

VIDA

Cobertura Accesorio a cargo de SURNE



Cobertura Complementaria. NO incluida en la cobertura principal

VIDA A CARGO DE SURNE

Por ser cliente de Active, si lo desea puede contratar de forma absolutamente voluntaria un seguro de vida con la entidad SURNE conforme a las condiciones que se indican a continuación.

III.1. Información Preliminar

III.1.1. Información preliminar facilitada al tomador del seguro antes de la contratación

Conforme al artículo 96 de LOSSEAR y 122, 123 y 125 del ROSSEAR, el Tomador del Seguro reconoce haber recibido de la entidad aseguradora, con anterioridad a la contratación del seguro, la información a que se refiere esta sección:

III.1.2. Legislación Aplicable Estado miembro, Autoridad de Control (Art. 96 LOSSEAR)

Las Condiciones Generales y Particulares del presente contrato de seguro, se rigen por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro, por la Ley 20/2015, de 14 de julio de ordenación, supervisión y solvencia de entidades aseguradoras y reaseguradoras y por el Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre que la desarrolla en lo que se refiere al seguro de decesos como ramo de prestación de servicios, **no siendo válidas las cláusulas limitativas de los derechos del Asegurado que no hayan sido expresamente aceptadas por escrito por el Tomador del seguro y que se destacan de modo especial con letra negrita.**

El Estado miembro de localización del riesgo es España y la autoridad a la que corresponde el control de la entidad aseguradora es la DIRECCIÓN GENERAL DE SEGUROS Y FONDOS DE PENSIONES (DGSFP).

III.1.3. Instancias internas y externas de reclamación y resolución de conflictos

En cumplimiento con lo dispuesto en los artículos 96 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y 123 de su normativa de desarrollo (Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras), el Asegurado informa sobre las siguientes cuestiones:

Instancias internas de reclamación:

En caso de que Ud. quisiera presentar una queja o reclamación relacionada con sus intereses y derechos legalmente reconocidos, podrá dirigirla, por escrito, a:

Departamento de Atención al Cliente:

Cardenal Gardoqui, 1-bajo

48008 Bilbao

T.: 94 479 22 05 Fax.: 94 416 19 55

Email: reclamaciones@surne.es

Defensor del Cliente:

Marqués de la Ensenada, 2 28004 Madrid

T.: 91 310 40 43 Fax.: 91 308 49 91

Email: reclamaciones@da-defensor.org

En todos los casos, rogamos indique su número de póliza y/o número de siniestro.

Una vez recibamos su queja, le enviaremos por escrito un acuse de recibo, en el que se establecerán los plazos reglamentarios para la resolución de su reclamación.

La normativa aplicable a este procedimiento es 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 Reglamento de Funcionamiento del Servicio de Atención al Cliente se encuentra a disposición de los clientes en el domicilio de ACTIVE.

Instancias externas de reclamación:

En caso de disputa, el Asegurado podrá reclamar ante el Juzgado de Primera Instancia correspondiente a su domicilio de conformidad con el artículo 24 de la Ley de Contrato de Seguro.

Asimismo, las partes podrán someter voluntariamente sus divergencias a decisión arbitral en los términos de los artículos 57 y 58 del texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias, aprobados por el Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre. En cualquier caso, y salvo aquellos supuestos en que la legislación de protección de los consumidores y usuarios lo impida, también podrán someter a arbitraje las cuestiones litigiosas, en los términos de la Ley 60/2003, de 23 de diciembre, de Arbitraje.

Podrá someter sus divergencias a un mediador den los términos previstos en la Ley 5/2012, de 6 de julio, de mediación en asuntos civiles y mercantiles.

Igualmente y sin perjuicio de las acciones a ejercitar ante los Tribunales, los Tomadores del Seguro, Asegurados y Beneficiarios, en caso de no obtener respuesta del Servicio de Atención al Cliente del Asegurador en el plazo de dos meses desde la presentación de la queja o reclamación, o en caso de disconformidad con el pronunciamiento recaído, o si considera que el asegurador ha vulnerado sus derechos en virtud del contrato de seguro podrán reclamar, en virtud del Artículo 119 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, y de conformidad con la Orden ECC/2502/2012, de 16 de noviembre y demás normativa aplicable, ante la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. Los datos de contacto son los siguientes:

Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (Servicio de Reclamaciones)

Paseo de la Castellana 44, 28046 Madrid - España

Tel: 952 24 99 82

<https://www.sededsfp.gob.es/SedeElectronica/Reclamaciones/Reclamacion.asp>

<https://www.sededsfp.gob.es/es/Paginas/Procedimiento.aspx?p=18>

Para presentar tal reclamación, Usted debe haber presentado previamente una queja al Servicio de Atención al Cliente de la Aseguradora y no haber obtenido respuesta dentro de los dos meses siguientes a la presentación de la queja, o bien, puede presentar dicha reclamación si la decisión fue contraria a sus peticiones y usted sigue insatisfecho.

Si Usted ha comprado su seguro Online, también puede presentar una reclamación a través de la plataforma de resolución de litigios en línea (ODR) de la UE. El sitio web de la plataforma ODR es www.ec.europa.eu/odr.

III.2. Definiciones de los elementos del contrato

Para los efectos de este contrato se entiende por:

III.2.1. Mutua

SVRNE, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija, la persona jurídica que asume el riesgo contractualmente pactado en esta póliza, a cambio de la prima.

III.2.2. Tomador-Mutualista

La persona física o jurídica que, juntamente con la Mutua, suscribe este contrato. Le corresponden las obligaciones que del contrato se deriven, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado/s y/o Beneficiario/s.

III.2.3. Asegurado

La persona física sobre cuya vida se contrata el seguro y que en defecto del Tomador-Mutualista asume las obligaciones derivadas del contrato.

III.2.4. Beneficiario

En caso de fallecimiento del Asegurado, el Beneficiario será la persona física o jurídica designada en las Condiciones Particulares de la póliza y en su defecto el establecido en estas Condiciones Generales, como titular del derecho a la indemnización. En caso de invalidez del Asegurado el Beneficiario será el propio Asegurado.

III.2.5. Póliza

El documento que materializa el contrato de seguro y que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integrante de la póliza:

- La Solicitud de Adhesión y la Declaración de Salud.
- Las Condiciones Generales del Contrato que regulan las coberturas suscritas y el funcionamiento del contrato
- Las Condiciones Particulares que individualizan el riesgo y recogen las cláusulas que por voluntad de las partes completen o modifiquen las Condiciones Generales
- Las Condiciones Especiales, si procediesen, y los Apéndices o Suplementos que se emitan a la póliza para completarla o modificarla.

III.2.6. Siniestro

Es todo hecho indemnizable por la póliza.

III.2.7. Capital Garantizado

Es el importe, fijado en las Condiciones Particulares de la póliza, que deberá satisfacer la Mutua al beneficiario/s en caso de siniestro, bien como capital único o en pagos periódicos, en su caso, para cada una de las coberturas garantizadas.

III.2.8. Edad actuarial

La edad del Asegurado en su cumpleaños más cercano, por exceso o por defecto, a la fecha de efecto de la póliza.

III.2.9. Prima

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

III.3. Objeto del Seguro

La Mutua garantiza el pago de la indemnización prevista en las Condiciones Particulares de esta póliza:

Garantía asegurada:

- Fallecimiento por cualquier causa (Fallecimiento por accidente o enfermedad)

III.4. Hechos excluidos del Seguro

No tendrán consideración de hechos susceptibles de prestación y, por tanto, en ningún caso quedan cubiertos:

- El suicidio consciente o inconsciente, y las autolesiones, en ambos casos ocurridos durante el primer año de vigencia de la póliza.

- En el supuesto de que el Beneficiario o los Beneficiarios de la póliza causen dolosamente un siniestro, se invalidará la parte correspondiente al Beneficiario o Beneficiarios culpables, sin que se produzca la pérdida de los derechos que le corresponda al resto de los mismos.

- Cuando el fallecimiento tenga lugar en países en estado de guerra, cualquiera que sea el carácter de ésta, en el que el asegurado tenga fijada su residencia.

- Los riesgos calificados como extraordinarios, según legislación vigente en cada momento por el Consorcio de Compensación de Seguros, entre ellos:

- a) Los de carácter político o social, así como los que sean consecuencia de motines y alborotos o tumultos populares, revueltas o conmociones y revoluciones.
- b) Los ocurridos con ocasión de guerra civil o internacional declarada o no, invasión, asonada, sedición, rebelión, así como medidas de carácter militar.
- c) Los que sean a consecuencia de erupciones volcánicas, huracanes, terremotos, temblores o desprendimientos de tierra y otros fenómenos sísmicos, meteorológicos, atmosféricos o geológicos

III.5. Declaraciones sobre el riesgo

La presente póliza ha sido concertada sobre la base de las declaraciones del Tomador-Mutualista y/o del Asegurado, en la Solicitud de Adhesión y la Declaración de Salud, que han determinado la aceptación del riesgo por la Mutua y el cálculo de la prima correspondiente. Los mencionados documentos incluyen los datos personales, la profesión, datos relativos al estado de salud y, si procede, las pruebas e informes médicos que se deriven de la información aportada por el solicitante que a juicio de la Mutua sean necesarios para la determinación del riesgo. Estos documentos forman parte integrante de la póliza y constituyen un todo unitario, fundamento del seguro, que sólo abarca, dentro de los límites pactados, a los capitales, a las personas y riesgos especificados en la misma.

El Tomador-Mutualista y/o Asegurado tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar a la Mutua, de acuerdo con el cuestionario a que ésta le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si la Mutua no le somete cuestionario o cuando, aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él. La Mutua podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador-Mutualista y/o Asegurado en el plazo de un mes a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del Tomador-Mutualista y/o Asegurado, correspondiendo a la Mutua, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento que haga esta declaración. Si el siniestro sobreviene antes que la Mutua haga la declaración anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del Tomador-Mutualista la Mutua quedará liberada del pago de la prestación.

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el Tomador-Mutualista y/o Asegurado podrá reclamar a la Mutua en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza para que subsane la divergencia existente.

Transcurrido dicho plazo sin efectuar reclamación se estará a lo dispuesto en la póliza.

III.6. Obligación de información durante su vigencia. Agravación/disminución del riesgo.

III.6.1. El Tomador-Mutualista y/o el Asegurado tiene la obligación de comunicar, durante el curso del contrato, a la Mutua, tan pronto como le sea posible, todas aquellas circunstancias que agraven el riesgo, y que por su naturaleza, de haber sido conocidas en el momento de perfección del contrato, no hubieran dado lugar a su celebración o éste hubiera sido concluido en condiciones más gravosas. El Tomador o el asegurado no tienen la obligación de comunicar la variación de las circunstancias relativas al estado de salud del asegurado, que en ningún caso se considerarán agravación del riesgo:

En tal caso, la Mutua puede proponer una modificación de las condiciones del mismo en un plazo de dos meses a contar desde el día en que la agravación del riesgo haya sido declarada y el Tomador-Mutualista y/o Asegurado dispondrá de 15 días a contar desde la recepción de esta proposición para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo o de silencio, la Mutua puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al Tomador, dándole un nuevo plazo de 15 días para que conteste, transcurridos los cuales y dentro de los 8 siguientes comunicará al tomador la rescisión definitiva

La Mutua podrá, igualmente, rescindir el contrato comunicándolo por escrito al Tomador-Mutualista y/o Asegurado, dentro de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo.

En caso de que el Mutualista o asegurado no hayan efectuado su declaración y sobreviniere un siniestro, la Mutua quedará liberada de su obligación si aquél ha actuado con mala fe. En otro caso, la prestación de la Mutua se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

El Tomador-Mutualista y/o Asegurado podrá, durante el curso del contrato, poner en conocimiento de la Mutua todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que, si hubieran sido conocidas por ésta en el momento de la perfección del contrato, lo habría concluido en condiciones más favorables para el Tomador-Mutualista y/o Asegurado.

En tal caso, al finalizar el período en curso cubierto por la prima, la Mutua deberá reducir el importe de la prima futura en la cuantía que corresponda.

Si la Mutua no accediera a dicha reducción de prima, el Tomador-Mutualista y/o Asegurado podrá exigir la resolución del contrato, así como la devolución de la diferencia existente entre la prima satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar, calculada esta diferencia desde el momento de la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.

III.7. Personas excluidas del Seguro

III.7.1. No serán asegurables las personas menores de 14 años o las personas legalmente incapacitadas, a tenor de lo dispuesto en el artículo 83 de la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro.

III.7.2. No son asegurables las personas que en el momento de contratación del seguro tengan 65 años.

III.7.3. Al cumplir el asegurado la edad fin establecida se extinguirán automáticamente las garantías de la póliza.

III.8. Ámbito Territorial

Las garantías de la póliza surten efecto en todo el mundo.

III.9. Perfección, efectos y duración del contrato.

III.9.1. El contrato se perfecciona por el consentimiento, manifestado mediante la suscripción de la póliza por las partes contratantes. El contrato de seguro y sus modificaciones deberán ser formalizadas por escrito. La cobertura contratada y sus modificaciones o adiciones no tomarán efecto, mientras no haya sido satisfecho el recibo de prima, salvo pacto en contrario en las Condiciones Particulares.

Las garantías de la póliza entran en vigor en la fecha indicada en las Condiciones Particulares.

III.9.2. El presente contrato se realiza por el período de tiempo que se fije en las Condiciones Particulares de la póliza, y a su vencimiento se prorrogará tácitamente por períodos no superiores a un año, y así sucesivamente. No obstante, cualquiera de las partes contratantes podrá oponerse a la prórroga, mediante notificación por escrito a la otra parte, 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, indicando su deseo de no mantener vigente el seguro.

La prórroga tácita no es aplicable a las pólizas contratadas con una duración inferior a un año. En estos casos, el Tomador-Mutualista podrá solicitar la prórroga del mismo con antelación a su término y, en caso de que sea aceptada por la Mutua se instrumentará mediante el suplemento un suplemento de condiciones particulares y tomará efecto en el momento en que se haya satisfecho la nueva prima.

III.10. Pago de las primas

III.10.1. Período de tiempo para el pago de los recibos de prima:

El Tomador-Mutualista está obligado al pago de las primas de acuerdo con las Condiciones Generales y Particulares de esta póliza. Las partes podrán acordar el pago de la prima en forma fraccionada. En este caso, la primera de ellas será exigible en el momento de la perfección del contrato. Los sucesivos recibos de primas se deberán hacer efectivos en sus correspondientes vencimientos.

III.10.2. Domiciliación bancaria de los recibos de prima:

Las primas se satisfarán mediante la domiciliación bancaria de los recibos de prima. Se aplicarán las siguientes normas:

- a) El Tomador-Mutualista entregará a la Mutua carta dirigida a la Entidad Financiera, Banco o Caja de Ahorros dando la orden oportuna al efecto.
- b) La prima se entenderá satisfecha a su vencimiento, salvo que, intentando el cobro dentro del mes siguiente a su vencimiento, no existiesen fondos suficientes. En este caso, la Mutua notificará al Tomador-Mutualista que tiene el recibo a su disposición en el domicilio de la Mutua, y vendrá obligado a satisfacer la prima en dicho domicilio.

III.10.3. Efectos de impago de la primera prima:

Conforme a los artículos 14 y 15 de la Ley de Contrato de Seguro, la primera prima o fracción será exigible, una vez firmado el contrato. Si por culpa del Tomador-Mutualista la primera prima o la prima única, en su caso, no ha sido pagada a su vencimiento, la Mutua tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva con base en la póliza. En todo caso, y salvo pacto en contrario en las Condiciones Particulares, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, la Mutua quedará liberada de su obligación.

III.10.4. Consecuencias del impago de las primas sucesivas:

En caso de falta de una de las primas siguientes a la primera, la cobertura de la Mutua quedará suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si se produjera un siniestro durante el transcurso de ese mes, la Mutua podrá deducir del importe a indemnizar el de la prima adeudada para el período en curso. Si la Mutua no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima o fracción, se entenderá que el contrato queda extinguido, sin necesidad de notificación ni requerimiento por su parte. En cualquier caso, la Mutua, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del período en curso.

Al impago de las fracciones de prima distinta de la primera fracción de prima, se aplicará el mismo régimen que al impago de primas sucesivas

Si el contrato no hubiese sido resuelto o extinguido, conforme a los párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el Tomador-Mutualista pagó la prima.

III.11. Pago de las indemnizaciones

La indemnización será satisfecha por la Mutua al término de las investigaciones necesarias para establecer la existencia del siniestro y consecuencias de éste.

Se entenderá como fecha de ocurrencia de siniestro la siguiente:

Garantías de fallecimiento: fecha de fallecimiento.

El Tomador-Mutualista y/o Asegurado o el Beneficiario deberá comunicar a la Mutua el acaecimiento del siniestro dentro del plazo de 15 días, contados a partir de la fecha en que ocurrió el siniestro, salvo pacto en contrario pudiendo la Mutua reclamar los daños y perjuicios causados por no haber efectuado esta declaración salvo que se demuestre que ésta tuvo conocimiento del siniestro por otro medio. Así mismo, el Tomador-Mutualista y/o Asegurado, deberán minorar las consecuencias del siniestro, empleando los medios a su alcance para conseguir el pronto restablecimiento del Asegurado. El incumplimiento de esta obligación con la manifiesta intención de perjudicar o engañar a la Mutua, liberará a ésta de toda obligación derivada del siniestro.

Cuando el siniestro haya sido causado por mala fe del Tomador-Mutualista y/o Asegurado, la Mutua quedará igualmente liberada de toda obligación derivada del mismo.

Para obtener el pago, el Beneficiario deberá remitir a la Mutua los documentos justificativos que, según corresponda, se indican a continuación:

Muerte:

- D.N.I. del Beneficiario/s.
- Certificado médico de defunción del Asegurado y Certificado literal de defunción expedido por el Registro Civil.
- Certificado del Registro General de Actos de última voluntad, y en su caso, copia del último testamento, del Acta de Notoriedad o de la Declaración Judicial de Herederos.
- Cuando el Tomador-Mutualista y el Beneficiario sean personas distintas, Carta de pago del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones o la declaración de exención.
- A petición de la Mutua, el Beneficiario deberá exhibir el original de todos los documentos referidos en los párrafos anteriores.

- Cualquier otro documento que la Mutua estime preciso para valorar la procedencia del pago de la prestación.

Beneficiarios

En caso de fallecimiento y de no existir designación expresa de los Beneficiarios, lo serán a efectos del presente contrato por riguroso orden de preferencia, los siguientes:

- 1° Cónyuge no separado legalmente en virtud de sentencia firme en la fecha del fallecimiento del asegurado o pareja de hecho legalmente constituida.
La existencia de pareja de hecho se acreditará mediante certificación de la 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.
- 2° Hijos por partes iguales.
- 3° Padres, por partes iguales, o el superviviente de ambos.
- 4.º A falta de éstos, a quien en derecho corresponda.

III.12. Rescisión del contrato

El Tomador-Mutualista del seguro tendrá la facultad de resolver el contrato dentro del plazo de los treinta días siguientes a la fecha en la que el asegurador le entregue la póliza. La facultad unilateral de resolución deberá ejercitarse por escrito y producirá sus efectos desde el día de su expedición cesando la cobertura del riesgo y teniendo derecho el Tomador/Mutualista a la devolución de la prima pagada, salvo la parte correspondiente al tiempo en el que el contrato hubiera tenido vigencia.

III.13. Extinción, nulidad y prescripción del contrato

Las garantías de la póliza se extinguirán en la fecha indicada en las Condiciones Particulares.

La póliza queda automáticamente extinguida en caso de que tenga lugar un siniestro cubierto por alguna de las garantías suscritas y la Mutua tiene derecho de hacer suya la prima no consumida.

El contrato será nulo si en el momento de su conclusión no existiera el riesgo o hubiera ocurrido el siniestro.

Las acciones derivadas del contrato prescribirán a los cinco años de la fecha en que pudieron ejercitarse

III.14. Trámite pericial

De acuerdo con el trámite pericial previsto en los artículos 38 y 39 de la Ley de Contrato de Seguro, en caso de discrepancias sobre las causas del siniestro o su rehúse, y la valoración de la indemnización el Mutualista puede proceder al nombramiento de un perito Médico, comunicándose por escrito a la Mutua. En esta comunicación ha de constar la aceptación de dicho perito, y se ha de requerir expresamente a la entidad para que, en el plazo de ocho días, desde que reciba tal comunicación, nombre el suyo. Si la Mutua no realizase el nombramiento, se entenderá que acepta el dictamen que emita el perito Médico del asegurado y quedará vinculado por el mismo.

En el caso de que los peritos lleguen a un acuerdo, se reflejará en un acta conjunta en la que se harán constar las causas del siniestro, la valoración de los daños, y las demás circunstancias que influyan en la determinación de la indemnización. Cuando no haya acuerdo entre los peritos, se designará un tercer perito de común acuerdo, o se instará tal designación al juez de primera instancia. Conforme al artículo 39 de la Ley de Contrato de Seguro, cada parte satisfará los honorarios de su perito y los del tercero, en el caso de que se llegue a su nombramiento, se pagarán por mitad.

III.15. Comunicaciones

Las comunicaciones a la Mutua se realizarán en el domicilio social de aquélla, señalado en la póliza. Asimismo, las comunicaciones de la Mutua se realizarán en el domicilio de los interesados, recogidos en la póliza, salvo que los mismos hayan notificado a la Mutua el cambio de domicilio.

Este contrato de seguro comprende de forma indisoluble las Condiciones Generales que anteceden y las Condiciones Particulares y los Apéndices que recojan las modificaciones de todo ello acordadas por las partes. El TomadorMutualista/Asegurado declara haber leído y entendido todas las limitaciones y exclusiones contenidas en la presente póliza aceptándolas expresamente.

III.16. Tratamiento de datos de carácter personal

En cumplimiento de lo previsto en el Reglamento general de protección de datos de la Unión Europea ("RGPD"), a continuación le facilitamos una serie de información en relación al tratamiento de los datos personales del solicitante, tomador, asegurado y/o beneficiario facilitados a Svrne, Mutua de Seguros y reaseguros a prima fija durante la relación pre-contractual y/o contractual, incluidos datos de salud.

Información básica sobre protección de datos	
Responsable	Svrne, Mutua de Seguros y reaseguros a prima fija ("SVRNE")
Finalidad	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión de la relación pre-contractual y/o del contrato de seguro. • Realización de acciones comerciales y remisión de comunicaciones comerciales, incluso por medios electrónicos, sobre otros productos comercializados por SVRNE, así como por cualquiera de las entidades del Grupo SVRNE. • Conservar los datos de carácter personal para el caso de que no se formalice la relación contractual, con la finalidad de gestionar futuras solicitudes que pueda realizar.
Legitimación (base jurídica)	<ul style="list-style-type: none"> • Ejecución del pre-contrato y/o contrato de seguro. • Interés legítimo, para que la entidad pueda ofrecerle un servicio más completo e incrementar su grado de satisfacción. • Interés legítimo para gestionar y satisfacer a futuros sus eventuales consultas o peticiones.
Destinatarios	<ul style="list-style-type: none"> • Entidades reaseguradoras por razones de reaseguro. Corredores de seguros. • Profesionales médicos. • Organismos públicos. <p>Asimismo, podrán tener acceso a sus datos como encargados del tratamiento, agentes propios (sociedades del Grupo) o terceros agentes, proveedores de servicios comerciales, servicios profesionales (i.e., gabinetes periciales, abogados externos), y de servicios informáticos, así como cualquier otro encargado cuyos servicios sean precisos para cualquier gestión adicional del contrato que sea necesaria, incluida la gestión de la eventual prestación que corresponda.</p>
Transferencias internacionales	Sus datos de carácter personal no serán objeto de ninguna transferencia internacional de datos.
Categorías de datos y procedencia	<ul style="list-style-type: none"> • Los datos de carácter personal objeto de tratamiento (incluidos datos de salud), serán aquellos facilitados en el marco del pre-contrato y/o contrato de seguro. • Los datos objeto de tratamiento podrán ser relativos al tomador y/o asegurado, así como a cualquier tercero persona física relacionado con el contrato de seguro (i.e., terceros asegurados, beneficiarios o terceros perjudicados).
Derechos	Podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento, y de portabilidad conforme a lo indicado en la información adicional.
Información adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre el tratamiento de sus datos en http://www.svrne.es/es/privacidad.htm

III.17. Cláusula del Consorcio

Cláusula de indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios en seguros de personas

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

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

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

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

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

Resumen de las normas legales:

III.17.1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

- a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos; inundaciones extraordinarias, incluidas las producidas por embates de mar; erupciones volcánicas; tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 120 km/h y los tornados); y caídas de cuerpos siderales y aerolitos.
- b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
- c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz. Los fenómenos atmosféricos y sísmicos, de erupciones volcánicas y la caída de cuerpos siderales se certificarán, a instancia del Consorcio de Compensación de Seguros, mediante informes expedidos por la Agencia Estatal de Meteorología (AEMET), el Instituto Geográfico Nacional y los demás organismos públicos competentes en la materia. En los casos de acontecimientos de carácter político o social, así como en el supuesto de daños producidos por hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas o Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz, el Consorcio de Compensación de Seguros podrá recabar de los órganos jurisdiccionales y administrativos competentes información sobre los hechos acaecidos.

III.17.2. Riesgos excluidos

- a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
- b) Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.
- c) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- d) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 12/2011, de 27 de mayo, sobre responsabilidad civil por daños nucleares o producidos por materiales radiactivos.
- e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el apartado 1.a) anterior y, en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.
- f) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios de los señalados en el apartado 1.b) anterior.
- g) Los causados por mala fe del asegurado.
- g) Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.
- h) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de «catástrofe o calamidad nacional».

III.17.3. Extensión de la cobertura

III.17.3.1. La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y las mismas sumas aseguradas que se hayan establecido en las pólizas de seguro a efectos de la cobertura de los riesgos ordinarios.

III.17.3.2. En las pólizas de seguro de vida que, de acuerdo con lo previsto en el contrato, y de conformidad con la normativa reguladora de los seguros privados, generen provisión matemática, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que la entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

III.17.4. Comunicación de daños al Consorcio de Compensación de Seguros

III.17.4.1. 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.

III.17.4.2. La comunicación de los daños y la obtención de cualquier información relativa al procedimiento y al estado de tramitación de los siniestros podrá realizarse:

- Mediante llamada al Centro de Atención Telefónica del Consorcio de Compensación de Seguros (900 222 665).
- A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (www.consorseguros.es).

III.17.4.3. 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.

III.17.4.4. Abono de la indemnización: El Consorcio de Compensación de Seguros realizará el pago de la indemnización al beneficiario del seguro mediante transferencia bancaria.