



CONDICIONES GENERALES

Multivida

El seguro de vida más completo

Mod. 1148

 **OCASO**

SU TRANQUILIDAD ES LO PRIMERO

En caso de siniestro

A través del teléfono

A su servicio las 24 horas del día

91 703 90 10

Evite desplazamientos innecesarios

PARA CUALQUIER DUDA

Atención al asegurado

En Ocaso estamos siempre cerca de usted para solucionarle sus problemas las 24 horas del día.
Por eso hemos puesto a su disposición la Oficina de Atención al Asegurado, con la que podrá contactar llamando al teléfono:

900 32 00 32

Esta es su garantía:

CAPITAL SOCIAL

400.000.000 de euros

TOTALMENTE DESEMBOLSADO

Domicilio Social: Princesa, 23. 28008 Madrid. Teléfono: 915 380 100. E-Mail: ocaso@ocaso.es

Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid,
tomo 3773, folio 33, sección 8, hoja M-62817 - CIF: A-28016608

Índice

Definiciones	7
Objeto y extensión del seguro-Riesgos cubiertos.....	8
1. Seguro principal	9
2. Seguros Complementarios aceptados mediante pacto expreso	9
2.1. Seguro complementario de invalidez absoluta y permanente	9
2.2. Seguro complementario de muerte por accidente	10
2.3. Seguro complementario de muerte por accidente de circulación	10
2.4. Seguro complementario de muerte o invalidez absoluta y permanente por accidente	10
2.5. Seguro complementario de muerte o invalidez absoluta y permanente por accidente de circulación	11
2.6. Seguro complementario de enfermedades graves	11
2.7. Seguro complementario de fallecimiento simultaneo por accidente	13
2.8. Seguro complementario de fallecimiento por infarto de miocardio	13
2.9. Normas comunes a todos los seguros complementarios	14
2.10. Exclusiones aplicables a todos los seguros complementarios	14
3. Exclusiones generales a todas las coberturas de la póliza	14
4. Documentación del contrato	15
5. Disposición anticipada del valor de póliza	15
6. Perfección y toma de efecto del contrato	15
7. Condiciones en que se contrata el seguro	15
8. Indisputabilidad	16
9. Comunicación en caso de agravación	16
10. Comunicación en caso de disminución del riesgo	16
11. Pago del seguro	17
12. Falta de pago y suspensión de la cobertura	17
13. Obligaciones en caso de siniestro	17
14. Pago de indemnizaciones	17
15. Designación y cambio de beneficiarios	18
16. Rehabilitación del contrato	19
17. Prescripción	19
18. Competencia	19
Cláusula “WB 2018”. Indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios en seguros de personas	20

El presente contrato se regirá por la Legislación española y en concreto por la Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro, por la 20/2015 de 14 de Julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, su reglamento y por la normativa específica que sea aplicable.

Serán válidas las cláusulas contractuales, distintas de las legales, que sean más beneficiosas para el asegurado. Las cláusulas limitativas contenidas en la póliza solo serán válidas con la previa aprobación por escrito del suscriptor de la póliza.

Si el contenido de la presente póliza es distinto de la proposición del seguro o de las cláusulas acordadas, el tomador del seguro podrá reclamar a la entidad aseguradora en el plazo de un mes 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.

Definiciones

A los efectos de este contrato se entiende por:

1. ASEGURADOR

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. POLIZA

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.

11. CRECIMIENTO ARITMÉTICO

Consiste en incrementar anualmente una cantidad, en un tanto por ciento fijo de su valor al inicio del seguro.

12. CRECIMIENTO GEOMÉTRICO

Consiste en incrementar anualmente una cantidad, en un tanto por ciento fijo de su valor de la anualidad inmediata anterior.



Objeto y extensión del seguro

Riesgos cubiertos

1. Seguro principal
2. Seguros Complementarios aceptados mediante pacto expreso
3. Exclusiones generales a todas las coberturas de la póliza
4. Documentación del contrato
5. Disposición anticipada del valor de póliza
6. Perfección y toma de efecto del contrato
7. Condiciones en que se contrata el seguro
8. Indisputabilidad
9. Comunicación en caso de agravación
10. Comunicación en caso de disminución del riesgo
11. Pago del seguro
12. Falta de pago y suspensión de la cobertura
13. Obligaciones en caso de siniestro
14. Pago de indemnizaciones
15. Designación y cambio de beneficiarios
16. Rehabilitación del contrato
17. Prescripción
18. Competencia

1. 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.

2. Seguros complementarios aceptados mediante pacto expreso

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, a los que serán 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 éste para el mantenimiento permanente de cualquier relación laboral o actividad profesional.

Tanto la garantía principal como el resto de garantías complementarias cesarán, 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 éstos. 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 ésta, 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 éstas 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 interpusiese 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 muerte 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. Seguro complementario de muerte por accidente de circulación

2.3.1. Delimitación de la cobertura

Por el presente seguro complementario el asegurador garantiza el pago de un capital adicional e igual al del seguro complementario de muerte por accidente. Esta garantía solamente podrá ser contratada conjuntamente con la anterior. Se considerará, a efectos de esta garantía, que un accidente es de circulación en los siguientes supuestos:

- a. Fallecimiento del asegurado como peatón causado por un vehículo.
- b. Fallecimiento del asegurado como conductor o pasajero de un vehículo terrestre.
- c. Fallecimiento del asegurado como usuario de transportes públicos terrestres, marítimos o aéreos.

2.3.2. Exclusiones de la cobertura

Están excluidos de la presente garantía los accidentes ocurridos por participación del asegurado en pruebas deportivas de cualquier clase, ocupando el vehículo como piloto, copiloto, o simple pasajero.

2.3.3. Determinación de fallecimiento por accidente de circulación

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

2.4. Seguro complementario de muerte o invalidez absoluta y permanente por accidente

2.4.1. 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 o adquiera una invalidez absoluta y permanente a causa de un accidente.

A los efectos de este seguro es de aplicación lo establecido en el punto 2.1. de las presentes condiciones, relativo a la delimitación de la garantía, comprobación y determinación de la garantía complementaria de invalidez absoluta y permanente, así como lo señalado en el punto 2.2. de estas mismas condiciones relativo a la delimitación y determinación de la garantía de fallecimiento por accidente.

2.5. Seguro complementario de muerte o invalidez absoluta y permanente por accidente de circulación

2.5.1. 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 o adquiera una invalidez absoluta y permanente a causa de un accidente de circulación. Esta garantía sólo podrá ser contratada conjuntamente con la anterior.

A los efectos de este seguro es de aplicación lo establecido en el punto 2.1. de las presentes condiciones, relativo a la delimitación de la garantía, comprobación y determinación de la garantía complementaria de invalidez absoluta y permanente, así como lo señalado en el punto 2.3. de estas mismas condiciones relativo a la delimitación, exclusiones y determinación de la garantía de fallecimiento por accidente de circulación.

2.6. Seguro complementario de enfermedades graves

2.6.1. Delimitación de la cobertura

Si el asegurado es diagnosticado de alguna de las enfermedades, o sufre alguna de las intervenciones cubiertas por esta garantía, siempre y cuando dicho diagnóstico o intervención sean realizados por un médico legalmente autorizado, **el asegurador pagará el capital indicado en las Condiciones Particulares como anticipo del capital contratado para el seguro principal.**

Una vez satisfecha la indemnización a consecuencia de esta cobertura, el capital garantizado para el seguro principal quedará reducido a la diferencia existente entre dicho capital y la indemnización abonada.

En caso de que la indemnización por Enfermedades Graves suponga un adelanto de la totalidad del capital asegurado para el seguro principal, el contrato quedará extinguido.

Para todas las enfermedades y garantías cubiertas en estas Condiciones se establece UN PLAZO DE CARENIA DE TRES MESES desde la fecha de emisión de la póliza, entendiéndose que si se produce el diagnóstico de cualquiera de las Enfermedades Graves reseñadas dentro de ese plazo, no se atenderá la posible reclamación y se considerará sin efecto esta Garantía.

Una vez diagnosticada la Enfermedad Grave no se podrá asegurar ni indemnizar una invalidez posterior debida a Enfermedad Grave. Sólo se recibirá el anticipo por la primera Enfermedad Grave diagnosticada.

2.6.2. Enfermedades graves cubiertas

a. Cáncer

Tumor maligno caracterizado por el crecimiento y la dispersión incontrolable de células malignas y la invasión del tejido normal, comprobado por biopsia u otras pruebas complementarias que lo garanticen.

Quedan excluidos:

- **La leucemia linfocítica crónica.**
- **Los tipos de cáncer no invasores in situ.**

- **Los tumores en presencia de cualquier virus de inmunodeficiencia humana.**
- **La enfermedad de Hodgkin en su primera fase.**
- **Los tumores de la piel, a excepción del melanoma maligno agresivo.**

b. Ataque de apoplejía o accidente cerebro-vascular

Todo padecimiento cerebro-vascular que produzca secuelas neurológicas que duren más de 24 horas e incluya infarto del tejido cerebral, hemorragia y embolismo de una fuente extracraneal.

Deben existir pruebas de deficiencia neurológica permanente. Estas pruebas deberán ser realizadas por un neurólogo después de transcurridas 6 semanas, como mínimo, desde el accidente.

No se pagará prestación alguna antes de realizarse dichas pruebas. Se excluyen los accidentes vasculares isquémicos transitorios y accidentes lentamente reversibles.

El accidente cerebro-vascular deberá haberse tratado en un hospital.

c. Infarto de miocardio

Muerte de una parte del músculo del miocardio como resultado de un déficit de aporte sanguíneo. El diagnóstico de infarto de miocardio se basa en:

- Historial de dolor precordial típico y prolongado.
- Cambios específicos del electrocardiograma (aparición de la onda Q)
- Elevación en sangre de los valores de enzimas musculares cardíacas.

El ataque cardíaco deberá haberse tratado en un hospital

d. Insuficiencia renal

Insuficiencia renal en su etapa final, presentándose como la insuficiencia crónica e irreversible del funcionamiento de ambos riñones, de la cual se deriva el inicio de un tratamiento regular de diálisis renal al menos una vez por semana o la práctica de una operación de trasplante de riñón.

La necesidad de diálisis regular deberá estar certificada por un informe nefrológico.

e. Trasplante de órganos vitales

Someterse a una cirugía de trasplante como receptor de uno de los siguientes órganos: Corazón, Pulmón, Hígado, Páncreas, Riñón y Médula ósea.

f. Afección de las arterias coronarias que exija cirugía

Someterse a cirugía cardíaca (operación "by-pass" o "puente coronario") para corregir el estrechamiento u obstrucción de dos o más arterias coronarias. Tiene que ser probado que el sometimiento a la cirugía ha sido necesario por medio de angiografía coronaria.

El resultado de la angiografía, junto con el informe médico, estará a disposición de la Entidad Aseguradora.

Quedan excluidos:

- **La angioplastia.**
- **Los tratamientos por láser y otras técnicas que no requieran la apertura quirúrgica del tórax.**

- Las operaciones de válvulas.
- Las operaciones por tumoración intracardiaca.
- La alteración congénita.

2.6.3. Exclusiones a esta garantía

- El incumplimiento de las prescripciones médicas.
- Toda enfermedad y/o intervención quirúrgica no contemplada en la póliza.
- El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). La presencia del virus del SIDA descubierto mediante test de anticuerpos de SIDA con resultado positivo y cualquier otra enfermedad derivada de lo anterior.

2.7. Seguro complementario de fallecimiento simultaneo por accidente

2.7.1. 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 y la persona indicada en las Condiciones Particulares de la póliza fallezcan a causa de un mismo accidente.

El fallecimiento de ambos se debe producir dentro de los 365 días siguientes a la fecha en que se produjo el accidente

2.7.2. Determinación de fallecimiento accidental

En el supuesto de falta de acuerdo sobre la naturaleza del accidente del asegurado y de la persona designada como acompañante, 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, así como lo señalado en el punto 2.2. de estas mismas condiciones relativo a la delimitación y determinación de la garantía de fallecimiento por accidente.

2.8. Seguro complementario de fallecimiento a causa de infarto de miocardio

2.8.1. 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 infarto de miocardio ocurrido inmediatamente o dentro de tres meses a partir de la fecha en que sufrió la lesión.

A los efectos de este seguro, se entiende por infarto de miocardio la muerte de una parte del músculo del miocardio como resultado de un déficit de aporte sanguíneo. El diagnóstico de infarto de miocardio se basa en:

- Historial de dolor precordial típico y prolongado.
- Cambios específicos del electrocardiograma (aparición de la onda Q)
- Elevación en sangre de los valores de enzimas musculares cardíacas.

No se cubre en esta garantía la muerte causada por otras enfermedades cardio-vasculares.

2.8.2. Determinación de fallecimiento a causa de infarto de miocardio

En el supuesto de falta de acuerdo sobre la naturaleza del infarto que causa la muerte 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.

2.8.3. Exclusiones de esta garantía

Se excluyen de la presente seguro los infartos de miocardio en aquellas personas que, con anterioridad a la firma de la póliza, hayan sufrido infartos o algún problema de tipo cardiovascular.

2.9. Normas comunes a todos los seguros complementarios

2.9.1. Las primas de los seguros complementarios vencerán en la misma fecha que la del seguro principal.

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

2.9.3 Las garantías de los seguros complementarios cesarán automáticamente al finalizar la anualidad del seguro, dentro de la cual, el asegurado cumpla la edad de sesenta y cinco años, salvo el seguro complementario de fallecimiento a consecuencia de infarto de miocardio que cesará en la edad del asegurado indicada en Condiciones Particulares.

2.9.4 Cuando se genere el derecho a alguna de las prestaciones garantizadas en los seguros complementarios el contrato quedará rescindido.

2.10. 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 éste 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.
- A efecto de los capitales adicionales por accidente contemplados en las garantías complementarias se excluyen la muerte, invalidez y sus consecuencias que tengan origen en el infarto, embolia, derrame cerebral, tromboflebitis, enfermedades cardiovasculares, hemorragias y similares, salvo que se hayan producido a consecuencia directa de una accidente cubierto por la póliza. No obstante, lo dispuesto en esta exclusión no será de aplicación, exclusivamente en lo referente al infarto, cuando se contrate la garantía complementaria de FALLECIMIENTO A CAUSA DE INFARTO DE MIOCARDIO.

3. 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.

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.

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.**

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.

6. Duración del contrato

El contrato tendrá la duración establecida en las Condiciones Particulares.

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 éste 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.**

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 éste 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.

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 éste 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 del día en que la agravación le ha sido declarada, proponer una modificación del contrato. En tal caso, el tomador dispone de quince días a contar desde la recepción de la proposición para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo o de silencio por parte del tomador, el asegurador puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al tomador, dándole para que conteste un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho días siguientes comunicará al tomador la rescisión definitiva.

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

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.

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 éste 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.

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 éste 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 aplicaran 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.

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.

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.

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. NIF, Permiso de Residencia, Pasaporte, o DNI en su caso, de los beneficiarios.

14.3. En caso de Invalidez o Enfermedad Grave, 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 enfermedad grave o 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. En caso de fallecimiento de la persona designada como acompañante del asegurado en la garantía complementaria de fallecimiento simultáneo, los beneficiarios deberán presentar los siguientes documentos, además de los señalados en el apartado 14.2.:

- a. Certificado de defunción de la persona designada como acompañante del asegurado y que ha fallecido de forma simultánea con él.
- 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.

14.5. 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.

14.6. 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 incrementara 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%.

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 ésta 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:

Cónyuge

Persona que lo sea en el momento del fallecimiento del asegurado.

Hijos

Todos los descendientes con derecho a herencia

Herederos

Los que tengan tal condición en el momento de fallecer el asegurado.

En los tres 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, ésta 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.

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 básico del Banco de España, 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.

17. Prescripción

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

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.



Cláusula “WB 2018”

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

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, el tomador de un contrato de seguro de los que deben obligatoriamente incorporar recargo a favor de la citada entidad pública empresarial tiene la facultad de convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier entidad aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente.

Las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en España, o en el extranjero cuando el asegurado tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el tomador hubiese satisfecho los correspondientes recargos a su favor y se produjera alguna de las siguientes situaciones:

- a. Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por la póliza de seguro contratada con la entidad aseguradora.
- b. Que, 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 incluidas las producidas por embates de mar; erupciones volcánicas; tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 120 km/h y los tornados); y caídas de cuerpos siderales y aerolitos.
- b. Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
- c. Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

Los fenómenos atmosféricos y sísmicos, de erupciones volcánicas y la caída de cuerpos siderales se certificarán, a instancia del Consorcio de Compensación de Seguros, mediante informes expedidos por la Agencia Estatal de Meteorología (AEMET), EL Instituto Geográfico Nacional y los demás organismos públicos competentes en la materia. En los casos de acontecimientos de carácter político o social, así como en el supuesto de daños producidos por hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas o Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz, el Consorcio de Compensación de Seguros podrá recabar de los órganos jurisdiccionales y administrativos competentes información sobre los hechos acaecidos.

2. Riesgos Excluidos

- a. Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
- b. Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.
- c. Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.

- d. Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 12/2011, de 27 de mayo, sobre responsabilidad civil por daños nucleares o producidos por materiales radiactivos.
- e. Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el apartado 1.a) anterior y, en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.
- f. Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios de los señalados en el apartado 1.b) anterior.
- g. Los causados por mala fe del asegurado.
- h. Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.
- i. Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de «catástrofe o calamidad nacional».

3. Extensión de la cobertura

- 1. La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y las mismas sumas aseguradas que se hayan establecido en las pólizas de seguro a efectos de la cobertura de los riesgos ordinarios.
- 2. En las pólizas de seguro de vida que, de acuerdo con lo previsto en el contrato, y de conformidad con la normativa reguladora de los seguros privados, generen provisión matemática, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que la entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

COMUNICACIÓN DE DAÑOS AL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

- 1. La solicitud de indemnización de daños cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros, se efectuará mediante comunicación al mismo por el tomador del seguro, el asegurado o el beneficiario de la póliza, o por quien actúe por cuenta y nombre de los anteriores, o por la entidad aseguradora o el mediador de seguros con cuya intervención se hubiera gestionado el seguro.
- 2. La comunicación de los daños y la obtención de cualquier información relativa al procedimiento y al estado de **tramitación de los siniestros podrá realizarse:**
 - Mediante llamada al Centro de Atención Telefónica del Consorcio de Compensación de Seguros (900 222 665 ó 952 367 042).
 - A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (www.conorseguros.es)
- 3. Valoración de los daños: La valoración de los daños que resulten indemnizables con arreglo a la legislación de seguros y al contenido de la póliza de seguro se realizará por el Consorcio de Compensación de Seguros, sin que éste quede vinculado por las valoraciones que, en su caso, hubiese realizado la entidad aseguradora que cubriese los riesgos ordinarios.
- 4. Abono de la indemnización:
El Consorcio de Compensación de Seguros realizará el pago de la indemnización al beneficiario del seguro mediante transferencia bancaria.

SEGUROS OCASO

Protegemos lo que más le importa



HOGAR



AHORRO



DECESOS



VIAJE



JUBILACIÓN



ACCIDENTES



COMUNIDADES

Millones de asegurados confían en la calidad y la excelencia del servicio de nuestros seguros, descúbralos todos en www.ocado.es



www.ocado.es | 915 380 100

Princesa 23, 28008 Madrid