiares, con la condición de asegurados que viajasen con el asegurado que hubiera fallecido o tuviera que ser hospitalizado, no pudieran utilizar el medio de transporte previsto para su regreso, el asegurador pondrá a su disposición un billete de avión o del medio de transporte público e idóneo en línea regular para su regreso a España.

Quinta.- Retorno de menores

Si el asegurado viajara en compañía de hijos menores de 15 años o de

cualquier edad con minusvalía física o psíquica reconocida oficialmente, y quedasen sin asistencia por causa de fallecimiento o traslado sanitario de aquel cubierto por la póliza, no pudiendo continuar el viaje, el asegurador organizará y tomará a cargo su regreso, satisfaciendo los gastos de viaje de un familiar o amigo designado por el asegurado para que viaje con ellos hasta el lugar de inhumación o de su domicilio en España.

Si el asegurado no pudiera designar a nadie, el asegurador proporcionará un acompañante.

En todo caso, el transporte de los menores y acompañante se realizará en el medio de transporte público y colectivo más adecuado a las circunstancias del caso.

Sexta.- Gastos médicos, farmacéuticos o de hospitalización (Garantía en extranjero)

El asegurador toma a su cargo los gastos y honorarios médicos por consultas o tratamientos al asegurado, incluso los quirúrgicos y farmacéuticos, en caso de enfermedad grave, repentina, fortuita y aguda o accidente cubierto por la póliza, siempre y cuando se haya solicitado la previa conformidad del asegurador según lo dispuesto en los trámites a seguir en caso de siniestro.

De determinarse por el médico del asegurador, de común acuerdo con el que estuviera atendiendo al asegurado, la necesidad de que este sea hospitalizado, el asegurador se hará cargo de los gastos de traslado hasta el centro hospitalario, su estancia en el mismo y los servicios sanitarios necesarios para la curación del asegurado, incluidos los gastos farmacéuticos **hasta el límite de 3.000 € por asegurado.**

Séptima.- Prolongación de estancia

Si, tras estar hospitalizado por un riesgo cubierto por la póliza y ser dado de alta, el asegurado se viera imposibilitado para proseguir su viaje por prescripción médica, y precisara alojarse en un hotel para su convalecencia, el asegurador satisfará sus gastos de alojamiento y manutención, **hasta 100 €/día con un límite máximo de 1.000 €.**

Octava.- Gastos de desplazamiento de un acompañante

Si el asegurado debiera ser hospitalizado, como consecuencia del acaecimiento de un riesgo cubierto por la póliza, por un tiempo previsto superior a cinco (5) días, el asegurador facilitará a la persona que aquel

indique (siempre que se halle domiciliada en España), un billete de ida y vuelta en ferrocarril (primera clase), avión (clase turista) o del medio de transporte público y colectivo más idóneo, para que acuda junto al hospitalizado

Novena.- Gastos de estancia para acompañante del asegurado hospitalizado

En los casos amparados por la garantía anterior, el asegurador satisfará los gastos de alojamiento y manutención del acompañante en el mismo hospital donde se encuentre el asegurado, siempre que sea posible, o en su defecto en el establecimiento que elija el acompañante, **hasta 100 €/día con un límite máximo de 1.000 €.**

Esta garantía será aplicable incluso si el acompañante se encontrara viajando con el asegurado.

Décima.- Regreso anticipado

Si el asegurado debe interrumpir su viaje por fallecimiento de su pareja, ascendientes o descendientes en primer grado de consanguinidad o afinidad, el asegurador le facilitará un billete de ida y vuelta en ferrocarril (primera clase) avión (clase turista) o del medio de transporte público y colectivo más adecuado, para acudir hasta el lugar de inhumación en España, del familiar fallecido.

Esta garantía se extiende también al supuesto de incendio grave en el domicilio habitual del asegurado.

Exclusiones

Además de las exclusiones previstas en las Condiciones Generales y Particulares de las pólizas, no se podrán obtener los servicios del asegurador en los siguientes casos:

- a) Enfermedades preexistentes y/o congénitas, afecciones crónicas o dolencias bajo tratamiento médico previo al inicio del viaje.**
- b) Exámenes médicos generales, chequeos y cualquier visita o tratamiento que tenga carácter de medicina preventiva, según los criterios médicos generalmente aceptados, siendo sólo de aplicación las coberturas por fallecimiento.**
- c) Viajes que tengan por objeto recibir tratamiento médico, siendo sólo de aplicación las coberturas por fallecimiento.**

- d) Diagnóstico, seguimiento y tratamiento del embarazo, interrupción voluntaria del mismo y partos; salvo las alteraciones patológicas agudas e imprevisibles de ese estado.
- e) Suicidio, tentativa de suicidio o auto lesiones del asegurado, salvo para la cobertura de “Repatriación de restos mortales”.
- f) Consumo de bebidas alcohólicas, drogas o medicamentos, salvo que estos últimos hubieran sido prescritos por facultativo.
- g) Tratamiento, diagnóstico y rehabilitación de enfermedades mentales o nerviosas.
- h) Enfermedades de transmisión sexual, y especialmente, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.) y sus enfermedades derivadas, siendo sólo de aplicación las coberturas por fallecimiento.
- i) Adquisición, implantación, sustitución, extracción y/o reparación de prótesis de cualquier tipo, tales como marcapasos, piezas anatómicas, ortopédicas u odontológicas, gafas, lentillas, aparatos de sordera, muletas, etc.
- j) Tratamientos odontológicos, oftalmológicos u otorrinolaringológicos, salvo los supuestos de urgencia, siendo sólo de aplicación las coberturas por fallecimiento.
- k) Tratamientos especiales, cirugías experimentales, cirugía plástica o reparadora y los no reconocidos por la ciencia médica occidental, siendo sólo de aplicación las coberturas por fallecimiento.
- l) Cuando el siniestro se produzca en el extranjero, cualquier gasto médico incurrido en España aunque corresponda a un tratamiento prescrito o iniciado en el extranjero.
- m) Cualquier gasto médico o farmacéutico inferior a 9 €.
- n) Prestaciones que no hayan sido comunicadas previamente al asegurador y aquellas para las que no se hubiera obtenido la conformidad de este, salvo los supuestos de imposibilidad material, debidamente acreditada.
- o) Práctica como profesional de cualquier deporte, y como aficionado de deportes de invierno, deportes en competición y actividades notoriamente peligrosas o de alto riesgo.

- p) **Viajes de duración superior a 60 días consecutivos.**
- q) **La intervención de cualquier organismo oficial de socorro de urgencia o el coste de sus servicios.**
- r) **Rescate de personas en montañas, simas, mares, selvas o desiertos.**
- s) **Actos fraudulentos del tomador, asegurado, beneficiario o familiares de los mismos.**
- t) **Los riesgos derivados de la utilización de energía nuclear.**
- u) **Los riesgos extraordinarios tales como guerras, terrorismo, tumultos populares, huelgas, fenómenos de la naturaleza y cualquier otro fenómeno de carácter catastrófico o acontecimientos que por su magnitud y gravedad sean calificados como catástrofe o calamidad nacional.**

Límites de las garantías

Los límites máximos de estas garantías de traslado internacional serán aquellos que se especifican para cada garantía. Para aquellas garantías en las que no figure límite cuantitativo y se encuentren indicadas como incluidas, se entenderá que el límite máximo de las mismas será el coste efectivo de la prestación del servicio a efectuar por el asegurador.

En cualquier caso, todos los límites de esta póliza son por siniestro ocurrido y asegurado.

El avión ambulancia esta limitado a los casos de enfermedad o accidente ocurridos en Europa y/o los países ribereños del Mediterráneo, siendo el avión de línea regular el medio empleado, en caso necesario, para el resto del Mundo.

La moneda aplicable a esta póliza es el euro, por lo que los límites de las garantías serán expresados en esta moneda; con independencia de que para aquellas prestaciones que deban ser pagadas o garantizadas por el asegurador en otra moneda, será aplicable el contravalor en euros de la misma a la fecha de ocurrencia del siniestro.

Ámbito territorial

Las coberturas garantizadas por la garantía de traslado internacional son exigibles en todo el mundo, excluido España.

Tramitación de siniestros

Para la solicitud de cualquiera de los servicios concertados en esta garantía, se deberá seguir lo dispuesto específicamente en las garantías o, efectuar una llamada al número de teléfono 902 300 343

Este servicio de alarma funciona durante las 24 horas del día.

A partir de la llamada en que se solicite cualquiera de los servicios pactados, el asegurador se obliga a realizar todas las gestiones para lograr el servicio solicitado, de acuerdo con lo previsto en este contrato.

El número de teléfono de asistencia desde el extranjero es 93 293 26 05.

Regulación complementaria

En todo lo no expresamente regulado en las presentes garantías, se estará a lo dispuesto en las disposiciones comunes a todas las garantías de las Condiciones Generales de la póliza.

2.5. Accidentes

2.5.1. Asegurado con derecho a esta garantía

Tendrá derecho a la cobertura de accidentes en los términos y condiciones que figuran a continuación, única y exclusivamente el primer asegurado de los que figuren en la relación nominal que aparece en el apartado 'Beneficiarios cobertura de accidentes' del documento de Condiciones Particulares.

2.5.2. Riesgos cubiertos

El asegurador pagará a los beneficiarios designados el capital indicado en las Condiciones Particulares si en el plazo de un año, a contar desde la fecha de la ocurrencia del siniestro, el asegurado fallece a consecuencia directa de un accidente cubierto por la póliza.

Esta garantía se extinguirá al cumplir el asegurado 70 años.

2.5.3. Ámbito geográfico

La garantía y/o siniestros cubiertos mediante esta cobertura son de ámbito mundial.

2.5.4. Beneficiarios

Salvo disposición expresa del tomador/asegurado, serán beneficiarios por el siguiente orden riguroso:

1. El cónyuge del asegurado no separado legalmente.
2. Hijos supervivientes del asegurado a partes iguales.
3. Padres supervivientes del asegurado a parte iguales.
4. Los herederos legales del asegurado.

2.5.5. Personas no asegurables en esta cobertura

Con carácter general los menores de 14 años y los mayores de 70.

Riesgos excluidos

Se excluyen de las coberturas de esta garantía:

- a) Los hechos que no tengan la consideración de accidente, de acuerdo con la definición establecida en este contrato.**

En especial, los siguientes:

- a.1. Actos dolosos que sean cometidos por el asegurado y/o beneficiario, o con su cooperación.**
- a.2. Participación del asegurado en duelos, riñas, apuestas, actos de temeridad manifiesta e injustificada, o cualquier acción ilegal en que, con pleno consentimiento y conocimiento, participe el asegurado.**
- a.3. Actos de imprudencia temeraria o negligencia grave del asegurado.**

- b) Los accidentes ocurridos con anterioridad a la entrada en vigor de este contrato, así como sus consecuencias.**

- c) Las enfermedades de cualquier naturaleza, incluyendo las de origen cardiovascular, expresamente el infarto de miocardio, aún cuando sean consideradas por los organismos competentes como accidente laboral.**

- d) Las lesiones u otras consecuencias debidas a intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos que no hayan sido motivados por un accidente.**

- e) Los accidentes y lesiones que sobrevengan en estado de**

enajenación mental, sonambulismo, embriaguez o bajo los efectos de estupefacientes u otras drogas no prescritas por el médico.

- f) Las intoxicaciones por veneno, así como las alimentarias.**
- g) Los accidentes cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros de acuerdo con la legislación vigente.**
- h) Los accidentes derivados de la práctica por parte del asegurado de cualquier deporte con carácter profesional, así como la práctica como aficionado de deportes tales como espeleología, judo, karate, montañismo, motociclismo, paracaidismo, rugby, submarinismo, y, en general, cualquier deporte o actividad recreativa de carácter notoriamente peligroso.**

3. Garantías opcionales

Solo mediante su expresa contratación, que constará en las Condiciones Particulares de la póliza y pago de la prima correspondiente, pueden contratarse las garantías opcionales siguientes a las que serán de aplicación estas Condiciones Generales y Particulares de la póliza.

3.1. Pack de ADN

La contratación de esta garantía incluye la extracción, conservación y disponibilidad de ADN del fallecido con fines de genética clínica o forense durante 10 años. En caso de que los familiares deseen prorrogar la conservación de dicho ADN transcurridos los 10 años, deberán hacerse cargo del correspondiente coste.

El asegurador podrá prestar el servicio o indemnizar a quien acredite haber satisfecho el coste, con una cantidad acorde al precio del mercado en el momento del siniestro.

3.2. Becas de estudio

Se indemnizará, en concepto de becas de estudio, con un importe total de 6.000 € a los hijos menores de 18 años en caso de fallecimiento por accidente del tomador del seguro. En caso de ser varios los beneficiarios, la indemnización se repartirá proporcionalmente entre todos ellos.

Para esta cobertura serán de aplicación las mismas exclusiones a las que se hacen referencia en el Capítulo II, apartado 2.5, para la garantía de Accidentes.

PERSONAS NO ASEGURABLES

A los efectos de este seguro no son asegurables las personas que al solicitarlo tengan más de 70 años o padezcan enfermedad grave.

Riesgos excluidos

CAPÍTULO IV

Quedan excluidos con carácter general para todas las garantías de este contrato los siniestros producidos con motivo o consecuencia de los siguientes riesgos:

- Los riesgos extraordinarios cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros.
- Los riesgos producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- Los riesgos derivados de energía nuclear.
- Los riesgos causados por mala fe del asegurado.
- Los riesgos 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, el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.
- Los que por su magnitud o gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de catástrofe o calamidad nacional.
- Los que comporten una reticencia, inexactitud u omisión en la declaración del asegurado sobre su esperanza de vida.

Efecto del seguro

La cobertura del Seguro tomará efecto en la fecha que se determina en las Condiciones Particulares de la póliza una vez haya sido firmada por las partes y se haya pagado la primera prima.

Plazos de carencia

CAPÍTULO VI

La cobertura de las garantías pactadas, comenzará transcurrido un mes desde la fecha de efecto del seguro para los asegurados menores de 60 años, y tres meses para los asegurados que tengan o superen dicha edad, salvo si el fallecimiento del asegurado fuese a causa de accidente, en cuyo caso tomarán efecto desde la entrada en vigor del Seguro.

No obstante, por acuerdo de las partes contratantes, se podrán suprimir o modificar los plazos de carencia antes estipulados haciéndose constar así en el Anexo 1 de asegurados.

Modificaciones del contrato

Las altas de asegurados que se produzcan tomarán efecto en la fecha que se indique en el correspondiente Suplemento, siempre que este haya sido firmado por las partes, y el tomador del seguro haya abonado el incremento de prima que corresponda, salvo pacto en contrario. A los efectos de los plazos de carencia se estará a lo dispuesto en las condiciones de cada garantía.

El tomador del seguro deberá comunicar al asegurador los cambios de domicilio, ya sea dentro de la localidad en que resida o a población distinta; en este último caso, se adaptará el contrato a los servicios fúnebres existentes en dicho lugar regularizándose la prima.

Duración del seguro

CAPÍTULO VIII

Este contrato ha sido concertado sobre la base de las declaraciones efectuadas por el tomador del seguro y/o asegurado en la solicitud de seguro, que han sido tenidas en cuenta por el asegurador para aceptar el riesgo y le han servido para fijar la prima.

El seguro se estipula por el período de tiempo previsto en las Condiciones Particulares, y a su vencimiento, de conformidad con el artículo 22 de la Ley de Contrato de Seguro se prorrogará tácitamente por años naturales sucesivos. No obstante, el tomador del seguro podrá oponerse a la prórroga mediante notificación escrita dirigida al asegurador, efectuada con una antelación no inferior a dos meses respecto de la fecha de conclusión del período en curso.

El asegurador no podrá oponerse a la prórroga anual de la póliza, con la excepción del supuesto contemplado en el Capítulo XVII B) de este contrato y con la excepción de los supuestos de incumplimiento de obligaciones por parte del tomador del seguro y/o asegurado, así como de la existencia de dolo o culpa grave del asegurado.

1. El Tomador del seguro, de acuerdo con el artículo 14 de la Ley de Contrato de Seguro, está obligado al pago de la prima, lo cual se realizará por domiciliación bancaria, salvo que en las Condiciones Particulares se establezca otro procedimiento.

Para el pago mediante domiciliación bancaria, el tomador del seguro facilitará los datos del establecimiento bancario o caja de ahorros al asegurador dando, a su vez, la orden oportuna al efecto a la entidad financiera. La prima se entenderá satisfecha a su vencimiento salvo que, intentado el cobro dentro del mes siguiente al vencimiento, no existiesen fondos suficientes del obligado al pago. En este caso, se notificará el impago al tomador del seguro por carta certificada.

Si el asegurador dejase transcurrir el mes siguiente al vencimiento sin haber presentado el recibo al cobro o, al hacerlo, no existiesen fondos suficientes en la cuenta, aquel deberá notificar tal hecho al obligado a pagar la prima por carta certificada o medio indubitado, concediéndole un nuevo plazo de un mes para que pueda satisfacer el importe. Este plazo se computará desde la recepción de la indicada carta o notificación en el último domicilio de pago del tomador del seguro.

2. La primera prima será exigible, conforme al artículo 15 de la citada Ley, una vez firmado el contrato; si no hubiera sido pagada por culpa del tomador del seguro, el asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago en vía ejecutiva con base en la póliza. En todo caso, si la prima no hubiera sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el asegurador quedará liberado de su obligación, salvo pacto en contrario.
3. En caso de falta de pago de la segunda y/o sucesivas primas, la cobertura del asegurador quedará suspendida un mes después del día del vencimiento del recibo, y si no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que el contrato queda extinguido. Si el contrato no hubiera sido resuelto o extinguido conforme a las condiciones anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las 24 horas del día en que el tomador del seguro pague la prima. Si la prima no hubiera sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el asegurador quedará liberado de su obligación, salvo pacto en contrario.

4. El asegurador sólo queda obligado por los recibos librados por la Dirección o por sus representantes legalmente autorizados.

El pago del importe de la prima efectuado por el tomador del seguro al mediador no se entenderá realizado al asegurador, salvo que, a cambio, el mediador entregara al tomador del seguro el recibo de prima emitido por el asegurador.

En caso de extinción anticipada del contrato imputable al tomador del seguro, la parte de prima anual no consumida corresponderá al asegurador.

Revalorización de primas

Además de lo dispuesto en el Capítulo XI sobre actualización de prestaciones, las primas de este seguro serán crecientes anualmente en función de la edad de cada asegurado, aplicando las tarifas de primas que el asegurador tenga en vigor al momento de la renovación anual. El tomador del seguro, en caso de renovación, da su conformidad a las variaciones de prima que se produzcan por tal motivo.

Antes del inicio de cada anualidad del seguro, el asegurador comunicará al tomador del seguro cual será la prima a pagar durante el ejercicio siguiente.

Actualización del capital asegurado

CAPÍTULO XI

Con la finalidad de mantener actualizados los capitales o valores asegurados garantizados en la póliza, anualmente se aplicará una revalorización del capital asegurado que permita cubrir la variación de los costes de los distintos elementos que componen el servicio fúnebre y demás prestaciones garantizadas. Las variaciones de capital darán lugar a una actualización de la prima y se tarificarán de acuerdo con la edad de los asegurados en el momento en que tome efecto dicha variación.

El asegurador propondrá al tomador del seguro los nuevos capitales asegurados de la póliza en función del valor del servicio fúnebre y demás prestaciones garantizadas. El asegurador lo pondrá en conocimiento del tomador del seguro emitiendo con dos meses de antelación a la fecha en que debe tomar efecto un Suplemento de Actualización en el que se propondrán los nuevos capitales y la variación de la prima correspondiente.

Propuesto dicho aumento por el asegurador, el tomador decidirá entre aceptar la actualización propuesta o mantener el capital asegurado hasta aquel momento, en cuyo caso, el asegurador, cuando se produzca el fallecimiento, sólo responderá hasta el límite máximo de capital que figure en la póliza, siendo a cargo de los causahabientes del fallecido el importe de la diferencia, si la hubiera.

De no recibir respuesta en el plazo de un mes a contar desde la recepción del Suplemento de Actualización, se procederá a cursar el recibo por el nuevo importe, suponiendo el pago de la nueva prima por el tomador la aceptación de dicha actualización.

Para hacer efectivos los derechos derivados de este seguro en caso de fallecimiento de un asegurado, podrá comunicarse el fallecimiento al asegurador mediante el teléfono o cualquier otro canal facilitados por el asegurador.

Para hacer efectivos los derechos derivados de este seguro en el resto de garantías, el asegurado deberá ponerse en contacto a través del teléfono facilitado por el asegurador.

Cuando un asegurado fallezca en localidad distinta a la consignada como domicilio en la póliza se prestará un servicio fúnebre de acuerdo con las modalidades existentes en la plaza, haciéndose cargo el asegurador de los gastos ocasionados hasta el límite del valor asegurado en la póliza.

Si al fallecer un asegurado resultase que lo está con el mismo asegurador en más de una póliza del seguro de decesos, el asegurador sólo reconocerá los derechos correspondientes a una de ellas, que los causahabientes podrán elegir, procediéndose al reembolso de las primas pagadas por el asegurado en las otras pólizas con deducción de los gastos de gestión consumidos.

Otras obligaciones, deberes y facultades del tomador y asegurado

CAPÍTULO XIII

El tomador del seguro y, en su caso, el asegurado, tiene las siguientes obligaciones:

Declarar al asegurador, de acuerdo con la pregunta del estado de salud que este le presente, con veracidad, diligencia y sin reserva 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 a pregunta alguna o, aún cuando lo haya cumplimentado, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén incluidas en él.

Comunicar al asegurador, durante el curso del contrato y tan pronto como le sea posible, todas las circunstancias que, de acuerdo con la pregunta del estado de salud presentada por el asegurador antes de la conclusión del contrato, agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por este en el momento de la perfección del contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas para el asegurado. En tales circunstancias el asegurador podrá proponer una modificación de las condiciones o rescindir el mismo si se rechaza la propuesta por el tomador del seguro.

El tomador del seguro o el asegurado podrán, durante la vigencia 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 este en el momento de la perfección del contrato, lo habría concluido en condiciones más favorables para el asegurado.

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 del seguro, en caso contrario, a la resolución del contrato y a la devolución de la diferencia entre la prima satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar, desde la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.

El tomador del seguro podrá reclamar al asegurador, en el plazo de un mes desde la entrega de la póliza, que se subsanen las divergencias existentes entre ésta si la hubiere o de las cláusulas acordadas, según dispone el artículo

8 de la Ley de Contrato de seguro. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza.

En el supuesto de indicación inexacta de la edad 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 corresponda pagar, el tomador del seguro reintegrará la diferencia de primas. Si por el contrario la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, el asegurador está obligado a restituir el exceso de primas percibidas, sin intereses.

Aminorar las consecuencias del siniestro, empleando todos los medios a su alcance. El incumplimiento de este deber, con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al asegurador, liberará a este de toda prestación derivada del siniestro.

Otras obligaciones del asegurador

CAPÍTULO XIV

Además de prestar los servicios y garantías contratadas, el asegurador deberá entregar al tomador del seguro la póliza o, en su caso, el documento de cobertura provisional o el que proceda, así como un ejemplar de los demás documentos que haya suscrito el tomador del seguro.

1. Cuando el asegurador tenga conocimiento de la reserva o inexactitud de los datos que haya facilitado el tomador del seguro o el asegurado con anterioridad a la suscripción de la póliza, podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador del seguro o en su caso al asegurado en el plazo de un mes desde que tuvo el citado conocimiento.

Si el siniestro sobreviene antes de que el asegurador haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de este se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo, salvo que el tomador del seguro o el asegurado hubiesen actuado con dolo o culpa grave a la hora de declarar el riesgo, en cuyo caso, pierden el derecho a la prestación garantizada.

2. En el caso de agravación del riesgo sobre un contrato ya celebrado:
 - El asegurador puede, en el plazo de dos meses a contar desde el día en que la agravación del riesgo le ha sido declarada por el tomador del seguro y/o asegurado, proponer una modificación del contrato. En tal caso, el tomador del seguro 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 del seguro, el asegurador puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al tomador del seguro, otorgándole para que conteste un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho días siguientes comunicará al tomador del seguro la rescisión definitiva.
 - El asegurador igualmente podrá rescindir el contrato comunicándolo por escrito al tomador del seguro o en su caso al asegurado dentro del plazo de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo. En el caso de que el tomador del seguro y/o el asegurado no hayan efectuado su declaración de agravación del riesgo, y sobreviniera un siniestro, el asegurador queda liberado de su prestación si el tomador de seguro y/ 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 hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

Comunicaciones

CAPÍTULO XVI

Las comunicaciones al asegurado, por parte del tomador del seguro, del asegurado o del beneficiario, se realizarán en el domicilio social de aquel señalado en la póliza, pero si se realizan a un agente del asegurador surtirán los mismos efectos que si se hubieran realizado directamente a este.

Las comunicaciones del asegurador al tomador del seguro, al asegurado o beneficiario, se realizarán en el domicilio de los mismos recogido en la póliza, salvo que hubiesen notificado el cambio de su domicilio al asegurador.

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

Pérdida de derechos, indisputabilidad del contrato y nulidad del mismo

A. Pérdida de derechos

El asegurado pierde el derecho a la prestación garantizada:

- a) **En caso de inexactitud por parte del tomador del seguro o, en su caso, del asegurado, a la hora de declarar el riesgo antes de la suscripción de la póliza, ya sea no respondiendo con veracidad, ya sea ocultando de manera consciente circunstancias relevantes, ya sea no observando la debida diligencia para proporcionar los datos que se le pidan y siempre y cuando haya mediado dolo o culpa grave del tomador del seguro o, en su caso, del asegurado (artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro).**
- b) **En caso de agravación del riesgo, si el tomador del seguro o el asegurado no lo hubieran comunicado al asegurador, y hubieran actuado con mala fe (artículo 12 de la Ley de Contrato de Seguro).**
- c) **Si el hecho garantizado sobreviene antes de que se haya pagado la primera prima, salvo pacto en contrario (artículo 15 de la Ley de Contrato de Seguro).**
- d) **Cuando el siniestro hubiese sido causado por mala fe del asegurado o del tomador del seguro (artículo 19 de la Ley de Contrato de Seguro).**

B. Indisputabilidad del contrato

1. La póliza será indisputable en cuanto al estado de salud del asegurado transcurridos dos años desde la perfección del contrato.
2. En el momento en que la póliza deviene indisputable, el asegurador pierde el derecho a resolver el contrato y, en caso de siniestro, a negar la prestación o reducirla proporcionalmente, alegando la existencia de enfermedades preexistentes consecuencia de la declaración errónea o inexacta del tomador, salvo que el tomador del seguro y/o asegurado hayan actuado con dolo.

C. Nulidad del contrato

1. El contrato de seguro será nulo, salvo en los casos previstos por la Ley, si en el momento de su conclusión ya hubiere ocurrido el siniestro.

Jurisdicción y prescripción

Será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro el del domicilio del asegurado.

Las acciones para exigir derechos derivados de la póliza prescriben a los dos o cinco años dependiendo de su naturaleza según establece la Ley.

Protección del asegurado y contratación a distancia

CAPÍTULO XIX

El control de la actividad aseguradora de Segurcaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros, la ejerce el Estado Español a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Hacienda.

Sin perjuicio de la posibilidad de acudir a la vía judicial, el tomador del seguro, el asegurado, el beneficiario, los terceros perjudicados o los derechohabientes de cualquiera de ellos podrán presentar quejas y/o reclamaciones contra aquellas prácticas del asegurador que consideren abusivas o que lesionen sus derechos o intereses legalmente reconocidos derivados del contrato de seguro, ante las siguientes instancias:

1. El Servicio de Atención al Cliente, conforme al procedimiento establecido en el Reglamento del mismo.
2. El Defensor del Cliente, conforme al procedimiento establecido en el Reglamento del mismo.
3. El Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Partícipe en Planes de Pensiones (funciones asumidas por el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones). Para la admisión y tramitación de reclamaciones ante el mismo se debe acreditar la formulación de reclamación previa ante el Servicio de Atención al Cliente o el Defensor del Cliente y que la misma ha sido desestimada, no admitida o que ha transcurrido el plazo de dos meses desde su presentación sin que haya sido resuelta.

Si el contrato de seguro se hubiere realizado por una técnica de comunicación a distancia y el tomador de seguro fuese una persona física que actúe con un propósito ajeno a una actividad comercial o profesional propia, tendrá la facultad unilateral de resolver el contrato sin indicación de los motivos y sin penalización alguna, siempre que no haya acaecido el evento dañoso objeto de cobertura dentro del plazo de catorce días contados desde la fecha de celebración del contrato.

Esta facultad unilateral se podrá ejercitar por el tomador mediante comunicación escrita y firmada, que permita dejar constancia de la comunicación, dirigida al domicilio social del asegurador, con indicación del número inicialmente asignado para la póliza.

Tratamiento y cesión de los datos personales

El tomador/asegurado consiente de forma expresa:

- 1) Que los datos personales proporcionados, así como cualquier otro dato que pudiera facilitarse a lo largo de la relación contractual, incluidos en ambos casos datos de salud, sean incluidos en un fichero, automatizado o no, cuyo responsable es SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros, (con domicilio social en Juan Gris, 20-26, 08014 Barcelona), única destinataria de los datos, salvo en el supuesto de las cesiones previstas en la presente cláusula, con la finalidad de llevar a cabo la relación contractual, para la gestión propia de la actividad aseguradora, la prevención e investigación del fraude, así como para valorar y delimitar el riesgo. Asimismo, consiente que sus datos (incluidos datos de salud) sean tratados por otras entidades aseguradoras, reaseguradoras o centros médicos y profesionales de la medicina que, por razones de reaseguro, coaseguro o por la operativa en la gestión de siniestros, intervengan en la gestión de la póliza y de sus siniestros.
- 2) Que SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros pueda solicitar de profesionales sanitarios y centros médicos (públicos y privados), información referente a la salud de los asegurados y de su proceso asistencial, con la finalidad de la correcta valoración del riesgo de la solicitud, verificación de las coberturas de la póliza, justificación de los siniestros, estudio de autorizaciones para los servicios que así lo requieran, prevención e investigación del fraude, atención de las reclamaciones que se pudieran efectuar, pago de los servicios recibidos por el asegurado a dichos profesionales sanitarios y centros médicos y cumplimiento de las obligaciones derivadas para SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros en virtud del contrato de seguro. La presente autorización se hace extensiva a los profesionales y centros médicos a los que se requiera información médica para que procedan a su remisión a SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros, únicamente de conformidad con lo previsto en la presente cláusula. Los datos personales (incluidos datos de salud) que se reciban en SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros de dichos profesionales y centros médicos serán tratados de conformidad con las previsiones contenidas en la presente cláusula, incorporándose en un fichero, responsabilidad de SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros, con las finalidades indicadas en el presente párrafo.

- 3) La transferencia internacional de los datos del asegurado (incluidos datos de salud), incluso a países que no proporcionen un nivel de protección equiparable a la normativa sobre protección de datos española, cuando sea preciso para el cumplimiento de las finalidades indicadas en la presente cláusula.
- 4) Que por parte de SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros no se informe a los asegurados/beneficiarios/ tomador de cada primera cesión de datos que se pudiera producir, de conformidad con las previsiones contenidas en la presente cláusula.
- 5) La grabación de las llamadas telefónicas que realice a los números de teléfono de contacto de SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros, a los efectos de control de calidad de las llamadas y gestión de reclamaciones.

Los datos de su contrato de seguro y los siniestros vinculados a este, podrán ser cedidos a ficheros comunes para la liquidación de siniestros, conforme a lo dispuesto en el art. 25 del RDL 6/2004, de 29 de octubre y la DA 6a de la LO 15/1999, de 13 diciembre.

El tomador, tras haber informado del contenido íntegro de la presente cláusula a los asegurados/beneficiarios, en los mismos términos en que ha sido informado el tomador, se compromete a obtener el consentimiento expreso de los asegurados/beneficiarios que se vayan a incluir en la póliza:

- a) Para facilitar sus datos personales a SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros, para la realización de los tratamientos de datos previstos en la presente cláusula.
- b) Para que por parte de SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros se pueda remitir al tomador un extracto donde figuren los servicios que hubieran sido utilizados por los asegurados incluidos en la póliza, junto con el importe de las franquicias que pudieran corresponder, (datos de salud) así como para, en su caso, que se pueda proceder al abono de la franquicia o participación en el coste de los servicios recibidos.

El tomador, en el caso de que se produzca alguna variación en los datos facilitados a SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros para su tratamiento de conformidad con lo previsto en la presente cláusula, lo notificará a SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros para que por parte de ésta entidad se proceda a dicha modificación.

Todos los datos recabados, así como los anteriores tratamientos y cesiones, son imprescindibles para el establecimiento y desarrollo de la relación contractual.

Las garantías del presente seguro se extienden a todo el territorio nacional salvo lo dispuesto en estas Condiciones Generales.

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

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, y modificado por la ley 12/2006, de 16 de mayo, el tomador de un contrato de seguro de los que deben obligatoriamente incorporar recargo a favor de la citada entidad pública empresarial tiene la facultad de convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier entidad aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente.

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

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

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 suma asegurada y la provisión matemática que, de conformidad con la normativa citada, la entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la citada provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

Procedimiento de actuación en caso de siniestro indemnizable por el Consorcio de Compensación de Seguros

En caso de siniestro, el asegurado, tomador, beneficiario, o sus respectivos representantes legales, directamente o a través de la entidad aseguradora o del mediador de seguros, deberá comunicar, dentro del plazo de siete días de haberlo conocido, la ocurrencia del siniestro, en la delegación regional

del Consorcio que corresponda, según el lugar donde se produjo el siniestro. La comunicación se formulará en el modelo establecido al efecto, que está disponible en la página “web” del Consorcio (www.conorseguros.es), o en las oficinas de este 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