



CA Life Vida Riesgo
Póliza de seguro

 **CA Life**
Insurance Experts

Crédit Andorrà Group

N.º de póliza: {CAMPO.NPOLIZA}

Condiciones particulares

Póliza de seguro			
Compañía aseguradora: CA Life Insurance Experts, Compañía de Seguros y Reaseguros, SA Unipersonal		Producto: {CAMPO.SPRODUC}	Ramo: VIDA RIESGO
Mediador: {CAMPO.MEDIADOR}			
Fecha de vencimiento: {CAMPO.FFINA}	Moneda: EUROS	Fecha de efecto: {CAMPO.FEFFECT}	Duración: {CAMPO.CDURACI}
Tomador			
Nombre/razón social: {CAMPO.NOMP}		Apellidos: {CAMPO.COGNOMP}	
Domicilio: {CAMPO.ADRECAP}			
Correo electrónico: {CAMPO.EMAILP}		Teléfono: {CAMPO.NTELEFP}	
NIF/NIE: {CAMPO.NNUMNIFP}	Nacionalidad: {CAMPO.NACIONP}	Fecha de nacimiento: {CAMPO.FNACIMIP}	Sexo: {CAMPO.SEXOP}
Asegurado			
Nombre: {CAMPO.NOMA}		Apellidos: {CAMPO.COGNOMA}	
Profesión / Especialidad: {CAMPO.CPROFES}			
Domicilio: {CAMPO.ADRECAA}			
NIF/NIE: {CAMPO.NNUMNIFA}	Nacionalidad: {CAMPO.NACIONA}	Fecha de nacimiento: {CAMPO.FNACIMIA}	Sexo: {CAMPO.SEXOA}
Garantías			
{CAMPO.GARANTIAS}		{CAMPO.CAPITALES}	
Beneficiarios			
{CAMPO.BENEFS}			

Firma del Tomador

La Compañía



Cláusulas especiales				
{CAMPO.CLAUSUESP}				
Primas				
Forma de pago: {CAMPO.CFORPA}	Prima: {CAMPO.IPRIMAN1}	Recargo de fraccionamiento: {CAMPO.RECAR}	Impuestos: {CAMPO.TRIBUTS}	Prima total: {CAMPO.PTOTAL}
Importe primer recibo: {CAMPO.ITOTINI}				
Anualmente, a contar desde la fecha de efecto del seguro, la prima se actualizará según la edad del asegurado.				
Periodo inicial de cobertura: {CAMPO.FINI}	Fecha de efecto: {CAMPO.FINI_REC}	Fecha de vencimiento: {CAMPO.FFIN_REC}		

Las condiciones particulares, junto con las condiciones generales, la solicitud y, en su caso, las condiciones especiales, constituyen el presente contrato cuya versión es VR-01 y no tienen validez ni efecto por separado. El tomador de la póliza declara haber recibido junto con las presentes condiciones particulares las condiciones generales y especiales de la póliza, y declara que son ciertos y exactos todos los datos que figuran en este documento. Asimismo manifiesta que son ciertos y exactos los datos que ha consignado en la declaración de salud, siendo responsable de las inexactitudes del mismo de conformidad con lo dispuesto en el artículo 10 de la Ley de contrato de seguro, y se obliga a comunicar a la compañía cualquier variación que se produzca durante la vigencia de la póliza, en los seguros de personas el tomador o el 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.

Los datos personales del asegurado y del tomador recogidos como consecuencia de la formalización del seguro y las declaraciones efectuadas por el asegurado y el tomador contenidas en el presente contrato serán objeto de tratamiento automatizado de conformidad con la normativa de protección de datos de carácter personal. El responsable del tratamiento es CA Life Insurance Experts, Compañía de Seguros y Reaseguros, SA Unipersonal. El tomador y el asegurado declaran que los datos personales, incluidos los datos confidenciales o especialmente protegidos, son ciertos, y otorgan su consentimiento expreso e inequívoco para que puedan ser incluidos en ficheros responsabilidad de la compañía y ser tratados incluso en aquellos casos en los que la póliza no llegue a emitirse o sea anulada.

El asegurado y el tomador podrán ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición de datos mediante comunicación escrita dirigida a la compañía CA Life Insurance Experts, SA Unipersonal, con domicilio social en C/ Agustín de Foxá, 29, 6ª Planta, A, 28036 Madrid. Los datos personales serán tratados de forma confidencial, de conformidad con la normativa de protección de datos, exceptuando aquellas comunicaciones que requieran la gestión de reaseguro, coaseguro, tratamientos estadísticos para la creación de perfiles y estudios de calidad, análisis de riesgos o la gestión de prestación en caso de siniestralidad, servicio de atención al cliente y las que comprendan la gestión contractual propia de la actividad aseguradora.

El asegurado y el tomador consienten que sus datos puedan ser utilizados por CA Life Insurance Experts, Compañía de Seguros y Reaseguros, SA Unipersonal, para el envío de información comercial y publicidad de otros productos y servicios aseguradores o financieros que pudieran ser de interés.

Otorga su consentimiento ? {CAMPO.CESPUB}

Asimismo, el tomador autoriza de forma expresa e inequívoca a comunicar sus datos, excepto los relativos a la salud, a otras sociedades que puedan formar parte de su mismo grupo empresarial en sentido amplio y se encuentran situadas en territorio español cuyas actividades se relacionen con el sector de seguros al objeto de que le sea remitida información de otros productos y servicios. En todo caso, los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición se ejercitarán igualmente ante CA Life Insurance Experts, Compañía de Seguros y Reaseguros, SA Unipersonal.

Otorga su consentimiento ? {CAMPO.CESEMP}

Firma del Tomador

La Compañía

Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA

Datos Acreedor			
Referencia de la orden de domiciliación:			
{CAMPO.MANDATO}			
Identificador del acreedor:			
{CAMPO.ID_ACREEDOR}			
Nombre del acreedor:			
CA Life Insurance Experts, Compañía de Seguros y Reaseguros, SA Unipersonal			
Dirección:			
C/ Agustín de Foxá, 29, 6ª Planta, A			
Código Postal:	Población:	Provincia:	País:
28036	Madrid	Madrid	España

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar su cuenta y a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones del acreedor. Como parte de sus derechos, el deudor está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

Datos Deudor			
Nombre del deudor/es (titular/es de la cuenta de cargo):			
{CAMPO.NOMP} {CAMPO.COGNOMP}			
Dirección del deudor:			
{CAMPO.TDOMTOM}			
Código Postal	Población	Provincia	País
{CAMPO.CPOSTALSEPA}	{CAMPO.POBLACSEPA}	{CAMPO.PROVINSEPA}	{CAMPO.NACIONSEPA}
Número de cuenta / IBAN:		Forma de pago:	
{CAMPO.IBANSEPA}		{CAMPO.CFORPAG2}	

Localidad y fecha de expedición: {CAMPO.LOCAL}, {CAMPO.FESPED}

Firma del Tomador

La Compañía



Nota informativa

El tomador del seguro reconoce haber recibido del asegurador, con carácter previo a la celebración del contrato, la presente nota informativa en cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y de los artículos 122 a 127 del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.

1. Legislación aplicable

El presente contrato se regirá por la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de contrato de seguro; la Ley 44/2002, de 22 de noviembre, de medidas de reforma del sistema financiero, y por las demás normas españolas reguladoras de los seguros privados.

La ley española será la aplicable al presente contrato de seguro. Será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro el correspondiente al domicilio del asegurado, y será nulo cualquier otro pacto en contrario.

2. Estado y autoridad de control de la entidad aseguradora

El control y la supervisión de la actividad de la entidad aseguradora corresponden al Estado español, por medio de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, dependiente del Ministerio de Economía y Competitividad.

3. Instancias de reclamación

Sin perjuicio de la posibilidad de acudir a la vía judicial, el tomador del seguro, el asegurado, el beneficiario, los terceros perjudicados o los derechohabientes de cualquiera de ellos podrán presentar quejas y/o reclamaciones ante las siguientes instancias:

Servicio de Atención al Cliente, conforme al procedimiento establecido en su reglamento, que se encuentra disponible en la página web de la entidad (www.ca-lifeexperts.com).

CA Life Insurance Experts, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. Unipersonal pone a disposición de sus clientes un Servicio de Atención al Cliente, órgano independiente de la organización interna, separado de los restantes servicios comerciales y operativos, que toma sus decisiones de manera autónoma.

Para la presentación de quejas y reclamaciones la aseguradora tiene habilitada la siguiente dirección de correo electrónico: (atencionalcliente@ca-lifeexperts.com).

También podrá presentar sus reclamaciones por correo postal mediante escrito dirigido al domicilio social: C/ Agustín de Foxá, 29, 6ª Planta, A, 28036 Madrid.

Servicio de Reclamaciones y Consultas de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, con domicilio en paseo de la Castellana, n.º 44, de Madrid. Para la admisión y la tramitación del procedimiento administrativo de las reclamaciones ante este órgano, deberá acreditarse la formulación de la reclamación previa ante el Servicio de Atención al Cliente y que la misma ha sido desestimada o no admitida, o bien que ha transcurrido el plazo de dos meses desde su presentación sin que haya sido resuelta.

4. Denominación social y forma jurídica

CA Life Insurance Experts, Compañía de Seguros y Reaseguros, SA Unipersonal, con NIF A86485749. Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, hoja M-540504, tomo 30030, folio 127.

5. Domicilio social

C/ Agustín de Foxá, 29, 6ª Planta, A, 28036 Madrid.

6. Información financiera y de solvencia

El informe sobre la situación financiera y de solvencia se encuentra disponible en la página web de la entidad www.ca-lifeexperts.com

N.º de póliza: {CAMPO.NPOLIZA}

7. Definición de las garantías

Las garantías definidas en el presente contrato de seguro son las indicadas a continuación, de acuerdo con las condiciones particulares y generales de la póliza.

Garantía principal: fallecimiento.

Garantías complementarias:

- Incapacidad permanente absoluta.
- Incapacidad permanente total (para la profesión habitual).
- Fallecimiento por accidente.
- Incapacidad permanente absoluta por accidente.
- Fallecimiento por accidente de circulación.
- Incapacidad permanente absoluta por accidente de circulación.
- Enfermedad grave.

8. Duración del contrato

El contrato podrá tener carácter anual renovable, con la posibilidad de renovarlo por períodos anuales, salvo oposición del tomador en los términos y los plazos establecidos en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de contrato de seguro.

Así mismo, la póliza también podrá contratarse por un determinado plazo que vendrá fijado en las condiciones particulares.

Una vez satisfecho el primer recibo de la prima, el contrato entrará en vigor.

9. Condiciones para su rescisión

La muerte, la incapacidad absoluta y permanente, y la enfermedad grave del asegurado son causa de extinción del contrato y del pago de la prestación prevista para dichas contingencias.

La solicitud de resolución por parte del tomador producirá efectos sólo si se efectúa con al menos un mes de antelación al vencimiento y mediante comunicación escrita remitida al asegurador, por medio de un soporte duradero, disponible y accesible para éste y que permita dejar constancia de la notificación.

10. Condiciones, plazos y vencimientos de las primas

Para los contratos temporales anuales renovables, las primas se establecerán por períodos anuales según la edad actuarial del asegurado en la fecha de suscripción y, en caso de renovación, se modificarán según la nueva edad actuarial alcanzada y los capitales de las garantías contratadas.

Para el caso de contratos a plazo, la prima de las diferentes anualidades vendrá establecida en las condiciones particulares.

También podrá pagarse la prima en un único pago, si así se establece en las condiciones particulares. La tarifa de primas aplicable será la especificada en la nota técnica del seguro.

11. Participación en beneficios

No se reconoce participación en beneficios en esta modalidad de seguro.

12. Derechos garantizados

No se reconocen los derechos de rescate, reducción o anticipo en esta modalidad de seguro.

13. Primas relativas a cada garantía

La prima se calculará con arreglo al capital de cobertura, las garantías contratadas, el sexo y la edad del asegurado, y se corresponde con la nota técnica del seguro.

Existe una tabla de primas por edades a disposición del tomador en el domicilio social de la entidad aseguradora.

N.º de póliza: {CAMPO.NPOLIZA}

14. Contratos de capital variable, unidades de cuenta y activos representativos

No existen unidades de cuenta en esta modalidad de seguro.

15. Facultad unilateral de resolución del tomador

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 83 a) de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de contrato de seguro, el tomador del seguro podrá desistir del contrato sin indicación de los motivos y sin penalización alguna dentro del plazo de los 30 días siguientes a la fecha en la que el asegurador le entregue la póliza o el documento de cobertura provisional.

En caso de celebración del contrato a distancia, el plazo de 30 días se computará a partir de la fecha en la que se notifique al tomador que el contrato se ha celebrado o desde la recepción de la información contractual si esta recepción fuese posterior.

En caso de celebración del contrato en presencia física del tomador, el plazo de 30 días computará a partir de la fecha en la que el asegurador le entregue la póliza o el documento de cobertura provisional.

La facultad unilateral de resolución del contrato deberá ser ejercida por el tomador mediante comunicación dirigida al asegurador por medio de un soporte duradero, disponible y accesible para éste y que permita dejar constancia de la notificación. La referida comunicación deberá ser expedida por el tomador del seguro antes de que venza el plazo indicado en el apartado anterior.

A partir de la fecha en la que se expida la comunicación a que se refiere el apartado anterior, cesará la cobertura del riesgo por parte del asegurador, y el tomador del seguro tendrá derecho a la devolución de la prima que hubiera pagado, salvo la parte correspondiente al período de tiempo en que el contrato hubiera tenido vigencia. El asegurador dispondrá para ello de un plazo de 30 días a contar desde el día que reciba la comunicación de rescisión.

16. Régimen fiscal aplicable en España

Con carácter general, cuando el beneficiario sea una persona física distinta del tomador, las prestaciones percibidas tributarán en el impuesto sobre sucesiones y donaciones. Cuando tomador y beneficiario sean la misma persona física, los rendimientos generados por la prestación tributarán en el impuesto sobre la renta de las personas físicas como rentas del ahorro en concepto de rendimientos del capital mobiliario, estando sujetos a retención de acuerdo con los tipos impositivos marcados por la normativa vigente en cada momento.

17. Tratamiento de datos personales

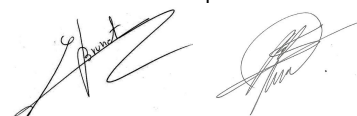
Los datos proporcionados voluntariamente por el tomador y el asegurado serán objeto de tratamiento de conformidad con la legislación aplicable a la protección de datos de carácter personal. El responsable del tratamiento es CA Life Insurance Experts, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. Unipersonal. El tomador y el asegurado declaran que los datos personales, incluidos los datos confidenciales o especialmente protegidos, son ciertos, y otorgan su consentimiento expreso e inequívoco para que puedan ser incluidos en ficheros de responsabilidad de la compañía y ser tratados incluso en aquellos casos en los que la póliza no llegue a emitirse o sea anulada.

El asegurado y el tomador podrán ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición de datos mediante comunicación escrita dirigida a la Compañía CA Life Insurance Experts, S.A. Unipersonal, con domicilio social en C/ Agustín de Foxá, 29, 6ª Planta, A (28036 Madrid). Los datos personales serán tratados de forma confidencial, de conformidad con la normativa de protección de datos, exceptuando aquellas comunicaciones que requieran la gestión de reaseguro, coaseguro, tratamientos estadísticos para la creación de perfiles y estudios de calidad, análisis de riesgos o la gestión de prestación en caso de siniestralidad, servicio de atención al cliente y las que comprendan la gestión contractual propia de la actividad aseguradora.

Recibido con carácter previo a la celebración del contrato _____, a _____ de _____ de 20__

Firma del Tomador

La Compañía



Condiciones generales

Información sobre la digitalización de la firma

En el supuesto que la celebración del presente contrato se lleve a cabo por medios electrónicos a través de un dispositivo de digitalización de la firma, el tomador del seguro:

- Manifiesta, de conformidad con lo que dispone la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, y la Ley 34/2002, de 11 de julio, de servicios de la sociedad de la información y de comercio electrónico, que ha sido debidamente informado sobre los medios electrónicos utilizados en la celebración del contrato y, en especial, en relación al referido dispositivo de digitalización de la firma.
- Acepta expresamente el empleo del dispositivo de digitalización de la firma, así como la vinculación, de su firma única y exclusivamente a la póliza concreta, conociendo que, de utilizarse medio electrónicos, la firma se incorporará en todas las hojas del contrato y presta libremente, en este mismo momento su consentimiento al contrato. En este sentido, el tomador del seguro declara conocer que no se trata de una firma electrónica, diferenciando su validez y efectos de los de la firma digitalizada.
- Reconoce haber sido informado de que recibirá una copia del contrato de seguro junto con la correspondiente póliza en la dirección que haya indicado a la compañía aseguradora, en soporte electrónico duradero.
- Manifiesta tener conocimiento que el contrato despliega sus efectos, generando obligaciones válidas para las partes desde el momento en que el tomador firma en el dispositivo de digitalización y su firma digitalizada se asocia o vincula de manera segura a la póliza. No obstante lo anterior, la cobertura del seguro no comenzará hasta que se haya efectuado el cobro de la prima por el medio pactado.

Asimismo, y siempre que la celebración del presente contrato se lleve a cabo por medios electrónicos, la compañía aseguradora garantiza que ha adoptado todas las medidas de seguridad informáticas y a tal efecto pone en conocimiento del tomador que tras la ejecución de la digitalización de la firma y la aceptación de los documentos contractuales, la indicada firma quedará destruida, para no utilizarse en ninguna otra contratación. Esta medida de seguridad informática se adopta a efectos de ofrecer garantías al tomador de que la compañía aseguradora no podrá utilizar la indicada firma para ninguna otra contratación.

1.- Definiciones

Salvo que en las condiciones particulares se prevea expresa y concretamente otra cosa, a los efectos del presente contrato se establecen las definiciones siguientes:

Compañía aseguradora: CA Life Insurance Experts, Compañía de Seguros y Reaseguros, SA Unipersonal. Es la persona jurídica que asume el riesgo contractualmente pactado y garantiza el pago de las indemnizaciones que correspondan, en contraprestación del pago de la prima y de conformidad con lo estipulado en el contrato.

Tomador del seguro: es la persona física o jurídica suscriptora del contrato con la compañía aseguradora y que asume las obligaciones del pago de la prima y las que deriven del contrato, excepto las que deben ser cumplidas por el asegurado.

Asegurado: persona física sobre cuya vida o salud se estipula el seguro.

Beneficiario del seguro: persona o personas físicas o jurídicas titulares del derecho a la prestación del asegurador cuando se produzcan los requisitos previstos contractualmente. El beneficiario en caso de fallecimiento del asegurado será el designado en las condiciones particulares; el beneficiario para las garantías de invalidez y enfermedad grave será el propio asegurado.

Póliza: Contrato de seguro en el que se regulan los derechos y obligaciones de las partes que intervienen. La componen estas condiciones generales, que contienen el conjunto de las condiciones reguladores del seguro, y las condiciones particulares, donde se individualizan las coberturas para cada tomador y asegurado.

Prima: el precio del seguro que va a cargo del tomador. Cada recibo de prima contendrá además los recargos e impuestos que sean de legal aplicación, siendo la prima única e indivisible.

Edad actuarial: La que tenga el asegurado en la fecha de cumpleaños más cercana al día en que la póliza comienza a tener efecto y en cada aniversario de la misma.

Capital asegurado: Cuantía establecida en las condiciones particulares que compañía aseguradora pagará al beneficiario cuando se produzcan los hechos cuyos riesgos son objeto de cobertura.

Renta: Cuantía que la compañía aseguradora pagara al beneficiario cuando se produzca una incapacidad permanente a partir de los 60 años.

Período de cobertura: período de tiempo que media entre la fecha de inicio y la fecha final de vigencia de cada garantía contratada.

Incapacidad permanente absoluta (para todo trabajo): inhabilitación del trabajador, de forma irreversible, para cualquier profesión u

N.º de póliza: {CAMPO.NPOLIZA}

oficio.

Incapacidad permanente total (para la profesión habitual): la situación física o psíquica definitiva e irreversible provocada por accidente o enfermedad originados independientemente de la voluntad del asegurado y determinante de la total ineptitud de éste para la realización de todas o de las fundamentales tareas de su profesión habitual, expresamente declarada al asegurador en la solicitud de seguro e incluida en la póliza, reconocida por la Seguridad social o sentencia judicial firme.

Siniestro: La ocurrencia del hecho que, amparado por la póliza, obliga a la compañía aseguradora al pago del capital asegurado o a la prestación prevista en el contrato

Accidente: lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intención del asegurado, la cual le produce la invalidez total permanente o la muerte. No se consideran accidente el infarto de miocardio ni la lesión vascular cerebral.

Accidente de circulación: accidente, según la definición anterior, producido de resultas del tráfico aéreo, terrestre o marítimo.

Riesgo agravado: calificación dada cuando concurren determinadas circunstancias en el asegurado que contribuyen a incrementar el riesgo objeto de cobertura. Estas circunstancias pueden deberse a su estado de salud, a su profesión y/o a sus actividades lúdicas.

2.- Objeto del seguro

La compañía aseguradora se obliga, en las condiciones pactadas y mediante el cobro de la prima, a pagar un capital determinado al beneficiario en caso de fallecimiento del asegurado por cualquier causa que no haya sido expresamente excluida de la póliza.

Y, en su caso, si se han contratado en las condiciones particulares las coberturas complementarias previstas en las condiciones generales de la póliza y se ha satisfecho la prima correspondiente, la compañía se obliga a pagar un capital determinado al beneficiario en caso de incapacidad permanente del asegurado, en cualquiera de sus grados, o si éste se ve afectado por una enfermedad grave, en los términos cubiertos por la póliza.

En caso de contratarse la cobertura complementaria de incapacidad permanente total, al cumplir el asegurado, los 60 años de edad, en la siguiente renovación y en caso de producirse la incapacidad permanente del asegurado, el capital de las contingencias de incapacidad permanente absoluta e incapacidad permanente total, decrecerá anualmente de manera lineal, a razón de un séptimo cada año, convirtiendo el capital en una renta equivalente al capital en riesgo del momento. Dicha renta será mensual, constante, financiera y pagadera, en todo caso, hasta el mes en el que el asegurado cumpla 67 años, como último mes de devengo de la mencionada renta.

En el supuesto en que el beneficiario de la renta fallezca antes del vencimiento de la misma, el capital equivalente a las rentas pendientes se pagará a sus herederos legales.

3.- Perfección del contrato

3.1.- Salvo que se disponga otra cosa en las condiciones particulares, el contrato se perfecciona cuando se reúnen acumulativamente las condiciones siguientes:

- La aceptación expresa por parte de la compañía de la declaración de salud del asegurado y del reconocimiento médico, en caso de que hayan sido solicitados.
- La firma de la póliza por las partes.
- El pago de la primera prima.

3.2.- Perfeccionado el contrato en los términos anteriores, sus efectos se retrotraerán a la fecha de efectividad indicada en las condiciones particulares.

4.- Duración y efectos del contrato

4.1.- La duración de la póliza será la indicada en las condiciones particulares. Los efectos del seguro principal se inician a las 0.00 horas del día de la fecha de perfección del contrato y finalizan el día en que sucede el evento cuyo riesgo es objeto de cobertura, el día de la resolución o a las 24.00 horas del día del vencimiento del contrato.

4.2.- En el caso de los seguros Temporal Anual Renovable, al vencer el plazo inicial del seguro, éste se prorrogará por tática reconducción, por periodos de un año, hasta la anualidad en que el asegurado alcance los 74 años actuariales y siempre y cuando el tomador esté al corriente de pago de las primas y ninguna de las partes haya denunciado el contrato, de forma fehaciente, mediante notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de, al menos un mes de antelación a la conclusión del periodo en curso cuando quién se oponga a la prórroga sea el tomador, y de dos meses cuando sea el asegurador. Así mismo al inicio de la anualidad en que el asegurado alcance los 75 años actuariales la póliza quedará automáticamente rescindida.

4.3.- Las garantías complementarias, con la salvedad de lo establecido en el siguiente párrafo, quedarán todas automáticamente resueltas al inicio de la anualidad en la que el asegurado alcance los 67 años actuariales y, en todo caso, se extinguirán cuando, por la razón que sea, quede extinguido el seguro principal que complementan.

5.- Declaraciones

5.1.- El tomador del seguro y/o el asegurado tienen la obligación de declarar a la compañía aseguradora todas las circunstancias por ellos conocidas, pasadas, presentes o sobrevenidas, que puedan influir en la valoración del riesgo y que figuren en los documentos siguientes que la compañía presente:

- La solicitud del seguro.
- La declaración de salud del asegurado firmada por el mismo.
- Cualquier otro documento escrito que amplíe la información relacionada con el estado de salud, la profesión, los deportes que practique el asegurado o cualquier otra circunstancia que influya en la valoración del riesgo.

Que el asegurado se someta a un reconocimiento médico no le exime de esta obligación.

5.2. La compañía aseguradora se reserva el derecho de solicitar al asegurado que presente la documentación acreditativa de su edad y también de exigirle que se someta a un reconocimiento médico. La designación de los facultativos encargados de estos reconocimientos médicos corresponde a la compañía aseguradora.

5.3. El tomador del seguro y/o el asegurado deberán comunicar a la compañía aseguradora, en cuanto tengan conocimiento, cualquier hecho susceptible de incrementar el riesgo cubierto por la póliza y que sea de tal naturaleza que, si hubiera sido conocido en el momento de suscribir el contrato, la compañía aseguradora no lo habría celebrado o lo habría hecho con unas condiciones más onerosas para el tomador. Esta obligación se extiende desde la fecha de perfección de la póliza hasta la de su vencimiento.

En los seguros de personas el tomador o el 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 el caso de que la edad declarada por el asegurado no sea la correcta, la compañía aseguradora podrá resolver automáticamente la póliza si la edad correcta del asegurado sobrepasa los límites de admisión establecidos en las condiciones generales. Si la edad correcta del asegurado no sobrepasa los referidos límites de admisión, en caso de que la prima abonada haya sido inferior a la que hubiera correspondido pagar, la compañía aseguradora reducirá proporcionalmente las prestaciones debidas en función del importe de aquella prima. Por otra parte, en caso de que la prima abonada haya sido superior a la que hubiera correspondido pagar, la compañía aseguradora restituirá, sin interés, el exceso de dicha prima.

6.- Tomador, asegurado y beneficiario

6.1.- Si las cualidades de tomador del seguro y de asegurado no recaen en la misma persona, es requisito indispensable para la validez del contrato el consentimiento expreso del asegurado, manifestado con su firma en la póliza y con la mención manuscrita "leído y aprobado".

6.2.- Designación y cambio de beneficiario Durante la vigencia del contrato, el tomador puede designar beneficiario y puede también modificar la designación del beneficiario, sin necesidad de consentimiento del asegurado, salvo que haya nombrado beneficiario irrevocable o salvo que haya renunciado expresamente y por escrito a esta facultad.

6.3.- La designación de beneficiario o la revocación de éste podrá hacerse constar en las condiciones particulares o en una posterior comunicación escrita dirigida a la compañía aseguradora, o en testamento. No tendrán efecto las designaciones o las modificaciones de beneficiario que no hayan sido fehacientemente comunicadas a la compañía aseguradora.

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

6.5.- En el supuesto de la designación genérica de beneficiarios del seguro sobre la vida, se determinará de conformidad con el artículo 85 de la Ley 50/1980, de seguro de vida, y en el supuesto de designación de varios beneficiarios del seguro sobre la vida, se determinará de conformidad con el artículo 86 de dicha ley.

6.6.- Cesión y pignoración de la póliza. Asimismo, el tomador puede ceder o pignorar la póliza, siempre y cuando el beneficiario no haya sido designado con carácter irrevocable. La cesión o la pignoración de la póliza deberán comunicarse por escrito a la compañía e implicarán la revocación del beneficiario.

7.- Pago de las primas

7.1.- El tomador del seguro se obliga a pagar la prima, sea única o periódica -y en este último caso, constante o variable-, en la forma pactada en las condiciones particulares.

7.2.- La primera prima debe ser abonada por el tomador el día de la fecha de perfección del contrato. En caso de impago de la primera prima, la compañía aseguradora tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la misma. Si esta prima se encontrara pendiente de pago en la fecha de producción del siniestro, la compañía aseguradora quedaría liberada de sus

N.º de póliza: {CAMPO.NPOLIZA}

obligaciones.

En el supuesto de impago de una prima posterior a la primera, las garantías de la póliza quedarán automáticamente suspendidas a partir del mes que sigue al de impago. La compañía podrá resolver el contrato o exigir el pago.

En caso de que la compañía no reclame el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido. En cualquier caso, la compañía aseguradora, cuando el contrato esté en suspenso, podrá exigir el pago de las primas vencidas no satisfechas.

7.3.- La duración y las condiciones de pago de primas periódicas son las indicadas en las condiciones particulares.

7.4.- El vencimiento de las primas periódicas coincide con el primer día de cada período.

8.- Pago de las prestaciones

Si se produce el riesgo que es objeto de cobertura, la compañía aseguradora debe pagar al beneficiario la prestación contratada, una vez debidamente formulada la declaración del siniestro y aportados todos los documentos indicados en la cláusula siguiente.

En caso de haberse contratado la cobertura complementaria Incapacidad permanente total, al cumplir el asegurado los 60 años de edad, en la siguiente renovación, el capital de las contingencias de Incapacidad permanente absoluta e Incapacidad permanente total se convertirán en una renta equivalente al capital en riesgo del momento. Dicha renta será mensual constante, financiera, y pagadera, en todo caso, hasta el mes en que el asegurado cumpla 67 años, como último mes de devengo de la mencionada renta. Por ejemplo, en caso de producirse la incapacidad permanente total en la fecha en que el asegurado cumpla los 61 años, se pagará al beneficiario 72 pagos periódicos, en forma de renta mensual, constante y financiera. Si la incapacidad permanente total se produce en la fecha en que el asegurado cumpla los 63 años, se pagará al beneficiario 48 pagos periódicos, en forma de renta mensual constante y financiera.

9.- Documentación que presentar en caso de siniestro

9.1.- En caso de siniestro, sin perjuicio de lo que se disponga en las condiciones particulares, se entregará a la compañía aseguradora la documentación siguiente:

9.2.- Si se produce el fallecimiento del asegurado:

- La que acredite la identidad y la condición de beneficiario del seguro.
- Certificado literal de defunción del asegurado.
- Certificados médicos, el historial clínico o el informe de asistencia que acrediten las causas de la muerte, la fecha en que se ha producido el accidente o se ha pronosticado la enfermedad causante del siniestro, la evolución de ésta y los eventuales antecedentes médicos.
- Testimonio, en su caso, de las actuaciones o diligencias judiciales, o documentos que las acrediten, y el informe de la autopsia expedido por el médico forense.
- Certificado expedido por el Registro de Actos de Última Voluntad y copia del último testamento del tomador, acta de notoriedad o auto judicial de declaración de herederos abintestato del asegurado.
- Cualquier otro documento o medio de prueba que la compañía aseguradora estime necesario para la determinación del hecho del siniestro o por otra causa justa.

9.3.- Si se produce una incapacidad permanente en cualquiera de sus grados o la enfermedad grave del asegurado:

- La que acredite la identidad y, en su caso, la condición de beneficiario del seguro.
- En el caso de incapacidad permanente, resolución del I.N.S.S. en la que se declara la situación de incapacidad y el grado de la misma, así como el dictamen/propuesta del organismo público competente y, si es el caso, la sentencia judicial firme.
- Certificados médicos, el historial clínico o el informe de asistencia que acrediten el estado de invalidez total y permanente, la fecha en que se ha producido el accidente o se ha pronosticado la enfermedad causante del siniestro, la evolución de ésta y los eventuales antecedentes médicos.
- Cualquier otro documento o medio de prueba que la compañía aseguradora estime necesario para la determinación del siniestro o por otra causa justa.

N.º de póliza: {CAMPO.NPOLIZA}

10.- Plazo para el pago de la prestación

10.1.- La compañía aseguradora abonará la prestación al término de las verificaciones y los peritajes necesarios para establecer la existencia y las causas del siniestro.

10.2.- En cualquier supuesto, en el plazo máximo de cuarenta días desde la declaración del siniestro, la Compañía deberá abonar o consignar el importe mínimo que se considere adecuado a los compromisos asumidos en el contrato de seguro y según las circunstancias por ella conocidas.

11.- Comprobación de la incapacidad permanente o de la enfermedad grave

11.1.- El servicio médico de la compañía aseguradora examinará la documentación aportada y calificará la posible existencia de la incapacidad permanente cualquiera que sea su grado o enfermedad grave del asegurado, de acuerdo con las definiciones del presente contrato.

11.2.- En caso de que exista discrepancia entre las partes respecto al grado de incapacidad o sobre el diagnóstico y/o el tratamiento de la enfermedad grave del asegurado, y no hubiera posterior avenencia entre las partes, ambas se obligan a acudir al peritaje de médicos, de conformidad con el procedimiento previsto en el artículo 38 de la Ley de contrato de seguro.

11.3.- Si el dictamen de los peritos fuera impugnado, el asegurador deberá abonar el importe mínimo a que se refiere el artículo 18 de la Ley de seguro, y si no lo fuera, abonará el importe de la indemnización señalado por los peritos en un plazo de cinco días.

12.- Derecho del beneficiario en caso de demora de la compañía aseguradora

12.1.- En caso de que la compañía aseguradora incurriera en mora en el cumplimiento de la prestación, la indemnización de daños y perjuicios, se ajustará a las reglas establecidas en el artículo 20 de la Ley 50/1980 de 8 de octubre de Contrato de Seguro. La compañía incurrirá en mora, si en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro, no hubiere cumplido su prestación, por causa no justificada o exclusivamente imputable a la misma, estando obligada a abonar, por cada uno de los días transcurridos, una cantidad adicional equivalente al interés legal del dinero vigente en el momento que se devengue incrementado en un 50%. No obstante, transcurridos dos años desde la producción del siniestro, el interés aplicable no podrá ser inferior al 20% anual.

12.2.- No procede el pago de los intereses por demora de la compañía aseguradora si el retraso del pago de la prestación se fundamenta en una causa justificada o en un hecho no imputable a la compañía aseguradora.

13.- Otras obligaciones de las partes

13.1.- A la firma del contrato, la compañía aseguradora entrega la póliza al tomador, en la que constan la nota informativa, las condiciones generales, especiales y particulares pactadas, y las prestaciones aseguradas.

13.2.- Cualquier modificación de las condiciones contractuales requiere la emisión y la firma por las partes de un documento de suplemento o de una nueva póliza. Ésta, a partir de su firma, dejará sin efecto la anterior.

14.- Impuestos

Los impuestos, los recargos, las tasas u otros conceptos impositivos, presentes y futuros, legalmente repercutibles que deban pagarse por razón de este seguro correrán a cargo del tomador, del asegurado o del beneficiario del contrato.

15.- Comunicaciones

15.1.- El tomador del seguro, el asegurado y/o el beneficiario deben enviar sus comunicaciones al domicilio social de la compañía aseguradora.

15.2.- La compañía aseguradora remitirá sus comunicaciones a la dirección del tomador del seguro, del asegurado o del beneficiario. Con carácter general, la dirección es la que figura en la póliza, salvo que se hubiera notificado por escrito otra a la compañía aseguradora.

16.- Prescripción

Todas las acciones derivadas del presente contrato prescriben a los cinco años contados desde el día en que podían ser ejercitadas.

N.º de póliza: {CAMPO.NPOLIZA}

17.- Protección de datos personales

Los datos personales del asegurado y del tomador recogidos como consecuencia de la formalización del seguro y las declaraciones efectuadas por el asegurado y el tomador contenidas en el presente contrato serán objeto de tratamiento automatizado de conformidad con la normativa de protección de datos de carácter personal. El responsable del tratamiento es CA Life Insurance Experts, Compañía de Seguros y Reaseguros, SA Unipersonal. El tomador y el asegurado declaran que los datos personales, incluso los datos confidenciales o especialmente protegidos, son ciertos, y otorgan su consentimiento expreso e inequívoco para que puedan ser incluidos en ficheros responsabilidad de la compañía y ser tratados incluso en aquellos casos en los que la póliza no llegue a emitirse o sea anulada.

El asegurado y el tomador podrán ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición de datos mediante comunicación escrita dirigida a la compañía CA Life Insurance Experts, Compañía de Seguros y Reaseguros, SA Unipersonal, con domicilio social en c/ Agustín de Foxá, 29, 6ª Planta, A, 28036 Madrid. Los datos personales serán tratados de forma confidencial, de conformidad con la normativa de protección de datos, exceptuando aquellas comunicaciones que requieran la gestión de reaseguro, coaseguro, tratamientos estadísticos para la creación de perfiles y estudios de calidad, análisis de riesgos o la gestión de prestación en caso de siniestralidad, servicio de atención al cliente y las que comprendan la gestión contractual propia de la actividad aseguradora.

El tomador y el asegurado marcarán la casilla prevista en las condiciones particulares que en su caso corresponda autorizando de forma expresa e inequívoca que la compañía aseguradora proceda al envío de información comercial y publicidad de otros productos y servicios aseguradores o financieros que pudieran ser de interés y, para que ésta pueda comunicar, a otras sociedades que puedan formar parte de su mismo grupo empresarial en sentido amplio y se encuentran situadas en territorio español cuyas actividades se relacionen con el sector de seguros al objeto de que le sea remitida información de otros productos y servicios. En todo caso, los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición se ejercerán igualmente ante CA Life Insurance Experts, Compañía de Seguros y Reaseguros, SA Unipersonal.

18.- Subrogación

En caso de fallecimiento del tomador del seguro, si es persona distinta del asegurado, éste último adquiere todos los derechos y las obligaciones del primero derivados de la póliza.

19.- Indisputabilidad

El presente contrato, a no ser que medie actuación dolosa o mala fe, es indisputable a partir de un año contado desde la fecha de su perfección o de su eventual rehabilitación, siempre que, en este último caso, hayan transcurrido al menos seis meses desde el vencimiento de la última prima o fracción de prima impagada, con arreglo a lo dispuesto en los artículos 89 y 90 de la Ley de contrato de seguro.

20.- Rehabilitación del contrato

En caso de que el contrato estuviese en suspenso, podrá rehabilitarse si la petición se produce dentro de los cinco meses siguientes a haber sido dejado en suspenso, y previa declaración de salud de acuerdo con el cuestionario que facilite la compañía o, en su caso, previo reconocimiento médico, a criterio de la compañía. Una vez aceptada la rehabilitación, el pago de la prima o las primas impagadas y de los intereses de demora que correspondan deberá efectuarse de una sola vez en el acto. Cuando la petición sea posterior a dicho plazo, y en todo caso anterior al siniestro, previo reconocimiento médico o debiendo presentar el asegurado las pruebas que a juicio del asegurador sean suficientes y satisfactorias para demostrar que en el momento de la rehabilitación se encuentra en las condiciones de salud exigidas para contratar esa modalidad de seguro, se fijarán las condiciones de rehabilitación.

21.- Jurisdicción

Si cualquiera de las partes contratantes –o ambas– decidiera ejercitar sus acciones ante los órganos jurisdiccionales, será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro el del domicilio del asegurado, y cualquier otro pacto en contrario será nulo.

22.- Riesgos cubiertos

22.1.- Seguro principal: fallecimiento

La compañía aseguradora se obliga a pagar al beneficiario del seguro por esta garantía el capital que figura indicado en las condiciones particulares si se produce la muerte del asegurado, durante el período de vigencia principal del contrato también indicado en las condiciones particulares, o bien durante cualquiera de sus prórrogas anuales por tática reconducción.

22.2.- Seguros complementarios

22.2.1.- Incapacidad permanente absoluta

La compañía aseguradora se obliga a pagar al beneficiario del seguro por esta garantía el capital que figura indicado en las condiciones particulares si se produce la incapacidad permanente absoluta del asegurado, durante el período de cobertura también indicado en las condiciones particulares, o bien durante cualquiera de sus prórrogas anuales por tática reconducción.

En caso de producirse la incapacidad permanente absoluta, y se tenga contratada la incapacidad permanente total (para la profesión habitual del asegurado), a partir de los 60 años de edad, la compañía de aseguradora se obliga a pagar una renta equivalente al capital en riesgo del momento. Dicha renta será mensual constante, financiera, y pagadera, en todo caso, hasta el mes en que el asegurado cumpla 67 años, como último mes de devengo de la mencionada renta.

22.2.2.- Incapacidad permanente total (para la profesión habitual)

La compañía aseguradora se obliga a pagar al beneficiario del seguro por esta garantía el capital que figura indicado en las condiciones particulares si se produce la incapacidad permanente total (para la profesión habitual) del asegurado, durante el período de cobertura también indicado en las condiciones particulares, o bien durante cualquiera de sus prórrogas anuales por tática reconducción.

En caso de producirse la incapacidad permanente total (para la profesión habitual del asegurado), a partir de los 60 años de edad, la compañía de aseguradora se obliga a pagar una renta equivalente al capital en riesgo del momento. Dicha renta será mensual constante, financiera, y pagadera, en todo caso, hasta el mes en que el asegurado cumpla 67 años, como último mes de devengo de la mencionada renta.

22.2.3.- Fallecimiento por accidente

La compañía aseguradora se obliga a pagar al beneficiario del seguro el capital que figura indicado en las condiciones particulares si se produce la muerte del asegurado, durante el período de cobertura también indicado en las condiciones particulares, como consecuencia directa de un accidente ocurrido durante este mismo período de cobertura, siempre y cuando la muerte se produzca dentro del plazo máximo de un año a contar desde la fecha del accidente. Esta garantía es acumulable con el resto de garantías contratadas para cubrir el fallecimiento.

22.2.4.- Incapacidad permanente absoluta por accidente

La compañía aseguradora se obliga a pagar al beneficiario del seguro el capital que figura indicado en las condiciones particulares si se produce la incapacidad permanente absoluta del asegurado, durante el período de cobertura también indicado en las condiciones particulares, como consecuencia directa de un accidente ocurrido durante este período de cobertura, siempre y cuando dicha incapacidad se produzca dentro del plazo máximo de un año a contar desde la fecha del accidente. Esta garantía es acumulable con el resto de garantías contratadas para cubrir la incapacidad.

22.2.5.- Fallecimiento por accidente de circulación

La compañía aseguradora se obliga a pagar al beneficiario del seguro el capital que figura indicado en las condiciones particulares si se produce la muerte del asegurado, durante el período de cobertura también indicado en las condiciones particulares, como consecuencia directa de un accidente de circulación ocurrido durante este mismo período de cobertura, siempre y cuando la muerte se produzca dentro del plazo máximo de un año a contar desde la fecha del accidente de circulación. Esta garantía es acumulable con el resto de garantías contratadas para cubrir el fallecimiento.

22.2.6.- Incapacidad permanente absoluta por accidente de circulación

La compañía aseguradora se obliga a pagar al beneficiario del seguro el capital que figura indicado en las condiciones particulares si se produce la incapacidad permanente absoluta del asegurado, durante el período de cobertura también indicado en las condiciones particulares, como consecuencia directa de un accidente de circulación ocurrido durante este período de cobertura, siempre y cuando dicha incapacidad se produzca dentro del plazo máximo de un año a contar desde la fecha del accidente de circulación. Esta garantía es acumulable con el resto de garantías contratadas para cubrir la incapacidad.

22.2.7.- Enfermedades graves

La compañía aseguradora se obliga a pagar al beneficiario del seguro el capital que figura indicado en las condiciones particulares si el asegurado se ve afectado, durante el período de cobertura también indicado en las condiciones particulares, por cualquiera de las enfermedades siguientes: cáncer, ataque al corazón (infarto de miocardio), derrame e infarto cerebral, cirugía de arterias coronarias (bypass) o fallo renal (enfermedad renal en etapa final), trasplante de órganos mayores, parálisis y enfermedad de Alzheimer antes de los 65 años.

A los efectos del presente contrato, las enfermedades graves que pueden dar lugar al pago de la prestación prevista en las condiciones particulares son las siguientes:

22.2.7.1.- Cáncer

Enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento y la expansión incontrolada de

N.º de póliza: {CAMPO.NPOLIZA}

células malignas y la invasión de tejidos. El diagnóstico debe ser evidenciado por una histología claramente definida. El término *cáncer* también incluye las leucemias y las enfermedades malignas del sistema linfático, como la enfermedad de Hodgkin.

22.2.7.2.- Ataque al corazón (infarto de miocardio)

Muerte de una parte del músculo cardíaco como resultado de un flujo sanguíneo insuficiente hacia el área comprometida. El diagnóstico debe ser confirmado por un especialista y evidenciado por todos los criterios siguientes:

- a) Una historia de dolor torácico típico.
- b) Nuevos cambios característicos de infarto en el ECG.
- c) Elevación de las enzimas específicas de infarto, las troponinas u otros marcadores bioquímicos.

22.2.7.3.- Derrame o infarto cerebral

Cualquier incidente cerebro-vascular que produce secuelas neurológicas permanentes y que incluye infarto de tejido cerebral, hemorragia y embolización originada en una fuente extracraneal. El diagnóstico debe ser confirmado por un especialista y evidenciado por síntomas clínicos típicos, así como con hallazgos típicos en la TAC (tomografía axial computarizada) de cerebro y la RNM (resonancia nuclear magnética) de cerebro. Deben documentarse pruebas de deficiencia neurológica de por lo menos tres meses a contar desde la fecha de diagnóstico.

22.2.7.4.- Cirugía de arterias coronaria (bypass)

La realización de cirugía a tórax abierto para la corrección de dos o más arterias coronarias, que están estrechadas u ocluidas, mediante el implante de un puente arterial coronario. La necesidad de tal cirugía debe haber sido probada por angiografía coronaria y la realización de la cirugía debe ser confirmada por un especialista.

22.2.7.5.- Fallo renal (enfermedad renal en etapa final)

Etapa final de enfermedad renal que se manifiesta por un fallo crónico e irreversible de la función de ambos riñones que tiene como resultado la necesidad de realizar regularmente diálisis renal (hemodiálisis o diálisis peritoneal) o que requiere un trasplante renal. El diagnóstico debe ser confirmado por un especialista.

22.2.7.6.- Trasplante de órganos mayores

La realización actual de un trasplante de órganos en el que el asegurado participa como receptor de alguno de los siguientes órganos: corazón, pulmón, hígado, páncreas, riñón, intestino delgado o médula ósea. La realización del trasplante debe ser confirmada por un especialista.

22.2.7.7.- Parálisis

Pérdida total e irreversible del uso de dos o más extremidades por parálisis secundaria a enfermedad o accidente de la médula espinal. Estas condiciones deben ser documentadas médicamente por un especialista al menos tres meses después de su diagnóstico.

22.2.7.8.- Enfermedad de Alzheimer antes de los 65 años

Diagnóstico clínico inequívoco de la enfermedad de Alzheimer (demencia presenil) antes de la edad de 65 años, confirmado por un especialista y evidenciado por hallazgos típicos en exámenes neurológicos y cognitivos (por ejemplo, TAC, resonancia nuclear magnética o PET de cerebro). La enfermedad debe producir como resultado una incapacidad permanente para realizar independientemente tres o más actividades de la vida diaria: bañarse (capacidad de tomar un baño o ducharse), vestirse y desvestirse, higiene personal (capacidad de usar el lavabo y mantener un nivel razonable de higiene), movilidad (capacidad de desplazarse en el interior de un mismo nivel o piso), continencia (control sobre los esfínteres), comer/beber (capacidad de alimentarse por sí mismo, pero no de preparar la comida) o requerir, debido a la enfermedad, la supervisión y la presencia permanente de personal especializado en cuidados. Estas condiciones deben estar médicamente documentadas al menos durante tres meses.

23.- Servicios adicionales

23.1.- Segunda opinión médica

Mediante este servicio, el asegurado o su médico tendrán acceso, en caso de enfermedad grave, al asesoramiento y una segunda opinión a distancia por parte de un panel de médicos especialistas de reconocido prestigio mundial. Estos expertos estudiarán el historial médico y ofrecerán su opinión sobre el diagnóstico y las posibles alternativas de tratamiento.

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

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, 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,

N.º de póliza: {CAMPO.NPOLIZA}

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 y 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

N.º de póliza: {CAMPO.NPOLIZA}

que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

Comunicación de daños al Consorcio de Compensación de Seguros

1. La solicitud de indemnización de daños cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros, se efectuará mediante comunicación al mismo por el tomador del seguro, el asegurado o el beneficiario de la póliza, o por quien actúe por cuenta y nombre de los anteriores, o por la entidad aseguradora o el mediador de seguros con cuya intervención se hubiera gestionado el seguro.
2. La comunicación de los daños y la obtención de cualquier información relativa al procedimiento y al estado de tramitación de los siniestros podrá realizarse:
 - Mediante llamada al Centro de Atención Telefónica del Consorcio de Compensación de Seguros (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.

LE ROGAMOS QUE LO LEA CON ATENCIÓN Y QUE LO FIRME ÚNICAMENTE SI ESTÁ CONFORME CON SU CONTENIDO

25. Riesgos excluidos

25.1. Régimen de exclusión de las garantías

Con carácter general, queda entendido que los riesgos de fallecimiento, de incapacidad permanente absoluta, y de enfermedad grave tienen carácter excluyente entre sí. Es decir, que la compañía aseguradora abonará únicamente las prestaciones derivadas del riesgo que suceda en primer lugar y, a partir de ese momento, quedará extinguida la póliza.

No obstante, de producirse la contingencia de incapacidad permanente absoluta y tener contratadas, en una misma póliza, la incapacidad permanente total (para la profesión habitual) y la incapacidad permanente absoluta, la compañía aseguradora abonará el capital asegurado de cada una de las dos garantías mencionadas y, a partir de ese momento, quedará extinguida la póliza.

Igualmente, el asegurado tendrá derecho a percibir el capital correspondiente a la garantía de incapacidad permanente total de producirse la contingencia de incapacidad permanente absoluta y tener únicamente contratada la garantía de incapacidad permanente total (para la profesión habitual).

El asegurado perderá el derecho a percibir el capital cuando el origen del siniestro esté directa o indirectamente relacionado con un accidente o una enfermedad producido y conocido por el asegurado con anterioridad a la fecha de efecto del contrato.

26. Cláusulas limitativas

26.1. Exclusiones generales de la póliza

Se perderá el derecho a las prestaciones previstas en la póliza en los siguientes supuestos:

- Cuando la muerte del asegurado fuera causada dolosamente por el beneficiario le privará a este del derecho a la prestación establecida en el contrato, quedando está integrada en el patrimonio del tomador.
- Cuando la presente póliza, la declaración de salud o la documentación, complementaria requerida contengan falsedades o inexactitudes que pudieran haber afectado a la evaluación del riesgo por la aseguradora y estén directa o indirectamente relacionadas con el siniestro.
- El suicidio del asegurado durante el primer año de vigencia del contrato. Se entiende por suicidio la muerte del asegurado causada por él mismo de forma consciente y voluntaria.
- Si el siniestro es consecuencia directa o indirecta de reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.
- Si, por su gravedad o magnitud, la causa del siniestro es calificada por las autoridades gubernamentales de catástrofe o calamidad nacional.
- Si el siniestro es producido por un conflicto armado, aunque no haya sido precedido por una declaración oficial de guerra.
- Si el siniestro se produce cuando el asegurado sea el conductor del vehículo sin que disponga del permiso legal para conducirlo.
- Si el siniestro es consecuencia de un acto de imprudencia o negligencia grave del asegurado, declarado así judicialmente, o por el hecho de la participación del asegurado en actos delictivos o criminales, duelos o riñas, salvo que, en este último caso, hubiera actuado en legítima defensa o en tentativa de salvamento de personas o de bienes y así haya sido judicialmente declarado.
- Si el siniestro ocurre como consecuencia de la práctica profesional de un deporte por parte del asegurado.
- Si el siniestro se produce como consecuencia de la práctica por el asegurado de deportes aéreos en general (paracaidismo, ascensiones en globos aerostáticos, puenting, vuelos en ala delta, navegación con ultraligeros o planeadores, o cualquier otra actividad similar).
- La participación del asegurado, incluyendo los entrenamientos, en competiciones con vehículos terrestres, embarcaciones o aeronaves de motor, ya sea en calidad de piloto, de copiloto o de pasajero.
- La práctica por el asegurado de inmersión subacuática, alpinismo, escalada o espeleología.
- La aportación por parte de cualquier asegurado de documentos falsos o alterados provocará la pérdida del derecho a indemnización.

26.2. Exclusiones específicas en caso de siniestro por accidente, aplicable a las garantías que cubren el fallecimiento por accidente, la incapacidad permanente total o absoluta por accidente, el fallecimiento por accidente de circulación y la incapacidad permanente total o absoluta por accidente de circulación:

En caso de siniestro por accidente además de las exclusiones generales de la póliza, no estará cubierto el siniestro que sobrevenga al asegurado cuando se encuentre en estado de embriaguez o bajo la influencia de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas no prescritas medicamente, o cuando la prueba de alcoholemia practicada después de un accidente ocurrido siendo conductor de un vehículo, indique una tasa superior a la permitida legalmente para la conducción del mismo.

26.3. Exclusiones específicas del seguro complementario de enfermedades graves

La prestación por enfermedades graves sólo se pagará cuando suceda el primer siniestro causado por cualquiera de las enfermedades cubiertas. No se pagará la prestación si aparecen los primeros síntomas, o si la enfermedad aparece, o si el primer episodio se da dentro de los primeros seis meses contados desde la fecha de efecto de la póliza o desde la fecha de rehabilitación de la póliza.

No se pagará ninguna prestación de las cubiertas por esta póliza si la enfermedad cubierta y sufrida por el asegurado resulta, directa o indirectamente, causada o agravada por alguno de los motivos siguientes:

- **Abandono del tratamiento o consejo médico dado.**
- **Vivir fuera del país de residencia durante más de 13 semanas consecutivas en cualquier período de 12 meses.**
- **Guerra u hostilidades.**
- **Guerra civil, rebelión, revolución, disturbio social o motín.**
- **Participación en cualquier fuerza armada o en actividades para el mantenimiento de la paz.**
- **Un acto personal en su nombre, o en el nombre de otros, o en conexión con cualquier clase de grupo u organización que tenga como finalidad influir por la fuerza en un grupo o corporación, o gobierno, por medio de terrorismo, secuestro, ataque, asalto o mediante cualquier otra forma de violencia.**
- **Actos intencionados o daños autoinfligidos.**
- **Consumo de drogas, excepto en el caso de que hubieran sido recetadas como tratamiento por un médico especialista, abuso del alcohol e ingesta de veneno.**
- **VIH/sida.**
- **Fusión o fisión nuclear, o cualquier otra radiactividad o radiación ionizante.**
- **Participación deliberada del asegurado en un acto ilegal o criminal.**
- **Actos ilegales cometidos por el beneficiario de la póliza que causen la enfermedad grave del asegurado.**
- **Daños o enfermedades provenientes de prácticas deportivas profesionales, carreras de cualquier tipo, submarinismo, actividades aéreas (incluyendo puenting, ala delta, parapente, globos aerostáticos o paracaidismo) que no sean como tripulante o pasajero en una compañía aérea comercial legalmente autorizada que opere en líneas o rutas regulares, y cualquier otra actividad o deporte peligroso, a menos que esté específicamente autorizada su inclusión en la póliza por medio de una aprobación expresa por la compañía aseguradora.**
- **Cáncer: Se excluyen:**
 - **Cualquier etapa CIN (neoplasia intraepitelial cervical).**
 - **Cualquier tumor premaligno.**
 - **Cualquier cáncer no invasivo (cáncer in situ).**
 - **El cáncer de próstata en estadio 1 (T1a, 1b, 1c).**
 - **Carcinoma basocelular y carcinoma de células escamosas.**
 - **Melanoma maligno estadio IA (T1a N0 M0).**
 - **Cualquier tumor maligno en presencia de cualquier virus de inmunodeficiencia humana.**
- **Ataque al corazón (infarto de miocardio): Se excluyen:**
 - **El infarto del miocardio sin elevación del segmento ST con solamente elevación de troponina I o T.**
 - **Otros síndromes coronarios agudos (por ejemplo, angina de pecho estable o inestable).**
 - **Infarto de miocardio silente.**
- **Derrame e infarto cerebral: Se excluyen:**
 - **Accidentes isquémicos transitorios (TIA).**
 - **Lesiones traumáticas del cerebro.**
 - **Síntomas neurológicos secundarios a migraña (jaqueca).**
 - **Infartos lacunares sin déficit neurológico.**
- **Cirugía de arterias coronaria (bypass): Se excluyen:**
 - **Angioplastia.**
 - **Cualquier otro procedimiento intraarterial.**
 - **Cirugía por toracotomía mínima.**
- **Parálisis: Se excluye la parálisis debida a síndrome de Guillain-Barré.**

El tomador y/o el asegurado reconocen haber leído las cláusulas limitativas precedentes, integrantes de las condiciones generales, a los efectos expresados en el artículo 3.º de la Ley 50/1980, de contrato de seguro, muestran su conformidad con las mismas y las suscriben a efectos de coberturas del riesgo asegurado en el lugar y la fecha indicados en las condiciones particulares.

Y leídas por las partes, a su comodidad, todas y cada una de las cláusulas y las condiciones reguladoras de la presente póliza de seguro, declaran estar plenamente informados del contenido de los documentos que forman parte integrante de la póliza (nota informativa, condiciones generales, especiales y particulares, y cláusulas limitativas de los derechos del asegurado, especialmente resaltadas) y lo ratifican en todos sus extremos. Y en prueba de conformidad, ambas partes firman por duplicado las condiciones particulares y a un solo efecto en el lugar y la fecha indicados en las mismas.

Firma del Tomador

La Compañía