

Póliza de seguro de accidentes

MODELO
CG-AC0919.0

AURA SA de Seguros

AUTORIDAD DE CONTROL: DIRECCIÓN GENERAL DE SEGUROS Y FONDOS DE PENSIONES DEL MINISTERIO DE ECONOMÍA Y COMPETITIVIDAD. REGISTRADA CON EL Nº C-16

Estado miembro del Espacio Económico Europeo de origen y prestación de servicios: ESPAÑA

Oficinas centrales

AURA SA de Seguros
Pza. de la Vila, 25
08922 Santa Coloma de Gramenet

Internet

www.auraseguros.com
info@auraseguros.com

Contacto

Tel. 93 466 11 00
Fax. 93 466 39 08



Esta página se ha dejado en blanco intencionadamente

INDICE

I. PRELIMINAR.....	1
II. ALCANCE DEL SEGURO.....	2
III. SINIESTROS	7
IV. NORMAS LEGALES	16
V. CLAUSULA DE RIESGOS EXTRAORDINARIOS.....	18

I. PRELIMINAR

MARCO LEGAL - El presente Contrato de Seguros se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980 de 8 de octubre de Contrato de Seguro; por el Real Decreto 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados en lo no derogado por la Ley 20/2015 de 14 de julio de ordenación, supervisión y solvencia de entidades Aseguradoras y su Reglamento de desarrollo aprobado por el Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades Aseguradoras; la Orden ECO 734/2004, de 11 de marzo, de Departamentos y Servicios de Atención al Cliente y Defensor del cliente de las Entidades Financieras; la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y por su normativa de desarrollo, y por lo convenido en las Condiciones Generales y Particulares de este contrato.

AUTORIDAD DE CONTROL - El control de la actividad del asegurador corresponde al Ministerio de Economía a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. El correspondiente Estado miembro del Espacio Económico Europeo de origen y prestación de servicios es ESPAÑA.

Artículo 1º.- DEFINICIONES

En este contrato, se entiende por:

- 1.1 ASEGURADOR:** AURA, S. A. DE SEGUROS que, mediante el cobro de la prima, asume los riesgos contractualmente pactados.
- 1.2 TOMADOR DEL SEGURO:** La persona física o jurídica, que suscribe el contrato con el Asegurador, y a la que corresponden las obligaciones y deberes que se derivan de aquél, salvo los que por su naturaleza deben ser cumplidos por el Asegurado.
- 1.3 ASEGURADO:** Cada una de las personas designadas en las condiciones particulares sobre las cuales se establece el seguro y que en defecto del tomador del seguro asumen las obligaciones derivadas del contrato.
- 1.4 BENEFICIARIO:** La persona física o jurídica a la que corresponde el derecho a la indemnización por cesión explícita o por designación expresa del tomador del seguro y/o el asegurado en su caso, constará en las Condiciones Particulares.
- 1.5 POLIZA:** Es el documento que contiene las condiciones reguladoras del Contrato de Seguro. Forman parte integrante de la póliza las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, la solicitud y todos aquellos suplementos o apéndices que se emitan con posterioridad y la complementen.
- 1.6 EDAD ACTUARIAL:** Es la que resulte del aniversario más próximo a la fecha de efecto del contrato
- 1.7 SUMA ASEGURADA:** Las cantidades expresadas en las Condiciones Particulares que constituyen las bases para el cálculo de las primas y los límites de las indemnizaciones a satisfacer por el Asegurador.
- 1.8 PRIMA:** Es el precio del seguro. El recibo contendrá además los impuestos y recargos que sean legalmente repercutibles.
- 1.9 ACCIDENTE:** Toda lesión corporal que, derivada de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, produzca invalidez temporal o permanente y/o muerte.
- 1.10 ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN:** Se entenderá por accidente de circulación, a los efectos de esta póliza, el accidente que sobrevenga al Asegurado como conductor de un vehículo terrestre a motor debidamente matriculado, siempre que posea el permiso de conducir idóneo para ese tipo de vehículo y el mismo se encuentre en vigor y sin restricción alguna.
- 1.11 CONDUCTOR:** Persona que, legalmente habilitada para ello por la Dirección General de Tráfico, conduzca el vehículo declarado en las condiciones particulares de la póliza.
- 1.12 HECHO DE LA CIRCULACIÓN:** Aquel derivado por la actividad de la conducción o estacionamiento de vehículos a motor, por vías o terrenos públicos y privados aptos para la circulación, tanto urbanos como interurbanos, así como vías o terrenos que, sin tener tal aptitud, sean de uso común.
- 1.13 MUERTE:** El acontecimiento accidental cuya consecuencia sea la pérdida de la vida del Asegurado.

- 1.14 MUERTE POR ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN:** El acontecimiento accidental producido como consecuencia directa de un accidente de circulación, tal y como viene definido en el apartado 1.10, cuyo resultado sea la pérdida de la vida del Asegurado.
- 1.15 SINIESTRO:** Todo hecho accidental que produzca daños físicos corporales al Asegurado en los riesgos previstos en la póliza y asumidos por el Asegurador.
- 1.16 INVALIDEZ PERMANENTE:** La pérdida orgánica o funcional de los miembros o facultades del Asegurado cuya recuperación no sea previsible y le incapacite para el mantenimiento permanente de cualquier relación laboral o actividad profesional.
- 1.17 INVALIDEZ TEMPORAL:** Toda lesión corporal sufrida por el Asegurado que le imposibilite para el desarrollo de sus funciones habituales durante un período determinado de tiempo, al término del cual el Asegurado quede totalmente curado de la misma.
- 1.18 INVALIDEZ POR ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN:** La pérdida orgánica o funcional de los miembros o facultades del Asegurado, producidos como consecuencia de un accidente de circulación, tal y como viene definido en el punto 1.10, cuya recuperación no sea previsible y le incapacite para el mantenimiento permanente de cualquier relación laboral o actividad profesional.
- 1.19 ASISTENCIA SANITARIA:** El pago de los honorarios médicos, gastos sanatoriales y farmacéuticos ocasionados por un accidente.
- 1.20 INDEMNIZACIÓN:** La cantidad o suma de cantidades que como consecuencia del siniestro pagará el Asegurador en la forma y plazos establecidos.

II. ALCANCE DEL SEGURO

Artículo 2º - OBJETO DEL SEGURO

El Asegurador, cuando el Asegurado sufra un accidente corporal, tanto en el ejercicio de su profesión y/o en su vida privada, se obliga a pagarle y/o, en su caso, al beneficiario, las indemnizaciones pactadas en las Condiciones Particulares para los supuestos de invalidez, temporal o permanente, o muerte del Asegurado. Los gastos de asistencia sanitaria serán por cuenta del Asegurador, siempre que se haya estipulado su cobertura expresamente en la póliza y que tal asistencia se haya efectuado en las condiciones previstas en el contrato, que no podrán excluir ni subordinar su contratación a las necesarias asistencias de carácter urgente.

El seguro se comercializa en dos modalidades mutuamente excluyentes: Accidente por cualquier causa y Accidente de circulación.

2.1 Delimitación del riesgo de fallecimiento:

2.1.1 Modalidad de Accidente por cualquier causa

Si a consecuencia de accidente cubierto por la póliza fallece el Asegurado, el Asegurador pagará el capital asegurado al beneficiario o beneficiarios designados por el tomador del seguro, de conformidad con lo dispuesto en la Ley de Contrato de Seguro.

2.1.2 Modalidad de Accidente de circulación

Si el fallecimiento del Asegurado se produce como consecuencia directa de un accidente de circulación cubierto por la póliza, la Compañía, pagará el capital asegurado al beneficiario o beneficiarios designados por el tomador del seguro, caso de no haber designación de los mismos se pagará a los herederos legales.

La contratación de la presente Modalidad de Accidentes de circulación es excluyente de la Modalidad de Accidente por cualquier causa.

2.2 Delimitación del riesgo de invalidez permanente

Si a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza el Asegurado, siempre y cuando no haya alcanzado la edad de setenta años, se vea afectado por una invalidez que podrá ser:

2.2.1 Permanente absoluta

En caso de invalidez permanente absoluta se pagará el capital pactado en la póliza para este supuesto.

Se entiende por invalidez permanente absoluta la irreversible situación física o mental grave del Asegurado que le incapacite totalmente para la realización de cualquier actividad laboral o profesional, así como sus actividades personales de la vida diaria.

Se considerará invalidez permanente absoluta, entre otros, los casos siguientes: de ceguera absoluta, paraplejia y tetraplejia, privación del juicio o del uso de la razón completamente incurable, lesiones que obliguen o requieran guardar cama permanente e irreversiblemente pérdida o impotencia funcional o absoluta de ambas piernas o ambos pies, de ambos brazos o de ambas manos y simultánea de miembro inferior y otro superior de los que quedan reseñados.

2.2.2 Permanente parcial

En el supuesto de que la invalidez permanente como consecuencia de una irreversible situación física o mental del Asegurado, determine la incapacidad parcial de éste para el mantenimiento de cualquier actividad laboral o profesional, así como sus actividades personales de la vida diaria, no reuniendo en consecuencia las características de la invalidez permanente absoluta, la indemnización a pagar será la resultante de aplicar sobre el capital pactado en la póliza, los siguientes porcentajes:

	Derecho	Izquierdo
1. Pérdida total de un brazo.....	70	60
2. Pérdida total del antebrazo.....	65	55
3. Pérdida total de una mano.....	60	50
4. Pérdida total del movimiento del hombro.....	30	20
5. Pérdida total del movimiento del codo.....	20	15
6. Pérdida total del movimiento de la muñeca.....	20	15
7. Pérdida total del pulgar y del índice.....	35	30
8. Pérdida total de tres dedos comprendidos el pulgar o el índice.....	40	30
9. Pérdida total de tres dedos que no sean el pulgar o el índice.....	25	20
10. Pérdida total del pulgar y de otro dedo que no sea el índice.....	30	25
11. Pérdida total del índice y de otro dedo que no sea el pulgar.....	25	20
12. Pérdida total del pulgar solamente.....	22	18
13. Pérdida total del índice solamente.....	15	12
14. Pérdida total del dedo medio, del anular o del meñique.....	10	8
15. Pérdida total de dos de estos últimos dedos.....	15	12
16. Pérdida total de una pierna o de un pié.....		50
17. Pérdida total del dedo gordo del pie.....		10
18. Pérdida total de uno de los demás dedos de un pié.....		5
19. Amputación parcial de un pié, comprendiendo todos los dedos.....		40
20. Fractura no consolidada de una pierna o un pié.....		25
21. Fractura no consolidada de una rótula.....		20
22. Pérdida total del movimiento de una cadera o de una rodilla.....		20
23. Acortamiento no menor de cinco centímetros de un miembro inferior.....		15
24. Ablación de la mandíbula inferior.....		30
25. Pérdida total de un ojo o reducción de la mitad de la visión binocular.....		30
26. Sordera completa de los dos oídos.....		60
27. Sordera completa de un oído.....		15

Regirán, además, las normas complementarias siguientes:

Para cada falange de los dedos sólo se considerará invalidez permanente la pérdida total y la indemnización se computará del siguiente modo: por la pérdida de una falange del pulgar o del dedo gordo del pie, la mitad, y por la pérdida de la falange de cualquier otro dedo, un tercio del porcentaje establecido para la pérdida total del respectivo dedo.

Si la víctima es zurda, lo que deberá probar convenientemente, los porcentajes previstos referentes al miembro superior derecho se aplicarán al miembro izquierdo e inversamente.

La pérdida de funcionalidad de un órgano o de una extremidad se considerará como pérdida anatómica. En los casos de disminución de su función, el porcentaje anteriormente indicado se reducirá en proporción al grado de funcionalidad perdida.

En caso de pérdida anatómica o funcional de más de un órgano o extremidad, la indemnización se establecerá por la suma de los porcentajes correspondientes a cada lesión particular hasta el límite máximo del cien por cien.

Si el asegurado presentaba lesiones corporales con anterioridad al accidente, la indemnización se fijará con arreglo al grado de invalidez que hubiera resultado si el asegurado, antes del accidente, no hubiese padecido dichas lesiones.

En los casos que no estén señalados anteriormente como en los de pérdida parcial de los miembros arriba indicados, el grado de invalidez se fijará en proporción a su gravedad comparada con la de las invalideces enumeradas, según dictámenes médicos que fijarán en porcentaje el grado de invalidez, sin tener en cuenta la profesión del Asegurado.

El Asegurador fijará el grado de invalidez, una vez que el estado del Asegurado sea reconocido como definitivo.

En caso de invalidez permanente, cuyas posibles lesiones residuales, pudieran ser corregidas mediante prótesis ortopédicas, el Asegurador se obliga a pagar el importe que alcance la primera prótesis que se le implante al Asegurado, cuyo importe no exceda del 10 % del capital indemnizable para caso de invalidez, y hasta un máximo de 1.502,53 €.

Para el caso de fallecimiento del asegurado

En el caso de fallecimiento del asegurado como consecuencia de accidente, en una póliza que con anterioridad ha sido objeto de indemnización por la cobertura de incapacidad, ya sea absoluta o permanente, se deducirá la cuantía ya satisfecha por la mencionada incapacidad, de la suma del capital asegurado por la cobertura de fallecimiento.

La cobertura de las garantías de muerte e invalidez permanente que se produzcan como consecuencia de un accidente cubierto por la presente póliza, no tendrá límite en el tiempo desde la fecha de ocurrencia si se demuestra la relación causal existente entre el accidente y la lesión corporal que se derive del mismo. Si durante el período de tiempo en cuestión se han satisfecho indemnizaciones en concepto de invalidez absoluta o parcial, las mismas se deducirán de la indemnización en caso de muerte.

2.3 Delimitación del riesgo de incapacidad temporal

Se entiende por incapacidad temporal aquella situación que impide al Asegurado dedicarse a su actividad laboral o profesional. En el supuesto de Incapacidad Temporal a consecuencia de un accidente cubierto por la presente póliza, el Asegurador satisfará al Beneficiario la indemnización diaria pactada, de acuerdo con las siguientes normas:

1. La indemnización diaria se abonará mientras dura la incapacidad y hasta un máximo de trescientos sesenta y cinco días a contar desde la fecha de ocurrencia del accidente. La suma asegurada se abonará por meses vencidos, previa presentación del parte médico por el que se confirme cada vez la baja laboral del lesionado. Esta garantía cesará al término del plazo previsto de trescientos sesenta y cinco días o en el momento en que se produzca el alta médica.
2. La indemnización diaria se reducirá al 50 por 100 cuando el Asegurado pueda dedicarse parcialmente a sus ocupaciones habituales.
3. Si el Asegurado no ejerce actividad laboral o profesión alguna, solo tiene derecho a la indemnización diaria convenida, por el tiempo que deba guardar cama como consecuencia de la incapacidad.

2.4 Delimitación del riesgo de asistencia sanitaria

2.4.1 Riesgo de asistencia sanitaria en Modalidad de accidentes por cualquier causa:

Se considerarán incluidos en esta garantía, cuando los gastos siguientes se produzcan como consecuencia de un accidente, los gastos médico-farmacéuticos y hospitalarios de urgencia y primera asistencia, los originados, por el servicio de ambulancia de evacuación del lugar del accidente o de los servicios de rescate especializados si interviniesen y se devengaran y los derivados de rehabilitación física con el límite de la suma asegurada en las Condiciones Particulares de la póliza, de acuerdo con las siguientes NORMAS:

1. Cuando la Asistencia Sanitaria sea prestada por servicios médicos designados por el Asegurador, los gastos antes descritos serán por cuenta de la Aseguradora hasta el límite máximo señalado en las Condiciones Particulares y como máximo el capital contratado.
2. En el caso de que tal asistencia se preste por servicios médicos libremente elegidos por el Tomador, se satisfarán previa justificación, los gastos originados, de acuerdo con las tarifas usuales, hasta el límite establecido en las Condiciones Particulares y como máximo el capital contratado.
3. No obstante, el Asegurador abonará los gastos que se deriven de la asistencia de urgencias o primeros auxilios con independencia de los servicios sanitarios que los preste, hasta el límite establecido en las Condiciones Particulares.
4. Los gastos derivados por daños en la dentadura que originen la implantación de prótesis dentarias o inamovibles se reembolsarán hasta un máximo de 300,51 €.
5. Los trasplantes de miembros u órganos y los daños de prótesis preexistentes no estarán cubiertos por esta garantía, salvo pacto expreso en contrario.
6. Cuando el Asegurado tenga cubierta esta garantía mediante otros contratos de seguro, el Asegurador contribuirá al abono de los gastos mencionados de forma proporcional entre el total de gastos ocasionados y el total de capitales contratados por las entre las diferentes pólizas.

2.4.2 Riesgo de asistencia sanitaria en modalidad de accidentes de circulación:

Se considerarán incluidos en esta garantía, cuando los gastos siguientes se produzcan como consecuencia de un accidente de circulación, los gastos médico-farmacéuticos y hospitalarios de urgencia y primera asistencia, los originados, por el servicio de ambulancia de evacuación del lugar del accidente o de los servicios de rescate especializados si interviniesen y se devengaran y los derivados de rehabilitación física con el límite de la suma asegurada en las Condiciones Particulares de la póliza, de acuerdo con las mismas NORMAS establecidas para la Modalidad de Accidentes por cualquier causa.

2.5 Invalidez por Accidente de circulación

Si la Invalidez por Accidente se produce como consecuencia directa de un accidente de circulación, la Compañía pagará el capital establecido en las condiciones particulares para la presente cobertura, al tomador/asegurado, accidentado, tal como queda especificado en el artículo 2.2.

La presente cobertura de Invalidez por Accidente de circulación solo puede contratarse conjuntamente con la Modalidad de Accidente de Circulación.

2.6 Ampliación de cobertura

1. Los envenenamientos y la ingestión de sustancias alimentarias en mal estado, el ahogamiento por aguas, la asfixia o las quemaduras producidas por aspiración involuntaria de gases o vapores, o al ingerir por error, o por acto criminal de terceros, productos tóxicos o corrosivos, excluyendo intoxicaciones debidas al abuso de productos alcohólicos, sedantes, estimulantes, estupefacientes y/o alucinógenos.
2. Las infecciones derivadas de un accidente cubierto por la póliza.
3. Las lesiones que sean consecuencia de intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos, única y exclusivamente, cuando las mismas sean motivadas por un accidente cubierto por la póliza y las mismas queden acreditadas por los facultativos de la compañía.

Artículo 3º.- EXCLUSIONES DEL SEGURO

A) Quedan excluidos del seguro:

1. Los accidentes provocados intencionadamente por el Asegurado o los Beneficiarios de la póliza, y las acciones delictivas propias.
2. La muerte de personas de edad inferior a 14 años o incapacitadas con anterioridad a la contratación de la póliza.
3. Los accidentes cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros según normativa propia.
4. Las enfermedades u operaciones quirúrgicas de cualquier naturaleza y sus consecuencias, siempre y cuando no sobrevengan directa y únicamente de un accidente cubierto por la presente póliza.
5. Los sufridos participando el Asegurado en duelos, desafíos, tumultos o riñas, apuestas y competiciones de velocidad o de cualquier otra naturaleza.
6. Las consecuencias de las operaciones quirúrgicas que no hayan sido motivadas por un accidente, las lesiones reiteradas o cualquier operación practicada por el Asegurado sobre sí mismo o por personas carentes de la cualificación profesional legalmente requerida y las producidas por cualquier irradiación no ocasionada por un tratamiento médico motivado por un accidente.
7. El suicidio y la tentativa del mismo; envenenamiento y mutilación voluntaria; los que ocurren en estado de perturbación mental, embriaguez, toxicomanía y/o drogadicción; en duelos, desafíos, tumultos o riñas, excepto caso probado de legítima defensa.
8. Los accidentes causados por actos de conflictos armados nacionales o internacionales, actos realizados por fuerzas o medidas militares, revolución, sedición, motín, alborotos o tumulto popular y otros sucesos de carácter político-social.
9. Los accidentes que guardan relación directa o indirecta con la transmutación o desintegración atómica o de la energía nuclear.
10. Las consecuencias puramente psicológicas de un accidente.
11. En la modalidad de Accidentes de circulación, los accidentes acaecidos por la conducción, que sobrevengan al Asegurado por estado de enajenación mental, por la ingestión de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, embriaguez o uso de fármacos no prescritos médicamente. Se considerará que existe embriaguez cuando el grado de alcoholemia en sangre sea superior al establecido por la Ley sobre Tráfico, Circulación de vehículos a motor y Seguridad Vial, y la normativa aplicable.
12. En la modalidad de Accidentes de circulación, los accidentes acaecidos por la conducción de vehículos a motor, terrestres, si el asegurado no está en posesión de la autorización administrativa correspondiente.
13. En la modalidad de Accidentes de circulación, los accidentes acaecidos por la conducción de vehículos a motor, terrestres distintos a los declarados en las condiciones particulares de la póliza.

B) Quedan excluidos de la cobertura de esta póliza, salvo que expresamente se incluyan en las Condiciones Particulares y, en su caso, se abone la sobreprima correspondiente:

1. En la modalidad de Accidentes por cualquier causa: los accidentes derivados del uso como conductor de motocicletas o ciclomotores.
2. Los accidentes debidos a la práctica de deportes de riesgo, a título enunciativo y no limitativo, se consideran los siguientes: Paracaidismo, Escalada, Espeleología, Ciclismo en competición, Boxeo, Hockey, Motociclismo, Automovilismo, Aeronáutica, Polo, Hípica, Rugby, Lucha, Submarinismo, Caza mayor, Navegación a vela y/o motor a más de 12 millas de la costa, Rafting, Puenting, barranquismo, Acceso a glaciares y similares.

C) Personas excluidas de las coberturas de invalidez permanente e incapacidad temporal:

1. Las personas mayores de setenta años. En cualquier caso las coberturas de invalidez permanente e incapacidad temporal quedarán rescindidas al término de la anualidad en que el Asegurado cumpla la edad de setenta años.
2. Los afectados de enajenación mental, parálisis, epilepsia, alcoholismo, toxicomanía y/o drogadicción, enfermedades de la médula espinal, encefalitis letárgica y, en general, cualquier lesión, enfermedad crónica o minusvalía física o psíquica que, a juicio del Asegurador desaconseje su contratación, disminuya su capacidad en comparación con una persona físicamente íntegra y de salud normal.

Artículo 4º.- AMBITO DEL SEGURO

Las garantías de la póliza, surten efecto en todo el mundo, quedando exceptuados los accidentes ocurridos en regiones inexploradas y/o viajes que tengan carácter de exploración.

Artículo 5º.- REVALORIZACION AUTOMATICA ANUAL

La Revalorización automática anual es el mecanismo mediante el cual, en cada prórroga anual del contrato, la Suma Asegurada y la Prima se incrementan en la misma proporción que lo haga el Índice General de Precios al Consumo publicado por el Instituto Nacional de Estadística. La Suma Asegurada y la Prima para la nueva anualidad del seguro serán los resultantes de multiplicar las del período de seguro que termina por el factor que resulte de dividir el Índice de Vencimiento por el Índice Base. Se considera Índice Base inicial, el que figura en las Condiciones Particulares, es el último conocido en el momento de la emisión de la póliza. El Índice de Vencimiento corresponderá al último publicado por el Instituto Nacional de Estadística antes de la fecha de cada prórroga anual del contrato y que, a su vez, se convertirá en el Índice Base de la prórroga siguiente.

III. SINIESTROS

Artículo 6º.- NORMAS DE TRAMITACION

6.1 DE FALLECIMIENTO

El beneficiario deberá presentar los siguientes documentos:

- a) Certificado del médico que haya asistido al asegurado en el que se detallan las circunstancias y causas del fallecimiento.
- b) Certificado en extracto de inscripción de defunción en el Registro Civil.
- c) Documentos que acrediten la personalidad y, en su caso, la condición de Beneficiario.
- d) Carta de exención del Impuesto sobre Sucesiones o de la liquidación, si procede, debidamente cumplimentada por la Oficina Liquidadora del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones.
- e) En caso de Accidente de circulación, se aportará adicionalmente:
 1. Atestado de las autoridades que han intervenido.
 2. Informe médico forense con el resultado de las pruebas toxicológicas

Una vez recibidos los anteriores documentos, el Asegurador, tras las investigaciones y peritaciones necesarias para establecer la existencia del siniestro, deberá pagar o consignar capital asegurado y, en cualquier caso, dentro de los cuarenta días a partir de la recepción de la declaración del siniestro.

El capital garantizado será pagadero al Beneficiario o Beneficiarios, designados en las Condiciones Particulares. En caso de no haber realizado designación de beneficiarios corresponderá la indemnización a sus herederos legales.

6.2 INVALIDEZ PERMANENTE

En caso de Invalidez Permanente absoluta o parcial a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, el Asegurador pagará al Beneficiario tras las investigaciones y peritaciones necesarias para establecer la existencia del siniestro y quedar determinada la invalidez y

aportados los documentos correspondientes. En cualquier supuesto el Asegurador efectuara dentro de los cuarenta días, a partir de la recepción de la declaración del siniestro, el pago del importe mínimo de lo que pueda deber, según las circunstancias por él conocidas.

La determinación del grado de invalidez se efectuará después de la presentación del certificado médico de incapacidad. El asegurador notificará por escrito al asegurado la cuantía de la indemnización que le corresponde, de acuerdo con el grado de invalidez que deriva del certificado médico y de los baremos fijados en la póliza. Si el asegurado no aceptase la proposición del asegurador en lo referente al grado de invalidez, las partes se someterán a la decisión de peritos médicos, conforme a la peritación contradictoria recogida en el artículo 38 de la Ley de Contrato de Seguro y art. 7º de la presente póliza.

6.3 INVALIDEZ TEMPORAL

El Asegurador satisfará de una sola vez el pago de la indemnización por Invalidez Temporal, tras las investigaciones y peritaciones necesarias para establecer la existencia del siniestro donde se deberá incluir el alta del médico que haya atendido la curación del Asegurado o en que expire el plazo de trescientos sesenta y cinco días desde el accidente si no ha cesado antes el tratamiento médico. No obstante, el Asegurado podrá exigir se le liquide a cuenta por meses vencidos, previa presentación del parte médico por el que se confirme cada vez la baja laboral o presente el informe médico de prescripción de reposo absoluto en cama.

6.4 ASISTENCIA SANITARIA

Por el tiempo que dure el tratamiento médico requerido por el accidente, los gastos médico-farmacéuticos y de estancias en hospitales, clínicas o sanatorios serán por cuenta del asegurador, como máximo el capital contratado.

El Asegurador una vez pagados los gastos de Asistencia Sanitaria se subrogará en cuanto a éstos, en los derechos que en su caso correspondan al Asegurado contra un tercero como consecuencia del siniestro.

Artículo 7º.- DISCONFORMIDAD EN LA EVALUACION DEL GRADO DE INVALIDEZ.

- 7.1** Si no se lograra un acuerdo, dentro del plazo previsto en el artículo dieciocho de la Ley de Contrato de Seguro, cada parte designará un Perito Médico, debiendo constar por escrito la aceptación de éstos. Si una de las partes no hubiera hecho la designación, estará obligada a realizarla en los ocho días siguientes a la fecha en que sea requerida por la que hubiere designado el suyo, y, de no hacerlo en este último plazo, se entenderá que acepta el dictamen que emita el Perito Médico de la otra parte, quedando vinculado por el mismo.
- 7.2** En caso de que los Peritos Médicos lleguen a un acuerdo, se reflejará en un acta conjunta, en la que se harán constar las causas del siniestro, y demás circunstancias que influyan en la determinación de la indemnización, según la naturaleza del seguro de que se trata y la propuesta del importe líquido de la indemnización.
- 7.3** Cuando no haya acuerdo entre los Peritos Médicos, ambas partes designarán un tercer Perito Médico de conformidad, y de no existir ésta, la designación se hará por el Juez de Primera Instancia del lugar del domicilio del Asegurado, en acto de jurisdicción voluntaria y por los trámites previstos para la insaculación de Peritos Médicos en la Ley de Enjuiciamiento Civil. En este caso, el dictamen pericial se emitirá en el plazo señalado por las partes o, en su defecto, en el de treinta días, a partir de la aceptación de su nombramiento por el Perito Médico tercero.
- 7.4** El dictamen de los Peritos, por unanimidad o por mayoría, se notificará a las partes de manera inmediata y en forma indubitada, siendo vinculante para éstos, salvo que se impugne judicialmente por alguna de las partes, dentro del plazo de treinta días, en el caso del Asegurador, y ciento ochenta, en el del Asegurado, computados ambos desde la fecha de su notificación. Si no se interpusiese en dichos plazos la correspondiente acción, el dictamen pericial devendrá inatacable.
- 7.5** Si el dictamen de los Peritos Médicos fuera impugnado, el Asegurador deberá abonar el importe mínimo a que se refiere el artículo dieciocho de la Ley de Contrato de Seguro, y si no lo fuera, abonará el importe de la indemnización señalado por los Peritos, en un plazo de cinco días.
- 7.6** En el supuesto de que por demora del Asegurador, en el pago del importe de la indemnización devenida inatacable, el Asegurado se viere obligado a reclamarlo judicialmente, la indemnización correspondiente, se verá incrementada con el interés previsto en el artículo veinte de la Ley de Contrato de Seguro, que, en este caso, empezará a devengarse desde que la valoración devino inatacable

para el Asegurador y, en todo caso, con el importe de los gastos originados al Asegurado por el proceso, a cuya indemnización hará expresa condena la sentencia, cualquiera que fuese el procedimiento judicial aplicable.

Artículo 8º GARANTIA COMPLEMENTARIA DE DECESOS

8.1 OBJETO DEL SEGURO

El Asegurador garantiza la prestación del servicio fúnebre contratado al fallecimiento de cada uno de los asegurados, de acuerdo con las condiciones generales y particulares que figuran en la presente póliza. 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 tal servicio, abonando el importe del servicio fúnebre hasta el límite de la suma asegurada contratada, según las condiciones particulares de la presente póliza. El resarcimiento de estos gastos será efectuado por el Asegurador a aquellas personas que acrediten suficientemente haber satisfecho los gastos originados por tal fallecimiento. En su defecto, será efectuado a los herederos legales del fallecido o beneficiarios que se hubieran designado a tal efecto en las condiciones particulares.

La presente cobertura sólo será de contratación en la Modalidad de Accidente por cualquier causa.

8.2 EXTENSIÓN DEL SEGURO

8.2.1 La garantía del seguro se extiende a los asegurados cualquiera que sea la causa del fallecimiento, salvo por los riesgos excluidos en la póliza. Únicamente los beneficiarios y/o herederos legales del asegurado tienen la facultad de percibir el importe del valor del servicio contratado en vez de la prestación del mismo. En virtud de la ley de Contrato de Seguro para los menores de 14 años e incapacitados, no se podrá optar por la indemnización en metálico.

8.2.2 El seguro también comprenderá la prestación de un servicio fúnebre especial, en caso de fallecimiento de los hijos de las aseguradas de la presente póliza, si ocurriese durante el periodo de gestación o antes de cumplir treinta días de edad, a partir de los cuales deberá estar asegurado para tener derecho al servicio fúnebre que corresponda.

8.2.3 No son asegurables las personas que al solicitar el seguro tengan más de 70 años o padezcan enfermedad grave, salvo que expresamente se haga constar en la póliza y se pague la sobreprima correspondiente.

8.2.4 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, la prestación del Asegurador se reducirá en proporción a la prima percibida. Si por el contrario, la prima pagada es superior a la que debiera haberse abonado, el Asegurador está obligado a restituir el exceso de las primas percibidas, sin intereses.

8.3 NORMAS DE CONTRATACIÓN Y MODIFICACIÓN DEL CONTRATO

8.3.1 Establecida la cantidad contratada por el valor del servicio fúnebre con arreglo a su coste actual, si éste sufriera variación, en más o en menos, el Asegurador lo pondrá en conocimiento del tomador del seguro. Igualmente le comunicará la opción que tiene para modificar el contrato aceptando el nuevo coste del servicio, insertando en el suplemento que se expida la nueva suma asegurada con el nuevo importe de la prima, o mantener el Contrato en la misma situación, en cuyo caso, al ocurrir el siniestro, el límite máximo de la prestación a cargo del Asegurador, será el valor del servicio que figure en la póliza y último suplemento vigente aceptado por el asegurado.

8.3.2 En caso de optar el tomador del seguro por la modificación del contrato adecuando la suma asegurada a los nuevos costes de los servicios, el cálculo de la nueva prima se determinará sumando a la prima neta que venía satisfaciendo, el importe correspondiente de aplicar al incremento del valor del servicio que tenía contratado la tasa correspondiente a la edad actual de los asegurados.

8.3.3 Las altas de asegurados que se produzcan están sujetas a lo estipulado en los artículos 5 y 6 de estas condiciones generales, desde el día en que se hagan constar en el oportuno suplemento, siempre que éste haya sido firmado por las partes y el tomador del seguro haya pagado el aumento de prima que corresponda, salvo pacto en contrario.

8.3.4 El tomador del seguro deberá comunicar los cambios de domicilio de los asegurados 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.

8.4 MODALIDAD DE TARIFA

Para la Garantía de Gestión y Gastos de Sepelio la modalidad de tarifa se corresponderá con la de Prima Natural, bajo esta modalidad la tasa de prima a aplicar para la Garantía de Gestión y Gastos de Sepelio, para todos los asegurados incluidos en las Condiciones Particulares con edad actuarial inferior a 70 años, estará en función del capital asegurado y de la edad actuarial alcanzada en cada renovación anual. Para los asegurados incluidos en Condiciones Particulares de edad actuarial igual o superior a los 70 años la tasa de prima a aplicar para la Garantía de Gestión y Gastos de Sepelio permanecerá invariable para un mismo capital asegurado.

8.5 SINIESTROS

NORMAS DE TRAMITACIÓN

8.5.1 La suma asegurada, que en este caso es el importe del servicio contratado, representa el límite máximo a pagar por el Asegurador en cada siniestro.

8.5.2 El servicio contratado que se especifica en las condiciones particulares tiene efectos descriptivos y orientativos según los usos y costumbres de la localidad que figura como domicilio de los asegurados, por lo tanto, puede optarse por la prestación descrita, ampliarlo o intercambiar elementos de acuerdo con los deseos de los familiares del finado. En cualquier caso y aunque los familiares del fallecido optaran por modificar la totalidad o alguno de los componentes, la cantidad a cargo de la compañía será la totalidad de la suma asegurada.

8.5.3 Para hacer efectivos los derechos derivados de este seguro al fallecimiento de un asegurado, en caso de no haber sido prestado el servicio por la empresa funeraria prestadora de la compañía, se deberá entregar en las oficinas de la delegación, sucursal o agencia del Asegurador, en la localidad en que haya ocurrido el fallecimiento, la certificación literal de defunción expedida por el Registro Civil y el recibo de prima corriente. Si en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro el Asegurador no hubiere abonado el importe de dicho servicio o indemnizado su importe en metálico, por causa no justificada o que le fuere imputada, la indemnización se incrementará con el pago de un interés anual igual al interés legal del dinero vigente en el momento que se devengue, incrementado en el 50 % anual.

8.5.4 Cuando un asegurado fallezca en localidad distinta a la consignada como domicilio en la póliza, se efectuará un servicio fúnebre de acuerdo con las modalidades existentes en la plaza y de coste equivalente al contratado en la póliza.

8.5.5 Si los causahabientes del asegurado fallecido desean inhumar el cadáver en cementerio distinto al que por su residencia le corresponda, los gastos extraordinarios que por tal concepto se originen correrán a cargo de ellos.

8.5.6 Si al fallecer un asegurado resultase que lo está con el mismo Asegurador en más de una póliza de seguros con la cobertura 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 Tomador del seguro en las otras pólizas con deducción de los gastos consumidos.

8.5.7 La aseguradora pone a disposición de los asegurados de la presente póliza, un servicio de atención al cliente, así como un servicio de atención para el caso de siniestro, cuya dirección y teléfono constan en las Condiciones Particulares.

Artículo 9º - GARANTÍA COMPLEMENTARIA DE ASISTENCIA Y TRASLADOS

EXTENSIÓN DE LA GARANTÍA

La presente Garantía Complementaria es de aplicación a los asegurados que hayan contratado la cobertura de Decesos correspondiente, con los límites y fecha de efecto especificados en las Condiciones Particulares de la misma.

Esta Garantía Complementaria sólo será efectiva mientras la cobertura Decesos de la que forma parte se encuentre en vigor, al corriente de pago de las primas y los valores de Servicio de Decesos estén actualizados. Además es condición indispensable que los integrantes de la Póliza tengan su residencia habitual en España y no permanezcan en el extranjero por periodo superior a noventa días consecutivos.

El no hacer uso de las presentes coberturas no dará derecho a indemnización alguna.

COBERTURAS

9.1 TRASLADO NACIONAL E INTERNACIONAL EN CASO DE FALLECIMIENTO

Serán por cuenta de AURA S.A. las gestiones y gastos necesarios para el traslado de los Asegurados que fallezcan en cualquier lugar del territorio español, o del resto del mundo, al cementerio municipal o parroquial, o al crematorio, en España, que éstos o sus familiares hayan designado o designen, siempre que no exista impedimento alguno por parte de las autoridades competentes para efectuar el traslado y éste se realice por mediación de la empresa de servicios funerarios que AURA S.A. indique al efectuarse la declaración del siniestro.

Si se efectúa un traslado, ya sea nacional o internacional, AURA S.A. utilizará para los gastos del mismo la diferencia entre el servicio fúnebre prestado y los capitales contratados. En consecuencia, siempre que el coste total del servicio, incluyendo el traslado, supere los valores contratados, AURA S.A. no indemnizará por cualquier otra garantía no utilizada en el servicio.

9.2 ACOMPAÑANTE EN CASO DE TRASLADO POR FALLECIMIENTO EN EL EXTRANJERO

Los familiares del Asegurado fallecido en el extranjero podrán designar a una persona para que viaje hasta el país donde haya ocurrido el fallecimiento, la cual tendrá derecho a un billete de ida y vuelta en avión (clase turista), ferrocarril (1ª clase) o transporte público y colectivo más idóneo.

9.3 TRASLADO EN AMBULANCIA EN CASO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD GRAVES OCURRIDOS EN ESPAÑA

AURA S.A. abonará los gastos de ambulancia precisos para trasladar al Asegurado enfermo o accidentado en España, desde el lugar de ocurrencia del siniestro hasta el centro sanitario más próximo donde pueda ser atendido debidamente de las lesiones o enfermedad sufrida.

En caso de accidente o enfermedad grave, siempre y cuando los facultativos que atiendan al Asegurado así lo autoricen en función de su estado para poder viajar, AURA S.A. sufragará los gastos para su traslado en ambulancia hasta el centro sanitario más próximo a su domicilio, siempre que el siniestro se haya producido a más de 30 Km. del mismo.

9.4 REPATRIACIÓN SANITARIA EN CASO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD GRAVES OCURRIDOS EN EL EXTRANJERO

Cuando el Asegurado se encuentre de viaje en el extranjero y sufriera un accidente o enfermedad grave, repentina, fortuita, aguda y que implique un riesgo vital, AURA S.A. organizará, cuando los facultativos que lo atiendan así lo aconsejen, la repatriación del Asegurado. Sólo las circunstancias y criterios médicos, tales como la urgencia y estado del Asegurado para viajar, determinarán si el transporte debe efectuarse y por qué medio (avión sanitario especial, helicóptero, avión de línea regular, coche cama o ambulancia).

La decisión de repatriar será tomada, conjuntamente, por el médico que trate al Asegurado enfermo o accidentado en el lugar del siniestro y los servicios médicos designados por AURA S. A.. Todos los servicios se prestarán bajo constante control facultativo.

Salvo pacto en contrario, esta cobertura no surtirá efecto:

Cuando las lesiones o enfermedad sufridas por el Asegurado no sean consideradas graves por el personal facultativo que le asista, y pudieran ser tratadas en el lugar del siniestro.

9.5 GASTOS MÉDICOS DE URGENCIA A CONSECUENCIA DE ENFERMEDAD O ACCIDENTE EN EL EXTRANJERO

AURA S.A. satisfará en caso de accidente o enfermedad grave del Asegurado que se encuentre en el extranjero los gastos médicos de urgencia precisos para atender el tratamiento de la lesión o enfermedad sufrida, hasta un límite máximo del contravalor de 6.000 euros por persona, debiendo el asegurado presentar las correspondientes facturas.

Los pequeños arreglos dentales de urgencia precisados en el extranjero quedan asegurados hasta un límite de 300 euros por Asegurado y siniestro, debiendo el asegurado presentar las correspondientes facturas.

El siniestro deberá ser notificado a la CENTRAL DE ASISTENCIA a través del teléfono que para ese uso facilita AURA S.A. dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento de haberse producido, con el fin de que los servicios médicos de AURA S.A. puedan evaluar adecuadamente la situación del Asegurado enfermo o accidentado.

9.6 PROLONGACIÓN DE ESTANCIA EN HOTEL EN EL EXTRANJERO

Cuando, por prescripción facultativa, el Asegurado hospitalizado en el extranjero a consecuencia de un siniestro, amparado por la cobertura cuarta de esta garantía, deba prolongar su estancia en el país donde se produjo dicho siniestro tras finalizar su hospitalización y hasta recibir el alta médica para poder viajar, AURA S.A. reintegrará, previa presentación de las facturas correspondientes, los gastos de alojamiento y manutención por un importe de hasta 60 euros diarios y un máximo de DIEZ DÍAS.

Asimismo, AURA S.A. reintegrará previa presentación de facturas, al acompañante designado los gastos de alojamiento y manutención en el lugar donde el Asegurado se encuentre hospitalizado hasta un importe de 60 euros diarios y un máximo de DIEZ DÍAS, en cuyo cómputo se incluirán los días durante los que, por prescripción facultativa, el Asegurado hospitalizado deba prolongar su estancia en hotel antes de regresar a España.

9.7 ASISTENCIA A LOS ACOMPAÑANTES DEL ASEGURADO FALLECIDO U HOSPITALIZADO EN EL EXTRANJERO.

Si el asegurado viajara al extranjero en compañía de otras personas que también tuvieran la condición de Asegurados, y el viaje se interrumpiera por el fallecimiento, hospitalización o traslado de aquél hasta España a causa de una enfermedad o accidente grave, AURA S.A. organizará a su cargo el regreso del resto de Asegurados hasta su lugar de residencia en España.

9.8 REGRESO ANTICIPADO DE ASEGURADOS QUE SE ENCUENTREN DE VIAJE EN EL EXTRANJERO.

Si el Asegurado tiene que interrumpir su viaje en el extranjero por fallecimiento de su cónyuge, ascendientes o descendientes en primer grado o hermanos consanguíneos, AURA S.A. le reembolsará los gastos de desplazamiento en avión (clase turista), ferrocarril (1ª clase) o transporte público y colectivo más idóneo que se originen con motivo de su regreso desde el lugar donde se encuentre en ese momento hasta el de inhumación en España del familiar fallecido.

Existirá el mismo derecho en caso de incendio grave del domicilio habitual del Asegurado, y éste se vea obligado a interrumpir su viaje en el extranjero para regresar hasta su residencia en España.

9.9 ENVÍO DE MEDICAMENTOS AL EXTRANJERO

Cuando el Asegurado enfermo o accidentado en el extranjero precise, por esta causa, algún medicamento de interés vital que no pueda ser obtenido en el lugar donde se encuentre y siempre que el mismo no esté prescrito con anterioridad al viaje, AURA S.A. organizará a su cargo el envío del medicamento desde España o desde el país más próximo donde pueda ser obtenido, siempre que las normas en materia sanitaria y farmacéutica del país donde se encuentre el asegurado permitan su entrada en el mismo.

9.10 CONSULTA MÉDICA A DISTANCIA DESDE EL EXTRANJERO

Si el Asegurado necesita durante su viaje en el extranjero una consulta médica que le sea imposible obtener localmente, podrá recurrir telefónicamente a la CENTRAL DE ASISTENCIA, que, a través de sus servicios médicos, le facilitará la información de carácter orientativo precisa, sin que pueda establecerse diagnóstico a causa de ella.

9.11 SERVICIO DE INFORMACIÓN PARA VIAJES AL EXTRANJERO

A través de la CENTRAL DE ASISTENCIA, el Asegurado podrá obtener información de orden administrativo o médico importante antes de iniciar su viaje al extranjero, tal como pasaportes, visados de entrada en el país de destino, vacunas exigibles, aduana, moneda, tipos de cambio y otros servicios.

9.12 ANTICIPO DE FIANZA JUDICIAL EN EL EXTRANJERO

Si al Asegurado, como consecuencia de un procedimiento judicial instruido por un accidente de circulación, se le exige el depósito de una fianza, AURA S.A. le concederá un anticipo equivalente al importe de la fianza exigida por las autoridades competentes, hasta 7.515 euros o su contravalor por Asegurado procesado o detenido. Así mismo, y en este supuesto, AURA S.A. anticipará los honorarios de abogado hasta un límite de 1.505 euros o su contravalor.

En ambos casos AURA S.A. se reserva el derecho de solicitar al Asegurado aval o garantía que le asegure el cobro del anticipo.

9.13 DEPÓSITO DE FIANZA POR HOSPITALIZACIÓN EN EL EXTRANJERO

Cuando debido a una enfermedad grave o accidente en el extranjero, el Asegurado precise ser hospitalizado, AURA S.A. hará el depósito de la fianza que la administración del centro hospitalario que lo tenga establecido le solicite, hasta el límite garantizado en la cobertura Quinta de este artículo.

9.14 TRANSMISIÓN DE MENSAJES URGENTES

AURA S.A. tendrá a disposición de los Asegurados el servicio telefónico permanente de la CENTRAL DE ASISTENCIA para transmitir los mensajes urgentes relativos a las incidencias sobre riesgos cubiertos por presentes Garantías.

RIESGOS EXCLUIDOS PARA TODAS LAS COBERTURAS

NO QUEDAN CUBIERTOS LOS SINIESTROS OCURRIDOS CON OCASIÓN O A CONSECUENCIA DE GUERRA, REVOLUCIÓN, MOTINES, EPIDEMIAS OFICIALMENTE DECLARADAS Y DE AQUELLOS ACONTECIMIENTOS CALIFICADOS POR EL GOBIERNO DE LA NACIÓN COMO CATÁSTROFE O CALAMIDAD NACIONAL.

Además y de forma expresa, salvo pacto contrario, quedan sin efecto las coberturas en los siguientes casos:

Cuando el asegurado tenga su residencia habitual en el extranjero.

Cuando las lesiones producidas sean consecuencia de un intento de suicidio.

Cuando el asegurado participe en conflictos armados civiles o militares, revueltas o insurrecciones.

Cuando las heridas, lesiones o enfermedad sean consecuencia directa o indirecta de radiaciones o contaminaciones radiactivas.

Las operaciones de rescate en mar, desierto o montaña.

Cuando el viaje al extranjero sea para tratamiento médico.

La cobertura descrita en el epígrafe 9.5 del presente Artículo 9º no será de aplicación en los siguientes casos:

Cuando los gastos médicos sean derivados de tratamientos prescritos en España.

Cuando los gastos médicos correspondan a recaídas de enfermedades o accidentes ocurridos con anterioridad al inicio del viaje o a enfermedad mental.

Tratamientos termales.

Los derivados del seguimiento del embarazo, inclusive parto y puerperio, excepto alteraciones patológicas agudas e imprevistas.

Los derivados de adquisición, implantación o sustitución de prótesis.

Los derivados de ingesta o consumo de estupefacientes, bebidas alcohólicas o medicamentos no prescritos por facultativo competente.

Artículo 10º - GARANTÍA COMPLEMENTARIA DE REPATRIACIÓN FUNERARIA

La presente garantía Complementaria sólo será de aplicación a los Asegurados que hayan contratado la cobertura de decesos a la que complementa y con los límites que se especifican en las condiciones particulares de la misma.

Esta garantía complementaria sólo surtirá efecto mientras se encuentre en vigor la cobertura de decesos, al corriente de pago de las primas y el valor del servicio de decesos esté actualizado.

10.1 El Asegurador, garantiza las gestiones y gastos necesarios para el traslado del cadáver de los asegurados que figuran en dicha póliza, con exclusión de los menores de un mes de edad, que FALLEZCAN EN CUALQUIER LUGAR DEL TERRITORIO ESPAÑOL, HASTA EL AEROPUERTO INTERNACIONAL MAS CERCANO A LA LOCALIDAD QUE DESIGNEN LOS FAMILIARES DEL FINADO, sin limitación de kilometraje alguno.

El traslado se realizará siempre que por parte de las autoridades competentes tanto en territorio español como en el país de destino sean concedidas las oportunas autorizaciones, no medien causas de fuerza mayor y se efectúe el traslado por la empresa de servicios funerarios que designe AURA, S.A.

10.2 Si se efectúa un traslado, AURA, S.A. aplicará a los gastos del mismo la totalidad de los capitales contratados, y en consecuencia siempre que el coste total del servicio supere los valores contratados, la compañía no indemnizará por cualquier otro elemento no utilizado en el servicio.

10.3 La cobertura de nicho, tanatorio, o cualquier otro elemento garantizado en la póliza, con independencia del servicio de decesos, estarán limitados a los valores garantizados, siendo por cuenta de los derechos habientes las diferencias que pudieran existir.

10.4 El Asegurador no será responsable de la no-existencia de algún componente del servicio garantizado en el país de destino.

10.5 El no hacer uso de la presente garantía complementaria no dará derecho a reclamación de indemnización por parte de los derechohabientes del asegurado fallecido.

Artículo 11º GARANTÍA COMPLEMENTARIA DE SERVICIO DE TRÁMITES Y CONSULTA TELEFÓNICA

11.1 EXTENSIÓN DE LA GARANTÍA

La presente Garantía Complementaria es de aplicación a los asegurados que hayan contratado la cobertura de Decesos correspondiente, siempre que se especifique como contratada en las Condiciones Particulares de la misma.

Esta Garantía Complementaria sólo será efectiva mientras la cobertura Decesos de la que forma parte se encuentre en vigor y al corriente de pago de las primas.

El no hacer uso de las presentes coberturas no dará derecho a indemnización alguna.

11.2 OBJETO DE LA GARANTÍA

Mediante esta garantía, el Asegurador pondrá a disposición del Asegurado un servicio de consultas telefónicas, cuyo número de teléfono consta en las Condiciones Particulares de la póliza, para la tramitación de los asuntos enumerados en el apartado de coberturas, así como para la consulta sobre el alcance de los derechos que, con carácter general, le asistan en el ámbito personal y familiar, y especialmente en los relacionados con el fallecimiento de un familiar

El horario del servicio será de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas, excepto festivos. No obstante, el Asegurado tendrá disponible un servicio permanente 24h exclusivamente para los temas enumerados en el apartado de asesoramiento de urgencia.

La cobertura de esta garantía será de aplicación para hechos ocurridos dentro del territorio español, con sujeción al Derecho aplicable por los Organismos y Tribunales españoles competentes en las materias objeto de la garantía.

11.3 COBERTURAS

SERVICIO DE TRÁMITES

Pensiones y prestaciones de la Seguridad Social (jubilación, viudedad, orfandad, baja en la Seguridad Social del fallecido, alta en la Seguridad Social del cónyuge viudo, etc.).

Solicitud de últimas voluntades y de existencia de seguros con cobertura de fallecimiento, por vía telemática.

Solicitud de certificados de nacimiento, defunción y matrimonio por vía telemática.

CONSULTA TELEFÓNICA

Cuando la complejidad de la consulta lo requiera, el Asegurador realizará un estudio detallado de la misma y dispondrá de un plazo de 72 horas para responder.

Temas relacionados con el fallecimiento, accidente o enfermedad de un familiar:

Pensiones y prestaciones de la Seguridad Social (viudedad, orfandad, etc.).

Auxilio por defunción y otras prestaciones de muerte y supervivencia.

Seguros de vida: beneficiarios y compatibilidad en distintos seguros.

Incapacidad temporal por accidente (requisitos, cuantías, periodos, trámites, etc.).

Invalidez permanente (grados, procedimiento de evaluación, requisitos para la concesión, cuantía de la prestación, etc.).

Ámbito familiar:

Prestaciones familiares por hijo a cargo.

Derechos de los menores (adopción y acogimiento, responsabilidad civil por los hijos menores o incapacitados, etc.).

Herencias (modalidades de testamento, partición de la herencia, desheredación, legitimarios, usufructos y derechos reales, etc.).

Artículo 12º GARANTÍA COMPLEMENTARIA MÉDICO-ASISTENCIAL

12.1 EXTENSIÓN DE LA GARANTÍA

La presente Garantía Complementaria es de aplicación a los asegurados que hayan contratado la cobertura de Decesos correspondiente, siempre que se especifique como contratada en las Condiciones Particulares de la misma.

Esta Garantía Complementaria sólo será efectiva mientras la cobertura de Decesos de la que forma parte se encuentre en vigor y al corriente de pago de las primas.

El no hacer uso de las presentes coberturas no dará derecho a indemnización alguna.

12.2 COBERTURAS

a) Orientación telefónica sobre temas de salud

El Asegurador pondrá a disposición del asegurado el acceso a un servicio de asesoramiento telefónico, cuyo número de teléfono consta en las Condiciones Particulares de la póliza, sobre temas de salud, ofrecido a través de una entidad gestora de servicios médicos concertados.

Dicho servicio tendrá como función principal ayudar al asegurado y facilitar información respecto a la red de profesionales médicos y centros sanitarios concertados detallados en el punto b).

El servicio será ofrecido por la entidad gestora en los horarios y a través de los números telefónicos que el Asegurador facilitará al asegurado en el caso de concertarse los servicios de dicha entidad gestora.

Cualquier información de carácter médico facilitada a través de dicho servicio tendrá carácter orientativo, sin que pueda establecerse diagnóstico a causa de ella.

b) Acceso a la red de profesionales médicos y centros sanitarios

El Asegurador pondrá a disposición del asegurado un amplio cuadro médico de especialistas, a precios baremados, ofrecido a través de una entidad gestora de servicios médicos concertados.

El cuadro médico de especialistas y servicios médicos privados se detallarán en la Guía Médica de la provincia de residencia del asegurado que será facilitada por el Asegurador en caso de concertarse los servicios de dicha entidad gestora.

Junto con dicha guía, el Asegurador entregará una tarjeta personal por asegurado de dicha entidad gestora del servicio, con la que se identificarán ante los profesionales y centros concertados.

Los honorarios devengados por la contratación de los servicios médicos ofrecidos por la entidad gestora serán siempre a cargo del asegurado.

Asimismo, el Asegurador pondrá a disposición del asegurado un amplio cuadro de clínicas dentales y odontólogos, teniendo el asegurado derecho a las prestaciones gratuitas que la entidad gestora de servicios detalle en la Guía Médica de su provincia antes referida.

El importe correspondiente a cualquier prestación dental distinta de las enumeradas como gratuitas en la Guía Médica, será siempre a cargo del asegurado.

El Asegurador informará al asegurado de cualquier modificación que la entidad gestora del servicio pueda llevar a cabo en lo referido a los profesionales como los centros médicos concertados en la Guía Médica, así como el importe de cada una de las prestaciones y asistencias baremadas por la entidad gestora.

El Asegurador excusa cualquier tipo de responsabilidad por actos u omisiones, incluido el supuesto de negligencia médica, que el asegurado pudiera sufrir en la prestación de los servicios sanitarios realizados por los facultativos o centros concertados ofrecidos por la entidad gestora.

IV. NORMAS LEGALES

Artículo 13º.- DISPOSICIONES GENERALES.

13.1 BASES DEL CONTRATO

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

13.2 DECLARACIONES

El Tomador del Seguro debe declarar, antes de contratar la póliza y en base al cuestionario que el Asegurador le someta, todas las circunstancias que influyan en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si el Asegurador no le somete cuestionario o cuando, aún sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidos en él. En caso de reserva o inexactitud en las declaraciones, mediando dolo o culpa grave del Tomador del Seguro, el Asegurador quedará liberado de la prestación por siniestro.

Asimismo, el Tomador del seguro o el Asegurado durante el curso del contrato y tan pronto como le sea posible debe comunicar al Asegurador todas las circunstancias de cambio de profesión y/o de residencia habitual que agraven el riesgo, o las que lo disminuya.

13.3 PRIMAS

El Tomador del Seguro está obligado al pago de la primera prima en el momento de firmar la póliza, y al pago de las sucesivas a su respectivo vencimiento. Salvo pacto en contrario, el impago de la prima libera al Asegurador de sus obligaciones si se produjera el siniestro. La falta de pago de las primas siguientes produce la suspensión de la cobertura del Asegurador 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 se ha pactado el pago fraccionado de la prima, la primera fracción será exigible a la perfección del contrato y las demás a sus respectivos vencimientos. En todo caso el fraccionamiento de pago de la prima no libera al Tomador del Seguro de la obligación de abonar la totalidad de la prima anual.

Se conviene el cobro de los recibos de prima por medio de cuentas abiertas en establecimientos de crédito. En este supuesto se aplicarán las siguientes normas:

a) El Tomador del Seguro entregará al Asegurador una carta dirigida al establecimiento de crédito, dando la orden oportuna al efecto.

b) La prima se entenderá satisfecha a su vencimiento, salvo que intentado el cobro dentro del plazo de gracia no existiesen fondos suficientes en la cuenta del tomador del seguro. En este caso el Asegurador notificará al tomador del seguro que tiene el recibo a su disposición en el domicilio del mismo, y el asegurado vendrá obligado a satisfacer la prima en dicho domicilio.

13.4 SINIESTROS

El Tomador del seguro, el Asegurado o el Beneficiario deberá comunicar la ocurrencia del siniestro dentro de los siete días de haberlo conocido, salvo que se pacte un plazo más amplio, debiendo, además, dar al Asegurador toda clase de informaciones sobre las circunstancias y consecuencias del hecho. El Tomador del seguro o el Asegurado deberá emplear los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del siniestro. El incumplimiento de deber de declaración del siniestro en el plazo estipulado da opción al Asegurador a reclamar daños y perjuicios, y el incumplimiento del deber de minoración de las consecuencias del siniestro da derecho al Asegurador a reducir sus prestaciones en la proporción oportuna, considerando la importancia de los daños derivados de tal omisión y el grado de culpa del Asegurado. Si el incumplimiento se produjese con la manifiesta intención de dañar o engañar al Asegurador, éste quedará liberado de toda prestación derivada del siniestro.

13.5 INDEMNIZACIONES

El Asegurador está obligado a satisfacer la indemnización al término de las investigaciones y peritaciones necesarias para establecer la existencia del siniestro, anticipando el pago del importe mínimo dentro de los cuarenta días siguientes a la declaración.

Si el Asegurador incurriese en mora en el incumplimiento de la prestación, la indemnización de daños y perjuicios, se ajustará según los casos a las reglas prevista en la Ley de Contrato de Seguro.

Si el Asegurado provoca intencionadamente el accidente, el Asegurador se libera del cumplimiento de su obligación.

Cuando el Beneficiario cause dolosamente el siniestro, la indemnización corresponderá al Tomador, o en su caso a los herederos de éste.

13.6 COMUNICACIONES

Las comunicaciones y pagos de primas que efectúen el Tomador del Seguro o el Asegurado a un agente de seguros, surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado al Asegurador. El pago del importe de la prima efectuado a un Corredor de Seguros no se entenderá realizado al Asegurador, salvo que, a cambio, el Corredor de Seguros entregue al Tomador del Seguro el recibo de prima del 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 del Seguro, salvo indicación en contrario de este.

13.7 PROTECCIÓN DEL ASEGURADO Y SOLUCIÓN DE CONFLICTOS ENTRE PARTES

a) PROTECCIÓN DEL ASEGURADO

En las oficinas del Asegurador existe un libro oficial de reclamaciones para que el tomador del seguro y/o asegurado puedan hacer constar en él las reclamaciones que consideren oportunas, junto con el derecho de reclamación ante la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones por cualquier actuación del Asegurador que lesione sus derechos derivados del presente contrato de seguro.

El Asegurador garantiza al Asegurado el ejercicio de los derechos de información y acceso, rectificación, cancelación, oposición, limitación y portabilidad en los términos establecidos en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y su normativa de desarrollo.

SOLUCIÓN DE CONFLICTOS ENTRE PARTES

Las instancias de reclamación y resolución de conflictos son las siguientes:

- El Departamento de Atención al Cliente pone a disposición de los Asegurados un teléfono gratuito donde se le informará de los trámites a seguir para resolver, en caso de queja o reclamación, las mismas. Telf. 900828004
- El Departamento de Atención al Cliente de AURA S.A., con el que puede contactar a través de la dirección postal Avda. del Cid nº 75, 1º-3ª (46014 Valencia), o del correo electrónico atencioncliente@auraseguros.com

- El Comisionado para la Defensa del Asegurado y Partícipe de los Planes de Pensiones, adscrito a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.
- Las Organizaciones de Consumidores y Usuarios.

- Los Juzgados y Tribunales competentes en función del domicilio del Asegurado.

b) **COMISIONADO**

El Comisionado para la Defensa del Asegurado, órgano adscrito a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, será competente para conocer las reclamaciones que puedan formular contra la Compañía Aseguradora el Tomador o el Asegurado, en virtud del contrato de seguro suscrito. Para ello, el reclamante deberá acreditar que ha transcurrido el plazo de dos meses desde la fecha de presentación de la reclamación ante el Departamento de Atención al Cliente de AURA S.A. sin que haya sido resuelta, denegada la admisión o desestimada su petición.

13.8 NULIDAD

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

13.9 JURISDICCION

A este contrato de seguro le será de aplicación la Ley española, siendo juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo el del domicilio del Asegurado, sin que pueda establecerse pacto alguno en contrario.

13.10 PRESCRIPCION

Las acciones que derivan de este contrato prescriben a los cinco años.

13.11 SUBROGACION

El Asegurador no podrá subrogarse, aún después de pagada la indemnización de los derechos que en su caso correspondan al Asegurado contra un tercero, salvo en lo relativo a los gastos de asistencia sanitaria.

V. CLAUSULA DE RIESGOS EXTRAORDINARIOS

Artículo 14º. COBERTURA DE RIESGOS EXTRAORDINARIOS

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

Las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en España o en el extranjero, cuando el asegurado tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el Consorcio de compensación de Seguros cuando el tomador hubiese satisfecho 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.

Resumen de las Normas Legales

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

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

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

2. Riesgos excluidos

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

3. Extensión de la cobertura

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

2. En las pólizas de 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 de Compensación de Seguros se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que la entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la 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.conorseguros.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.

Artículo 15º. TRATAMIENTO AUTOMATIZADO DE DATOS PERSONALES

De conformidad con lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos de Personales y garantía de los derechos digitales y por el Reglamento UE 2016/679 General de Protección de Datos, le informamos de que Aura Seguros es el responsable de los tratamientos de los datos de carácter personal. Puede contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección de correo electrónico datos@auraseguros.com

Los datos personales tratados se emplearán para la celebración y ejecución del contrato de seguro, la realización de encuestas de calidad, la prevención del fraude en el seguro y sobre blanqueo de capitales, el envío de comunicaciones comerciales. La legitimación para el tratamiento proviene del cumplimiento del contrato, del consentimiento del interesado, de la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro, la Ley 20/2015, de Ordenación, Supervisión y Ordenación de las Entidades Aseguradoras, de la Ley 10/2010, de prevención del blanqueo de capitales y de la financiación del terrorismo y sus respectivas normativas de desarrollo. Cuando finalice el contrato de seguro, se conservarán los datos personales bloqueados durante el periodo legalmente establecido.

Los datos personales podrán ser comunicados a aquellos terceros necesarios para poder cumplir las obligaciones que se derivan del contrato de seguro.

El interesado podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad y oposición mediante solicitud dirigida a Aura Seguros en la dirección de correo electrónico datos@auraseguros.com, por el Servicio de Atención al Asegurado, en el número de fax 934663908 o entregarla o enviarla por correo postal en cualquiera de las sedes o delegaciones.

La autoridad nacional de control competente es la Agencia Española de Protección de Datos.

Puede consultar esta información ampliada en nuestra web <http://www.auraseguros.com/rgpd/>

Artículo 16º. DEBER DE INFORMACIÓN AL TOMADOR DEL SEGURO

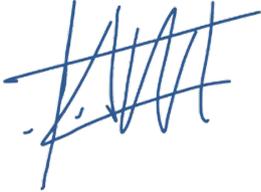
En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 53 del Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros privados y en el artículo 104 del Real Decreto 2486/ 1998, del 20 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de ordenación y supervisión de los Seguros Privados y actualizaciones posteriores; la Compañía informa que:

- La legislación aplicable a este contrato de seguro será la relacionada en el apartado I PRELIMINAR de estas Condiciones Generales.
- El órgano de control de la actividad aseguradora es la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Hacienda del Gobierno del Reino de España.
- El Tomador del Seguro, el Asegurado, el Beneficiario y los terceros perjudicados o los derechohabientes de todos ellos, tienen derecho a acudir a los Jueces y Tribunales competentes para solucionar los conflictos que puedan surgir con la Entidad derivados del contrato de seguro.

MANIFESTACIÓN DEL TOMADOR DEL SEGURO

El Tomador del Seguro de esta póliza reconoce haber recibido, con anterioridad a la celebración del contrato, toda la información requerida en el artículo 104 a 107 del Reglamento a la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.

Que acepta específicamente, con la firma de las condiciones particulares, el contenido de los párrafos destacados en negrita de estas Condiciones Generales, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 3º de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de seguro.

A handwritten signature in blue ink, consisting of several overlapping, stylized strokes.

José Martínez Talavera
CONSEJERO DELEGADO

EL TOMADOR DEL SEGURO

Las Condiciones Generales que anteceden, junto con el Anexo y las Particulares que aparte se entregan al Tomador, constituyen el presente contrato.

