

CONDICIONES GENERALES

SEGURO DE PROTECCIÓN DE PAGOS



MAPFRE FAMILIAR COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.
DOMICILIO SOCIAL:
CTRA DE POZUELO, 50
TELÉFONO: +34 915 81 18 28 - FAX: +34 915 81 52 52
28220 MAJADAHONDA - MADRID - ESPAÑA

ENTIDAD INSCRITA EN R. MERCANTIL DE MADRID, TOMO 487, FOLIO 166,
HOJA M-9333, INSCRIPCIÓN 121, C.I.F. A28141935.

RESUMEN DE COBERTURAS	Máximo Indemnizable
DESEMPLEO	100%
• Rentas Mensuales mientras dure la situación de desempleo por cada 30 días consecutivos en Desempleo	Máximo 12 meses
• Carencia	2 meses
INVALIDEZ TEMPORAL	100%
• Rentas Mensuales mientras dure la situación de Invalidez Temporal	Sumas aseguradas
• Carencia	Máximo 12 meses
	1 mes en caso de enfermedad
FALLECIMIENTO ACCIDENTAL	
• Indemnización para gastos urgentes	100%
	Sumas Aseguradas

INDICE

INTRODUCCIÓN	
• Preliminar	4
• Efecto y extinción del contrato	4
• Definiciones	5
• Bases de la Cobertura	7
• Riesgos no Asegurados	8
GARANTÍAS Y PRESTACIONES	
• Cobertura de Protección de Desempleo (art. 1)	9
• Cobertura de Incapacidad Temporal (art. 2)	12
• Cobertura de Fallecimiento Accidental (art. 3)	14
• Periodo de Carencia (art. 4)	16
NORMAS GENERALES	
• Actualización de las sumas Aseguradas (art. 5)	17
• Importe y pago de la prima y efectos de su impago (art. 6)	17
• Actuación en caso de siniestro (art. 7)	20
• Prescripción y jurisdicción (art. 8)	21
SEGURO DE RIESGOS EXTRAORDINARIOS	
• cláusula de indemnización por el consorcio de compensación de seguros de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios	22

CONDICIONES GENERALES

PRELIMINAR

El presente contrato se rige por lo establecido en las Condiciones Generales, Particulares y Especiales y, salvo pacto en contrario que resulte más beneficioso para el Asegurado, por la Ley de Contrato de Seguro (Ley 50/1980, de 8 de Octubre), el Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados (Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre) y el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados (Real Decreto 2.486/98, de 20 de Noviembre).

Las respuestas del Tomador del Seguro, al cuestionario sometido por la compañía, son las bases que ésta ha tenido en cuenta para determinar la prima aplicable y aceptar la emisión de la póliza.

Si la Compañía no hubiera requerido cumplimentar un cuestionario, surtirán el mismo efecto los datos que, respecto del asegurado, figuren en las Condiciones Particulares de la póliza.

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el Tomador del Seguro podrá requerir a la Compañía en el plazo de un mes, a contar desde la entrega de la póliza, para que subsane la divergencia existente.

Mediante la firma de las Condiciones Particulares de la póliza, el Tomador del Seguro acepta específicamente las cláusulas limitativas de los derechos del Asegurado que se resaltan en letra «negrita» en estas Condiciones Generales.

EFFECTO Y EXTINCIÓN DEL CONTRATO

El seguro se estipula por el período señalado en las Condiciones Particulares del contrato y entrará en vigor el día y hora señalados en las mismas, siempre que estén firmadas y la Compañía haya cobrado la prima del primer recibo.

Si se contrata por períodos renovables, se prorrogará automáticamente por períodos sucesivos de igual duración, salvo que:

- a) **Alguna de las partes se oponga a la prórroga mediante notificación escrita a la otra, efectuada con dos meses de anticipación, como mínimo, al vencimiento del período en curso.**
- b) **El Tomador del Seguro se oponga a la prórroga en la forma prevista en estas Condiciones Generales.**

Ambas partes, de común acuerdo, podrán resolver el contrato después de la declaración de un siniestro. La Compañía devolverá al Tomador del Seguro, en tal caso, la parte de la prima total que corresponda al período comprendido entre la fecha de efecto de la rescisión y la de vencimiento del período de seguro en curso.

DEFINICIONES

A los efectos de esta póliza, se entenderá, con carácter general, por:

- **ASEGURADOR:** MAPFRE FAMILIAR, Compañía de Seguros y Reaseguros, S. A., denominada «la Compañía» en estas condiciones generales
- **TOMADOR DEL SEGURO:** Persona que suscribe este contrato con la Compañía y a quien corresponden las obligaciones que se deriven del mismo, salvo aquellas que correspondan expresamente al Asegurado y/o Beneficiario.
- **ASEGURADO:** Cada persona incluida en la póliza con derecho a percibir las prestaciones del seguro.
- **BENEFICIARIO:** Persona o personas a quien el Tomador del Seguro reconoce el derecho a percibir, en la cuantía que corresponda, la indemnización derivada de este contrato.
- **SUMA ASEGURADA:** Cantidad establecida en las Condiciones Particulares de la póliza que representa el límite máximo de la indemnización por cada siniestro.

- **SINIESTRO:** Hecho cuyas consecuencias dañosas están cubiertas por la póliza. **El conjunto de las pérdidas o lesiones derivadas de un mismo evento constituye un solo siniestro.**
- **PRIMA:** Es el precio del Seguro, que incluirá los recargos e impuestos que sean de aplicación legal.
- **ENFERMEDAD:** Toda alteración del estado de salud cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico legalmente reconocido, cuyas primeras manifestaciones se presenten durante la vigencia de la Póliza y que haga precisa la asistencia de facultativo médico.
- **ACCIDENTE:** Lesión corporal acaecida durante la vigencia de la póliza y que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado.

También se considerarán como accidentes a efectos del seguro:

- La asfixia o lesiones internas a consecuencia de gases o vapores, inmersión o sumersión, o por ingestión de materias líquidas o sólidas.
- Las infecciones derivadas de un accidente cubierto por la póliza.
- Las lesiones que sean consecuencia de intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos motivados por un accidente cubierto por la póliza.
- Las lesiones sufridas a consecuencia de legítima defensa.

Salvo pacto expreso en contrario no tendrán la consideración de «accidente», a efectos del seguro, los infartos y otros episodios cardiovasculares o cerebrovasculares análogos o similares.

- **INCAPACIDAD TEMPORAL:** Situación física temporal motivada por enfermedad o accidente, determinante de la incapacidad del Asegurado para el ejercicio de su profesión o actividad laboral. La Incapacidad Temporal cubierta por la Póliza debe ser diagnosticada, tanto en su causa como en la incapacidad que genera al Asegurado, por un médico competente de la Seguridad Social o asimilado, o por un profesional médico aprobado por MAPFRE FAMILIAR, CÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.

- **DESEMPLEO:** Situación en que se encuentran, quienes pudiendo y queriendo trabajar remuneradamente por cuenta ajena pierdan su empleo o vean reducida su jornada de trabajo y sean privados de su salario, según las condiciones establecidas en la Póliza.
- **PERÍODO DE CARENIA:** Tiempo a partir de la entrada en vigor de las garantías de la póliza durante el que no se genera derecho a percibir ningún tipo de prestación, aunque durante el mismo se produzcan situaciones de Incapacidad Temporal o Desempleo.
- **RELACIÓN LABORAL:** Es el trabajo por cuenta ajena realizado por el Asegurado dentro del territorio del Estado Español bajo un contrato de trabajo concertado con un empleador por un mínimo de 13 horas semanales cumpliendo los términos y condiciones exigidos por la legislación laboral aplicable.
- **PRESTACIÓN:** Es el importe mensual que el Asegurador se compromete a pagar periódicamente al Asegurado cuando este se encuentre en situación de Incapacidad Temporal o Desempleo, o la Suma Asegurada en caso de Fallecimiento Accidental, en los términos previstos en la Póliza

BASES DE LA COBERTURA

La actividad u ocupación del Asegurado, así como su estado físico y de salud, son las bases sobre las que la Compañía otorga esta cobertura. En consecuencia, **la variación de tales circunstancias respecto de las declaradas por el Asegurado debe ser comunicada a la Compañía inmediatamente cuando tal variación determine una agravación del riesgo.** Tienen la condición de circunstancias agravantes del riesgo las siguientes:

- **El cambio de actividad u ocupación del Asegurado, aunque fuera temporal, que implique una mayor posibilidad de sufrir accidentes respecto a la situación declarada.** No tendrán tal consideración los trabajos o reparaciones domésticas realizados sin fines lucrativos.
- **La incapacidad temporal o invalidez permanente y las enfermedades crónicas sobrevenidas al Asegurado por hechos no amparados en la póliza.**

La Compañía, una vez conocida la agravación podrá, o bien rescindir el contrato comunicándolo por escrito al asegurado en el plazo de un mes desde que tuvo conocimiento de la agravación, en cuyo caso, el Tomador tiene derecho a que le sea devuelta la prima proporcional correspondiente al período comprendido entre la fecha de rescisión y la de vencimiento de la póliza, o bien acordar con el Tomador las nuevas condiciones de la póliza.

Si ocurriera un siniestro sin que se hubiera declarado la agravación del riesgo 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.

RIESGOS NO ASEGURADOS

Quedan excluidos de todas las coberturas y garantías de la póliza, además de las limitaciones específicas para cada una de ellas, los siguientes supuestos:

- a) **Provocación intencionada del siniestro por parte del Asegurado.**
- b) **Conflictos armados (haya mediado o no declaración oficial de guerra).**
- c) **Motines y tumultos populares.**
- d) **Reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.**
- e) **Inundaciones que tengan el carácter de extraordinarias o catastróficas, huracanes, tempestades, movimientos sísmicos y, en general, los hechos que en virtud de su magnitud y gravedad sean calificados de catastróficos por la autoridad competente.**

Garantías y Prestaciones

ARTICULO 1

COBERTURA DE PROTECCIÓN DE DESEMPLEO

OBJETO Y EXTENSIÓN

La compañía pagará una renta mensual por el importe correspondiente a la suma asegurada pactada en las Condiciones Particulares, por cada 30 días consecutivos de Desempleo del asegurado, a partir de la entrada del asegurado en tal situación de Desempleo y hasta un máximo de 12 meses por siniestro, siempre que dicho Desempleo se produzca durante la vigencia del seguro por alguna de las siguientes circunstancias:

— Se extinga la Relación Laboral:

- a) En virtud de expediente de regulación de empleo o despido colectivo.
- b) Por muerte o incapacidad de su empresario individual, siempre que estas causas determinen la extinción del contrato de trabajo.
- c) Por despido improcedente.
- d) Por despido o extinción del contrato basado en causas objetivas.
- e) Por resolución voluntaria por parte del Asegurado en los supuestos previstos en los artículos 40 (movilidad geográfica), 41 (modificaciones sustanciales de las condiciones de trabajo) y 50 (extinción por incumplimiento del empleador) del Estatuto de los Trabajadores (R.D.L. a/1995 de 24 marzo).

— Se suspenda la Relación Laboral en virtud de expediente de regulación de empleo o se reduzca a la mitad, al menos, la jornada de trabajo por dicha causa.

No tendrá derecho el Asegurado a percibir las Prestaciones por Desempleo si tiene derecho a percibir las de Incapacidad Temporal.

Los pagos de las rentas mensuales se devengarán por períodos completos de 30 días consecutivos en situación de Desempleo. En ningún caso, se indemnizarán períodos parciales inferiores a dichos 30 días consecutivos.

RIESGOS NO ASEGURADOS

No se considerará en situación de Desempleo a los efectos de este contrato al Asegurado que se encuentre en cualesquiera de las siguientes situaciones:

- a) Cuando cese voluntariamente en el trabajo, salvo por las causas previstas en los artículos 40, 41 y 50 del Estatuto de los Trabajadores (R.D.L. 1/1995 de 24 de marzo).
- b) Cuando haya sido despedido y no reclame en tiempo y forma oportunos contra la decisión empresarial, salvo por extinción de contrato o despido basado en las causas objetivas previstas en el artículo 52 del Estatuto de los Trabajadores (R.D.L. 1/1995 de 24 de marzo) en cuyo caso no será necesaria dicha reclamación.
- c) Cuando, declarado improcedente o nulo el despido por sentencia firme y comunicada por el empleador la fecha de reincorporación al trabajo, no se ejerza tal derecho por parte del Asegurado o no se haga uso, en su caso, de las acciones previstas en la legislación vigente.
- d) Cuando no haya solicitado el reingreso al puesto de trabajo en el caso en que la opción entre indemnización o readmisión correspondiera al trabajador, cuando fuera delegado sindical o representante legal de los trabajadores, o se estuviera en excedencia y venciera el período fijado para la misma.
- e) Cuando el contrato se extinga por jubilación del empresario empleador individual del Asegurado.
- f) Cuando el contrato se extinga por despido declarado legalmente procedente.
- g) Los trabajadores fijos de carácter discontinuo en los períodos en que carezcan de ocupación efectiva.

Asimismo, el Asegurado no tiene derecho al cobro de las prestaciones por Desempleo en ninguno de los siguientes supuestos:

- a) Si se produce cualquier situación de Desempleo dentro del Período de Carencia.
- b) Si inmediatamente antes de la fecha de inicio del Desempleo el Asegurado:
 - No ha mantenido Relación Laboral durante un período continuado de, al menos, 6 meses.
 - Ha estado vinculado por una Relación Laboral en la que el Despido es una característica regular o recurrente o en caso de que el Asegurado conociera o debiera conocer su paso inmediato a situación de Desempleo.
- c) Si su Relación Laboral lo fuera con una empresa de su propiedad o propiedad de su ámbito familiar hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad, así como en los casos en que el Asegurado o un familiar suyo hasta el segundo grado de consanguinidad o el tercer grado de afinidad fuera administrador de la empresa; o si el Asegurado fuera socio con presencia o representación directa en los órganos de administración de la Sociedad.
- d) Si el Asegurado rechaza, dentro de su ámbito geográfico, un puesto de trabajo alternativo ofrecido por el mismo u otro empresario que sea acorde con su formación y previa experiencia.
- e) Si el Desempleo se produce después de que el Asegurado haya alcanzado la edad legal de jubilación con respecto a la actividad que llevaba a cabo, y reúne todos los requisitos legales necesarios para acceder a la pensión de jubilación.
- f) Si el Asegurado tiene derecho a percibir un salario por parte del empleador. Se exceptúan de este supuesto los complementos salariales pactados colectivamente en los expedientes de suspensión de contrato.

COBERTURA DE INCAPACIDAD TEMPORAL

OBJETO Y EXTENSIÓN

La Compañía pagará una renta mensual por el importe correspondiente a la suma asegurada pactada en las Condiciones Particulares, por cada 30 días consecutivos de incapacidad temporal del asegurado, a partir del momento del diagnóstico de dicha incapacidad y hasta un máximo de 12 meses por siniestro, siempre que dicha incapacidad suceda mientras el asegurado esté trabajando remuneradamente en España, ocurra durante la vigencia del seguro y sea diagnosticada inmediatamente.

El derecho del Asegurado a percibir esta indemnización cesará en el momento en que el mismo pueda reanudar o reanude su trabajo, aun de manera parcial y a pesar de no haber alcanzado su total curación. Tal derecho cesará igualmente si el Asegurado pasa a la situación de Incapacidad Permanente en alguno de sus grados en los términos descritos por la normativa de la Seguridad Social española.

No tendrá derecho el Asegurado a percibir las prestaciones por Incapacidad Temporal si tiene derecho a percibir la prestación por Desempleo.

Los pagos de las rentas mensuales se devengarán por periodos completos de 30 días consecutivos en situación de Incapacidad Temporal. En ningún caso, se indemnizarán periodos parciales inferiores a dichos 30 días consecutivos.

RIESGOS NO ASEGURADOS

No tiene la consideración de Incapacidad Temporal a los efectos de este contrato y, consecuentemente, el Asegurado no tiene derecho al cobro de prestación alguna en aquellos siniestros que resulten o sean consecuencia de las siguientes situaciones:

- a) La baja por embarazo, parto, aborto o complicaciones derivadas de estos conceptos y

los periodos de descanso voluntario y obligatorio que procedan en caso de maternidad, ni la situación de excedencia solicitada por el asegurado.

- b) Las intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos demandados por el Asegurado exclusivamente por razones estéticas, siempre que no se deban a secuelas de accidentes, así como las lesiones o enfermedades causadas voluntariamente por el Asegurado.
- c) Los producidos cuando el Asegurado se encuentre bajo la influencia del alcohol en la sangre, según disposición legal vigente en el momento de ocurrencia del accidente, drogas tóxicas o estupefacientes no prescritos médicamente; los que ocurran en estado de perturbación mental, sonambulismo o en desafío, lucha o riña, excepto caso probado de legítima defensa; así como los derivados de una actuación delictiva del Asegurado, así declarada judicialmente.
- d) Cualquier enfermedad, dolencia, lesión o estado incluyendo el SIDA y el VIH (o las enfermedades que se deriven de éstos) cuando el Asegurado haya recibido diagnóstico y/o tratamiento por el mismo en los 12 meses anteriores al inicio de la cobertura de la presente Póliza.
- e) Dolores de espalda, cefaleas y lumbalgias salvo que existan evidencias objetivadas por estudios médicos complementarios (radiologías, gammografías, scanners, T.A.C., etc) y sean causa directa de la Incapacidad Temporal. Asimismo, se excluyen los dolores de espalda, cefaleas y lumbalgias acaecidos con anterioridad a la entrada en vigor de éste seguro, aunque estas se manifiesten durante su vigencia.
- f) Enfermedades psiquiátricas, mentales o nerviosas, incluyendo el estrés y afecciones similares salvo cuando dichas enfermedades y afecciones hayan sido diagnosticadas y tratadas por un médico especialista.
- g) Los causados por terremotos, erupciones volcánicas, inundaciones, radiación nuclear o contaminación radiactiva, guerras, declaradas o no y fenómenos de carácter terrorista así como cualquier otro fenómeno de naturaleza sísmica o meteorológica de carácter extraordinario.

COBERTURA DE FALLECIMIENTO ACCIDENTAL

OBJETO Y EXTENSION

Si como consecuencia de un accidente en los términos previstos en este contrato se produjera la muerte del Asegurado, la Compañía pagará al beneficiario del seguro a efectos de esta cobertura la suma establecida al efecto.

Los beneficiarios de esta cobertura serán designados por el Asegurado de la póliza y podrán ser modificados durante la vigencia del contrato.

Si al fallecer el Asegurado no hubiese beneficiario designado, ni reglas para su determinación, la suma asegurada formará parte del patrimonio del Tomador del Seguro.

La cobertura de esta prestación se extiende a cualquier lugar del mundo. **Las indemnizaciones correspondientes serán satisfechas en España y en Euros.**

RIESGOS NO ASEGURADOS

No se consideran cubiertos a efectos de esta cobertura los siniestros que resulten o sean consecuencia de las siguientes situaciones:

- a) **Las consecuencias o secuelas de accidentes acaecidos con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro, aunque éstas se manifiesten durante su vigencia.**
- b) **La participación en competiciones o torneos organizados por federaciones deportivas y organismos similares, así como la práctica de deportes o actividades notoriamente peligrosas y especialmente las siguientes: automovilismo, motociclismo, submarinismo, navegación de altura (en embarcaciones no destinadas al transporte público de pasajeros), escalada, espeleología, boxeo, paracaidismo, aerostación, vuelo libre y vuelo sin motor.**

- c) **La utilización, como pasajero o tripulante, de helicópteros y medios de navegación aérea no autorizados para el transporte público de viajeros.**
- d) **Participación activa del asegurado en actos delictivos, o en apuestas, desafíos o riñas, salvo en los casos de legítima defensa o estado de necesidad.**
- e) **Accidentes sufridos por estar embriagado o bajo el efecto de drogas, tóxicos o estupefacientes, siempre que cualquiera de estas circunstancias haya sido causa determinante del accidente. Se considerará que hay embriaguez cuando el grado de alcohol en la sangre sea superior a 0,80 gramos por 1.000 centímetros cúbicos.**
- f) **Lesiones y enfermedades que sean consecuencia de intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos no motivados por un accidente cubierto por la póliza; así como las enfermedades de cualquier naturaleza (incluso lasa de origen infeccioso), infarto, episodios cardiovasculares, ataques de epilepsia y pérdida de las facultades mentales, salvo que sean ocasionadas por un accidente.**
- g) **Los siniestros cuya cobertura corresponde al “Consortio de Compensación de Seguros”, aún cuando éste no admita la efectividad del derecho del Asegurado por incumplimiento de alguna de las disposiciones legales que regulan su cobertura, o por haber sobre venido el siniestro dentro del período de carencia que rige para este Organismo.**
- h) **Acontecimientos extraordinarios, entendiend como tales:**
 - **Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias, erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica y caída de cuerpos siderales y aerolitos.**
 - **Los ocasionados violentamente como consecuencia del terrorismo, rebelión sedición, motín o tumulto popular.**
 - **Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.**

Se establecen para las coberturas que se indican a continuación los siguientes periodos de carencia:

PROTECCIÓN DE DESEMPLEO

Se establece un periodo de carencia de DOS MESES que se computa desde la fecha de efecto de la cobertura hasta la fecha de la notificación del cese en el empleo.

En caso de producirse situaciones de Desempleo subsiguiente al primer periodo de Desempleo, se procederá al pago de nuevas prestaciones si el Asegurado ha estado vinculado de forma activa a una nueva relación laboral por un periodo mínimo de seis meses. **En caso contrario no se pagará cantidad alguna.**

INCAPACIDAD TEMPORAL

Se establece un periodo de carencia de UN MES en caso de que la causa determinante de la Incapacidad sea la enfermedad. En los supuestos de que dicha causa sea el Accidente no se aplicará periodo de carencia alguno.

En caso de producirse Incapacidades Temporales subsiguientes a la primera Incapacidad Temporal, tanto en el caso de accidente como de enfermedad, se procederá al pago de nuevas prestaciones si el Asegurado ha estado trabajando remuneradamente por un periodo mínimo de seis meses desde el fin de la última Incapacidad Temporal en el supuesto de que la causa de la incapacidad sea la misma que la que ocasionó la anterior incapacidad; si la causa fuera otra el periodo mínimo de trabajo remunerado exigible para acceder al pago de nuevas prestaciones se establece en un mes.

Actualización de las sumas Aseguradas

ARTICULO 5

La revalorización de las sumas aseguradas originará el correspondiente incremento proporcional de las primas, límites y franquicias económicas de la póliza.

El índice pactado en las Condiciones Particulares del Seguro, se aplicará siempre sobre las sumas aseguradas de la anualidad anterior.

La actualización se realizará aplicando el porcentaje de variación que resulte de comparar el índice correspondiente al vencimiento del seguro con el aplicado en la anualidad anterior.

Importe y pago de la prima y efectos de su impago

ARTICULO 6

El Tomador del Seguro está obligado al pago de la prima de acuerdo con las Condiciones Generales y Particulares del contrato. En ausencia de pacto respecto del lugar de pago, la Compañía presentará los recibos en el último domicilio que el Tomador del Seguro le haya notificado.

NORMA GENERAL

• Prima inicial

La prima inicial es la que se fija en las Condiciones Particulares, que corresponde al período inicial de cobertura señalado en las mismas.

Si por culpa del Tomador del Seguro la prima no ha sido pagada una vez firmado el contrato o, en su caso, al vencimiento de la misma, la Compañía tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva.

Salvo pacto expreso en contrario, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, la Compañía quedará liberada de su obligación.

- **Primas sucesivas**

Para caso de prórroga tácita del contrato, la prima de los períodos sucesivos será la que resulte de aplicar a la suma asegurada las tarifas de primas que, fundadas en criterios técnico actuariales, tenga establecidas en cada momento la Compañía, teniendo en cuenta, además, las modificaciones de garantías o las causas de agravación o disminución del riesgo que se hubieran producido, conforme a lo previsto en estas Condiciones Generales.

La Compañía, con treinta días al menos de anterioridad al vencimiento del contrato, notificará al Tomador del Seguro las primas aplicables para cada nuevo período de cobertura, mediante envío del oportuno aviso de cobro del recibo correspondiente (en el domicilio de dicho Tomador o en el determinado en la póliza), comunicándole la fecha de presentación al cobro. Si la tarifa fijada para el nuevo período de cobertura implicase un incremento respecto a la aplicada en el período precedente, el Tomador, sin perjuicio de lo establecido en estas Condiciones Generales, podrá dar por resuelto el contrato mediante notificación expresa a la Compañía, mediante carta certificada, telegrama o telefax, con anterioridad al vencimiento del contrato, en cuyo caso el contrato quedará extinguido al vencimiento del período en curso.

En este caso si, por hallarse domiciliado el pago de la prima en una entidad bancaria, el recibo hubiese sido cargado en la cuenta del Tomador, la Compañía le reintegrará su importe.

La falta de pago de una de las primas siguientes dará lugar a que la cobertura quede suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si se produjera un siniestro durante el transcurso de ese mes, la Compañía podrá deducir del importe a indemnizar el de la prima adeudada para el período en curso.

Si la Compañía no reclama el pago pendiente de la prima, dentro de los seis meses siguientes a su vencimiento, el contrato quedará extinguido.

PAGO A TRAVÉS DE ENTIDAD DE DEPÓSITO

Si se pacta, como forma de pago, la domiciliación bancaria de los recibos de prima, el Tomador del Seguro entregará a la Compañía carta dirigida al Banco, Caja de Ahorros o Cooperativa de Crédito, dando la orden correspondiente, y serán de aplicación, además de las de carácter general, las normas siguientes:

- **Primera prima**

La prima se supondrá satisfecha desde el día del efecto del contrato salvo que, intentado el cobro dentro del plazo de un mes a partir de dicho efecto, la Entidad de Depósito designada devolviera el recibo impagado. En tal caso, la Compañía notificará por escrito al Tomador del Seguro el impago producido y que tiene el recibo en el domicilio de la Compañía durante 15 días para su pago. Transcurrido este plazo sin que la prima hubiera sido satisfecha, el contrato quedará resuelto.

- **Primas sucesivas**

Si la Entidad de Depósito devolviera el recibo impagado, la Compañía notificará el impago al Tomador del Seguro indicándole que tiene el recibo en el domicilio de ésta para su pago. El seguro quedará en suspenso si no se realiza el pago dentro del mes siguiente al día de vencimiento del seguro o dentro del plazo de 15 días desde la citada notificación del impago al Tomador, si hubiese transcurrido dicho mes.

PAGO DURANTE LA SUSPENSION DEL SEGURO

Si el contrato no hubiera sido resuelto o extinguido conforme a los apartados anteriores, la cobertura volverá a tener efecto a las 24 horas del día en que el Tomador del Seguro pague la prima.

FRACCIONAMIENTO DEL PAGO

Podrá pactarse el fraccionamiento del pago de la prima anual, en los plazos y de acuerdo con las estipulaciones que se establezcan en las Condiciones Particulares del contrato.

Si el Tomador del Seguro no pagase uno de los recibos en que se hubiese fraccionado el pago de la prima, la

Compañía puede exigir al Tomador el pago de todos los recibos pendientes de vencimiento, pago que habrá de hacerse efectivo en el plazo máximo de los treinta días siguientes a aquél en el que el Tomador recibió la notificación de la Compañía por medios fehacientes; de no producirse el pago, el seguro quedará en suspenso un mes después del día del vencimiento de la primera fracción de prima impagada.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo precedente y en tanto no se haya producido la suspensión de la cobertura, en caso de siniestro, la Compañía podrá deducir en la indemnización el importe de las fracciones de primas vencidas y no satisfechas por el Tomador del Seguro.

La ocurrencia de un siniestro debe serle comunicada a la Compañía lo antes posible y **como máximo dentro de los siete días siguientes de haberlo conocido**, salvo que en la póliza se hubiera pactado un plazo más amplio.

La notificación puede ser realizada telefónicamente, utilizando el *Centro de Servicios de la Compañía*, pero **deberá ser ratificada por escrito cuando ésta lo considere necesario** para la más correcta tramitación del siniestro.

El Asegurado, el Tomador del Seguro y el Beneficiario, según el caso, están obligados a:

- Facilitar a la Compañía cuanta información pueda necesitar respecto a las circunstancias del siniestro y la documentación acreditativa precisa respecto a su situación laboral y acreditación de ingresos y la salud del Asegurado, **incluso referida a fechas anteriores a la ocurrencia del mismo**.
- Autorizar a facultativos y profesionales, **por escrito si fuera necesario**, para que faciliten a la Compañía cuanta información necesite respecto al siniestro y sus circunstancias.
- Acceder al **reconocimiento del Asegurado por los médicos que designe la Compañía**, así como a la práctica de las pruebas que éstos pudieran recomendar.

El presente contrato queda sometido a la jurisdicción española, siendo Juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo el del domicilio del Asegurado, a cuyos efectos éste designará un domicilio en España, en caso de que el suyo estuviese situado en el extranjero.

Sin perjuicio de lo establecido en el apartado precedente, en caso de que se suscite controversia en la interpretación o ejecución del presente contrato, el Tomador del Seguro, el Asegurado, los beneficiarios y los terceros perjudicados o sus derechohabientes podrán formular, en su caso y de acuerdo con las normas de actuación que se facilitan al Tomador del Seguro con este contrato, reclamación ante el Departamento de Reclamaciones del Sistema MAPFRE.

En el supuesto de que en el plazo de dos meses desde la fecha de presentación de la reclamación ésta no haya sido resuelta o haya sido desestimada la petición, las personas mencionadas en el párrafo anterior, salvo en los supuestos de contratos por grandes riesgos, podrán formular reclamación ante el Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Partícipe en Planes de Pensiones adscrito a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 62 de la Ley 30/1995 de 8 de noviembre de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.

Sólo con la expresa conformidad de las partes, podrán someterse las diferencias derivadas de la interpretación y cumplimiento de este contrato al juicio de árbitros, de acuerdo con la legislación española sobre la materia.

Las acciones que se deriven de este contrato prescribirán en el término de dos años, excepto las correspondientes a prestaciones de daños personales, en cuyo caso el plazo de prescripción será de cinco años.

CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS DE LAS PÉRDIDAS DERIVADAS DE ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS

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, para los seguros de personas, 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 disposiciones complementarias.

I. 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 o bienes asegurados por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.
- c) Los debidos a vicio o defecto propio de la cosa asegurada, o a su manifiesta falta de mantenimiento.
- d) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- e) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 25/1964, de 29 de abril, sobre energía nuclear. No obstante lo anterior, sí se entenderán incluidos todos los daños directos ocasionados en una instalación nuclear asegurada, cuando sean consecuencia de un acontecimiento extraordinario que afecte a la propia instalación.
- f) Los debidos a la mera acción del tiempo, y en el caso de bienes total o parcialmente sumergidos de forma permanente, los imputables a la mera acción del oleaje o corrientes ordinarios.

- g) 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.
- h) 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.
- i) Los causados por mala fe del asegurado.
- j) Los derivados de siniestros cuya ocurrencia haya tenido lugar en el plazo de carencia establecido en el artículo 8 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios.
- k) 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.
- l) Los indirectos o pérdidas derivadas de daños directos o indirectos, distintos de la pérdida de beneficios delimitada en el Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios. En particular, no quedan comprendidos en esta cobertura los daños o pérdidas sufridas como consecuencia de corte o alteración en el suministro exterior de energía eléctrica, gases combustibles, fuel-oil, gas-oil, u otros fluidos, ni cualesquiera otros daños o pérdidas indirectas distintas de las citadas en el párrafo anterior, aunque estas alteraciones se deriven de una causa incluida en la cobertura de riesgos extraordinarios.
- m) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de «catástrofe o calamidad nacional».

3. FRANQUICIA

En el caso de daños directos en las cosas (excepto automóviles y viviendas y sus comunidades), la franquicia a cargo del asegurado será de un 7 por ciento de la cuantía de los daños indemnizables producidos por el siniestro.

En los seguros de personas no se efectuará deducción por franquicia.

En el caso de la cobertura de pérdida de beneficios, la franquicia a cargo del asegurado será la prevista en la póliza para pérdida de beneficios en siniestros ordinarios.

4. EXTENSIÓN DE LA COBERTURA

La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y bienes y sumas aseguradas que se hayan establecido en la póliza a efectos de los riesgos ordinarios. No obstante, en las pólizas que cubran daños propios a los vehículos a motor, el Consorcio garantiza la totalidad del interés asegurable aunque la póliza sólo lo haga parcialmente.

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.

II. PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN EN CASO DE SINIESTRO INDEMNIZABLE POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

En caso de siniestro, el asegurado, tomador, beneficiario, o sus respectivos representantes legales, directamente o a través de la entidad aseguradora o del mediador de seguros, deberá comunicar, dentro del plazo de siete días de haberlo conocido, la ocurrencia del siniestro, en la delegación regional del Consorcio que corresponda, según el lugar donde se produjo el siniestro. La comunicación se formulará en el modelo establecido al efecto, que está disponible en la página «web» del Consorcio (www.consorseguros.es), o en las oficinas de éste o de la entidad aseguradora, al que deberá adjuntarse la documentación que, según la naturaleza de los daños o lesiones, se requiera.

Asimismo, se deberán conservar restos y vestigios del siniestro para la actuación pericial y, en caso de imposibilidad absoluta, presentar documentación probatoria de los daños, tales como fotografías, actas notariales, vídeos o certificados oficiales. Igualmente, se conservarán las facturas correspondientes a los bienes siniestrados cuya destrucción no pudiera demorarse.

Se deberán adoptar cuantas medidas sean necesarias para aminorar los daños.

La valoración de las pérdidas derivadas de los acontecimientos extraordinarios 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.

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.

NOTAS

NOTAS

NOTAS

NOTAS

NOTAS

[illegible]