

Seguro de Grupo Hospitalización por Accidente

Número de Póliza: ESBOP227890

CHUBB®

INXUR

Condiciones Particulares

El presente contrato está compuesto por las Condiciones Particulares y las Condiciones Generales, sus anexos y suplementos, y cualquier otro documento adjunto al mismo.

Las presentes Condiciones Particulares prevalecen, en caso de contradicción o duda, sobre lo dispuesto en las Condiciones Generales de la Póliza.

Objeto del Seguro

El objeto del seguro es el pago de las indemnizaciones garantizadas por la póliza, cuando el Asegurado sufra un accidente corporal por el que tenga que ser hospitalizado.

Grupo Asegurable

Podrá ser Asegurado de la presente póliza cualquier cliente del Tomador del Seguro, residente en España, cuya edad se encuentre comprendida entre los 18 y 65 años de edad en el momento de suscribir la póliza.

Asegurados

Cientes del Tomador del Seguro que cumplan los requisitos del Grupo Asegurable, que voluntariamente compren el seguro de Hospitalización a través de la web de éste.

El seguro debe estar contratado por una persona física, en ningún caso quedarán cubiertos los usuarios de vehículos de empresa, alquilados o destinados a otro fin que no sea particular.

Límite de Edad

La cobertura de la Póliza finalizará al término de la anualidad en que el Asegurado cumpla los sesenta y cinco (65) años de edad.

Beneficiarios del Seguro

El Beneficiario de las coberturas de la póliza será el propio Asegurado.

Extensión de la Cobertura

Cobertura 24 horas, ámbito mundial.

Garantías Cubiertas

Cuando el Asegurado tenga que ser ingresado en un Hospital como consecuencia de un Accidente cubierto por la póliza, la Aseguradora abonará la indemnización correspondiente a la opción contratada por el Asegurado.

Se hace constar que las indemnizaciones serán abonadas en España y en Euros y serán de aplicación las siguientes condiciones:

1. Si el Accidente es de Circulación: La indemnización será abonada desde el primer día, mientras se encuentre hospitalizado como paciente interno hasta un máximo de 30 días a contar desde el primer día de la hospitalización.
2. Si el accidente es diferente a un accidente de circulación: La indemnización la percibirá el Asegurado desde el 8º o 15º día de la hospitalización, **según la opción de franquicia elegida (7 o 14 días)**, hasta un máximo de 30 días, contando en todo caso desde el primer día de la citada hospitalización.

En cualquier caso el límite anual de hospitalización, por la misma causa o causa conexas, durante la anualidad es de 30 días.

Sumas Aseguradas

Indemnización diaria por hospitalización debida a un accidente:

Opción 1)	100.00 Euros
Opción 2)	200.00 Euros

Franquicia

Accidente de Circulación	Sin franquicia
Accidente diferente a Circulación:	
Opción A)	7 días
Opción B)	14 días

Fecha de Siniestro

A los efectos de la cobertura de la póliza, se considerará como fecha de siniestro:

La fecha de ocurrencia del accidente, por lo que no serán indemnizables las consecuencias de accidentes ocurridos con anterioridad al efecto de la póliza.

Documentación a Aportar en Caso de Siniestro

En caso de siniestro se presentarán los siguientes documentos para el cobro de las indemnizaciones:

- Solicitud con todos los datos precisos para identificar al Asegurado reclamante.
- Informe médico detallando circunstancias del Accidente.
- Fechas de Ingreso y Alta hospitalaria
- Copia del Documento Nacional de Identidad del Asegurado
- Los datos bancarios, cuenta corriente veinte dígitos, del asegurado hospitalizado

Condiciones Generales

Información Previa

Toda la información indicada en la presente cláusula ha sido comunicada al Tomador del Seguro/Asegurado con anterioridad a la celebración del contrato de seguro:

1. Que el presente contrato de seguro se celebra en régimen de derecho de establecimiento con la Sucursal en España de la entidad aseguradora británica ACE European Group Limited, con domicilio en Chubb Building, 100 Leadenhall Street, Londres, Reino Unido.
2. Que ACE European Group Limited, Sucursal en España se encuentra debidamente inscrita en el Registro Administrativo de las Entidades aseguradoras de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones bajo la clave EO155 y tiene su domicilio en Paseo de la Castellana 141, planta 6, 28046 Madrid.
3. Que, sin perjuicio de las facultades de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (DGSFP), el Estado miembro a quien corresponde el control de la Entidad Aseguradora es el Reino Unido y, dentro de dicho Estado, la Autoridad a quien corresponde dicho control es la Financial Conduct Authority (FCA), con domicilio en 25 The North Colonnade, Canary Wharf, Londres E14 5HS y la Prudential Regulation Authority (PRA), con domicilio en 20 Moorgate, Londres EC2R 6DA.
4. Que la legislación aplicable al presente contrato de seguro será la Ley de 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro; la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y cualquier normativa desarrollo.
5. Que la liquidación de ACE European Group Limited, Sucursal En España no está sujeta a la legislación española sino a la británica y la autoridad competente para el caso de liquidación de la entidad en Reino Unido es la “Financial Services Compensation Scheme”, que a su vez actúa como fondo de garantía. El informe sobre situación financiera y de solvencia se encuentra a su disposición en la página web de la entidad aseguradora.
6. Que en caso de queja o reclamación podrá dirigirse en primera instancia al **Departamento de Reclamaciones** de ACE European Group Limited, Sucursal en España, y en caso de disconformidad, al Defensor del asegurado, LEGSE Abogados, en el correo electrónico defensordelasegurado@legse.com. En caso de no estar de acuerdo con la resolución o no ser atendido en 2 meses desde que hizo su reclamación podrá dirigirse al Servicio de Reclamaciones de la DGSFP.
7. Que el contrato queda sometido a la jurisdicción española y dentro de ella, a los tribunales que correspondan al domicilio del Asegurado.

Ley Aplicable

La presente Póliza queda sometida a la jurisdicción española y se rige por la Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro, por la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y por el Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.

Sanciones Comerciales

ACE European Group Limited, Sucursal en España (“La Aseguradora”) no podrá ser considerada responsable de proporcionar cobertura ni de pagar siniestro alguno ni de otorgar prestación o beneficio alguno bajo la presente póliza en la medida en que dicha cobertura, pago de siniestro u otorgamiento de dicho beneficio o prestación exponga a La Aseguradora **o a su sociedad matriz Chubb Limited** a cualquier sanción, prohibición o restricción aplicable conforme a las resoluciones emitidas por Naciones Unidas o a aquellas sanciones que, en materia comercial o económica, pudieran ser impuestas por la normativa y legislación de la Unión Europea, el Reino Unido, la legislación nacional o de los Estados Unidos de América.

Procedimiento para la Presentación de Quejas y Reclamaciones

Los procedimientos internos y externos para la presentación de quejas y reclamaciones serán las siguientes:

- a) Procedimientos internos

En el supuesto de que usted quiera presentar una queja relacionada con sus intereses y derechos legalmente reconocidos, podrá dirigirla, por escrito, a

Departamento de Reclamaciones
Paseo de la Castellana 141, planta 6
28046 Madrid
Correo electrónico: reclamaciones.es@chubb.com
Fax: + 34 91 837 67 76

El Reglamento de Funcionamiento del Departamento de Reclamaciones se encuentra disponible para ser consultado por parte de los clientes en las oficinas de "Ace European Group Limited, Sucursal en España".

En caso de que usted no esté de acuerdo con el contenido de la resolución dictada por el Departamento de Reclamaciones, podrá realizar su segunda reclamación a:

Defensor del Asegurado:
LEGSE Abogados
Correo electrónico: defensordelasegurado@legse.com
Fax + 34 915 76 08 73

El Departamento de Reclamaciones o, en su caso, el Defensor del Asegurado, dispondrán de un plazo de 2 meses para atender su queja o reclamación.

b) Procedimientos externos

En caso de haber sido desestimada su anterior queja o reclamación o haber transcurrido dos (2) meses desde su presentación ante el Departamento de Reclamaciones o al Defensor del Asegurado sin que haya sido resuelta, usted podrá dirigirse a la Dirección General de Seguros (Servicio de Reclamaciones). Para la admisión y tramitación de reclamaciones o quejas ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros será imprescindible que usted acredite haberlas formulado previamente al Departamento de Reclamaciones de la Compañía o en su caso, al Defensor del Asegurado o haber transcurrido el plazo de dos (2) meses anteriormente mencionado.

En caso de disputa, podrá usted reclamar, en virtud del Artículo 24 de la Ley del Contrato de Seguro, ante el Juzgado de Primera Instancia correspondiente a su domicilio.

Asimismo, podrá someter voluntariamente sus divergencias a decisión arbitral en los términos previstos en los artículos 57 y 58 del Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias, así como sus normas de desarrollo; sin perjuicio de lo establecido en la Ley de Arbitraje, para el caso de que las partes sometan sus diferencias a decisión de uno o varios árbitros. Igualmente, podrán someter sus divergencias a un mediador en los términos previstos en la Ley 5/2012, de 6 de julio, de mediación en asuntos civiles y mercantiles.

Protección de datos

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal ("LOPD") y su normativa de desarrollo ACE European Group Limited, Sucursal en España ("La Aseguradora"), con domicilio en el Paseo de la Castellana 141, planta 6, 28046 de Madrid como responsable del tratamiento, le informa de que los datos personales, incluyendo su nombre, apellidos, DNI, dirección, teléfono y cualesquiera otros, que usted nos facilite directamente o a través de su mediador, serán incorporados a un fichero del cual es responsable La Aseguradora con la finalidad de gestionar su póliza de seguro, realizar prospección de calidad de los productos contratados, prevenir e investigar el fraude así como valorar y delimitar el riesgo y la solvencia, incluyendo la consulta y cruce de los datos personales con ficheros comunes y ficheros de solvencia patrimonial y crédito, incluso aunque no se formalice el contrato de seguro.

Igualmente, y salvo que usted indique lo contrario marcando la casilla que se muestra al efecto al final de la presente cláusula, le informamos de que LA ASEGURADORA tratará sus datos con la finalidad de informarle sobre sus actividades y productos presentes y futuros incluso por medios electrónicos, así como llevar a cabo estudios de marketing, , con el objeto de adecuar nuestras ofertas comerciales a su perfil particular y de realizar, en su caso, modelos valorativos ("Finalidades Accesorias").

En caso de que usted consienta el tratamiento de sus datos para Finalidades Accesorias, sus datos personales podrán ser tratados, incluso cancelada la póliza, hasta que usted revoque su consentimiento.

Asimismo, de conformidad con lo establecido en el artículo 99.7 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras ("LOSSEAR"), La Aseguradora le informa de que las entidades aseguradoras podrán establecer ficheros comunes que contengan datos de carácter personal para la liquidación de siniestros y la

colaboración estadístico actuarial con la finalidad de permitir la tarificación y selección de riesgos y la elaboración de estudios de técnica aseguradora, así como, en su caso, prevenir el fraude en el seguro. En consecuencia, mediante la contratación de la presente póliza queda informado y otorga su consentimiento para que sus datos personales, incluyendo, en caso de ser necesario, sus datos de salud, puedan ser comunicados a los citados ficheros comunes.

Usted conoce y acepta que La Aseguradora pueda poner sus datos a disposición de otras compañías del Grupo Chubb y proveedores que podrán estar localizados dentro del Espacio Económico Europeo o, eventualmente, fuera del mismo, incluyendo países que pueden no ofrecer un nivel de protección equivalente al que otorga la normativa comunitaria, para las anteriores finalidades. Usted podrá encontrar un listado de dichas compañías del grupo Chubb en la página web de La Aseguradora. Por favor, revísela con regularidad.

Asimismo, en los casos en los que proceda según el tipo de seguro contratado, se le informa de que sus datos podrán ser cedidos a otras entidades aseguradoras o reaseguradoras por razones de reaseguro o coaseguro y centros sanitarios. Mediante la contratación de esta póliza, usted otorga su consentimiento expreso para la cesión de sus datos personales a los centros sanitarios que gestionen los servicios de asistencia contratados en virtud de la presente póliza, quedando limitada dicha cesión a aquellos datos que resulten estrictamente necesarios, adecuados y pertinentes para la prueba y facturación del gasto sanitario por parte de La Aseguradora.

Del mismo modo, al amparo de lo dispuesto por el artículo 99.2 LOSSEAR, La Aseguradora podrá tratar los datos relacionados con su salud que, en su caso, le sean comunicados por los citados centros sanitarios en los siguientes supuestos: (i) para la determinación de la asistencia sanitaria que hubiera debido facilitarse al asegurado, así como la indemnización que en su caso procediera, cuando las mismas hayan de ser satisfechas por La Aseguradora y; (ii) para el adecuado abono a los prestadores sanitarios o el reintegro al asegurado o sus beneficiarios de los gastos de asistencia sanitaria que se hubieran llevado a cabo en el ámbito de la presente póliza. En todo caso, el tratamiento de los datos antes indicados se limitará a aquellos que resulten imprescindibles para el abono de la indemnización o la prestación derivada de la presente póliza.

Igualmente, usted conoce y acepta que La Aseguradora podrá poner sus datos personales a disposición de las autoridades competentes (incluyendo autoridades fiscales), entidades financieras o, en su caso, de terceros en el marco de operaciones de reestructuración societaria, que estarán localizados en el Espacio Económico Europeo o fuera del mismo, incluyendo países que pueden no ofrecer un nivel de protección de datos equivalente.

Igualmente, sus datos personales podrán ser cedidos en caso de impago, a entidades gestoras de ficheros comunes de solvencia patrimonial y crédito en los términos previstos por la ley.

En caso de que en la póliza se incluyan datos de carácter personal referentes a personas distintas del tomador del seguro, usted confirma mediante la contratación de la presente póliza, que ha notificado a estas personas que ha comunicado sus datos personales a La Aseguradora y que ellos otorgan su consentimiento para el tratamiento, cesión y transferencia internacional (cuando sea necesaria) de sus datos conforme a lo establecido en la presente cláusula, excepto para las Finalidades Accesorias, siendo usted responsable de la citada notificación y obtención de consentimiento.

Le informamos de que usted podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición, de conformidad con los procedimientos legalmente previstos, mediante escrito dirigido a la dirección arriba indicada al que deberá adjuntar en su envío una copia de su Documento Nacional de Identidad o documento oficial equivalente o mediante correo electrónico a la dirección clientes.es@Chubb.com

La Aseguradora se compromete al cumplimiento de su obligación de secreto de los datos de carácter personal y de su deber de guardarlos y adoptará las medidas necesarias para evitar su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado, habida cuenta en todo momento del estado de la tecnología.

Al marcar esta casilla , RECHAZO mi consentimiento para el tratamiento de mis datos para las Finalidades Accesorias, incluyendo las cesiones y transferencias internacionales para tales Finalidades Accesorias.

Definiciones

A efectos de la póliza se entiende por:

Accidente: Lesión corporal que deriva directamente de un hecho fortuito, súbito, externo, violento y ajeno a la intencionalidad del Asegurado, que produzca Fallecimiento, Incapacidad Permanente o cualquier otra situación garantizada por la póliza.

A los efectos de la presente póliza tendrán la consideración de Accidente:

- Las descargas eléctricas y el rayo.

- Los envenenamientos, asfixias, quemaduras o lesiones producidas por aspiración involuntaria de gases o vapores, inmersión o sumersión o por ingestión de materias líquidas, sólidas, tóxicas o corrosivas.
- Las infecciones, cuando el agente patógeno haya penetrado en el cuerpo por una lesión producida por un accidente cubierto por la póliza, siempre y cuando se pueda demostrar fehacientemente la relación causa-efecto.
- Igualmente quedan cubiertos los atentados que no sean cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros
- Cobertura de Vuelo, quedan cubiertos los accidentes que el Asegurado pueda sufrir al viajar como pasajero de una Empresa de transporte aéreo, debidamente autorizada siempre que la aeronave sea pilotada por personal con licencia de piloto vigente y en regla y (I) que la aeronave se encuentre en vuelo regular o “chárter” entre aeropuertos acondicionados para tráfico de pasajeros, o (II) que la aeronave se encuentre estacionada en las pistas de aterrizaje o despegue de los citados aeropuertos, o (III) que la aeronave se encuentre realizando en los mismos cualquier tipo de maniobra.

Accidente de Circulación: Accidente ocurrido al Asegurado cuando éste se encuentre:

- Como pasajero en transporte público y subiendo o bajando del mismo.
- Como conductor o pasajero de un transporte privado.
- Como peatón.

Asegurado: Persona física sobre la que se establece el Seguro.

Anualidad del Seguro: Período anual contado desde cada renovación de la Póliza. La primera anualidad se contará desde la fecha de efecto inicial.

Beneficiarios: Es la persona o personas, físicas o jurídicas, que ostentan el derecho a percibir las prestaciones aseguradas en el momento de producirse la contingencia prevista en la Póliza.

Entidad Aseguradora/La Aseguradora: ACE European Group Limited, Sucursal en España actuando como Entidad Aseguradora, (en adelante, la Aseguradora).

Garantías Cubiertas: Los eventos cuyo riesgo es objeto de cobertura, detallados en las condiciones de la póliza.

Grupo Asegurable: Conjunto de personas físicas que poseen alguna característica común extraña al propósito de asegurarse y que cumplan cada una de las condiciones para poder ser Asegurados.

Grupo Asegurado: Conjunto de Asegurados incluidos en el Seguro.

Hospital: Institución legalmente autorizada para el tratamiento médico de enfermedades o lesiones corporales, proporcionando de forma continuada asistencia médica y de enfermeras 24 horas al día para el cuidado de enfermos o lesionados. **No tendrán consideración de Hospitales a los efectos de esta garantía, las casas de reposo, hoteles, asilos, casas para convalecientes, psiquiátricos o instituciones dedicadas al internamiento o tratamiento de toxicómanos o alcohólicos.**

Hospitalización: Se considera que un Asegurado está hospitalizado cuando figura como paciente en un Hospital, tal y como se ha definido en el apartado anterior, **durante un período superior a 24 horas**

Médico: Persona física autorizada legalmente para ejercer la medicina en virtud de un título reconocido, todo ello conforme a la legislación vigente en el país en que la ejerza.

Peatón: Persona física que, sin ser conductor, transita a pie por las vías o terrenos de uso público o privado, que sean utilizados por una colectividad indeterminada de usuarios.

A efectos de la presente garantía, el accidente sufrido por el Asegurado cuando es peatón, deberá haber sido causado por un vehículo.

Prima: Es el precio total del Seguro.

Póliza: Es el documento que contiene las bases reguladoras del Seguro, formando parte de ella, las Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Suplementos y Anexos.

Transporte Privado: Se hace expresamente constar que a efectos de la cobertura se entiende por medio de transporte privado, cualquier ciclomotor, motocicleta o automóvil turismo privado o de alquiler de hasta un máximo de nueve plazas.

No se considera Transporte Privado cualquier vehículo de uso público, destinado al transporte de viajeros y/o mercancías.

Transporte Público: Cualquier vehículo de transporte por aire, tierra o agua, con la debida licencia para el transporte de pasajeros, con publicación de tarifas de precios para usuarios, horarios de salida y llegada, así como puntos de origen y destino predeterminados; y previo pago de un billete.

Se hace expresamente constar que queda incluido el taxi, así como un automóvil de alquiler con conductor.

Siniestro: Suceso que pueda dar origen al percibo de las indemnizaciones. Constituyen un solo y mismo siniestro el conjunto de daños y/o perjuicios derivados de una misma causa.

Suma Asegurada: Importe de la indemnización a pagar por la Aseguradora en caso de siniestro. Dicho importe figura en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Tomador: Es la persona física o jurídica que, junto con la Entidad Aseguradora, suscribe este Contrato, y al que corresponden las obligaciones que del mismo se deriven, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por los Asegurados y/o Beneficiarios.

Extensión de la Cobertura

La extensión de la cobertura será la indicada expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza.

Personas no Asegurables

8. Las personas paráliticas, sordas, alcohólicos y/o toxicómanos, epilépticos, con enajenación mental o diabéticos. De producirse alguna de estas circunstancias durante la vigencia de la Póliza, el Tomador del Seguro o el Asegurado deberán comunicarlo a la Aseguradora tan pronto como les sea posible.
9. Los menores de 14 años podrán estar asegurados para Gastos de Sepelio. Sin embargo, y por prescripción legal, no estarán asegurados para riesgo de Muerte.

Entrada en vigor del Seguro

El seguro entra en vigor en la fecha de efecto indicada en el presente certificado, siempre que la prima haya sido pagada.

Duración del Contrato

La duración del contrato es la establecida en el presente certificado.

La garantía terminará al final de la anualidad en la que el Asegurado cumpla la edad de SESENTA Y CINCO (65 AÑOS).

Riesgos Excluidos

Quedan excluidos de la Póliza los siguientes supuestos:

1. Accidentes anteriores a la Póliza y las consecuencias derivadas de los mismos.
2. Cualquier Accidente o Enfermedad que sea provocado intencionadamente por el Asegurado, suicidio o cualquier lesión autoinfligida.
3. El infarto de miocardio aun cuando sea dictaminado como accidente laboral.
4. Accidentes o Enfermedades provocados por tratamientos que no hayan sido prescritos por un médico.
5. La participación activa del Asegurado en delitos o la resistencia de éste a ser detenido. Cualquier imprudencia o negligencia grave del Asegurado que sea notoriamente peligrosa.
6. Como profesional cualquier práctica de deporte, y salvo pacto expreso, como aficionado, esquí de montaña y/o náutico, escalada, boxeo, submarinismo, polo, concursos hípicas, caza mayor y cualquier deporte que implique riesgo aéreo.
7. Guerra declarada o no, conmociones civiles, rebeliones, secuestro, ley marcial o cuarentena y su proclamación.
8. Terremotos, inundaciones, erupciones volcánicas o huracanes.
9. Radiaciones o efectos de la energía nuclear.
10. Cualquier accidente que se produzca estando el asegurado bajo la influencia de bebidas alcohólicas, drogas, estupefacientes, psicotrópicos, estimulantes y otras sustancias análogas. Para la determinación de dicha influencia, independientemente del tipo de accidente de que se trate, se estará a los límites fijados por la legislación aplicable en materia de circulación de vehículos a motor y seguridad vial al momento de su ocurrencia.
11. Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o cualquier otra forma de virus del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).
12. Hernias, cualquier que sea su naturaleza.
13. Cualquier enfermedad aun cuando sea dictaminada como accidente o accidente laboral

Las exclusiones de los apartados 8 y 9 se entienden sin perjuicio de la cobertura otorgada por el Consorcio de Compensación de Seguros referido en el correspondiente Artículo de las Condiciones Generales de la Póliza.

El Tomador del Seguro y los Asegurados aceptan expresamente que quedan excluidos de las coberturas del presente contrato, todos aquellos Asegurados que se encuentren en el momento de la formalización de la póliza en situación de incapacidad laboral transitoria como consecuencia de un accidente y en general, las consecuencias de todos aquellos accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de efecto del contrato.

El Tomador del Seguro y los Asegurados aceptan expresamente que quedan excluidas de la cobertura de la póliza, las lesiones o muerte derivadas de infarto, derrame cerebral, síncope, embolias, hemorragias u otras enfermedades similares.

Obligaciones del Tomador del Seguro

Declaración del Riesgo

El Tomador del Seguro o el Asegurado deberán declarar con exactitud todos los aspectos de los que tenga conocimiento y que pudieran permitir que la Aseguradora valore los riesgos que se están cubriendo, y que se especifican en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Alteraciones del Riesgo

14. El Tomador del Seguro o el Asegurado deberán durante el curso del contrato comunicar a la Aseguradora, tan pronto como les sea posible, todas las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por aquélla en el momento de la perfección del contrato no lo habría realizado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

La Aseguradora, en el plazo máximo de dos meses en que la agravación le haya sido comunicada, puede proponer una modificación del contrato, disponiendo el Tomador de quince días, desde la recepción, para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo, o de silencio, la Aseguradora 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.

La Aseguradora también podrá rescindir el Contrato comunicándolo por escrito al Asegurado dentro de un mes a contar desde el momento en que tuvo conocimiento de tal agravación. En el caso que el Tomador o Asegurado no hubiesen comunicado tal agravación y sobreviniese un siniestro, la Aseguradora quedará liberada si estos hubiesen actuado con mala fe. En otro caso, la prestación de la Aseguradora se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.
15. Caso de disminución del riesgo durante la vigencia del contrato, el Tomador o Asegurado podrán poner en conocimiento de la Aseguradora tales circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de la tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por ésta en el momento de la perfección del contrato lo habría concluido en condiciones más favorables.

En tal caso, al finalizar el período en curso cubierto por la prima, deberá reducirse el importe de la prima futura en la proporción correspondiente, teniendo derecho el Tomador en caso contrario a la resolución del contrato y a la devolución de la diferencia entre la prima satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar, desde el momento de la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.
16. El Tomador o Asegurado deberán comunicar a la Aseguradora, tan pronto como sea posible, el cambio, aunque sea temporal, de la actividad, profesión u ocupación del Asegurado declarada al contestar el cuestionario presentado por la Aseguradora, antes de concertar la Póliza. Si el cambio supone una agravación o disminución del riesgo, se procederá según lo dispuesto en los apartados 1 y 2 de este Artículo.

Pago de Primas

17. El Tomador del Seguro pagará a la Aseguradora las primas, en el lugar y fechas especificadas en las Condiciones Particulares de la Póliza.
18. Si por culpa del Tomador la primera prima no ha sido pagada a su vencimiento, la Aseguradora tiene derecho a resolver el contrato o a exigir su pago en vía ejecutiva con base en la póliza. Salvo pacto expreso en contrario, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, la Aseguradora quedará liberada de su obligación.

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

Si el contrato no hubiere sido resuelto o extinguido conforme a los párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las 24 horas del día en que el Tomador pagó su prima.

Disposiciones Varias

Bases del Seguro

19. Las declaraciones del Tomador del Seguro, constituyen la base del seguro.
20. 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 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 la reclamación se estará a lo dispuesto en la Póliza.
21. Si una vez perfeccionado el contrato, la Aseguradora tuviera conocimiento que las declaraciones del Tomador son inexactas, podrá rescindir el contrato en el plazo de un mes a contar desde la fecha en que conoció tal inexactitud.

Corresponderán a la Aseguradora, salvo que concurre dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento que haga esta declaración.

22. En el supuesto de indicación inexacta de la edad del asegurado, la Aseguradora solo podrá impugnar el contrato si la verdadera edad del asegurado 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 de la 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 Aseguradora está obligada a restituir el exceso de las primas percibidas sin intereses.

Prescripción

Las acciones derivadas del presente Contrato de Seguro prescribirán en el término de cinco (5) años. El tiempo para la prescripción se contará desde el día en que las mismas pudieron ejercitarse.

Comunicaciones

23. **Las comunicaciones a la Aseguradora se remitirán al domicilio social de la misma consignado en la Póliza.**

Las comunicaciones y pago de primas que efectúe el Tomador del Seguro a un Agente afecto representante de la Aseguradora surtirán los mismos efectos que si se hubieran realizado directamente a ésta.

24. **Las comunicaciones efectuadas por un Corredor de Seguros a la Aseguradora surtirán los mismos efectos que si las efectuara el mismo Tomador, salvo indicación en contrario de éste.**

25. **Las comunicaciones de la Aseguradora al Tomador del Seguro, Asegurado o Beneficiario se realizarán en el domicilio de los mismos recogidos en la Póliza.**

Moneda

La liquidación de las posibles indemnizaciones por la cobertura contratada se practicará por el montante en euros.

Aviso de Siniestro y Pago de Indemnizaciones

- 26. El Tomador del Seguro o el Asegurado o el Beneficiario deberán comunicar a la Aseguradora el acaecimiento del siniestro dentro del plazo máximo de siete (7) días de haberlo conocido, debiendo emplear todos los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del mismo.**
27. Una vez verificadas las consecuencias del Siniestro, la Aseguradora abonará las indemnizaciones pactadas en las Condiciones Particulares y/o Especiales de la Póliza, para la/s garantía/s afectada/s por el Siniestro.
28. En cualquier caso, dentro de los cuarenta (40) días, a partir de la recepción de la declaración del Siniestro, la Aseguradora deberá efectuar el pago del importe mínimo de lo que pueda deber, según las circunstancias por ella conocidas.
- 29. Incumbe al Asegurado o, en su caso, al Beneficiario probar la existencia del siniestro.**
- Si hay acuerdo entre ambas partes, la Aseguradora pagará la suma convenida en las Condiciones Particulares.

En cambio, si el Asegurado no aceptase la proposición de la Aseguradora en lo referente al grado de invalidez, las partes se someterán a la decisión de Peritos Médicos.

A tales efectos, si no hubiese acuerdo en un plazo de cuarenta (40) días, cada parte designará un Perito, debiendo constar por escrito la aceptación de éstos. Si una de las partes no hubiera hecho la designación, deberá realizarla dentro de los ocho (8) días siguientes a la fecha en que dicha parte sea requerida por la que hubiere designado el suyo. De no hacerlo en este último plazo, se entenderá que acepta el dictamen que emita el Perito de la otra parte, quedando vinculada por el mismo.

Cuando no haya acuerdo entre los Peritos ambas partes designarán un tercer Perito de común acuerdo, y de no existir el citado acuerdo, la designación se hará por un Juez de Primera Instancia del domicilio del Tomador. En todo caso, el dictamen pericial se emitirá en el plazo señalado por las partes o, en su defecto, en el de treinta (30) días a partir de la aceptación de su nombramiento por el último Perito.

Las partes podrán impugnar, caso de desacuerdo, el dictamen disponiendo de treinta (30) días la Aseguradora y de ciento ochenta (180) días el Asegurado, a partir de su notificación.

Cada parte satisfará los honorarios de su Perito. Los del Perito tercero y demás gastos que ocasione la tasación pericial serán de cuenta y cargo por mitad del Asegurado y de la Aseguradora. No obstante, si cualquiera de las partes hubiera hecho necesaria la peritación por haber mantenido una gradación de la invalidez manifiestamente desproporcionada, será ella la única responsable de dichos gastos.