

IMQ Decesos

Seguro de decesos a Prima Nivelada

Condiciones Generales

MODELO 2026



IMQ Decesos

Seguro de decesos a Prima Nivelada

Condiciones Generales

MODELO 2026

Registrada en la Dirección General de Planificación Sanitaria con el número 230. Inscrita en el Registro Especial de Entidades Aseguradoras del Ministerio de Economía y Competitividad por O.M. del 28 de Abril de 1960 (B.O.E. de 21 de mayo de 1980). Constituidos los Depósitos que marca la Ley. Reserva íntegra en España.

Índice

Seguro de decesos a Prima Nivelada

Artículo 1	Cláusula Preliminar	4
Artículo 2	Definiciones	4
Artículo 3	Bases del Contrato	6
Artículo 4	Objeto del Seguro	6
Artículo 5	Descripción de la Garantía de Gastos del Servicio Fúnebre y Asistencia por Fallecimiento	7
Artículo 6	Descripción de la Garantía de Fallecimiento por Accidente	9
Artículo 7	Descripción de la Garantía de Asistencia en Viaje en el Extranjero	12
Artículo 8	Riesgos Excluidos	17
Artículo 9	Ámbito Territorial	19
Artículo 10	Periodo de Carencia	19
Artículo 11	Personas Asegurables	19
Artículo 12	Duración del Contrato	20
Artículo 13	Pago de la Prima	20
Artículo 14	Revalorización automática del Capital Asegurado y de la Prima de la garantía de Gastos del Servicio Fúnebre y de Asistencia por Fallecimiento	21
Artículo 15	Forma de actuar en caso de Siniestro	22
Artículo 16	Obligaciones, deberes y facultades del Tomador del Seguro y/o del Asegurado	23
Artículo 17	Otras obligaciones del Asegurador	26
Artículo 18	Designación y cambio de Beneficiarios	26
Artículo 19	Protección de Datos	27
Artículo 20	Control e Instancias de Reclamación. Departamento de Atención al Cliente	31
Artículo 21	Jurisdicción	33
Artículo 22	Prescripción	33
Artículo 23	Comunicaciones	33
Artículo 24	Cobertura de Riesgos Extraordinarios	33
Artículo 25	Contratación a distancia	36

Seguro de decesos a Prima Nivelada

Artículo 1

Cláusula Preliminar

1. La actividad aseguradora que lleva a cabo IGUALATORIO MEDICO QUIRURGICO S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS está sometida al control de la Administración Central del Estado siendo el órgano competente para ello la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones dependiente del Ministerio de Economía y Competitividad.
2. El presente Contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (B.O.E. de 17 de octubre), por la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, y el Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y por lo que se conviene en las presentes Condiciones Generales, Particulares y Especiales que se le unan, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos del Tomador del seguro y del Asegurado que no sean especialmente aceptadas por escrito por los mismos. No requerirán la mencionada aceptación las meras transcripciones o referencias a preceptos legales o reglamentos imperativos.
3. En aplicación de lo establecido en el Artículo 3 de la Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro, se destaca en letra negrita las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados contenidas en las presentes Condiciones Generales. Asimismo, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 8.3 Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro, se describen, de forma clara y comprensible, las garantías y coberturas otorgadas en el contrato, así como respecto a cada una de ellas, las exclusiones y limitaciones que les afecten destacadas tipográficamente.

El Tomador del seguro, mediante la firma de las Condiciones Particulares, acepta específicamente las cláusulas limitativas de los derechos del Asegurado que se resaltan en estas Condiciones Generales.

Artículo 2

Definiciones

A los efectos del presente Contrato se entenderá por:

Accidente

Todo hecho violento, súbito, externo y fortuito, ajeno a la intencionalidad del Asegurado, que produzca una lesión corporal de la que se derive la muerte del Asegurado.

Año natural

Periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre siguiente.

Asegurado

La persona o personas físicas sobre las cuales se establece el Seguro y que, en

defecto del Tomador, asumen las obligaciones derivadas del Contrato.

Asegurador

La persona jurídica que asume el riesgo contractualmente pactado. En esta Póliza Igualatorio Médico Quirúrgico, S.A. de Seguros y Reaseguros, en lo sucesivo, el Asegurador.

Capital Asegurado

Es el importe máximo a pagar por el Asegurador en caso de Siniestro, y que figura en las Condiciones Particulares de esta Póliza.

Condiciones Particulares

Documento integrante de la Póliza en el que se concretan y particularizan los aspectos del riesgo que se asegura.

Declaración de Salud

Declaración realizada y firmada por el Tomador del seguro y/o el Asegurado antes de la formalización de la Póliza y que sirve al Asegurador para la valoración del riesgo que es objeto del Seguro.

Devengo de la Prima

Es el momento en el que el Tomador del seguro se convierte en deudor del Asegurador por la integridad de la suma dineraria que constituye la Prima. La Primera Prima se devenga al tiempo de contratación del Seguro. La Segunda y Sucesivas Primas se devengan al comienzo de cada período anual posterior.

Enfermedad preexistente

Es la padecida por el Asegurado con anterioridad a la fecha de contratación del Seguro o del alta en la Póliza.

Fraccionamiento del pago de la Prima

Es la facilidad de pago que en las Condiciones Particulares puede establecerse entre el Asegurador y el Tomador del seguro, en beneficio de éste, y que consiste en la posibilidad de posponer el pago de toda o parte de la Prima a un momento posterior al de su devengo. La posibilidad de fraccionar el pago de la Prima en ningún caso supone que ésta sea divisible.

Periodo de Carencia

Intervalo de tiempo durante el cual no son efectivas las coberturas incluidas dentro de las garantías de la Póliza. Se computará por meses contados desde la entrada en vigor de la Póliza y para cada uno de los Asegurados.

Póliza

Es el documento que contiene las cláusulas y pactos reguladores del Contrato de Seguro. Forman parte integrante e inseparable de la Póliza las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, las Especiales si procediesen, la Solicitud del Seguro y todos aquellos suplementos o apéndices que se emitan con posterioridad y la complementen.

Prestación

Consiste en la asunción del coste de la asistencia derivada del acaecimiento del Siniestro objeto de cobertura, durante la vigencia del Contrato.

Prima

Es el precio del Seguro. La Prima es nivelada pagadera por adelantado anualmente. No obstante podrá pactarse su pago fraccionado, lo que en ningún caso constituirá fragmentación del carácter anual e indivisible de la misma.

Servicio fúnebre

El conjunto de elementos y servicios contratados y especificados en las Condiciones Particulares.

Siniestro

Acontecimiento cuyas consecuencias hacen necesaria la utilización de servicios que se encuentran total o parcialmente cubiertos por la Póliza.

Tomador del seguro

Es la persona física o jurídica que solicita y contrata el Seguro, y a quien corresponden las obligaciones que del mismo se deriven, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado.

Artículo 3

Bases del Contrato

El presente contrato ha sido concretado sobre las bases de las declaraciones formuladas por parte del Tomador del seguro y/o Asegurado, en la Solicitud del Seguro sobre su estado de salud. Dichas declaraciones constituyen la base para la aceptación del riesgo del presente Contrato por parte del Asegurador y forman parte integrante del mismo.

En consecuencia, son requisitos para contratar el sometimiento del Asegurado, a su costa, a examen médico previo, y/o cumplimentar las preguntas sobre su estado de salud incluidas en la Solicitud del Seguro establecidas por el Asegurador. El Asegurador se reserva, en todo caso, la libertad de contratar.

Las garantías de esta Póliza serán contratables hasta el 31 de diciembre de la anualidad en la que el asegurado cumpla setenta y un (71) años de edad.

El Asegurador deberá entregar al Tomador la Póliza, que estará integrada de forma conjunta e inseparablemente por las Condiciones Generales, las Particulares, las Especiales si las hubiere.

Para la determinación de la Prima aplicable y la aceptación de la emisión de la Póliza, se han tomado como bases por parte del Asegurador, las respuestas del Tomador del seguro a la Declaración de Salud sometida en la Solicitud del Seguro relativas a las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo, y la edad de los Asegurados.

Artículo 4

Objeto del Seguro

El Asegurador garantiza, dentro de los límites y condiciones estipulados por la Póliza y

mediante el pago de la Prima que en cada caso corresponda, las coberturas correspondientes a cada una de las garantías del seguro cuya inclusión figure expresamente recogida en las Condiciones Particulares, para cada uno de los Asegurados.

Las **garantías de la presente Póliza** son:

1- Garantía de Gastos del Servicio Fúnebre y de Asistencia por Fallecimiento

2- Garantía de Fallecimiento por Accidente

3- Garantía de Asistencia en Viaje en el Extranjero

La prestación de los servicios relativos a las garantías por parte del Asegurador, con el fin de garantizar la calidad de sus componentes, se realizará a través de una empresa funeraria autorizada.

En el supuesto de que el Asegurador no hubiera podido proporcionar la prestación del servicio por causas ajenas a su voluntad, fuerza mayor o por haberse realizado el servicio a través de otros medios distintos a los ofrecidos por el Asegurador, el Asegurador se compromete a satisfacer la suma asegurada al/ los heredero/s del Asegurado fallecido, o en su defecto a la persona que hubiere sido designada a tal efecto por el Tomador **no siendo responsable de la calidad de los servicios prestados.**

El exceso de la suma asegurada sobre el coste del servicio prestado por el Asegurador corresponderá al Tomador o, en su defecto, al/los heredero/s.

En caso de concurrencia de seguros de decesos en una misma Aseguradora, el Asegurador estará obligado a devolver, a petición del Tomador, las primas pagadas de la Póliza que haya decidido anular desde que se produjo la concurrencia.

En caso de fallecimiento, si se hubiera producido la concurrencia de seguros de decesos en más de una Aseguradora, el Asegurador que no hubiera podido cumplir con su obligación de prestar el Servicio funerario en los términos y condiciones previstos en el Contrato, vendrá obligado al pago de la suma asegurada al/los heredero/s del Asegurado fallecido. No obstante lo anterior, para los casos en los que el Asegurado falleciese con edad inferior a catorce (14) años al inicio de la anualidad y se produjese a la vez concurrencia de seguros, el Asegurador únicamente quedará obligado al pago de un capital que será igual a las primas pagadas por el Asegurado o Tomador del Seguro, menos los gastos ocasionados al Asegurador.

Artículo 5

Descripción de la Garantía de Gastos del Servicio Fúnebre y Asistencia por Fallecimiento

5.1.- Gastos del Servicio Fúnebre

El Asegurador garantiza, **con el límite máximo del Capital Asegurado**, la prestación de un Servicio Fúnebre al fallecimiento de cada uno de los Asegurados, de acuerdo con lo establecido en las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza.

La Garantía de Gastos del Servicio Fúnebre se extiende a los Asegurados, cualquiera que fuese la causa del fallecimiento, salvo para los riesgos expresamente excluidos.

5.2.- Asistencia por Fallecimiento

El Asegurador garantiza, **con el límite máximo del Capital Asegurado**, la prestación de un Servicio de Asistencia por fallecimiento de cada uno de los Asegurados, de acuerdo con lo establecido en las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza.

La Garantía de Asistencia por Fallecimiento incluye los siguientes servicios:

- Traslado nacional. Libre elección del lugar de inhumación del cadáver en territorio español

En caso de fallecimiento del Asegurado en España, el Asegurador se compromete a organizar y hacerse cargo del traslado del cuerpo desde el lugar del óbito, al cementerio o planta incineradora dentro del territorio español elegido libremente por el/los heredero/s legal/es del Asegurado fallecido, así como de los gastos de embalsamamiento y de las formalidades administrativas, siempre que no exista impedimento alguno por parte de las autoridades competentes para efectuar el traslado o medien causas de fuerza mayor, y el traslado se realice por mediación de la empresa funeraria que el Asegurador designe al efectuar la correspondiente declaración de fallecimiento.

- Servicio de Gestoría

Por la presente garantía de Servicio de Gestoría en caso de fallecimiento, el Asegurador garantiza al/los heredero/s legal/es la prestación de un Servicio de Gestoría y asesoramiento en relación con los trámites a realizar con motivo del fallecimiento del Asegurado, que consistirá en:

- Atención personalizada al/los heredero/s legal/es en territorio español, mediante la asistencia de un representante acreditado del Asegurador que les informará y asesorará sobre los trámites a seguir.
- Tramitación de las siguientes gestiones:
 - Obtención del certificado literal de defunción del Registro Civil;
 - Tramitación de la baja del titular en la cartilla del INSS;
 - Tramitación del auxilio por defunción para el/los heredero/s legal/es;
 - Tramitación del certificado de últimas voluntades;
 - Solicitud y tramitación de las pensiones de viudedad (únicamente el trámite por vía administrativa, quedando excluida la vía judicial);
 - Solicitud y tramitación de pensiones de orfandad ante el INSS (únicamente el trámite por vía administrativa, quedando excluida la vía judicial);
 - Solicitud del certificados de seguros de vida del fallecido;
 - Tramitación de ayudas, si procede, en función de la situación familiar;
 - Tramitación de bajas del fallecido ante los organismos y entidades correspondientes;

- Asesoramiento en materia hereditaria;
- Asesoramiento e información fiscal sobre el impuesto sobre sucesiones y donaciones, (legislación aplicable, beneficios fiscales, etc.); y
- Confección de los modelos de declaración y liquidación de sucesiones.

La garantía cubierta mediante esta cobertura es extensible a todo el territorio nacional.

5.3. - Consulta psicológica

Dentro de los 30 días siguientes al fallecimiento de un asegurado, el Asegurador cubre los costes de la asistencia psicológica de un familiar del asegurado fallecido, que tenga la condición de cónyuge o persona con la que conviviese el asegurado fallecido en análoga relación de afectividad, de hijos/as del asegurado fallecido, de los parientes consanguíneos de primer grado en línea recta y/o hermanos.

El Asegurador cubre los costes de los servicios de consulta psicológica que precise **hasta el máximo de tres (3) consultas (por póliza y siniestro)**. Las consultas psicológicas serán prestadas a distancia, ya sea de forma telefónica o a través de una plataforma telemática online, a través de los psicólogos designados por el Asegurador. Las consultas tendrán media hora de duración, teniendo derecho a solicitar el familiar del asegurado fallecido que vaya a hacer uso de la asistencia **un máximo de tres (3) consultas por póliza y siniestro**.

La consulta se deberá solicitar a través del procedimiento establecido por el Asegurador.

Artículo 6

Descripción de la Garantía de Fallecimiento por Accidente

Dentro de los límites y condiciones estipuladas en esta Póliza que en cada caso corresponda, el Asegurador garantizará el pago de la suma asegurada, cuando el Asegurado hubiera sufrido un accidente y éste produjera, como consecuencia, la muerte del Asegurado. El capital asegurado es de tres mil euros (3.000 €).

Se entiende por accidente todo hecho violento, súbito, externo y fortuito, ajeno a la intencionalidad del Asegurado, que produzca una lesión corporal de la que se derive la muerte del Asegurado.

Además, a los efectos de este Seguro también tendrán la consideración de accidente:

- a) La asfixia o lesiones a consecuencia de gases o vapores, de inmersión o por ingestión de materias líquidas o sólidas no alimenticias, así como las infecciones a consecuencia de accidente.
- b) Las lesiones producidas en legítima defensa o en salvamento de personas o bienes.
- c) Las lesiones a consecuencia de intervenciones quirúrgicas o tratamientos

médicos motivados por un accidente cubierto por la Póliza.

- d) Las lesiones producidas por accidente de circulación, como consecuencia de un accidente de tráfico rodado, bien circulando como peatón en la vía pública o como usuario en vehículos particulares, en líneas regulares de transportes o en cualquier otro medio público terrestre oficialmente autorizado para el traslado de viajeros.

La garantía cubierta mediante esta cobertura es extensible a cualquier parte del mundo en que sobrevenga el accidente.

No se consideran accidentes a los efectos de la presente garantía:

- a) La cardiopatía isquémica (infarto de miocardio o angina de pecho) excepto que se recoja expresamente en Condiciones Particulares, el accidente vascular cerebral (ictus, apoplejía o embolia cerebral), la epilepsia, el síncope, el aneurisma y en general todo tipo de enfermedad de cualquier naturaleza.
- b) Las operaciones e intervenciones practicadas por el Asegurado sobre sí mismo.
- c) Los tumores, varices, hernias, distensiones, roturas musculares o lumbago, salvo que sean originados como consecuencia directa del accidente.
- d) La intoxicación alimentaria, la congelación y la insolación.
- e) Las lesiones causadas por rayos X, el radium y sus compuestos, salvo que sean consecuencia de un tratamiento aplicado al Asegurado a consecuencia de un accidente garantizado en este Contrato.

La agravación de un Asegurado por razón de una enfermedad preexistente o sobrevenida con posterioridad al accidente, pero independiente del mismo, no quedará cubierta a efectos de las garantías cubiertas por esta Póliza.

Riesgos no asegurables

No son asegurables, y, por tanto, en ningún caso les alcanzarán las coberturas del Seguro, las personas que se indican a continuación:

- a) Las personas que al inicio de la anualidad tengan trece (13) años o menos.
- b) Las que padezcan ceguera o sordera absoluta, parálisis, epilepsia, enajenación mental, alcoholismo, encefalitis letárgica, que hayan sufrido ataques de apoplejía o delirium tremens, y, en general, cualquier lesión, enfermedad crónica o minusvalía psíquica o física que condicionen su forma habitual de vida.
- c) Las personas que al inicio de la anualidad tengan setenta y un (71) años o más.

En todo caso, Las garantías cesarán con respecto al Asegurado al término de la anualidad en la que el mismo cumpla la edad de setenta y un (71) años salvo que se disponga lo contrario en las Condiciones Particulares o Especiales.

La garantía de **Fallecimiento por accidente** comprende los siguientes riesgos excluidos:

No serán indemnizados, al no ser objeto del Contrato y no quedar garantizados por la cobertura de la Póliza, los accidentes producidos por las causas que se indican a continuación:

- a) Los que no tengan la consideración de accidentes según lo estipulado en este Condicionado General, así como los que violen cualquier disposición legal.
- b) Los accidentes debidos al uso voluntario de drogas o estupefacientes o al consumo excesivo de bebidas alcohólicas o en estado de enajenación mental o sonambulismo.
- c) Las autolesiones, causadas consciente o inconscientemente.
- d) Las consecuencias derivadas de enfermedades existentes o accidentes acaecidos con anterioridad a la entrada en vigor de esta Póliza, aunque sólo se manifiesten tras su vigencia.
- e) Los actos lesivos provocados intencionadamente por el Asegurado y, en particular, la muerte producida por suicidio o intento de suicidio.
- f) Los ocurridos por el uso de motocicletas de potencia superior a 125 cc..
- g) Los hechos resultantes de la reacción o radiación nuclear, de intervenciones en corrientes eléctricas de alta tensión, así como la contaminación radiactiva.
- h) Los acontecimientos de carácter extraordinario o catastrófico, entre ellos:
 - 1. Los de carácter político social, así como los que sean consecuencia de motines y alborotos o tumultos populares, revueltas o conmociones y revoluciones.
 - 2. Los ocurridos con ocasión de guerra civil o internacional declarada o no, invasión, asonada, sedición, rebelión, así como medidas de carácter militar.
 - 3. Los que sean consecuencia de erupciones volcánicas, huracanes, terremotos, temblores o desprendimientos de tierra, y otros fenómenos sísmicos, meteorológicos, atmosféricos o geológicos.
- i) Los siniestros producidos como consecuencia de:
 - 1. Ejercicio profesional y/o con carácter de competición de cualquier tipo de deporte, teniendo carácter de competición el ejercicio de un deporte para el cual el Asegurado se halle inscrito en la Federación correspondiente.

2. Ejercicio no profesional de deportes arriesgados, incluida:

- La práctica de deportes de artes marciales y lucha corporal, tales como boxeo, karate, y otros análogos.
- La práctica de deportes aéreos en general (paracaidismo, ascensiones en globo, ala delta, ultra ligeros, planeadores y similares).
- Los deportes submarinos en general, ya sean inmersiones con empleo de aparatos de respiración o no, así como los deportes acuáticos.
- La práctica del automovilismo y del motorismo.
- La práctica del montañismo o el alpinismo, la escalada, incluyendo la travesía de glaciares y la espeleología, el rafting y el puenting.
- Los derivados del ejercicio del toreo y de los encierros de reses bravas.
- Los ocurridos practicando la equitación y el polo.
- La práctica del patinaje en general, incluido el hockey.
- Los acaecidos en el ejercicio de la caza mayor.

j) Los acaecidos en duelos, desafíos o riñas, salvo que se actúe en legítima defensa (y así sea declarado por resolución judicial firme). Se excluyen también las lesiones ocasionadas por actos delictivos del Asegurado o que sean consecuencia de negligencia grave o mala fe del Asegurado.

k) Los ocurridos en el ejercicio de profesiones o actividades laborales consideradas como agravadas.

l) Las neuropatías y algopatías que no den síntomas objetivables.

m) Las enfermedades crónicas o congénitas.

n) Las epidemias oficialmente declaradas.

o) Las enfermedades psíquicas, mentales y/o psicosomáticas.

p) Los producidos por causas de carácter extraordinario o catastrófico, cuya cobertura corresponde al Consorcio de Compensación de Seguros.

Artículo 7

Descripción de la Garantía de Asistencia en Viaje en el Extranjero

El Asegurador garantiza, **con el límite máximo del Capital Asegurado**, la prestación de un servicio de Asistencia en Viaje en el Extranjero de cada uno de los Asegurados, de acuerdo con lo establecido en las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza.

La garantía de Asistencia en Viaje en el Extranjero, incluye el conjunto de prestaciones asistenciales que integran el sistema de protección al viajero **en viajes al extranjero hasta noventa (90) días**:

1. Asistencia médica y sanitaria en el extranjero

El Asegurador tomará a su cargo los gastos correspondientes a la intervención de los profesionales y establecimientos sanitarios requeridos para la atención del asegurado, enfermo o herido en el extranjero:

Quedan expresamente incluidos, sin que la enumeración tenga carácter limitativo, los siguientes servicios:

- a) Atención por equipos médicos de emergencia y por especialistas.
- b) Exámenes médicos complementarios.
- c) Hospitalizaciones, tratamientos e intervenciones quirúrgicas.
- d) Suministro de medicamentos en internado o reintegro de su costo en lesiones o enfermedades que no requieran hospitalización.
- e) Atención de problemas odontológicos agudos, entendiéndose por tales los que por infección, dolor o trauma, requieran un tratamiento de urgencia.

El Asegurador toma a su cargo los gastos correspondientes a estas prestaciones hasta un límite por Asegurado de 12.000 euros o su equivalente en moneda local.

Los gastos odontológicos se limitan, en cualquier caso, a 240 euros o su equivalente en moneda local.

2. Repatriación o transporte sanitario de heridos o enfermos en el extranjero

En caso de accidente o enfermedad sobrevenida del asegurado, el Asegurador se hará cargo de:

- a) Los gastos de traslado en ambulancia hasta la clínica u hospital más próximo.
- b) El control por parte de su Equipo Médico, en contacto con el médico que atienda al asegurado herido o enfermo, para determinar las medidas convenientes al mejor tratamiento a seguir y el medio más idóneo para su eventual traslado hasta otro centro hospitalario más adecuado o hasta su domicilio.
- c) Los gastos de traslado del herido o enfermo, por el medio de transporte más adecuado, hasta el centro hospitalario prescrito o a su domicilio habitual.

El medio de transporte utilizado en cada caso se decidirá por el Equipo Médico del Asegurador en función de la urgencia y gravedad del caso. **Exclusivamente en Europa y países ribereños del Mediterráneo, podrá utilizarse un avión sanitario especialmente acondicionado.**

Si el asegurado fuera ingresado en un centro hospitalario no cercano a su domicilio, el Asegurador se hará cargo, en su momento, del subsiguiente traslado hasta el mismo.

En el supuesto de que el asegurado no tenga su residencia habitual en España, se le repatriará hasta el lugar de inicio del viaje en España.

3. Repatriación o transporte de menores

Si el Asegurado repatriado o trasladado en aplicación de la garantía de Repatriación o transporte sanitario de heridos o enfermos, viajara en la única compañía de hijos menores de quince años, el Asegurador organizará y tomará a su cargo el desplazamiento, ida y vuelta, de una azafata o de una persona designada por el Asegurado, a fin de acompañarlos en el regreso a su domicilio.

4. Repatriación o transporte de los demás asegurados en el extranjero

Cuando en aplicación de la garantía de Repatriación o transporte sanitario de heridos o enfermos, se haya repatriado o trasladado, por enfermedad o accidente, a uno de los asegurados y ello impida a su cónyuge, ascendientes o descendientes en primer grado, o hermanos, la continuación del viaje por los medios inicialmente previstos, el Asegurador se hará cargo del transporte de los mismos a su domicilio o al lugar de hospitalización.

5. Desplazamiento de un familiar en caso de hospitalización en el extranjero

Si el estado del asegurado enfermo o herido, requiere su hospitalización durante un período superior a cinco días, el Asegurador pondrá a disposición de un familiar del asegurado, o de la persona que éste designe, un billete de ida y vuelta, en avión (clase turista) o tren (1ª clase), para que pueda acompañarlo.

El Asegurador además abonará, en concepto de gastos de estancia del acompañante y contra la presentación de las facturas correspondientes, hasta 60 euros por día y por un período máximo de 10 días.

6. Convalecencia en hotel en el extranjero

Si el asegurado enfermo o herido no puede regresar a su domicilio por prescripción médica, el Asegurador tomará a su cargo los gastos de hotel motivados por la prórroga de estancia, hasta 60 euros por día y por un período máximo de 10 días.

7. Repatriación o transporte del asegurado fallecido en el extranjero

En caso de defunción de un asegurado, el Asegurador organizará el traslado del cuerpo hasta el lugar de inhumación en España y se hará cargo de los gastos del mismo. En dichos gastos se entenderán incluidos los de acondicionamiento post-mortem de acuerdo con los requisitos legales.

No estarán comprendidos los gastos de inhumación y ceremonia.

El Asegurador tomará a su cargo el regreso a su domicilio de los demás asegurados, cuando éstos no pudieran hacerlo por los medios inicialmente previstos.

En el supuesto de que el asegurado no tenga su residencia habitual en

España, se le repatriará hasta el lugar de inicio del viaje en España.

8. Repatriación o transporte de menores

Si el Asegurado repatriado o trasladado en aplicación de la garantía de Repatriación o transporte del asegurado fallecido, viajara en la única compañía de hijos menores de quince años, el Asegurador organizará y tomara a su cargo el desplazamiento, ida y vuelta, de una azafata o de una persona designada por el Asegurado, a fin de acompañar a los niños en el regreso a su domicilio.

9. Regreso anticipado desde el extranjero por fallecimiento de un familiar

Si cualquiera de los asegurados debe interrumpir su viaje a causa del fallecimiento de su cónyuge, o pareja de hecho, ascendiente, o descendiente en primer grado o hermano, entendiéndose por tal lo establecido en las Condiciones Generales de la póliza, el Asegurador tomará a su cargo el transporte, ida y vuelta, en avión (clase turista) o tren (1ª clase), desde el lugar en que se encuentre al de inhumación en España.

Alternativamente a su elección, el asegurado podrá optar por dos billetes de avión (clase turista) o tren (1ª clase), hasta su domicilio habitual.

10. Búsqueda, localización y envío de equipajes extraviados en el extranjero

En caso de pérdida de equipajes en vuelo regular, el Asegurador arbitrará todos los medios a su alcance para posibilitar su localización, informar al Asegurado de las novedades que al respecto se produzcan y, en su caso, hacerlo llegar a manos del beneficiario sin cargo alguno para el mismo.

11. Transmisión de mensajes urgentes

El Asegurador se hará cargo de transmitir los mensajes urgentes que le encarguen los asegurados, a consecuencia de los siniestros cubiertos por las presentes garantías.

12. Envío de medicamentos en el extranjero

En el caso de que el Asegurado, estando en el extranjero, necesite un medicamento que no pueda adquirir en dicho lugar, el Asegurador se encargará de localizarlo y enviárselo por el conducto más rápido y con sujeción a las legislaciones locales. **Quedan excluidos los casos de abandono de fabricación del medicamento y su no disponibilidad en los canales habituales de distribución en España.**

El Asegurado tendrá que reembolsar al Asegurador el coste del medicamento, a la presentación de la factura de compra del mencionado medicamento.

13. Información legal en el extranjero

En el caso de que el Asegurado tuviera un problema jurídico con terceras personas, relacionado con un accidente sobrevenido en su vida privada, el Asegurador le pondrá en contacto con un Abogado, si existiera en la localidad,

para concertar una entrevista con el Asegurado, y a cargo de éste.

Este servicio se facilitará únicamente en los países que mantengan relaciones diplomáticas con España, excepto en los casos de fuerza mayor o en caso de un suceso fuera del control del Asegurador. El Asegurador no se hace responsable del resultado obtenido con motivo de la consulta legal.

14. Adelanto de fondos monetarios en el extranjero

En caso de que el Asegurado no pueda obtener fondos económicos por los medios inicialmente previstos, tales como travel cheques, tarjetas de crédito, transferencia bancaria o similares, y esto se convierta en una imposibilidad para proseguir su viaje, el Asegurador adelantará, siempre que se le haga entrega de un aval o garantía que asegure el cobro del anticipo, hasta la cantidad máxima de 900 euros. En cualquier caso las cantidades deberán ser devueltas en el plazo máximo de treinta días.

15. Defensa de la responsabilidad penal en el extranjero

El Asegurador garantiza la defensa de la responsabilidad penal del Asegurado, en los procesos que se le sigan ante tribunales extranjeros en el ámbito de su vida particular y con motivo del viaje o desplazamiento objeto del seguro.

Quedan excluidos los hechos deliberadamente causados por el Asegurado según sentencia judicial firme.

El límite máximo de Gastos y Fianzas para esta garantía es de 3.000 euros.

Las coberturas garantizadas por la garantía de Asistencia en Viaje en el Extranjero son exigibles en todo el mundo, excluido España. El Asegurador asumirá los gastos reseñados dentro de los límites y hasta la cantidad establecida en las presentes Condiciones Generales. Tratándose de hechos que tengan la misma causa y se hayan producido en un mismo tiempo, serán considerados como un siniestro único.

La garantía de **Asistencia en Viaje en el Extranjero** comprende los siguientes riesgos excluidos:

- a. Los hechos voluntariamente causados por el Asegurado o aquéllos en que concurra dolo o culpa grave por parte del mismo.**
- b. Las dolencias y enfermedades crónicas o preexistentes, así como sus consecuencias padecidas por el Asegurado con anterioridad al efecto de la Póliza, o en su caso, los padecidos con anterioridad a la última ampliación del seguro.**
- c. La muerte por suicidio o las lesiones o enfermedades derivadas del intento o producidas intencionadamente por el Asegurado a sí mismo, y las derivadas de empresa criminal del Asegurado.**
- d. Las enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión de alcohol, psicotrópicos, alucinógenos o cualquier droga o sustancia de**

similares características.

- e. Los tratamientos estéticos y el suministro o reposición de audífonos, lentillas, gafas, ortesis y prótesis en general, así como los gastos producidos por partos o embarazos y cualquier tipo de enfermedad mental.
- f. Las lesiones o enfermedades derivadas de la participación del Asegurado en apuestas, competiciones o pruebas deportivas, la práctica del esquí y de cualquier otro tipo de deportes de invierno o de los denominados de aventuras, y el rescate de personas en mar, montaña o desierto.
- g. Los supuestos que dimanen, en forma directa o indirecta, de hechos producidos por energía nuclear, radiaciones radiactivas, catástrofes naturales, acciones bélicas, disturbios o actos terroristas.
- h. Cualquier tipo de gasto médico o farmacéutico inferior a nueve euros y dos céntimos (9.02 €).
- i. Quedan excluidos de las coberturas de la presente Póliza aquellos países que durante el viaje o desplazamiento del Asegurado se hallen en estado de guerra o de sitio, insurrección o conflicto bélico de cualquier clase o naturaleza, aun cuando no hayan sido declarados oficialmente, y a aquellos que específicamente figuren en el recibo o en las Condiciones Particulares.
- j. Queda expresamente convenido que las obligaciones del Asegurador derivadas de la cobertura de esta Póliza, finalizan en el instante en que el Asegurado haya regresado a su domicilio habitual, o haya sido ingresado en un centro sanitario situado como máximo a veinticinco kilómetros (25 Km) de distancia del citado domicilio (quince kilómetros (15 Km) en las islas Baleares y Canarias).

Artículo 8

Riesgos Excluidos

Quedan excluidos de todas las garantías de la Póliza, además de las limitaciones específicas de cada una de ellas, los siguientes riesgos:

- a. Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
- b. Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- c. Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 25/1964, de 29 de abril, sobre energía nuclear.
- d. Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el artículo 1 del Real Decreto 300/2004, de 20 de febrero, por el que se aprueba el 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.

- e. 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 Real Decreto 300/2004, de 20 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento del Seguro de riesgos extraordinarios.
- f. Los causados por mala fe del Asegurado.
- g. 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.
- h. Los Siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de «catástrofe o calamidad nacional».
- i. En caso de fallecimiento por patologías preexistentes conocidas y no declaradas por parte del Asegurado en la Solicitud del Seguro, se excluirá la prestación del servicio.
- j. Los actos lesivos provocados intencionadamente por el Asegurado y, en particular, la muerte producida por suicidio o intento de suicidio.
- k. Los siniestros producidos como consecuencia de:
 - 1. Ejercicio profesional y/o con carácter de competición de cualquier tipo de deporte, teniendo carácter de competición el ejercicio de un deporte para el cual el Asegurado se halle inscrito en la Federación correspondiente.

2. Ejercicio no profesional de deportes arriesgados, incluida:

- La práctica de deportes de artes marciales y lucha corporal, tales como boxeo, karate, y otros análogos.
- La práctica de deportes aéreos en general (paracaidismo, ascensiones en globo, ala delta, ultra ligeros, planeadores y similares).
- Los deportes submarinos en general, ya sean inmersiones con empleo de aparatos de respiración o no, así como los deportes acuáticos.
- La práctica del automovilismo y del motorismo.
- La práctica del montañismo o el alpinismo, la escalada, incluyendo la travesía de glaciares y la espeleología, el rafting y el puenting.
- Los derivados del ejercicio del toreo y de los encierros de reses bravas.
- Los ocurridos practicando la equitación y el polo.
- La práctica del patinaje en general, incluido el hockey.
- Los acaecidos en el ejercicio de la caza mayor.

Artículo 9 Ámbito Territorial

Las garantías del presente seguro se extienden a todo el territorio nacional salvo lo dispuesto en estas Condiciones Generales para determinadas garantías. Las indemnizaciones serán satisfechas en España.

Artículo 10 Periodo de Carencia

Se establece un periodo de carencia de un (1) mes desde la fecha de incorporación del Asegurado en la Póliza.

Artículo 11 Personas Asegurables

Salvo pacto en contrario, las garantías de esta Póliza serán contratables hasta el 31 de diciembre de la anualidad en la que el asegurado cumpla setenta y un (71) años de edad. No serán asegurables personas que al solicitar el seguro padezcan enfermedad grave en el momento de contratar la Póliza y de acuerdo con los límites establecidos para cada garantía.

Artículo 12

Duración del Contrato

La duración del contrato se establece hasta el fallecimiento del último de los Asegurados, sin perjuicio de los límites establecidos para cada garantía.

Artículo 13

Pago de la Prima

El Tomador del seguro, de acuerdo con el Artículo 14 de la Ley de Contrato de Seguro, está obligado al pago de la Prima que se realizará en la forma y fecha prevista en las Condiciones Particulares.

a) **Carácter anual e indivisible de la Prima**

La Prima es nivelada pagadera anualmente y por adelantado, devengándose cada una de ellas íntegramente al comienzo cada anualidad.

No obstante, podrá pactarse, en las Condiciones Particulares y en beneficio del Tomador, su pago fraccionado, sin perjuicio del derecho al cobro íntegro de la misma que asiste al Asegurador. Este fraccionamiento constituye una facilidad de pago, pero de ningún modo perjudica la unidad e indivisibilidad de la Prima.

b) **Primera Prima**

La Primera Prima o fracción de ella, se devengará en el momento de la firma del Contrato y, desde ese momento, será íntegramente exigible conforme al Artículo 15 de la Ley de Contrato de Seguro. Si no hubiera sido pagada por culpa del Tomador, el Asegurador tiene derecho a resolver el Contrato o a exigir el pago de la Prima en vía ejecutiva con base en la Póliza. En todo caso, si la Prima no hubiera sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación, salvo pacto en contrario.

c) **Segunda y Sucesivas Primas**

En caso de falta de pago de la Segunda o Sucesivas Primas o fracciones de ésta, la cobertura quedará suspendida un (1) mes después del día del vencimiento del primer recibo impagado (o del recibo único, en el caso de que no se hubiera pactado un fraccionamiento de pago) y si el Asegurador no reclama el pago dentro de los seis (6) meses siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que el Contrato queda extinguido. En cualquier caso, cuando el Contrato esté en suspenso, el Asegurador podrá exigir el pago de todas las primas pendientes.

Si el Contrato no hubiera sido resuelto o extinguido conforme a las condiciones anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro (24) horas siguientes al día en que el Tomador pague los recibos adeudados.

d) **Libranza de recibos y domiciliación**

El Asegurador sólo queda obligado en virtud de los recibos librados por sus representantes legalmente autorizados. Los recibos de Prima de este Seguro serán emitidos por él mismo.

El recibo contendrá, además, los recargos, tasas e impuestos que sean de legal aplicación.

Podrá convenirse en las Condiciones Particulares el cobro de los recibos de Prima por medio de cuentas abiertas en Bancos, Cajas de Ahorro o Cooperativas de Crédito.

Si se pacta la domiciliación de los recibos de Prima, en ampliación de lo señalado, se establecen las siguientes normas:

1. El Tomador entregará al Asegurador carta o documento dirigido al Banco o Caja de Ahorros dando la oportuna orden de domiciliación.
2. Cada recibo se entenderá satisfecho a su vencimiento, salvo que intentado el cobro no existiesen fondos suficientes en la cuenta facilitada por el Tomador. En este caso, el Asegurador notificará al Tomador que tiene el recibo a su disposición y éste vendrá obligado a satisfacerlo en el domicilio del Asegurador en el plazo de diez (10) días. Transcurrido dicho plazo, se producirán los efectos previstos para el supuesto de impago de los recibos de Prima.
3. Durante la vigencia de la Póliza, el Tomador puede cambiar la cuenta o la entidad financiera en que domicilia sus recibos sin más que comunicar previamente el cambio en la forma prevista en el apartado 1.

Artículo 14

Revalorización automática del Capital Asegurado y de la Prima de la garantía de Gastos del Servicio Fúnebre y de Asistencia por Fallecimiento

La suma asegurada pactada en las Condiciones Generales o Particulares de la Póliza representa el límite máximo de la indemnización a pagar por el Asegurador en caso de Siniestro y viene determinada por el precio de los servicios concertados con los proveedores del Asegurador en la localidad de residencia del Tomador, salvo indicación expresa de una distinta.

En caso de variación del domicilio del Tomador, este queda obligado a notificar tal hecho al Asegurador, el cual le propondrá, si fuera procedente, la actualización de las sumas aseguradas. **Si un Asegurado fallece en localidad distinta a la del domicilio consignado en las Condiciones Particulares, se efectuará un servicio de acuerdo con las modalidades y costumbres existentes en el lugar de fallecimiento y con un costo equivalente al contratado.**

El Asegurador anualmente podrá actualizar el capital asegurado que permita cubrir la variación de los costes de los distintos elementos que componen el servicio fúnebre.

Las variaciones del capital darán lugar a una actualización de la Prima y el importe de capital adicional de cada año se tarificará de acuerdo con la edad de los Asegurados en el momento en que tome efecto dicha variación. El Asegurador

propondrá al Tomador del seguro los nuevos capitales asegurados de la Póliza en función del valor del servicio fúnebre y demás prestaciones garantizadas.

A estos efectos, el Asegurador lo notificará al Tomador del seguro, en el domicilio del mismo, o en el que expresamente figure determinado en la Póliza.

Cuando el importe de los servicios prestados fuera inferior a la suma asegurada, el Asegurador abonará al Tomador o en su defecto a los heredero/s, la diferencia resultante.

Artículo 15

Forma de actuar en caso de Siniestro

1 Siniestro producido por fallecimiento del Asegurado:

En caso de fallecimiento de un Asegurado, para hacer efectivos los derechos derivados de este Seguro en cuanto a la garantía de Gastos del Servicio Fúnebre y Asistencia por Fallecimiento el siniestro deberá ser comunicado al Asegurador lo antes posible, a través del teléfono veinticuatro (24) horas facilitado por el Asegurador o bien en sus oficinas.

Cuando un Asegurado fallezca en localidad distinta a la consignada como domicilio en la Póliza se prestará un Servicio fúnebre de acuerdo con las coberturas detalladas, haciéndose cargo el Asegurador de los gastos ocasionados hasta el límite del valor asegurado en la Póliza.

Si, por el contrario el fallecimiento se produjese en el extranjero, para hacer efectivos los derechos derivados de este Seguro en cuanto a la garantía de Asistencia en Viaje en el Extranjero, en relación a la repatriación o transporte del Asegurado fallecido en el extranjero, el siniestro deberá ser comunicado al Asegurador mediante llamada al teléfono facilitado para tal fin.

Si la prestación del servicio de decesos no fuera posible o no se hubiera podido proporcionar por causas ajenas a la voluntad del Asegurador, fuerza mayor o por haberse realizado el servicio a través de otros medios distintos a los ofrecidos por el Asegurador, para el reembolso de los gastos ocasionados hasta el límite máximo de capital asegurado garantizado en las Condiciones Particulares, las personas que acrediten su derecho o en su defecto el/los herederos legal/es del fallecido deberá/n aportar la documentación siguiente:

- los documentos que acreditan la personalidad, y en su caso, la condición de Beneficiario, así como el NIF.
- el certificado literal de defunción del Asegurado.
- las facturas justificantes de haber satisfecho los costes de sepelio.
- cualquier otro documento o medio de prueba que precise el Asegurador por cualquier justa causa.

Para hacer efectivos los derechos derivados de este Seguro en cuanto a la garantía de Fallecimiento por Accidente el Tomador del Seguro o el Asegurado o el Beneficiario deberán comunicar al Asegurador a través del teléfono facilitado

por el Asegurador o bien en sus oficinas el acaecimiento del siniestro dentro del plazo máximo de siete (7) días de haberlo conocido. En caso de incumplimiento, el Asegurador podrá reclamar los daños y perjuicios causados por la falta de declaración, salvo que hubiera tenido conocimiento del siniestro por otro medio. Si en el incumplimiento del deber de información hubiera ocurrido dolo o culpa grave, se producirá la pérdida del derecho a la indemnización.

Para obtener el pago de la indemnización el Asegurado o, en su caso, el/los Beneficiario/s, deberán remitir al Asegurador los documentos justificativos que se indican a continuación:

- a) DNI del Asegurado y del Beneficiario/s que fuese/n a cobrar la indemnización.
- b) Certificado literal de la inscripción de la defunción del Asegurado en el Registro Civil correspondiente.
- c) Certificado o informe del médico o médicos que hayan asistido al Asegurado, indicándose el origen, la naturaleza y la evolución de las consecuencias del accidente que haya originado su fallecimiento o, en su caso, testimonio de las diligencias judiciales o documentos que acrediten el fallecimiento por accidente.
- d) Documentos que acrediten la personalidad del Beneficiario/s mediante testamento o declaración legal de herederos.
- e) Carta de exención, pago o autoliquidación provisional del Impuesto sobre Sucesiones, debidamente cumplimentada por la Delegación o Administración de Hacienda correspondiente. En su caso, la documentación legal exigible a efectos tributarios.
- f) Cualquier otro documento que el Asegurador estime preciso.

2 Siniestro producido por el resto de prestaciones relacionadas con la garantía de Asistencia en Viaje en el Extranjero

Para hacer efectivos los derechos derivados de este Seguro en cuanto al resto de coberturas de garantía de Asistencia en Viaje en el Extranjero, el siniestro deberá ser comunicado a través del teléfono facilitado por el Asegurador.

En cualquier caso, el Asegurado, el Tomador del Seguro y el Beneficiario según el caso, están obligados a facilitar al Asegurador cuanta información necesite respecto al siniestro y sus circunstancias.

Artículo 16

Obligaciones, deberes y facultades del Tomador del Seguro y/o del Asegurado

1.El Tomador del Seguro y, en su caso, el Asegurado, tienen las siguientes obligaciones:

- a) Declarar al Asegurador, de acuerdo con el Cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si el Asegurador no le somete a Cuestionario o cuando, aun sometiéndole, se trate de circunstancias que pudiendo influir en la valoración del riesgo no estén comprendidas en él.

El Asegurador podrá rescindir el Contrato mediante declaración dirigida al Tomador del Seguro en el plazo de un (1) mes, a contar desde la fecha en que éste tuviera conocimiento de la reserva o inexactitud del Tomador del Seguro o Asegurado.

Corresponderán al Asegurador, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las Primas relativas al periodo en curso en el momento en que haga esta declaración.

Si el Siniestro sobreviene antes de que el Asegurador haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la Prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la Prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del Tomador del Seguro, el Asegurador quedará liberado de hacerse cargo de la Prestación.

- b) Comunicar al Asegurador, durante la vigencia del Contrato y tan pronto como les sea posible, la alteración de los factores y circunstancias declaradas en el Cuestionario de Salud del Asegurado presentado previamente, que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del Contrato no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas. El Tomador o el Asegurado no tienen obligación de comunicar la variación de las circunstancias relativas al estado de salud del Tomador o Asegurado, que en ningún caso se considerarán agravación del riesgo.

El Asegurador puede, en el plazo de dos (2) 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 (15) días, a contar desde la recepción de esta 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 (15) días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho siguientes comunicará al Tomador la rescisión definitiva.

El Asegurador igualmente podrá rescindir el Contrato comunicándolo por escrito al Asegurado dentro del plazo de un (1) mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo. En el caso de que el Tomador del Seguro o el Asegurado no haya efectuado su declaración y sobreviniera un Siniestro, el Asegurador queda liberado de su obligación si el Tomador o el Asegurado han actuado con mala fe. En otro caso, 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.

- c) Notificar al Asegurador de forma expresa y válida en Derecho cualquier cambio

del domicilio, dirección de correo electrónico o número de teléfono facilitados a efectos de comunicaciones.

- d) Comunicar al Asegurador, tan pronto como le sea posible, las altas y bajas de Asegurados que se produzcan durante la vigencia del presente Contrato.

e) El Asegurado pierde el derecho a la Prestación garantizada:

1. En caso de reserva o inexactitud al cumplimentar el Cuestionario de Salud, si medió dolo o culpa grave.
 2. En caso de agravación del riesgo, si el Tomador del Seguro o el Asegurado no lo hubieran comunicado al Asegurador, actuando de mala fe.
 3. Si el hecho garantizado sobreviene antes de que se haya pagado la Prima o, en su caso, fracción de la misma.
 4. Cuando el Siniestro hubiese sido causado por mala fe del Asegurado.
- En caso de reserva o inexactitud al cumplimentar el Cuestionario de Salud (Artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro). El Asegurador podrá rescindir el Contrato mediante declaración dirigida al Tomador del Seguro en el plazo de un (1) mes, a contar desde la fecha en que éste tuviera conocimiento de la reserva o inexactitud del Tomador del Seguro o Asegurado. Corresponderán al Asegurador, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las Primas relativas al periodo en curso en el momento en que haga esta declaración.
Si el Siniestro sobreviene antes de que el Asegurador haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la Prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la Prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del Tomador del Seguro o del Asegurado, el Asegurador quedará liberado del pago de la Prestación.
 - En caso de agravación del riesgo, si el Tomador del Seguro o el Asegurado no lo comunican al Asegurador y han actuado con mala fe (Artículo 12 de la Ley de Contrato).
 - Si el Siniestro cuya cobertura se garantiza como riesgo, sobreviene antes de que se haya pagado la primera Prima, salvo pacto en contrario (Artículo 15 de la Ley de Contrato de Seguro).
 - Cuando el Siniestro se hubiese causado por mala fe del Asegurado (Artículo 19 de la Ley de Contrato de Seguro).
 - En el supuesto de una declaración inexacta del Tomador y/o del Asegurado al solicitar el Seguro de la fecha de nacimiento, el Asegurador sólo podrá impugnar el Contrato si la verdadera edad del Asegurado, en el momento de entrada en vigor del Contrato, excede de los límites de admisión establecidos por el Asegurador.

En el supuesto de que, si como consecuencia de una declaración inexacta de la edad, la Prima pagada es inferior a la que correspondería pagar, el Asegurado vendrá obligado a abonar al Asegurador la diferencia existente entre las

cantidades efectivamente satisfechas a éste en concepto de Prima y las que realmente, le hubiese correspondido pagar según su verdadera edad. Si por el contrario la Prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, el Asegurador estará obligado a restituir el exceso de las Primas percibidas sin intereses.

2. El Tomador del Seguro y, en su caso, el Asegurado, tienen las siguientes facultades:

- a) El Tomador del Seguro 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. En tal caso, al finalizar el período en curso cubierto por la Prima, deberá reducirse el importe de la prima futura en la proporción correspondiente, teniendo derecho el Tomador, en caso contrario, a la resolución del Contrato y a la devolución de la diferencia entre la prima satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar, desde el momento de la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.
- b) El Tomador del Seguro podrá reclamar al Asegurador, en el plazo de un (1) mes desde la entrega de la Póliza, que se subsanen las divergencias existentes entre ésta y la Proposición de Seguro o las cláusulas acordadas según dispone el Artículo 8 de la Ley de Contrato de Seguro; transcurrido dicho plazo sin efectuar reclamación, se estará a lo dispuesto en la Póliza.

Artículo 17 Otras obligaciones del Asegurador

- a) Además de prestar la asistencia contratada, el Asegurador entregará al Tomador del Seguro la Póliza o, en su caso, el documento de cobertura provisional o el que proceda según lo dispuesto en el Artículo 5 de la Ley de Contrato de Seguro.
- b) El Asegurador deberá comunicar al Tomador, al menos con dos (2) meses de antelación a la conclusión del período en curso, cualquier modificación del Contrato de Seguro.

Artículo 18 Designación y cambio de Beneficiarios

La designación y cambio de Beneficiarios son derechos exclusivos del Tomador, la cual puede efectuarse en la Póliza, en cuyo caso se hará constar en las Condiciones Particulares, o en cualquier declaración escrita comunicada al Asegurador, o por testamento. El cambio del Beneficiario designado deberá realizarse en la misma forma establecida para la designación.

Si los Beneficiarios no están designados e identificados por su nombre sino de una

forma genérica, como «el cónyuge», «los hijos», o «los herederos», dicha designación será interpretada de la siguiente manera:

- **Cónyuge:** La 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 son el cónyuge, hijos o herederos del Tomador, del Asegurado o de otra persona. En el caso de que no se haya especificado, el derecho corresponderá al cónyuge, hijos o herederos del Tomador.

Finalmente, si en el momento de fallecer el Asegurado no hubiese Beneficiario designado ni reglas para su determinación, el capital formará parte del patrimonio del Tomador.

Artículo 19

Protección de Datos

Según lo establecido en la normativa vigente en materia de protección de datos personales, en consonancia con la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro, y demás legislación aplicable, le informamos de lo siguiente:

- 1) **Identidad y datos de contacto del Responsable del Tratamiento:** IGUALATORIO MÉDICO QUIRÚRGICO, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, con CIF nº A-95321386 (en adelante, **"IMQ"**). Se puede contactar con IMQ presencialmente o por correo postal en su domicilio social sito en Bilbao (Bizkaia), calle Máximo Aguirre 18 (bis), (Código Postal 48011), o por correo electrónico en imq@imq.es.
- 2) **Identidad y datos de contacto del Delegado de Protección de Datos (o "DPD") de IMQ:** Podrá contactar con el DPD de IMQ por correo electrónico en: dpd@imq.es.
- 3) **Los tipos de datos personales que IMQ trata:** son aquellos necesarios para el desarrollo gestión y control de la relación contractual con IMQ y, principalmente, datos identificativos (nombre, apellidos, sexo, estado civil, profesión, sector de actividad, capacidad, y DNI), datos de contacto (dirección postal y electrónica o número de teléfono), datos de facturación, datos de salud, genéticos o biométricos.
- 4) **Los fines del tratamiento a que se destinan los datos personales:** IMQ trata los datos personales para (i) dar cumplimiento a sus obligaciones legales, (ii) mantenerle informado sobre productos y servicios de seguros comercializados por IMQ y otras entidades del Grupo IMQ, y (iii) gestionar los productos y servicios solicitados y/o contratados por clientes o asegurados, incluyendo el tratamiento y gestión de los datos necesarios en cada caso para la facturación de servicios de que se trate.

En efecto, la contratación de la Póliza de Seguro requiere para su desarrollo, cumplimiento, control y ejecución por IMQ el tratamiento por IMQ de sus datos

como Tomador, así como los datos de los Asegurados y/o de los beneficiarios, incluidos datos de carácter sensible (tales como los datos de salud solicitados para la contratación del Seguro), tratamiento que incluirá la incorporación de sus datos a ficheros o bases de datos de los que IMQ será responsable. Para ello, IMQ podrá tratar sus datos personales incluso antes de que se formalice el Contrato de Seguro o una vez éste haya terminado por cualquier causa.

Con la solicitud o la realización de cualesquiera prestaciones médicas o sanitarias y/o con la propia renovación de la Póliza, el Tomador (i) es conocedor de que se realizará el tratamiento de sus datos y de los datos de los Asegurados y/o beneficiarios que el Tomador ha facilitado y que estos datos y los generados con la ejecución de la Póliza del Seguro contratada se compartirán, en su caso, con los prestadores de los servicios sanitarios conforme a la Póliza de Seguro contratada en los términos aquí indicados; y (ii) declara y garantiza que ha obtenido el consentimiento para el tratamiento de los datos, en los términos aquí indicados, de todos los titulares de los datos personales que el Tomador ha comunicado o comunique a IMQ, esto es, de los Asegurados y/o beneficiarios de la Póliza de Seguro contratada, habiéndoles expresamente informado del contenido de todos los extremos relativos al tratamiento de sus datos indicados en este documento y del contenido de la Póliza de Seguro contratada, comprometiéndose a facilitar a IMQ, a su solicitud en cualquier momento, prueba escrita de la obtención del consentimiento de los Asegurados y beneficiarios a que se refiere este apartado (ii).

Se informa que no se tomarán decisiones automatizadas en base a perfiles comerciales, ni se llevan a cabo actividades de *scoring* o tarificación.

5) La base jurídica del tratamiento:

- (i) Constituye base legítima para tratar datos el cumplimiento, ejecución y control del contrato de seguro, incluida la gestión de los productos y servicios solicitados o contratados con IMQ. IMQ debe cumplir también con las obligaciones legales impuestas por las leyes y entre ellas, por la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro; la Ley 20/2015 y el Real Decreto 1060/2015 de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras; la Directiva (UE) 2016/97 sobre la distribución de seguros; así como la normativa en materia de protección de datos de carácter personal vigente.

Esta base legitimadora afecta también al tratamiento de los datos anteriormente mencionados para: la liquidación de siniestros, la colaboración estadístico actuarial para permitir la tarificación y selección de riesgos, la elaboración de estudios de técnica aseguradora, la prevención del fraude, para realizar segmentaciones, llevar a cabo encuestas o estudios de mercado o programas de retención y/o fidelización de clientes u otros análogos (incluyendo la facultad de IMQ u otra beneficiaria de la información resultante de tal encuesta o estudio de mercado o de la campaña informativa o promocional, en su caso, a determinar los parámetros del público objetivo de la encuesta, estudio de

mercado o campaña informativa o promocional que se trate).

De igual modo, esta base legitimadora afecta al tratamiento de datos mediante la grabación de las conversaciones telefónicas efectuadas al Servicio de Atención al Cliente, con el fin de garantizar una mejor calidad de la prestación del servicio.

- (ii) También constituye base legítima para tratar datos el interés legítimo de IMQ para mantenerle informado, por cualquier medio de comunicación (p.e., correo postal, teléfono, fax, medios de comunicación electrónica, etc.) sobre productos y servicios de seguros comercializados por IMQ y por otras entidades del Grupo IMQ (identificadas en cada momento en la página web www.imq.es).

En todo caso, debe tener en cuenta que siempre se puede ejercer el derecho de oposición a recibir comunicaciones comerciales (tal y como se describe más adelante).

Igualmente, esta base legitimadora ampara el hecho de que los componentes del cuadro médico que IMQ pone a disposición de sus asegurados puedan utilizar en su tratamiento de datos aplicaciones informáticas homogéneas para sus sistemas de información, de forma que se facilite y mejore la gestión de los datos del interesado dentro del cuadro médico ofrecido por IMQ en cada momento.

Cualquier tratamiento basado en el interés legítimo se lleva a cabo por IMQ con respeto a su derecho a la protección de datos personales, al honor y a la intimidad personal y familiar y se adoptarán medidas necesarias para garantizar dicho respeto.

En IMQ consideramos que, como cliente, tiene una expectativa razonable a recibir información sobre nuestros productos y servicios y los comercializados por otras entidades del Grupo IMQ (siempre relacionadas con el sector de seguros, de asistencia sanitaria, de asistencia socio-sanitaria, de prevención de riesgos laborales, de salud y de bienestar).

6) Los destinatarios de sus datos personales:

IMQ, como responsable del tratamiento, no cederá sus datos personales a ningún tercero, salvo que exista una obligación legal o que la cesión sea necesaria para la ejecución de la relación contractual.

Sin perjuicio de lo anterior, en cumplimiento del contrato y de la legislación aplicable, IMQ podrá proceder a la cesión de aquellos datos que resulten estrictamente necesarios en cada caso a los siguientes destinatarios: (i) profesionales sanitarios que realicen la prestación de servicios conforme a la Póliza de Seguro contratada; (ii) entidades con las que IMQ mantenga relaciones de coaseguro, reaseguro o colaboración para la correcta ejecución y cumplimiento de la Póliza de Seguro contratada; (iii) autoridades; (iv) bancos o entidades financieras; (v) jueces o tribunales; y (vi) encargados del

tratamiento.

Asimismo, para poder prestar un servicio adecuado, y gestionar la relación derivada del contrato, es posible que sea necesario el acceso y/o tratamiento de los datos personales por parte de encargados de tratamiento y/o profesionales especializados.

Algunos de estos encargados, incluyendo prestadores de servicios de "computación en la nube", pueden estar ubicados o contar con recursos localizados fuera de la Unión Europea y, por tanto, en territorios que pueden no proporcionar un nivel de protección equivalente. En estos casos, los proveedores están amparados por las garantías recogidas en la legislación aplicable.

- 7) **Datos recibidos de terceros:** de conformidad con la Póliza es posible que IMQ necesite acceder a datos del cliente o asegurado recabados por terceros, incluidos datos de salud, genéticos o biométricos, recabados por los prestadores de servicios sanitarios conforme a la Póliza de Seguro contratada.

En tales supuestos, IMQ solicitará de los prestadores de servicios sanitarios la información estrictamente necesaria en cada caso para el cumplimiento de sus obligaciones legales y de lo dispuesto en la Póliza de Seguro contratada, respetando los principios de proporcionalidad y minimización de datos.

- 8) **Plazo durante el cual se conservarán los datos personales:**

IMQ conservará sus datos personales durante la vigencia de la relación contractual. Las solicitudes de seguro que no se completen serán conservadas por IMQ durante un plazo máximo de 6 meses, salvo que en la solicitud se pacte un plazo superior, para evitar duplicidad de gestiones ante sus nuevas solicitudes.

Una vez finalizada la relación contractual, en IMQ mantendremos sus datos personales durante los plazos de retención que imponga la ley o durante los cuales puedan derivarse responsabilidades de IMQ que, con carácter general, serán de 10 años. Transcurridos dichos plazos, sus datos serán destruidos salvo que éstos hayan sido completamente anonimizados conforme a la normativa con fines estadísticos o de investigación.

- 9) **Derechos del interesado:**

El interesado es titular de los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad y oposición al tratamiento de sus datos personales, así como el derecho a la portabilidad de los mismos. Asimismo, en cualquier momento el interesado puede retirar el consentimiento prestado sin que ello afecte a la licitud del tratamiento.

Para ejercitar estos derechos en relación con sus datos personales de los que IMQ es responsable del tratamiento, el titular de los datos podrá utilizar cualquiera de los siguientes canales: (i) presencialmente en cualquiera de las oficinas de IMQ; (ii) por correo postal en c/ Máximo Aguirre, 18 bis, 48011 Bilbao, Bizkaia (a la atención del departamento de atención al cliente); o (iii)

por correo electrónico en imq@imq.es (adjuntando en cualquier caso a su solicitud copia legible de un documento que acredite oficialmente su identidad). El ejercicio de estos derechos es gratuito.

En caso de oposición al tratamiento y cesión de los datos expuestos en este documento, podría no hacerse efectiva la cobertura de los Asegurados durante el tiempo que dure dicha oposición, en la medida en que tal oposición impida a IMQ disponer de los datos necesarios para el cálculo de las prestaciones y demás fines establecidos en el Contrato de Seguro y las obligaciones de la normativa aplicable.

Asimismo, si considera que IMQ no ha tratado sus datos personales de acuerdo con la normativa aplicable, puede contactar con el Delegado de Protección de Datos en dpd@imq.es o podrá presentar reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (www.aepd.es).

Para información más detallada sobre nuestra política de protección de datos de carácter personal, consulte nuestra web: www.imq.es apartado "Protección de Datos".

Artículo 20

Control e Instancias de Reclamación. Departamento de Atención al Cliente

1. El control de la actividad del Asegurador corresponde al Estado Español, ejerciéndose a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Competitividad.
2. En caso de cualquier tipo de queja o reclamación sobre el Contrato de Seguro, el Tomador, Asegurado, Beneficiario, Tercero perjudicado o Derechohabientes de cualquiera de ellos, deberán dirigirse para su resolución:
 - a) Al Departamento de Atención al Cliente de Igualatorio Médico Quirúrgico, S.A. de Seguros y Reaseguros por cualquiera de los siguientes medios:
 1. Personalmente en cualquiera de las oficinas de IMQ.
 2. Por correo postal remitido al domicilio social de IMQ sito en la calle Máximo Aguirre, número 18-bis, 48011 de Bilbao (Bizkaia), o Avda. Gasteiz, 39, 01008 de Vitoria-Gasteiz (Araba), o Plaza Euskadi, 1, 20002 de Donostia (Gipuzkoa).
 3. Por fax al número 94 427 39 37 (Bizkaia), al 945 14 47 65 (Araba) y al 943 32 78 93 (Gipuzkoa).
 4. Por correo electrónico a la dirección imq@imq.es (Bizkaia), vitoriagasteiz@imq.es (Araba), o donostia@imq.es (Gipuzkoa).

La presentación por medios informáticos, electrónicos o telemáticos será válida siempre que permita su lectura, impresión y conservación y respondan con los requisitos y características legales establecidas en el

Reglamento.

Dicho Departamento acusará recibo por escrito de las reclamaciones que se le presenten, y las resolverá siempre por escrito motivado conforme a la normativa vigente, en el plazo de un (1) mes desde su presentación.

El Departamento resolverá las quejas y reclamaciones planteadas directamente o mediante representación acreditada por todas las personas físicas o jurídicas, cuando las mismas se refieran a intereses y derechos legalmente reconocidos relacionados con sus operaciones de seguros, ya deriven de los propios Contratos, de la normativa de transparencia y protección de la clientela o de las buenas prácticas y uso, en particular del principio de equidad.

En las resoluciones se tendrán en cuenta las obligaciones y derechos establecidos en las Condiciones Generales, Particulares y Especiales de los Contratos; la normativa reguladora de la actividad aseguradora (Ley de Contrato de Seguro, Ley de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, el Real Decreto de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y demás normativa aplicable).

- b) También se podrá iniciar el procedimiento administrativo de reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones en soporte papel o por vía telemática a través de la web <https://www.dgsfp.mineco.es/reclamaciones>. Para ello el reclamante deberá acreditar que ha transcurrido el plazo de un (1) mes (en el caso de que el reclamante tenga la condición de consumidor) o de dos (2) meses (en el resto de supuestos) desde la fecha de presentación de la queja o reclamación ante el Servicio de Atención al Cliente, sin que haya sido resuelta, o que ha sido denegada su admisión, o desestimada la petición.
- c) Sin perjuicio de las anteriores actuaciones, en cualquier caso, el reclamante podrá acudir a los Juzgados y Tribunales competentes (siendo juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del Contrato de Seguro el del domicilio del Asegurado).
- d) Asimismo, podrán las partes someter voluntariamente sus divergencias a decisión arbitral en los términos establecidos en el Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios, y sus normas de desarrollo. En todo caso, el sometimiento de las partes al sistema arbitral será voluntario y deberá constar expresamente por escrito, sin que esta previsión constituya ninguna suerte de sumisión anticipada.
- e) Asimismo, y sin perjuicio de lo dispuesto en el apartado anterior, también podrán someter a arbitraje las cuestiones litigiosas, surgidas o que puedan surgir, en materia de su libre disposición conforme a derecho, en los términos de la Ley 60/2003, de 23 de diciembre, de Arbitraje.
- f) Igualmente, podrán someter sus divergencias a un mediador en los términos

previstos en la Ley 5/2012, de 6 de julio, de mediación en asuntos civiles y mercantiles.

Artículo 21

Jurisdicción

El presente Contrato queda sometido a la jurisdicción española y, dentro de ella será el Juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo, el del domicilio del Asegurado.

Artículo 22

Prescripción

Las acciones que se deriven del presente Contrato prescribirán en el término de **cinco (5) años** a contar desde la fecha en que pudieron ejercitarse.

Artículo 23

Comunicaciones

Las comunicaciones del Tomador o Asegurado al Asegurador se dirigirán al domicilio social indicado en la Póliza.

Las comunicaciones del Asegurador al Tomador o Asegurado se podrán realizar válidamente a la dirección física, electrónica o al número de teléfono facilitados por éstos al contratar la Póliza o en un momento posterior. Las comunicaciones relativas al contrato de seguro estarán disponibles en la oficina online y en la App del Asegurador, donde podrán ser consultadas y descargadas.

El Asegurador remitirá al Asegurado las comunicaciones en papel cuando éste lo solicite.

Artículo 24

Cobertura de Riesgos 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, 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, aun 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

Consortio 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 o 952 367 042).
 - A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (www.consorseguros.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.

Artículo 25

Contratación a distancia

Se considera que el seguro se ha contratado a distancia cuando para su negociación y celebración se ha utilizado exclusivamente una técnica de comunicación a distancia, sin presencia física y simultánea del Asegurador (o distribuidor) y del tomador, consistente en la utilización de medios telemáticos (email, web, etc.), electrónicos telefónicos, fax u otros similares (ej: correo postal).

Si el contrato de seguro se ha contratado a distancia y el tomador de seguro es una persona física que actúa con un propósito ajeno a una actividad comercial o profesional propia, el tomador podrá desistir del contrato en el plazo de catorce (14) días naturales a contar desde el día de la celebración del contrato de seguro, sin indicación de los motivos y sin penalización alguna, siempre que no haya acaecido el siniestro objeto de cobertura.

Esta facultad unilateral se podrá ejercitar por el tomador mediante comunicación escrita dirigida al Asegurador a c/ Máximo Aguirre, 18 bis, 48011 Bilbao, Bizkaia; o por correo electrónico a imq@imq.es.

El tomador del seguro que ejerza su derecho al desistimiento está obligado al pago de la parte proporcional de la prima correspondiente al periodo durante el cual el contrato de seguro ha estado en vigor. En caso de que la prima hubiera sido pagada, el Asegurador reembolsará al tomador, dentro de un plazo máximo de treinta (30) días naturales, la prima descontado el importe correspondiente al periodo de tiempo durante el cual el contrato hubiera estado en vigor.



Atención al cliente
900 81 81 50

ARABA
Vitoria-Gasteiz
Avda. Gasteiz, 39

BIZKAIA
Bilbao
Oficina central
Máximo Aguirre, 18 bis
Clínica IMQ Zorrotzaurre
Ballets Olaeta, 4

Getxo
Gobela, 1

GIPUZKOA
Donostia
Plaza Euskadi, 1