

CONDICIONES GENERALES

ARTÍCULO PRELIMINAR – DEFINICIONES

A los efectos de este contrato se entiende por:

- **ENTIDAD ASEGURADORA:** CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. –CASER-, en adelante “el Asegurador”, quien asume el riesgo contractualmente pactado y garantiza las prestaciones que a tal fin se fijan en esta póliza.
- **TOMADOR DEL SEGURO:** La persona física o jurídica que, juntamente con el Asegurador, suscribe este contrato y al que corresponden los derechos y las obligaciones que del mismo se deriven, excepto las que por su naturaleza correspondan a otras personas intervinientes en el seguro.
- **ASEGURADO:** La persona física sobre cuya vida o integridad corporal se establece el seguro.
- **BENEFICIARIO:** La persona física o jurídica a quien corresponde percibir las prestaciones aseguradas por este contrato.
- **PÓLIZA:** El documento que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integrante de la póliza: las Condiciones Generales, en las que se recogen los aspectos genéricos de funcionamiento de los seguros de vida emitidos por el Asegurador; las Condiciones Especiales, que describen las características y prestaciones de cada uno de los riesgos incluidos en la modalidad de seguro contratada, y por tanto con posibilidad de ser cubiertos por la póliza; y las Condiciones Particulares, que precisan el precio del seguro y cuantos detalles son necesarios para la personalización del contrato y para la delimitación y cuantificación de sus garantías. También forman parte de la póliza cuantos Suplementos o Apéndices se acuerden para su complemento o modificación.
- **SOLICITUD DE SEGURO:** Documento, según modelo suministrado por el Asegurador, en el que el Tomador solicita su adhesión al seguro y precisa las condiciones en que desea asegurarse en la modalidad de seguro ofertada. El Asegurado consiente en asegurarse y ambos informan al Asegurador de los datos personales necesarios para la elaboración de la póliza y declaran cuantas circunstancias les sean conocidas, para la correcta evaluación del riesgo, de acuerdo con el cuestionario contenido en la propia Solicitud.
- **PRIMA:** El precio del seguro. A dicha prima le serán aplicables cuantos recargos e impuestos sean legalmente establecidos en cada momento.
- **INTERÉS TÉCNICO:** Interés garantizado que servirá al Asegurador para calcular el equilibrio actuarial entre primas y prestaciones del seguro.

La póliza podrá garantizar diferentes intereses técnicos en diferentes periodos, cuando así quede establecido expresamente en las Condiciones Particulares del contrato.

- **PROVISIÓN MATEMÁTICA:** Importe resultante de capitalizar, al interés técnico vigente en cada periodo, el exceso de las primas emitidas sobre el valor de los riesgos asumidos y sobre los gastos imputados al seguro a una fecha dada.

No tendrán la consideración de provisiones matemáticas, a los efectos de las definiciones de este contrato, las provisiones complementarias que el Asegurador pudiera tener que constituir por desviaciones de los parámetros técnicos, en cumplimiento de las normativas de solvencia aseguradora.

Son parámetros técnicos: el interés técnico, las tablas de probabilidad de los riesgos asegurados y los gastos imputados al seguro.

En los seguros en que el Tomador asuma íntegramente el riesgo de la inversión, la provisión matemática se determinará en función de los activos específicamente afectos, o en función de los activos o índices a los que se refieren las garantías de la póliza.

- **VALORES GARANTIZADOS:** Son valores garantizados los derechos económicos que el Tomador pueda exigir al Asegurador, y ejercer sobre la base de la póliza, sin necesidad de ocurrencia de las contingencias protegidas. En particular, son valores garantizados los derechos de rescate, reducción y anticipo.
- **RESCATE:** El derecho a recuperar, en efectivo, el importe de la provisión matemática acumulada, una vez transcurrido el plazo establecido en la póliza, deducidos, si existen, los gastos de la póliza pendientes de amortizar por parte del Asegurador y las penalizaciones que por cancelación anticipada del contrato se establezcan.
- **REDUCCIÓN:** El derecho a continuar asegurado, con coberturas de la misma modalidad contratada, al cesar el pago de las primas pactadas y una vez transcurrido el plazo establecido en la póliza. El importe de las prestaciones aseguradas se reduciría conforme a la provisión matemática hasta entonces acumulada.
- **ANTICIPO:** El derecho a disponer en efectivo, una vez transcurrido el plazo establecido en la póliza, de la totalidad o parte de la provisión matemática del seguro, a cambio del pago al Asegurador de un interés pactado.
- **TRANSFORMACIÓN:** Acción de modificación de las garantías y primas del contrato por acuerdo explícito entre el Tomador y el Asegurador.

Los Artículos que a continuación se exponen corresponden al Condicionado General para los seguros del ramo de Vida emitidos por el Asegurador y recogen las condiciones básicas que regulan los seguros que garantizan prestaciones para los casos de fallecimiento o supervivencia del Asegurado, o combinaciones de ambos, así como de cualquier otro riesgo que esté encuadrado o pueda ser contratado como complementario en el citado ramo.

FORMALIZACIÓN DEL CONTRATO

ARTÍCULO 1º - DECLARACIONES

- El contrato de seguro se sustenta en el principio de buena fe de las partes. Por ello, el Tomador y el Asegurado deben responder de forma clara y veraz al cuestionario contenido en la Solicitud de seguro, destinado a la correcta evaluación del riesgo que se asegura. La cobertura de esta póliza está basada en las declaraciones del Tomador y de los Asegurados en el cuestionario a que el Asegurador les someta, el cual contendrá, si procede, las declaraciones de salud de los Asegurados, incluyendo, en su caso, el correspondiente reconocimiento médico. Esta declaración, junto con la póliza, constituye, en un todo unitario, la base del seguro.

La reserva o inexactitud en las declaraciones del Asegurado, o del Tomador en su caso, realizadas en los cuestionarios utilizados por el Asegurador para la valoración del riesgo, pueden suponer la pérdida del derecho a las prestaciones del contrato si dichas declaraciones se hicieron de forma dolosa o con mala fe.

ARTÍCULO 2º - PERFECCIÓN Y EFECTO

- Este contrato se perfecciona por el consentimiento, se formaliza con la firma de la póliza por las partes contratantes y toma efecto con el pago de la primera prima en la fecha indicada en las Condiciones Particulares, salvo pacto en contrario establecido en las mismas.

Si el contenido de la póliza difiere de las condiciones acordadas, el Tomador dispone de un mes, desde la entrega de la póliza, para reclamar al Asegurador que subsane las divergencias existentes. El transcurso de dicho plazo sin efectuar la reclamación supondrá la validez de lo dispuesto en la póliza.

ARTÍCULO 3º - INDISPUTABILIDAD

- El Asegurador no podrá impugnar la validez del contrato transcurrido un año desde su perfección, salvo en los casos en que el Tomador o el Asegurado actúe de forma dolosa, o cuando por indicación inexacta de la edad del Asegurado, ésta excediera la edad límite de adhesión al seguro contemplada para la modalidad que se contrata.

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

En otro caso, si como consecuencia de una declaración inexacta de la edad, la prima pagada es inferior a la que correspondería pagar, la prestación del Asegurador se reducirá en proporción a la prima percibida.

Si, por el contrario, la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, el Asegurador estará obligado a restituir el exceso de las primas percibidas sin intereses.

ARTÍCULO 4º - MODIFICACIONES DEL RIESGO

- En concreto, el Tomador del seguro o, en su caso, el Asegurado, deberá, durante el curso del contrato, comunicar al Asegurador, tan pronto como le sea posible, todas las circunstancias que, de acuerdo con las declaraciones efectuadas en el cuestionario que se contiene en la Solicitud de seguro, agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si

hubieran sido conocidas por el Asegurador 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 al Asegurador una agravación del riesgo, éste 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, el Asegurador 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.

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

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

- Cambio de residencia habitual a otros países.
- Cambio de profesión o trabajo habitual.
- Realización de prácticas deportivas arriesgadas, entendiéndose como tales las prácticas deportivas aventuradas, peligrosas, imprudentes y/o temerarias. A título meramente enunciativo y no limitativo, se consideran como tales: automovilismo, motociclismo, submarinismo, boxeo, paracaidismo, espeleología, rafting, puenting, ala delta, parapente, heliesquí, barranquismo, escalada, ciclismo en carretera, motonáutica, piragüismo en aguas bravas, vuelo sin motor, esquí acuático.
- Realización de viajes a países o zonas que el Ministerio español de Asuntos Exteriores recomienda deben ser evitadas.

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

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.

DELIMITACIÓN DEL RIESGO

ARTÍCULO 5º - OBJETO DEL SEGURO, RIESGOS CUBIERTOS

- Por el presente contrato, el Asegurador cubre los riesgos que afecten a la supervivencia o fallecimiento del Asegurado, así como los riesgos complementarios que puedan afectar a su integridad corporal o a su salud, precisados en las Condiciones Particulares y Especiales de esta póliza.

En los seguros para el caso de fallecimiento, 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. Se exceptúan 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.

Exclusiones y limitaciones

- Las exclusiones y limitaciones de este seguro figuran, de forma expresa, en la descripción específica que de cada uno de los riesgos se hace en este contrato. No obstante, a continuación se detallan las exclusiones y limitaciones que afectan a todos los riesgos.

No estarán cubiertos los riesgos que no figuren expresamente garantizados en las Condiciones Particulares de esta póliza.

Están excluidas de las garantías de la póliza la cobertura de los siguientes supuestos:

- Siniestros acaecidos como consecuencia de conflictos armados, haya precedido o no declaración oficial de guerra.
- Siniestros calificados por el Gobierno de la Nación como "catástrofe o calamidad nacional"
- Siniestros por suicidio del Asegurado, o su intento, acaecido durante el primer año a contar desde la fecha de efecto de la póliza.
- Siniestros de carácter catastrófico acaecidos como consecuencia directa o indirecta de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.
- Siniestros acaecidos como consecuencia de riesgos extraordinarios que estén amparados por el Consorcio de Compensación de Seguros.
- Siniestros acaecidos como consecuencia de endemias, pandemias o epidemias reconocidas así por las Autoridades sanitarias de la Comunidad, Región o País afectados.

En las pólizas con derecho de rescate, y sólo para las garantías que cubran el riesgo de fallecimiento por cualquier causa, estas exclusiones se sustituirán por una prestación limitada a la provisión matemática del seguro, acumulada a la fecha del fallecimiento.

DISPOSICIONES REGULADORAS DE LOS BENEFICIARIOS DE LA PÓLIZA

ARTÍCULO 6º - DESIGNACIÓN

- El Tomador o, en su caso, el Asegurado, podrá designar los Beneficiarios o modificar su designación en cualquier momento durante la vigencia del contrato y sin necesidad del consentimiento del Asegurador.
- La designación puede hacerse: en la póliza, mediante la firma del Tomador o, en su caso, del Asegurado; en un apéndice o certificado individual que recoja la designación o modificación de la previamente realizada; mediante comunicación fehaciente al Asegurador o en testamento.
- Si en el momento del acaecimiento del siniestro no existiera designación de Beneficiarios ni reglas para su determinación, las prestaciones a satisfacer por el Asegurador se integrarán en el patrimonio del Tomador o, en su caso, del Asegurado.
- El Asegurador quedará liberado de toda obligación si realiza el pago de la prestación asegurada a quien figure como Beneficiario en la última redacción de la póliza o en la última comunicación fehaciente efectuada por el Tomador o Asegurado, salvo que también de forma fehaciente, antes de efectuar dicho pago, le sea notificada la revocación de la designación en disposición testamentaria.
- Si la designación de Beneficiario se efectúa a favor del cónyuge, se considerará como tal el que tenga tal condición en el momento de fallecimiento del Asegurado, salvo separación legal, en cuyo caso se seguirá el orden preferente y excluyente establecido en las Condiciones Particulares.
- Si la designación es genérica en favor de los hijos se estará a lo dispuesto en los Artículos 85º y 86º de la Ley de Contrato de Seguro.

ARTÍCULO 7º - CONCURRENCIA DE BENEFICIARIOS DESIGNADOS

- El Asegurador pagará las prestaciones aseguradas, de acuerdo con el orden de preferencia establecido en la designación de Beneficiarios.
- Si existieran varios Beneficiarios designados con el mismo orden de preferencia, las prestaciones aseguradas se distribuirán por partes iguales, salvo estipulación en contrario.
- Si la designación de Beneficiarios se hace en favor de los herederos 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.

ARTÍCULO 8º - LIMITACIONES A LA CAPACIDAD DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS POR EL TOMADOR

- El Tomador o el Asegurado perderá su capacidad para designar Beneficiario, o modificar su designación, en los siguientes casos:
 - Cuando renuncie de forma expresa y por escrito a la facultad de revocar Beneficiarios. Si así lo hiciera, también perderá los derechos de rescate, reducción, anticipo, cesión y pignoración de la póliza.
 - Cuando ceda la póliza a un tercero.
 - Cuando pignore la póliza a favor de un tercero. En este caso la pérdida del derecho será temporal, mientras subsista la garantía a la que está sujeto el contrato.

DISPOSICIONES PARA LA REGULACIÓN DEL PAGO DE PRIMAS

ARTÍCULO 9º - OBLIGACIÓN DEL PAGO DE PRIMAS

- El Tomador es el obligado a satisfacer al Asegurador las primas pactadas. Las primas deberán ser satisfechas mediante domiciliación bancaria o transferencia bancaria ordenada directamente por el Tomador desde una cuenta de su titularidad a una cuenta de la Entidad Aseguradora, salvo autorización por parte de la Compañía.
- El pago de la primera prima o de la prima única será exigible a la formalización del seguro. El pago de las siguientes primas será exigible conforme a los vencimientos, o reglas para su establecimiento, acordados en las Condiciones Particulares de esta póliza.
- El pago se realizará conforme al importe, lugar y forma de pago establecido en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO 10º - CONSECUENCIAS DEL IMPAGO

- Si por culpa del Tomador no hubiera sido satisfecha la primera prima o la prima única a su vencimiento, el Asegurador podrá resolver el contrato y quedará liberado de sus obligaciones. Si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación de pago de la prestación.
- Transcurrido un mes (plazo de gracia) sin haber pagado cualquiera de las primas siguientes a la primera, las coberturas garantizadas por el Asegurador quedarán suspendidas o reducidas si existiera valor garantizado de reducción.
- En cualquier caso, si el Asegurador no reclamara el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, el seguro, en suspensión de garantías, quedará automáticamente extinguido.
- Si el seguro no hubiera sido resuelto o extinguido, conforme a lo establecido en los puntos anteriores, las coberturas garantizadas por el Asegurador volverán a tomar efecto a las veinticuatro horas del día en que el Tomador pague la prima.
- El Tomador del seguro podrá rehabilitar la póliza, cuando ésta se encuentre reducida, mediante el cumplimiento de nuevo de las condiciones de adhesión al seguro y el pago de las primas atrasadas más los intereses de demora fijados.

ARTÍCULO 11º - DOMICILIACIÓN BANCARIA

- Para la domiciliación bancaria del pago de los recibos de prima, son de aplicación las siguientes normas:
 - El Tomador deberá entregar al Asegurador carta, dirigida a la caja de ahorros o entidad bancaria, dando la orden a tal efecto, indicando los datos para la identidad de la cuenta de domiciliación. La cuenta de domiciliación deberá ser necesariamente de titularidad del Tomador del seguro.
 - La prima se entenderá satisfecha a su vencimiento excepto si, presentado el recibo al cobro dentro del plazo de gracia, no existieran fondos suficientes en la cuenta de domiciliación o el recibo fuera devuelto por cualquier otra causa imputable al Tomador. En este caso, la prima deberá ser satisfecha en el domicilio del Asegurador.
 - Si el Asegurador dejara transcurrir el plazo de gracia sin presentar el recibo al cobro y al hacerlo no existieran fondos suficientes en la cuenta, lo comunicará al Tomador para que, en un nuevo plazo de treinta días naturales desde la recepción de la comunicación, pueda satisfacer su importe en el domicilio del Asegurador.

REGULACIÓN DEL PAGO DE SINIESTROS

ARTÍCULO 12º - ACTUACIONES DE LAS PARTES EN CASO DE SINIESTRO

- El Tomador del seguro, el Asegurado, en su caso, o los Beneficiarios de la prestación comunicarán al Asegurador la ocurrencia del siniestro en un plazo máximo de siete días desde su conocimiento. En caso de incumplimiento, el Asegurador podrá reclamar los daños y perjuicios derivados de la falta de declaración.
- El Tomador del seguro, el Asegurado, en su caso, o los Beneficiarios deberán dar al Asegurador toda clase de información sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro, mediante los justificantes documentales solicitados, para la evaluación del siniestro, la correcta identificación de los Beneficiarios y la comprobación del cumplimiento de las obligaciones fiscales que, por la normativa aplicable, resulten exigibles. En el caso de que los beneficiarios de la prestación sean los herederos del asegurado fallecido, la Compañía aseguradora podrá solicitar que se aporte copia de la escritura pública de aceptación, adjudicación y partición de la herencia del causante.
- En las Condiciones Especiales de la póliza se detallará la documentación a aportar por los Beneficiarios, según el tipo de siniestro acaecido.
- Las prestaciones dinerarias a los beneficiarios se satisfarán mediante transferencia bancaria a una cuenta de la que sea titular el beneficiario del pago, o bien mediante cheque nominativo cruzado a nombre del beneficiario, salvo autorización de un medio de pago distinto por parte de la Compañía.

OTRAS NORMAS DE CARÁCTER GENERAL

ARTÍCULO 13º - COMUNICACIONES

- Las comunicaciones que se deriven del presente contrato deberán efectuarse por escrito y dirigidas al domicilio de las partes contratantes que figure en la póliza.
- Cuando el Tomador del seguro, el Asegurado, o el Beneficiario se dirijan al Asegurador, podrán hacerlo a su domicilio social, al de sus sucursales o al de sus agentes. Las comunicaciones que efectúe el Tomador del seguro al agente de seguro que medie o que haya mediado en el contrato surtirán los mismos efectos que si se hubieran realizado directamente al Asegurador.
- Las comunicaciones que efectúe al Asegurador, en nombre del Tomador, el corredor de seguros mediador de la póliza, surtirán los mismos efectos que las realizadas directamente por aquél, excepto indicación expresa del Tomador en sentido contrario.

ARTÍCULO 14º - FACULTAD RESOLUTORIA DEL TOMADOR

- El Tomador del seguro en un contrato de seguro individual de duración superior a seis meses, que haya estipulado el contrato sobre la vida propia o la de un tercero, tendrá la facultad unilateral de resolver el contrato sin indicación de los motivos y sin penalización alguna dentro del plazo de 30 días siguientes a la fecha en la que el Asegurador le entregue la póliza o documento de cobertura provisional.
- Cuando el contrato se haya celebrado a distancia, el plazo anterior se contará a partir de la fecha en la que se informe al Tomador de que el contrato se ha celebrado o a partir del día en que el Tomador reciba las condiciones contractuales y la información exigida por el Artículo 60º del Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de Octubre, por el que se

aprueba el texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, si esta fecha es posterior.

- Se exceptúan de esta facultad unilateral de resolución los contratos de seguro en los que el Tomador asume el riesgo de la inversión, así como los contratos en los que la rentabilidad garantizada esté en función de inversiones asignadas en los mismos.
- La facultad unilateral de resolución del contrato deberá ejercitarse por el Tomador mediante comunicación fehaciente por escrito dirigida al Asegurador que permita dejar constancia de la notificación. Tratándose de un contrato de seguro comercializado a distancia, la comunicación se hará de acuerdo con las instrucciones que el Tomador reciba, de conformidad con lo previsto en el apartado 3 del Artículo 60º del Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados. La referida comunicación deberá expedirse por el Tomador del seguro antes de que venza el plazo indicado en el apartado 1 de este Artículo.
- A partir de la fecha en que se expida dicha comunicación, 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.

ARTÍCULO 15º - CESIÓN O PIGNORACIÓN DE LA PÓLIZA

- El Tomador o, en su caso, el Asegurado podrá en todo momento durante la vigencia de la póliza, si no existiera designación de Beneficiarios con carácter irrevocable, ceder o pignorar la póliza.

La cesión o pignoración deberá ser comunicada al Asegurador por escrito y de forma fehaciente, y de hecho supondrá la revocación de la designación de Beneficiarios realizada.

ARTÍCULO 16º - EXTRAVÍO O DESTRUCCIÓN DE LA PÓLIZA

- En caso de extravío o destrucción de cualquiera de los documentos que integran la póliza, el Asegurador, a petición del Tomador, expedirá una copia o duplicado de los mismos de conformidad con las disposiciones legales vigentes con idéntica eficacia que los originales.

La petición se hará por escrito, en la que se expliquen 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 al Asegurador de los perjuicios que le irroge la reclamación de un tercero.

ARTÍCULO 17º - TRANSFORMACIÓN

- En cualquier momento de la vigencia de la póliza, el Tomador podrá solicitar del Asegurador la transformación del contrato en un contrato de seguro de renta vitalicia o temporal o en otro producto de seguro, neto de cualquier posible gasto o comisión de adquisición, de los que en ese momento oferte el Asegurador, de acuerdo con el valor de rescate determinado en la fecha de la solicitud.

ARTÍCULO 18º - PRESCRIPCIÓN

- Las acciones que se deriven del presente contrato prescribirán en el término de cinco años a contar desde la fecha en que pudieran ejercitarse.

ARTÍCULO 19º - JURISDICCIÓN

- El presente contrato queda sometido a la jurisdicción española, de tal manera que si cualquiera de las partes contratantes, o ambas, decidiesen ejercitar sus acciones ante los órganos jurisdiccionales, deberán recurrir al juez del domicilio del Asegurado, que será el único competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro.

En el caso de que el domicilio del Asegurado radicara fuera de España, éste deberá designar uno dentro del Estado español.

ARTÍCULO 20º - TRIBUTOS Y RECARGOS

- El contrato estará sujeto en todo momento a la normativa vigente en materia tributaria, lo que supone que tanto las primas como las prestaciones estarán sujetas a los pagos y retenciones de los impuestos y tasas obligatorias que sean de legal aplicación. 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 proceda.

ARTÍCULO 21º - ARBITRAJE

- Si las dos partes estuviesen conformes, podrán someterse a arbitraje, con arreglo a la legislación vigente, para la solución de cuantas cuestiones puedan surgir con motivo de la interpretación y ejecución del presente contrato.

ARTÍCULO 22º - CONTROL DEL ASEGURADOR

- El Reino de España es el Estado miembro del Espacio Económico Europeo a quien corresponde el control de la actividad aseguradora del Asegurador, por razón de la localización de su sede social, ejerciéndose tal control por medio del Ministerio de Economía, a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

El Tomador del seguro, los Asegurados, los Beneficiarios o los derechohabientes de los anteriores, podrán reclamar ante dicho organismo contra aquellas prácticas del Asegurador que consideren abusivas o que lesionen los derechos derivados del contrato de seguro.

ARTÍCULO 23º - DEBER DE INFORMACIÓN AL TOMADOR DEL SEGURO

- Con la periodicidad que, en su caso, se estipule en las Condiciones Particulares de la póliza, el Asegurador enviará al Tomador del seguro un informe respecto al estado y movimientos de la póliza en el período considerado, así como respecto de todas las modificaciones de la información inicialmente suministrada, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 105º del Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, aprobado por Real Decreto 2486/1998, de 20 de Noviembre.

Si, por razón de reforma legislativa o de modificaciones en las circunstancias del mercado, se produjeran variaciones en las condiciones económicas de la póliza, el Asegurador comunicará dicha circunstancia al Tomador del seguro en orden a la renovación de las mismas, la cual sólo será efectiva desde su expresa aceptación por el Tomador del seguro.

El presente contrato se encuentra sometido a la Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro (modificada por la Ley 21/1990, de 19 de diciembre) , a la Ley 30/1995, de 30 de noviembre, 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.

El Tomador conoce y acepta expresamente las Condiciones Generales que anteceden.

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, 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 d de Seguridad en tiempo de paz.

Los fenómenos atmosféricos y sísmicos, de erupciones volcánicas y la caída de cuerpos siderales se certificarán, a instancia del Consorcio de Compensación de Seguros, mediante informes expedidos por la Agencia Estatal de Meteorología (AEMET), el Instituto Geográfico Nacional y los demás organismos públicos competentes en la materia. En los casos de acontecimientos de carácter político o social, así como en el supuesto de daños producidos por hechos o

actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas o Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz, el Consorcio de Compensación de Seguros podrá recabar de los órganos jurisdiccionales y administrativos competentes información sobre los hechos acaecidos.

2. Riesgos excluidos

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

3. Extensión de la cobertura.

1. La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y las mismas sumas aseguradas que se hayan establecido en las pólizas de seguro a efectos de la cobertura de los riesgos ordinarios.
2. En las pólizas de seguro de vida que de acuerdo con lo previsto en el contrato, y de conformidad con la normativa reguladora de los seguros privados, generen provisión

matemática, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que la entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

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.conorseguros.es)

3. Valoración de los daños:

La valoración de los daños que resulten indemnizables con arreglo a la legislación de seguros y al contenido de la póliza de seguro se realizará por el Consorcio de Compensación de Seguros, sin que éste quede vinculado por las valoraciones que, en su caso, hubiese realizado la entidad aseguradora que cubriese los riesgos ordinarios.

4. Abono de la indemnización:

El Consorcio de Compensación de Seguros realizará el pago de la indemnización al beneficiario del seguro mediante transferencia bancaria.

SERVICIO DE DEFENSA DEL ASEGURADO

1. CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. (CASER) pone a disposición de sus clientes su Servicio de Defensa del Asegurado (Quejas y Reclamaciones) en Avenida de Burgos, nº 109, 28050 Madrid, y en la dirección de correo electrónico *defensa-asegurado@caser.es*.

2. Dicho Servicio atenderá y resolverá conforme a la normativa vigente, en el plazo máximo de dos meses desde su presentación, las quejas y reclamaciones planteadas, directamente o mediante representación acreditada, por todas las personas físicas o jurídicas, usuarios de seguros y partícipes o beneficiarios de planes de pensiones de empleo y asociados de CASER, cuando las mismas se refieran a sus intereses y derechos legalmente reconocidos relacionados con sus operaciones de seguros y planes de pensiones, ya deriven de los propios contratos, de la normativa de transparencia y protección de la clientela o de las buenas prácticas y usos, en particular del principio de equidad.

La presentación del escrito de queja o reclamación podrá realizarse, personalmente o mediante representación acreditada, en cualquier oficina de la Entidad abierta al público o en la oficina del Servicio de Defensa del Asegurado, en la Avenida de Burgos 109, 28050 – Madrid, por correo o por medios informáticos, electrónicos o telemáticos, siempre que estos permitan su lectura, impresión y conservación, en cuyo caso, deberá ajustarse a lo previsto en la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de Firma Electrónica.

3. Una vez obtenida la resolución y agotada la vía de reclamación ante el Servicio de Defensa al Asegurado, en caso de mantener su disconformidad con el resultado del pronunciamiento o habiendo transcurridos dos meses desde la fecha de su recepción sin que dicho Servicio haya resuelto, podrá el reclamante presentar su reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, en el Paseo de la Castellana, nº 44, 28046 Madrid. Igualmente, podrá someterla a los juzgados y tribunales competentes.

4. En todas las oficinas de CASER abiertas al público, y en la página web www.caser.es, nuestros clientes, usuarios o perjudicados, encontrarán a su disposición un modelo de impreso de reclamación, así como el Reglamento del Servicio de Defensa al Asegurado de la Entidad, que regula la actividad y el funcionamiento de este Servicio y las características y requisitos de presentación y resolución de quejas y reclamaciones.

5. En las resoluciones se tendrán en cuenta las obligaciones y derechos establecidos en las Condiciones Generales, Particulares y Especiales de los contratos, la normativa reguladora de la actividad aseguradora y la normativa de transparencia y protección de los clientes de servicios financieros (Ley de Contrato de Seguro, texto refundido de la Ley y Reglamento de Ordenación y Supervisión de Seguros Privados, texto refundido de la Ley de Regulación de los Planes y Fondos de Pensiones, Reglamento de Planes y Fondos de Pensiones, Ley de Medidas de Reforma del Sistema Financiero, Orden ECC/2502/2012, que regula el procedimiento de presentación de reclamaciones ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones entre otros, Orden ECO 734/2004, de 11 de marzo, sobre los servicios de atención al cliente de las entidades financieras, texto refundido de la Ley General para la Defensa de Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias).