

CONDICIONES GENERALES DE LOS SEGUROS DE VIDA DE GRUPO

CLAUSULA PRELIMINAR

El presente contrato se encuentra sometido a la Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro, al 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, al Real Decreto 2486/1998, de 20 de Noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados y disposiciones concordantes, y se regirá por lo convenido en la Póliza y en los restantes documentos contractuales, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos del Asegurado que no figuren destacadas de modo especial y no hayan sido aceptadas específicamente por escrito. No requerirán dicha aceptación las meras transcripciones o referencias a preceptos legales.

DEFINICIONES PREVIAS

A los efectos de este Contrato se entenderá por:

a) ENTIDAD ASEGURADORA: AEGON SEGUROS DE VIDA, AHORRO E INVERSIÓN, S.A. SOCIEDAD UNIPERSONAL (en adelante, AEGON INVERSIÓN), quien asume la cobertura de los riesgos objeto de este contrato y garantiza el pago de las prestaciones que correspondan con arreglo a las condiciones del mismo.

El control de la actividad de AEGON INVERSIÓN corresponde al Ministerio de Economía y Hacienda del Estado Español, a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

b) TOMADOR: La persona física o jurídica que suscribe el presente contrato con la Entidad Aseguradora y representa al Grupo Asegurado y asume las obligaciones que del mismo se deriven, excepto las que, por su naturaleza, deben ser cumplidas por el Asegurado.

c) GRUPO ASEGURABLE: Es el conjunto de personas físicas, que estando unidas por un vínculo o interés común, previo o simultáneo a la adhesión al seguro pero distinto al propósito de asegurarse, y que reúnan, a su vez, cada una de ellas las condiciones legales para ser Asegurado.

d) ASEGURADO: La persona física sobre cuya vida se estipula el Seguro. En este seguro tendrán tal consideración, cada una de las personas físicas que perteneciendo al grupo asegurable, satisfaga las condiciones de adhesión al seguro y figure en la relación de personas incluidas en el Seguro. La condición de Asegurado no excluye la de Beneficiario.

e) GRUPO ASEGURADO: Es el conjunto de Asegurados.

f) BENEFICIARIO: La persona física o jurídica a quien corresponde percibir la prestación garantizada por la Póliza.

g) PRIMA: Es el precio del Seguro. El recibo de las primas contendrá, además, los recargos e impuestos legalmente repercutibles.

h) PÓLIZA: El documento que contiene las condiciones que regulan el Seguro. Forman parte integrante de la Póliza: las Condiciones Generales, de emitirse, las Condiciones Especiales, que individualizan el riesgo y que caracterizan la modalidad de seguro, las Condiciones Particulares, que delimitan el contrato, así como, en su caso, los Certificados Individuales de Seguro, y los Suplementos o Apéndices que pudieran emitirse a los anteriores documentos para complementarlos o modificarlos

i) CERTIFICADOS INDIVIDUALES DE SEGURO: Documento que determina para cada

Asegurado las coberturas contratadas y las prestaciones aseguradas para cada una de ellas.

- j) PRESTACIÓN ASEGURADA: Es el importe que el Asegurador está obligado a pagar cuando se produzca la contingencia que de lugar al pago de la indemnización.
- k) PROVISIÓN MATEMÁTICA: Se entenderá como tal, la diferencia entre el valor actual actuarial de las obligaciones futuras del Asegurador (prestaciones) y las del Tomador (primas), resultante de aplicar las bases técnicas empleadas para el cálculo de las primas.
- l) RESCATE: Liquidación total o parcial de la póliza a favor del Tomador, o en su caso del Asegurado, de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Especiales, Particulares y en los Certificados Individuales de Seguro.
- m) REDUCCIÓN: Consiste en la transformación de la póliza en un seguro de la misma modalidad y liberado del pago de primas.

Artículo 1. OBJETO DEL SEGURO

Por el presente contrato, el Asegurador asume la cobertura de aquellos riesgos sobre la vida del Asegurado cuya cobertura haya sido expresamente pactada en las Condiciones Particulares y con los límites que en ella y en los Certificados Individuales de Seguro se determinen.

El Asegurador podrá garantizar como riesgos sobre la vida del Asegurado, los de muerte, supervivencia y cualquier tipo de invalidez previstos en las Condiciones Particulares.

Tienen carácter de riesgos principales los siguientes:

- a) Muerte.
- b) Supervivencia.
- c) Cualquier combinación de ambos.

Tienen carácter de riesgos complementarios los siguientes:

- a) Incapacidad profesional, total y permanente.
- b) Invalidez absoluta y permanente.
- c) Muerte por accidente
- d) Muerte por accidente de circulación
- e) Incapacidad profesional, total y permanente por accidente
- f) Incapacidad profesional, total y permanente por accidente de circulación.
- g) Invalidez absoluta y permanente por accidente.
- h) Invalidez absoluta y permanente por accidente de circulación
- i) Cualquier otra modalidad previamente aprobada con carácter general por el Ministerio de Economía y Hacienda.

No podrá contratarse la cobertura de los riesgos complementarios con independencia de alguno o algunos de los riesgos principales.

En los seguros de muerte, si son distintas las personas del Tomador y Asegurado, será preciso el consentimiento de éste, dado por escrito, salvo que pueda presumirse de otra forma su interés por la existencia del seguro. Si el Asegurado es menor de edad, será necesaria, además, la autorización por escrito de sus representantes legales.

No podrán convenirse seguros para caso de fallecimiento sobre la cabeza de menores de 14 años de edad o incapacitados. Quedan exceptuados de esta prohibición los contratos de seguro en los que la cobertura de muerte resulte inferior o igual a la prima satisfecha por la póliza o al valor de rescate.

Artículo 2. DELIMITACIÓN DE LOS RIESGOS GARANTIZADOS

A efectos de la cobertura del seguro, serán de aplicación las delimitaciones siguientes:

- a) Suicidio. Durante el primer año de vigencia del seguro, la Entidad Aseguradora no cubre el riesgo de fallecimiento por esta causa, salvo pacto en contrario establecido en las Condiciones Particulares, una vez transcurrido dicho plazo, se asume el mencionado riesgo. A estos efectos, se entiende por suicidio el fallecimiento causado consciente y voluntariamente por el propio Asegurado.
- b) Aviación. Será cubierto este riesgo siempre que el Asegurado realice los vuelos, como simple pasajero, en líneas comerciales regulares, vuelos chárter o, en general, en aparatos civiles provistos de un certificado de navegabilidad debidamente autorizado. En todos los casos se requiere que los aparatos vayan conducidos por personas provistas de un título de piloto válido para el aparato considerado.

No obstante quedan excluidas de esta cobertura cuantas personas hagan del vuelo su profesión y ocupen una aeronave como integrantes de su tripulación por imperativo de las funciones que, respectivamente tengan asignadas, sin perjuicio de su inclusión mediante contratación especial.

Se excluyen asimismo los siniestros ocurridos como consecuencia de efectuar descensos en paracaídas, no exigidos por la situación del aparato.

Se excluyen de la cobertura de la Póliza los siguientes riesgos de fallecimiento:

- 1) Los producidos como consecuencia directa o indirecta de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva, que se hallan cubiertos por los seguros de responsabilidad civil por daños nucleares.
- 2) Los acaecidos en la navegación submarina o en viajes de exploración y en viajes de expedición armada.
- 3) Riesgos de guerra u operaciones de carácter similar o derivados de hechos de carácter político o social, actos terroristas, fenómenos sísmicos o meteorológicos y demás riesgos de carácter extraordinario, estando cubiertos de conformidad con lo previsto en el artículo 24 de las presentes Condiciones Generales.
- 4) Las consecuencias de enfermedad o accidente originados con anterioridad a la suscripción de la Póliza, cuyo conocimiento haya ocultado al Asegurador mediante dolo o culpa grave, conforme con lo declarado con el cuestionario que éste someta al Asegurado.

Para la cobertura de los seguros complementarios además de las limitaciones y exclusiones descritas anteriormente, se excluyen de la garantía los siniestros originados por alguna de las siguientes causas:

- 1) Los causados dolosamente por el Asegurado y/o Beneficiario.
- 2) Los accidentes o enfermedades que sobrevengan al Asegurado por embriaguez o uso de estupefacientes no prescritos médicamente.
- 3) Las consecuencias de un acto de imprudencia temeraria o negligencia grave del Asegurado, declarado así judicialmente, así como los derivados de la participación de éste en actos delictivos, duelos o riñas, siempre que en este último caso no hubiere actuado en legítima defensa o en tentativa de salvamento de las personas o bienes.
- 4) Los accidentes ocurridos por participación del Asegurado en pruebas deportivas ocupando un vehículo como piloto, copiloto o simple pasajero.

5) No tendrá la consideración de accidente la enfermedad profesional aún siendo laboralmente considerada como accidente.

No obstante, salvo pacto en contrario en Condiciones Particulares y/o Certificado Individual de Seguro, si la póliza prevé derecho de rescate, en caso de siniestro debido a alguna de las anteriores causas excluidas la Entidad Aseguradora pagará una prestación equivalente al Valor de Rescate del Certificado a la fecha del evento, en lugar de abonar el capital asegurado previsto para la prestación correspondiente.

Artículo 3. BASES DEL CONTRATO

La cobertura de esta Póliza está basada en las declaraciones del Tomador y/o Asegurado, de acuerdo con el cuestionario que la Entidad Aseguradora le someta, el cual contendrá, si procede, las declaraciones de salud del Asegurado, debidamente cumplimentado, incluyendo, en su caso, el reconocimiento médico del Asegurado. Esta declaración, junto con la Póliza constituye un todo unitario, la base del seguro.

Si el contenido de la Póliza difiere de la solicitud de seguro o de las cláusulas acordadas, el Tomador o el Asegurado podrá reclamar a la Entidad Aseguradora en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la Póliza o Certificado Individual de Seguro, a fin de que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la Póliza o Certificado Individual de Seguro.

Esta póliza no resulta afectada por las relaciones contractuales, laborales o de otra índole, por las que pueda estar caracterizado el grupo asegurable. AEGON INVERSIÓN no asume la responsabilidad solidaria o subsidiaria que se puede derivar de dichas relaciones, consideradas ajenas al propio contrato de seguro.

Artículo 4. ERROR DE EDAD Y/O SEXO DEL ASEGURADO

En el supuesto de indicación inexacta de la fecha de nacimiento del Asegurado/s, la Entidad Aseguradora sólo podrá impugnar el contrato si la verdadera edad del Asegurado, en el momento de entrada en vigor del contrato, excede los límites de adhesión establecidos por aquél.

En otro caso, si como consecuencia de una declaración inexacta de la edad y/o del sexo del Asegurado/s, la prima pagada es inferior a la que correspondería pagar, la prestación de la Entidad Aseguradora se reducirá en proporción a la prima percibida; dicha minoración no se llevará a cabo sin que el Asegurador haya comunicado previamente al Tomador y al Beneficiario tal circunstancia.

Si, por el contrario, la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, la Entidad Aseguradora está obligada a restituir el exceso de las primas percibidas sin intereses.

Artículo 5. CONDICIONES DE ADHESIÓN

Las condiciones de adhesión serán las que figuren en la propuesta suscrita por el Asegurador y aceptada por el Tomador, que pueden estar referidas a los límites de edad, de pertenencia al grupo asegurado, a los requisitos médicos de aceptación dentro del grupo asegurado u otros según sea la modalidad de seguro contratada.

El cumplimiento de las citadas condiciones se comprobará a través del boletín de adhesión, con o sin declaración de estado de salud, y en su caso, con el reconocimiento médico.

En todo caso, las condiciones iniciales para la adhesión se mantendrán en los siguientes supuestos:

a) Durante los tres primeros meses de vigencia del seguro de grupo.

- b) En las ampliaciones de sumas aseguradas.
- c) Durante los tres meses siguientes a cada incorporación al grupo asegurable.

Cuando el asegurado cause baja en el seguro por salida del grupo asegurable, podrá solicitar del Asegurador la continuación de su seguro por el mismo capital, sometiéndose a las normas de contratación individual, pero sin necesidad de reconocimiento médico o declaración de salud, siempre que lo solicite dentro de los tres meses siguientes a partir de la fecha de baja.

Artículo 6. AGRAVACIÓN DEL RIESGO

El Tomador del seguro o, en su caso, el Asegurado, deberá, durante el curso del contrato comunicar a la Entidad Aseguradora, tan pronto como le sea posible, todas las circunstancias, ajenas al estado de salud del Asegurado, que según el cuestionario que le ha sido sometido por la Entidad Aseguradora, antes de la conclusión del contrato, agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por ésta en el momento de la perfección del contrato no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

En caso de que durante la vigencia de la Póliza le fuese comunicado a la Entidad Aseguradora una agravación del riesgo, ésta puede proponer una modificación del contrato en un plazo de dos meses, a contar desde el día en que la agravación le haya sido declarada. En tal caso, el Tomador del seguro dispone de quince días, a contar desde la recepción de esta proposición, para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo, o de silencio por parte del Tomador, la Entidad Aseguradora puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al Tomador del seguro, dándole para que conteste, un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho siguientes, comunicará al Tomador la rescisión definitiva.

La Entidad Aseguradora podrá, igualmente, rescindir el contrato comunicándolo por escrito al Asegurado dentro del plazo de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo.

Si sobreviniere un siniestro sin haberse realizado declaración del riesgo, la Entidad Aseguradora queda liberada de su prestación si el Tomador o el Asegurado ha actuado con mala fe. En otro caso, la prestación de la Entidad Aseguradora se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

Artículo 7. DISMINUCIÓN DEL RIESGO

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

En tal caso, al finalizar el período en curso cubierto por la prima, deberá reducirse el importe de la prima futura en la proporción correspondiente, teniendo derecho el Tomador, en caso contrario, a la resolución del contrato y a la devolución de la diferencia entre la prima satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar, desde el momento de la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.

Artículo 8. PERFECCIÓN Y TOMA DE EFECTO DEL CONTRATO

El Contrato se perfecciona por el consentimiento de las partes, que se manifiesta por la firma por ambas partes de la Póliza. El seguro entrará en vigor el día y hora indicados en las Condiciones Particulares, una vez firmado el contrato y haya sido satisfecho el primer recibo de prima, salvo pacto en contrario establecido en las Condiciones Particulares.

Las coberturas de las garantías de la póliza tomarán efecto simultáneamente a la entrada en vigor del seguro.

La cobertura de las prestaciones aseguradas en el contrato para cada integrante del grupo asegurado que haya cumplido las condiciones de adhesión, toma efecto en la fecha indicada en el Certificado Individual y una vez haya pagado el Tomador la primera prima de cada uno de los componentes del grupo asegurado.

Artículo 9. DURACIÓN DEL CONTRATO

El seguro cesa en sus efectos en la forma y fecha establecida en las Condiciones Particulares, finalizando desde ese instante las coberturas de las garantías por parte del Asegurador.

No obstante lo anterior, las garantías establecidas para cada Asegurado cesarán en la fecha de vencimiento establecida en el Certificado Individual de Seguro, o hasta el fallecimiento del Asegurado, si éste acaeciera con anterioridad, o en su caso, cuando se produzca alguna de las contingencias objeto de cobertura por el seguro.

Artículo 10. INDISPUTABILIDAD

El presente contrato de Seguro será indisputable una vez haya transcurrido el plazo de un año, salvo plazo más breve convenido por Condición Particular, a contar desde la fecha de su perfección.

Igualmente, cada uno de los Certificados Individuales de Seguro emitidos en virtud de este contrato son indisputables transcurrido un año desde su toma de efecto. **No obstante, cuando para la adhesión al seguro de grupo se exija, como requisito indispensable, reconocimiento médico, los certificados serán indisputables desde la fecha de la emisión de dicho informe.**

La indisputabilidad prevista en el punto anterior no tendrá lugar en el caso de existir actuación dolosa del Tomador del seguro o Asegurado. Se exceptúa de esta norma la declaración inexacta relativa a la edad del Asegurado.

Artículo 11. PAGO DE LA PRIMA

Las primas se determinarán de acuerdo con la fecha de nacimiento y sexo de cada Asegurado, las garantías de la póliza y la fecha de vencimiento de las mismas para cada Asegurado, aplicando las tarifas que el Asegurador tenga vigentes. El Tomador del seguro está obligado al pago de la primera prima o de la prima única, en el momento de la firma del contrato, a no ser que se disponga otra cosa en las Condiciones Particulares.

Si por culpa del Tomador del seguro, la primera prima no ha sido pagada, o la prima única no lo ha sido a su vencimiento, la Entidad Aseguradora tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva con base en la Póliza. Salvo pacto en contrario, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, la Entidad Aseguradora quedará liberada de su obligación.

Las sucesivas primas correspondientes a esta póliza, junto con los impuestos legalmente repercutibles, se deberán hacer efectivas, por anticipado, el día de su vencimiento, en las condiciones estipuladas en las Condiciones Particulares. No obstante la prima anual podrá fraccionarse en meses, trimestres o semestres mediante el oportuno recargo, si fuera necesario. Dicho fraccionamiento se hará constar en las Condiciones Particulares de la póliza.

El Tomador está obligado al pago de las primas en cada uno de sus vencimientos, así como una prima por cada adhesión al grupo asegurado o, por las regularizaciones que procediese a efectuar en el presente contrato con anterioridad al inicio del pago de la prestación por la Entidad Aseguradora, cuyo abono se efectuará mediante domiciliación bancaria y siendo de aplicación las siguientes normas:

- a) El obligado al pago de la prima entregará a la Entidad Aseguradora carta dirigida al establecimiento bancario o Caja de Ahorros, dando la orden oportuna al efecto.
- b) Cada prima se entenderá satisfecha a su vencimiento, salvo que, intentado el cobro dentro del plazo de gracia de 30 días, el recibo viniese devuelto por la entidad financiera del obligado al pago, en cuyo caso, la Entidad Aseguradora notificará por correo al Tomador que podrá pagarla en cualquier oficina de las entidades financieras colaboradoras detalladas en la citada notificación y en el plazo y forma en ella descrita. También podrá solicitar una segunda domiciliación del recibo devuelto.
- c) Si la Entidad Aseguradora dejase transcurrir el plazo de gracia sin presentar el recibo al cobro y al hacerlo no existiesen fondos suficientes en la cuenta, aquélla deberá notificar tal hecho al obligado a pagar la prima por carta certificada o un medio indubitado, concediéndose un nuevo plazo de treinta días naturales Para que pueda satisfacer su importe en el domicilio, Delegación, Sucursal o Agencia de la Entidad Aseguradora. Este plazo se computará desde la recepción de la expresada carta o notificación, en el último domicilio comunicado a la Entidad Aseguradora.

Si, por el contrario, se determina en la póliza el pago de las primas en forma distinta a la domiciliación bancaria se aplicará la siguiente norma:

El Asegurador sólo queda obligado por los recibos librados por éste. El pago del importe de la prima al agente vinculado o, en su caso, efectuado al corredor, no se entenderá realizado al Asegurador, salvo que a cambio, se le entregase el recibo de prima emitido por el Asegurador y se acredite con éste.

En caso de falta de pago de una de las primas siguientes, la cobertura de la Entidad Aseguradora queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si la Entidad Aseguradora no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido. En cualquier caso, la Entidad Aseguradora, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del período en curso.

Si el contrato tuviera reconocidos valores garantizados, una vez abonada las primas mínimas que originen el derecho al valor de reducción, en caso de impago de alguna de las primas sucesivas y, una vez superado el plazo de gracia, el seguro quedará en situación de reducido, según lo estipulado en las Condiciones Especiales y/o Particulares.

En todo caso, la Entidad Aseguradora se reserva el derecho a interrumpir la emisión de nuevos recibos, si emitiéndose tres recibos de prima mensual o uno de prima trimestral, semestral o anual resultaran impagados, hasta que el Tomador comunique por escrito su deseo de abonar los mismos.

Si el contrato no hubiere sido resuelto o extinguido conforme a los números anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el Tomador del seguro pague la prima. No obstante, si el seguro estuviese reducido, se estará a lo dispuesto en las Condiciones Especiales y/o Particulares.

En los seguros de grupo contratados con contribución de los Asegurados en el coste del seguro, el Tomador se obliga al pago del total del recibo, sin que pueda oponer a la Entidad Aseguradora excepción alguna por falta de aquella contribución.

Artículo 12. PAGO DE LAS PRESTACIONES ASEGURADAS

En caso de la ocurrencia del riesgo previsto en la Póliza, el Tomador o el Beneficiario deberán comunicar su acaecimiento a la Entidad Aseguradora en el plazo máximo de siete días de haberlo conocido, salvo que se haya fijado en las Condiciones Particulares un plazo más amplio. En caso de incumplimiento, la Entidad Aseguradora podrá reclamar los daños y perjuicios causados de la

falta de declaración.

La Entidad Aseguradora pagará el importe de la prestación contratada en su domicilio social, o en el lugar que se designe en las Condiciones Particulares, al Beneficiario o Beneficiarios designados por el Tomador del Seguro.

Cuando el pago de la prestación haya de hacerse en caso de fallecimiento del Asegurado, los Beneficiarios deberán presentar los siguientes documentos:

- a) Certificados de defunción y nacimiento del Asegurado, salvo que este último ya hubiese sido aportado.
- b) Certificado del médico que haya asistido al Asegurado, indicando el origen, evolución y naturaleza de la enfermedad o accidente que le causó el fallecimiento o, en su caso, testimonio de las diligencias judiciales o documentos que acrediten el fallecimiento por accidente.
- c) Certificado del Registro de Actos de Últimas Voluntades, copia del último testamento del Tomador –si existiese– o Acta Judicial o Notarial de Declaración de Herederos ab intestato.
- d) Carta de pago o declaración de exención del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones.
- e) Copia compulsada de la Póliza y/o Certificado Individual de Seguro, así como el último recibo de prima satisfecho.
- f) Documento nacional de identidad de los Beneficiarios y documentación que acredite fehacientemente su identidad: Partida literal de matrimonio y libro de familia.
- g) Cualquier otro documento o medio de prueba que precise la Entidad Aseguradora para la determinación de la existencia del siniestro, o por otra justa causa.

Cuando el pago de la prestación haya de hacerse en caso de invalidez del Asegurado, se presentarán:

- a) Partida de nacimiento y N.I.F. del Asegurado.
- b) Certificado del médico que haya asistido al Asegurado, indicando el origen, evolución y naturaleza de la enfermedad o accidente que le causó la invalidez o, en su caso, testimonio de las diligencias judiciales o documentos emitidos por los Organismos competentes de la Seguridad Social que acrediten de manera indubitada la Invalidez.
- c) Copia compulsada de la póliza del seguro y/o Certificado Individual de Seguro, así como el último recibo de prima satisfecho.
- d) El impreso, que se facilitará por el Asegurador, respecto a la situación fiscal del Asegurado.
- e) Además de los documentos anteriores el Asegurador se reserva el derecho de solicitar los que a su juicio fueran necesarios para acreditar el derecho a cobro de la prestación garantizada.

Cuando el pago de la prestación haya de hacerse en caso de supervivencia del Asegurado, se presentarán:

- a) Certificado de nacimiento y N.I.F del Asegurado.
- b) Fe de Vida del Asegurado referida al día de la fecha de finalización del Contrato, documento que podrá ser sustituido por la Comparecencia del Asegurado, provisto de su Documento Nacional de Identidad o Pasaporte, en las oficinas de la Entidad Aseguradora.

- c) Copia compulsada de la Póliza y/o Certificado Individual de Seguro, así como el último recibo de prima satisfecho.
- d) Si procede, carta de pago o de exención del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones.
- e) Certificado del Tomador declarando, en su caso, la imputación de primas.
- f) Impreso, que se facilitará por el Asegurador, respecto a la situación fiscal del Asegurado.
- g) Además de los documentos anteriores el Asegurador se reserva el derecho de solicitar los que a su juicio fueran necesarios para acreditar el derecho a cobro de la prestación garantizada.

Todos los justificantes documentales habrán de presentarse legalizados debidamente, en los casos en que fuere preciso.

Una vez recibidos los anteriores documentos, la Entidad Aseguradora, en el plazo máximo de cinco días, deberá pagar o consignar la prestación garantizada y, en cualquier caso, dentro de los cuarenta días siguientes a partir de la fecha de recepción de la declaración del siniestro, deberá efectuar el pago del importe mínimo de lo que pueda deber, según las circunstancias por ella conocidas.

El Asegurador practicará sobre las prestaciones aseguradas, en su caso, la retención que legalmente proceda cuando normas tributarias establezcan tal obligación para el Asegurador.

Si la Entidad Aseguradora incurriere en mora en el cumplimiento de la prestación, la indemnización de daños y perjuicios, no obstante entenderse válidas las cláusulas contractuales que sean más beneficiosas para el Asegurado, se ajustará a las siguientes reglas:

- 1º Afectará, con carácter general, a la mora de la Entidad Aseguradora respecto del Tomador del Seguro o Asegurado y, con carácter particular, a la mora respecto del Beneficiario en el seguro de Vida.
- 2º Será aplicable a la mora en la satisfacción de la indemnización mediante pago y también a la mora en el pago del importe mínimo de lo que la Entidad Aseguradora pueda deber.
- 3º Se entenderá que la Entidad Aseguradora incurre en mora cuando no hubiere cumplido su prestación en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro o no hubiere procedido al pago del importe mínimo de lo que pueda deber dentro de los cuarenta días a partir de la recepción de la declaración del siniestro.
- 4º La indemnización por mora se impondrá de oficio por el órgano judicial y consistirá en el pago de un interés anual igual al del interés legal del dinero vigente en el momento en que se devengue, incrementado en el cincuenta por ciento; estos intereses se considerarán producidos por días, sin necesidad de reclamación judicial.

No obstante, transcurridos dos años desde la producción del siniestro y a partir de ese momento, el interés anual no podrá ser inferior al veinte por ciento.

- 5º La base inicial de cálculo de los intereses será la indemnización debida, o bien el importe mínimo de lo que la Entidad Aseguradora pueda deber.
- 6º Será término inicial del cómputo de dichos intereses la fecha del siniestro o la fecha desde la que varíe el % de interés a aplicar.

No obstante, si por el Tomador del seguro, el Asegurado o Beneficiario no se ha

cumplido el deber de comunicar el siniestro dentro del plazo fijado en la Póliza o, subsidiariamente en el de siete días de haberlo conocido, el término inicial del cómputo será el día de la comunicación del siniestro.

7º Será término final del cómputo de intereses en los casos de falta de pago del importe mínimo de lo que la Entidad Aseguradora pueda deber, el día en que, con arreglo al número precedente, comiencen a devengarse intereses por el importe total de la indemnización, salvo que con anterioridad sea pagado por la Entidad Aseguradora dicho importe mínimo, en cuyo caso será término final la fecha de este pago.

Será término final del plazo de la obligación de abono de intereses de demora por la Entidad Aseguradora en los restantes supuestos el día en que efectivamente satisfaga la indemnización, mediante pago al Beneficiario.

8º No habrá lugar a la indemnización por mora de la Entidad Aseguradora cuando la falta de satisfacción de la indemnización o de pago del importe mínimo esté fundada en una causa justificada o que no le fuere imputable.

9º En la determinación de la indemnización por mora de la Entidad Aseguradora no será de aplicación lo dispuesto en el artículo 1.108 del Código Civil, ni lo preceptuado en el párrafo cuarto del artículo 576 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, salvo las previsiones contenidas en este último precepto para la revocación total o parcial de la sentencia.

Artículo 13 - RECHAZO DE UN SINIESTRO

Cuando el Asegurador decida rechazar un siniestro, con base en las normas de la póliza, deberá comunicarlo por escrito al Tomador del seguro y/o Asegurado, en un plazo de 10 días a contar desde que hubiese tenido conocimiento de la causa que fundamente el rechazo, expresando los motivos del mismo.

Si fuera procedente el rechazo de un siniestro con posterioridad a haberse efectuados pagos con cargo al mismo el Asegurador podrá repetir del Asegurado las sumas satisfechas con los intereses legales que correspondan.

Artículo 14 - CERTIFICADOS INDIVIDUALES DE SEGURO

La Aseguradora emitirá para cada Asegurado el correspondiente Certificado Individual de Seguro/Boletín de Adhesión, manifestando éste con su firma su voluntad de adhesión al seguro. En este documento se hará constar las garantías y las prestaciones aseguradas, la designación de Beneficiarios y extracto de Condiciones de la póliza de las modalidades de Seguro contratados.

La variación de prestaciones que afecte a cada Certificado de Seguro, y/o a la modificación de la designación de Beneficiarios requerirá la emisión de un nuevo Certificado de Seguro que dejará sin efecto el anterior a partir de la sustitución.

Las modificaciones anteriores deberán solicitarse a través del Tomador.

En caso de pérdida de algún Certificado de Seguro será anulado y la entidad Aseguradora emitirá un duplicado del mismo.

La validez del certificado estará, en todo caso, supeditada al pago de la prima por parte del Tomador y a la permanencia del Asegurado en el grupo asegurable.

Artículo 15 - VARIACIONES EN LA COMPOSICIÓN DEL GRUPO ASEGURADO

El Tomador del seguro viene obligado a notificar al Asegurador las variaciones que se produzcan en la composición del grupo Asegurado consistentes en:

ALTAS:

Originadas por las inclusiones de aquellas personas que, perteneciendo al grupo

asegurable, satisfagan las condiciones de adhesión en un momento posterior al de la entrada en vigor de la presente póliza, previa comunicación mediante la Solicitud de Adhesión, remitida por el Tomador del seguro.

La toma de efecto de cada alta tendrá lugar en la fecha que se estipule en la citada Solicitud de Adhesión, que dará lugar a la emisión del correspondiente Certificado Individual de Seguro.

BAJAS:

Tendrán lugar por alguna de las causas siguientes:

Pago de la totalidad de las prestaciones garantizadas en el contrato de seguro.

Fallecimiento o, en su caso, invalidez del Asegurado.

Cumplimiento de la edad de salida de la garantía principal.

Salida del grupo Asegurado por orden del Tomador o por no reunir las condiciones para pertenecer al grupo asegurable.

Vencimiento del contrato de seguro.

Resolución del contrato de seguro.

Las bajas tomarán efecto al último día del mes de la fecha en que al Asegurado le hayan sido notificadas.

Artículo 16. DESIGNACIÓN Y CAMBIO DE BENEFICIARIO. CESIÓN Y PIGNORACIÓN DE LA PÓLIZA.

El Asegurado podrá, en cualquier momento durante la vigencia del contrato y sin necesidad de consentimiento de la Entidad Aseguradora, designar Beneficiario. Podrá, además, y salvo que hubiera renunciado expresamente y por escrito a esta facultad, modificar o revocar la designación previamente efectuada.

La designación del beneficiario podrá hacerse en la póliza, en una posterior declaración escrita del Tomador dirigida a la Entidad Aseguradora, o mediante testamento. La revocación deberá hacerse en la misma forma establecida para la designación.

La Entidad Aseguradora quedará liberada de toda obligación si realiza el pago de la prestación asegurada a quien figure como Beneficiario en la última redacción escrita comunicada, salvo que fehacientemente, antes de efectuar dicho pago, le sea notificada la revocación de la designación en disposición testamentaria.

Si la designación de Beneficiarios se hace en favor de los herederos legales sin mayor especificación, se considerarán como tales los que tengan dicha condición en el momento del fallecimiento del Asegurado y la distribución de la prestación tendrá lugar en proporción a la cuota hereditaria.

Si la designación de Beneficiario se efectúa a favor del cónyuge, se considerará como tal la persona unida al Asegurado en matrimonio legalmente reconocido, aún cuando existiera separación de hecho o de derecho.

Si la designación es genérica en favor de los hijos se estará a lo dispuesto en los artículos 85 y 86 de la Ley de Contrato de Seguro.

Si en el momento del fallecimiento del Asegurado, no se hubiese designado Beneficiario, ni reglas para su determinación, la prestación asegurada formará parte del patrimonio del Tomador. La muerte del Asegurado, causado dolosamente por el Beneficiario, privará a éste del derecho a la prestación establecida en el contrato, quedando ésta integrada en el patrimonio del Tomador. Si existieran varios Beneficiarios, los no intervinientes en el fallecimiento del Asegurado

conservarán su derecho.

El Tomador del seguro perderá los derechos de rescate, anticipo, reducción y pignoración de la Póliza si renuncia a la facultad de revocación del Beneficiario.

El Tomador podrá, en todo momento, ceder o pignorar la Póliza siempre que no haya sido designado Beneficiario con carácter irrevocable. La cesión o pignoración de la Póliza implica la revocación del Beneficiario.

El Tomador deberá comunicar por escrito al Asegurador la cesión o pignoración realizada.

Artículo 17. EXTRAVÍO, HURTO O DESTRUCCIÓN DE LA PÓLIZA

En caso de extravío, hurto, robo o destrucción de la Póliza, la Entidad Aseguradora, a petición del Tomador del seguro o, en su defecto, del Beneficiario o Asegurado, expedirá copia o duplicado de la misma, la cual tendrá idéntica eficacia que la original.

La petición se hará por escrito, en la que se explique las circunstancias del caso y se aporten las pruebas de haberlo notificado a quienes resulten titulares de algún derecho en virtud de la Póliza.

El solicitante se compromete a devolver la Póliza original si apareciese y a indemnizar a la Entidad Aseguradora de los perjuicios que le irroge la reclamación de un tercero.

Artículo 18. COMUNICACIONES ENTRE EL TOMADOR Y LA ENTIDAD ASEGURADORA

Las comunicaciones a la Entidad Aseguradora del Tomador del Seguro y, a través de éste, del Asegurado o de los Beneficiarios, se realizarán en el domicilio social de la Entidad Aseguradora señalado en la Póliza.

Las comunicaciones que efectúe el Tomador del seguro al Agente exclusivo surtirán los mismos efectos que si se hubieran realizado directamente a la Entidad Aseguradora. **No obstante, el Asegurador no tendrá responsabilidad alguna por el retraso, o la falta de comunicación, por parte del corredor de seguro al Tomador, Asegurados o Beneficiarios.**

Las comunicaciones de la Entidad Aseguradora al Tomador del seguro y, en su caso, al Asegurado y a los Beneficiarios, se realizarán en el domicilio de los mismos, recogido en la Póliza.

Para que tengan eficacia contractual, las comunicaciones entre el Tomador del seguro y la Entidad Aseguradora deberán hacerse por escrito, si así lo convinieran las partes.

Artículo 19. PRESCRIPCIÓN

Las acciones que se deriven del contrato prescribirán en el término de cinco años, a contar desde el día en que pudieron ejercitarse.

Artículo 20. TRIBUTOS Y RECARGOS

Todos los tributos y recargos que graven el presente contrato y que sean legalmente repercutibles, tanto en el presente como en el futuro, correrán a cargo del Tomador del seguro, Asegurado o Beneficiario, según corresponda a la naturaleza del hecho imponible.

Artículo 21. JURISDICCIÓN Y COMPETENCIA

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

Si el Tomador, Asegurado, Beneficiario o Derechohabiente no estuviera conforme con la Indemnización acordada por el Asegurador, tendrá derecho a presentar su reclamación ante el Departamento de Atención al Cliente, constituido por Aegon de conformidad con la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados y la modificación recogida en la Ley 44/2002, de 22 de noviembre, de Medidas de Reforma del Sistema Financiero, así como en la Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo.

Artículo 22. DEBER DE INFORMACIÓN AL TOMADOR DEL SEGURO

El Asegurador deberá entregar al Tomador del Seguro la póliza o, en su caso, el documento de cobertura provisional o el que proceda según lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley del Contrato del Seguro.

Así mismo, el Asegurador deberá proporcionar al Tomador y/o Asegurado, la información establecida en el artículo 60 del R.D. 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 por los artículos 104 a 107 de su desarrollo reglamentario, aprobado por el Real Decreto 2486/1998.

Artículo 23. SINIESTROS DE CARÁCTER EXTRAORDINARIO.

Se indemnizarán por el Consorcio de Compensación de Seguros los siniestros de carácter extraordinario, de conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, y modificado por la Ley 12/2006, de 16 de mayo; 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 modificado por el Real Decreto 1265/2006 de 8 de noviembre y en las disposiciones complementarias.

A. Resumen de las normas legales

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

- a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias (incluyendo los embates de mar), erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 135 km/h, y los tornados) y caídas de meteoritos.
- b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
- c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

2. Riesgos excluidos

- a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
- b) Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.
- c) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- d) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 25/1964, de 29 de abril, sobre energía nuclear.
- e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, y en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.
- f) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de

reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios conforme al artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios.

- g) Los causados por mala fe del asegurado.
- h) Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.
- i) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de "catástrofe o calamidad nacional".

3. Extensión de la cobertura

La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y sumas aseguradas que se hayan establecido en la póliza a efectos de los riesgos ordinarios. En las pólizas de seguro de vida que, de acuerdo con lo previsto en el contrato, y de conformidad con la normativa reguladora de los seguros privados, generen provisión matemática, la cobertura del Consorcio se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que, de conformidad con la normativa citada, la entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la citada provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

B. Procedimiento de actuación en caso de siniestro indemnizable por el consorcio de compensación de seguros.

En caso de siniestro, el asegurado, tomador, beneficiario, o sus respectivos representantes legales, directamente o a través de la entidad aseguradora o del mediador de seguros, deberá comunicar, dentro del plazo de siete días de haberlo conocido, la ocurrencia del siniestro, en la delegación regional del Consorcio que corresponda, según el lugar donde se produjo el siniestro.

La comunicación se formulará en el modelo establecido al efecto, que está disponible en la página "web" del Consorcio (www.consorseguros.es), o en las oficinas de éste o de la entidad aseguradora, al que deberá adjuntarse la documentación que, según la naturaleza de las lesiones, se requiera. Para aclarar cualquier duda que pudiera surgir sobre el procedimiento a seguir, el Consorcio de Compensación de Seguros dispone del siguiente teléfono de atención al asegurado: 902 222 665.

Artículo 24. TRATAMIENTO Y CESIÓN DE DATOS PERSONALES

De conformidad con lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, la Entidad Aseguradora informa de la existencia de un fichero automatizado de su titularidad en el que se incluirán los datos que han sido recabados para el desarrollo y cumplimiento del presente contrato, y respecto del cual el Tomador y el Asegurado podrán ejercitar los derechos reconocidos en la Ley y, en particular, los de acceso, rectificación y cancelación de datos, así como el de revocación del consentimiento por la cesión de sus datos en los términos previstos en la citada Ley Orgánica 15/1999 y en su normativa de desarrollo a través de escrito que podrá dirigir a la sede social de la Entidad Aseguradora, en Madrid, Calle Príncipe de Vergara, 156.

Mediante la aceptación expresa de esta cláusula, el Tomador y el Asegurado consienten en la cesión de los datos incluidos en el mencionado fichero a otras Entidades para el cumplimiento de fines directamente relacionados con las funciones para los que fueron solicitados, así como con fines estadístico-actuariales y, en su caso, de prevención del fraude, y puedan ser

cedidos a otras Entidades Aseguradoras por razones de coaseguro, de reaseguro o de cesión de cartera; también podrán ser cedidos a Entidades Financieras los datos personales estrictamente necesarios a efectos de domiciliación bancaria de las primas, excluyendo expresamente los datos referentes a salud. Los datos contenidos en la declaración voluntaria de salud, que en su caso cumplimente el Asegurado para la contratación del Seguro, así como los que eventualmente puedan recabarse de los reconocimientos médicos practicados al mismo, sólo serán utilizados por la Entidad Aseguradora, no siendo objeto de tratamiento automatizado, ni serán cedidos a terceros.

Del mismo modo, el Tomador y el Asegurado autorizan a la Entidad Aseguradora para la tramitación de cualquier tipo de comunicación que ésta crea conveniente facilitarles. No obstante lo anterior, podrán indicar en cualquier momento mediante una comunicación escrita dirigida a la Entidad Aseguradora, que no desean recibir la totalidad o bien un determinado tipo de estas comunicaciones, quedando en todo caso excluidas de tal denegación las que contengan datos procedentes de los contratos suscritos con esta Compañía, imprescindibles para el cumplimiento de los mismos, o en aquellos casos en que la Entidad Aseguradora tenga un interés legítimo.

El presente contrato se rige por las CONDICIONES GENERALES, en su caso, por las CONDICIONES ESPECIALES, las CONDICIONES PARTICULARES, CERTIFICADOS INDIVIDUALES DE SEGURO, Anexos y Apéndices que emita la Entidad Aseguradora, que, en su conjunto, constituyen el Contrato de Seguro, careciendo de valor y efecto por separado. Las cláusulas de las CONDICIONES GENERALES son desarrolladas y, en su caso, modificadas por las CONDICIONES ESPECIALES y/o PARTICULARES. En caso de discrepancia entre lo establecido en las CONDICIONES GENERALES y lo pactado en las CONDICIONES ESPECIALES y/o PARTICULARES, prevalecerán éstas sobre aquéllas, salvo que dicha discrepancia derive de pactos contra la ley, la moral o el orden público, en cuyo caso se entenderán nulos de pleno derecho.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 3 de la Ley de Contrato de Seguro, las cláusulas resaltadas de modo especial en las presentes CONDICIONES GENERALES en negrilla, para el caso de que pudieran ser consideradas limitativas de los derechos del Tomador del seguro o del Asegurado, son específicamente aceptadas por el Tomador del seguro, quien deja expresa constancia de haber examinado detenidamente y de mostrarse plenamente conforme con cada una de ellas en virtud de su correspondiente firma.

El TOMADOR

LA ASEGURADORA

OCIDE CONSTRUCCIONES S.A.



AE **AGON** SEGUROS Y REASEGUROS DE VIDA,
AHORRO E INVERSIÓN, S.A.U