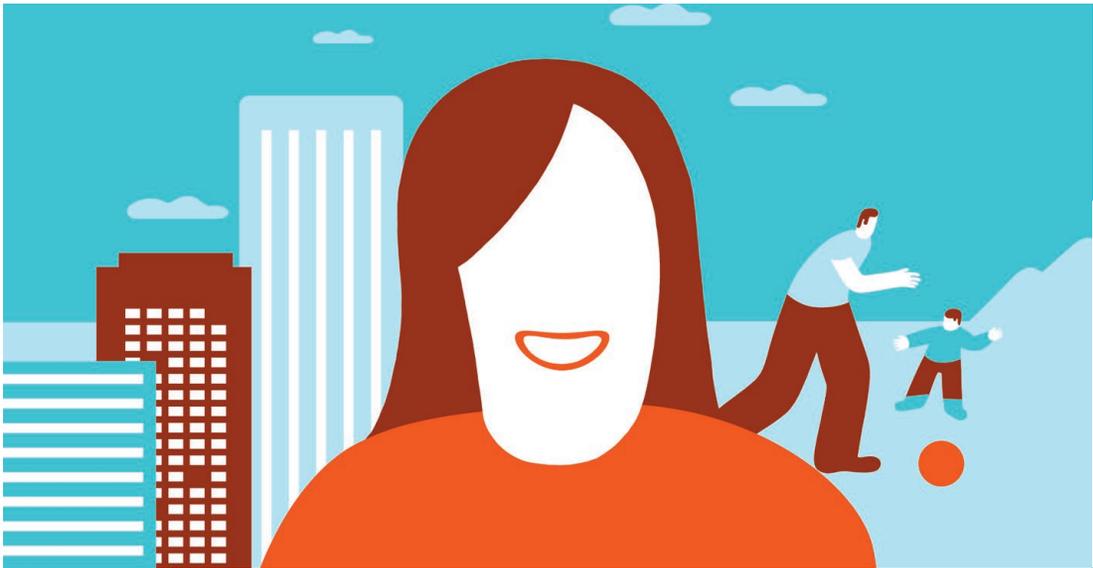


Condiciones Generales

Asisa Vida Mujer



Algunas de las cláusulas limitativas de derechos incluidas en las Condiciones Generales, no serán de aplicación en función de las Condiciones Particulares establecidas con el Tomador del Seguro.

CONDICIONES GENERALES DE ASISA VIDA MUJER

CLAUSULA PRELIMINAR

El presente contrato de seguro se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, en la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, por lo previsto en el Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de Entidades aseguradoras y reaseguradoras, y por lo que se conviene en las Condiciones Generales, Particulares y Especiales de este contrato, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos del Asegurado que no sean específicamente aceptadas por éstos, como pacto adicional a las Condiciones Particulares. No requerirán la mencionada aceptación las simples transcripciones o referencias a preceptos legales imperativos.

DEFINICIONES A EFECTOS DE ESTE CONTRATO

A los efectos de este contrato se entiende por:

- 1. Entidad Aseguradora:** Asisa Vida Seguros, S.A.U., Entidad emisora de esta póliza que, en su condición de Entidad Aseguradora y mediante el cobro de la prima, asume la cobertura de los riesgos objeto de este contrato, dentro de los límites pactados.
- 2. Tomador del Seguro:** La persona física o jurídica que, juntamente con la Entidad Aseguradora, suscribe esta Póliza, y a la que corresponden los derechos y obligaciones que de la misma se deriven, salvo aquellos que por su naturaleza correspondan expresamente al Asegurado o al Beneficiario.
- 3. Asegurado:** La persona física designada en las Condiciones Particulares sobre la cual se establece el seguro y que, en defecto del Tomador, asume las obligaciones derivadas del contrato.
- 4. Beneficiario(s):** La(s) persona(s) titular(es) del derecho a percibir la Suma Asegurada por este contrato de seguro en caso de producirse un siniestro.
- 5. Póliza:** El documento que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte de la Póliza: las Condiciones Generales, las Particulares que individualizan el riesgo, las Especiales y los Suplementos o Apéndices que se emitan a la misma para complementarla o modificarla, durante la vigencia del seguro.
- 6. Solicitud de Seguro:** Documento, según modelo suministrado por el Asegurador, en el que el Tomador solicita su adhesión al seguro y precisa las condiciones en que desea asegurarse en la modalidad de seguro ofertada. El Asegurado consiente en asegurarse y ambos informan al Asegurador de los datos personales necesarios para la elaboración de la póliza y declaran cuantas circunstancias les sean conocidas, para la correcta evaluación del riesgo, de acuerdo con el cuestionario contenido en la propia Solicitud.
- 7. Declaración de Salud:** Cuestionario incluido en la solicitud de seguro, que ha de rellenar el asegurado, en el que se exponen los datos necesarios para la valoración del riesgo. Debe rellenarse y firmarse de forma veraz, completa y exacta, para que Asisa Vida Seguros, además de identificar al sujeto del contrato, pueda valorar los datos y evaluar el riesgo antes de otorgar su consentimiento.
- 8. Dolo:** Cualquier acción u omisión intencional manifestada u ocultada a la aseguradora sobre cuestiones relevantes para la perfección del contrato, para el desarrollo del mismo, o para la determinación de las prestaciones que correspondan.

- 9. Enfermedad Preexistente:** Aquella que, desde el punto de vista médico, ya existía con anterioridad al momento de la contratación o alta en el seguro.
- 10. Profesión del Asegurado:** Aquella actividad remunerada realizada por el asegurado que constituye su fuente principal de ingresos. Esta actividad vendrá expresamente indicada en la solicitud del seguro.
- 11. Edad Actuarial:** Es la que tiene el asegurado en el cumpleaños más cercano a la fecha de efecto de la póliza o de su última renovación.
- 12. Prima:** El precio del seguro. El recibo incluirá además los recargos e impuestos que, en cada momento, sean de aplicación legal.
- 13. Suma Asegurada o Capital Asegurado:** Importe de la indemnización a pagar por el Asegurador en caso de producirse el Siniestro. En las Condiciones Particulares de cada Póliza figura la Suma Asegurada para cada contingencia cubierta, en función de los Módulos y las Garantías Complementarias contratados.
- 14. Siniestro:** Hecho cuya ocurrencia está cubierta por la póliza desencadenando el pago por la Aseguradora del Capital Asegurado en cada caso, según figura en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- 15. Accidente:** Lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, que produzca su muerte inmediatamente o dentro de los veinticuatro meses siguientes a partir de la fecha en que sufrió la lesión.
- Nunca se considerará accidente el infarto agudo de miocardio.**
- 16. Incapacidad Permanente Absoluta:** La situación física irreversible provocada por enfermedad o accidente originados independientemente de la voluntad del Asegurado, que le inhabilite, por completo y de forma permanente, para toda profesión u oficio.
- 17. Cáncer ginecológico femenino:** enfermedad maligna caracterizada por el crecimiento y proliferación de células malignas de diferentes tipos histológicos que invaden los tejidos. El diagnóstico debe estar respaldado por evidencia histológica – o citológica en el caso de los cánceres sistémicos.
- Tipos de cáncer cubiertos: Cáncer de mama, cérvix (cuello uterino), útero, ovario, vagina, vulva y de trompas de Falopio
- 18. Domicilio del Tomador del seguro y del Asegurado:** El que figure identificado en las Condiciones Particulares de la póliza.

OBJETO DEL SEGURO

Artículo 1.

Por el presente contrato, la Entidad Aseguradora garantiza el pago al Beneficiario o Beneficiarios de las indemnizaciones en base a las coberturas y servicios establecidos en las Condiciones Particulares. Las garantías que pueden contratarse son las siguientes:

- Capital en caso de Fallecimiento por Cualquier Causa.
- Capital en caso de Diagnóstico de Cáncer Ginecológico Femenino.
- Capital en caso de Incapacidad Permanente Absoluta.
- Otros Servicios de Asesoramiento médico y Asistenciales.

BASE DEL CONTRATO

Artículo 2.

Las declaraciones del Tomador y del Asegurado contenidas en la solicitud del seguro y el cuestionario con la declaración de salud manifestada por el Asegurado, así como, en su caso, el reconocimiento médico del Asegurado, junto con las Condiciones Generales y Particulares, Suplementos y Apéndices de esta Póliza, constituyen un todo unitario, base de este contrato de Seguro.

El Tomador del Seguro tendrá la facultad de resolver el contrato sin indicación de los motivos y sin penalización alguna dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que la Entidad Aseguradora le entregue la Póliza de Seguro. Si el contrato se ha celebrado a distancia, el mencionado plazo se contará a partir del día en que el Tomador reciba la Póliza junto con la información sobre la existencia del derecho de resolución.

La facultad unilateral de resolución del contrato deberá ejercitarse por el Tomador mediante comunicación dirigida a la Entidad Aseguradora a través de un soporte duradero, disponible y accesible a éste y que permita dejar constancia de la notificación.

A partir de la fecha en que se expida la comunicación a que se refiere el párrafo anterior cesará la cobertura del riesgo por parte de la Entidad Aseguradora y el Tomador del seguro tendrá derecho a la devolución de la prima que hubiera pagado, **salvo la parte correspondiente al periodo de tiempo en que el seguro hubiera tenido vigencia**. Para ello, la Entidad Aseguradora dispondrá de treinta días a contar desde el día que reciba la comunicación de rescisión.

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Artículo 3.

El Tomador, en el supuesto de no haber designado Beneficiario al contratar el seguro, podrá en cualquier momento de su vigencia proceder a su designación o a la modificación de la ya efectuada sin necesidad del consentimiento de la Entidad Aseguradora, siempre y cuando no haya renunciado expresamente y por escrito a tal facultad.

Tanto una como otra posibilidad deberán efectuarse mediante declaración escrita del Tomador dirigida a la Entidad Aseguradora, o mediante testamento.

Si en el momento del fallecimiento del asegurado no hubiere beneficiario concretamente designado, ni reglas para su determinación, el capital formará parte del patrimonio del tomador.

RIESGOS EXCLUIDOS

Artículo 4.

Quedan excluidos de la cobertura y, por lo tanto, no devengarán indemnización alguna, los siguientes siniestros:

- **El suicidio durante el primer año de vigencia de la póliza.**
- **La incapacidad como consecuencia de siniestros causados voluntariamente por el asegurado.**
- **Los ocurridos durante la práctica de los deportes siguientes: boxeo, lucha, artes marciales, espeleología, submarinismo, alpinismo, escalada, ala delta, vuelo en aviones ultraligeros, paracaidismo, parapente o cualquier otro de similar peligrosidad.**
- **Los ocurridos como consecuencia de accidentes o enfermedades originadas con anterioridad a la entrada en vigor de la póliza.**

- La incapacidad como consecuencia de accidentes que sobrevengan al Asegurado por embriaguez o uso de estupefacientes no prescritos médicamente, sonambulismo o locura, en riña o desafío, siempre que en este último caso no hubiera actuado en legítima defensa o en tentativa de salvamento de personas o bienes.
- Los ocurridos como consecuencia de actos delictivos del asegurado.
- La incapacidad derivada de accidentes que sean fruto de ceguera, sordera u otro defecto físico no declarado.
- La incapacidad derivada de las competiciones de velocidad, resistencia, carreras de cualquier naturaleza como profesional o aficionado, sus entrenamientos y ensayos preparatorios.
- Para la cobertura de Diagnóstico de Cáncer ginecológico femenino, además de las exclusiones establecidas en la definición de los tipos de cáncer cubiertos, son de aplicación las siguientes exclusiones:
 - Cáncer in situ.
 - Enfermedades malignas de la piel diferentes al melanoma maligno que haya producido invasión más allá de la epidermis.
 - Cualquier otro tipo de cáncer salvo los mencionados expresamente como cubiertos.
 - Todos los cáncer de piel.
 - Cualquier enfermedad o trastorno descrito o clasificado como cualquiera de los siguientes, no se considera que sea cáncer: premalignos, no invasivos, en el límite de la malignidad o con bajo potencial de malignidad y displasia cervical CIN-1, CIN-2 o CIN-3.
- Siniestros acaecidos como consecuencia de riesgos extraordinarios que estén amparados por el Consorcio de Compensación de Seguros.

DURACIÓN DEL SEGURO

Artículo 5. Duración del Seguro.

El seguro se estipula por el período de tiempo previsto en las Condiciones Particulares de esta Póliza. En el caso de seguros anuales, a su vencimiento, de conformidad con el artículo 22 de la Ley de Contrato de Seguro, se prorrogará tácitamente por períodos no superiores a un año, mediante el pago de la prima que corresponda a la edad y capital asegurado, hasta la anualidad dentro de la cual el asegurado cumpla 75 años. **No obstante lo anterior, cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga mediante notificación escrita a la otra, efectuada con un plazo de, al menos, un mes de antelación a la conclusión del período del seguro en curso, cuando quien se oponga a la prórroga sea el tomador, y de dos meses cuando sea el asegurador.** El asegurador deberá comunicar al tomador, al menos con dos meses de antelación a la conclusión del período en curso, cualquier modificación del contrato de seguro.

Artículo 6. Cancelación de la póliza.

El presente seguro finalizará como consecuencia del fallecimiento o incapacidad permanente absoluta del asegurado.

En caso de diagnóstico de cáncer ginecológico femenino, al ser considerado como un anticipo de capital de la garantía principal, se mantendrán las coberturas de fallecimiento e incapacidad por la diferencia del capital indicado en las Condiciones Particulares.

ÁMBITO DEL SEGURO

Artículo 7.

Las garantías del presente seguro se extienden al mundo entero, **excepto aquellos países que se encuentren en conflicto bélico o armado.**

El domicilio habitual del asegurado debe encontrarse, efectivamente, en España.

PAGO DE LAS PRIMAS

Artículo 8.

El Tomador del seguro, de acuerdo con el artículo 14 de la Ley de Contrato de Seguro, está obligado al pago de la prima según lo establecido en las Condiciones Particulares.

Los recibos de primas deberán hacerse efectivos en los correspondientes vencimientos por anualidades completas y anticipadas. El fraccionamiento mensual, trimestral o semestral del pago de la prima, no libera al Tomador de la obligación de abonar la totalidad de la prima anual.

Para la domiciliación bancaria del pago de los recibos de prima, son de aplicación las siguientes normas:

1.- El Tomador deberá entregar al Asegurador carta, dirigida a la caja de ahorros o entidad bancaria, dando la orden a tal efecto, indicando los datos para la identidad de la cuenta de domiciliación.

2.- La prima se entenderá satisfecha a su vencimiento excepto si, presentado el recibo al cobro dentro del plazo de gracia, no existieran fondos suficientes en la cuenta de domiciliación o el recibo fuera devuelto por cualquier otra causa imputable al Tomador. En este caso, la prima deberá ser satisfecha en el domicilio del Asegurador.

3.- Si el Asegurador dejara transcurrir el plazo de gracia sin presentar el recibo al cobro y al hacerlo no existieran fondos suficientes en la cuenta, lo comunicará al Tomador para que, en un nuevo plazo de treinta días naturales desde la recepción de la comunicación, pueda satisfacer su importe en el domicilio del Asegurador.

Artículo 9.

La primera prima anual es exigible, conforme al artículo 14 de la Ley de Contrato de Seguro una vez firmado el contrato. Si no hubiera sido pagada por culpa del Tomador, la Entidad Aseguradora tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago en vía ejecutiva con base en la póliza, y si no hubiera sido pagada antes de que se produzca el siniestro, la Entidad Aseguradora quedará liberada de su obligación, salvo pacto en contrario. (Artículo 15 de la Ley de Contrato de Seguro).

Artículo 10.

En caso de falta de pago de la segunda y sucesivas primas o fracciones de ella, la cobertura de la Entidad Aseguradora queda suspendida un mes después del día de su vencimiento, 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 veinticuatro horas del día en que el Tomador pague la prima.

Artículo 11.

La Entidad Aseguradora y el Asegurado solamente quedan obligados por los recibos librados por la Dirección de la Entidad Aseguradora o por sus representantes legalmente autorizados.

OBLIGACIONES, DEBERES Y FACULTADES DEL TOMADOR O ASEGURADO

Artículo 12.

El Tomador del seguro y, en su caso, el Asegurado o el Beneficiario, tienen las obligaciones y deberes siguientes:

a) Comunicar a la Entidad Aseguradora, durante la vigencia del contrato, tan pronto como le sea posible, la alteración de los factores y las circunstancias declaradas en el cuestionario que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por ésta en el momento de la perfección del contrato no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

No obstante el contenido del párrafo anterior, el tomador o asegurado no tienen obligación de comunicar la variación de las circunstancias relativas al estado de salud del asegurado, que en ningún caso se considerarán agravación del riesgo.

En especial, se deberán comunicar las modificaciones producidas por las siguientes causas:

- Cambio de residencia habitual a otros países
- Cambio de profesión, trabajo habitual o actividad profesional

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

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

b) Comunicar a la Entidad Aseguradora, el cambio de domicilio designado en la póliza en los 8 días siguientes a producirse.

c) En caso de siniestro, el Tomador, o el Beneficiario, deberá comunicar su acaecimiento a la Entidad Aseguradora dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido, con los efectos previstos en el artículo 16 de la Ley de Contrato de Seguro.

d) Cuando el contrato de seguro se celebre utilizando una técnica de contratación a distancia, el Tomador podrá resolverlo unilateralmente, sin penalización, si no ha acaecido el siniestro objeto de cobertura, en los 30 días siguientes a la firma de la póliza o a la recepción por el Tomador de las condiciones contractuales y la información previa obligatoria, si esta recepción es posterior a la firma de la póliza, mediante comunicación escrita a la Entidad en este sentido. Si hubiese acaecido el siniestro, Asisa Vida Seguros podrá exigir el pago del servicio prestado con anterioridad al desistimiento, que consistirá en el importe de la prima que sea proporcional al tiempo transcurrido hasta el momento del desistimiento.

Artículo 13.

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el tomador del seguro podrá reclamar a la Entidad aseguradora en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza para que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza.

Artículo 14.

El tomador podrá ceder o pignorar la póliza, siempre que no haya sido designado beneficiario con carácter irrevocable. La cesión o pignoración implica la revocación del beneficiario. El tomador deberá comunicar por escrito fehacientemente al asegurador la cesión o pignoración realizada.

Artículo 15.

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

Artículo 16.

En caso de extravío, robo o destrucción de la póliza, el tomador lo comunicará por carta certificada al asegurador, el cual, de acuerdo con las disposiciones legales vigentes, procederá a la emisión de un duplicado de la misma.

COBERTURAS

Artículo 17. Fallecimiento.

En caso de fallecimiento del Asegurado, el Beneficiario o, en su caso, los Beneficiarios deberán presentar a la Entidad Aseguradora los siguientes documentos:

- a) Certificados de defunción y nacimiento del asegurado, salvo que éste último hubiera sido ya aportado.
- b) Certificado del médico que haya asistido al Asegurado, indicando el origen, evolución y naturaleza de la enfermedad o accidente que le causó la muerte o, en su caso, testimonio de las diligencias judiciales o documentos que acrediten el fallecimiento por accidente.
- c) Certificado del Registro de Actos de Últimas Voluntades y, en su caso, copia del último testamento del Asegurado o acto judicial de declaración de herederos.
- d) Carta de pago o declaración de exención del Impuesto de Sucesiones. e) La póliza y el último recibo de prima satisfecho.

El Beneficiario o, en su caso, los Beneficiarios, deberán justificar su derecho fehacientemente. Todos los justificantes documentales habrán de presentarse debidamente legalizados, en los casos que fuere preciso.

Una vez recibidos los anteriores documentos, la Entidad Aseguradora, deberá efectuar, dentro de los cuarenta días, a partir de la recepción de la declaración del siniestro, el pago del importe mínimo al que pueda resultar obligado, según las circunstancias por él conocidas.

En todo caso, el asegurador se reserva la facultad de requerir toda clase de documentos o pruebas complementarias, que permitan valorar el derecho al pago de la indemnización. El asegurado autoriza expresamente a Asisa Vida Seguros, a fin de que realice los actos y gestiones oportunas para la comprobación de la trascendencia, existencia, evolución o desaparición de las enfermedades o lesiones declaradas, así como para conocer los posibles antecedentes o consecuencias de las mismas.

Artículo 18. Cáncer Ginecológico Femenino.

En caso de diagnóstico de cáncer ginecológico femenino cubierto por la póliza, el Asegurado deberá presentar a la Entidad Aseguradora los siguientes documentos:

- a) Certificado médico realizado por un oncólogo con confirmación histopatológica, con la fecha de diagnóstico.
- b) Póliza de seguro y el último recibo pagado.

Asisa, Entidad aseguradora, queda expresamente facultada para que el asegurado sea reconocido por los médicos que ésta designe.

Esta cobertura se mantendrá hasta la anualidad dentro de la cual el asegurado cumpla 67 años de edad. Así mismo se establece un periodo de carencia de 120 días desde la contratación de la póliza.

Artículo 19. Incapacidad Permanente Absoluta.

En caso de incapacidad permanente absoluta cubierta por la póliza, el Asegurado deberá presentar a la Entidad Aseguradora los siguientes documentos:

- a) Resolución firme y definitiva de la Seguridad Social u Organismo Oficial competente en donde se dicte la incapacidad permanente absoluta del Asegurado. De no estar afiliado a la Seguridad Social o Mutuality correspondiente, se deberá aportar certificado médico en el que se determine la fecha de origen de la enfermedad o acaecimiento del accidente y se evidencie la incapacidad permanente absoluta de manera definitiva.
- b) Póliza de seguro y el último recibo pagado.

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

En el supuesto de falta de acuerdo sobre la naturaleza de la Incapacidad del Asegurado, entre el Tomador o los Beneficiarios y la Entidad Aseguradora, las partes se obligan a solventar sus diferencias por medio de dos peritos médicos, elegidos uno por cada parte, de acuerdo con lo establecido en los Artículos 38 y 39 de la Ley de Contrato de Seguros. Si una de las partes no hubiera designado perito, estará obligada a hacerlo en los ocho días siguientes a la fecha en que sea requerida por la que hubiera designado el suyo; de no hacerlo en este último plazo, se entenderá que acepta el dictamen que emita el perito de la otra parte, quedando vinculada por el mismo.

Esta cobertura se mantendrá hasta la anualidad dentro de la cual el asegurado cumpla 67 años de edad.

Artículo 20. Servicios Médicos y Asistenciales.

El asegurado tendrá derecho a los Servicios Asistenciales indicados en las Condiciones Particulares de su póliza de acuerdo con lo establecido en el Apéndice que de dichas coberturas entregan junto con las presentes Condiciones Generales.

Artículo 21.

La Entidad Aseguradora pagará la indemnización según lo previsto en la cláusula anterior, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 18 de la Ley de Contrato de Seguro.

Si en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro, la Entidad Aseguradora no hubiera indemnizado su importe o no hubiera procedido al pago del importe mínimo previsto en el artículo 18 de la Ley de Contrato de Seguro, sin causa justificada, la indemnización se incrementará aplicando un interés anual igual al interés legal del dinero vigente en el momento en que se devengue, incrementado en un cincuenta por ciento, conforme al artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro.

Será término inicial del cómputo de dichos intereses la fecha del siniestro.

No obstante, si por el tomador del seguro, el asegurado o el beneficiario no se ha cumplido el deber de comunicar el siniestro dentro del plazo fijado en la póliza o, subsidiariamente, en el de siete días de haberlo conocido, el término inicial del cómputo será el día de la comunicación del siniestro. Estos intereses se considerarán producidos por días. Transcurridos dos años desde la producción del siniestro, el interés anual no podrá ser inferior al veinte por ciento.

Será término final del cómputo de intereses, en los casos de falta de pago del importe mínimo de los que el asegurador pueda deber, el día en que con arreglo al número precedente comiencen a devengarse intereses por el importe total de la indemnización, salvo que con anterioridad sea pagado por el asegurador dicho importe mínimo, en cuyo caso, será término final la fecha de este pago. Será término final del plazo de la obligación de abono de intereses de demora por la aseguradora, en los restantes supuestos, el día en que efectivamente satisfaga la indemnización, mediante pago, reparación o reposición, al asegurado, beneficiario o perjudicado.

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

Cuando el Consorcio de Compensación de Seguros deba satisfacer la indemnización como fondo de garantía, se entenderá que incurre en mora únicamente en el caso de que haya transcurrido el plazo de tres meses desde la fecha en que se le reclame la satisfacción de la indemnización sin que haya procedido al pago de la misma con arreglo a su normativa específica, no siéndole de aplicación la obligación de indemnizar por mora en la falta de pago del importe mínimo. En lo restante, cuando el Consorcio intervenga como fondo de garantía y, sin excepciones, cuando el Consorcio contrate como asegurador directo, será íntegramente aplicable el presente artículo.

En la determinación de la indemnización por mora del asegurador no será de aplicación lo dispuesto en el artículo 1.108 del Código Civil, ni lo preceptuado en el párrafo cuarto del artículo 576 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, salvo las previsiones contenidas en este último precepto para la revocación total o parcial de la sentencia.

En el supuesto de que por demora de la Entidad Aseguradora en el pago del importe de la indemnización devenida inatacable el Beneficiario o, en su caso, los Beneficiarios se vieran obligados a reclamarlo judicialmente, la indemnización correspondiente se verá incrementada con el interés previsto en el artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro.

OTRAS OBLIGACIONES DE LA ENTIDAD ASEGURADORA

Artículo 22.

Además de pagar la indemnización en caso de siniestro, la Entidad Aseguradora deberá entregar al Tomador del seguro la póliza o, en su caso, el documento de cobertura provisional o el que proceda, según lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley de Contrato de Seguro, así como un ejemplar del cuestionario y demás documentos que haya suscrito el Tomador del seguro.

ERROR EN LA EDAD

Artículo 23.

En el supuesto de indicación inexacta de la fecha de nacimiento, la Entidad Aseguradora sólo podrá impugnar el contrato si la verdadera edad del asegurado en el momento de entrada en vigor del seguro excediera de los límites de contratación fijados por aquélla. En otro caso, si como consecuencia de dicha inexactitud, la prima pagada es inferior a la que hubiese correspondido, la(s) Suma(s) Asegurada(s) se reducirá(n) en proporción a la prima percibida. Si, por el contrario, la prima abonada hubiese sido superior a la que debería haberse pagado, la Entidad Aseguradora devolverá al Tomador el exceso de primas percibidas, sin intereses.

PÉRDIDA DE LOS DERECHOS

Artículo 24.

Se pierde el derecho a la indemnización:

- a) En caso de reserva o inexactitud al cumplimentar el cuestionario, si medió dolo o culpa grave (artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro).**
- b) Si el siniestro sobreviene antes de que se haya pagado la primera prima, salvo pacto en contrario (artículo 15 de la Ley de Contrato de Seguro).**

- c) Si el Tomador del seguro o el Asegurado no facilitan a la Entidad Aseguradora la información sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro y hubiera concurrido dolo o culpa grave (artículo 16 de la Ley de Contrato de Seguro).**

COMUNICACIONES, RECLAMACIONES Y PRESCRIPCIÓN

Artículo 25.

Las comunicaciones a la Entidad Aseguradora, por parte del Tomador del seguro, del Asegurado o del Beneficiario, se realizarán en el domicilio social de aquélla señalado en la póliza. Si se realizan al agente o corredor de seguros, que medie o haya mediado en el contrato, surtirán los mismos efectos que si se hubieran realizado directamente a ésta (artículo 21 de la Ley de Contrato de Seguro y artículo 12 de la Ley de Mediación en Seguros Privados).

Las comunicaciones de la Entidad Aseguradora al Tomador del seguro, al Asegurado o al Beneficiario, se realizarán a la dirección física, electrónica o al número de teléfono facilitado por el tomador en el momento de realizar la solicitud del seguro mientras no comunique un cambio de la misma. El Tomador autoriza a Asisa VIDA a que le pueda remitir cualquier comunicación por medios electrónicos siempre que la ley lo permita.

Artículo 26.

Los Tomadores del seguro, asegurados, Beneficiarios, terceros perjudicados o derechohabientes de cualesquiera de ellos, podrán formular reclamaciones en vía interna ante Departamento de **Gestión de Siniestros** de Asisa Vida Seguros.

Sin perjuicio de cualquier otra instancia que pudiera resultar competente, las personas indicadas en el párrafo anterior podrán formular reclamación ante el SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE del Grupo Asisa, de acuerdo con la normativa establecida en la ORDEN ECO/734/2004, para lo cual tienen a su disposición, en las oficinas de la Entidad Aseguradora, un modelo de reclamación. Lo anterior es requisito previo para la formulación de queja y reclamación, si ello diera lugar, ante el Servicio de Reclamaciones/ Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (art. 97 de la Ley de Ordenación, Supervisión y Solvencia de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras).

Los conflictos que puedan surgir entre Tomadores de seguro, Asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados o derechohabientes de cualesquiera de ellos con la Entidad Aseguradora, se resolverán por los jueces y tribunales competentes. (Art. 97 de la Ley de Ordenación, Supervisión y Solvencia de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras).

A efectos del presente contrato de seguro, será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo, el del domicilio del asegurado, a cuyo efecto este designará un domicilio en España, en caso de que el suyo fuese en el extranjero.

Las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en el término de cinco años, a contar desde el día en que pudieron ejercitarse (artículo 23 de la Ley de Contrato de Seguro).

INDISPUTABILIDAD

Artículo 27.

El presente Contrato de Seguro será indisputable una vez haya transcurrido el plazo de un año, salvo plazo más breve convenido en las Condiciones Particulares, a contar desde la fecha de su perfección, y salvo que el Tomador o el Asegurado hayan actuado con dolo en la información sobre el estado de salud del Asegurado o cualquier otra circunstancia que influya en la valoración del riesgo asegurado, salvo lo previsto en el Artículo 22 (error en la edad).

En el caso de que se produjera esta situación, la Entidad Aseguradora podrá o bien anular la cobertura complementaria que pudiera estar afectada por la falta de información o declaración, o bien anular la Póliza con todas sus coberturas. En ninguno de los dos casos la Entidad Aseguradora tendrá la obligación de devolución de las primas abonadas por el Tomador.

CLAUSULAS DE COBERTURA DE RIESGOS EXTRAORDINARIOS

Se indemnizarán por el Consorcio de Compensación de Seguros los siniestros de carácter extraordinario, de conformidad con lo establecido en la Ley 21/1990 de 19 de septiembre, el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre por el que se aprueba el texto refundido del Estatuto Legal del Consorcio de Compensación de Seguros, Ley 50/1980 de 8 de octubre de Contrato de Seguro, Real Decreto 300/2004 de 24 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento del Seguro de Riesgos Extraordinarios, la Ley 20/2015 de 14 de julio de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y disposiciones complementarias.

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, aun estando amparado por dicha póliza de seguro, las obligaciones de la entidad aseguradora no pudieran ser cumplidas por haber sido declarada judicialmente en concurso o por estar sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros.

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

I. RESUMEN DE NORMAS LEGALES

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos:

- a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias (incluyendo los embates de mar), erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 120 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.

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 procedido 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 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 por 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 o 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

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 (952 367 042 ó 902 222 665).
 - 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.

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARACTER PERSONAL

El tomador y el asegurado dan su consentimiento expreso a que los datos personales proporcionados, incluidos los de salud, así como cualquier otro dato que pudiera ser facilitado por los mismos en el curso de la relación contractual, sean incluidos en un fichero automatizado, responsabilidad de Asisa Vida Seguros, S.A.U. (en adelante, Asisa Vida Seguros), con la finalidad –entre otros- de dar cumplimiento a la relación contractual, la prevención e investigación del fraude, la gestión y el desenvolvimiento propio de la actividad aseguradora, la valoración y delimitación del riesgo, así como el envío por parte de la misma de comunicaciones relativas a cualesquiera de sus productos o servicios.

Los citados datos, incluidos los de salud, serán objeto de tratamiento por Asisa Vida Seguros, así como por parte de aquellas otras entidades públicas o privadas que intervengan en la gestión de su actividad.

La ausencia de respuesta a las preguntas formuladas o la falta de veracidad sobre las mismas, impedirá gestionar la solicitud, siendo por ello obligatorio contestar verazmente.

El tomador del seguro y el asegurado asumen, asimismo, el compromiso de informar a los beneficiarios del contenido de la presente cláusula y de obtener el consentimiento de los beneficiarios, a los fines de que por parte de los mismos se faciliten sus datos personales a Asisa Vida Seguros.

Igualmente, el tomador y asegurado prestan su consentimiento para que Asisa Vida Seguros comunique sus datos a los beneficiarios, con el objeto de llevar a cabo las gestiones relacionadas con el seguro.

El tomador y el asegurado manifiestan su conformidad a las cesión a ficheros comunes de los datos que les sean recabados a lo largo del contrato, con la finalidad de proceder a la liquidación de siniestros y la colaboración estadístico actuarial para poder llevar a cabo la tarificación y selección de riesgos y la elaboración de estudios de técnica aseguradora de acuerdo con lo establecido en el art. 99.7 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y en la Disposición Adicional 6ª de la L.O. 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

El tomador y asegurado consienten de manera expresa el envío por parte de Asisa Vida Seguros de información sobre productos o servicios propios o de terceros, así como la cesión de sus datos a entidades colaboradoras de la Entidad.

Los titulares de los datos podrán ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de los mismos, dirigiéndose a Asisa Vida Seguros, Departamento de Asesoría Jurídica, Calle Juan Ignacio Luca de Tena nº 12, Madrid 28027.

