

Póliza de
Seguro de Accidentes Colectivos
nº 7025-369703

Tomador	ASOCIACION AUGC (G-12380838)
Entidad Aseguradora	AXA Seguros Generales, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros
Objeto del Contrato	Seguro de Accidentes Colectivo
Fecha modificación de la póliza	01 de febrero de 2018

Índice de contenidos

1. Datos de identificación
2. Garantías Contratadas
3. Descripción de las garantías contratadas
4. Exclusiones
5. Información de carácter general
 - 5.1. Toma de efecto de las coberturas contratadas y periodos de carencia
 - 5.2. Obligaciones y facultades de las partes
 - 5.3. Solicitud de indemnizaciones
 - 5.4. Normas de tipo
 - 5.5. Cláusula de indemnización Consorcio
6. Prórroga del contrato
 - 6.1. Perfección, toma de efecto y duración del contrato
 - 6.2. Pago de la prima
 - 6.3. Determinación y pago de la indemnización
7. Cláusula firma electrónica y comunicaciones electrónicas
8. ¿Dónde tiene que firmar para aceptar las condiciones?



1. Datos de identificación Partes del Contrato

Datos del Tomador

Tomador del seguro
ASOCIACION AUGC

Dirección
CL REINA VICTORIA 000037 2-C
28003 MADRID

Teléfono móvil
655947988

NIF
G12380838

Datos del Mediador

Nombre mediador
CORREDORES TECNICOS DE SEGUROS,S.A.

Dirección mediador
AV República Argentina 000006 Entp. Centro
26002 LOGROÑO
LA RIOJA

Teléfono
941235395

E-mail
cotesrioja@cotes-sa.com

Aseguradora

AXA Seguros Generales, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros, Ins. en el R.M. de Baleares al Tomo 2325, Folio 63, Hoja PM-61041, inscripción 2ª. CIF A-60917978. D.S.: calle Monseñor Palmer, 1, 07014 - Palma de Mallorca

Datos de la Póliza

Fecha efecto de la Renoación
01.02.2018 a las 00:00 horas

Duración del contrato
Anual Renovable

Fecha de Vencimiento
01.02.2019 a las 00 horas

Colectivo 369703

2. Garantías Contratadas

Actividad: Cuerpos de Seguridad del Estado y CC.AA.

Regularización : Mensual

Riesgo cubierto: Riesgo Extralaboral

Garantías y Modalidades	Opción Básica	Opción Vip
Muerte por accidente no laboral	6.000 €	15.000 €
Muerte por cualquier causa	3.000 €	6.000 €
Invalidez permanente según baremo por accidente no Laboral	6.000 €	15.000 €
Fallecimiento simultáneo del Asegurado y su Cónyuge (*) no laboral existiendo como Beneficiarios hijos de ambos menores de 18 años, o mayores incapacitados legal y permanentemente de forma absoluta	6.000 €	6.000 €
Gastos de Sepelio	1.500 €	4.000 €
Incapacidad Temporal Periodo desde el 1º día hasta 20º día	El abono del devengo de la prestación por IT, se atenderá según aplicación del Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad del personal funcionariado.	
Límite máximo por asegurado y siniestro	350 €	600 €
Límite máximo por asegurado y año (*)	700 €	
Gastos de atención psicológica al beneficiario hasta 5 sesiones por siniestro, En caso de fallecimiento del Asegurado	600 €	600 €
Cirugía reparadora, reembolso de los gastos de cirugía plástica reparadora en caso de daños o deformación de la superficie corporal del asegurado como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza,	1.000 euros por siniestro	1.500 euros por siniestro

Detalle de las Primas:

	P Neta	Clea	IPS	Consorcio	P. Total
Opción Básica	44,80 €	0,07€	2,69 €	0,03 €	47,59 €
Opción Vip	64,55 €	0,10 €	3,87 €	0,08 €	68,60 €

2. Descripción de las Garantías Contratadas

Bases legales que rigen la póliza:

La presente póliza se rige por lo dispuesto en la ley 50/1980 de 8 de octubre de contrato de seguro (BOE 17 de octubre) y por lo convenido en estas condiciones particulares y las generales adjuntas.

Definición de Asegurado

A los efectos de la cobertura del presente contrato se entienden como asegurados las personas físicas pertenecientes al colectivo de la asociación AUGC CIF: G12380838 según altas y bajas que AUGC comunica a la entidad aseguradora.

Asimismo quedan garantizados en condición de asegurado los cónyuges, parejas de hecho "funcionarios", relacionado en póliza en las mismas condiciones que los asociados.

Las coberturas detalladas y cuantificadas en el presente estudio corresponden a prestaciones cubiertas por hechos acaecidos fuera de su ámbito laboral.

Si una causa final, tanto para accidentes como para vida, tiene su origen en un accidente de índole laboral, dicha prestación no es objeto de cobertura.

Accidente no laboral:

Se entiende por accidente no laboral la lesión corporal derivada de causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado, ocurrida durante actos de su vida privada, que no sea admitida y calificada como accidente de trabajo por la Seguridad Social y tenga como consecuencia la muerte o la incapacidad permanente del asegurado.

Fallecimiento por Accidente

El asegurador asume el pago del capital garantizado, en el caso de que el asegurado fallezca a causa de un accidente antes de los 70 años de edad, siempre y cuando el mismo no este relacionado con su actividad laboral y permanezca en el momento del accidente como miembro de Asociación AUGC CIF: G12380838. Si se hubiera indemnizado por las secuelas derivadas de un accidente y, a resultas del mismo, se produjera el fallecimiento del Asegurado, el Asegurador abonará a los Beneficiarios la diferencia existente entre ambas coberturas, siempre que se cumplan los requisitos fijados en el presente contrato. Si la diferencia fuera negativa, el Beneficiario queda obligado a devolver la diferencia en el plazo de 15 días

Fallecimiento simultáneo del Asegurado y su Cónyuge

En caso de que el Asegurado y su Cónyuge fallecieran a resultas de un mismo accidente cubierto por la póliza, siempre que no fuera de aviación, motocicletas o ciclomotores, existiendo como Beneficiarios hijos de ambos menores de 18 años, o mayores incapacitados legal y permanentemente de forma absoluta para realizar cualquier profesión u oficio, el Asegurador abonará a dichos Beneficiarios otro capital igual al que les pudiera corresponder por la cobertura de fallecimiento por accidente. De existir además otros Beneficiarios, estos no verán aumentada su parte de indemnización.

Fallecimiento por cualquier causa

El asegurador asume el pago del capital garantizado, en el caso de que el asegurado fallezca a causa de un accidente o enfermedad antes de los 70 años de edad, siempre y cuando el mismo no este relacionado con su actividad laboral y permanezca en el momento del accidente como miembro de Asociación AUGC CIF: G12380838.

Invalidez Permanente Parcial por Accidente

En función de las pérdidas anatómicas o funcionales que el asegurado sufra, en un plazo de 5 años a contar desde la fecha del accidente no laboral, como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, el asegurador

indemnizará el importe que resulte de la aplicación del porcentaje declarado para el asegurado por la unidad médica de valoración de incapacidades de la seguridad social sobre el capital asegurado por esta garantía.

Baremos de Invalidez Permanente Parcial

La indemnización en caso de invalidez parcial se calculara aplicando al capital asegurado el porcentaje que representa la pérdida o inutilización que padezca el asegurado, según la siguiente tabla:

- Pérdida o inutilización de ambos brazos o ambas manos, o de un brazo y una pierna, o de un brazo y un pie, o de ambas piernas o ambos pies 100%
- Enajenación mental incurable que excluya cualquier trabajo 100%
- Parálisis completa 100%
- Ceguera absoluta 100%
- Pérdida o inutilización absoluta:
 - De una pierna 100%
 - De todos los dedos y una parte del pie 30%
 - Del dedo gordo de un pie 10%
 - Pérdida completa de la visión de un ojo 100%
- Reducción de la mitad de la visión binocular 60%
- Sordera completa 90%
- Sordera total de un oído 18%
- Fractura no consolidada de una pierna o un brazo 30%
- Rigidez completa de la columna vertebral 48%
- Lesiones cervicales 36%
- Extracción de la mandíbula inferior 30%
- Fractura no consolidada de la mandíbula inferior 24%
- Pérdida completa de los movimientos de las articulaciones del hombro 24%
- Impotencia funcional absoluta del codo 24%
- Impotencia funcional absoluta de la cadera 24%
- Impotencia funcional absoluta de la rodilla 24%
- Impotencia funcional del empeine del pie y del tobillo 24%
- Fractura no consolidada en la rótula 24%
- Encogimiento de 5 cms., por lo menos de un miembro inferior 24%
- Encogimiento de 3 cms., por lo menos de un miembro inferior 12%
- Pérdida completa del uso de los dedos de una mano 12%
- Amputación de cuatro falanges de una mano 12%
- Pérdida completa de los miembros de la muñeca 12%
- Derecha Izquierda
- Del brazo o de la mano 100% 100%
- Del dedo pulgar 30% 30%
- Del dedo índice 18% 15%
- De uno de los demás dedos de la mano 10% 8%

Las incapacidades no especificadas anteriormente serán indemnizadas en proporción a la gravedad, comparándolas a la de los casos ya enumerados.

En los siniestros de lesiones permanentes no invalidantes o incapacidad parcial, la compañía aseguradora someterá a los asegurados a una peritación medica personalizada, asumiendo los gastos derivados de la misma. Si la pérdida de un miembro u órgano, o de su uso, es solo parcial, el grado de invalidez fijado en la tabla será reducido proporcionalmente.

Si un órgano o miembro afectado por un accidente presentaba ya con anterioridad al mismo, un defecto físico o funcional, el grado de invalidez vendrá determinado por la diferencia entre el de la invalidez preexistente y el que resulte del accidente.

Si la víctima es zurda, el porcentaje previsto para el miembro superior derecho se aplicara al miembro superior izquierdo, e inversamente.

El grado de invalidez a tener en cuenta cuando un mismo accidente cause diversas pérdidas anatómicas o funcionales, se calculará sumando los porcentajes correspondientes a cada una, sin que dicho grado pueda sobrepasar el 100%.

Incapacidad Temporal

Que quedan cubiertos por la garantía de incapacidad temporal los hechos acaecidos por accidente no laboral o enfermedad común.

El abono del devengo de la prestación por IT, se atenderá según aplicación del Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad del personal funcionariado.

Para la Opción Básica establece, junto con el límite por siniestro, un límite adicional por año. En caso de que el conjunto de indemnizaciones alcanzara el límite fijado por anualidad, la póliza llegaría a su término. No obstante, si el límite se agotara antes del vencimiento anual del contrato, el Asegurado podrá optar por contratar una nueva cobertura pero exclusivamente en la Opción Vip de acuerdo con las condiciones de contratación fijadas para esta modalidad.

Gasto de sepelio por Accidente no Laboral

Si a consecuencia de un accidente no laboral cubierto por la póliza se produjera el fallecimiento del Asegurado, el Asegurador reembolsará a los Beneficiarios los gastos de sepelio hasta el límite del capital suscrito para esta garantía.

Reembolso de gastos de Cirugía

Reembolso de los gastos de cirugía plástica reparadora en caso de daños o deformación de la superficie corporal del asegurado como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, hasta un límite de 1.000 euros por siniestro.

Atención psicológica en caso de fallecimiento por accidente

Se incluye la atención psicológica del beneficiario inmediata al fallecimiento del asegurado como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, reembolsándose el coste de hasta 5 sesiones con un límite de 600 por siniestro.

Ambito temporal y geográfico de la Cobertura

A los efectos de la cobertura del presente contrato los eventos garantizados son exclusivamente los ocurridos durante su vigencia.

El ámbito geográfico de aplicación de la presente póliza es mundial.

Beneficiarios

En caso de invalidez, el propio asegurado.

En caso de fallecimiento, se determinaran de acuerdo a las siguientes reglas:

En primer lugar se estará a la designación de cada miembro del colectivo asegurado, bien en el momento de

adherirse a la póliza, bien en cualquier otro momento posterior durante la vigencia del contrato.

En el supuesto de que no hubiese beneficiario designado, se aplicara el siguiente orden de prelación:

- a) Cónyuge no separado legalmente del asegurado o pareja de hecho (*)
- b) Hijos

- c) Ascendientes
- d) Herederos legales

En el supuesto la condición de pareja de hecho deberá acreditarse por alguno de los siguientes medios: certificación de inscripción en el registro de parejas de hecho de la comunidad autónoma respectiva, o del municipio de residencia del empleado si no existiera el de la comunidad autónoma; y en defecto de ambos, mediante escritura pública otorgada por ambos miembros de la pareja, declarativa de su constitución como pareja de hecho.

En caso de discrepancia con el certificado individual de seguro, se estará a la designación expresa de esta misma cláusula.

Participación en beneficios

Al término de cada anualidad y siempre que exista renovación de la póliza, la compañía de Seguros realizará el abono (si procede) de la siguiente Participación en Beneficios en base a su resultado siniestral, mediante abono en cuenta y dentro de los 60 días siguientes al del vencimiento natural. Todo ello según los siguientes criterios:

Siniestralidad (S/P) (Pagos + reservas) % PB

- Menor del 50% (< 50%) 15%
- Entre el 50% y 70% (>50% y < 70%) 7%
- Mayor > 70% 0%

Se entiende por Pagos los siniestros abonados con cargo a la presente póliza y por reservas la cuantía de provisión que se establece en cada comunicación de siniestro, se encuentre el mismo abonado o no y todo ello sobre los siniestros acaecidos en el periodo de cobertura de 12 meses del contrato.

Las coberturas y capitales de las incapacidades en cualquiera de sus grados no serán acumulables a resultas de un mismo accidente.

4. EXCLUSIONES

Por lo que respecta a las garantías derivadas de Accidentes, no quedarán amparados los daños derivados de:

- **Duelos, apuestas, desafíos, riñas, actos de temeridad manifiesta e injustificada o cualquier acción ilegal o delictiva en que participe el Asegurado, salvo en los casos de legítima defensa o estado de necesidad.**
- **Suicidio, tentativa de suicidio o automutilación y todo accidente que tenga como origen cualquier patología psiquiátrica o psicopatía.**
- **Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida - VIH, o por el virus de la hepatitis así como las enfermedades y manifestaciones relacionadas con éstos, cuando no sean motivadas por un accidente.**
- **Envenenamiento o intoxicación por ingestión de productos alimenticios o farmacológicos sin prescripción facultativa, salvo si se produce el fallecimiento del Asegurado.**
- **Accidentes sufridos por el Asegurado en estado de enajenación mental, sonambulismo, embriaguez o bajo los efectos de drogas o estupefacientes, salvo que el Asegurado o Beneficiario puedan probar que el accidente no tuvo relación con dicho estado por ser un tercero el causante del mismo. En caso de accidente de circulación, se considerará que hay embriaguez cuando el grado de alcoholismo exceda de lo permitido legalmente o el Asegurado sea sancionado o condenado por esta causa.**

- **Conducción de un vehículo sin estar en posesión del correspondiente permiso expedido por la autoridad competente.**
- **Operaciones quirúrgicas que no obedezcan a la curación de patologías derivadas de accidentes garantizados por la póliza, sean cuales fueren sus consecuencias, aún cuando estas diferentes afecciones fueran de origen traumatológico.**
- **Enfermedades de cualquier naturaleza, salvo que sean motivadas por un accidente cubierto por la póliza.**
- **Aneurismas, varices, hernias de cualquier naturaleza u origen y sus agravaciones, lumbociática, distensiones, quebraduras musculares, lumbago, dolor, desgarro, salvo que se hayan producido a consecuencia directa de un accidente cubierto por la póliza y esto se pueda probar por medios diagnósticos precisos.**
- **Golpe de calor, insolaciones, congestiones, congelaciones y otros efectos de la temperatura o la presión atmosférica, salvo que el Asegurado haya estado expuesto a ellos a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.**
- **Salvo que se hayan contratado las coberturas de Fallecimiento por Infarto de Miocardio o Accidente Cerebrovascular y/o Incapacidad Permanente por Infarto de Miocardio o Accidente Cerebrovascular, se excluye el Infarto, Infarto de miocardio, insuficiencia vascular, accidente vascular cerebral, angina de pecho, embolia, parada cardíaca, derrame, trombosis, desvanecimientos y síncope, ataques de apoplejía, epilepsia o epileptiformes de cualquier clase y, en general, supuestos de la misma o similar naturaleza, así como los accidentes que pudieran sobrevenir como consecuencia de dichos supuestos siempre y cuando no sea declarado accidente laboral por los organismos competentes de la seguridad social y/o por la Jurisdicción Social.**
- **Imprudencia o negligencia grave, declarados así judicialmente.**

En caso de **Incapacidad temporal**, quedarán excluidas los gastos derivados de:

- **Bajas derivadas de Enfermedad Profesional entendiéndose como tal la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena, en las actividades que se especifican en cuadro aprobado por las disposiciones de aprobación y desarrollo de la ley general de la Seguridad Social, y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional.**
- **Intervención quirúrgica que no derive de accidente o enfermedad común.**
- **Bajas derivadas de patologías psicológicas o psiquiátricas, tales como ansiedad, depresión, estrés o similares.**
- **Enfermedades derivadas del consumo de estupefacientes, drogas y alcohol.**
- **Tratamientos de fertilidad, esterilidad, fecundación in Vitro, inseminación artificial, esterilizaciones, embarazo y parto.**
- **Cirugía de refracción (Corrección de miopía, hipermetropía, astigmatismo, etc.) así como las derivadas de correcciones estéticas que no deriven de un accidente.**
- **Sida y/o enfermedades asociadas al virus HIV.**
- **Epidemias oficialmente declaradas.**

Y en cualquier caso, y con independencia de las garantías contratadas, la presente póliza no cubrirá:

- **Las consecuencias de accidentes o enfermedades originados con anterioridad con anterioridad a la entrada en vigor del contrato.**
- **Actos dolosos o causados intencionadamente por el Asegurado, salvo que el daño haya sido producido para evitar un mal mayor. En caso de ser causados dolosamente por el Beneficiario, quedará nula la designación hecha a su favor.**
- **"La catástrofe o calamidad nacional", calificadas como tal por el Estado.**

- **Guerra declarada o latente, invasión, hechos o actuaciones de las fuerzas armadas o cuerpos de seguridad en tiempos de paz, salvo que se pueda probar que el Asegurado no tomaba parte en ellos y que tampoco se encontraba en el lugar para realizar una misión profesional, política, social o humanitaria relacionada con los mismos.**
- **Hechos de carácter político o social, motines, alborotos, tumultos populares, terrorismo, rebelión, revolución, insurrección o usurpación de poder, salvo que se pueda probar que el Asegurado no tomaba parte en ellos y que tampoco se encontraba en el lugar para realizar una misión profesional, política, social o humanitaria relacionada con los mismos.**
- **Fenómenos de la naturaleza o de acontecimientos de carácter consorciable, salvo que los mismos supuestos que ampara el Consorcio de Compensación de Seguros ocurran fuera de España y se pueda probar que el Asegurado no se encontraba en el lugar para realizar una misión profesional, política, social o humanitaria relacionada con los mismos.**
- **Los que corresponden al "Consorcio de Compensación de Seguros", aun cuando este Organismo no admita la efectividad del derecho del Asegurado por incumplimiento de alguna de las disposiciones legales que regulan la cobertura o por haber sobrevenido el siniestro dentro del período de carencia que rige para dicho Organismo.**
- **Radiación o contaminación radiactiva, así como la que se derive de la energía nuclear, salvo que sea consecuencia de un tratamiento médico aplicado a causa de un accidente cubierto por la póliza.**

5. INFORMACIÓN DE CARÁCTER GENERAL

5.1. Toma de efecto de las coberturas contratadas y periodos de carencia

Todas las coberturas, que en virtud de la póliza asume el Asegurador, serán otorgadas desde la fecha de inclusión de las mismas en estas Condiciones Particulares.

5.2. Obligaciones y facultades de las partes

Declaración del riesgo y concurrencia de seguros

El Tomador o el Asegurado deberán declarar al Asegurador antes de la conclusión del contrato, de acuerdo con el Cuestionario-Solicitud que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo e igualmente las coberturas y garantías que concurren en otros seguros que se refieran a la misma persona.

El Asegurador podrá rescindir el contrato, mediante declaración dirigida al Tomador en el plazo de un mes a contar desde el conocimiento de la reserva o inexactitud del Tomador del seguro. Corresponden al Asegurador, salvo que concurren dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento en que haga esta declaración.

Si el siniestro sobreviene antes de que el Asegurador haga la declaración a 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, el Asegurador quedará liberado del pago de la prestación.

Agravación del riesgo

El Tomador o el Asegurado deberán comunicar al Asegurador durante el curso del contrato, tan pronto como le sea posible, todas las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubiesen sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato no lo hubieran celebrado o lo hubieran concluido en condiciones más gravosas.

El Asegurador puede, en el plazo de dos meses a contar desde el día en que la agravación le ha sido declarada, proponer una modificación del contrato. En tal caso, el Tomador dispone de quince días, a contar desde la recepción de 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, que dispone de un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho días siguientes comunicará al Tomador la rescisión definitiva.

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

En caso de que el Tomador o el Asegurado no hayan efectuado su declaración y sobreviniera un siniestro, el Asegurador quedará liberado de su prestación si el Tomador o Asegurado han actuado de 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.

Disminución del riesgo

Durante el curso del contrato, el Tomador o el Asegurado deberán poner en conocimiento del Asegurador todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato lo habría concluido en condiciones más favorables para el Tomador. No obstante, al finalizar el período en curso cubierto por la prima, el Asegurador deberá reducir el importe de la prima futura en la proporción correspondiente. En caso contrario, el Tomador podrá solicitar la resolución del contrato y 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.

Notificación del siniestro

En caso de siniestro, el Tomador o el Beneficiario deberán comunicárselo al Asegurador dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido. En caso de incumplimiento de dicho plazo, el Asegurador podrá reclamar los daños y perjuicios causados por la falta de declaración. Este efecto no se producirá si se prueba que el Asegurador ha tenido conocimiento del siniestro por otro medio.

Asimismo, el Tomador o el Asegurado deberán además, facilitar al Asegurador toda clase de informaciones y pruebas sobre las consecuencias y circunstancias del siniestro.

5.3. Solicitud de indemnizaciones

El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario deberán presentar al Asegurador la documentación relacionada a continuación, de acuerdo con la prestación que corresponda.

En caso de fallecimiento del Asegurado

- a) Certificado literal de defunción del Registro Civil y partida de nacimiento del Asegurado.
- b) Informe detallado del médico o médicos que le hayan asistido, indicando la naturaleza del accidente y causas que le produjeron la muerte o, en su caso, testimonio de las diligencias judiciales completas e informes de la autopsia y toxicología, si se han practicado, o documentos que acrediten el fallecimiento.
- c) Certificado del Registro de Actos de Últimas Voluntades y, en su caso, copia del último testamento, Acta Notarial o Auto Judicial de Declaración de Herederos "ab intestato".
- d) Carta de pago o declaración de exención del Impuesto de Sucesiones y Donaciones.
- e) Los Beneficiarios deberán justificar su personalidad fehacientemente.
- f) Cualquier otro documento que el Asegurador precise para valorar la procedencia del pago de la indemnización.

En caso de incapacidad permanente

- a) Declaración de la naturaleza, causas y circunstancias del accidente.
- b) Diligencias Judiciales completas, si las hubiera.
- c) Se proporcionará al Asegurado todos aquellos informes que precise el Asegurador para valorar la procedencia del pago de la indemnización.

En caso de incapacidad temporal

- a) Declaración de la naturaleza, causas y circunstancias del accidente.
- b) Parte de baja y alta que determine esa incapacidad temporal, extendidos por la Seguridad Social.

- c) Cualquier documento que el Asegurador precise para valorar la procedencia del pago de la indemnización.
- d) Diligencias Judiciales completas, si las hubiera.

En caso de asistencia sanitaria

- a) Declaración de la naturaleza, causas y circunstancias del accidente.
- b) Parte de primera asistencia y/o ingreso hospitalario, según proceda.
- c) Facturas de los gastos incurridos.
- d) Cualquier documento que el Asegurador precise para valorar la procedencia del pago de la indemnización.
- e) Diligencias Judiciales completas, si las hubiera.

En caso de subsidios por hospitalización

- a) Partes de alta y baja expedidos por el Hospital.
- b) Certificado Médico que acredite la hospitalización, así como la naturaleza y causas.
- c) Cualquier documento que el Asegurador precise para valorar la procedencia del pago de la indemnización.
- d) Diligencias Judiciales completas, si las hubiera.

5.4. Normas de tipo general

Comunicaciones

Las comunicaciones al Asegurador, por parte del Tomador del Seguro, del Asegurado o del Beneficiario, se realizarán en el domicilio social de aquel señalado en la póliza o en su caso, a través del Agente de Seguros.

Las comunicaciones del Asegurador al Tomador del Seguro, al Asegurado o al Beneficiario, se realizarán en el domicilio de los mismos recogido en la póliza, salvo que hubieren notificado al Asegurador el cambio de su domicilio.

Las comunicaciones efectuadas por un Corredor de Seguros al Asegurador en nombre del Tomador del Seguro o Asegurado, surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio Tomador, salvo indicación en contrario de éste.

El contrato de seguro y sus modificaciones o adiciones deberán ser formalizadas por escrito.

Prescripción

Las acciones derivadas del presente contrato prescribirán en el término de cinco años.

Subrogación

El Asegurador, en base a los pagos que hubiera efectuado por la cobertura de asistencia sanitaria, podrá ejercitar, con gastos a su cargo, los derechos y acciones que por razón del siniestro pudieran corresponder al Asegurado frente a las personas responsables del accidente, no pudiendo ejercer en perjuicio del mismo los derechos en que se haya subrogado. El Asegurado estará obligado, si fuera necesario, a ratificar esta subrogación y a otorgar los oportunos poderes, siendo responsable de los perjuicios que con sus actos u omisiones pueda causar el Asegurador en su derecho a subrogarse.

En caso de concurrencia del Asegurador y del Asegurado frente a un tercero responsable, el recobro obtenido se repartirá entre ambos en proporción a sus respectivos intereses.

Extravío o destrucción de la póliza

En caso de extravío o destrucción de la póliza, el Tomador lo comunicará por escrito al Asegurador, quien, de acuerdo con las disposiciones legales vigentes, procederá a la emisión de un duplicado de la misma.

Resolución del contrato

Tomador y Asegurador podrán de mutuo acuerdo, resolver el contrato después de cada comunicación de siniestro, haya o no dado lugar a pago de la prestación.

La resolución del contrato se sujetará a las siguientes normas:

- a) la parte que tome dicha decisión deberá notificársela a la otra, por carta certificada cursada dentro del plazo de treinta días, desde la fecha de comunicación del siniestro o de efectuada la prestación;
- b) si la parte que recibe la notificación no se opone a la resolución en el plazo de quince días desde la recepción de la misma, el contrato quedará resuelto;
- c) en cualquier caso, el Asegurador deberá reintegrar al Tomador del Seguro la parte de la prima correspondiente que medie entre la fecha de efecto de la resolución del contrato y la expiración del periodo del seguro cubierto por la prima satisfecha;

Impuestos y recargos

Los impuestos y recargos, legalmente repercutibles, que se deben pagar por razón del contrato, tanto en el presente como en el futuro, correrán a cargo del Tomador o del Asegurado, en su caso.

Derechos a Terceros

- a) El derecho de terceros a beneficiarse del seguro, en su calidad de acreedores del Asegurado, se extenderá únicamente a las indemnizaciones que correspondan en base a las coberturas de fallecimiento o incapacidad permanente. A este fin, el Asegurado comunicará al Asegurador la existencia de tal derecho y la fecha de su vencimiento. El Asegurador, notificada dicha existencia, no podrá pagar la indemnización debida sin el consentimiento del titular de tal derecho. En caso de litigio entre éste y el Asegurado, el Asegurador depositará su importe en la forma acordada por los interesados; si no hubiera acuerdo, se realizará según lo previsto en los artículos 1.176 y siguientes del Código Civil. Si el Asegurador pagara la indemnización, transcurrido el plazo de tres meses desde la notificación del siniestro a los acreedores sin que éstos se hubiesen presentado, quedará liberado de su obligación.
- b) La extinción del contrato de seguro no será oponible al acreedor hasta que transcurra un mes desde que se le comunicó el hecho que motivó la extinción. Dichos acreedores podrán pagar la prima impagada por el Tomador o por el Asegurado, aún cuando éstos se opusieran. A este efecto, el Asegurador deberá notificar a dichos acreedores el impago en que ha incurrido el Asegurado.

Deber del Tomador de informar a los Asegurados

En cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 106 del Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, aprobado por Real Decreto 2486/1998 de 20 de noviembre, el Tomador asume el compromiso y la obligación de suministrar a los Asegurados, antes de la adhesión de la póliza y durante la vigencia del contrato de seguro, toda la información que afecte a los derechos y obligaciones de aquéllos.

Solución de conflictos entre las partes. Instancias de reclamación

De conformidad con lo establecido en el Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, y el Real Decreto 2486/1998, de 20 de Noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión

de los Seguros Privados, los conflictos que puedan surgir entre las partes podrán resolverse, como sigue:

- a) El Tomador podrá formular sus reclamaciones por escrito, ante el Centro de Atención de Reclamaciones y Quejas de la Entidad Aseguradora, Camino Fuente de la Mora, 1, 28050, Madrid. Dicho Centro acusará recibo por escrito de las reclamaciones que se les presenten y las resolverá siempre por escrito motivado.
Una vez transcurrido el plazo de dos meses desde la fecha de presentación de la reclamación, sin que el Centro de Atención de Reclamaciones y Quejas haya resuelto, o bien una vez que haya sido denegada expresamente la admisión de reclamación o desestimada la petición, podrá acudir ante el Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Partícipe en Planes de Pensiones, mediante presentación de la queja o reclamación, en soporte papel o por medios informáticos, electrónicos o telemáticos, ante cualquiera de los Comisionados previstos por la Ley 44/2002, de 22 de noviembre, de medidas para la reforma del sistema financiero y directamente en los servicios de reclamaciones o unidades administrativas equivalentes que radiquen en la sede central del Banco de España, de la Comisión Nacional de Mercado de Valores y de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, respectivamente, o en sus delegaciones. La reclamación o queja será tramitada de

conformidad con el procedimiento previsto en el Real Decreto 303/2004, de 20 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de los comisionados para la defensa del cliente de los servicios financieros.

- b) Por decisión arbitral en los términos de los artículos 57 y 58 del 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 leyes complementarias; o en los términos de la Ley 60/2003, de 23 de diciembre, de Arbitraje, en materia de libre disposición conforme a derecho y salvo aquellos supuestos en que la legislación de protección de los consumidores y usuarios lo impida (siempre que hubiera acuerdo por ambas partes para someterse a este mecanismo de solución de conflictos), siendo los gastos ocasionados satisfechos por mitad entre Tomador y Asegurador.
- c) Por los Jueces y Tribunales competentes (siendo Juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguros el del domicilio del Asegurado).

5.5 Cláusula de indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, y modificado por la Ley 12/2006, de 16 de mayo y el R.D.1265/2006, de 8 de noviembre, el tomador de un contrato de seguro de los que citada entidad pública empresarial tiene la facultad de convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier entidad aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente.

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

- a) Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por la póliza de seguro contratada con la entidad aseguradora.
- b) Que, aún estando amparado por dicha póliza de seguro, las obligaciones de la entidad aseguradora no pudieran ser cumplidas por haber sido declarada judicialmente en concurso o por estar sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros) 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.

El Consorcio de Compensación de Seguros ajustará su actuación a lo dispuesto en el mencionado Estatuto legal, en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, en el Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, aprobado por el Real Decreto 300/2004, de 20 de febrero, y en las disposiciones complementarias.

Resumen de las normas legales

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

- a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias (incluyendo los embates de mar), erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 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.

2. Riesgos Excluidos

- a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
- b) Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.
- c) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- d) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 25/1964, de 29 de abril, sobre energía nuclear.
- e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, y en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente salvo en los casos de reemplazo o sustitución de póliza o revalorización automática de capitales 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 conforme al artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios.
- g) Los causados por mala fe del asegurado.
- h) Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.
- i) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de «catástrofe o calamidad nacional».

3. Extensión de la cobertura

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

En las pólizas de seguro de vida que, de acuerdo con lo previsto en el contrato, y de conformidad con la normativa reguladora de los seguros privados, generen provisión matemática, la cobertura del Consorcio se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión

Procedimiento de actuación en caso de siniestro indemnizable por el Consorcio de Compensación de Seguros.

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

Para aclarar cualquier duda que pudiera surgir sobre el procedimiento a seguir, el Consorcio de Compensación de Seguros dispone del siguiente teléfono de atención al asegurado: 902 222 665.

7. PRÓRROGA DEL CONTRATO

Perfección y toma de efecto

El contrato se considerará formalizado y en vigor desde el momento que el Tomador firma la póliza y paga la prima, pero en ningún caso antes de la fecha y hora de efecto indicados en las Condiciones Particulares.

Duración

El seguro se estipula por el período de tiempo previsto en las Condiciones Particulares y a su vencimiento se prorrogará por períodos no superiores a un año, salvo notificación escrita efectuada con una antelación de al menos un mes a la conclusión del seguro por parte del Tomador o dos meses por parte del asegurador.

Asimismo, cesarán las coberturas que a continuación se detallan, salvo que el Asegurador acepte expresamente la prórroga de las mismas:

- a) al cumplir el Asegurado la edad de 65 años se extinguirá la cobertura de incapacidad temporal;
- b) al cumplir el Asegurado la edad de 70 años se extinguirán el resto de coberturas de la póliza no citadas en el apartado anterior;
- c) al cumplir el Asegurado la edad de 60 años, las modalidades de incapacidad permanente progresiva de tipo B o C se convertirán en la modalidad de incapacidad permanente sin progresividad, prorrogándose la misma hasta que el Asegurado alcance la edad de 70 años.

Pago de la prima

El Tomador está obligado al pago de la prima en el domicilio del Asegurador, salvo pacto en contra establecido en estas Condiciones Particulares.

El pago de la primera prima será exigible 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 la póliza y si no hubiera sido pagada antes de que se produzca el siniestro el Asegurador quedará liberado de su obligación.

En caso de falta de pago de la segunda y sucesivas primas, la cobertura del Asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento, y si no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que el contrato queda extinguido. Si el contrato no hubiera sido resuelto o extinguido conforme a los párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las 24 horas del día en que el Tomador pague la prima. En cualquier caso, cuando el contrato esté en suspenso el Asegurador sólo podrá exigir el pago de la prima del período en curso.

El Asegurador sólo queda obligado en virtud de los recibos librados por él o por sus representantes legalmente autorizados.

Determinación y pago de la indemnización

En el momento en que se produzca el evento del cual depende el pago del capital o las prestaciones aseguradas por la póliza, dentro de los términos previstos en las Condiciones de la misma, el asegurador efectuará dicho pago al Asegurado o Beneficiario de dichas prestaciones, una vez cubiertos los requisitos exigidos. Las prestaciones aseguradas se pagarán en el domicilio del Asegurador y dentro de los plazos establecidos en la legislación vigente.

En caso de que el Asegurador no hubiera efectuado el pago por causa no justificada en el plazo de tres meses desde la ocurrencia del siniestro o no hubiera procedido al pago del importe mínimo de lo que pudiera deber dentro de los cuarenta días a partir de la recepción de la declaración del siniestro y presentación de los documentos exigidos, la indemnización por mora consistirá en el pago de un interés anual igual al del interés legal del dinero vigente en el momento en que se devengue incrementado en el 50%. No obstante, transcurridos dos años desde la producción del siniestro la indemnización se verá incrementada de acuerdo con la legislación vigente.

Cláusula firma electrónica y comunicaciones electrónicas

La Entidad Aseguradora podrá poner a disposición del tomador, sistemas de firma electrónica reconocida y/o avanzada para su uso en la suscripción del presente contrato de seguro, así como para la celebración de las operaciones posteriores que se encuentren disponibles por vía electrónica.

En caso de disposición y uso de los sistemas de firma electrónica reconocida y/o avanzada, ambas partes convienen la perfección del presente contrato o cualquier otra operación posterior disponible por esta vía. El proceso de firma electrónica reconocida y/o avanzada, podrá consistir en la asignación de los correspondientes elementos de seguridad, tales como claves, códigos u otro tipo de elemento que permita la identificación del firmante, así como se llevará a cabo con la intervención de un Tercero de Confianza conforme a la normativa aplicable.

Para la correcta gestión del proceso de firma electrónica, el tomador que utilice estos medios de firma, autoriza expresamente a la Entidad Aseguradora la puesta a disposición al Tercero de Confianza, la dirección de correo electrónico y el número de teléfono móvil declarado, con la única finalidad de posibilitar la generación y el envío de las claves identificativas necesaria para la ejecución de la firma electrónica, así como para el envío de la documentación objeto de firma y/o vinculada a la relación contractual.

En este sentido, ambas partes, de conformidad con lo establecido en la normativa aplicable, reconocen plena validez de los contratos y operaciones firmadas utilizando sistemas de firma electrónica equiparando su validez a todos los efectos a los contratos y operaciones celebradas mediante firma manuscrita. El tomador declara que los datos facilitados a lo largo del proceso de contratación y firma son veraces, ciertos y completos y se obliga a notificar a la Entidad Aseguradora cualquier modificación o cambio de los mismos respondiendo de los daños o perjuicios que pudiera causar a la Entidad Aseguradora o a terceros la falta de veracidad de los mismos.

En caso de personas jurídicas, el firmante declara que cuenta con plenos poderes y capacidad de representación suficiente para poder contratar en nombre de la entidad tomadora. Así mismo declara que los datos facilitados a lo largo del proceso son veraces, ciertos y completos y se obliga a notificar a la Entidad Aseguradora cualquier modificación o cambio de los mismos respondiendo de los daños o perjuicios que pudiera causar a Entidad Aseguradora o a terceros la falta de veracidad de los mismos. Por su parte la entidad tomadora informará a la Entidad Aseguradora de cualquier cambio que se produzca en la figura del representante legal para la correcta gestión de la póliza.

La Entidad Aseguradora podrá poner a disposición del tomador en su espacio privado de la Web Clientes, la documentación contractual en soporte duradero, sin perjuicio de que en cualquier momento de la relación contractual el tomador pueda solicitar las condiciones contractuales en soporte papel a la Entidad Aseguradora.

La Entidad Aseguradora podrá dirigirse al tomador por medios de comunicación electrónicos tales como el correo electrónico, teléfono móvil, etc. para la recepción de aquellas comunicaciones y notificaciones relativas a la gestión e información del presente contrato y al servicio regulado en el mismo, que podrán ser remitidas mediante un sistema de comunicaciones electrónicas certificadas con validez legal y plena eficacia jurídica, que contará con la intervención de un Tercero de Confianza en los términos establecidos en la normativa aplicable. Dichas comunicaciones se considerarán recibidas desde el momento de su recepción por el tomador y/o puesta a disposición por la Entidad Aseguradora por los medios descritos. Las comunicaciones o notificaciones realizadas por estos medios se podrán poner a disposición del tomador en soporte duradero a través de la Web Cliente.

El tomador se obliga a notificar a la Entidad Aseguradora cualquier modificación o cambio de los datos facilitados para recibir comunicaciones electrónicas no comerciales respondiendo de los daños o perjuicios que pudiera causar a la Entidad Aseguradora o a terceros la falta de veracidad de los mismos.

En cualquier momento de la relación contractual y en virtud del derecho normativamente conferido, el tomador podrá solicitar la modificación de la técnica de comunicación a distancia inicialmente establecida, siempre que dicha modificación sea técnicamente posible para la Entidad Aseguradora.

8. ¿Dónde tiene que firmar para aceptar las condiciones?

La presente póliza ha sido modificada de común acuerdo con efecto 01.09.2017 y sustituye íntegramente a las emitidas anteriormente. Los cambios efectuados son: 00 horas de 01.09.2017

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, el Tomador/Asegurado queda informado y autoriza la incorporación de sus datos a los ficheros de AXA SEGUROS GENERALES, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS y el tratamiento de los mismos para la contratación del seguro. La cumplimentación de todos los datos personales facilitados es totalmente voluntaria, pero necesaria para la gestión, desarrollo y cumplimiento de la relación contractual. Si el Tomador/Asegurado no consintiera la inclusión de sus datos en estos ficheros o su posterior tratamiento, la contratación no podrá llevarse a cabo.

Sus datos serán tratados de forma confidencial tanto por AXA SEGUROS GENERALES, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, como por aquellas entidades que, de acuerdo con la finalidad y objeto del contrato, así como por cuestiones de reaseguro y coaseguro, intervengan en la gestión de la póliza. El Tomador/Asegurado podrá dirigirse a AXA SEGUROS E INVERSIONES, (Departamento de Marketing-CRM), Camino Fuente de la Mora, 1 Madrid Edificio AXA 28050 Madrid, o bien a través de cualquiera de los siguientes telfs.: 901 900 009 ó 93 366 93 51, para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en los términos establecidos en la legislación vigente. Conforme al artículo 25 del RD Legislativo 6/2004 se notifica que los datos o parte de ellos, así como los que se generen en caso de siniestro serán cedidos a organismos públicos o privados relacionados con el sector asegurador con fines estadístico-actuariales y de prevención del fraude, en la selección de riesgos y en la liquidación de siniestros.

AXA le informa que sus datos podrán ser utilizados para llevar a cabo las pertinentes verificaciones y comprobaciones que permitan evaluar el riesgo y posible fraude en el momento precontractual y/o contractual de la póliza. Asimismo, le informamos que podremos acceder a ficheros sobre solvencia patrimonial y crédito para evaluar su solvencia.

En el caso de que los datos facilitados se refieran a personas físicas distintas del Tomador/Asegurado, el Tomador/Asegurado manifiesta haber informado y obtenido el consentimiento previo de aquéllas para el tratamiento de sus datos de acuerdo con las finalidades previstas en la póliza. En el caso concreto de menores de edad, si el Tomador/Asegurado no es el representante legal del menor se compromete a obtener el consentimiento expreso de éste.

El Tomador/Asegurado debe escribir (*) NO en el apartado correspondiente al que no quiera prestar el consentimiento. En el apartado que no ponga nada en la línea de puntos, el interesado está prestando el consentimiento de forma libre, expresa e inequívoca para el tratamiento y/o cesión de datos correspondiente.

Asimismo, el interesado puede marcar con una X el medio de comunicación por el que no desea recibir información ofertada.

- (*).....Consiento que mis datos sean tratados por AXA SEGUROS GENERALES, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, para realizar estudios de mercado y obtener perfiles comerciales que permitan conocer cuáles pueden ser mis intereses u orientación de compra o de uso de los productos que comercializa el titular del fichero.

- (*).....Consiento que mis datos sean tratados por AXA SEGUROS GENERALES, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, para mantenerme puntualmente informado, a través de \ correo postal, \ correo electrónico o \ comunicación electrónica equivalente, de todas aquellas ofertas, productos y servicios de tipo asegurador y financiero.

- (*).....Consiento que mis datos sean comunicados a AXA AURORA VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, para mantenerme puntualmente informado, a través de \ correo postal, \ correo electrónico o \ comunicación electrónica equivalente, de todas aquellas ofertas, productos y servicios de tipo asegurador y financiero

- (*).....Consiento que mis datos sean comunicados a AXA VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, para mantenerme puntualmente informado, a través de \ correo postal, \ correo electrónico o \ comunicación electrónica equivalente, de todas aquellas ofertas, productos y servicios de tipo asegurador y financiero
- (*).....Consiento que mis datos sean comunicados a AXA PENSIONES, S.A. ENTIDAD GESTORA DE FONDOS DE PENSIONES, para mantenerme puntualmente informado, a través de \ correo postal, \ correo electrónico o \ comunicación electrónica equivalente, de todas aquellas ofertas, productos y servicios de tipo asegurador y financiero
- (*).....Consiento que mis datos sean comunicados a BIDEPENSION EPSV, para mantenerme puntualmente informado, a través de \ correo postal, \ correo electrónico o \ comunicación electrónica equivalente, de todas aquellas ofertas, productos y servicios de tipo asegurador y financiero
- (*).....Consiento que mis datos sean comunicados a WINTERTHUR EPSV, para mantenerme puntualmente informado, a través de \ correo postal, \ correo electrónico o \ comunicación electrónica equivalente, de todas aquellas ofertas, productos y servicios de tipo asegurador y financiero
- (*).....Consiento que mis datos sean comunicados a AXA LIFE EUROPE LIMITED, Sucursal en España, para mantenerme puntualmente informado, a través de \ correo postal, \ correo electrónico o \ comunicación electrónica equivalente, de todas aquellas ofertas, productos y servicios de tipo asegurador y financiero
- (*).....Consiento que mis datos sean comunicados a AXA GLOBAL DIRECT SEGUROS Y REASEGUROS, para mantenerme puntualmente informado, a través de \ correo postal, \ correo electrónico o \ comunicación electrónica equivalente, de todas aquellas ofertas, productos y servicios de tipo asegurador y financiero Las entidades para las que se está solicitando el consentimiento para la cesión tienen todas ellas la siguiente dirección: Camino Fuente de la Mora, 1, 28050 Madrid, a la que usted podrá dirigirse para ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición o bien a través de cualquiera de los siguientes tels.: 901 900 009 ó 93 366 93 51.

El Tomador declara haber recibido con anterioridad a la formalización del presente contrato, la información a que se refiere el artículo 104 del Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.

En prueba de conformidad y autorización Bilbao 1 de febrero de 2018



AXA Seguros S.A de Seguros y Reaseguros

Tomador , Asociacion AUGC