

VIDA



LIBERTY**VIDA**

Condiciones
Generales





www.asesoriaseguros.es

630360189

676225917

LIBERTY**VIDA**

LE10VID 01/08

NOTA INFORMATIVA

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 60 del texto refundido de la Ley de ordenación y supervisión de los seguros privados, aprobado por Real Decreto Legislativo 6/2004 de 29 de octubre, y en los artículos 104 y 105 del Reglamento que lo desarrolla, se informa:

1. El estado miembro al que corresponde el control de la actividad aseguradora de la entidad es España, y la autoridad de control la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Hacienda.
2. La legislación aplicable al contrato es la española, en concreto, la Ley 50/80 de 8 de octubre de Contrato de Seguro, y el texto refundido de la Ley de ordenación y supervisión de los seguros privados, aprobado por Real Decreto Legislativo 6/2004 de 29 de octubre, y las normas que lo desarrollan.
3. LIBERTY SEGUROS, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., como entidad del Grupo asegurador Liberty, dispone de un **Departamento de Atención al Cliente**, y de un **Defensor del Cliente**, para atender y resolver las quejas y reclamaciones que sus clientes les presenten, relacionadas con sus intereses y derechos legalmente reconocidos.
4. Los tomadores, asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados y derechohabientes de los mismos podrán someter indistintamente sus quejas y reclamaciones:
 - Al **Departamento de Atención al Cliente** del Grupo Liberty, mediante escrito dirigido C/ Obenque 2, 28042 MADRID, por fax al nº 91 301 79 98, o e-mail: atencionalcliente@libertyseguros.es
 - Al **Defensor del Cliente** del Grupo Liberty, mediante escrito dirigido al domicilio C/ Marqués de la Ensenada, 16, 3º oficina 23, 28004 MADRID, por fax al nº: 91 308 49 91, o e-mail: reclamaciones@da-defensor.org
5. Las quejas y reclamaciones formuladas por los clientes, serán atendidas y resueltas en el plazo de dos meses desde su presentación en el Departamento de Atención al Cliente, o en su caso, Defensor del Cliente.
6. En caso de disconformidad con el resultado del pronunciamiento adoptado por cualquiera de las instancias anteriormente citadas, o si ha transcurrido el plazo de dos meses sin haber obtenido una respuesta, el reclamante podrá formular su queja o reclamación ante el **Comisionado para la Defensa del asegurado y del Partícipe en Planes de Pensiones**, mediante escrito dirigido al domicilio en Pº de la Castellana, 44, 28046 MADRID.
7. Además de los cauces de reclamación indicados anteriormente, los conflictos podrán plantearse en vía judicial ante los jueces y tribunales competentes.
8. Se encuentra a disposición de los clientes en las oficinas de las entidades del Grupo Liberty, el **Reglamento para la Defensa del Cliente**, por el que se regula el funcionamiento interno de las quejas y reclamaciones, la actividad y procedimientos del Departamento de Atención al Cliente y del Defensor del Cliente, así como las relaciones entre ellos. También se podrá tener acceso a dicho Reglamento en la página web: www.libertyseguros.es, o a través de su Mediador.
9. La entidad aseguradora LIBERTY SEGUROS, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. tiene su domicilio social en la C/Obenque nº 2, 28042 Madrid, España.
10. La entidad ha adoptado la forma jurídica de sociedad anónima.

ÍNDICE

0	Artículo preliminar - Definiciones	5
1	Objeto y cobertura de la póliza	5
2	Riesgos no cubiertos	9
3	Pago de prestaciones de la póliza	11
4	Declaración del riesgo	14
5	Efecto, duración y extinción de la póliza	15
6	Agravación y disminución del riesgo	16
7	Primas de la póliza	16
8	Beneficiarios de la póliza	18
9	Comunicaciones y duplicados de la póliza	18
10	Cláusula de indemnización	19

En este contrato se entiende por:

■ **Asegurador:** La sociedad aseguradora es **Liberty Seguros, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.** quien suscribe la póliza junto con el tomador y asume, mediante el cobro de la prima correspondiente, la cobertura de los riesgos objeto del contrato, sea de supervivencia, fallecimiento o cualquier otro.

■ **Tomador del seguro:** La persona física o jurídica que suscribe la póliza con el asegurador, comprometiéndose al pago de las primas establecidas y al cumplimiento de las obligaciones que de la misma dimanen. En las condiciones particulares se establecerá si actúa por cuenta propia o ajena.

■ **Asegurado:** La persona física sobre cuya vida o integridad física se estipula el seguro.

■ **Beneficiario:** La persona o personas físicas o jurídicas, titulares del derecho a las prestaciones contratadas en la póliza, cuando se produzcan los hechos cuyos riesgos son objeto de cobertura.

■ **Póliza:** El documento o conjunto de documentos que contienen las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integrante de la póliza, las condiciones generales, las especiales, las particulares que individualizan el riesgo y los suplementos y los apéndices que se emitan para completarla o modificarla. Ninguno de estos documentos tienen validez ni efecto por separado.

■ **Prima:** El precio del seguro. El recibo contendrá además, los recargos e impuestos que sean de legal aplicación.

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

■ **Capital asegurado:** Es la suma de dinero que el asegurador pagará al beneficiario cuando se produzcan los hechos cuyos riesgos son objeto de cobertura.

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

■ **Suicidio:** La muerte del asegurado causada consciente y voluntariamente por el mismo.

1

OBJETO Y COBERTURA DE LA PÓLIZA

A. OBJETO DEL SEGURO

El asegurador se obliga a pagar el capital y/o a cumplir las prestaciones establecidas en las condiciones especiales y particulares de la póliza, cuando se produzcan el hecho o los hechos cuyo riesgo haya sido contratado, dentro del ámbito y con las excepciones o limitaciones que figuren en la póliza, según se describe y establece en el apartado B, cobertura básica de la póliza y apartado C, coberturas complementarias del seguro del presente artículo.

Salvo que se indique expresamente lo contrario en las condiciones especiales o en las condiciones particulares, la póliza es a primer riesgo. Es decir, que ocurrido uno cualquiera de los hechos que son objeto de cobertura, básica o complementaria, el asegurador asume las

consecuencias previstas en la póliza para dicho riesgo, extinguiéndose a partir de ese momento la póliza, salvo lo establecido para la cobertura de enfermedades graves.

B. COBERTURA BÁSICA DE LA PÓLIZA

El asegurador se obliga a pagar al beneficiario designado, el capital asegurado en las condiciones particulares al producirse el fallecimiento del asegurado, dentro del periodo de duración establecido para el seguro, cualquiera que sea la causa que lo produzca, salvo las exclusiones que se especifican en la presente póliza. Si el asegurado vive al término de dicho plazo quedará extinguido el seguro y las primas pagadas a favor del asegurador.

Si a consecuencia de un mismo accidente se produce el fallecimiento del asegurado y de su cónyuge, el asegurador garantiza, además otro capital igual al capital asegurado para el caso de fallecimiento del asegurado, **únicamente en caso de que existan hijos, incluidos los adoptivos, menores de 18 años de edad y/o afectados por una incapacidad permanente y absoluta.**

C. COBERTURAS COMPLEMENTARIAS DE LA PÓLIZA

En las condiciones particulares de la póliza constan, en su caso, las coberturas complementarias que el tomador ha decidido contratar. Estas coberturas complementarias se regirán por lo que se establece en las condiciones especiales, en las condiciones particulares, y en las condiciones generales de la póliza. Si el tomador ha contratado coberturas complementarias no incluidas en las presentes condiciones, en las condiciones particulares se detallará cuáles son las cláusulas por las que dichas coberturas se rigen.

Sólo mediante su expresa contratación, que constará en las condiciones particulares de la póliza, y el pago de la prima correspondiente, se asegurarán cada una de las coberturas complementarias que se señalan a continuación.

1. Fallecimiento por accidente

En el caso de fallecimiento por accidente del asegurado, el asegurador se obliga a pagar al beneficiario designado, un capital adicional al capital asegurado por fallecimiento en la cobertura básica, por el importe establecido en las condiciones particulares.

A los efectos de esta cobertura se entiende por:

■ **Fallecimiento accidental:** El producido por toda lesión corporal debida a la acción de un acontecimiento exterior, súbito y violento, ajeno a la voluntad del asegurado y que cause su fallecimiento **dentro de los trescientos sesenta y cinco días naturales siguientes a la fecha en que sufrió la lesión.**

2. Fallecimiento por accidente de circulación

En el caso de fallecimiento del asegurado por accidente de circulación, el asegurador se obliga a pagar al beneficiario designado, un capital adicional al establecido en las condiciones particulares para la cobertura básica de fallecimiento, por el importe establecido para esta cobertura en las condiciones particulares.

A los efectos de esta cobertura se entiende por:

■ **Accidente de circulación:** Todo aquél que sobrevenga al asegurado en calidad de:
– Peatón en vía pública.

- Usuario de transportes públicos terrestres, marítimos, o aéreos.
- Conductor o pasajero de un vehículo terrestre, con o sin motor, distinto de los transportes públicos en común, con la excepción de motocicletas o ciclomotores con cilindrada superior a 125 cc.

Estará cubierto el riesgo de fallecimiento siempre que se produzca como consecuencia del accidente de circulación bien sea de forma inmediata o dentro del plazo de trescientos sesenta y cinco días a contar desde la fecha en que ocurrió el accidente.

Esta garantía solamente podrá ser contratada conjuntamente con la anterior.

3. Invalidez absoluta y permanente

En caso de invalidez absoluta y permanente del asegurado, definida en la forma que se detalla en la presente cláusula, el asegurador se obliga a pagar al beneficiario designado el capital establecido para esta cobertura en las condiciones particulares.

A los efectos de esta cobertura se entiende por:

■ **Invalidez absoluta y permanente:** Cualquier lesión física irreversible, comprobada médicamente, que deje al asegurado inútil para llevar a cabo cualquier tipo de trabajo remunerado. Debe haber existido de modo continuo, al menos, durante seis meses consecutivos.

Si el tomador ha contratado conjuntamente la cobertura complementaria de invalidez absoluta y permanente y la definida en el punto 6 de Enfermedades graves, y sobre la vida del asegurado acaecen durante la vigencia de la póliza los riesgos cubiertos por ambas coberturas, el asegurador sólo pagará el capital asegurado por el riesgo que acaezca primero.

4. Invalidez absoluta y permanente por accidente

En caso de que la invalidez absoluta y permanente definida en el apartado 3 anterior sobreviniese a consecuencia de un accidente, entendiéndose por tal la lesión corporal que derive de causa externa, violenta, súbita y ajena a la intencionalidad del asegurado, y siempre que se declare dentro de los seis meses naturales siguientes al del accidente, el asegurador se obliga a abonar un capital adicional al establecido en las condiciones particulares para la cobertura de invalidez absoluta y permanente.

Esta garantía solamente podrá ser contratada conjuntamente con la anterior.

5. Invalidez absoluta y permanente por accidente de circulación

En caso de que la invalidez absoluta y permanente sobreviniese a causa de un accidente de circulación, en los términos y con el alcance previsto en el punto 2 del presente apartado de estas condiciones, el asegurador se obliga a pagar un capital adicional al establecido en las condiciones particulares para la garantía de invalidez absoluta y permanente.

Esta garantía solamente podrá ser contratada conjuntamente con la anterior.

6. Enfermedades graves

En caso de que el asegurado sea diagnosticado de alguna de las enfermedades, o sufra alguna de las intervenciones cubiertas por esta garantía, el asegurador se obliga a pagar al beneficiario designado el capital establecido para esta cobertura en las condiciones particulares.

Una vez acaecido sobre la vida del asegurado el riesgo cubierto por la presente cobertura de enfermedades graves, quedarán extinguidas las restantes coberturas complementarias que hubieran podido ser contratadas, quedado únicamente vigente al cobertura básica de fallecimiento, pero con un capital minorado por el importe abonado por esta garantía.

Para todas las enfermedades graves garantizadas por esta cobertura se establece un plazo de carencia desde la fecha de efecto de la póliza, entendiéndose que si se produce el diagnóstico de cualquiera de estas enfermedades graves, dentro de ese plazo, no se atenderá la posible reclamación y se considerará sin efecto la cobertura. Una vez haya transcurrido el plazo de carencia sin que se diagnostique la enfermedad, la cobertura se extenderá hasta la fecha fijada para esta cobertura en las condiciones particulares de la póliza.

La prima correspondiente a esta cobertura no está garantizada a futuro, pudiendo ser modificada por el asegurador mediante comunicación expresa al tomador de la póliza con al menos dos meses de antelación a la fecha de la siguiente renovación. En caso de no aceptación por parte del tomador a las nuevas primas puede pedir la cancelación de la cobertura o de la póliza completa.

Enfermedades graves e intervenciones quirúrgicas cubiertas

Únicamente están cubiertas las siguientes enfermedades graves:

■ **Infarto de miocardio:** Es la muerte o necrosis de una parte del músculo cardíaco (miocardio) como resultado de una interrupción brusca del aporte sanguíneo al miocardio, que ocurra por primera vez. El diagnóstico debe estar basado en:

- Historia de dolor torácico típico.
- Nuevos cambios electrocardiográficos que confirmen el infarto.
- Elevación significativa de las enzimas cardíacas.

La angina está específicamente excluida.

Plazo de carencia, tres meses.

■ **Puente aortocoronario (by-pass), cirugía de las arterias coronarias:** Es la cirugía a corazón abierto que se realiza para la corrección de estenosis o bloqueo de una o más arterias coronarias con injertos arteriales o venosos. El diagnóstico debe estar efectuado por coronariografía y la indicación quirúrgica debe ser considerada médicamente necesaria por un cardiólogo.

La angioplastia y cualquier otra técnica intra-arterial así como las técnicas con láser están específicamente excluidas.

Plazo de carencia, seis meses.

■ **Accidente cerebrovascular (ACV):** Cualquier accidente cerebrovascular, con disfunción funcional significativa que produzca déficit funcional y anatómico claramente significativo y permanente.

El diagnóstico debe estar confirmado por nuevos cambios en TAC (tomografía axial computerizada) y/o RNM (resonancia magnética nuclear). Se incluyen en la cobertura de accidentes cerebrovasculares producidos por:

- Infarto de tejido cerebral.
- Hemorragia intracraneal.
- Embolia de la fuente extracraneal.

Se excluyen específicamente el accidente isquémico transitorio (AIT) y el accidente cerebrovascular como consecuencia de un traumatismo externo.

Plazo de carencia, seis meses.

■ **Cáncer:** Tumor maligno de crecimiento y desarrollo incontrolado, con invasión y destrucción del tejido normal. El cáncer debe estar diagnosticado y confirmado como maligno por análisis histológico. Se incluyen la leucemia, el linfoma maligno, la enfermedad de Hodgkin, enfermedades malignas de la médula ósea y el cáncer de pie metastásico.

NO QUEDAN CUBIERTOS:

- Cáncer in situ, el cáncer cervical y la displasia cervical CIN I, II y III y todas las situaciones de premalignidad o cánceres no invasivos.
- Cáncer de próstata temprano T1 incluyendo T1a y T1b, según la clasificación TNM.
- Melanomas de piel de menos de 1,5 mm. Breslow, o menos del nivel 3 de Clark.
- Lesiones autoinfligidas, intento de suicidio, embriaguez o uso de estupefacientes y tratamientos no prescritos médicamente.

Se excluyen asimismo todos los tumores en presencia de infección HIV y cualquier tipo de cáncer de piel a excepción de melanoma maligno, conforme a la definición previa.

Plazo de carencia tres meses.

■ **Transplante de órganos:** Cuando como consecuencia de diagnóstico médico sea necesario efectuar trasplante de corazón, corazón y pulmón, hígado, riñón, páncreas y médula ósea.

La inclusión en una lista oficial de espera para el trasplante de cualquier órgano mencionado anteriormente está también incluida en la cobertura. La garantía cubre únicamente al receptor y no al donante.

Plazo de carencia, seis meses, desde la fecha de efecto de la póliza hasta la aparición de insuficiencia de órgano o certificado de haber sido incluido en la lista de espera.

■ **Insuficiencia renal:** Es el fallo crónico irreversible de la función de ambos riñones, que exijan la realización periódica de diálisis peritoneal, hemodiálisis y/o la necesidad de trasplante renal.

Plazo de carencia, tres meses.

■ **Parálisis – paraplejía:** Es la pérdida total de función de dos o más miembros o extremidades, debida a lesión o enfermedad de la médula espinal o el cerebro, cuando esta pérdida funcional sea considerada permanentemente por un neurólogo. Están incluidas la pérdida de función de los miembros o extremidades clasificada como diplejía, hemiplejía, tetraplejía y cuadriplejía.

Plazo de carencia tres meses.

2

RIESGOS NO CUBIERTOS

El tomador conoce que la prima ha sido calculada tomando en consideración que han sido excluidos expresamente de cobertura por el asegurador los hechos o riesgos que a continuación se detallan:

2.1. Riesgos no cubiertos de aplicación a todas las garantías

Los siguientes riesgos se excluyen expresamente tanto de la cobertura básica de la póliza como, si estuvieran contratadas de las coberturas complementarias de la póliza.

- a. Durante el primer año de vigencia del contrato, el asegurador no cubre el riesgo de muerte por suicidio. Pasado dicho plazo se asume el mencionado riesgo. En caso de rehabilitación de la póliza, o si el tomador aumentase el capital asegurado para caso de fallecimiento, sea como cobertura básica o en una de sus variantes como cobertura complementaria, se seguirá el mismo criterio de forma que:
 - En caso de rehabilitación, el asegurador no cubrirá el riesgo de muerte por suicidio durante el primer año a partir de la rehabilitación.
 - En caso de aumento del capital asegurado, el asegurador no cubrirá el riesgo de muerte por suicidio, por la parte en que haya aumentado el capital asegurado, en el primer año a partir de dicho aumento.
- b. El riesgo de accidente aéreo será cubierto siempre que el asegurado realice los vuelos como simple pasajero en líneas comerciales regulares, vuelos "charter" 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 autorizado. No quedan cubiertos asimismo, los siniestros ocurridos como consecuencia de efectuar descensos en paracaídas, no exigidos por la situación del aparato, así como por vuelos o descensos en parapente, ala delta, ultraligeros o similares aparatos aeronáuticos.
- c. Los siniestros producidos como consecuencia directa o indirecta de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva, y los acaecidos en la navegación submarina o en viajes de exploración.
- d. En el supuesto de que el fallecimiento del asegurado sea causado intencionadamente por su único beneficiario, el asegurador quedará desligado de sus obligaciones respecto a dicho beneficiario, integrándose el capital asegurado en el patrimonio del tomador. Si existieran varios beneficiarios, los no intervinientes en el fallecimiento del asegurado conservarán su derecho.
- e. Los siniestros que tienen la consideración de extraordinarios y los acaecidos como consecuencia de guerras u operaciones de carácter similar o derivados de hechos de carácter político o social.

2.2. Riesgos no cubiertos de aplicación a las coberturas complementarias

No quedan cubiertos para las coberturas de fallecimiento por accidente, invalidez absoluta y permanente e invalidez absoluta y permanente por accidente descritas en los artículos 1.C.1., 1.C.3. y 1.C.4., los riesgos o hechos producidos a consecuencia de:

- a. Lesiones autoinflingidas, intento de suicidio, embriaguez o uso de estupefacientes y tratamientos no prescritos médicamente.
- b. La práctica o participación en competiciones hípcas, carreras de motos, carreras de automóviles, alpinismo, escalada, espeleología, inmersiones submarinas a profundidades superiores a 25 metros, ala delta, parapente, vuelo en ultraligeros u otro aparato aeronáutico similar, efectuar descenso en paracaídas no exigidos por la situación del aparato y cualquier otra clase de deporte o actividad que entrañe, por su especial peligrosidad, un riesgo para la integridad física del asegurado.

- c. Heridas o lesiones corporales causadas al asegurado por sí mismo, o por el beneficiario de la póliza.
- d. Enfermedades o accidentes contraídos a consecuencia del alcoholismo, del uso de estupefacientes o narcóticos y tratamientos no prescritos médicamente.
- e. Las consecuencias de un acto de imprudencia temeraria o negligencia grave del asegurado, declarado así judicialmente, así como los derivados de la participación activa de éste en actos delictivos, duelos o riñas, siempre que en este último caso no hubiere actuado en legítima defensa o en salvamento de personas o bienes.
- f. Accidentes causados por temblores de tierra, erupción volcánica, inundación y otros efectos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario.
- g. Las consecuencias de enfermedad o accidente originados con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro y que fueran conocidas y no declaradas por el asegurado en el cuestionario de salud.
- h. Los accidentes de circulación ocurridos al asegurado como conductor de motocicletas, ciclomotores o bicicletas a motor con cilindrada superior a 125 cc.
- i. En el caso de capital adicional por fallecimiento e invalidez absoluta y permanente por accidente, expresamente se excluye de la consideración de accidente, la invalidez o fallecimiento causados por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida o por enfermedad asociada.
- j. Los riesgos no cubiertos a todas las coberturas enumerados en el artículo 2.1.

No quedan cubiertos para las coberturas de fallecimiento por accidente de circulación e invalidez absoluta y permanente por accidente de circulación descritas en los artículos 1.C.2. y 1.C.5. los riesgos o hechos producidos a consecuencia de:

- a. Los accidentes causados por la participación del asegurado como concursante en carreras de todo tipo de automóviles, rallies, competiciones y apuestas, y también como conductor, si no es titular del permiso de conducir reglamentario correspondiente al vehículo.
- b. Los accidentes que pueda sufrir el asegurado en calidad de chofer profesional o de empleado que pertenezca al personal de explotación de medios de transporte terrestres, marítimos o aéreos.
- c. Los riesgos no cubiertos a todas las coberturas anteriormente enumerados en el artículo 2.1. y 2.2.

No quedan cubiertos para la cobertura de enfermedades graves descrita en los artículos 1.C.6.:

- a. Enfermedades graves que le hayan sido diagnosticadas por primera vez antes de la fecha de efecto del seguro, o bien haya motivado una primera intervención quirúrgica anterior a la fecha de efecto del seguro.
- b. Enfermedades graves que sean consecuencia o se hallen relacionadas con el síndrome de inmunodeficiencia humana o bien, con la presencia del virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH) constatado en un test de anticuerpos con resultado positivo.
- c. Cualquier enfermedad o intervención quirúrgica distinta de las expresamente descritas en este apartado 6.
- d. Lesiones autoinfligidas, intento de suicidio, embriaguez o uso de estupefacientes y tratamientos no prescritos médicamente.

1. Obligaciones en caso de siniestro, solicitud de prestación o vencimiento de la póliza

El tomador, el asegurado en su caso o el beneficiario, deberán comunicar al asegurador el acaecimiento del siniestro, dentro del plazo máximo de siete días contados a partir de la fecha en que fuese conocido. El tomador, el asegurado o, en su caso, el beneficiario, deberán entregar al asegurador la siguiente documentación original o en su caso como fotocopia compulsada:

Siniestros por fallecimiento

- Certificación literal de defunción.
- Certificado literal de nacimiento (fotocopia del D.N.I. del asegurado).
- Informe del médico que haya asistido al asegurado, en el que se detallarán origen, evolución y naturaleza de la enfermedad de la que derivó el fallecimiento, o, en su caso, copia íntegra de las diligencias judiciales o documentación que acredite el fallecimiento por accidente, así como informe de autopsia.
- Original de la póliza y último recibo pagado.
- Certificación del Registro General de Actos de Última Voluntad y, en su caso, copia del último testamento otorgado por el asegurado.
- Carta acreditativa de haber satisfecho los impuestos correspondientes, cuando así sea legalmente exigible, o justificante de sujeción o extinción, en especial referido al Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones.

Adicionalmente en caso de fallecimiento de ambos cónyuges en el mismo accidente con hijos menores, se deberá aportar:

- Certificado literal de defunción del cónyuge.
- Libro de familia.

Siniestros por invalidez

- Resolución del I.N.S.S. declarando la invalidez, su grado de minusvalía y fecha de efecto.
- Informes médicos que permitan conocer el origen, evolución y situación actual de las patologías que presenta.
- Fotocopia de su D.N.I.

Adicionalmente para el caso de invalidez por accidente o accidente de circulación.

- Copia íntegra de las diligencias judiciales o documentación que acredite el accidente.

Siniestros por enfermedades graves

- Informes médicos indicando antecedentes médicos conocidos, origen, evolución, naturaleza de la enfermedad grave y/o de la intervención quirúrgica en su caso.
- Fotocopia del D.N.I. del asegurado.

Además el tomador, el asegurado o, en su caso, el beneficiario, deberán entregar al asegurador toda clase de documentos e información que éste les solicite para la verificación de los hechos y circunstancias del siniestro o de la prestación.

2. Pago de las prestaciones

En caso de ocurrencia del riesgo previsto en la póliza, el asegurador pagará en su domicilio social al tomador del seguro o al beneficiario o beneficiarios designados, según proceda, la prestación contratada una vez tramitado el expediente correspondiente.

El asegurador, en el plazo máximo de cinco días desde que se complete la documentación requerida, deberá pagar o consignar la prestación contratada.

Si en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro, el asegurador no hubiera pagado o consignado el importe, por causa no justificada o que le fuera imputable, incurrirá en mora en los términos y con los efectos indicados en el artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro.

Los beneficiarios de la póliza de seguro, en caso de fallecimiento del asegurado, podrán solicitar un anticipo sobre el capital asegurado antes de que se complete toda la documentación requerida con los siguientes límites y únicamente en las siguientes circunstancias:

- Como primera ayuda para gastos de sepelio el asegurador podrá conceder un anticipo del 10% del capital de fallecimiento con un límite de 3.000 euros previa presentación del certificado literal de defunción.
- Una vez autorizado el pago del siniestro por parte del asegurador, éste podrá conceder un anticipo con un máximo de 3.000 euros, como ayuda para gastos de gestoría y de liquidación de impuestos.

3. Procedimiento pericial

En caso de discrepancia respecto a la calificación de un siniestro, sus causas, fecha de ocurrencia o cualquier otra circunstancia relevante, el asegurador y el asegurado o el tomador, podrán someterse a la decisión de peritos médicos, nombrados uno por cada parte, siendo necesaria la aceptación por escrito de los mismos.

Si una de las partes no hubiera hecho la designación, estará obligada a realizarla en los ocho días siguientes a la fecha en que sea requerida por la parte que hubiera designado el suyo. En caso de no hacer designación, se entenderá que acepta el dictamen que emita el perito designado por la otra parte, quedando vinculado por el mismo.

En el caso de que los peritos lleguen a un acuerdo, lo harán constar en acta conjunta, en la que se especificarán las causas del siniestro y demás circunstancias relevantes. Si no hay acuerdo, ambas partes designarán un tercer perito de conformidad y de no acreditar ésta, la designación se hará por juez de primera instancia del domicilio del asegurado, en acto de jurisdicción voluntaria y por los trámites previstos para la insaculación de peritos en la Ley de Enjuiciamiento Civil.

En este caso, el dictamen pericial se emitirá en el plazo señalado por las partes o, en su defecto, en el de treinta días a partir de la aceptación de su nombramiento por el perito tercero.

El dictamen de los peritos, por unanimidad o mayoría, se notificará a las partes de manera inmediata y en forma indubitada, siendo vinculante para éstas, salvo que sea impugnado por alguna de las partes, dentro del plazo de un mes para el asegurador, y ciento ochenta días para el asegurado, computándose ambos desde la fecha de la notificación. Si en dichos plazos no se realizase la impugnación, el dictamen pericial devendrá firme e inatacable.

En el supuesto de demora del asegurador en el pago de la prestación asegurada devenida firme e inatacable, el asegurado o los beneficiarios se vieran obligados a su reclamación judicial, la prestación se verá incrementada conforme a lo dispuesto en el artículo 20 de la Ley de Contrato del Seguro.

Cada parte satisfará los honorarios de su perito. Los honorarios del tercer perito, en su caso, y los demás gastos que se ocasionen serán de cuenta y cargo por mitad del asegurado y asegurador. No obstante, si cualquiera de las partes hubiera hecho necesaria la peritación por haber mantenido una valoración del siniestro desproporcionada, será ella la única responsable de dichos gastos.

4. Prescripción

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

1. Bases fundamentales del contrato

Las declaraciones efectuadas por el tomador y el asegurado contenidas en la solicitud y en el cuestionario de salud y hábitos presentado por el asegurador, incluyendo, en su caso, las declaraciones al médico reconecedor, son datos esenciales para la apreciación del riesgo y constituyen base fundamental de la póliza.

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

2. Declaración de circunstancias que influyen en el riesgo

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

En caso de reserva o inexactitud, el asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al tomador, en el plazo de un mes a contar desde el conocimiento de la reserva o inexactitud. Corresponderán al asegurador las primas correspondientes al periodo en curso en el momento en que se haga esta declaración, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte.

Si el siniestro sobreviniera antes de que el asegurador hubiera hecho la declaración a que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste se reducirá en la misma proporción existente entre la prima convenida en la póliza y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Cuando la reserva o inexactitud se hubiera producido mediando dolo o culpa grave del tomador y/o asegurado, el asegurador quedará liberado del pago de la prestación.

3. Indisputabilidad y error en la edad

El asegurador, en caso de reticencia e inexactitud en las declaraciones del tomador y/o asegurado, no podrá impugnar el contrato una vez transcurrido el plazo de un año, a contar desde la fecha de su conclusión, salvo que el tomador y/o asegurado hayan actuado con dolo o en el supuesto de indicación inexacta de la edad del asegurado si la verdadera edad de éste, en el momento de la entrada en vigor del contrato, excede de los límites de admisión establecidos por aquél.

En otro caso, si como consecuencia de una declaración inexacta de la edad, la prima pagada es inferior a la que 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 está obligado a restituir el exceso de las primas percibidas sin intereses.

4. Nulidad

La póliza será nula, salvo en los casos previstos en la ley, si en el momento de su conclusión no existía el riesgo o había ocurrido el siniestro.

En caso de nulidad de la póliza, el asegurador podrá resarcirse de todos los gastos en que haya incurrido con motivo de la emisión de la póliza.

5

EFFECTO, DURACIÓN Y EXTINCIÓN DE LA PÓLIZA

1. Perfección y toma de efecto de la póliza

El contrato se perfecciona por el consentimiento manifestado por las partes contratantes mediante la suscripción de la póliza. **No obstante, las coberturas contratadas no tomarán efecto, mientras no haya sido satisfecho el primer recibo de prima.**

Las modificaciones o adiciones, en su caso, tomarán efecto conforme a lo estipulado en el suplemento o apéndice correspondiente.

Las obligaciones del asegurador comenzarán a las veinticuatro horas del día en que hayan sido cumplimentados ambos requisitos anteriores.

Si la duración del contrato fuera superior a seis meses, el tomador del seguro tendrá la facultad de resolver el mismo 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 un documento de cobertura provisional.

Esta facultad unilateral de resolución del contrato deberá ejercitarse por escrito expedido por el tomador en el plazo anteriormente indicado y producirá sus efectos desde el día de su expedición.

A partir de esa 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 hubiera tenido vigencia.

2. Duración de la póliza y causas genéricas de extinción

El plazo de duración de la póliza es el que se indica en las condiciones particulares.

La póliza se extingue:

- Al cumplirse el plazo de duración previsto en la misma.
- Por acaecimiento de alguno de los riesgos cubiertos, tal y como se establece en el artículo 1 de estas condiciones generales.
- Por impago de las primas debidas y vencidas.
- En el caso de las coberturas complementarias de la póliza al finalizar la anualidad del seguro, dentro de la cual el asegurado cumpla la edad de sesenta y cinco años.

1. Comunicación en caso de agravación del riesgo

El tomador o el asegurado deberán comunicar al asegurador, todas las circunstancias ajenas al estado de salud que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

El asegurador puede, en el plazo de dos meses a contar del día en que la agravación le ha sido declarada, proponer una modificación del contrato. En tal caso, el tomador dispone de quince días a contar desde la recepción de la 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, dándole para que conteste un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho días siguientes comunicará al tomador la rescisión definitiva.

El asegurador igualmente podrá rescindir el contrato comunicándolo por escrito al asegurado dentro de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo.

En el caso de que sobreviniere el siniestro antes de haberse realizado la declaración de la agravación del riesgo, el asegurador queda liberado de su prestación si el tomador del seguro o el asegurado han actuado con mala fe. Si no media mala fe, 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.

2. Comunicación en caso de disminución del riesgo

El tomador del seguro y, en su caso, el asegurado y beneficiario podrán, 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.

En tal caso, al finalizar el periodo 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.

1. Pago de la prima

El tomador está obligado al pago de las primas que se establezcan en las condiciones particulares.

La primera prima será exigible en el momento de la firma del contrato. Las sucesivas primas se deberán hacer efectivas en los correspondientes vencimientos. La fecha de vencimiento del recibo de prima será el establecido en las condiciones particulares.

Si en las condiciones particulares no se determina ningún lugar para el pago de la prima, se entenderá que éste ha de hacerse en el domicilio del tomador del seguro.

Si se ha acordado la domiciliación bancaria de los recibos de prima, se aplicarán las siguientes normas:

- El tomador entregará al asegurador carta dirigida al establecimiento bancario o caja de ahorros, dando la orden oportuna al efecto.
- La prima se entenderá satisfecha a su vencimiento salvo que, intentado el cobro dentro del plazo de un mes a partir de dicha fecha, el pago no llegase a efectuarse porque no existiesen fondos suficientes en la cuenta del obligado al pago o por cualquier otra causa. En este caso deberá satisfacerse la prima impagada en el domicilio social del asegurador.

En las condiciones particulares se expresa si el tomador contrata una prima constante para toda la duración de la póliza, o si la prima se revaloriza. En este último supuesto, en cada aniversario de la póliza la prima se revalorizará en el porcentaje fijado en las condiciones particulares, pudiendo elegir el tomador entre una revalorización acumulativa o lineal.

En el primer caso el porcentaje se aplicará sobre el importe anual de prima vigente inmediatamente antes de dicho aniversario. En el segundo caso, el porcentaje se aplicará sobre el importe anual de la primera prima de la póliza.

En las condiciones particulares de la póliza se indica si la prima es de la modalidad pago único o, caso contrario, cuál será la periodicidad del pago de las primas y las fechas en que vencen. El tomador podrá solicitar después el cambio en la periodicidad de pago de la prima estipulada en las condiciones particulares a una de las modalidades que el asegurador tenga disponibles. La fecha de efecto de este cambio será la que se acuerde en el Suplemento o apéndice correspondiente. Cuando existan valores garantizados, el cambio de periodicidad estará supeditado a que el tomador acepte las modificaciones en dichos valores garantizados que de dicho cambio pudieran derivarse.

2. Falta de pago y suspensión de la cobertura

Si por culpa del tomador la primera prima no ha sido pagada, el asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago por vía ejecutiva con base en la póliza.

Si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el asegurador quedará liberado de su obligación.

En caso de falta de pago de una de las primas siguientes, la cobertura del asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento.

Si el asegurador 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, el asegurador, cuando el contrato esta en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del periodo en curso.

Si el contrato no hubiese sido resuelto o extinguido conforme a los párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el tomador del seguro o el asegurado pague la prima.

3. Impuestos y recargos

Los impuestos y recargos legalmente repercutibles que se deban pagar por razón de esta póliza, tanto en el presente como en el futuro, correrán a cargo del tomador o beneficiario.

1. Designación y cambio de beneficiarios

Durante la vigencia del contrato, el tomador puede designar beneficiario y puede también modificar la designación anteriormente señalada sin necesidad del consentimiento del asegurador, salvo que haya renunciado expresamente y por escrito a esta facultad.

La designación de beneficiario o la revocación de éste se podrá hacer constar en las condiciones particulares o en una posterior declaración escrita al asegurador o bien en testamento.

Si los beneficiarios no están designados por su nombre, sino de forma genérica como cónyuge, hijos o herederos, dicha designación será interpretada de la siguiente manera:

- **Cónyuge:** Persona que lo sea en el momento del fallecimiento del asegurado.
- **Hijos:** Todos los descendientes con derecho a herencia.
- **Herederos:** Los que tengan tal condición en el momento de fallecer el asegurado.

En los tres supuestos deberá hacerse constar si el cónyuge, hijos o herederos lo son del tomador, del asegurado o de otra persona. En el caso de que no se haya especificado se entenderá que lo son del tomador.

Si la designación se hace a favor de varios beneficiarios y no se indica la forma de distribución, la prestación convenida se distribuirá entre ellos por partes iguales; si la designación se hace a favor de los herederos y no se indica la forma de distribución, ésta se hará en proporción a la cuota hereditaria.

La parte no adquirida por un beneficiario acrecerá a los demás.

Si en el momento de fallecer el asegurado no hubiera beneficiario designado, ni reglas para su determinación, el capital asegurado pasará a formar parte del patrimonio del tomador.

2. Cesión y pignoración de la póliza

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.

1. Comunicaciones entre el tomador y el asegurador

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

El tomador del seguro debe comunicar al asegurador, mediante cualquier medio que deje constancia, los cambios de domicilio personal y los de domiciliación del pago de los recibos de la póliza.

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

Las comunicaciones hechas por un corredor de seguros al asegurador en nombre del tomador del seguro 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 de seguro en vigor.

Todo cambio solicitado por el tomador será recogido en un suplemento que le será facilitado para acreditar el cambio.

2. Extravío o destrucción de la póliza

En caso de extravío, robo o destrucción de la póliza, el tomador lo comunicará por carta certificada al asegurador, el cual expedirá una copia o duplicado de la misma.

10

CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN

POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS DE LAS PÉRDIDAS DERIVADAS DE ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS.

CLÁUSULA DAÑOS A LAS 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, y modificado por la Ley 12/2006, de 16 de mayo, 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, y que afecten a riesgos en ella situados, y también los acaecidos 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, aún 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 (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.

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.conorseguros.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**.

LIBERTY



Liberty
Seguros

libertyseguros.es