

PROTECCIÓN DE PAGOS

Reembolso de la prima de tu seguro, por desempleo, incapacidad, hospitalización o fractura.

SECCIÓN VII. OTRAS GARANTÍAS COMPLEMENTARIAS A CARGO DE EUROP ASSISTANCE

VII.1 PROTECCIÓN DE PAGOS

Información previa

VII.1.1. Prestador del servicio: EUROP-ASSISTANCE SERVICIOS INTEGRALES DE GESTIÓN (en adelante EASIG).

VII.1.2. Información preliminar:

En cumplimiento de lo establecido en el artículo 96.1 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y en el Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, por el que se aprueba su Reglamento de desarrollo, se hace expresamente constar que la información recogida en esta cláusula ha sido comunicada al Tomador del Seguro con anterioridad a la celebración del contrato:

- Que el presente contrato de seguro se celebra en régimen de derecho de establecimiento con la Sucursal en España de la entidad aseguradora francesa Europ Assistance, sociedad anónima francesa regulada por el Código de Seguros de Francia, con un capital social de 46.926.941 euros, registrada con el número 451 366 405 RCS Nanterre, y domicilio en Promenade de la Bonette, 1 - 92633 Gennevilliers Cedex, Francia.

- Que Europ Assistance S.A., Sucursal en España se encuentra debidamente inscrita en el Registro Administrativo de las Entidades aseguradoras de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones bajo la clave E-0243 y tiene su domicilio en la C/. Orense 4, Planta 14, 28020 Madrid.

- Que, sin perjuicio de las facultades de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (DGSFP), el Estado miembro a quien corresponde el control de la Entidad Aseguradora es Francia y, dentro de dicho Estado, la Autoridad a quien le corresponde el control es la Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), con domicilio en 4, Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09, Francia.

VII.1.3. Información preliminar:

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, **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 negra.**

- Que la liquidación de Europ Assistance S.A., no está sujeta a la legislación española. El informe sobre situación financiera y de solvencia se encuentra disponible en la página web de la entidad aseguradora.

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).

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 Asegurador 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:

VII.1.4. Servicio de Atención al Cliente

EUROP ASSISTANCE pone a disposición de los Asegurados un Servicio de Reclamaciones cuyo Reglamento se puede consultar en la página web www.europ-assistance.es. Podrán presentar quejas los tomadores, asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados o causahabientes de cualquiera de los anteriores, en el apartado de "Defensa del Cliente" de la web, o dirigiéndose por escrito al Servicio de Reclamaciones:

Servicio de Reclamaciones
Dirección: C/ Orense, 4 - Planta 14 • 28020 MADRID

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.

Cláusula informativa relativa a tratamiento de datos de carácter personal

¿QUIÉN ES EL RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO DE SUS DATOS?

Europ Assistance, S.A., Sucursal en España (en adelante, la "Compañía Aseguradora")

CIF: W-2504100-E

Domicilio: Calle Orense, número 4, 28020 Madrid.

Delegado de Protección de Datos (DPO): puede contactar

con el DPO mediante escrito dirigido al Domicilio de la Compañía Aseguradora, indicando en la referencia "Delegado de Protección de Datos", o escribiendo a la dirección de correo electrónico:

delegadoprotdatos@europ-assistance.es

¿CON QUÉ FINALIDADES SE TRATARÁN SUS DATOS PERSONALES?:

El tratamiento será mixto (tratamientos automatizados y no automatizados) y para las siguientes finalidades:

- Llevar a cabo el cumplimiento y desarrollo de la relación contractual derivada de la póliza.
- Gestión contable, fiscal y administrativa de la póliza.
- Cobro de primas y presentación de otras facturas.
- Realización de órdenes de adeudo domiciliadas en su cuenta.
- Realización de acciones comerciales y de marketing de otros productos y servicios de la Compañía Aseguradora.
- Elaboración de estudios de satisfacción de los clientes.
- Preparación, redacción y emisión de la documentación relativa al seguro.
- Realización de análisis de riesgo y siniestralidad.
- Realización de valoraciones necesarias tras la concurrencia de un siniestro o evento cubierto por la póliza contratada.
- Realización de peritaciones internas o a través de terceros.
- Liquidación de siniestros o realización de las prestaciones contractualmente pactadas.
- Llevar a cabo cualquier obligación legalmente exigible o contractualmente acordada.
- Realización de acciones destinadas a la prevención, detección o persecución del fraude.
- En caso de impagos, incorporación a ficheros de solvencia y en ficheros comunes determinados por la normativa sectorial aplicable.
- Colaboración estadístico actuarial para la elaboración de estudios de técnica aseguradora.

¿CUÁL ES LA LEGITIMACIÓN PARA EL TRATAMIENTO?

- Ejecución de un contrato entre el Tomador de la póliza, los asegurados y/o beneficiarios y la Compañía Aseguradora.
- Interés Legítimo.
- Obligación Legal.

¿QUIÉNES SON LOS DESTINATARIOS DE SUS DATOS?

- Las empresas del Grupo de la Compañía Aseguradora, del sector asegurador.
- La entidad bancaria de la Compañía Aseguradora y las empresas de su Grupo y la entidad bancaria del titular de los datos para hacer efectiva la orden de domiciliación bancaria de acuerdo con la normativa vigente.

- Las entidades que actúan como mediador o distribuidor de seguros para la gestión de las pólizas de seguros por tal entidad tramitados.

- Los proveedores elegidos por la Compañía Aseguradora cuya intervención sea necesaria para la gestión de la asistencia cubiertos por la póliza.

- El SEPBLAC, con el fin de dar cumplimiento a los requerimientos legalmente establecidos.

- La Dirección General de Seguros y Fondo de Pensiones, de acuerdo a las previsiones establecidas legalmente.

- La Administración tributaria con competencia en la materia para el cumplimiento de finalidades estrictamente legales y fiscales.

- Las Administraciones Públicas en relación con las competencias que tienen atribuidas.

- En el supuesto de seguros de cobertura de fallecimiento, el Registro General de Actos de Última Voluntad, gestionado por la Dirección General de los Registros y del Notariado, de conformidad con la normativa aplicable en la materia.

COMUNICACIONES COMERCIALES

De conformidad con lo establecido en el artículo 21.2 de la Ley 34/2002, de 11 de julio, de servicios de la sociedad de la información y de comercio electrónico, se informa que la Compañía Aseguradora podrá enviarle información y publicidad sobre productos o servicios comercializados por ella que sean similares al que Usted contrató. El interesado podrá oponerse, en cualquier momento, al envío de dichas comunicaciones comerciales electrónicas, remitiendo un correo electrónico, indicando en el asunto "BAJA COMUNICACIONES" a la siguiente dirección:

baja.cliente@europ-assistance.es

TRATAMIENTO DE DATOS DE SALUD

La Compañía Aseguradora le informa que, para la gestión de los siniestros derivados de la póliza y de las coberturas en ella incluidas, es necesario que se traten datos personales relativos a su salud, ya sean obtenidos a través del cuestionario de salud o cualquier otro que en el futuro pueda aportar durante la vigencia de la relación contractual o que la Compañía Aseguradora pueda obtener de terceros (ya provengan de centros sanitarios públicos o privados o de otros profesionales sanitarios, tanto nacionales como internacionales, de exámenes o reconocimientos médicos adicionales que puedan exigirse por la Compañía Aseguradora o de otras entidades públicas o privadas).

TRATAMIENTO DE DATOS DE TERCEROS

En caso de que se faciliten datos relativos a terceras personas, el contratante de la póliza deberá haber obtenido la autorización previa de los mismos con relación a la transmisión de los datos a la Compañía Aseguradora para las finalidades acordadas en el presente documento.

¿DURANTE CUÁNTO TIEMPO CONSERVAREMOS LOS DATOS?

Salvo que nos haya dado su consentimiento, únicamente mantendremos sus datos mientras sea cliente y se mantenga la relación con Usted.

A partir de ese momento, solo se conservarán debidamente bloqueados (es decir a disposición de las autoridades correspondientes y para la defensa de la entidad) aquellos datos mínimos necesarios relativos a las operaciones y transacciones realizadas para poder atender cualquier reclamación mientras no haya prescrito. Por lo general, los plazos aplicables son de 10 años por la Ley de Prevención de Blanqueo de Capitales, en caso de que fuere aplicable, y de 5 años para atender las reclamaciones por las pólizas de seguro que cubran daños a las personas.

Transcurridos estos plazos, se procederá a la cancelación definitiva de los mismos. Si no fuese cliente y hubiese realizado alguna solicitud de contratación, conservaremos sus datos únicamente mientras la oferta que se le haya dado esté vigente, o en caso de no haberse fijado un plazo, por el plazo legal.

¿CUÁLES SON SUS DERECHOS?

Puede ejercitar, mediante un escrito dirigido a Europ Assistance S.A, Sucursal en España, C/. Orense, 4 28020 Madrid, indicando en la Referencia "Protección de Datos", adjuntando una fotocopia de su documento de identidad, en cualquier momento y de manera gratuita, los siguientes derechos:

- Revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento y la comunicación de sus datos personales.

- Acceder a sus datos personales.

- Rectificar los datos inexactos o incompletos.

- Solicitar la supresión de sus datos cuando, entre otros motivos, los datos ya no sean necesarios para los fines que fueron recogidos.

- Oponerse al tratamiento de sus datos.

- Solicitar la portabilidad de sus datos.

- Reclamar ante la Agencia Española de Protección de Datos, a través de la siguiente dirección: Calle de Jorge Juan, 6, 28001 Madrid, cuando considere que la entidad Europ Assistance S.A, Sucursal en España haya vulnerado los derechos que le son reconocidos por la normativa de protección de datos.

Para su ejercicio, el interesado podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos (DPO), mediante escrito dirigido a Europ Assistance S.A., Sucursal en España, C/. Orense, número 4, 28020 Madrid, o escribiendo a la dirección de correo electrónico

delegadoprotdatos@europ-assistance.es

VII.1.5. Definiciones

VII.1.5.1. Entidad aseguradora

EUROP ASSISTANCE ESPAÑA S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS (EUROP ASSISTANCE), actuando como Entidad Aseguradora (en adelante el Asegurador)

VII.1.5.2. Tomador del Seguro

Es la persona física o jurídica que, junto con la Entidad Aseguradora, suscribe este Contrato, y al que corresponden las obligaciones que del mismo se deriven, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por los Asegurados y/o Beneficiarios.

VII.1.5.3. Grupo Asegurable

Conjunto de personas físicas que poseen alguna característica común extraña al propósito de asegurarse y que cumplan cada una de las condiciones para poder ser Asegurados.

VII.1.5.4. Grupo Asegurado: Conjunto de Asegurados incluidos en el Seguro.

VII.1.5.5. Asegurado

Persona física que reside en España (con permanencia en territorio español más de 183 días de un año natural), beneficiaria de las coberturas de la Póliza.

VII.1.5.6. Beneficiario

Es la persona o personas físicas o jurídicas que ostentan el derecho a percibir las prestaciones aseguradas en el momento de producirse la contingencia prevista en la Póliza.

VII.1.5.7. Póliza

Es el documento que contiene las bases reguladoras del Seguro, formando parte de ella, las Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Suplementos y Anexos.

VII.1.5.8. Suma Asegurada

Importe de la indemnización en caso de siniestro. Dicho importe figura en las Condiciones Particulares de la Póliza.

VII.1.5.9. Prima

Es el coste total del seguro.

VII.1.5.10. Accidente

Lesión corporal que deriva directamente de un hecho fortuito, externo, violento y ajeno a la intencionalidad del Asegurado, que se produzca durante la vigencia de la póliza y de lugar a una situación garantizada por la misma.

A los efectos de la presente póliza tendrán la consideración de Accidente:

- Las descargas eléctricas y el rayo.
- Los envenenamientos, asfixias, quemaduras o lesiones producidas por aspiración involuntaria de gases o vapores, inmersión o sumersión o por ingestión de materias líquidas, sólidas, tóxicas o corrosivas.
- Las infecciones, cuando el agente patógeno haya penetrado en el cuerpo por una lesión producida por un accidente cubierto por la póliza, siempre y cuando se

pueda demostrar fehacientemente la relación causa-efecto.

- Igualmente quedan cubiertos los atentados que no sean cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros

- Cobertura de Vuelo, quedan cubiertos los accidentes que el Asegurado pueda sufrir al viajar como pasajero de una Empresa de transporte aéreo, debidamente autorizada siempre que la aeronave sea pilotada por personal con licencia de piloto vigente y en regla y (1) que la aeronave se encuentre en vuelo regular o "chárter" entre aeropuertos acondicionados para tráfico de pasajeros, o (11) que la aeronave se encuentre estacionada en las pistas de aterrizaje o despegue de los citados aeropuertos, o (111) que la aeronave se encuentre realizando en los mismos cualquier tipo de maniobra.

VII.1.5.11. Enfermedad

Toda alteración del estado de salud cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico legalmente reconocido, cuyas primeras manifestaciones se presenten durante la vigencia de la Póliza y que haga precisa la asistencia de facultativo médico. No se considerará enfermedad a efectos de este Seguro el embarazo, parto o aborto o complicaciones derivadas de estos conceptos y los períodos de descanso voluntario y obligatorio que procedan en caso de maternidad ni la situación de excedencia solicitada por el Asegurado.

VII.1.5.12. Hospital

Institución legalmente autorizada para el tratamiento médico de enfermedades o lesiones corporales, proporcionando de forma continuada asistencia médica y de enfermeras 24 horas al día para el cuidado de enfermos o lesionados. No tendrán consideración de Hospitales a los efectos de esta garantía, las casas de reposo, hoteles, asilos, casas para convalecientes, psiquiátricos o instituciones dedicadas al internamiento o tratamiento de toxicómanos o alcohólicos.

VII.1.5.13. Hospitalización

Se considera que un Asegurado está hospitalizado cuando figura como paciente en un Hospital, tal y como se ha definido en el apartado anterior, durante un periodo superior a 24 horas.

VII.1.5.14. Desempleo

Situación en la que se encuentran quienes, pudiendo y queriendo trabajar remuneradamente por cuenta ajena pierdan su empleo y sean privados de su salario, según las condiciones establecidas en la Póliza.

Situación física temporal motivada por enfermedad o accidente determinante de la incapacidad del Asegurado para el ejercicio de su profesión o actividad laboral.

VII.1.5.16. Periodo de carencia

Se entiende por periodo de carencia el tiempo que ha de transcurrir desde la fecha en que toma efecto el Seguro hasta el inicio de la cobertura de una garantía.

VII.1.5.17. Franquicia

Se entiende por franquicia, el plazo de tiempo a contar desde la fecha de ocurrencia del siniestro, durante los cuales la Entidad Aseguradora está exenta del pago del capital asegurado.

VII.1.5.18. Relación laboral

Trabajo asalariado llevado a cabo por el Asegurado dentro del territorio del Estado Español bajo un contrato de trabajo realizado con un empleador por un mínimo de 16 horas semanales y en los términos y condiciones exigidos por la legislación laboral aplicable.

VII.1.5.19. Anualidad del Seguro

Corresponde al periodo anual contado desde cada renovación del Contrato, La primera anualidad será a partir de la fecha de efecto del presente contrato.

VII.1.5.20. Siniestro

Suceso que pueda dar origen al percibo de indemnización por las coberturas de la póliza Constituyen un solo y mismo siniestro el conjunto de da os y/o perjuicios derivados de una misma causa.

CONDICIONES GENERALES

VII.1.6. Bases del Contrato

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el Tomador del Seguro podrá reclamar a la Aseguradora en el plazo de un mes a contar desde la recepción de la póliza para que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación se estará a lo dispuesto en la presente póliza (Alt 8 LCS).

VII.1.7. Toma de efecto y duración del Contrato

El contrato se perfecciona mediante el consentimiento de las partes contratantes. La cobertura contratada y sus modificaciones tomarán efecto en la fecha indicada en las Condiciones de la Póliza, siempre que haya sido satisfecho el recibo de la prima. En caso de demora en el cumplimiento de este requisito, las obligaciones de la Entidad Aseguradora comenzarán a partir de las 24 horas del día en que el pago se haya producido.

VII.1.8. Prima del seguro

La prima del Seguro se cargará en el medio de pago facilitado por el Tomador del seguro para tal fin. La prima del Seguro será la que se indique en las Condiciones de la Póliza. **La Entidad Aseguradora se reserva el derecho a revisar la tarifa de prima aplicada al presente contrato de seguro, lo cual sería comunicado oportunamente al Tomador.**

VII.1.9. Normas de contratación

Pertenecer al grupo asegurable

VII.1.10. Objeto y Garantías del Seguro

Por el presente contrato, la Entidad Aseguradora se obliga al pago de la prestación garantizada a los Beneficiarios, en caso de ocurrencia de los riesgos cubiertos. El Seguro ofrece las siguientes garantías:

VII.1.10.1. Garantía de Desempleo

Esta garantía es de aplicación a todas aquellas **personas físicas que mantengan una relación laboral por cuenta ajena de carácter indefinido, por un mínimo de 16 horas semanales y con una antigüedad mínima de 12 meses en la empresa. Quedan excluidos los funcionarios dependientes de cualquiera de las Administraciones Públicas y los trabajadores con contratos fijos discontinuos. En caso de Desempleo del Asegurado, la Entidad Aseguradora abonará el capital garantizado para esta cobertura.**

Para tener derecho al cobro de esta prestación se estará a las limitaciones y exclusiones especificadas en el apartado "Riesgos Excluidos".

Se hace expresamente constar que serán de aplicación los periodos de Carencia y Franquicia establecidos para esta Garantía en las Condiciones Particulares.

El hecho de haberse abonado la prestación máxima establecida para esta garantía supone la extinción automática de la cobertura de la Póliza y consecuentemente el resto de las garantías de las mismas. El derecho al devengo de la indemnización cesará en el momento en que el Asegurado pueda reanudar su trabajo, aún de manera parcial o comience a realizar cualquier otro tipo de trabajo remunerado.

VII.1.10.2 Garantía de Incapacidad Temporal

Esta garantía es de aplicación a todas aquellas **personas con trabajo remunerado que no puedan estar cubiertas por Desempleo.** En caso de Incapacidad Temporal, la Entidad Aseguradora abonará el capital garantizado para esta cobertura.

La Incapacidad Temporal cubierta por la Póliza debe ser diagnosticada, tanto en su causa como en la incapacidad que genera para el Asegurado:

- Por médico competente de la Seguridad Social o asimilado, en caso de trabajadores por cuenta ajena o propia que coticen a la Seguridad Social.
- Por profesional médico autorizado por la Entidad Aseguradora para el resto de casos.

No podrá existir ningún tipo de relación familiar entre el emisor del certificado y el asegurado salvo que así lo autorice la Entidad Aseguradora, y en ningún caso el propio asegurado podrá ser el emisor del parte. El Asegurado queda obligado, a someterse al reconocimiento de los médicos que designe el Asegurador, si éste lo estima necesario, a fin de completar los informes facilitados y a trasladarse por cuenta del mismo al lugar que corresponda para que se efectúe tal reconocimiento.

El derecho al devengo de la indemnización cesará en el momento en que el Asegurado pueda reanudar su trabajo, aún de manera parcial y a pesar de no haber alcanzado su total curación o comience a realizar cualquier otro tipo de trabajo remunerado.

Se hace expresamente constar que serán de aplicación los periodos de Carencia y Franquicia establecidos para esta Garantía en las Condiciones Particulares.

Mismo Siniestro: En caso de producirse nuevas situaciones de Incapacidad Temporal, el Asegurado únicamente tendrá derecho a nuevas prestaciones si (i) ha estado trabajando remuneradamente por un periodo mínimo de tres meses y, (ii) siempre que se trate de distinta causa que la que provocó el siniestro anterior. En caso contrario, no se abonará en razón de nueva situación de Incapacidad Temporal cantidad alguna, ya que se considerará como el mismo siniestro.

El hecho de haberse abonado la prestación máxima establecida para esta garantía supone la extinción automática de la cobertura de la Póliza y consecuentemente del resto de las garantías de la misma.

VII.1.10.3. Garantía de Hospitalización

Esta garantía es de aplicación a todas aquellas personas sin trabajo remunerado que no puedan estar cubiertas ni por la Garantía de Desempleo ni por la de Incapacidad Temporal. Cuando el Asegurado tenga que ser internado en un Hospital como consecuencia de Accidente o Enfermedad cubiertos por la Póliza, la Compañía abonará la indemnización garantizada. En caso de Hospitalización del Asegurado, la Entidad Aseguradora abonará el capital garantizado para esta cobertura.

Se hace expresamente constar que serán de aplicación los periodos de Carencia y Franquicia establecidos para esta Garantía en las Condiciones Particulares.

VII.1.10.4. Garantía de Fractura de Huesos Accidental

A los efectos de este contrato, se entiende por Fractura de Huesos Accidental la rotura completa de huesos producida como consecuencia inmediata de un Accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, y siempre que las consecuencias del Accidente se manifiesten en los 30 días siguientes a contar de la fecha del accidente.

Se entiende por Accidente toda lesión corporal que pueda ser determinada por los médicos de una manera cierta sufrida por el Asegurado independientemente de su voluntad, por la acción repentina y violenta de o con un agente externo. A efectos de la cobertura de la póliza se hace expresamente constar que rotura completa es aquella en la que se produce una fractura donde el hueso se rompe completamente.

La Compañía pagará la cobertura contratada, si durante la Vigencia del Seguro de Protección de Pagos, como consecuencia directa de un Accidente cubierto y dentro de los treinta días (30) días siguientes a la fecha del mismo, el Asegurado sufre cualquiera de las fracturas completas de hueso mencionadas a continuación: Cráneo, Huesos Cara (excepto dientes), Columna Cervical, Columna Torácica y

Lumbar. Huesos Sacro y Coxis, Costillas, Esternón, Pelvis, Clavícula, Omóplato (escápula), Húmero, Radio, Cúbito, Huesos Carpianos o Metacarpianos, Fémur, Tibia y Peroné, Huesos del Tarso y del Metatarso, Rótula o cadera.

Se hace constar que no se establece periodo de Carencia ni de Franquicia para esta garantía.

VII.1.11. RIESGOS EXCLUIDOS

Se hace constar que, salvo pacto expreso y en contrario estipulado en las Condiciones Particulares de la Póliza, y con carácter adicional a las exclusiones que puedan estipularse en dichas Condiciones, quedan expresamente excluidos de la cobertura de todas las garantías de la Póliza, los siniestros debidos a alguna de las causas siguientes:

a) Los siniestros sufridos por el Asegurado ocasionados por reacción, radiación nuclear o contaminación radioactiva.

b) Como profesional cualquier práctica de deporte, y salvo pacto expreso, como aficionado, esquí de montaña y/o náutico, escalada, boxeo, submarinismo, polo, concursos hípicas, caza mayor y cualquier deporte que implique riesgo aéreo.

c) Las consecuencias de enfermedad o accidente originados con anterioridad a la entrada en vigor de este Seguro conocidas por el Asegurado.

d) Participación directa del Asegurado en guerra civil o internacional que se desarrolle en territorio nacional o extranjero.

e) Los riesgos de guerra y demás riesgos extraordinarios, calificados así por el Estatuto Legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por la Ley 21/1990 de 19 de Diciembre y legislación complementaria.

f) El infarto de miocardio no se considera un Accidente.

g) Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o cualquier otra forma de virus del

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

h) Accidentes sufridos por las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad durante el ejercicio de su profesión.

i) Los siniestros causados intencionadamente por el Asegurado.

j) Cualquier accidente que se produzca estando el asegurado bajo la influencia de bebidas alcohólicas, drogas, estupefacientes, psicotrópicos, estimulantes y otras sustancias análogas. Para la determinación de dicha influencia, independientemente del tipo de accidente de que se trate, se estará a los límites fijados por la legislación aplicable en materia de circulación de vehículos a motor y seguridad vial al momento de su ocurrencia.

k) Los sufridos por el Asegurado y derivados de actos que pudiesen ser tipificados como delito o tentativa del mismo, de carreras o apuestas, desafíos o riñas en que participe activamente el Asegurado; salvo que el Asegurado, en el caso de riña, hubiese actuado en legítima defensa o en tentativa de salvamento de personas o bienes.

Para la Garantía de Desempleo: Quedan excluidos de esta cobertura y no se considera que estén en Desempleo los Asegurados que se encuentren en cualquiera de las siguientes situaciones laborales:

a) Cuando cesen voluntariamente en el trabajo, salvo por las causas previstas en los artículos 40 (movilidad geográfica), 41 (modificaciones substanciales de las condiciones de trabajo) y 50 (extinción por voluntad del trabajador) del Estatuto de los Trabajadores (RDL 1/1995 de 24 de Marzo).

b) Cuando hayan sido despedidos y no reclamen en tiempo y forma oportunos contra la decisión empresarial, salvo por extinción del contrato o despidos basados en las causas objetivas previstas en el art. 52 del Estatuto de los Trabajadores (ROL 1/1995 de 24 Marzo) en cuyo caso no es necesaria dicha reclamación.

c) Cuando, declarado improcedente o nulo el despido por sentencia firme y comunicada por el empleador la fecha de reincorporación al trabajo, no se ejerza tal derecho por parte del Asegurado o no se haga uso, en su caso de las acciones previstas en la legislación vigente.

d) Cuando no se solicite el reingreso al puesto de trabajo en el plazo y tiempo oportunos siempre que la opción entre indemnización o readmisión correspondiera al trabajador, cuando fuera delegado sindical o representante legal de los trabajadores, o se estuviera en excedencia y venciera el periodo fijado para la misma.

e) Cuando se extinga el contrato por expiración del tiempo convenido y/o realización de la obra o servicio objeto del contrato.

f) Cuando el contrato se extinga por jubilación del empresario individual de, Asegurado sin que hubiera continuidad de la actividad empresarial, siempre que trabajador conociera previamente la fecha de jubilación del empleador.

g) Cuando exista despido legalmente procedente.

h) Los trabajadores fijos de carácter discontinuo en los periodos en que carezcan d ocupación efectiva.

i) Si la relación laboral lo fuera con una empresa propiedad de su ámbito familiar, hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad, así como en los casos en que el Asegurado o un familiar suyo hasta el segundo grado de consanguinidad o tercero de afinidad fuera el administrador de la Empresa, y también si el Asegurado fuera socio o accionista con presencia directa en los órganos de administración de la sociedad.

j) Si el Asegurado rechaza un puesto alternativo de similares características ofrecido

por el mismo u otro empresario teniendo en cuenta la formación, experiencia y ubicación de dicho puesto de trabajo.

k) Si el Desempleo se produce después de que el Asegurado haya alcanzado la edad legal de jubilación con respecto a la actividad que llevaba a cabo y reúna todos los requisitos legales necesarios para acceder a la pensión de Jubilación.

l) Mientras el Asegurado perciba o tenga derecho a percibir un salario por parte del empleador. Se exceptuarán de este supuesto los complementos salariales pactados colectivamente en los expedientes de suspensión de contrato.

m) Todas las situaciones de paro o inactividad del Asegurado que no constituyan Desempleo según se encuentra definido en estas Condiciones de la Póliza Generales y Particulares.

n) Asimismo, el Asegurado no tiene derecho al cobro de las prestaciones por Desempleo en ninguno de los siguientes supuestos:

1. Si en el momento o con anterioridad a la fecha de efecto del Seguro o dentro del Periodo de Carencia el Asegurado tiene conocimiento de su posible paso a situación de desempleo.

2. Si inmediatamente antes de la fecha de inicio del desempleo, el Asegurado:

- No ha tenido relación laboral durante un periodo continuado de, al menos 12 meses con anterioridad a la contratación de la póliza, en el caso del primer siniestro ocurrido.

- Ha estado vinculado por una relación laboral en la que el despido es una característica regular o recurrente.

- Conociera o debiera conocer su paso inmediato a situación de desempleo.

o) Si la edad del asegurado no está comprendida entre las establecidas para esta Garantía en el Artículo "Coberturas" de las Condiciones Particulares.

Para la Garantía de Incapacidad Temporal: Quedan excluidos de esta cobertura los siniestros que resulten o sean consecuencia de las siguientes situaciones:

a) Los que se produzcan dentro del Periodo de Carencia.

b) Lesiones o enfermedades autoinfligidas o causadas voluntariamente por el Asegurado o por terceros con su connivencia, ya sea en estado de cordura o demencia.

c) Periodos de observación y sus asimilados o equivalentes en casos de Enfermedad cuando no se esté impedido para el trabajo en los términos descritos en la Póliza.

d) Los producidos cuando el Asegurado se encuentre bajo la influencia de alcohol en la sangre, drogas tóxicas o estupefacientes; los que ocurran en estado de perturbación mental, sonambulismo o en desafío, lucha o

riña, excepto caso probado de legítima defensa, así como los derivados de una actuación delictiva del Asegurado declarada judicialmente.

e) Cuando la reclamación tenga su origen en cualquier Enfermedad, dolencia, estado o lesión por la que el Asegurado haya recibido consulta, diagnóstico o tratamiento médico anterior a la entrada en vigor de las garantías del seguro.

f) Las patologías secundarias a las herniaciones y las lesiones derivadas de alteraciones o defectos musculoesqueléticos como: cervalgias, dorsalgia, lumbalgias, lumbociáticas o cualquier otros con el mismo origen salvo que se produzcan con un traumatismo.

g) Enfermedades psiquiátricas, mentales o nerviosas, incluyendo el estrés, y afecciones similares, aun cuando dichas enfermedades y afecciones hayan sido diagnosticadas y tratadas por un médico especialista.

h) Las intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos y/u odontológicos que no sean esenciales por razones médicas y sean demandados por el Asegurado por razones psicológicas, personales y/o estéticas, siempre que no se deban a secuelas de accidentes producidos con posterioridad a la fecha de efecto del seguro.

i) Las consecuencias o secuelas psíquicas de un Accidente.

j) Las derivadas o relacionadas de forma directa o indirecta con epidemias oficialmente declaradas.

k) Las curas de reposo termales o dietéticas.

l) Si la edad del Asegurado no está comprendida entre las establecidas para esta Garantía en el Artículo "Coberturas" de las Condiciones Particulares.

Para la **Garantía de Hospitalización**: Quedan excluidos de esta garantía los siniestros que resulten o sean consecuencia de las siguientes situaciones:

a) Las enfermedades crónicas, congénitas y preexistentes, que hayan sido conocidas, tratadas o diagnosticadas con anterioridad a la contratación de dicha Póliza.

b) Afecciones ginecológicas.

c) Salvo pacto expreso, gestación, aborto y sus consecuencias.

d) Exámenes médicos periódicos o de control. Cura o prótesis dental. Cura fisioterápica.

e) Operaciones de cirugía estética, salvo las prescritas por un profesional de la medicina, autorizado por la Compañía, como consecuencia de un Accidente.

f) Enfermedades mentales, nerviosas, alcoholismo o toxicomanía, curas de sueño o reposo.

g) Si la edad del asegurado no está comprendida entre las establecidas para esta Garantía en el Artículo "Coberturas" de las Condiciones Particulares.

Para la **Garantía de Fractura de Huesos Accidental**: Quedan excluidos los supuestos en los que la Fractura de Huesos derive de cualquiera de las circunstancias excluidas en la cobertura de Incapacidad Temporal o se produzca como consecuencia inmediata o mediata de osteoporosis.

Por último, debe destacarse que no se entenderá por

Enfermedad a efectos de este seguro y por tanto estará excluido de todas las coberturas el embarazo, parto o aborto o complicaciones derivadas de estos conceptos y los periodos de descanso voluntario y obligatorio que procedan en caso de maternidad, ni la situación de excedencia solicitada por el Asegurado.

VII.1.12. Pago de la prestación asegurada

Si el Asegurado contase con otro seguro que cubriera los mismos riesgos, debe informar de ello a la Entidad Aseguradora en el momento de formular su solicitud de tramitación de siniestro.

Asimismo, se ha expresamente para el pago de cualquiera de las prestaciones garantizadas por la póliza será imprescindible presentar la documentación que demuestre su condición de Asegurado.

Asimismo, para cada una de las garantías se establece lo siguiente:

Garantía de Desempleo

El plazo de comunicación del siniestro a la Entidad Aseguradora establecido en las Condiciones es de 20 días desde el inicio del Desempleo, enviando notificación escrita de los hechos en que se basa la solicitud de siniestro. En caso de incumplimiento, el Asegurador podrá reclamar los daños y perjuicios causados por la falta de declaración.

Documentación a remitir

Para el pago de la prestación correspondiente deberá presentarse la siguiente documentación:

a) Comunicación escrita a la Entidad Aseguradora.

b) Fotocopia del DNI del Asegurado.

c) Fotocopia del último contrato del trabajo indefinido a la fecha del siniestro.

d) VIDA LABORAL a partir de los 30 días de la fecha legal del Desempleo.

e) Carta de comunicación de la Empresa de que va a ser cesado en el empleo.

f) Por despido improcedente:

-Sin SMAC (Servicio Mediación Arbitraje y Conciliación): Carta de Comunicación por parte de la Empresa reconociendo la improcedencia del despido incluyendo el reconocimiento de la indemnización.

-Ante el SMAC (Servicio Mediación Arbitraje y Conciliación): Copia del Acta de Conciliación.

- Ante el Juez: Copia de la Demanda y Sentencia Judicial.

g) Por Expediente de Regulación de Empleo:

- Copia de la Autorización administrativa para el expediente.

- Copia de la comunicación de la empresa al trabajador de que va ser despedido.

h) Documento de aceptación de pago de prestación de desempleo por parte del Servicio Nacional de Empleo.

Continuidad del siniestro

El Asegurado o su representante legal deberán entregar a la Entidad Aseguradora la documentación acreditativa del Desempleo en que se apoya la reclamación.

En el caso de que NO fuese entregada la citada documentación, la Entidad Aseguradora no continuara pagando prestación alguna.

El pago de la prestación sólo se llevará a cabo una vez que la Entidad Aseguradora haya recibido y aprobado la documentación correspondiente.

Una vez iniciado el pago de la prestación por la Entidad Aseguradora, el Asegurado deberá presentar mensualmente documentación acreditativa de la continuidad de la situación de Desempleo para tener derecho al pago de la prestación mensual establecida.

Condiciones del pago de la prestación

Cuando la Entidad Aseguradora haya recibido la documentación acreditativa de que el Asegurado se encuentra en situación de Desempleo, de acuerdo con las presentes Condiciones de la Póliza, pagará la suma asegurada. La citada cantidad, tendrá como límites los establecidos en las Condiciones Particulares de la Póliza. Estos últimos podrán actualizarse en cada aniversario del contrato de seguro. El pago de la prestación cesará:

- La fecha en que la Entidad Aseguradora haya alcanzado el límite máximo de indemnización para todos los siniestros establecidos en el apartado de Riesgos Cubiertos.
- La fecha en la cual el Asegurado alcance la edad límite establecida en Condiciones Particulares para esta garantía.

Garantía de Incapacidad Temporal

El plazo de comunicación del siniestro a la Entidad Aseguradora quedará ampliado a 20 días a partir de la fecha de diagnóstico de la Incapacidad Temporal, enviando notificación escrita de los hechos en que se basa la reclamación. En caso de incumplimiento, el Asegurador podrá reclamar los daños y perjuicios causados por la falta de declaración.

Documentación a remitir

Para el pago de la prestación correspondiente deberá presentarse la siguiente documentación:

- a) Comunicación escrita a la Entidad Aseguradora.
- b) Fotocopia del DNI del Asegurado.
- c) Parte de baja inicial emitido por la Seguridad Social o Certificado de Baja en caso de pertenecer a una Mutua.
- d) Informes médicos relacionados con el origen y desarrollo de su Incapacidad Temporal.

e) Vida Laboral actualizada.

El Asegurado deberá informar a la Entidad Aseguradora sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro y permitir las visitas de médicos de la misma, así como facilitar a la Entidad Aseguradora cualquier información que ésta solicite. Si no hubiese acuerdo entre la Entidad Aseguradora y el Asegurado sobre si el Asegurado se encuentra en situación de Incapacidad Temporal, la divergencia se solucionará de acuerdo con lo establecido en el artículo 17 y 38 de la LCS. Los documentos indicados en los puntos c) y d) deberán ser enviados mensualmente.

Continuidad de la reclamación

El Asegurado o su representante legal deberán entregar a la Entidad Aseguradora la documentación acreditativa de la Incapacidad Temporal en que se apoya la reclamación. **En el caso de que NO fuese entregada la citada documentación, la Entidad Aseguradora no continuara pagando prestación alguna.**

El pago de la prestación sólo se llevará a cabo una vez que la Entidad Aseguradora haya recibido y aprobado la documentación correspondiente.

Una vez iniciado el pago de la prestación por la Entidad Aseguradora, el Asegurado deberá presentar mensualmente documentación acreditativa de la continuidad de la situación de Incapacidad Temporal, para tener derecho al pago de la prestación mensual establecida.

Para ello, el Asegurado deberá aportar todos los meses la parte de continuación de Incapacidad Temporal emitido por el médico de la Seguridad Social o del médico encargado de su curación (no podrá existir ningún tipo de relación familiar entre el emisor del certificado y el asegurado salvo que así lo autorice la Entidad Aseguradora, y en ningún caso el propio asegurado podrá ser el emisor del parte).

Condiciones del pago de la prestación

En el caso de ocurrir un siniestro que conlleve la Incapacidad Temporal del Asegurado en los términos establecidos en la póliza, el Asegurado tendrá derecho al pago de las prestaciones siempre que se den las siguientes condiciones:

- a) Que la causa de la Incapacidad Temporal sea la Enfermedad, el Accidente o las heridas que comiencen u ocurran durante la vigencia de la cobertura de este contrato y antes de su finalización y que aquellas causas se produzcan cuando el Asegurado esté trabajando remuneradamente en España.
- b) Que en el momento del diagnóstico del Asegurado se encuentre de alta en la Seguridad Social, Mutualidad, Montepío o Institución análoga que la legislación determine con cobertura del riesgo de Incapacidad Temporal.

Cuando la Entidad Aseguradora haya recibido la documentación acreditativa de que el Asegurado se encuentra en situación de Incapacidad Temporal, de acuerdo con las presentes condiciones de la Póliza, pagará la suma asegurada. La citada cantidad tendrá como límites los establecidos en estas Condiciones.

La Entidad Aseguradora abonará la indemnización prevista, **hasta la primera de las siguientes fechas:**

- La fecha en que el Asegurado cese en su situación de Incapacidad Temporal o deje de aportar las pruebas solicitadas por la Entidad Aseguradora de que se encuentra en dicha situación.
- La fecha en que la Entidad Aseguradora haya alcanzado el límite máximo de indemnización para un mismo siniestro en el apartado de Riesgos Cubiertos.
- La fecha en que la Entidad Aseguradora haya alcanzado el límite máximo de indemnización para todos los siniestros establecido en el apartado de Riesgos Cubiertos.
- La fecha en la cual el Asegurado alcance la edad límite establecida en Condiciones Particulares para esta garantía.
- La fecha en que el trabajador comience a realizar cualquier otro tipo de trabajo remunerado, aún de manera parcial.

Garantía de Hospitalización

El plazo de comunicación del siniestro a la Entidad Aseguradora establecido en las Condiciones es de 20 días desde el inicio del Desempleo, enviando notificación escrita de los hechos en que se basa la solicitud de siniestro. En caso de incumplimiento, el Asegurador podrá reclamar los daños y perjuicios causados por la falta de declaración.

Documentación a remitir

- Solicitud de indemnización con todos los datos para la identificación del Asegurado.
- Certificado médico que especifique las causas que obligaron a la hospitalización.
- Certificado de la Clínica u Hospital, que indique las fechas de ingreso y alta en los mismos.

Continuidad de la reclamación

El Asegurado o su representante legal deberán entregar a la Entidad Aseguradora la documentación acreditativa de la Hospitalización en que se apoye la reclamación.

En el caso de que NO fuese entregada la citada documentación, la Entidad Aseguradora no continuara pagando prestación alguna.

El pago de la prestación sólo se llevará a cabo una vez que la Entidad Aseguradora haya recibido y aprobado la documentación correspondiente.

Condiciones del pago de la prestación

Cuando la Entidad Aseguradora haya recibido la documentación acreditativa de que el Asegurado se encuentra en situación de Hospitalización, de acuerdo con las presentes Condiciones de la Póliza, pagará la suma asegurada. La citada cantidad, tendrá como límites los establecidos en las presentes Condiciones La Entidad Aseguradora abonará la indemnización prevista, **hasta la primera de las siguientes fechas:**

- La fecha en que el Asegurado cause alta en el centro hospitalario o deje de aportar los justificantes solicitados por la Entidad Aseguradora de que se encuentra en dicha situación.
- La fecha en que la Entidad Aseguradora haya alcanzado el límite máximo de indemnización para un mismo siniestro establecido en el apartado de Riesgos Cubiertos.
- La fecha en la cual el Asegurado alcance la edad límite establecida en Condiciones Particulares para esta garantía.

VII.1.13. Comunicaciones

VII.1.13.1. Las comunicaciones al Asegurador se remitirán al domicilio social de la misma consignado en la Póliza. Las comunicaciones y pago de primas que efectúe el Tomador del Seguro a un Agente afecto representante del Asegurador surtirán los mismos efectos que si se hubieran realizado directamente a ésta.

VII.1.13.2. Las comunicaciones efectuadas por un Corredor de Seguros al Asegurador surtirán los mismos efectos que si las efectuara el mismo Tomador del Seguro, salvo indicación en contrario de éste.

VII.1.13.3. Las comunicaciones del Asegurador al Tomador del Seguro, Asegurado o Beneficiario se realizarán en el domicilio de los mismos recogidos en la Póliza.

VII.1.14. Bases del Seguro – Reserva o inexactitud en las declaraciones

En caso de haber existido reserva o inexactitud en las declaraciones del Tomador del Seguro o del Asegurado o Asegurados al cumplimentar la Solicitud de Seguro preparada por la Entidad Aseguradora, ésta podrá rescindir el Contrato en el plazo de un mes desde que haya conocido dicha reserva o inexactitud procediendo para ello a dirigir una comunicación escrita en tal sentido al Tomador del Seguro y a los Asegurados.

VII.1.14.1. Si el siniestro sobreviene antes de que la Entidad Aseguradora haga la mencionada comunicación, la prestación 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 y/o Asegurados quedará la Entidad Aseguradora liberada del pago de la prestación.

VII.1.14.2. En caso de que el Tomador y/o Asegurados hubieran actuado con dolo al efectuar la declaración la Entidad Aseguradora quedará liberada del pago del capital en caso de siniestro.

VII.1.14.3. En caso de inexactitud en la edad del Asegurado o Asegurados si la verdadera edad en el momento de la entrada en vigor del Contrato excede de los límites de admisión establecidos por la Entidad Aseguradora. En otro caso, si en razón de la edad inexactamente declarada, la prima pagada es inferior a la que correspondería pagar, la prestación de la Entidad Aseguradora se reducirá en proporción a la prima recibida. Si, por el contrario, la prima pagada es superior, la Entidad Aseguradora devolverá el exceso de prima percibida sin intereses.

VII.1.15. Alteraciones del riesgo asegurado

El Tomador del Seguro o el Asegurado, durante el curso del Contrato, deberán comunicar a la Entidad Aseguradora, tan pronto como sea posible, todas las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por ésta en el momento de la perfección del Contrato no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

Tendrán la consideración de agravaciones del riesgo:

- **El cambio de actividad u ocupación del Asegurado, aún de carácter temporal, que signifique un mayor riesgo respecto a la situación en el momento de la contratación.**
- La incapacidad de tipo permanente y las enfermedades de carácter crónico sobrevenidas al Asegurado por hechos **no amparados por esta Póliza.**
- La agravación del riesgo podrá o no ser aceptada por la Entidad Aseguradora y se le aplicarán las normas establecidas en la Ley de Contrato de Seguro.

VII.1.16. Cancelación

El Tomador y/o Asegurado podrá cancelar la Póliza dentro de los 30 días siguientes a su contratación, en cuyo caso, la Aseguradora le devolverá íntegramente la Prima satisfecha. Si el Tomador y/o Asegurado hubiese notificado algún Siniestro durante dicho plazo de 30 días, la Aseguradora no devolverá el importe de la Prima. Si llegada la fecha de renovación de la Póliza, la Prima correspondiente no hubiera sido abonada en la fecha de su vencimiento, la cobertura de la Aseguradora quedará suspendida un mes después de la citada fecha, pasado el cual, sin el correspondiente pago de la prima, la Aseguradora quedará liberada de sus obligaciones de cobertura en caso de siniestro. Si la Aseguradora no reclama el pago durante los seis meses siguientes a la fecha de vencimiento de la prima, la Póliza quedará automáticamente cancelada. (Art. 15 LCS) Igualmente, la póliza quedará automáticamente cancelada si el Asegurado no devuelve en un plazo máximo de 90 días las cantidades adelantadas por la Aseguradora o su agente en caso de Siniestro.

La Póliza quedará asimismo automáticamente cancelada si el Tomador y/o Asegurado en cualquier momento:

- a) Induce a error a la Aseguradora por omitir información, proporcionársela incorrectamente o presentar reclamación falsa.
- b) Llega a algún tipo de acuerdo con terceros que le proporcione beneficios indebidos, defraudando así a la Aseguradora.
- c) Incumple los términos y condiciones de la Póliza o no actúa de buena fe.

El Tomador y/o Asegurado deberán emplear los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del Siniestro. El incumplimiento de lo anterior por parte del Tomador y/o Asegurado con la manifiesta intención de perjudicar o engañar a la Aseguradora liberará a la Aseguradora de la prestación derivada del Siniestro (Art 17 LCS) y le dará derecho a cancelar la Póliza, preví; notificación al Tomador y/o Asegurado.

Si el Asegurado contase con otro seguro que cubriera los mismos riesgos, debe informar de ello en el momento de realizar la declaración de siniestro.

Igualmente, la póliza quedará cancelada en el momento de producirse el pago del capital asegurado de las Garantías de Fallecimiento o Incapacidad Permanente Absoluta por accidente, así como por haberse abonado la prestación máxima establecida para las garantías de Desempleo o Incapacidad Temporal.

VII.1.17. Tributos y recargos

Todos los tributos y recargos que graven el presente contrato, sus primas y prestaciones, siempre que sean legalmente repercutibles, serán por cuenta del Tomador del seguro, del Asegurado o del Beneficiario, según corresponda.

VII.1.18. Jurisdicción competente

Será juez competente para las acciones derivadas de la presente Póliza el del domicilio de los Asegurados, siendo nulo cualquier pacto en contrario, sin perjuicio de lo establecido en las normas del Derecho Internacional Privado del Ordenamiento Jurídico Español, que serán de aplicación en caso de que los Asegurados tengan su domicilio fuera de España,

VII.1.19. Prescripción

Las acciones derivadas del presente Contrato de Seguro prescribirán en el término de cinco (5) años. El tiempo para la prescripción se contará desde el día en que las mismas pudieron ejercitarse.