Condiciones Generales
Asisa Vida Accidentes Senior



CONDICIONES GENERALES ASISA VIDA ACCIDENTES SENIOR

CLAUSULA PRELIMINAR

El presente contrato de seguro se rige por lo dispuesto en la siguiente normativa: Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro; Ley 20/2015, de 14 de julio de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras; R.D. 1060/2015, de 20 de noviembre, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y Ley 22/2007, de 11 de julio, de comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores y demás legislación española aplicable.

Forma parte integrante del contrato la siguiente documentación: Solicitud de seguro, Cuestionario de Salud, Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Condiciones Especiales (en su caso), así como sus anexos, apéndices o suplementos. Serán de aplicación las cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados que hayan sido expresamente aceptadas por el Tomador. No requerirán la mencionada aceptación las simples transcripciones o referencias a preceptos legales imperativos.

Corresponde a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, dependiente del Ministerio de Asuntos Económicos y Transición Digital de España, el control y la supervisión de la actividad aseguradora de ASISA VIDA SEGUROS, S.A.U.

DEFINICIONES

A los efectos de este contrato se entiende por:

Accidente: Lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, que le produzca alguna de las situaciones descritas en las garantías suscritas y expresamente incluidas en las Condiciones Particulares de esta póliza. Salvo pacto expreso en contrario, a efectos de esta póliza, **no ten-**

drán la consideración de accidente el infarto agudo de miocardio ni otros episodios cardiovasculares o cerebrovasculares.

Asegurado: La persona física designada en las Condiciones Particulares, sobre cuya vida o integridad corporal se establecen las coberturas contratadas del seguro y que, en defecto del tomador, asume las obligaciones derivadas del contrato. **A los efectos del presente seguro, se admitirá un máximo de dos asegurados por póliza/contrato. Todos los asegurados incluidos en un mismo contrato tendrán idéntica opción de garantías, sin posibilidad de modificación durante la vigencia del mismo.**

Beneficiario(s): La persona física o jurídica designada como titular del derecho a la indemnización. El beneficiario será el propio Asegurado, salvo pacto expreso en contrario en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Contrato de seguro (póliza): El documento que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte del contrato: Solicitud de Seguro, Cuestionario de Salud, Condiciones Generales; Condiciones Particulares, que individualizan o concretan el riesgo que se asegura; Condiciones Especiales (en su caso), así como los Anexos, Suplementos o apéndices que se emitan durante su vigencia para complementarlo o modificarlo.

Declaración de Salud: Cuestionario incluido en la solicitud de seguro o en documento independiente, en el que se exponen la información y datos necesarios para la valoración del riesgo. Debe ser cumplimentado por el tomador/asegurado de forma veraz, completa y exacta, para que Asisa Vida Seguros, S.A.U. pueda valorar la información contenida y evaluar el riesgo antes de otorgar su consentimiento para la contratación.

Dolo: Acción u omisión cometida con fraude o engaño con la intención de producir un daño u obtener un beneficio afectando a los intereses de un tercero.

Domicilio del Tomador del seguro y del Asegurado: El que figure identificado en las Condiciones Particulares de la póliza.

Enfermedad Preexistente: Aquella que, desde el punto de vista médico, ya existía con anterioridad al momento de la contratación o alta en el seguro.

Fractura: Condición médica en la que el hueso dañado está agrietado o roto, existiendo una ruptura en la continuidad de la médula del hueso. Las fracturas incluidas en el presente seguro, a efectos de indemnización, son las detalladas en la correspondiente garantía.

Hospital: Institución legalmente autorizada para el tratamiento de enfermedades o lesiones corporales, proporcionando de forma continuada asistencia médica o de enfermería 24 horas al día para el cuidado de los enfermos o lesionados. No tendrán la consideración de Hospital, a los efectos del presente contrato, las casas de reposo, hoteles, asilos, casas para convalecientes, centros de rehabilitación, psiquiátricos o instituciones dedicadas al internamiento o tratamiento de toxicómanos o alcohólicos.

Hospitalización: La permanencia de un asegurado en un Hospital, según la definición anterior, durante un período superior a 24 horas.

Indemnización: Importe que está obligado a pagar contractualmente la Entidad aseguradora, en caso de producirse el siniestro.

Indisputabilidad del contrato: Beneficio incluido en el contrato que surge a partir del año de la fecha de inicio de vigencia del mismo o de la inclusión de un asegurado, en su caso, por el cual la Entidad asume la cobertura de toda dolencia previa, siempre que el asegurado no la conociera y no la omitiera intencionadamente en el Cuestionario de Salud.

Prima: Es el precio del seguro. El recibo contendrá además los recargos e impuestos que, en cada momento, sean de aplicación legal.

Profesión del Asegurado: Aquella actividad realizada por el asegurado que constituye su fuente principal de ingresos. Esta actividad vendrá expresamente indicada en la solicitud del seguro.

Quemadura: Daño a los tejidos del cuerpo causado por el contacto con cosas, como, por ejemplo, calor, radiación o productos químicos.

Quemadura de Tercer grado: Quemadura que afecta a la capa externa de la piel (epidermis) y a la capa interna de la piel (dermis).

Regla de los 9 de Wallace y Diagrama de superficie corporal de Lund-Browder: Métodos utilizados en Medicina para calcular el porcentaje de la superficie del cuerpo afectada por quemaduras.

Siniestro: Hecho cuya ocurrencia está cubierta por la póliza, desencadenando el pago por la Aseguradora de la suma asegurada en cada caso o prestación del servicio garantizado, según figura en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Solicitud de Seguro: Documento suministrado por el Asegurador, en el que el Tomador solicita su adhesión al seguro y precisa las condiciones en que desea asegurarse en la modalidad de seguro ofertada. El Asegurado consiente en asegurarse y ambos informan al Asegurador de los datos personales necesarios para la elaboración de la póliza y declaran cuantas circunstancias les sean conocidas, para la correcta evaluación del riesgo, de acuerdo con el cuestionario contenido en la propia Solicitud.

Suma Asegurada: Importe máximo de la indemnización que está obligado a pagar el Asegurador en caso de producirse el siniestro. En las Condiciones Particulares de la Póliza figura la Suma Asegurada para cada garantía cubierta.

Tomador del Seguro: La persona física o jurídica que, juntamente con la Entidad Aseguradora, suscribe este contrato, y a la que corresponden los derechos y obligaciones que de la misma se deriven, salvo aquellos que por su naturaleza correspondan expresamente al Asegurado o al Beneficiario.

Vivienda. Edificación que en el momento de ocurrencia el accidente cubierto por esta póliza constituya el lugar de residencia habitual del asegurado de esta cobertura, no entendiéndose por tal las residencias geriátricas, asilos, pensiones, hoteles, hostales, segundas residencias, y demás construcciones de este estilo.

PRIMERA: OBJETO DEL SEGURO

Por el presente contrato, a cambio del pago de la prima, la Entidad aseguradora se obliga, **con los límites previstos y condiciones previstos en el mismo,** a la cobertura de las garantías detalladas a continuación, en caso de accidente que cumpla los requisitos establecidos en el artículo 100 de la Ley de Contrato de Seguro (Se entiende por accidente la lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, que produzca invalidez temporal o permanente o muerte).

Salvo pacto expreso en contrario, no tendrán la consideración de accidente, a efectos de esta póliza, el infarto agudo de miocardio ni otros episodios cardiovasculares o cerebrovasculares.

SEGUNDA: GARANTÍAS ASEGURADAS

Las garantías aseguradas son las que se detallan seguidamente, con las sumas aseguradas previstas en las Condiciones Particulares, en cada caso. **A los efectos del presente seguro, se admitirá un máximo de dos asegurados por contrato/póliza. Todos los asegurados incluidos en un mismo contrato tendrán idéntica opción de garantías, sin posibilidad de modificación durante la vigencia del mismo.**

1.- INDEMNIZACIÓN POR FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE.

Si, a consecuencia de accidente cubierto por la póliza, fallece el asegurado, **inmediatamente o dentro de los veinticuatro meses siguientes a su ocurrencia, como consecuencia directa del mismo,** el asegurador abonará la suma asegurada prevista en Condiciones Particulares al beneficiario o beneficiarios designados por el tomador del seguro, de conformidad con lo dispuesto en los artículo 84 y siguientes de la Ley de Contrato de Seguro. **En consecuencia, no será susceptible de indemnización el fallecimiento ocurrido que no cumpla los requisitos indicados.**

2.- INDEMNIZACIÓN POR QUEMADURAS GRAVE POR ACCIDENTE.

De acuerdo con las condiciones y límites previstos en las Condiciones Particulares, en caso de que el asegurado sufra quemaduras de tercer grado, que abarquen, al menos, el 20% de la superficie corporal, medida por la Regla de los 9 de Wallace o el Diagrama de superficie corporal de Lund-Browder, la Entidad Aseguradora garantiza el pago de la indemnización prevista en las Condiciones Particulares.

3.- INDEMNIZACIÓN POR FRACTURA DE HUESOS POR ACCIDENTE

Se establece el pago de una indemnización en caso de producirse alguna de las fracturas especificadas a continuación a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza. La indemnización consistirá en el porcentaje de la suma asegurada básica prevista en las Condiciones Particulares, según el siguiente detalle:

- Fractura bóveda craneal. 50% de la Suma Asegurada Básica.
- Fractura de la base del cráneo. 100% de la Suma Asegurada Básica.
- Fractura de columna con lesión medular: 100% de la Suma Asegurada Básica.
- Fractura de escápula: 50% de la Suma Asegurada Básica.
- Fractura de pelvis: 100% de la Suma Asegurada Básica.
- Fractura de cuello del fémur: 100% de la Suma Asegurada Básica.
- Fractura diafisaria del fémur: 100% de la Suma Asegurada Básica.
- Fractura de tobillo: 50% de la Suma Asegurada Básica.

Si, como consecuencia de un mismo accidente, el asegurado sufriera varias fracturas, el importe de la indemnización correspondiente al conjunto de las mismas no podrá exceder del importe de

la Suma Asegurada Básica prevista en las Condiciones Particulares para la Garantía de Indemnización por Fracturas.

Adicionalmente, se establece que cuando la indemnización por Fractura de Huesos derivada de los accidentes sufridos por el asegurado iguale la Suma Asegurada Básica establecida en las Condiciones Particulares para la Garantía de Quemaduras Graves, el contrato quedará automáticamente extinguido.

4.- INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN EN U.C.I. POR ACCIDENTE

La Entidad aseguradora garantiza el pago al beneficiario de la indemnización diaria prevista en las Condiciones Particulares, en caso de hospitalización del asegurado en Unidad de Cuidados Intensivos (U.C.I.) como consecuencia de un accidente, **siempre que la estancia en el hospital sea, como mínimo, de 24 horas.**

Se establece para esta garantía un límite de 30 días de Hospitalización en U.C.I. por cada uno de los accidentes que pueda sufrir el asegurado.

Esta garantía es compatible con la de Indemnización de Hospitalización por Accidente.

5.- INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE

La Entidad aseguradora garantiza el pago al beneficiario de la indemnización diaria prevista en las Condiciones Particulares, en caso de hospitalización del asegurado como consecuencia de un accidente, **siempre que la estancia en el hospital sea, como mínimo, de 24 horas.**

Se establece para esta garantía un límite de 365 días de hospitalización por cada uno de los accidentes que pueda sufrir el asegurado.

Esta garantía es compatible con la de Indemnización de Hospitalización en U.C.I. por Accidente.

6.- SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN POR ACCIDENTE

A. SERVICIO DE APOYO DOMICILIARIO

Objeto del servicio

A través de la presente garantía, la Entidad facilitará, a través de los medios concertados que designe en cada momento, un servicio de apoyo al asegurado en su domicilio, **cuando se encuentre de forma permanente en el mismo, tras su ingreso hospitalario (mínimo una noche), a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, siempre que se solicite dentro de los 90 días siguientes a la ocurrencia del accidente.**

Para acceder al servicio, **resulta imprescindible la presentación de informe médico en el que conste la situación médica del paciente, así como su imposibilidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria más de 5 días, como consecuencia directa del accidente.**

A modo enunciativo, que no limitativo, los servicios que se pueden prestar son:

1. De ayuda a la persona:
   - Cuidados a domicilio.
   - Higiene personal.
   - Realización de movilizaciones: acostar, levantar, transferencias...
   - Acompañamiento a médicos.
   - Cuidado de hijos.
   - Apoyo escolar y canguro a domicilio.
   - Acompañamiento al colegio.
   - Peluquería a domicilio.
   - Cuidado en el hospital.

2. De ayuda al entorno:

- Limpieza y orden en el hogar.
- Lavado y planchado de ropa.
- Compras, preparación y cocinado de la comida.
- Cuidado de animales domésticos.

Límites del servicio

La presente garantía incluye hasta un máximo de **30 horas de asistencia domiciliaria por cada hospitalización por accidente**, y un mínimo de una hora de servicio por cada desplazamiento del auxiliar, sin contabilizar en ese tiempo el destinado a los desplazamientos.

El servicio se presta exclusivamente en el territorio español.

La Entidad asume, únicamente la prestación del servicio requerido, **que no incluye en ningún caso, el coste de los productos y/o materiales necesarios para la prestación del mismo, tales como alimentos, productos de limpieza, etc.**

La Entidad aseguradora determinará el derecho a la prestación tras valorar la solicitud del servicio, estableciendo, en su caso, de manera conjunta con el asegurado el tipo de ayuda y el perfil del personal adecuado, según las circunstancias. El envío del servicio de apoyo se realizará, en su caso, en un plazo máximo de 48 horas.

Se dará asesoramiento por un mismo gestor personal.

Para valorar la procedencia de la continuidad de la prestación del servicio inicialmente autorizada, resulta imprescindible que el asegurado facilite a la Entidad Aseguradora los informes médicos correspondientes sobre la situación de sus lesiones, para su estudio y valoración por parte de la Dirección Médica de la Entidad, quien determinará, en su caso, la conveniencia de realizar una visita domiciliaria al asegurado para su valoración.

El derecho a la prestación de los servicios de apoyo domiciliario se extinguirá cuando el asegurado pueda realizar las actividades básicas de la vida diaria, aunque no se haya alcanzado su curación.

Funcionamiento del Servicio

Para solicitar este servicio, el asegurado debe llamar al teléfono que le facilite la Entidad en cada momento, identificándose con su nombre completo y nº de D.N.I. o número de póliza.

B. SERVICIO COMPLEMENTARIO DE ORIENTACIÓN Y ATENCIÓN PERSONAL

Objeto del servicio

Mediante la presente cobertura, la Entidad Aseguradora se compromete a proporcionar al asegurado y a sus familiares de primer grado, a través de los medios concertados que designe en cada momento, un servicio de orientación y ayuda, adaptados a cada caso, ante las dudas y las necesidades que provoca cualquier situación de dependencia derivada de un accidente de los cubiertos por el presente contrato de seguro. Se requerirá la presentación de los informes y documentos que acrediten la situación de dependencia.

Límites del servicio

No existe limitación de uso de este servicio complementario, que, además, es extensivo a los familiares de primer grado del asegurado.

Funcionamiento del servicio

Para solicitar este servicio, el asegurado debe llamar al teléfono que le facilite la Entidad en cada momento, identificándose con su nombre completo y nº de D.N.I. o número de póliza.

Se asignará un gestor personal, que diseñará un Programa de Atención Personalizado.

El Programa de Atención Personalizado será compartido y consensuado con el asegurado y se ajustará a las necesidades comunicadas.

El Programa de Atención podrá incluir ayuda y orientación sobre los siguientes temas:

a) Atención a la Dependencia.

b) Atención a la Familia.

c) Atención y Asesoramiento Social.

d) Orientación y Apoyo Psicológico.

a) ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA.

Para la prestación de este servicio de ayuda y orientación, se seguirá el siguiente proceso:

- Entrevista telefónica de recogida de información y primer asesoramiento.
- Análisis del caso, estudio de posibilidades y recursos, confección del plan de trabajo y propuesta individualizada.
- Información, búsqueda y activación de recursos públicos y privados (atención a domicilio, residencias, pisos tutelados, centros de día...)
- Contacto con administraciones públicas para facilitar tramitaciones.
- Gestiones administrativas remotas para solicitudes de recursos públicos.
- Valoraciones de riesgos en el domicilio. Mejora de la accesibilidad.
- Retorno a la familia de informe con las soluciones a las necesidades.

b) ATENCIÓN A LA FAMILIA.

En este aspecto, se facilitará información relativa al apoyo y asesoramiento a la familia del asegurado

ante diferentes situaciones cotidianas, como:

Evaluación, información y guía de recursos para tratar cuestiones relacionadas con alteraciones de los procesos vitales (alimentación, lenguaje, sueño,...).

Asesoramiento sobre diferentes servicios, modalidades de contratación y costes de servicio doméstico, auxiliares, enfermeros y especialistas.

Análisis, valoración y propuestas de programas de entrenamiento de la memoria o alteraciones del lenguaje.

Gestión de recursos locales con ofertas para atender a personas con discapacidad en periodos de vacaciones.

Búsqueda de actividades de ocio familiar, especiales para discapacidad.

Información sobre actividades formativas para adultos y mayores.

Programas de formación y asesoramiento sobre nuevas tecnologías.

c) ATENCIÓN Y ASESORAMIENTO SOCIAL.

Mediante el presente servicio, se atenderán y prestará asesoramiento al asegurado sobre las dudas que puedan surgir sobre temas sociales a través de un equipo de trabajadores sociales

Búsqueda y activación de recursos sociales (atención a domicilio, residencias, centros de día, ...)

Información acerca de recursos públicos: ayudas, subvenciones, Ley de Dependencia, ...

Asesoramiento en normativa, documentación y trámites con las Administraciones.

Realización de gestiones telefónicas y documentales por parte del personal adecuado, para trámites administrativos que no requieran desplazamiento.

Información acerca de recursos privados; ayuda para la valoración, reserva, y contratación de residencias, centros de día, servicios de ayuda a domicilio y teleasistencia.

Asesoramiento: derechos de las personas con discapacidad, sobre ayudas técnicas, adaptaciones del domicilio, certificados de disminución, vivienda, ...

Activación de recursos de apoyo (información e inicio de contactos con asociaciones de familiares, entidades sociales, ...).

d) SERVICIO DE ORIENTACIÓN Y APOYO PSICOLÓGICO.

El Programa personal podrá incluir Orientación y Apoyo Psicológico a través de un equipo de psicólogos especializados en relación con las consecuencias que puedan derivarse de un accidente en relación con diferentes situaciones, como: depresión, ansiedad, estrés post-traumático, dolor crónico, trastornos del sueño y relaciones de pareja.

La intervención de dichos profesionales puede incluir:

- Ayuda inicial, atención y apoyo psicológico en momentos de crisis.
- Consejo y orientación psicológica general.

7.- SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE ADECUACIÓN PARA MOVILIDAD, AYUDA LEGAL Y ASESORAMIENTO JURÍDICO POR ACCIDENTE

Objeto del servicio: El asegurado podrá acceder, siempre que tenga su residencia en España y el evento motivo del asesoramiento y/o servicio solicitado se produzca en territorio español, a los servicios que se detallan a continuación con el alcance establecido en cada caso, mediante los medios concertados que designe la Entidad en cada momento.

a) Adecuación de la vivienda: En caso de resultar necesario por las secuelas físicas que sufra el Asegurado, a consecuencia de una fractura o quemadura cubierta por el presente seguro, una vez estabilizadas y consolidadas las lesiones en base al criterio médico de la Entidad aseguradora, ésta prestará al asegurado, a través de medios concertados, los servicios de asesoramiento, coordinación y organización de las gestiones y obras de reforma necesarias en su vivienda para garantizar su movilidad, **hasta el límite máximo de 3.000 euros.** Si es preciso realizar adecuaciones al edificio, zonas comunes, y en sus accesos, podrán quedar incluidas en el servicio, con los permisos y autorizaciones, tanto del asegurado, como de su comunidad de propietarios, las ges-

tiones y trámites necesarios, **no asumiendo ningún coste derivado de los mismos ni de las adecuaciones necesarias.**

b) Adecuación del vehículo: En caso de resultar necesario por las secuelas físicas que sufra el asegurado a consecuencia de una fractura o quemadura cubierta por el presente seguro, una vez estabilizadas y consolidadas las lesiones en base al criterio médico de la Entidad aseguradora, ésta llevará a cabo la adecuación del vehículo propiedad del asegurado, o de un familiar, destinado al desplazamiento del asegurado, **hasta un limite máximo de 3.500 euros.**

   Esta garantía incluye el asesoramiento, adecuación del vehículo, la entrega y recogida del mismo, así como el asesoramiento por parte del Rehab Manager (profesional gestor integral de adaptaciones para rehabilitación y adaptación) en cuanto a la conveniencia de realizar una adaptación del vehículo del asegurado o la compra de uno nuevo. **La prestación se aplicará únicamente cuando el coste de adecuación del vehículo sea inferior al valor venal del mismo.**

c) Servicio de ayuda legal 24 horas: A través de este servicio, se prestará ayuda legal al asegurado, que estará circunscrita a la existencia objetiva de una situación de urgencia como, por ejemplo, control de alcoholemia, accidente de tráfico, robo o privación de libertad. Este servicio se prestará verbal y telefónicamente, **excluyéndose la redacción de informes o dictámenes.**

d) Asesoramiento jurídico telefónico: A través de este servicio, se dará respuesta a cualquier consulta de carácter jurídico o legal planteada por el asegurado referente a su ámbito personal y circunscrito a la legislación española. Existirá un plazo máximo de respuesta de 24 horas (exceptuando de este plazo los festivos de carácter nacional y fines de semana) y ésta será siempre telefónica. Este servicio se prestará verbal y telefónicamente, **excluyéndose la redacción de informes o dictámenes.**

Funcionamiento del Servicio: Para solicitar la prestación y/o concertación de cualquier asistencia incorporada al presente servi-

cio, el asegurado debe llamar a los teléfonos que le sean facilitados por la Entidad en cada momento.

Exclusiones: Quedan excluidos, con carácter general.

- **Los gastos derivados de servicios no comunicados y autorizados previamente por la Entidad aseguradora.**
- **Siniestros que traigan causa directa en hechos producidos antes de la entrada en vigor del contrato.**
- **Consultas y actuaciones judiciales, cuya resolución comporte la aplicación de derecho extranjero; las relativas a la reclamación de derechos y beneficios que asisten al asegurado frente al Colegio Profesional correspondiente; el cumplimiento de las obligaciones impuestas al asegurado por Sentencia o Resolución Administrativa; el pago de multas y sanciones, así como sus intereses o recargos.**

TERCERA: PERSONAS NO ASEGURABLES:

No son objeto de aseguramiento las siguientes personas:

- **Las personas menores de 55 años y mayores de 75 años.**
- **Las personas, cuya profesión o actividad habitual sea cualquiera de las siguientes: Antenista, Bombero, Electricista de alta tensión, Jockey Profesional, Leñador, Instalador con actividad en tejados, Cuidador de animales en zoológico, Profesional de Tauromaquia (torero, banderillero, picador), Estibador, Trabajador de Instituciones Penitenciarias.**
- **Las personas titulares de alguna prestación o pensión de invalidez de la Seguridad Social, Compañía de Seguros o entidad financiera.**
- **Las personas que hayan sido tratadas en los tres años inmediatamente anteriores a la solicitud del seguro o de la fecha de inicio del contrato de apoplejía, parkinson, epilepsia, trastornos cardiovasculares, hipoglucemia, hiperglucemia o depresión.**

- Las personas que sufran alguna minusvalía o limitación funcional de una o más articulaciones que impidan realizar actos básicos de la vida diaria o que supongan una limitación en la capacidad de caminar y, de modo particular, los referentes al cuidado personal y las actividades domésticas cotidianas.
- Las que hayan sido tratadas, de forma ambulatoria u hospitalaria, más de una vez en los dos años inmediatamente anteriores a la fecha de solicitud del seguro o fecha de inicio de vigencia de la póliza por fracturas o conmociones cerebrales causadas por accidentes o caídas.
- Personas con enfermedad de osteogénesis imperfecta (huesos de cristal).
- Personas diagnosticadas de osteoporosis y hayan sido hospitalizadas por fracturas una vez al año durante, al menos, tres años consecutivos.
- Cualquier persona que cumpla los requisitos de aseguramiento, si con su incorporación al contrato se supera el límite máximo de asegurados permitido.

CUARTA: EXCLUSIONES GENERALES DEL SEGURO

Quedan excluidos de la cobertura del seguro los siguientes hechos:

- Los que no tengan la consideración de accidentes, según lo estipulado en el artículo 100 de la Ley de Contrato de Seguro, así como los que violen cualquier disposición legal.
- Los accidentes acaecidos con anterioridad a la fecha de efecto del contrato.
- Las consecuencias o secuelas de un accidente cubierto, que se declaren transcurrido un año desde la fecha de ocurrencia del mismo.
- Los ocurridos como consecuencia del desarrollo por parte del asegurado de una profesión o actividad de las identificadas

como no asegurables en el apartado de PERSONAS NO ASEGURABLES.

- El suicidio o tentativa de suicidio consciente o inconsciente, las autolesiones y actos provocados de forma intencionada por el Asegurado, así como las alteraciones del estado de salud producidas por actos médicos o tratamientos a los que se someta voluntariamente el asegurado y cuya causa no sea el accidente cubierto por esta póliza.
- Los accidentes ocurridos en estado de embriaguez, drogadicción o estupefacientes no prescritos médicamente, sonambulismo o enajenación mental, en hecho delictivo, riña o desafío, siempre que en este ultimo caso no hubiera actuado en legitima defensa o en tentativa de salvamento de personas y bienes.
- Las hernias de cualquier tipo, desgarros y lumbago, cuyo origen no tenga carácter traumático.
- Todos los hechos derivados de una enfermedad o dolencia, cualquiera que sea su naturaleza, diagnosticada con fecha anterior a la contratación de la póliza.
- Los accidentes que sean fruto de ceguera y/o sordera .
- Los que sean consecuencia de contaminación radiactiva o nuclear.
- Los ocasionados por la participación del asegurado en competiciones de velocidad, resistencia, carreras de cualquier naturaleza como profesional, sus entrenamientos y ensayos preparatorios. Las lesiones derivadas del uso de ciclomotores y motocicletas superiores a 125 cc. Los derivados de la conducción de vehículos a motor si el asegurado carece de la autorización administrativa correspondiente.
- Los ocurridos a profesionales de aviación y personas que realicen alguna misión a bordo (pilotos, azafatas, auxiliares de vuelo, mecánicos, radiotelegrafistas, camareros, etc.) y a los militares en acto de servicio en las aeronaves del Estado.

- **Los ocurridos durante la intervención del asegurado en maniobras militares navales, terrestres o aéreas.**
- **Los ocurridos a personas transportadas en aeronaves de propiedad particular o de capacidad inferior a 20 personas.**
- **Las consecuencias directas o indirectas de participar en misiones humanitarias o como médico de ambulancias.**
- **Los accidentes debidos a hechos de carácter extraordinario o catastrófico, que quedarán cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros (cláusula anexa). Por ejemplo: Los de carácter político y social; los ocurridos con ocasión de guerra civil o internacional (precedida o no de declaración); invasión, asonada, sedición, rebelión, así como medidas de carácter militar; los que sean consecuencia de fenómenos sísmicos, meteorológicos, atmosféricos o geológicos.**
- **Uso de embarcaciones a vela o motor a más de dos millas de la costa de un refugio costero o práctica de submarinismo a más de 20 m. de profundidad. y uso de avionetas de propiedad particular.**
- **Los ocurridos como consecuencia de la práctica profesional o aficionado remunerado y/o como participante en competiciones de cualquier deporte para las que el asegurado se encuentre inscrito en la correspondiente Federación Deportiva. Tampoco están cubiertos los ocurridos como consecuencia de la práctica no profesional de deportes de elevada peligrosidad, tales como Boxeo, bobsleigh, judo, paracaidismo, espeleología, submarinismo, hockey, rugby, polo, hockey sobre hielo, lucha y artes marciales, automovilismo, motociclismo, esquí con saltos, alpinismo, barranquismo, puénting, escalada, alpinismo, actividades de montaña o nieve fuera de pistas señalizadas y abiertas al público o prácticas a una altitud superior a 3.000 m.; ala delta, ultraligeros, ascensión en globo, planeador, monoplaneador, parapente y deportes aéreos en general, asi como inmersiones subacuáticas con utilización de aparatos de respiración (scuba). La caza mayor fuera de España. Equitación con saltos. Toda acti-**

vidad desértica. Los derivados del ejercicio del toreo y de los encierros de reses bravas, así como otros deportes o actividades de similar peligrosidad.

- Las manipulaciones de electricidad en corrientes de alta tensión.
- Las congelaciones, insolaciones u otros efectos de la temperatura atmosférica, salvo que sean consecuencia de un accidente.
- Los accidentes que sean consecuencia del uso profesional o no de explosivos.
- Las enfermedades de cualquier naturaleza; los infartos y otros episodios cardiovasculares o cerebrovasculares en general, cualquiera que sea su causa, así como las lesiones corporales u otras consecuencias debidas a operaciones o tratamientos médicos que no hayan sido motivadas por un accidente cubierto por esta póliza.
- Los accidentes sufridos por el asegurado con osteoporosis o fractura patológica, si fueron diagnosticadas, por primera vez, con anterioridad a la fecha de efecto de esta garantía. Si el asegurado sufriera la fractura de un hueso como consecuencia de un accidente y durante el tratamiento de la misma le fuera diagnosticada por primera vez una fractura patológica, una enfermedad o una osteoporosis, la Entidad Aseguradora indemnizará al Asegurado por ese siniestro, si estuviera cubierto por la póliza, pero no admitirá ningún otro siniestro del mismo asegurado con relación a ninguna otra fractura.
- Los accidentes sufridos por el asegurado diagnosticado de osteoporosis y que haya sido hospitalizado por fracturas una vez al año, durante, al menos, tres años consecutivos.
- Los accidentes sufridos por el asegurado con Osteogénesis imperfecta diagnosticada.
- Las consecuencias derivadas de accidentes acaecidos con anterioridad a la entrada en vigor de esta póliza, aunque sus con-

secuencias solo se manifiesten tras su vigencia; incluso aunque estuvieran en fase de estudio y no existiese un diagnóstico concreto, o se volvieran a poner de manifiesto como consecuencia de un nuevo accidente. En caso de agravación directa o indirecta de las consecuencias de un accidente, por una enfermedad o estado morboso preexistentes o sobrevenidos después de ocurrir aquel y por una causa independiente del mismo, la Entidad aseguradora solo responderá de los efectos reales del accidente que habría probablemente tenido, sin la intervención agravante de tal enfermedad o estado morboso.

QUINTA: DURACIÓN EL SEGURO

El seguro se estipula por el período de tiempo previsto en las condiciones particulares y, a su vencimiento, de conformidad con el artículo 22 de la Ley de Contrato de Seguro, se prorrogará por períodos no superiores a un año. No obstante, cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga mediante notificación escrita a la otra efectuada con un plazo de, al menos, un mes de anticipación a la conclusión del período del seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el tomador, y de dos meses cuando sea el asegurador. El asegurador deberá comunicar al tomador, al menos con dos meses de antelación a la conclusión del período en curso, cualquier modificación del contrato de seguro.

En todo caso, el contrato de seguro no se prorrogará para el siguiente período contratual en la anualidad en la que el asegurado cumpla la edad de ochenta y cinco años.

Asimismo, el seguro se extinguirá cuando concurra cualquiera de las siguientes causas:

- **Fallecimiento del asegurado.**
- **Si la indemnización por el/los siniestros sufridos por el asegurado cubierto/s por la Garantía de Fracturas por Accidente iguala a la suma asegurada de la cobertura de Quemaduras.**

- **En caso de que el asegurado, una vez celebrado el contrato, desarrolle como profesión o actividad habitual, cualquiera de las detalladas como no asegurables en la Condición General Tercera de las presentes Condiciones Generales.**

SEXTA: PRIMAS

De acuerdo con lo previsto en el artículo 14 de la Ley de Contrato de Seguro, el tomador (contratante) del seguro está obligado al pago de la prima (precio del seguro) en las condiciones estipuladas en las Condiciones Particulares. Las primas a cuyo pago queda obligado el Tomador del seguro son anuales, pudiendo pactarse el pago fraccionado de las mismas. Salvo que en las Condiciones Particulares se especifique otra cosa, el lugar de pago de la prima se corresponderá con la domiciliación bancaria facilitada por el Tomador.

Todos los impuestos, recargos y tributos existentes y los que en lo sucesivo puedan establecerse sobre los contratos de seguro y las primas, son a cargo del Tomador del seguro cuando legamente sean repercutibles.

La primera Prima o fracción de la misma será exigible, conforme a lo previsto en el artículo 14 de la Ley de Contrato de Seguro a la firma del contrato. Si no hubiera sido pagada por culpa del Tomador, el Asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago en vía ejecutiva con base en el contrato, y si no hubiera sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación. (Artículo 15 de la Ley de Contrato de Seguro).

En caso de falta de pago de la segunda o sucesivas Primas o fracciones de la misma, la cobertura del Asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento, reservándose ASISA VIDA el derecho a resolver el contrato. En caso de que la aseguradora no haya resuelto el contrato o reclamado la prima o fracción en el plazo de los seis meses siguientes al impago, se entenderá que el contrato queda extinguido. Si el contrato no hubiera sido resuelto o extinguido

conforme a las condiciones anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto no retroactivo a las veinticuatro horas del día en que el Tomador pague la prima. En cualquier caso, el Asegurador cuando el contrato esté en suspenso sólo podrá exigir el pago de la Prima del Período de Seguro en curso.

El fraccionamiento del pago de la prima no libera al Tomador de la obligación de abonar la totalidad de la prima anual, quien perderá el derecho al fraccionamiento de la Prima que se hubiere convenido en caso de impago de cualquier recibo, siendo exigible desde ese momento la Prima total acordada para el periodo de Seguro que reste.

El Asegurador y el Tomador sólo quedan obligados por los recibos librados por la dirección o por sus representantes legalmente autorizados.

En caso de extinción anticipada del Contrato imputable al Tomador, la parte de pri ma anual no consumida corresponderá a la Aseguradora, ya que la prima es única para el período contractual con independencia de que se admita su fraccionamiento.

SÉPTIMA: TRAMITACIÓN DE SINIESTROS Y PAGO DE INDEMNIZACIÓN

Para tener derecho a la indemnización correspondiente a las distintas garantías aseguradas, en caso de siniestro, es necesario comunicar su ocurrencia a ASISA VIDA SEGUROS en el plazo máximo de 7 días y aportar la documentación detallada a continuación, en las oficinas de la correspondiente Delegación Provincial de ASISA o por correo electrónico en la dirección: **siniestros@asisa.es**

1) Indemnización por Fallecimiento por Accidente

Para solicitar la indemnización de fallecimiento por accidente, el beneficiario deberá presentar los siguientes documentos:

a) Declaración de siniestro. Impreso a facilitar por ASISA.

b) Certificado médico relativo a la asistencia sanitaria prestada al

asegurado en relación con el accidente, en el que se detallarán las circunstancias y causas del fallecimiento.

c) Certificado de defunción.

d) Documentos que acrediten la personalidad y, en su caso, la condición del beneficiario.

e) Certificado del Registro de Últimas voluntades y Copia autorizada del último testamento. De no existir testamento, declaración expresa de herederos (judicial o notarial, según corresponda).

f) Fotocopia de la carta de pago del Impuesto de Sucesiones que recoja expresamente el importe garantizado, o en su caso, justificante de exención de dicho pago.

g) Adicionalmente, los informes o documentos que puedan ser requeridos por ASISA VIDA para valorar si procede el pago de la indemnización solicitada.

El capital asegurado será satisfecho al tomador del seguro o a sus herederos, si en el momento del fallecimiento del asegurado no hubiera beneficiario concretamente designado ni reglas para su determinación.

2) Resto de Indemnizaciones.

Para tener derecho a la indemnización correspondiente a las garantías de Quemaduras Graves, Fracturas, Hospitalización en UCI y Hospitalización por accidente, es necesario aportar la siguiente documentación:

- Declaración de Siniestro (Solicitud de Indemnización).
- Informe de Alta Médica Hospitalaria, que incluirá, al menos, la siguiente información: fecha de ingreso en el hospital, motivo del ingreso, asistencia y tratamientos, evolución y fecha de alta. Ade-más, en el caso de quemaduras, se detallará el porcentaje de superficie corporal afectada por las quemaduras, de acuerdo con los métodos admitidos (Regla de los 9 o Carta de Superficie Corporal de Lund and Browder).

- Adicionalmente, los informes o documentos que puedan ser requeridos por ASISA VIDA para valo-rar si procede el pago de la indemnización solicitada.

El asegurador está obligado a satisfacer la indemnización al término de las investigaciones y peritaciones necesarias para establecer la existencia del siniestro y, en su caso, el importe de los daños que resulten del mismo, de acuerdo con los límites establecidos en el contrato. En cualquier supuesto, el asegurador deberá efectuar, dentro de los cuarenta días, a partir de la recepción de la declaración del siniestro, el pago del importe mínimo de lo que el asegurador pueda deber, según las circunstancias por él conocidas.

3) Servicios complementarios de atención y orientación, adecuación, ayuda legal y asesoramiento jurídico por Accidente.

Para acceder a dichos servicios se tendrá en cuenta lo establecido en la Condición General Segunda en cada caso.

OCTAVA: DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

El tomador podrá designar beneficiario en la solicitud de seguro, en una posterior declaración escrita dirigida a la Entidad aseguradora o en testamento.

Durante la vigencia de la póliza, el tomador podrá modificar la designación de beneficiario anteriormente realizada, sin necesidad de consentimiento de la Entidad aseguradora.

En caso de fallecimiento del Asegurado, sin designación expresa de beneficiarios, se aplicará el siguiente orden de prelación: 1º) el cónyuge no separado legalmente en virtud de sentencia firme en la fecha de fallecimiento del asegurado o pareja de hecho superviviente. La pareja de hecho se acreditará mediante certificación de inscripción en alguno de los registros específicos existentes en las comunidades autónomas o ayuntamientos del lugar de residencia o mediante documento público en el que conste la constitución de dicha pareja;

2º) los hijos o descendientes supervivientes del Asegurado por partes iguales; 3º) padres o ascendientes del asegurado por partes iguales; 4) hermanos del asegurado por partes iguales; 5º) herederos del asegurado que sean personas físicas.

NOVENA: OTRAS OBLIGACIONES Y DEBERES DEL TOMADOR/ ASEGURADO

El tomador del seguro y, en su caso, el asegurado o beneficiario, tiene las obligaciones y deberes siguientes:

a) Antes de la formalización del contrato debe declarar al Asegurador, de acuerdo con el cuestionario que este le someta, todas las circunstancias por él conocidas que pueden influir en la valoración del riesgo.

b) Comunicar al asegurado la celebración de cualquier otro seguro de accidentes que se refiera a la misma persona, según dispone el artículo 101 de la Ley de Contrato de Seguro.

c) Comunicar a la Entidad Aseguradora el cambio de domicilio y de dirección de correo electrónico identificadas en las Condiciones Particulares, así como el resto de datos facilitados a efectos de comunicaciones en los ocho (8) días siguientes a producirse el cambio.

d) Comunicar al asegurador el cambio de profesión del asegurado. En caso de que la nueva profesión u ocupación esté incluida entre las no asegurables, el contrato quedará extinguido automáticamente.

e) En caso de siniestro, comunicar al asegurador su acaecimiento dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido, con los efectos previstos en el artículo 16 de la Ley de Contrato de Seguro, y darle toda clase de información sobre las circunstancias del siniestro.

f) Aminorar las consecuencias del siniestro, empleando los medios a su alcance para conservar la vida del asegurado y su pronto restablecimiento.

El incumplimiento de esta obligación con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al asegurador liberará a éste de toda prestación derivada del siniestro, conforme al artículo 17 de la Ley de Contrato de Seguro.

g) El asegurado(s), beneficiario(s) o, en su defecto, las personas debidamente autorizadas para ello por los anteriores, tienen la obligación de faciitar a la Entidad aseguradora, en aquellos casos en que sean requeridos expresamente, toda la documentación médica, diagnóstica o probatoria, y/o presupuestos relacionados con el siniestro que permitan a aquella determinar si la prestación asistencial o indemnización requerida es objeto de cobertura por el presente contrato, así como las visitas de inspección que pueda realizar el personal médico. La Entidad Aseguradora no tendrá que garantizar la prestación solicitada, mientras no le sean facilitados los citados informes y presupuestos en los casos en que así se haya requerido expresamente al Asegurado. La Entidad Aseguradora podrá reclamar al Asegurado el coste de la cobertura de cualquier prestación o indemnización que no procediera asumir, una vez conocida la información y documentación facilitada por el Asegurado.

DÉCIMA: FACULTADES DEL TOMADOR/ASEGURADO

a) Cuando el contrato de seguro se celebre utilizando una técnica de contratación a distancia, el Tomador podrá resolverlo unilateralmente, sin penalización, si no ha acaecido el siniestro objeto de cobertura, en los 14 días siguientes a la firma de la póliza o a la recepción por el Tomador de las condiciones contractuales y la información previa obligatoria, si esta recepción es posterior a la firma de la póliza, mediante comunicación escrita a la Entidad en este sentido.

b) El tomador del seguro podrá reclamar a la entidad aseguradora, en el plazo de un mes, a contar desde la entrega de la póliza, que se subsanen las divergencias existentes entre ésta y la proposición

de seguro o de las cláusulas acordadas, según dispone el artículo 8 de la Ley de Contrato de Seguro.

DECIMOPRIMERA: NULIDAD DEL CONTRATO Y PÉRDIDA DE DERECHOS

El contrato de seguro será nulo, salvo en los casos previstos por la Ley, si en el momento de su conclusión no existiera el riesgo o hubiera ocurrido el siniestro (artículo 4 de la Ley de Contrato de Seguro).

Se pierde el derecho a la indemnización:

a) En caso de reserva o inexactitud al cumplimentar el cuestionario, si medió dolo o culpa grave (artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro).

b) Si el siniestro sobreviene antes de que haya pagado la primera prima, salvo pacto en contrario (artículo 15 de la Ley de Contrato de Seguro).

c) Si el tomador del seguro o el asegurado no facilitan al asegurador la información sobre las circuns-tancias y consecuencias del siniestro y hubiera concurrido dolo o culpa grave (artículo 16 de la Ley de Contrato de Seguro).

d) Si el asegurado o el tomador del seguro incumplen su deber de aminorar las consecuencias del sinies-tro y lo hacen con manifiesta intención de perjudicar o engañar al asegurador (artículo 17 de la Ley de Contrato de Seguro).

e) Cuando el siniestro haya sido causado por mala fe del asegurado (artículo 19 de la Ley de Contrato de Seguro).

DECIMOSEGUNDA: ÁMBITO DEL SEGURO

La garantía de fallecimiento se extienden al mundo entero, **quedando exceptuados los accidentes ocurridos en países que se encuentren en conflicto bélico o armado.**

Las prestaciones derivadas del resto de garantías se prestarán únicamente dentro del territorio nacional y en el domicilio del asegurado, que debe encontrarse, efectivamente, en España, con independencia del lugar de ocurrencia del accidente.

DECIMOTERCERA: COMUNICACIONES

Las comunicaciones a la Entidad Aseguradora por parte del Tomador del seguro o del Asegurado se realizarán en el domicilio social de aquélla señalado en el contrato de seguro. Las comunicaciones que efectúe el tomador del seguro al agente de seguros que distribuya el contrato de seguro surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado directamente a la entidad aseguradora.

Las comunicaciones de la Entidad Aseguradora al Tomador del seguro o al Asegurado podrán realizarse por correo postal o electrónico, o por cualquier otro medio de mensajería instantánea facilitado por el tomador del seguro en el momento de realizar la solicitud de seguro mientras no comunique un cambio de la misma. El tomador del seguro podrá oponerse al envío de comunicaciones electrónicas a través del siguiente buzón: DPO@grupoasisa.com

DECIMOCUARTA: RECLAMACIONES Y PRESCRIPCIÓN

Sin perjuicio de cualquier otra instancia que pueda resultar competente, los tomadores del seguro, asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados o derechohabientes de cualesquiera de ellos, podrán formular reclamación por escrito ante las siguientes instancias:

1. Delegación Provincial de ASISA.
2. Servicio de Atención al Cliente del Grupo ASISA, de acuerdo con lo previsto en la "Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo, sobre los departamentos y servicios de atención al cliente y el defensor del cliente de las entidades financieras". El procedimiento de gestión de las quejas y reclamaciones ante dicha instancia se puede consul-

tar en el Reglamento de funcionamiento del Servicio de Atención al Cliente del Grupo Asisa, en la página web (www.asisa.es).

3. En caso de desacuerdo con la resolución del Servicio de Atención al Cliente, o si no se hubiera obtenido respuesta en el plazo de dos meses, el interesado podrá interponer reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, Paseo de la Castellana n.º 44 - 28046 – Madrid, en soporte papel o por vía telemática con firma electrónica, a través de la página web de ese organismo.

ASISA no se encuentra adherida a ninguna Junta Arbitral de Consumo. Los conflictos que puedan surgir entre Tomadores de Seguro, Asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados o derechohabientes de cualesquiera de ellos con la Entidad Aseguradora, se resolverán por los jueces y tribunales competentes. (Art. 97.1 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras).

A efectos del presente contrato de seguro, con independencia de las instancias anteriores, será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo, el del domicilio del Asegurado, a cuyo efecto este designará un Domicilio en España, en caso de que el suyo fuese en el extranjero.

Las acciones que se deriven de este Contrato de seguro prescribirán en el término de cinco (5) años (artículo 23 de la Ley de Contrato de seguro).

DECIMOQUINTA: PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

1. Responsable del tratamiento de datos personales.

El responsable del tratamiento es ASISA VIDA SEGUROS, S.A.U. (en adelante, ASISA VIDA), con CIF A87425070 y con domicilio social en Calle Juan Ignacio Luca de Tena, 12, 28027 Madrid.

ASISA VIDA tiene nombrado formalmente un Delegado de Protección de Datos, que tiene habilitado el siguiente canal de comunicación: DPO@grupoasisa.com

2. Tratamiento de los datos personales.

Se procederá a tratar datos personales identificativos, de empleo, características personales, circunstancias sociales, datos socioeconómicos y datos de salud, proporcionados a través de la solicitud de seguro, así como durante la vigencia del contrato y mediante el acceso a ficheros existentes en fuentes públicas o privadas siempre que exista un interés legítimo y/o el cumplimiento de una obligación legal.

El Tomador se compromete a garantizar que toda la información facilitada incluida la relativa a los asegurados es cierta y que no ha omitido dato alguno sobre el estado de salud de cada uno de los Asegurados. Asimismo, en caso de proporcionar datos relativos a otra persona física deberá, con carácter previo a su inclusión, obtener los correspondientes consentimientos e informarle de los extremos contenidos en la presente cláusula.

3.Finalidad del tratamiento de los datos personales.

El tratamiento de los datos tendrá como finalidad atender, gestionar y ejecutar el contrato de seguro, así como prestar los servicios relacionados directa o indirectamente con el mantenimiento del mismo.

Adicionalmente, ASISA VIDA está amparada por el interés legítimo para:

- Valorar, seleccionar y tarificar los riesgos asociados al seguro solicitado, como, por ejemplo, evaluar la solvencia económica, realizar estudios estadísticos, de calidad o análisis técnicos, así como prevenir el fraude en la contratación del seguro.
- Enviar información comercial adaptada a los intereses del asegurado, incluido a través de medios electrónicos, así como realizar encuestas de opinión. En este caso, sólo será enviada información que esté relacionada con productos y/o servicios propios de la enti-

dad que sean similares a los que el asegurado tenga contratados y en aras de mejorar su grado de satisfacción como cliente. Si el asegurado no desea recibir publicidad por medios electrónicos, podrá dirigirse a la dirección postal DPO@grupoasisa.com.

- Transmitir los datos personales del asegurado dentro del grupo empresarial para fines administrativos internos.
- Conservar los datos personales del asegurado una vez rescindido el contrato de seguro como consecuencia de la reserva o inexactitud de la información proporcionada o por impago de primas y de cara a detectar, prevenir, remediar e impedir conductas fraudulentas o que supongan un riesgo para ASISA VIDA.
- En el caso de no producirse el pago en el término previsto para ello y de cumplirse los requisitos previstos en la normativa vigente, comunicar los datos relativos al impago a sistemas de información crediticia relativos al incumplimiento de obligaciones dinerarias, financieras o de crédito.

Siendo la privacidad de especial importancia para ASISA VIDA, se han realizado los oportunos juicios de ponderación a fin de verificar que los derechos y libertades fundamentales de los interesados prevalecen sobre los intereses de la Compañía con carácter previo a aplicar el interés legítimo como base de licitud para las finalidades mencionadas en el presente apartado. Las conclusiones del juicio de ponderación se podrán facilitar mediante petición formal en la siguiente dirección de correo electrónico: dpo@grupoasisa.com.

Asimismo, en base al cumplimiento de obligaciones legales, el tratamiento de los datos tendrá como finalidad:

- Realizar el análisis estadístico-actuarial tanto para la determinación del riesgo asociado como para la tarificación de las pólizas de los clientes y potenciales clientes ya sea en el proceso de la solicitud del seguro o durante la vigencia del contrato en atención a las nuevas circunstancias del Asegurado o al cambio de la base actuarial.
- Cumplir con las obligaciones establecidas en la normativa relativa

a seguros, leyes tributarias y la normativa en materia de protección de datos de carácter personal vigente.

Además, el consentimiento del asegurado permitirá a ASISA VIDA el tratamiento de sus datos para:

- Enviar ofertas personalizadas de productos y servicios de las empresas del Grupo ASISA y Colaboradoras. El asegurado puede consultar la identidad de las empresas en el sitio web https://www.asisavida.es/.
- Compartir los datos personales con las empresas del Grupo ASISA y entidades colaboradoras para que éstas puedan ofrecer información comercial en relación a sus propios productos y servicios. El asegurado puede consultar la identidad de las empresas en el sitio web https://www.asisavida.es/.

La no autorización del tratamiento de los datos para las anteriores finalidades no afectará al mantenimiento o cumplimiento de la relación contractual.

4. Legitimación para el tratamiento de los datos personales.

La base para el tratamiento de los datos personales del asegurado se encuentra:

- En la ejecución del contrato por parte de ASISA VIDA, en base a lo dispuesto en el contrato de seguro que le vincula con dicho asegurado.
- En el cumplimiento de obligaciones legales para cumplir con lo dispuesto en las normativas de seguros, tributaria y de protección de datos de carácter personal.
- En el interés legítimo para enviarte ofertas y promociones personalizadas, así como para prevenir conductas fraudulentas y de riesgo para ASISA VIDA respecto a clientes y exclientes y con fines administrativos internos.
- En el consentimiento para comunicar datos a otras empresas de las que podrá recibir ofertas y promociones personalizadas y ofrecer publicidad de productos y servicios de terceras empresas.

5. Destinatarios de los datos personales.

Los datos personales tratados por ASISA VIDA para alcanzar las finalidades detalladas anteriormente podrán ser comunicados a los siguientes destinatarios en función de la base legitimadora de la comunicación.

- Dirección General de Seguros, Organismos y Administraciones Públicas.
- Empresas de Reaseguro o Coaseguro a fin de celebrar, tramitar o gestionar, en su caso, las prestaciones contenidas en la presente póliza.
- Entidades financieras para la gestión de cobros y pagos.
- Unión Española de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (UNESPA) para la inclusión de sus datos personales, en caso de considerarse necesario, en su fichero común de prevención del fraude.
- Entidades titulares de ficheros de servicios de información sobre solvencia patrimonial y crédito, tanto para su consulta en los supuestos legalmente establecidos, como en caso de incumplimiento de sus obligaciones dinerarias.
- En aquellos casos en los que el asegurado haya prestado su consentimiento conforme a las finalidades indicadas, ASISA VIDA compartirá la información con las empresas del Grupo, así como con entidades colaboradoras para que éstas puedan ofrecer información comercial en relación a sus propios productos y servicios. Puede consultar la identidad de las empresas en el sitio web https://www.asisavida.es/.

6. Tiempo de conservación de los datos personales

Los datos personales se mantendrán durante la vigencia del contrato y, posteriormente, siempre que el asegurado no haya ejercitado su derecho de supresión, siendo conservados teniendo en cuenta los plazos legales que resulten de aplicación en cada caso concreto, de acuerdo con la tipología de los datos, así como con la finalidad del tratamiento.

Una vez finalizado el mencionado plazo, ASISA VIDA se compromete a cesar en el tratamiento de todos los datos personales, así como a bloquearlos debidamente. No obstante, los datos personales podrán conservarse cuando resulte necesario durante periodos más largos siempre que se traten exclusivamente con fines de prevenir, remediar e impedir conductas fraudulentas y de riesgo para ASISA VIDA.

7. Derechos en relación al tratamiento de los datos personales.

El asegurado tiene derecho a acceder a sus datos personales y a obtener confirmación sobre cómo se están tratando dichos datos. Asimismo, tiene derecho a solicitar la rectificación de los datos que sean incorrectos o inexactos o, en su caso, solicitar su supresión cuando, entre otros motivos, los datos ya no sean necesarios para los fines que hayan sido recabados por ASISA VIDA.

En determinadas circunstancias, el asegurado podrá solicitar la limitación del tratamiento de sus datos, en cuyo caso ASISA VIDA únicamente los conservará para el ejercicio o la defensa de posibles reclamaciones.

Asimismo, también en determinadas circunstancias, el asegurado podrá oponerse al tratamiento de sus datos personales con la finalidad informada por ASISA VIDA. En ese caso, ASISA VIDA cesará en el tratamiento de los datos personales, salvo que concurran motivos legítimos, o para garantizar el ejercicio o la defensa de posibles reclamaciones.

Por último, el asegurado podrá solicitar el derecho a la portabilidad y obtener para sí mismo o para otro prestador de servicios determinada información derivada de la relación contractual formalizada con ASISA VIDA.

El ejercicio de tales derechos podrá realizarse mediante:

- Escrito dirigido a ASISA VIDA SEGUROS, S.A.U., a la dirección postal Calle Juan Ignacio Luca de Tena número 12, 28027, Madrid.
- Mediante comunicación dirigida a la dirección de correo electrónico DPO@grupoasisa.com

En ambos supuestos, se exigirá acreditar la identidad de la persona que ejerce sus derechos mediante el envío de copia de su DNI, NIE, Pasaporte o documento equivalente, por las dos caras.

ASISA VIDA facilitará la información solicitada en el plazo máximo de un mes a partir de la recepción de la solicitud. Dicho plazo podrá prorrogarse otros dos meses en caso necesario, teniendo en cuenta la complejidad y el número de solicitudes.

El asegurado podrá retirar el consentimiento en cualquier momento, en el caso de haberse otorgado para alguna finalidad específica, sin que ello afecte a la licitud del tratamiento basado en el consentimiento previo a dicha retirada.

El asegurado podrá presentar reclamación ante la Autoridad de Control competente en materia de protección de datos. No obstante, en primera instancia, podrá presentar reclamación ante el Delegado de Protección de Datos, quien revolverá la misma en el plazo máximo de dos meses.

CLÁUSULA DE COBERTURA DE RIESGOS EXTRAORDINARIOS

La presente cláusula resultará de aplicación únicamente para el caso en el que se haya contratado la Garantía Opcional de Indemnización por Fallecimiento por Accidente.

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, y que afecten a ries-

gos en ella situados, y también los acaecidos en el extranjero cuando el asegurado tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el tomador hubiese satisfecho los correspondientes recargos a su favor y se produjera alguna de las siguientes situaciones:

a) Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por la póliza de seguro contratada con la entidad aseguradora.

b) Que, 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.

I. Resumen de normas legales

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos:

a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias (incluyendo los embates de mar), erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 120 km/h, y los tornados) y caídas de meteoritos.

b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.

c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

Los fenómenos atmosféricos y sísmicos, de erupciones volcánicas y la caída de cuerpos siderales se certificarán, a instancia del Consor-

cio 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 procedido 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 por el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, regula-

dora 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 o gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de «catástrofe o calamidad nacional».

3. Extensión de la cobertura

La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y sumas aseguradas que se hayan establecido en la póliza a efectos de los riesgos ordinarios.

En las pólizas de seguro de vida que, de acuerdo con lo previsto en el contrato, y de conformidad con la normativa reguladora de los seguros privados, generen provisión matemática, la cobertura del Consorcio se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que, de conformidad con la normativa citada, la entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la citada provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

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

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 (952 367 042 ó 900 222 665).
– 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.