

CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO DE SEGURO DE VIDA

Seguro de vida individual

CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO DE VIDA - RIESGO

El presente contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, del Contrato de Seguro, en la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, su Reglamento de desarrollo y por lo dispuesto en estas Condiciones Generales y Particulares.

El control y supervisión de la actividad de Plus Ultra Seguros Generales y Vida, S.A. de Seguros y Reaseguros, Sociedad Unipersonal corresponde a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital del Estado Español.

Plus Ultra Seguros Generales y Vida, S.A. de Seguros y Reaseguros, Sociedad Unipersonal, está inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, tomo 5.992, folio 100, hoja número 97.987. Tiene su domicilio en España, sito en Plaza de las Cortes, 8 28014 Madrid, y tiene como número de identificación fiscal A-30014831, en la que Antares es una marca comercial de la misma con servicios específicos.

La Entidad aseguradora opera bajo la forma jurídica de Sociedad Anónima Unipersonal.

Las vías de solución extrajudicial de las reclamaciones frente a la actuación de la Entidad aseguradora son el Servicio de Reclamaciones de la Entidad, el Defensor del Cliente y el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

Tramitación de las quejas y reclamaciones

Plus Ultra Seguros, tiene las siguientes instancias de reclamación y resolución de conflictos, cuyo funcionamiento se regula en el Reglamento para la Defensa del Cliente que podrá consultar en la página web, www.antares.es: Servicio de Atención al Cliente (SAC) de Plus Ultra Seguros; Defensor del Cliente (DC) y Defensor del Partícipe (DP) de Plus Ultra Seguros, que atenderá en segunda instancia cuantas quejas y reclamaciones se les formule de acuerdo con lo previsto en el Reglamento para la Defensa del Cliente.

Del mismo modo, podrá formularse reclamación al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, siendo preceptivo para acudir a ésta instancia la reclamación previa ante el Servicio de Atención al Cliente (SAC) y/o el Defensor del Cliente (DC) de Plus Ultra Seguros, antes mencionados; a los Juzgados y Tribunales competentes en función del domicilio del asegurado, o mediante procedimiento de mediación, tramitado en los términos establecidos en la Ley 5/2012, de 6 de julio, de mediación en asuntos civiles y mercantiles.

La Entidad aseguradora tiene aprobado un Reglamento para la Defensa del Cliente a disposición en su página web www.antares.es cuyas menciones básicas son las que a continuación se detallan.

Las quejas y reclamaciones podrán presentarse en cualquier momento ante el Servicio de Reclamaciones o ante el Defensor del Cliente, siempre que la acción no esté prescrita de acuerdo a la legislación aplicable. La reclamación deberá ser resuelta en el plazo máximo de un mes a contar desde su presentación, mediante decisión motivada que se notificará al reclamante en el plazo de diez días a contar desde su fecha.

Departamento o servicio de atención al cliente, defensor del cliente y defensor del partícipe de los planes de pensiones

Plus Ultra Seguros Generales y Vida, S.A. de Seguros y Reaseguros, Sociedad Unipersonal (en adelante, "Plus Ultra Seguros"), entidad aseguradora, reaseguradora y gestora de fondos de pensiones, en cumplimiento de las previsiones de la Ley 44/2002, de 22 de noviembre, de Medidas de reforma del sistema financiero (BOE núm. 281, de 23 de noviembre de

2002), así como en la Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo, por la que se regulan los Departamentos y servicios de atención al cliente y el defensor al cliente de las entidades financieras (BOE núm. 72, de 24 de marzo de 2004), y la Orden ECC/2502/2012, de 16 de noviembre, por la que se regula el procedimiento de presentación de reclamaciones ante los servicios de reclamaciones del BdE, la CNMV y la DGSFP (BOE núm. 281, de 22 de noviembre de 2012); pone a disposición de los tomadores de las pólizas de seguro comercializadas por la entidad aseguradora, así como de los asegurados, beneficiarios y terceros perjudicados, e igualmente, de los partícipes y beneficiarios de los planes de pensiones comercializados por la entidad en su calidad de gestora de fondos de pensiones, o de los causahabientes de cualesquiera de los anteriores, un departamento y servicio de atención al cliente, así como un defensor del cliente, y un defensor del partícipe, como instancias de reclamación competentes designadas por la entidad aseguradora ante las cuales podrán formular queja o reclamación en relación con las pólizas de seguro o planes de pensiones comercializados por Plus Ultra Seguros.

Al respecto y de acuerdo con lo previsto en el Reglamento para la defensa del cliente de Plus Ultra Seguros, que puede ser consultado en la página web corporativa, en la siguiente dirección en Internet (<https://www.antares.es/>), con carácter previo a la presentación de una queja o reclamación, el interesado podrá dirigirse directamente al área competente de la entidad aseguradora, y en el supuesto que no sea debidamente atendida su pretensión, podrá dirigirse al departamento y servicio de atención al cliente, así como en su caso y en segunda instancia al defensor del cliente, o bien directamente al defensor del partícipe si la queja o reclamación viniera referida a los planes de pensiones comercializados por la entidad gestora de fondos de pensiones.

Asimismo y de conformidad con las previsiones del Reglamento de defensa del cliente, la presentación de la queja o reclamación debe realizarse por escrito, bien por correo ordinario al domicilio social de la entidad aseguradora en el caso de dirigirse al departamento y servicio de atención al cliente, sito en Madrid (28014), Plaza de las Cortes, núm. 8, admitiéndose también su formulación por medios telemáticos, a través del página web corporativa, de conformidad con el Reglamento para la defensa del cliente de Plus Ultra Seguros, en donde podrá hacer el seguimiento de la respuesta en todo momento; bien en segunda instancia al domicilio del defensor del cliente o bien directamente al defensor del partícipe, designados por la entidad aseguradora, sito en Madrid (28001), calle Velázquez, nº 80, 1º D, cuyos demás datos de contacto constan en el Reglamento publicado, debiendo contener el escrito de queja o reclamación al menos, la siguiente información o justificación: nombre y apellidos del reclamante, o denominación social del reclamante, y en su caso, acreditación de la representación, documento nacional de identidad o número de identificación fiscal, teléfono, domicilio, localidad, provincia, código postal, dirección de correo electrónico en su caso, ramo de seguro y número de póliza de seguros o plan de pensiones, referencia de siniestro en su caso, especificando seguidamente las causas que motivan la queja o reclamación, el objeto o la pretensión que se formula ante la instancia de reclamación competente, así como designación del departamento de la entidad aseguradora que previamente haya desatendido la misma, así como la indicación de que el reclamante no tiene conocimiento de que la queja o reclamación está siendo sustanciada en ese momento a través de procedimiento administrativo, arbitral o judicial alguno.

La decisión del departamento y servicio de atención al cliente, del defensor del partícipe, así como en su caso, del defensor del cliente, favorable al reclamante en relación con las pólizas de seguros o planes de pensiones comercializados por Plus Ultra Seguros, vinculará a la misma. Asimismo, y en caso de desestimación de la pretensión, esta vinculación no será obstáculo a la plenitud de tutela judicial ante los Juzgados y Tribunales ordinarios de Justicia, al recurso a otros mecanismos de solución de conflictos, ni a la protección administrativa prevista en la referida Ley 44/2002, de 22 de noviembre, y Órdenes ministeriales anteriormente citadas, así como demás legislación aplicable.

1. DEFINICIONES:

Plus Ultra Seguros Generales y Vida, S.A. de Seguros y Reaseguros, Sociedad Unipersonal:

La entidad aseguradora que asume la cobertura de los riesgos objeto de este contrato y garantiza el pago de las indemnizaciones que corresponda con arreglo a las condiciones del mismo.

Tomador:

La persona natural o jurídica que asume las obligaciones del contrato, salvo aquellas que por su naturaleza deban ser cumplidas por el asegurado, y que suscribe este contrato con la entidad aseguradora.

Asegurado:

La persona física sobre cuya vida se estipula el seguro.

Beneficiario:

Para las garantías de invalidez es el asegurado y para la de fallecimiento el designado por el tomador del seguro.

Póliza:

El documento que regula el seguro, integrado por las condiciones generales y las particulares, y, en su caso, sus

suplementos o apéndices. También forma parte del contrato la solicitud cumplimentada por el Tomador y las declaraciones formuladas por el tomador y el asegurado, su declaración de salud y, en su caso, el reconocimiento médico.

Siniestro:

La ocurrencia de un acontecimiento que dé lugar a la aplicación de alguna de las garantías contratadas.

Enfermedad:

Toda alteración del estado de la salud causada por una patología, cuyo diagnóstico haya sido efectuado por un médico y haga preciso un tratamiento médico o quirúrgico.

Enfermedad terminal:

Enfermedad incurable, de progresión rápida que implique una expectativa de vida no superior a seis meses desde la fecha de diagnóstico de acuerdo con los conocimientos médicos y científicos, habiéndose comprobado la ineficiencia de toda acción terapéutica para detener o hacer retroceder su evolución.

Carencia:

Periodo comprendido entre la fecha de efecto de la póliza y una posterior determinada, durante el cual no surte efecto la garantía a la que sea aplicable.

Accidente:

Toda lesión corporal debida a la acción directa de un acontecimiento exterior, súbito y violento, ajeno a la voluntad del asegurado que produzca invalidez permanente o muerte inmediatamente o **dentro del periodo de un año desde la fecha de ocurrencia del accidente.**

Accidente de circulación:

Todo accidente, de acuerdo con la definición anterior, que sufra el asegurado como peatón por atropello en vía pública, como conductor o pasajero de un vehículo terrestre o como usuario de transportes públicos, terrestres, marítimos o aéreos.

Invalidez permanente absoluta:

La situación física o psíquica irreversible originada independientemente de la voluntad del asegurado, determinante de la total ineptitud de éste para el mantenimiento de cualquier relación laboral o actividad profesional.

Invalidez permanente total:

La situación física o psíquica irreversible originada independientemente de la voluntad del asegurado, determinante de la total ineptitud de éste para el ejercicio de su profesión habitual, o de una actividad similar propia de su formación y conocimientos profesionales.

Gran Invalidez:

La situación física o psíquica irreversible originada independientemente de la voluntad del asegurado, determinante de igual ineptitud que la Invalidez absoluta y de la asistencia de una tercera persona para las actividades más esenciales de la vida diaria, como vestirse, desplazarse, comer o análogas.

Fallecimiento de los dos cónyuges en el mismo accidente:

Fallecimiento del asegurado y de su cónyuge en el mismo accidente, de forma inmediata o **dentro de un año desde la ocurrencia del accidente.**

Gastos de sepelio:

Gastos del servicio funerario del asegurado.

Servicio de orientación médica telefónica:

Orientación médica telefónica de atención permanente las 24 horas del día, los 365 días del año y que se extiende a toda

España.

Servicios de gestión y asesoramiento para los tramites sucesorios:

Gestión y asesoramiento a los beneficiarios para el proceso sucesorio extrajudicial derivado del fallecimiento del asegurado.

2. OBJETO DEL CONTRATO:

La entidad aseguradora asume la cobertura de los riesgos que se enumeran a continuación, **siempre y cuando consten pactados en las condiciones particulares y por los capitales que ahí se pacten.**

Riesgo Principal:

Fallecimiento por cualquier causa.

Se excluye la muerte producida por suicidio del asegurado ocurrido dentro del primer año de vigencia del contrato.

Riesgos Complementarios:

- a) Invalidez permanente total por cualquier causa.
- b) Invalidez permanente absoluta por cualquier causa.
- c) Gran invalidez.
- d) Fallecimiento por accidente.
- e) Invalidez permanente total por accidente.
- f) Invalidez permanente absoluta por accidente.
- g) Fallecimiento por accidente de circulación.
- h) Invalidez permanente absoluta por accidente de circulación.
- i) Fallecimiento de los dos cónyuges en el mismo accidente.
- j) Enfermedad Terminal. A efectos de cobertura, la enfermedad terminal **debe haber sido diagnosticada por primera vez una vez cumplido el período de carencia de dos meses desde la fecha de efecto del seguro y antes de cumplir los sesenta y cinco años de edad.**
- k) Gastos de sepelio. Los beneficiarios del riesgo de fallecimiento podrán solicitar el anticipo de un 15 % del capital de esta garantía, con un límite máximo de 3.500€.

Garantías adicionales incluidas:

- **Servicio de orientación médica telefónica**

Orientación médica para mantener unos hábitos de vida saludables (915 724 510).

Orientación Médica Telefónica para consultar dudas e inquietudes relacionadas con síntomas, problemas de salud o medicamentos, 24 horas (365 días).

Orientación Nutricional Telefónica sobre dietas equilibradas, hábitos alimentarios, dietas de patologías específicas, etc., de 9h a 19h de lunes a viernes (excepto festivos).

Orientación Psicológica Telefónica sobre posibles problemas de conducta, trastornos alimentarios, problemas de aprendizaje, trastornos de ansiedad etc... a través de conjunto de psicólogos 24 horas (365 días).

Orientación Social Telefónica sobre residencias, centros de día, servicios de asistencia domiciliaria y temas relacionados con la dependencia (trámites con la administración) 24 horas (365 días).

- **Servicio de gestión y asesoramiento para los tramites sucesorios**

Este servicio tendrá el siguiente **alcance**:

Trámites de gestoría administrativos:

- Obtención del Certificado de Defunción.
- Obtención del Certificado de Últimas Voluntades.
- Obtención del Certificado de Seguros con cobertura de fallecimiento.
- Obtención de los Certificados de Nacimiento y/o Matrimonio cuando sea necesario para la gestión de los trámites objeto del presente contrato.
- Baja del difunto ante el Instituto Nacional de la Seguridad Social de las pensiones de Viudedad, Orfandad, en favor de familiares y el Auxilio por defunción.
- Anotación del fallecimiento en el Libro de Familia.

Trámites de gestoría en materia sucesoria no litigiosa

- Asesoramiento jurídico telefónico, tanto en materia sucesoria, como en relación al otorgamiento de testamento.
- Obtención de copia del último testamento.
- Declaración de herederos abintestato
- Apertura del testamento.
- Determinación del caudal hereditario.
- Adjudicación y participación de la herencia.
- Liquidación del impuesto de sucesiones.
- Liquidación del impuesto sobre el incremento del valor de los terrenos de naturaleza urbana (plusvalía municipal).
- Preparación y envío a los interesados del documento de solicitud de nombramiento de defensor judicial en caso de incapacitados y menores.

Queda excluido la prestación de este servicio:

1. **Cuando en los procesos sucesorios se produzca un conflicto de intereses entre los herederos, así como todos aquellos en los que sea preciso iniciar un procedimiento judicial, a excepción de la solicitud de nombramiento de defensor judicial, o declaración de herederos colaterales. En caso de conflicto de intereses se limitaría el servicio a la prestación de asesoramiento telefónico general a todos los herederos del procedimiento sucesorio.**
2. **Cuando los procesos sucesorios no queden sujetos a la Legislación Española. No obstante, en aquellos procesos no sujetos a nuestra legislación, se incluye la prestación del servicio de liquidación del impuesto de Sucesiones de la indemnización asegurada por la compañía cuando ésta quede sujeta a tributación en España, así como la obtención del certificado de defunción del asegurado cuando el fallecimiento haya tenido lugar en nuestro territorio.**

La compañía se reserva el derecho a modificar o cancelar este servicio, sin ningún tipo de comunicación al asegurado siempre que el servicio se haya mantenido durante al menos un año de duración.

La aseguradora no asume la cobertura de los riesgos producidos por acontecimientos calificados legalmente como extraordinarios, que son garantizados por el Consorcio de Compensación de Seguros con los riesgos y exclusiones establecidos por su legislación específica.

No podrá contratarse la cobertura de los riesgos complementarios con independencia del riesgo principal de fallecimiento. Los capitales que como máximo pueden garantizarse en estos riesgos complementarios no serán superiores al del riesgo principal.

La ocurrencia de un siniestro de invalidez supone la extinción del contrato, por lo que no caben prestaciones posteriores por las demás coberturas contratadas. Salvo pacto expreso en la póliza, la percepción de la indemnización pactada para el riesgo de enfermedad terminal minorará el capital de la garantía en el riesgo principal de fallecimiento.

Si el asegurado tiene la protección del sistema público de Seguridad Social, en los riesgos de invalidez permanente la fecha que determina el derecho a indemnización es la de la resolución administrativa o judicial que reconozca la situación de invalidez del asegurado, con independencia de la fecha del accidente o del inicio de la enfermedad de los que la invalidez traiga su causa. En estos casos no se aplicará el límite del año de la definición de accidente y de las exclusiones.

3. EXCLUSIONES EN LOS RIESGOS COMPLEMENTARIOS:

Se excluye la cobertura en los riesgos complementarios en los siguientes casos:

- a) Se excluyen las consecuencias o secuelas de un accidente cubierto, que se manifiesten transcurrido un año desde la fecha de ocurrencia del mismo.
- b) El suicidio o tentativa de suicidio consciente o inconsciente, las autolesiones y actos provocados de forma intencionada por el asegurado.
- c) Los producidos bajo la influencia del alcohol o cualquier droga, estupefaciente, o abuso de productos farmacéuticos o en estado de enajenación mental. A estos efectos, se considera que concurre alcoholemia cuando se supere el límite de la tasa de alcohol establecido por la legislación vigente para la circulación de vehículos.
- d) Las consecuencias de un acto de imprudencia temeraria o negligencia grave del asegurado, así como los derivados de la participación de éste en actos delictivos, duelos, apuestas o riñas, siempre que en este último caso no hubiese actuado en legítima defensa o en tentativa de salvamento de personas o bienes.

No quedan cubiertos por los riesgos complementarios de accidente los hechos siguientes:

- Los hechos que no tengan la consideración de accidentes según la definición de este condicionado, así como los que violen cualquier disposición legal.
- Los ocasionados por la conducción de vehículos a motor si el asegurado carece de la autorización administrativa correspondiente y, en cualquier caso, los derivados del uso de motocicletas o ciclomotores, sea como conductor o como ocupante, salvo que estos sean de una cilindrada igual o inferior a 250 cc.
- Los ocurridos a profesionales de aviación y personas que realicen alguna misión a bordo (pilotos, mecánicos, radiotelegrafistas, azafatas, camareros, etc.) y a los militares en acto de servicio en las aeronaves del Estado.
- Los ocurridos durante el servicio militar o interviniendo en maniobras militares navales, terrestres o aéreas.
- Los ocurridos a personas transportadas en aeronaves de propiedad particular o de capacidad inferior a 30 plazas.
- Las consecuencias directas o indirectas de participar en misiones humanitarias o como médico de ambulancias.
- Los que sean consecuencia de corrientes eléctricas de alta tensión.
- Los siniestros producidos como consecuencia de:
 - El Ejercicio profesional o amateur remunerado y/o con carácter de competición de deportes (entrenamientos, ensayos y pruebas).
 - El Ejercicio no profesional de los deportes notoriamente arriesgados o que precisen la utilización de aparato con motor.
 - La práctica de artes marciales y lucha, como son los siguientes: Boxeo, Judo, Karate y cualquier otro tipo de lucha corporal.
 - La práctica de deportes aéreos en general (paracaidismo, ascensiones en globo, ala delta, ultra ligeros y planeadores y similares).
 - La práctica del automovilismo y del motociclismo.
 - La práctica del montañismo o el alpinismo, la escalada, la travesía de glaciares y la espeleología y en general actividades de montaña o nieve fuera de las pistas señalizadas y abiertas al público o prácticas a una altitud superior a 3000 m.
 - El ejercicio del toreo y de los encierros de reses bravas.
 - El ejercicio de la caza mayor fuera del territorio español.
 - La práctica de navegación marítima de placer a más de 20 millas náuticas de un refugio costero o práctica de submarinismo a más de 20 m. de profundidad.

- La práctica de puenting, rafting, goming o salto con cuerda elástica.
- Toda actividad en zona desértica.

Podrán incluirse bajo la cobertura del presente contrato de seguro algunos de los riesgos previstos anteriormente. A tales efectos es necesaria una estipulación expresa en las Condiciones Particulares y el pago de la sobreprima correspondiente.

Asimismo, no están comprendidos en los riesgos de accidentes los siguientes hechos:

- Las enfermedades de cualquier naturaleza, el infarto de miocardio, así como las lesiones corporales u otras consecuencias debidas a operaciones o tratamientos médicos que no hayan sido motivadas por un accidente cubierto por esta póliza.
- Las insolaciones, congelaciones u otros efectos de la temperatura atmosférica, salvo que sean consecuencia de un accidente.
- Las aneurismas, varices, toda clase de hernias y sus consecuencias, así como las distensiones musculares y el lumbago.
- Las intoxicaciones o envenenamientos por ingestión de productos alimenticios en general.
- Las enfermedades infecciosas, como la del sueño, malaria, paludismo, fiebre amarilla y los síncope, desvanecimientos, ataques de apoplejía o epilepsia, así como las lesiones que puedan producirse a consecuencia de los mismos.
- Las lesiones causadas por rayos X, el radium y sus compuestos, salvo que sean consecuencia de un tratamiento aplicado al Asegurado a consecuencia de un accidente garantizado en este contrato.
- Las secuelas de curas, tratamientos de cirugía estética, salvo los resultantes de la superación de un accidente cubierto por el contrato.

En caso de agravación directa o indirecta de las consecuencias de un accidente, por una enfermedad o estado morbo, preexistente o sobrevenido después de ocurrir aquél y por una causa independiente del mismo, el Asegurador sólo responderá de los efectos que habría probablemente tenido el accidente sin la intervención agravante de tal enfermedad o estado morbo.

4. LÍMITES DE EDAD:

1. No podrán asegurarse los menores de catorce años de edad y los incapacitados. **Igualmente, tampoco podrán asegurarse las personas de edad superior a la que se estipule en las condiciones particulares.**
2. **Este seguro se extinguirá al finalizar la anualidad del seguro, dentro de la cual el asegurado cumpla la edad que se estipule en las condiciones particulares.**

En el supuesto de indicación inexacta de la fecha de nacimiento del asegurado, la entidad aseguradora solo podrá impugnar el contrato si la verdadera edad del asegurado en el momento de su alta en la póliza en vigor excede de los límites de admisión establecidos por ésta.

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 de la Entidad aseguradora se reducirá en proporción a la prima percibida. 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.

5. BASES DEL CONTRATO:

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

6. INICIACIÓN Y DURACIÓN DEL CONTRATO:

1. El contrato entrará en vigor en la fecha indicada en las condiciones particulares, siempre que haya sido firmado por las partes y el tomador haya pagado el primer recibo de prima, salvo pacto en contrario.
2. En caso de demora en el cumplimiento de estos requisitos, las obligaciones de la entidad aseguradora comenzarán a partir de las veinticuatro horas del día en que la firma y el pago hayan tenido lugar.
3. Esta modalidad de Seguro se contrata por un año de duración, entendiéndose prorrogado por períodos anuales, salvo que alguna de las partes lo denuncie por escrito con un mes de antelación a su inmediato vencimiento en el caso del Tomador y de dos meses si la denuncia la formula el Asegurador.
4. La extinción del seguro tendrá lugar por alguna de las causas siguientes:
 1. Fallecimiento del asegurado.
 2. Pago del capital asegurado, salvo que en las coberturas se diga otra cosa o se pacten como anticipo de otras coberturas.
 3. Cumplimiento de la edad señalada en condiciones particulares.
 4. Finalización de la vigencia del contrato pactado en las condiciones particulares.
5. El tomador del seguro tendrá la facultad unilateral de resolver el contrato dentro del plazo de 30 días siguientes a la fecha en que el asegurador le entregue la póliza o documento de cobertura provisional. La facultad unilateral de resolución del contrato deberá ejercitarse por el tomador mediante comunicación dirigida al asegurador a través de un medio que deje constancia de la misma, produciendo sus efectos desde el día de su expedición. A partir de esta fecha, 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 tiempo en que el contrato hubiere tenido vigencia.
6. **El asegurador deberá comunicar al tomador**, al menos con dos meses de antelación a la conclusión del período en curso, **cualquier modificación del contrato de seguro, siendo plenamente eficaces si en dicho plazo no se opone a las mismas.**

7. DECLARACIÓN DEL RIESGO E INDISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA:

El tomador del seguro, o en su caso el asegurado, tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si el asegurador no le somete cuestionario o cuando, aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.

El asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al tomador del seguro en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del tomador del seguro. Corresponderán al asegurador, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento que haga esta declaración.

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

Sin embargo, el asegurador no podrá impugnar el contrato una vez transcurrido el plazo de un año, a contar desde la fecha de su conclusión, a no ser que las partes hayan fijado un plazo más breve en la póliza y, en todo caso salvo que el tomador o el asegurado del seguro hayan actuado con dolo.

8. AGRAVACIÓN DEL RIESGO:

El tomador del seguro o el asegurado tiene la obligación de comunicar al asegurador, durante la vigencia del contrato, tan pronto como le sea posible la alteración de los factores y las circunstancias declaradas en el cuestionario o declaración de salud que agraven el riesgo, como el cambio de ocupación o de actividad del asegurado.

En ningún caso tiene la consideración de agravación del riesgo la pérdida de salud.

9. PRIMAS:

1. La prima será exigible por anticipado el día de su vencimiento, contra recibo librado por la entidad aseguradora y en el lugar designado al efecto en condiciones particulares. A efecto de su cobro dicha prima podrá fraccionarse por meses, trimestres o semestres, mediante el recargo que corresponda, de acuerdo con las bases técnicas.
2. El fraccionamiento del pago de la prima no libera al Tomador de la obligación de abonar la totalidad de la prima anual. En caso de siniestro, el asegurador deducirá de la indemnización a su cargo las fracciones pendientes de cobro de la anualidad en curso.
3. En caso de falta de pago de una de las primas sucesivas o fracción, 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 y sin posibilidad de rehabilitación por parte del tomador.

Si la entidad aseguradora opta por exigir el pago de la prima, ésta se circunscribirá al importe del período en curso y la cobertura volverá a tener efecto a las 24 horas del día en que el Tomador pague la prima.

10. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS:

El tomador podrá designar beneficiario en la solicitud de seguro, en una posterior declaración escrita comunicada a la Entidad aseguradora o en testamento.

Durante la vigencia de la póliza, el tomador podrá modificar la designación de beneficiario anteriormente realizada, sin necesidad de consentimiento de la Entidad aseguradora.

En caso de fallecimiento del asegurado sin designación expresa de beneficiarios, se aplicará el siguiente orden de prelación: el cónyuge superviviente, a falta de éste, los hijos supervivientes del asegurado, a falta de éstos, los padres supervivientes del asegurado y a falta de éstos, los herederos del asegurado que sean personas físicas.

11. PAGO DE INDEMNIZACIONES:

1. Los beneficiarios deberán presentar la documentación e información acreditativa de la ocurrencia del siniestro y sus consecuencias.

Para las coberturas de **fallecimiento** se presentarán:

- a) El certificado de defunción 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 muerte o, en su caso, testimonio de las diligencias judiciales o documentos que acrediten el fallecimiento por accidente.
- c) Certificado del Registro de Actos de Últimas Voluntades, copia del último testamento del asegurado o Declaración de Herederos.
- d) Declaración, Carta de pago o Autoliquidación del Impuesto sobre Sucesiones.

Para el pago de la prestación por **gastos de sepelio**, además se aportará la factura por los gastos funerarios.

Para las coberturas de **invalidez o enfermedad terminal** se presentará documento identificativo del asegurado y certificación o informes médicos en la que conste inicio, evolución y lesiones del asegurado y, en caso de que el asegurado goce de la protección del sistema público de Seguridad Social resolución del INSS o sentencia judicial declarativa de la invalidez.

2. Una vez recibidos los anteriores documentos, la Entidad aseguradora deberá pagar la prestación garantizada.
3. En el supuesto de falta de acuerdo sobre la ocurrencia de un siniestro, las consecuencias del mismo y el grado de invalidez, el asegurado y la Entidad aseguradora pueden solventar sus diferencias por medio de dos Peritos, elegidos uno por cada parte, los cuales procederán a la comprobación de la invalidez de acuerdo con lo dispuesto en este contrato, sin sujeción a trámite judicial alguno.

La aceptación de los peritos deberá constar por escrito. Si una de las partes no hubiera hecho la designación, estará obligada a realizarla en los 8 días siguientes a la fecha en que sea requerida por la que hubiera designado el suyo, y de no hacerlo en este último plazo, se entenderá que acepta el dictamen que emita el perito de la otra parte, quedando vinculado por el mismo.

Si los dos peritos no llegan a un acuerdo nombrarán a otro perito médico, y los tres actuarán en común y resolverán por mayoría de votos.

En caso de discordia sobre la elección del tercer perito, será nombrado por el Juez de Primera Instancia que sea competente y a iniciativa de la parte más diligente.

Serán a cargo de cada parte los honorarios y gastos del Perito que hubiese designado. Los del tercer Perito serán satisfechos a partes iguales entre el contratante y la Entidad. No obstante, si cualquiera de las partes hubiera hecho necesaria la peritación por haber mantenido una valoración desproporcionada, será ella la única responsable de dichos gastos.

12. TRIBUTOS:

Todos los tributos que graven el presente contrato y que sean legalmente repercutibles, serán por cuenta del Tomador.

13. COMUNICACIONES:

Las comunicaciones al asegurador del tomador del seguro, del asegurado o del beneficiario se realizarán en el domicilio social del Asegurador señalado en la póliza.

Las comunicaciones del asegurador al tomador del seguro y, en su caso, al asegurado y al beneficiario, se realizarán en el domicilio de éstos recogidos en la póliza, salvo que los mismos hayan notificado fehacientemente al asegurador el cambio de su domicilio.

Las comunicaciones hechas por un corredor de seguros al asegurador en nombre del tomador del seguro o del asegurado surtirán los mismos efectos que si las realizara éste, salvo expresa indicación en contrario del mismo. En todo caso se precisará el consentimiento expreso del tomador del Seguro para suscribir un nuevo contrato o para modificar o rescindir el contrato en vigor.

Así mismo, las comunicaciones que efectúen el tomador del seguro o el asegurado a un agente de seguros del asegurador surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado directamente a éste.

14. PRESCRIPCIÓN:

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

15. JURISDICCIÓN:

Si cualquiera de las partes contratantes o ambas decidiese ejercitar sus acciones ante los Órganos jurisdiccionales, deberán recurrir al Juez del domicilio del Asegurado en España, que será el único competente para el conocimiento de las acciones derivadas de este contrato de seguro.

16. 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 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.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.

Información de interés para el asegurado

Atención al asegurado: 915 236 345
Web: www.atares.es
E-mail: clientesatares@plusultra.es
Dirección: Plus Ultra Seguros - Antares
Plaza de las Cortes, 8
28014 Madrid