

ocaso
vida *express*

Condiciones Generales

Mod. 1147

MODELO SIN VALOR
CONTRACTUAL



OCASO VIDA

express

CONDICIONES GENERALES

MODELO SIN VALOR
CONTRACTUAL

**MODELO SIN VALOR
CONTRACTUAL**

PRELIMINAR	pág. 4 ●
DEFINICIONES	pág. 4 ●

OBJETO Y EXTENSIÓN DEL SEGURO-RIESGOS CUBIERTOS

Artículo 1°. Seguro Principal	pág. 5 ●
Artículo 2°. Seguro Complementario aceptado mediante pacto expreso	pág. 5 ●
2.1. Seguro Complementario de invalidez absoluta y permanente	pág. 5 ●
2.2. Normas comunes al Seguro Complementario	pág. 7 ●
2.3. Exclusiones del Seguro Complementario	pág. 7 ●
Artículo 3°. Exclusiones generales a todas las coberturas de la póliza	pág. 6 ●
Artículo 4°. Documentación del contrato	pág. 6 ●
Artículo 5°. Perfección y toma de efecto del contrato	pág. 7 ●
Artículo 6°. Duración del contrato	pág. 7 ●
Artículo 7°. Condiciones en que se contrata el seguro	pág. 7 ●
Artículo 8°. Indisputabilidad	pág. 7 ●
Artículo 9°. Comunicación en caso de agravación	pág. 7 ●
Artículo 10°. Comunicación en caso de disminución del riesgo	pág. 8 ●
Artículo 11°. Pago del seguro	pág. 8 ●
Artículo 12°. Falta de pago y suspensión de la cobertura	pág. 8 ●
Artículo 13°. Obligaciones en caso de siniestro	pág. 9 ●
Artículo 14°. Pago de indemnizaciones	pág. 9 ●
Artículo 15°. Designación y cambio de beneficiarios	pág. 9 ●
Artículo 16°. Rehabilitación del contrato	pág. 10 ●
Artículo 17°. Prescripción	pág. 10 ●
Artículo 18°. Competencia	pág. 10 ●
CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS DE LAS PÉRDIDAS DERIVADAS DE ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS EN SEGUROS DE PERSONAS	pág. 11 ●



PRELIMINAR

El presente contrato se encuentra sometido a la Ley de Contrato de Seguros 50/1980, de 8 de octubre (Boletín Oficial del Estado de 17 de octubre del mismo año), cuyo artículo 2º establece que serán válidas las cláusulas contractuales distintas de las legales que sean más beneficiosas para el asegurado. Las cláusulas limitativas contenidas en la póliza sólo serán válidas con la previa aprobación por escrito del suscriptor de la póliza. No requerirán dicha aprobación las meras transcripciones o referencias a textos legales imperativos. Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el tomador podrá reclamar al asegurador, en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza, para que se subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza.

DEFINICIONES

A los efectos de este contrato se entiende por:

1. ASEGURADOR: OCASO, S.A.

Ocaso, S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros que, como entidad aseguradora, asume el riesgo contractualmente pactado.

2. TOMADOR DEL SEGURO:

La persona física o jurídica que, junto con el asegurador, suscribe este contrato.

3. ASEGURADO:

La persona física sobre cuya vida se estipula el seguro.

4. BENEFICIARIO:

La persona o personas físicas o jurídicas, titulares del derecho a la indemnización.

El beneficiario en caso de fallecimiento del asegurado será el designado en la Condiciones Particulares. Salvo designación expresa en las citadas Condiciones Particulares, el beneficiario para las garantías de Invalidez y Enfermedades Graves será el propio asegurado.

5. PÓLIZA:

El documento que contiene las condiciones reguladoras del seguro.

Forman parte integrante de la póliza: las Condiciones Generales y Especiales, las Particulares que individualizan el riesgo, la Solicitud de Seguro, las Declaraciones de Salud, las Pruebas Médicas en su caso y los Suplementos y los Apéndices que se emitan a la misma para complementarla o modificarla.

6. PRIMA:

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

7. EDAD A EFECTOS DEL SEGURO:

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.

8. SUMA ASEGURADA:

El límite máximo de indemnización del asegurador.

9. SINIESTRO:

La ocurrencia del hecho que, amparado por la póliza, obliga al asegurador al pago de la suma asegurada o a la prestación prevista en el contrato.

10. SUICIDIO:

La muerte causada consciente y voluntariamente por el propio asegurado.

OBJETO Y EXTENSIÓN DEL SEGURO DE RIESGOS CUBIERTOS

● ARTÍCULO 1º. SEGURO PRINCIPAL

El asegurador, al producirse el fallecimiento del asegurado, se obliga a pagar al beneficiario designado el capital garantizado si ocurre dentro de la duración establecida para el seguro. Si el asegurado vive al término de dicho plazo queda anulado el seguro y las primas pagadas a favor del asegurador.

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.

SEGURO COMPLEMENTARIO ACEPTADO MEDIANTE PACTO EXPRESO

● ARTÍCULO 2º

Sólo mediante su expresa contratación, que constará en las Condiciones Particulares de la póliza, y pago de la prima correspondiente, pueden asegurarse los presentes seguros complementarios, siéndoles de aplicación las Condiciones Generales, Especiales -si las hubiere- y Particulares de la póliza.

2.1. SEGURO COMPLEMENTARIO DE INVALIDEZ ABSOLUTA Y PERMANENTE

2.1.1. DELIMITACIÓN DE LA COBERTURA

Por el presente seguro complementario, el asegurador anticipará el pago del capital señalado en las Condiciones Particulares para la garantía principal de fallecimiento en el supuesto de que el asegurado resulte afectado de una Invalidez Absoluta y Permanente. A los efectos de este seguro se entiende por **Invalidez Absoluta y Permanente**: la situación física irreversible provocada por accidente o enfermedad, originados **independientemente** de la voluntad del asegurado, determinante de la total ineptitud de este para el mantenimiento **permanente** de cualquier relación laboral o actividad profesional.

La garantía principal de fallecimiento cesará, anulándose por lo tanto la póliza, en caso de abono de la indemnización correspondiente a esta garantía complementaria de invalidez absoluta y permanente.

2.1.2. COMPROBACIÓN Y DETERMINACIÓN DE LA INVALIDEZ

La comprobación y determinación se efectuará por el asegurador después de la presentación del certificado médico que acredite el grado de invalidez.

Si no hubiere acuerdo sobre si la invalidez es absoluta y permanente entre el asegurador y el asegurado, se someterán a la decisión de Peritos Médicos nombrados uno por cada parte, con la aceptación escrita de estos. 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 que hubiera designado el suyo, y de no hacerlo en este último plazo se entenderá que acepta el dictamen que emita el perito de la otra parte quedando vinculada por el mismo.

Si los Peritos Médicos llegan a un acuerdo, lo harán constar en Acta Conjunta, en la que especificarán las causas del siniestro y si la invalidez es absoluta y permanente.

Si no hay acuerdo entre ambas partes, designarán un tercer perito de conformidad y de no acreditar esta, la designación se hará por el Juez de Primera Instancia del domicilio del asegurado, en acto de jurisdicción voluntaria y por los trámites previstos para la insaculación de peritos que se establece en la Ley de Enjuiciamiento Civil. En este caso, el dictamen pericial se emitirá en el plazo que señalen 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 por mayoría, se notificará a las partes de manera inmediata y en forma indubitada, siendo vinculante para estas salvo que se impugne por alguna de las partes, dentro del plazo de treinta días, en el caso del asegurador y ciento ochenta en el del asegurado, computándose ambos desde la fecha de su notificación. Si no se interpusiere en dichos plazos la correspondiente acción, el dictamen pericial devendrá inatacable.

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

2.2 SEGURO COMPLEMENTARIO DE FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE:

2.2.1. Delimitación de la cobertura

Por el presente seguro complementario el asegurador, garantiza el pago de un capital adicional e igual al de fallecimiento del seguro principal, en el supuesto de que el asegurado fallezca a causa de un accidente.

A los efectos de este seguro, se entiende por muerte por accidente la producida 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 un año a partir de la fecha en que sufrió la lesión.

2.2.2. Determinación de fallecimiento accidental

En el supuesto de falta de acuerdo sobre la naturaleza del accidente del asegurado, el beneficiario y el asegurador se obligan a solventar las diferencias por medio del sistema de peritación contradictoria que se establece en el punto 2.1.2. de este artículo.

2.3 NORMAS APLICABLES A LOS SEGUROS COMPLEMENTARIOS

2.3.1. Las primas del Seguro Complementario vencerán en la misma fecha que las del Seguro Principal.

2.3.2. La duración se establece por periodos anuales que serán prorrogados automáticamente hasta la fecha de vencimiento que se indicará en las Condiciones Particulares de la Póliza.

2.3.3. **La garantía del Seguro Complementario de Invalidez Absoluta y Permanente cesará automáticamente al finalizar la anualidad del seguro, dentro de la cual, el asegurado cumpla la edad de sesenta y cinco años.**

2.3.4. Cuando se genere el derecho a la prestación garantizada en el Seguro Complementario, el contrato quedará rescindido.

2.4 EXCLUSIONES APLICABLES A TODOS LOS SEGUROS COMPLEMENTARIOS

Quedan excluidos:

- Los siniestros causados voluntariamente por el asegurado.
- Los accidentes o enfermedades que sobrevengan al asegurado por embriaguez o uso de estupefacientes no prescritos médicamente.
- Las consecuencias de un acto de imprudencia temeraria o negligencia grave del asegurado, declarado así judicialmente, así como los derivados de la participación de este en actos delictivos, duelos o riñas, siempre que en este último caso no hubiere actuado en legítima defensa o en tentativa de salvamento de personas o bienes.
- Las consecuencias de enfermedad o accidente originados con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro.

● ARTÍCULO 3º. EXCLUSIONES GENERALES A TODAS LAS GARANTÍAS DE LA PÓLIZA

3.1. El riesgo de aviación 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 obstante quedan excluidas de esta cobertura cuantas personas hagan del vuelo su profesión y ocupen una aeronave como integrantes de su tripulación por imperativo de las funciones que respectivamente tengan asignadas.

Se excluyen asimismo los siniestros ocurridos como consecuencia de efectuar descensos en paracaídas no exigidos por la situación del aparato.

3.2. Quedan excluidos de las garantías de esta póliza 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.

3.3. 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.

3.4. No se cubre por esta póliza los riesgos de guerra, así como los eventos que se produzcan por cualquier causa de carácter extraordinario o catastrófico, cubiertos por el Consorcio de compensación de Seguros.

● ARTÍCULO 4°. DOCUMENTACIÓN DEL CONTRATO

- 4.1. La solicitud y el cuestionario cumplimentados por el tomador del seguro y el asegurado, la proposición del asegurador en su caso y esta póliza constituyen un todo unitario fundamento del seguro.
- 4.2. Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, **el tomador del seguro podrá reclamar al asegurador 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.**

● ARTÍCULO 5°. PERFECCIÓN Y TOMA DE EFECTO DEL CONTRATO

- 5.1. 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**, salvo pacto en contrario en las Condiciones Particulares.
- 5.2. **En caso de demora en el cumplimiento de ambos requisitos, las obligaciones del asegurador comenzarán a las veinticuatro horas del día en que hayan sido cumplimentados.**
- 5.3. El Tomador del seguro tendrá la facultad de resolver el contrato dentro del plazo de los treinta días siguientes a la fecha en la que el asegurador le entregue la póliza o un documento de cobertura provisional, sin que sea preciso indicar los motivos y sin penalización alguna.

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

A partir de esta fecha cesará la cobertura del riesgo por parte del asegurador y el tomador del seguro tendrá derecho a la devolución de la prima que hubiera pagado, salvo la parte correspondiente al tiempo en que el contrato hubiera tenido vigencia. El asegurador dispondrá para ello de un plazo de 30 días a contar desde el día que reciba la comunicación de rescisión.

● ARTÍCULO 6°. DURACIÓN DEL CONTRATO

El contrato tendrá la duración establecida en las Condiciones Particulares.

● ARTÍCULO 7°. CONDICIONES EN QUE SE CONTRATA EL SEGURO

- 7.1. La presente póliza ha sido concertada a tenor de las declaraciones formuladas por el tomador en la solicitud y en base a sus respuestas al cuestionario previo correspondiente, así como a las declaraciones que sobre su estado de salud ha formulado el asegurado en el cuestionario o reconocimiento médico oportuno.

Quedará exonerado de tal deber si el asegurador no le somete cuestionario o cuando, aún sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.

- 7.2. 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 período en curso en el momento en que se haga esta declaración, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte.
- 7.3. Si el siniestro sobreviniere antes de que el asegurador hubiera hecho la declaración a que se refiere el número anterior, la prestación de este se reducirá en la misma proporción existente entre la prima convenida en la póliza y la que correspondería de acuerdo con la verdadera entidad del riesgo. **Cuando la reserva o inexactitud se hubiera producido mediando dolo o culpa grave del tomador, el asegurador quedará liberado del pago de la prestación.**

● ARTÍCULO 8°. INDISPUTABILIDAD

- 8.1. El asegurador 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 haya actuado con dolo o en el supuesto de indicación inexacta de la edad del asegurado, si la verdadera edad de este en el momento de la entrada en vigor del contrato excede de los límites de admisión establecidos por aquél.
- 8.2. 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.

● ARTÍCULO 9°. COMUNICACIÓN EN CASO DE AGRAVACIÓN

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

- 9.2. El asegurador puede, en un plazo de dos meses a contar desde el 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.

- 9.3. Si sobreviniere un siniestro antes de haberse realizado 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.

● **ARTÍCULO 10°. COMUNICACIÓN EN CASO DE DISMINUCIÓN DEL RIESGO**

- 10.1. El tomador o el asegurado podrán, durante el curso del contrato, poner en conocimiento del asegurador todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por este en el momento de la perfección del contrato lo habría concluido en condiciones más favorables para el tomador del seguro.
- 10.2. En tal caso, al finalizar el período en curso cubierto por la prima, el asegurador deberá reducir 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.

● **ARTÍCULO 11°. PAGO DEL SEGURO**

- 11.1. El tomador está obligado al pago de la primera prima en el momento de la perfección del contrato. Las sucesivas primas se deberán hacer efectivas en los correspondientes vencimientos.
- 11.2. Si en las Condiciones Particulares no se determina ningún lugar para el pago de la prima, se entenderá que este ha de hacerse en el domicilio del tomador del seguro.
- 11.3. Si se ha pactado la domiciliación bancaria de los recibos de prima, se aplicarán las siguientes normas:
- a) El tomador entregará al asegurador carta dirigida al establecimiento bancario o Caja de Ahorros dando la orden oportuna al efecto.
 - b) La prima se entenderá satisfecha a su vencimiento, salvo que intentado el cobro dentro del plazo de un mes a partir de dicha fecha, no existiesen fondos suficientes en la cuenta del obligado al pago, en cuyo caso se pondrá en conocimiento del tomador.
 - c) Si el asegurador presenta al cobro el recibo y no existiesen fondos suficientes en la cuenta, aquél deberá notificar tal hecho al obligado a pagar la prima mediante medio indubitado, concediéndole un nuevo plazo de un mes para que comunique al asegurador la forma en que satisfará su importe. Este plazo se computará desde la recepción de la expresada carta o notificación en el último domicilio comunicado al asegurador.

● **ARTÍCULO 12°. FALTA DE PAGO Y SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA**

- 12.1. 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 de la prima debida en 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.**
- 12.2. 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.
- 12.3. 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 esté en suspenso, podrá exigir el pago de las primas vencidas no satisfechas.
- 12.4. Si el contrato no hubiese sido resuelto o extinguido conforme a los números 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.

● ARTÍCULO 13°. OBLIGACIONES EN CASO DE SINIESTRO

- 13.1.** 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.
- 13.2.** También deberán dar al asegurador toda clase de informaciones sobre las circunstancias del siniestro.

● ARTÍCULO 14°. PAGO DE INDEMNIZACIONES

- 14.1.** En caso de ocurrencia del riesgo previsto en la póliza, el asegurador pagará al beneficiario o beneficiarios designados por el mismo, según proceda, la prestación contratada.
- 14.2. En caso de fallecimiento del asegurado, los beneficiarios deberán presentar los siguientes documentos:**
- a) Certificado de defunción y de nacimiento del asegurado, salvo que este último ya haya sido aportado.
 - b) Certificado oficial médico del que haya asistido al asegurado, indicando el origen, evolución y naturaleza de la enfermedad que le causó la muerte o, en su caso, testimonio de las diligencias judiciales o documentos que acrediten el fallecimiento por accidente.
 - c) Certificado de Registro de Actos de Últimas Voluntades, copia del último testamento del tomador o Auto Judicial de Declaración de Herederos, en su caso.
 - d) Carta de pago del Impuesto de Sucesiones y Donaciones.
 - e) N.I.F, Permiso de Residencia, Pasaporte, o D.N.I. en su caso, de los beneficiarios.
- 14.3. En caso de Invalidez Absoluta y Permanente, los beneficiarios deberán presentar los siguientes documentos:**
- a) Certificado de nacimiento del asegurado.
 - b) Certificado del médico en el que se determine la fecha de origen, naturaleza, causas y evolución de la enfermedad o lesión corporal que ha producido la invalidez.
 - c) Carta de pago del Impuesto de Sucesiones y Donaciones en su caso.
 - d) NIF, Permiso de Residencia, Pasaporte o DNI en su caso, de los beneficiarios.
- 14.4.** Una vez recibidos los anteriores documentos, el asegurador, en el plazo máximo de cinco días, deberá pagar o consignar la prestación garantizada y en cualquier caso, dentro de los cuarenta días a partir de la recepción de la declaración del siniestro o de la fecha del vencimiento del contrato.
- 14.5.** Si en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro, el asegurador no hubiere indemnizado su importe en metálico, por causa no justificada o que le fuera imputable, la indemnización se incrementará con el pago de un interés anual igual al del interés legal del dinero vigente en el momento que se devengue, incrementado en el 50%. Una vez transcurridos dos años desde la producción del siniestro, el interés anual no podrá ser inferior al 20%.

● ARTÍCULO 15°. DESIGNACIÓN Y CAMBIO DE BENEFICIARIOS

- 15.1.** 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.
- 15.2.** La designación de beneficiario o la revocación de esta se podrá hacer constar en las Condiciones Particulares o en una posterior declaración escrita comunicada al asegurador o bien en testamento.
- 15.3.** Si los beneficiarios no están designados por su nombre sino de una forma genérica como cónyuge, hijos o herederos, dicha designación será interpretada de la siguiente manera:
- a) Cónyuge: persona que lo sea en el momento del fallecimiento del asegurado.
 - b) Hijos: todos los descendientes con derecho a herencia.
 - c) Herederos: los que tengan tal condición en el momento de fallecer el asegurado.

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

15.4. 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, esta se hará en proporción a la cuota hereditaria.

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

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

● **ARTÍCULO 16°. REHABILITACIÓN DEL CONTRATO**

El seguro rescindido puede ser rehabilitado en las mismas condiciones en que se contrató, mediante el pago de las primas atrasadas actualizadas al interés máximo anual igual al Euribor a un año, incrementado en dos puntos, debiendo presentar el asegurado las pruebas que a juicio del asegurador sean suficientes y satisfactorias para demostrar que en el momento de la rehabilitación se halla en las condiciones de salud exigidas para contratar esa modalidad de seguro.

● **ARTÍCULO 17°. PRESCRIPCIÓN**

Prescriben a los cinco años las acciones derivadas de este contrato. El cómputo se efectuará desde el día en que pudieron ejercitarse.

● **ARTÍCULO 18°. COMPETENCIA**

Será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro el del domicilio del asegurado en España, siendo nulo cualquier pacto en contrario.



MODELO SIN VALOR CONTRACTUAL

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

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, 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 manifestamente 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 puedan 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 este 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.

MODELO SIN VALOR
CONTRACTUAL



MODEL OF OWN VALOR
CONTINGENT ACTUAL