

# Condiciones Generales CRV-G-18-1

**SEGURO  
DE GRUPO  
RIESGO**





# ÍNDICE

## Contenido de las Condiciones Generales

<b>I.</b>	<b>PRELIMINAR</b>	<b>3</b>
<b>II.</b>	<b>NORMAS GENERALES</b>	<b>5</b>
	Artículo 1.- Bases del contrato	5
	Artículo 2.- Objeto del contrato	5
	Artículo 3.- Condiciones de admisión	5
	Artículo 4.- Edades de alta y baja en el grupo asegurado	5
	Artículo 5.- Fecha de efecto y duración del seguro	6
	Artículo 6.- Ámbito de cobertura	6
	Artículo 7.- Variaciones en la composición del grupo asegurado	7
	Artículo 8.- Pago de primas	7
	Artículo 9.- Capitales asegurados	8
	Artículo 10.- Pago de prestaciones	9
	Artículo 11.- Límite de responsabilidad de la entidad aseguradora	11
	Artículo 12.- Certificados individuales de seguro	11
	Artículo 13.- Comunicaciones y contratación a distancia	12
	Artículo 14.- Jurisdicción. Reclamaciones	13
	Artículo 15.- Definición de garantías	14
	Artículo 16.- Riesgos no cubiertos	16
<b>III.</b>	<b>RIESGOS EXTRAORDINARIOS</b>	<b>19</b>



# I. PRELIMINAR

El presente contrato de seguro se rige por lo dispuesto en:

- La Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro,
- La Ley 20/2015 de 14 de julio de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras,
- El Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras,
- La ley 35/2006, de 28 de noviembre, del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, sin perjuicio de los regímenes tributarios forales de concierto y convenio económico en vigor, respectivamente, en los Territorios Históricos del País Vasco y en la Comunidad Foral de Navarra.
- La Ley 27/2014, de 27 de noviembre, del Impuesto sobre Sociedades
- La Ley 29/1987, de 18 de diciembre, del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones.

Y demás normas y disposiciones legales promulgadas que puedan afectar al contrato de seguro, por lo convenido en las Condiciones Generales, Particulares y, en su caso, sus correspondientes Anexos y Suplementos a dicho contrato.

En el caso de contratos de seguro que instrumenten compromisos por pensiones de las empresas con sus trabajadores, se regirán, además, por lo establecido en el Real Decreto 1588/1999, de 15 de octubre, por el que se aprueba el Reglamento sobre la instrumentación de los compromisos por pensiones de las empresas con los trabajadores y beneficiarios, y demás disposiciones que lo desarrollen o complementen en este ámbito.

**Entidad Aseguradora:** MAPFRE VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS SOBRE LA VIDA HUMANA Entidad emisora de esta póliza, que en su condición de Aseguradora, y mediante el cobro de la prima, asume la cobertura de los riesgos objeto de este contrato con arreglo a las condiciones de la póliza.

**MAPFRE VIDA S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS SOBRE LA VIDA HUMANA** tiene su domicilio social en España, Crta. de Pozuelo a Majadahonda, 50, 28220 Majadahonda (Madrid) siendo el Ministerio de Economía, Industria y Competitividad de dicho Estado, a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, la autoridad encargada del control del ejercicio de la actividad en el Espacio Económico Europeo.

**Tomador:** Es la persona física o jurídica que suscribe este contrato con la Entidad Aseguradora y representa al Grupo asegurado.

**Grupo Asegurable:** Es el conjunto de personas unidas por un vínculo o interés común, previo o simultáneo, a la adhesión al seguro, que cumple las condiciones legales precisas para ser Asegurado.

**Grupo Asegurado:** Es aquel que, cumpliendo las condiciones que se indican en la definición de Grupo Asegurable, forma parte del colectivo y resulta cubierto por la póliza.

**Asegurado:** Cada una de las personas que, perteneciendo al Grupo asegurable, satisface las condiciones de admisión y figura en la relación de personas incluidas en el seguro. El conjunto de Asegurados forma el Grupo asegurado.

**Beneficiario:** El Asegurado, en las garantías de invalidez o el designado por el Tomador y/o Asegurado en el boletín de adhesión para las garantías de fallecimiento.

Se considerará cónyuge Beneficiario todo aquel que no esté separado legalmente. Asimismo, a los efectos de esta póliza, se considerará cónyuge a la pareja de hecho, siempre que reúna los requisitos y formalidades exigidos por la normativa de aplicación para producir efectos constitutivos.

**Póliza:** Documento que contiene las condiciones generales del contrato de seguro de grupo, las especiales de la modalidad que se contrate y las particulares del Grupo asegurado, que incluirá la relación de Asegurados.

**Boletín de adhesión:** Documento suscrito por el futuro Asegurado en virtud del cual se solicita la incorporación del Asegurado al Grupo asegurado.

**Derecho de reducción:** Modificación de un contrato de seguro de vida por la que el tomador deja de pagar primas y, en lugar de producirse la extinción del contrato, éste se mantiene en vigor con una menor suma asegurada.

**Derecho de rescate:** Liquidación total o parcial de la Póliza a favor del Tomador, o en su caso del Asegurado, de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Particulares de ésta.

**Valores garantizados:** Término que engloba los derechos de anticipo, reducción y rescate, a los cuales tiene derecho el Tomador una vez satisfechas las primas de un periodo concreto.

## II. NORMAS GENERALES

### Artículo 1.- Bases del contrato

La presente póliza se concierta en base a las declaraciones formuladas por el Tomador en la solicitud de seguro, así como las declaraciones de salud de cada Asegurado debidamente cumplimentado que, en su caso, la Entidad Aseguradora le someta, incluyendo, si procede, el reconocimiento médico, formando todo ello parte integrante de este contrato.

### Artículo 2.- Objeto del contrato

1. Por el presente contrato, la Entidad Aseguradora asume la cobertura de los riesgos que a continuación se indican, cuya cobertura haya sido pactada en las Condiciones Particulares y con los límites que en ellas se determinan:
  - Principal:
    - a) Fallecimiento por cualquier causa.
  - Complementarios:
    - a) Invalidez profesional. total y permanente.
    - b) Invalidez absoluta y permanente.
    - c) Muerte por accidente.
    - d) Muerte por accidente de circulación.
    - e) Invalidez Permanente Total por Accidente.
    - f) Invalidez Absoluta Permanente por Accidente.
2. No podrá contratarse la cobertura de ningún riesgo complementario de forma independiente del riesgo principal.

### Artículo 3.- Condiciones de admisión

Las Condiciones de admisión serán las que figuren en las Condiciones Particulares de la Póliza. El cumplimiento de las citadas condiciones se comprobará a través del boletín de adhesión, con o sin declaración de salud y, en su caso, reconocimiento médico.

### Artículo 4.- Edades de alta y baja en el grupo asegurado

No podrán incorporarse a este seguro los menores de **dieciséis años**. Asimismo, salvo pacto en contrario establecido en las Condiciones Particulares, no podrán incorporarse los incapacitados civilmente, las personas que se encuentren en situación de baja laboral por enfermedad o accidente ni las personas de edad superior a los **sesenta y siete años**.

Este seguro se extinguirá, como máximo, para cada Asegurado, al finalizar la anualidad de seguro dentro de la cual cumpla la edad que figure en las Condiciones Particulares.

## **Artículo 5.- Fecha de efecto y duración del seguro**

1. El contrato se perfecciona por el consentimiento de las partes y entrará en vigor en la fecha de efecto y hora indicadas en las Condiciones Particulares de la póliza, siempre que haya sido formalizado por las partes y que se haya pagado previamente el primer recibo de prima, salvo pacto expreso en contrario.

Será nulo el contrato si en el momento de su entrada en vigor no existe el riesgo o ha ocurrido el siniestro.

2. La cobertura para cada Asegurado finaliza en la fecha y forma establecidas en las presentes Condiciones Generales o en las Particulares, salvo en los siguientes supuestos:
  - a) Por baja del Asegurado en el seguro o por pago de la prestación asegurada en el seguro principal o cualquiera de las garantías complementarias contratadas.
  - b) Al finalizar la anualidad del seguro dentro de la cual el Asegurado cumpla la edad máxima que figure en las Condiciones Particulares.
3. Cuando el seguro se contrate por un año con posibilidad de renovación, se entenderá prorrogado tácitamente por períodos anuales salvo que alguna de las partes se oponga a la prórroga del contrato mediante notificación escrita a la otra parte. Dicha notificación debe efectuarse con al menos un mes de anticipación a la conclusión del período del seguro en curso, si quien se opone a la prórroga es el Tomador, y con al menos dos meses cuando sea la Entidad Aseguradora.

## **Artículo 6.- Ámbito de cobertura**

Las coberturas efectivamente contratadas serán las que figuren en las Condiciones Particulares y en el Certificado Individual de Seguro de cada Asegurado.

En todo caso, de producirse cambios en las circunstancias manifestadas en el Boletín de adhesión no relacionadas con las indicadas en la declaración de salud y que puedan suponer una agravación en el riesgo, deberán ser comunicadas a la Entidad Aseguradora. Así, a modo de ejemplo, se deberán comunicar a la Entidad Aseguradora:

- a) Cambios de profesión, ocupación o trabajo habitual del asegurado.
- b) La práctica de deportes de mayor riesgo.
- c) La utilización de avionetas privadas, como piloto o como pasajero.
- d) Los viajes de duración superior a 2 meses y los cambios de residencia temporal o definitiva.

La decisión sobre la cobertura en caso de agravación del riesgo corresponderá en todo caso a la Entidad Aseguradora, que podrá proponer la aplicación de la oportuna sobreprima o proceder a la baja del Asegurado en la póliza.



## **Artículo 7.- Variaciones en la composición del grupo asegurado**

El Tomador está obligado a notificar a la Entidad Aseguradora las variaciones que se produzcan en la composición del Grupo asegurado, cuya comunicación se efectuará exclusivamente por él mismo utilizando necesariamente alguna de las siguientes formas de comunicación: e-mail, fax o carta.

Estas variaciones podrán consistir en:

- a) **Altas:** Originadas por las inclusiones en la relación de Asegurados de aquellas personas, que perteneciendo al Grupo asegurable, satisfagan las condiciones de adhesión en un momento posterior al de la entrada en vigor del seguro de grupo.

La toma de efecto de cada alta tendrá lugar en el próximo vencimiento de prima o fracción, una vez satisfechas las condiciones de adhesión, o en la fecha que se estipule en las Condiciones Particulares.

- b) **Bajas:** Tendrán lugar por alguna de las causas siguientes:

1. Salida del Asegurado del Grupo Asegurable.
2. Pago del capital del seguro principal o de alguno de los complementarios.
3. Cumplimiento de la edad de salida de la garantía principal.

En el primer supuesto, la Entidad Aseguradora devolverá al Tomador la parte de prima correspondiente al periodo de tiempo no cubierto por el seguro.

## **Artículo 8.- Pago de primas**

1. El Tomador está obligado al pago de las primas, de forma única o periódica, según se establece en las Condiciones Particulares de la póliza.

- Para el caso de primas periódicas:
  - Podrá convenirse el pago fraccionado de la prima anual de forma semestral, trimestral o mensual, mediante la aplicación de un recargo por fraccionamiento en dicha prima, cuyo importe se cuantificará en las Condiciones Particulares.
  - El fraccionamiento de la prima no libera al Tomador del Seguro de la obligación de abonar la totalidad de la prima anual, de forma que el impago de la prima fraccionada antes de que se produzca el siniestro, liberará a la Entidad Aseguradora de su obligación.
- Para el caso de primas únicas:
  - Debe ser satisfecha por el Tomador en un solo pago en la fecha de efecto del contrato.

2. Los recibos de prima deberán hacerse efectivos por el Tomador por anticipado en cada fecha de actualización de primas y de capitales.

3. El pago de las primas será exigible en el domicilio del Tomador o en el pactado en las Condiciones Particulares de la póliza.
4. Si por culpa del Tomador la primera prima no ha sido pagada, o la prima única no lo ha sido a su vencimiento, la Entidad Aseguradora tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva con base en la póliza. Salvo pacto en contrario, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, la Entidad Aseguradora quedará liberada de su obligación.

En caso de falta de pago de una de las primas siguientes, la cobertura de la Entidad Aseguradora queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si la Entidad Aseguradora no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima se entenderá que el contrato queda extinguido. En cualquier caso, la Entidad Aseguradora, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del período en curso.

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

5. Si el contrato tuviera reconocidos valores garantizados, una vez abonadas las primas mínimas que originen el derecho de reducción, en caso de impago de alguna de las primas sucesivas, el seguro quedará en situación de reducido, según lo estipulado en las Condiciones Especiales y/o Particulares.
6. La Entidad Aseguradora sólo queda obligada por los recibos librados por la Dirección o por sus representantes legalmente autorizados, así como por los justificantes emitidos por la entidad bancaria en que haya domiciliado el pago del seguro el Tomador.
7. En caso de las primas periódicas, éstas se revalorizarán en el porcentaje establecido en las Condiciones Particulares en cada fecha de actualización de primas y capitales.
8. Cuando el seguro se contrate por un año con posibilidad de renovación, se incluirá la tarifa de primas en las Condiciones Particulares de la póliza, modificándose las primas en cada renovación conforme a la citada tarifa, teniendo en cuenta la edad y los capitales asegurados.

## **Artículo 9.- Capitales asegurados**

El importe de los capitales asegurados de las distintas garantías contratadas para cada Asegurado vendrá determinado en los Certificados Individuales de Seguro.

El Tomador viene obligado a comunicar a la Entidad Aseguradora las variaciones que deban producirse en los capitales asegurados.

## Artículo 10.- Pago de prestaciones

1. En caso de ocurrencia del riesgo previsto en la póliza, la Entidad Aseguradora pagará al Beneficiario o Beneficiarios designados la prestación contratada, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 88 y siguientes de la Ley de Contrato de Seguro,

Con carácter general, para el pago de la prestación correspondiente deberán aportarse (por el Tomador, Asegurado, Beneficiario o indistintamente) a la Entidad Aseguradora los siguientes documentos:

- a) Fotocopia del D.N.I. y N.I.F., o en su caso documento que acredite fehacientemente la identidad.
- b) Certificado de titularidad de la cuenta bancaria de los beneficiarios.
- c) Anexo de Datos y Obligaciones Legales de los Beneficiarios.
- d) Los documentos especificados en las Condiciones Especiales y Particulares correspondientes al contrato.
- e) Documentación necesaria para la formalización del pago, en base a la regulación fiscal vigente en el momento del pago de la prestación.
- f) Si la prestación consistiese en el pago de una renta, el Asegurado y Beneficiario deberán presentar su Fe de Vida a la Entidad Aseguradora, al menos una vez al año coincidiendo con el aniversario de la póliza.
- g) Documentos que acrediten fehacientemente el derecho a percibir la prestación así como cualquier otro documento o medio de prueba que precise la Entidad Aseguradora para determinar la existencia y causa del siniestro, o que sea exigible por otra causa.

Para proceder al pago de prestaciones en caso de fallecimiento del Asegurado, se presentarán, además de los documentos anteriores, los siguientes:

- a) Partida literal de defunción del Asegurado.
- b) NIF de los Beneficiarios.
- c) Documentación que acredite fehacientemente la identidad de los beneficiarios, según designación: Libro de Familia, Partida Literal de Matrimonio, Acta Notarial, Acto Judicial de declaración de herederos, etc....
- d) Certificado del Registro de Actos de Últimas Voluntades, y en su caso, copia del último testamento del Asegurado Acta Judicial de Declaración de Herederos, o Acta de Notoriedad.
- e) Justificación documental que acredite el cumplimiento de las obligaciones tributarias que correspondan.

- f) Si el Fallecimiento es por Enfermedad (si por condiciones de contratación o exclusiones así se requiere):
  - Informe Médico y/u Hospitalario, indicando fechas origen, evolución y naturaleza de la enfermedad o enfermedades padecidas.
  - Certificado Médico defunción o informe hospitalario exitus.
- g) Si el Fallecimiento es por Accidente:
  - Testimonio de Diligencias Judiciales (incluido autopsia), Atestado de los cuerpos de Seguridad, documentación que acredite causas y circunstancias del accidente.
  - Informe Médico y/u Hospitalario, indicando fechas origen, evolución y naturaleza de la enfermedad o enfermedades padecidas (si por condiciones de contratación y circunstancias del accidente fuera preciso).

Para proceder al pago de prestaciones en caso de vida del Asegurado, se presentarán, además de los previstos con carácter general, lo siguientes documentos:

- a) Dictamen Propuesta y Resolución definitiva de la Comisión Técnica Calificadora del Instituto Nacional de la Seguridad Social o Sentencia Judicial Firme.
- b) De no aplicar lo indicado en el apartado anterior, informes médicos expresando de forma indubitable las lesiones o defectos que padezca y su condición de permanentes e incurables, determinando la fecha de origen de la enfermedad o acaecimiento del accidente y se evidencie la incapacidad y su grado.
- c) Documento de comunicación de datos al pagador para el cálculo de retención por el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.
- d) Si la Invalidez es por Enfermedad (si por condiciones de contratación o exclusiones así se requiere):
  - a. Informe Médico y/u Hospitalario, indicando fechas origen, evolución y naturaleza de la enfermedad o enfermedades padecidas.
- e) Si la invalidez es por Accidente:
  - a. Testimonio de Diligencias Judiciales, Atestado de los cuerpos de Seguridad, documentación que acredite causas y circunstancias del accidente.
  - b. Informe Médico y/u Hospitalario, indicando fechas origen, evolución y naturaleza de la enfermedad o enfermedades padecidas (si por condiciones de contratación y circunstancias del accidente fuera preciso).

**La falta de presentación de los citados documentos, dará origen a la retención de los pagos por parte de la Entidad Aseguradora, hasta que se aporten los mismos.**

Todos los justificantes documentales habrán de presentarse legalizados debidamente, en los casos en que fuere preciso.

2. Una vez recibidos los anteriores documentos, la Entidad Aseguradora pagará o consignará la prestación garantizada.

Si la Entidad Aseguradora, en el plazo de tres meses desde la ocurrencia del siniestro no hubiese pagado o consignado su importe, o no hubiese procedido al pago del importe mínimo de lo que pueda deber dentro de los cuarenta días a partir de la recepción de la declaración del siniestro, la indemnización se determinará de acuerdo con lo estipulado en el Art. 20. de la Ley del Contrato del Seguro. No habrá lugar a la indemnización por mora de la Entidad Aseguradora cuando la falta de satisfacción de la indemnización, o de pago del importe mínimo, esté fundada en una causa justificada o que no le fuera imputable.

## **Artículo 11.- Límite de responsabilidad de la entidad aseguradora**

Se establece un límite de veinte millones de euros (20.000.000 euros) como indemnización máxima total bruta a pagar por la Entidad Aseguradora para el conjunto de todos los siniestros individuales cubiertos por la presente póliza que sean consecuencia de un mismo evento siniestral. A estos efectos, se entenderá por evento siniestral aquel suceso producido de forma súbita y externa, que afecta simultáneamente a dos o más Asegurados.

Si el total de los capitales individuales de los Asegurados afectados por el evento siniestral superase el límite indicado anteriormente, el importe que se abonará a cada Beneficiario, de acuerdo con las garantías aseguradas, se reducirá proporcionalmente en el mismo porcentaje para todos ellos, de forma que la suma de todas las indemnizaciones brutas derivadas del mismo evento o acontecimiento coincidan con el citado límite.

## **Artículo 12.- Certificados individuales de seguro**

1. La Entidad Aseguradora emitirá para cada Asegurado el correspondiente Certificado Individual de Seguro, en el que se hará constar la información que afecte a los derechos y obligaciones del Asegurado.
2. Cualquier modificación que afecte a la designación de Beneficiarios del Asegurado o a las condiciones de su aseguramiento dará lugar a la emisión de un nuevo Certificado Individual de Seguro que dejará sin efecto el anterior a partir de su fecha de efecto.
3. Con carácter general, se podrá efectuar la incorporación de los Asegurados directamente a la póliza a solicitud del Tomador. En este caso, en el certificado individual de seguro se indicará el plazo de un mes para que el Asegurado pueda oponerse expresamente a su incorporación al Grupo Asegurado.

## **Artículo 13.- Comunicaciones y contratación a distancia**

1. Las comunicaciones del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario sólo se considerarán válidas si han sido dirigidas por escrito a la Entidad Aseguradora.

En caso de contratación a distancia, cuando el contrato se haya perfeccionado por el consentimiento de las partes manifestado de forma verbal, las comunicaciones relativas a las declaraciones de los factores de riesgo y demás datos necesarios para la suscripción y emisión de la póliza o sus suplementos se harán verbalmente.

Las partes se autorizan mutuamente a grabar las conversaciones telefónicas que se mantengan a tales efectos.

2. Todas las comunicaciones entre el Tomador, Asegurado o Beneficiario y la Entidad Aseguradora que puedan efectuarse por razón de esta póliza, podrán realizarse y serán válidas, además de por carta, por cualquier otro medio escrito, incluido correo electrónico, SMS o fax, en la dirección que tanto la Entidad Aseguradora como el Tomador hubieran facilitado, ya sea al contratar la póliza o en un momento posterior, debiendo el Tomador comunicar a la Entidad Aseguradora, tan pronto como sea posible, cualquier cambio del domicilio, teléfono, fax o dirección de correo electrónico facilitados.

Ello no obstante, para las Altas y Bajas de los Asegurados se mantiene lo establecido en el artículo 7 de este Condicionado General.

3. Las comunicaciones efectuadas a la Entidad Aseguradora por un corredor de seguros, en nombre del Tomador, surtirán los mismos efectos que si las realizase éste, salvo expresa indicación en contrario por su parte.

## Artículo 14.- Jurisdicción. Reclamaciones

1. El presente contrato queda sometido a la jurisdicción española y, dentro de ella será Juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas de aquél el del domicilio del Tomador, Asegurado o Beneficiario, según corresponda, a cuyo efecto éstos designarán un domicilio en España en el caso de que el suyo fuese en el extranjero.
2. Conforme a la normativa establecida para la protección de los usuarios de los servicios financieros, en el caso de que se suscite controversia en la interpretación o ejecución del presente contrato de seguro, el Tomador, el Asegurado, los Beneficiarios y los terceros perjudicados o sus derechohabientes, podrán formular reclamación o queja mediante escrito dirigido a la Dirección de Reclamaciones de MAPFRE por escrito (Apartado de correos 281 – 28220 Majadahonda (Madrid), o por correo electrónico ([reclamaciones@mapfre.com](mailto:reclamaciones@mapfre.com)), de conformidad con el Reglamento para la Solución de Conflictos entre las Sociedades del Grupo MAPFRE y los Usuarios de sus Servicios Financieros, que puede consultarse en la página Web [www.mapfre.es](http://www.mapfre.es), y las normas de actuación que lo resumen y que se facilitan al Tomador junto con este contrato. Asimismo, podrán formular reclamaciones y quejas los clientes de la Entidad Aseguradora, así como sus derechohabientes, en relación con la actuación de sus agentes de seguros y operadores de bancaseguros, de conformidad con el Reglamento y el procedimiento antes citado.

La reclamación podrá realizarse en soporte papel o por medios informáticos, electrónicos o telemáticos, conforme a lo previsto en la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de Firma Electrónica y en el teléfono 900 205 009.

Desestimada dicha reclamación o queja o transcurrido el plazo de dos meses desde su presentación, el usuario podrá formular reclamación o queja ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (Paseo de la Castellana, 44, 28046, Madrid; correo electrónico: [reclamaciones.seguros@mineco.es](mailto:reclamaciones.seguros@mineco.es), Oficina virtual: [oficinavirtual.dgsfp@mineco.es](mailto:oficinavirtual.dgsfp@mineco.es)), a cuyo efecto, si lo solicita, pondremos a su disposición el formulario correspondiente.

3. Sólo con la expresa conformidad de las partes, podrán someterse las diferencias derivadas de la interpretación y cumplimiento de este contrato al juicio de mediadores o árbitros, de acuerdo con la legislación vigente.

## **Artículo 15.- Definición de garantías**

### **Seguro principal de Fallecimiento por cualquier causa**

En caso de fallecimiento del Asegurado ya sea por accidente o por enfermedad, la Entidad Aseguradora abonará el capital asegurado por esta garantía al Beneficiario designado.

### **Seguros complementarios por cualquier causa**

#### **Invalidez Profesional Total y Permanente**

A los efectos de este seguro, se entiende por Invalidez Profesional Total y Permanente la situación física irreversible provocada por accidente o enfermedad, originados independientemente de la voluntad del Asegurado, determinante de la total ineptitud de éste para el ejercicio de su profesión habitual, expresamente declarada en el boletín de adhesión o de una actividad similar propia de su formación y conocimientos profesionales. En defecto del boletín de adhesión, se considerará como profesión habitual del Asegurado la indicada por el Tomador en las declaraciones formuladas por éste en el cuestionario de solicitud de póliza.

#### **Invalidez Absoluta y Permanente**

A los efectos de este seguro, se entiende por Invalidez Absoluta y Permanente la situación física irreversible provocada por accidente o enfermedad originados independientemente de la voluntad del Asegurado, determinante de la total ineptitud de éste para el mantenimiento permanente de cualquier relación laboral o actividad profesional.

#### **Condiciones comunes de la Invalidez:**

- a) Invalidez revisable: En caso de que al Asegurado se le conceda una Incapacidad Permanente, que no suponga la extinción y sí la suspensión de su actividad laboral, que vaya a ser previsiblemente objeto de revisión por mejoría permitiendo su reincorporación al puesto de trabajo (art. 48.2 Estatuto de los Trabajadores), y siempre que dicha cobertura figure contratada en la póliza, la resolución sobre el pago de la prestación quedará aplazada hasta que dicha situación de Incapacidad pueda calificarse como definitiva o implique la extinción de su relación laboral.
- b) Comprobación y determinación de la Invalidez: La comprobación y determinación se efectuará por la Entidad Aseguradora después de la presentación de la documentación prevista en el artículo diez de las presentes Condiciones Generales.

Si no hubiera acuerdo sobre el grado de invalidez entre la Entidad Aseguradora y el Asegurado, se someterán a la decisión de Peritos Médicos, nombrados uno por cada parte, con la aceptación escrita de éstos. Si una de las partes no hubiera hecho la designación, estará obligada a realizarla en los ocho días siguientes a la fecha en que sea requerida por la que hubiera designado el suyo, y de no hacerlo en este último plazo, se entenderá que acepta el dictamen que emita el Perito de la otra parte, quedando vinculado por el mismo.



Si los Peritos Médicos llegan a un acuerdo lo harán constar en acta conjunta, en la que se especificarán las causas del siniestro y el grado de invalidez sufrido.

Si no hay acuerdo, ambas partes designarán un tercer Perito de conformidad, y de no acreditar ésta, la designación se hará por el Juez de Primera Instancia del domicilio del Asegurado, en acto de jurisdicción voluntaria y por los trámites previstos para la insaculación de Peritos en la Ley de Enjuiciamiento Civil.

En este caso el dictamen pericial se emitirá en el plazo que señalen las partes, o en su defecto, en el de un mes, a partir de la aceptación de su nombramiento por el Perito tercero.

El dictamen de los Peritos, por unanimidad o por mayoría, se notificará a las partes de manera inmediata y en forma indubitada, siendo vinculante para éstas, salvo que se impugne por alguna de las partes, dentro del plazo de un mes, en el caso del Asegurado y ciento ochenta días en el caso del Asegurado, computándose ambos desde la fecha de su notificación. Si no se interpusiese en dichos plazos la correspondiente acción, el dictamen pericial devendrá inatacable.

Cada parte satisfará los honorarios de su Perito Médico. Los del tercero y los demás gastos que se ocasionen por la intervención pericial serán de cuenta y cargo, por mitad, del Asegurado y del Asegurador. No obstante, si cualquiera de las dos partes hubiera hecho necesaria la peritación por haber mantenido una valoración de la invalidez manifiestamente desproporcionada, será ella la única responsable de dichos gastos.

## **Seguros complementarios derivados de accidente**

### **Definición de accidente**

Sin perjuicio de la delimitación del riesgo que las partes efectúen en el contrato, se entiende por accidente la lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, que produzca invalidez temporal o permanente o muerte.

### **Muerte por accidente**

A los efectos de este seguro, se entiende por muerte por accidente la producida por toda lesión corporal debida a la acción directa de un acontecimiento exterior, súbito y violento, ajeno a la voluntad del Asegurado y que cause su fallecimiento en ese momento o dentro de un año a partir de la fecha en que sufrió la lesión.

**En el supuesto de falta de acuerdo sobre la naturaleza el Tomador, el Asegurado y la Entidad Aseguradora se obligan a solventar sus diferencias por medio del sistema de peritación contradictoria que se establece a la comprobación y determinación establecida para la Invalidez.**

### **Muerte por accidente de circulación**

Se considerará que un accidente es de circulación en los siguientes supuestos:

- a) Fallecimiento del Asegurado, como peatón, causado por un vehículo.
- b) Fallecimiento del Asegurado, como conductor o pasajero de vehículo terrestre.
- c) Fallecimiento del Asegurado, como usuario de transportes públicos terrestres, marítimos o aéreos.

**En el supuesto de falta de acuerdo sobre la naturaleza el Tomador, el Asegurado y la Entidad Aseguradora se obligan a solventar sus diferencias por medio del sistema de peritación contradictoria que se establece a la comprobación y determinación establecida para la Invalidez.**

### **Invalidez Permanente Total por accidente**

Situación física irreversible provocada por accidente originado independientemente de la voluntad del Asegurado, determinante de la total ineptitud de éste para el ejercicio de su profesión habitual o de una actividad similar propia de su formación y conocimientos profesionales. En defecto del boletín de adhesión, se considerará como profesión habitual del Asegurado la indicada por el Tomador en las declaraciones formuladas por éste en el cuestionario de solicitud de póliza.

### **Invalidez Absoluta y Permanente por accidente**

Situación física irreversible, provocada por un accidente originado independientemente de la voluntad del Asegurado, determinante de la total ineptitud de éste para el ejercicio de cualquier relación laboral o actividad profesional y que se presente dentro de un año a partir de la fecha del accidente.

## **Artículo 16.- Riesgos no cubiertos**

### **I. No están cubiertos por la póliza los siniestros siguientes:**

- a) Los acaecidos durante los dos años siguientes al alta del Asegurado en póliza, que sean consecuencia de enfermedad, lesión o cualquier dolencia que afecte al Asegurado, conocida por él o diagnosticada con anterioridad a la fecha de alta del Asegurado en la póliza, y que no haya sido aceptada por la Entidad Aseguradora, siempre que se haya cumplimentado la declaración de salud por el asegurado.

Como fecha de ocurrencia del siniestro se estará a lo dispuesto en las Condiciones Particulares.

El primer párrafo no será de aplicación en el caso de que el colectivo inicial procediera de otra póliza colectiva de similares

características y se hayan establecido para el mismo condiciones específicas de admisión en las Condiciones Particulares, salvo las exclusiones contempladas en Condiciones Generales y/o Especiales que seguirían vigentes.

- b) Los derivados de afecciones que hubieran motivado un grado de discapacidad reconocido por el organismo competente con anterioridad a la fecha de alta del Asegurado en la póliza, así como sus posibles complicaciones médicas y las derivadas de los tratamientos correspondientes.

Esta cláusula no afectará a aquellos Asegurados que hayan cumplimentado un cuestionario de salud y cuya inclusión en póliza haya sido aceptada expresamente por la Entidad Aseguradora en las condiciones especificadas en sus Certificados Individuales.

- c) El supuesto del fallecimiento del Asegurado causado dolosamente por su único Beneficiario, en cuyo caso éste perderá el derecho a percibir la indemnización. Si existieran varios Beneficiarios, los no intervinientes en el fallecimiento del Asegurado, conservarán su derecho a la prestación.
- d) La muerte producida por suicidio del Asegurado ocurrido dentro del primer año de vigencia de su inclusión en el Grupo asegurado, salvo pacto en contrario estipulado en las condiciones particulares.
- e) Los siniestros derivados de toda enfermedad que haya sido declarada por la OMS como Pandemia en Fase 5 y su tasa de mortalidad oficial publicada por dicho organismo fuese igual o superior al 40%.
- f) Los producidos como consecuencia directa o indirecta de la reacción a radiación nuclear o a contaminación radiactiva.
- g) Los producidos a consecuencia de guerra, invasión, hostilidades u operaciones bélicas con o sin declaración de guerra, guerra civil, revolución, rebelión, sedición, insurrección, poder militar o usurpado, ley marcial, terrorismo, motín, tumulto o conmoción civil.
- h) Los relacionados directa o indirectamente con el uso de armas atómicas, bacteriológicas o químicas.
- i) Los riesgos de carácter extraordinario sobre las personas, cubiertos o excluidos por el Consorcio de Compensación de Seguros en los términos recogidos en cada momento en la legislación vigente.

II. Para los seguros complementarios, adicionalmente, no están cubiertos los riesgos que se indican a continuación:

- a) Los causados voluntariamente por el Asegurado.
- b) Los ocasionados por competiciones, apuestas, tentativas de récord y, en general, todos los actos notoriamente peligrosos que

no estén justificados por ninguna necesidad profesional, salvo los que sobrevengan en las tentativas de salvamento de personas o bienes.

- c) Los que tengan su origen en actos de imprudencia temeraria o negligencia grave del Asegurado, así como los derivados de actos delictivos, siempre que en este último caso el Asegurado no hubiere actuado en legítima defensa.
- d) Los sufridos por el Asegurado en situación de enajenación mental, bajo el efecto de bebidas alcohólicas, o bajo el efecto de drogas tóxicas o estupefacientes, no prescritas médicamente.

A estos efectos se considerará que está bajo el efecto de bebidas alcohólicas cuando el grado de alcohol en la sangre sea superior al autorizado en la legislación sobre tráfico, circulación de vehículos a motor y seguridad vial.

- e) Tampoco se cubren, salvo que expresamente se incluyan en las Condiciones Particulares, las consecuencias de los hechos siguientes:
  - I. Los ocasionados por la utilización o el uso como conductor u ocupante de motocicletas o ciclomotores con cilindrada superior a 250 c.c., así como la utilización de quads de cualquier cilindrada.
  - II. Los ocurridos viajando el Asegurado, ya sea en calidad de pasajero o tripulante, en aeronaves de capacidad inferior a diez plazas de pasajeros.
  - III. Los derivados de la práctica de los siguientes deportes: automovilismo y motociclismo en cualquiera de sus modalidades, caza mayor fuera del territorio europeo, submarinismo con uso de pulmón artificial, navegación fuera de aguas jurisdiccionales españolas en embarcaciones no destinadas al transporte público de pasajeros, hípica, escalada, espeleología, boxeo, lucha en cualquiera de sus modalidades, artes marciales, paracaidismo, aerostación, vuelo libre, vuelo sin motor, y en general, cualquier deporte o actividad recreativa de carácter notoriamente peligroso.
- f) Están excluidos los accidentes ocurridos por participación del Asegurado en pruebas deportivas de cualquier clase, ocupando el vehículo como piloto, copiloto o simple pasajero.
- g) Se hace constar que el ámbito de cobertura para las garantías derivadas de accidentes es mundial, exceptuando los países que en el momento de iniciar el viaje se encuentren entre aquellos que el Ministerio de Asuntos Exteriores desaconseje como destino dentro del apartado de seguridad que dedica a cada país extranjero en su página web oficial.

# III. RIESGOS EXTRAORDINARIOS

## 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

#### 1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

- a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias (incluidas las producidas por embates de mar), erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 120 km/h y los tornados) y caídas de cuerpos siderales y aerolitos.
- b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
- c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

Los fenómenos atmosféricos y sísmicos, de erupciones volcánicas y la caída de cuerpos siderales se certificarán, a instancia del Consorcio de Compensación de Seguros, mediante informes expedidos por la Agencia Estatal de Meteorología (AEMET), el Instituto Geográfico Nacional y los demás organismos públicos competentes en la materia. En los casos de acontecimientos de carácter político o social, así como en el supuesto de daños producidos por hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas o Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz, el Consorcio de Compensación de Seguros podrá recabar de los órganos jurisdiccionales y administrativos competentes información sobre los hechos acaecidos.

## **2. Riesgos excluidos**

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

### **3. Extensión de la cobertura**

1. La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y las mismas sumas aseguradas que se hayan establecido en las pólizas de seguro a efectos de la cobertura de los riesgos ordinarios.
2. En las pólizas de seguro de vida que, de acuerdo con lo previsto en el contrato, y de conformidad con la normativa reguladora de los seguros privados, generen provisión matemática, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se referirá al capital en riesgo para cada Asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que, de conformidad con la normativa citada, la Entidad Aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la citada provisión matemática será satisfecho por la mencionada Entidad Aseguradora.

### **4. Comunicación de daños al Consorcio de Compensación de Seguros**

1. La solicitud de indemnización de daños cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros, se efectuará mediante comunicación al mismo por el Tomador del seguro, el Asegurado o el Beneficiario de la póliza, o por quien actúe por cuenta y nombre de los anteriores, o por la Entidad Aseguradora o el mediador de seguros con cuya intervención se hubiera gestionado el seguro.
2. La comunicación de los daños y la obtención de cualquier información relativa al procedimiento y al estado de tramitación de los siniestros podrá realizarse:
  - Mediante llamada al Centro de Atención Telefónica del Consorcio de Compensación de Seguros (952 367 042 ó 902 222 665).
  - A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros ([www.conorseguros.es](http://www.conorseguros.es)).
3. Valoración de los daños: La valoración de los daños que resulten indemnizables con arreglo a la legislación de seguros y al contenido de la póliza de seguro se realizará por el Consorcio de Compensación de Seguros, sin que éste quede vinculado por las valoraciones que, en su caso, hubiese realizado la Entidad Aseguradora que cubriese los riesgos ordinarios.
4. Abono de la indemnización: El Consorcio de Compensación de Seguros realizará el pago de la indemnización al Beneficiario del seguro mediante transferencia bancaria.









[mapfre.es](http://mapfre.es)