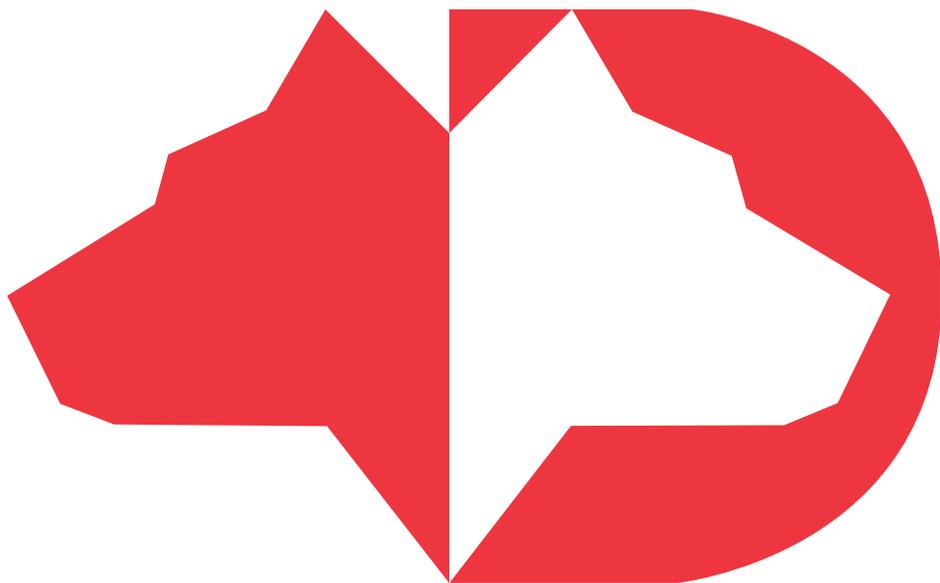


FIDELIDADE

SEGUROS DESDE 1808



FIDELIDADE

SEGURO VIDA ANUAL RENOVABLE



fidelidade.es

CONDICIONES GENERALES
REF. CG VAR 02/2015

ÍNDICE

| CONTENIDOS | PÁGINA | CONTENIDOS | PÁGINA |
|--|---------------|--|---------------|
| Cláusula Preliminar. Definiciones | 3 | Cláusula 14. Comprobación de la incapacidad | 8 |
| Cláusula 1. Objeto del seguro | 4 | Cláusula 15. Pago de las prestaciones en caso de siniestro | 8 |
| Cláusula 2. Base del contrato | 4 | Cláusula 16. Retraso en el cumplimiento de la prestación | 8 |
| Cláusula 3. Riesgos objetos del seguro | 4 | Cláusula 17. Designación y cambio de beneficiario | 9 |
| Cláusula 4. Limitaciones y exclusiones | 5 | Cláusula 18. Extinción del seguro | 9 |
| Cláusula 5. Prima y su pago | 6 | Cláusula 19. Prescripción | 9 |
| Cláusula 6. Impuestos y recargos | 6 | Cláusula 20. Jurisdicción | 9 |
| Cláusula 7. Perfección, toma de efecto y duración del contrato | 6 | Cláusula 21. Cobertura de riesgos extraordinarios | 9 |
| Cláusula 8. Condiciones de contratación | 6 | Cláusula 22. Instancias de reclamación | 10 |
| Cláusula 9. Indisputabilidad del contrato | 7 | Cláusula 23. Tratamiento y cesión de datos personales | 11 |
| Cláusula 10. Modificación del riesgo | 7 | | |
| Cláusula 11. Capital asegurado | 8 | | |
| Cláusula 12. Actuaciones en caso de siniestro | 8 | | |
| Cláusula 13. Documentación para el pago de prestaciones | 8 | | |

FIDELIDADE

SEGUROS DESDE 1908



El presente contrato se encuentra sometido a la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro, de 8 de Octubre y por el Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de Octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, y su Reglamento aprobado por el R.D. 2486/1998, de 20 de noviembre y por lo dispuesto en ésta póliza. Asimismo por lo convenido en estas Condiciones Generales y las Particulares que se le unen y, eventualmente, las Especiales que puedan acordarse según conste en las citadas Particulares sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos del Tomador que no sean aceptadas especialmente por escrito. El control de la actividad de la Aseguradora le corresponde a la Autoridad de Supervisión de Seguros y Fondo de Pensiones de Portugal. **A la Aseguradora no le es de aplicación la normativa española en materia de liquidación de la entidad.**

CLÁUSULA PRELIMINAR: DEFINICIONES

ASEGURADORA: FIDELIDADE-COMPANHIA DE SEGUROS, S. A. (PORTUGUESA), SUCURSAL EN ESPAÑA, que mediante el cobro de la correspondiente prima, asume la cobertura de los riesgos objeto de este contrato y garantiza el pago de las prestaciones que correspondan con arreglo a las condiciones del mismo.

ASEGURADO: Persona física que figura como tal en las Condiciones Particulares, sobre cuya vida o integridad física se contrata el seguro y que tiene el derecho a percibir las prestaciones del seguro.

TOMADOR DEL SEGURO: Persona, física o jurídica, que figura en las Condiciones Particulares, que, juntamente con la Aseguradora, suscribe el contrato de seguro y asume sus obligaciones, excepto las que por su naturaleza deben ser asumidas por el Asegurado.

BENEFICIARIO: Persona, física o jurídica, titular del derecho a percibir las prestaciones del seguro en caso de fallecimiento del Asegurado o de renuncia expresa por parte de éste.

SUMA ASEGURADA: El importe de capital máximo, fijado en cada una de las garantías, que está obligada a pagar contractualmente la Aseguradora en caso de producirse un siniestro a cambio del pago de la prima por parte del Tomador.

DECLARACIÓN DE SALUD: Documento que contiene los datos referidos a la salud de la persona a asegurar que permiten a la Aseguradora analizar y evaluar el riesgo.

EDAD: Es la del cumpleaños más próximo a la fecha de efecto que figure en las Condiciones Particulares de la póliza.

PÓLIZA: Es el documento o conjunto de documentos que contienen las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integrante de la póliza las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares y, en su caso, las Especiales, así como los Suplementos, Anexos y/o Apéndices de cualquier tipo que se emitan para complementarla o modificarla. Ninguno de estos documentos tiene validez ni efecto por separado.

PRIMA: El precio del seguro. El recibo contendrá además los recargos e impuestos que sean aplicables legalmente.

SOLICITUD DE SEGURO: Es el documento que, debidamente suscrito por el Tomador y Asegurado, sirve de base a la Aseguradora para valorar y, en su caso, aceptar el contrato de seguro y sus condiciones. La información de la solicitud de seguro se complementa con la Declaración de Salud, el resultado de las pruebas médicas realizadas, y resto de información aportada por el Tomador y Asegurado.

SUICIDIO: Es la muerte del Asegurado causada consciente y voluntariamente por el mismo.

SINIESTRO: Todo hecho futuro e incierto y ajeno a la voluntad de las partes cuyas consecuencias se encuentran cubiertas total o parcialmente por la póliza.

EMBRIAGUEZ: A efectos de este seguro se considerará que existe embriaguez cuando el grado de alcohol en la sangre sea superior a las tasas legalmente permitidas para la conducción de vehículos a motor, o cuando el Asegurado sea sancionado o condenado judicialmente por esta causa.

VEHÍCULOS DE RIESGO: Serán vehículos de riesgo a efectos de este seguro, los ciclomotores y motocicletas con una cilindrada superior a 650 centímetros cúbicos, vehículos que circulen por puertos y análogos y vehículos que circulen por aeropuertos y pistas de vuelo.

DEPORTES DE RIESGO: Se considera deporte de riesgo:

- La práctica como profesional de cualquier deporte.
- La práctica como aficionado de:
 - Ciclismo, deportes hípicos, rugby, náutica en embarcaciones a remo, vela o motor en ríos o lagos.
 - Caza, deportes que empleen armas de fuego, tiro con arco.
 - Boxeo, judo, o luchas de cualquier clase.

- Actividades subacuáticas, espeleología, escalada, deportes de invierno, toreo, rodeo, encierro de reses.

- Automovilismo, motociclismo, deportes aéreos, deportes náuticos practicados en el mar.

GARANTÍAS COMPLEMENTARIAS: Aquellas garantías identificadas como tales en las Condiciones Generales que no pueden ser contratadas de manera independiente de la Garantía Principal, y que de ser contratadas habrán de figurar en las Condiciones Particulares con su correspondiente capital.

CLÁUSULA 1: OBJETO DEL SEGURO

El objeto del Contrato es la asunción por parte del Asegurador de la obligación de indemnizar al Asegurado o al Beneficiario, de conformidad con las condiciones pactadas en la póliza y con arreglo a los capitales establecidos, en el caso de que el Asegurado sufra uno de los supuestos cubiertos por el contrato de seguro.

CLÁUSULA 2: BASE DEL CONTRATO

El contrato se suscribe en base a los datos facilitados por el Tomador de acuerdo con el cuestionario incluido en la solicitud, con las declaraciones de salud del Asegurado, debidamente cumplimentados que el Asegurador le someta, incluyendo, si procede, el reconocimiento médico, formando todo ello parte integrante del contrato.

CLÁUSULA 3: RIESGOS OBJETO DEL SEGURO

1. SEGURO PRINCIPAL:

Fallecimiento por cualquier causa.

La Aseguradora, al producirse el fallecimiento del Asegurado dentro de la vigencia del contrato de seguro, se obliga a pagar al Beneficiario designado en las Condiciones Particulares, el capital garantizado.

Durante el primer año de vigencia del contrato la Aseguradora no cubre el riesgo de muerte por suicidio. Pasado dicho plazo se asume el mencionado riesgo.

Se entiende por suicidio la muerte causada consciente y voluntariamente por el propio Asegurado.

2. GARANTÍAS COMPLEMENTARIAS:

Sólo mediante su expresa contratación, que constará en las Condiciones Particulares de la póliza, y el pago de la prima correspondiente, quedarán asegurados los siguientes riesgos, que tendrán la condición de complementarios respecto del riesgo principal. Las condiciones y límites de contratación serán las establecidas en las Condiciones Particulares de la póliza.

• **Fallecimiento por accidente:** El producido por toda lesión corporal debida a la acción directa de un acontecimiento exterior, súbito, violento, ajeno a la voluntad del Asegurado y que cause su fallecimiento en el momento mismo del accidente o dentro de un año a partir de la fecha en que sufrió tal lesión.

• **Fallecimiento por accidente de circulación:** Se considera Accidente de Circulación en los siguientes supuestos:

- Fallecimiento del Asegurado como peatón causado por un vehículo.

- Fallecimiento del Asegurado como conductor o acompañante de un vehículo terrestre.

- Fallecimiento del Asegurado como usuario de transporte público terrestre, marítimo o aéreo.

• **Invalidez Absoluta y Permanente por cualquier causa:** A los efectos de este seguro, se entiende por Incapacidad Absoluta y Permanente para toda profesión por cualquier causa, la situación física irreversible en la que el Asegurado quede impedido para desempeñar cualquier ocupación o empleo retribuido sin posibilidad alguna de recuperación.

• **Invalidez Absoluta y Permanente 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 invalidez en el momento mismo del accidente o dentro de un año a partir de la fecha en que sufrió tal lesión.

• **Invalidez Absoluta y Permanente por accidente de circulación:** Se considera Accidente de Circulación los siguientes supuestos:

- El sufrido por el Asegurado en calidad de peatón y causado por un un vehículo.

- El sufrido por el Asegurado como conductor o acompañante de un vehículo terrestre.

- El sufrido por el Asegurado como usuario de transporte público terrestre, marítimo o aéreo.

Para ser indemnizable, la Invalidez deberá producirse dentro del plazo de un año desde la fecha del accidente.

• **Invalidez Permanente Parcial según baremo por accidente:** Invalidez Permanente Parcial por accidente será la producida por toda lesión corporal debida a la acción directa de un acontecimiento exterior, súbito, violento, ajeno a la voluntad del Asegurado y que cause la incapacidad del asegurado para el ejercicio de toda actividad laboral o cotidiana en

un grado inferior al 100%, siendo declarado este grado por la Seguridad Social. La Invalidez se habrá de producir en el momento mismo del accidente o dentro de un año a partir de la fecha en que sufrió tal lesión.

• **Invalidez Permanente Total:** La situación física irreversible en la que el Asegurado quede impedido para desempeñar su profesión habitual sin posibilidad alguna de recuperación.

• **Invalidez Permanente Total por accidente:** La situación física irreversible provocada por toda lesión corporal, debida a la acción directa de un acontecimiento exterior, súbito, violento, ajeno a la voluntad del Asegurado y que cause su Incapacidad Permanente Total en el mismo instante del accidente o dentro de un año a partir de la fecha en que sufrió tal lesión.

• **Invalidez Permanente Total por accidente de circulación:** Se considera Accidente de Circulación en los siguientes supuestos:

- El sufrido por el Asegurado en calidad de peatón y causado por un vehículo.
- El sufrido por el Asegurado como conductor o acompañante de un vehículo terrestre.
- El sufrido por el Asegurado como usuario de transporte público terrestre, marítimo o aéreo.

Para ser indemnizable, la Invalidez deberá producirse dentro del plazo de un año desde la fecha del accidente.

• **Gran Invalidez por accidente:** Situación en la que el Asegurado, como consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales provocadas por la acción directa de un acontecimiento exterior, súbito, violento, ajeno a la voluntad del Asegurado tenga la necesidad de asistencia de otra persona para los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o situaciones análogas.

• **Asistencia Sanitaria en caso de accidente:** Situación en la que el Asegurado precise asistencia médico-farmacéutica-hospitalaria por causa de un accidente garantizado. Estos gastos se asumirán desde la fecha del accidente hasta el alta médica, con un máximo de 365 días y con el límite que se especifique en las Condiciones Particulares de la póliza.

• **Subsidio diario por hospitalización en caso de accidente:** Cuando por las lesiones sufridas a consecuencia de un accidente garantizado, el Asegurado sea internado en un centro de asistencia hospitalaria, público o privado, y permanezca ingresado un mínimo de 24 horas, la Aseguradora indemnizará,

mientras dure el internamiento, la cantidad diaria pactada para esta garantía en las Condiciones Particulares, desde el día señalado en las mismas y durante un periodo máximo de 90 días.

No podrá contratarse ninguna garantía complementaria con independencia de la principal, ni respecto de objeto distinto del cubierto por la misma.

CLÁUSULA 4: LIMITACIONES Y EXCLUSIONES

- A. Para la garantía de Fallecimiento se excluyen el suicidio causado durante el primer año y los riesgos de guerra. Los riesgos derivados de accidentes aéreos, sólo serán cubiertos si el Asegurado realiza el vuelo como simple pasajero en aviones civiles que vayan pilotados por personas debidamente habilitadas para ello y, cuenten con los certificados de navegabilidad exigibles por las normas de aviación civil vigentes en cada momento. Quedan igualmente excluidos los siniestros acontecidos por el uso de vehículos de riesgo y práctica de deportes de riesgo, los siniestros producidos como consecuencia directa o indirecta de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva y los acaecidos en la navegación submarina o viajes de exploración.
- B. Para las garantías complementarias se excluyen las consecuencias de la tentativa de suicidio, las consecuencias de enfermedad o accidente originadas con anterioridad a la entrada en vigor del seguro, los accidentes o enfermedades que sobrepasen al Asegurado por embriaguez o uso de estupefacientes no prescritos médicamente, los causados por temblor de tierra, erupción volcánica, inundación y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario, así como los accidentes ocasionados por participación del Asegurado en cualesquiera tipo de pruebas ocupando un vehículo como piloto, copiloto o simple pasajero, así como la participación en cualquier competición deportiva con carácter de profesional y los acaecidos en la navegación submarina, viajes de exploración, descensos en paracaídas, parapente, ultraligero, ala delta, vuelo sin motor y puenting. También se excluyen de cobertura:
 - a) las consecuencias de la participación del Asegurado en hechos delictivos, duelo o riñas, siempre que en este último caso el Asegurado no hubiere actuado en legítima defensa,
 - b) las consecuencias de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva,
 - c) los siniestros acontecidos por el uso de vehículos de riesgo y práctica de deportes de riesgo,

- d) los siniestros en los que se haya producido ocultación de alguna enfermedad, si se produce una incapacidad absoluta y permanente, aun en el caso en que no exista relación entre ambas,
- e) y, en general, los siniestros causados por el Asegurado.

CLÁUSULA 5: PRIMA Y SU PAGO

El importe de la prima correspondiente a la anualidad de seguro junto con los recargos e impuestos legalmente repercutibles se indicará en las Condiciones Particulares. La prima será exigible desde el momento de la firma del contrato de seguro bien a través de domiciliación bancaria en la cuenta que aparece en las Condiciones Particulares, bien mediante presentación de recibo físico. Si la prima no fuere pagada por culpa del Tomador, la Aseguradora tiene derecho a resolver el contrato o exigir el pago en vía ejecutiva con base en la póliza, y si no hubiese sido pagada antes de que se produzca el siniestro, la Aseguradora quedará liberada de su obligación, salvo pacto en contrario.

La prima podrá ser fraccionada tanto trimestral como semestralmente, abonando el correspondiente recargo por este concepto de acuerdo con las bases técnicas aprobadas o presentadas por la Aseguradora en el órgano de control competente. En caso de la falta de pago de una de las primas siguientes a la primera, la cobertura de la Aseguradora queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si la Aseguradora no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido. Cuando el contrato esté en suspenso, la Aseguradora sólo podrá exigir el pago de la prima del período en curso. Si el contrato no hubiera sido resuelto o extinguido, conforme a lo anteriormente expuesto, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en el que el Tomador pague la prima.

En caso de domiciliación bancaria se aplicarán las siguientes normas:

- a) El Tomador entregará a la Aseguradora una carta dirigida al establecimiento bancario dando la orden oportuna a tal efecto.
- b) La prima se entenderá satisfecha a su vencimiento, salvo que, intentando el cobro en el plazo de gracia de un mes, no existiesen fondos suficientes en la cuenta domiciliada para pagarla. En este caso, la Aseguradora notificará al Tomador que tiene el recibo a su disposición en el domicilio del Asegurado y el Tomador estará obligado a satisfacer la prima en dicho domicilio.
- c) Si la Aseguradora dejase transcurrir el plazo de gracia sin presentar el recibo al cobro y al hacerlo no existiesen fondos suficientes en la cuenta del Toma-

dor, aquél deberá notificar tal hecho al Tomador por carta certificada, concediéndole un plazo de un mes natural para que pueda satisfacer su importe en el último domicilio notificado por la Aseguradora. Este plazo se computará desde la recepción de la expresada carta o notificación en el último domicilio comunicado a la Aseguradora.

El contrato se renovará tácitamente al llegar a su vencimiento, por idéntico período de tiempo al de duración recogido en Condiciones Particulares de la Póliza, salvo que alguna de las partes comunique a la otra su intención de no renovar con dos meses de antelación a la fecha de vencimiento. El importe de la prima correspondiente al segundo y siguientes años será comunicado por la Aseguradora al Tomador de la póliza en el domicilio designado al efecto en las Condiciones Particulares con anterioridad a la fecha de renovación.

CLÁUSULA 6: IMPUESTOS Y RECARGOS

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

CLÁUSULA 7: PERFECCIÓN, TOMA DE EFECTO Y DURACIÓN DEL CONTRATO

La póliza entrará en vigor a las cero horas del día indicado en las Condiciones Particulares siempre y cuando haya sido aceptada por la Aseguradora, el contrato esté firmado por las partes, y la prima haya sido efectivamente pagada, salvo pacto en contrario.

La duración del seguro será Anual Renovable, siendo posible la renovación para la garantía de Fallecimiento hasta la anualidad en que el Asegurado cumpla los 74 años y en caso de las garantías complementarias hasta la anualidad en que cumpla los 64 años de edad.

CLÁUSULA 8: CONDICIONES DE CONTRATACIÓN

1. La presente póliza ha sido concertada a tenor de las declaraciones formuladas por el Tomador en la Solicitud de seguro y en base a sus respuestas al Cuestionario de salud previo correspondiente, o los resultados obtenidos en el reconocimiento médico oportuno.

Quedarán exonerado de tal deber si la Aseguradora no le somete a cuestionario o cuando, aún sometiéndole, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en dicho cuestionario.

2. Si el contenido de la póliza difiere de la Solicitud de seguro o de las cláusulas acordadas, el Tomador podrá solicitar en el plazo de un mes, desde la entrega de la póliza, que se subsane las divergencias existentes. Transcurrido dicho plazo sin efectuar reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza.

3. En caso de reserva o inexactitud, la Aseguradora podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador, en el plazo de un mes a contar desde el conocimiento de la reserva o inexactitud. Corresponderán a la Aseguradora las primas correspondientes al periodo en curso en el momento en que se haga esta declaración, salvo que ocurra dolo o culpa grave por su parte.

4. Si el siniestro sobreviniere antes de que la Aseguradora hubiera hecho la declaración a que se refiere el punto anterior, la prestación de éste se reducirá en la misma proporción existente entre la prima convenida en la póliza y la que hubiera correspondido de acuerdo con la verdadera entidad del riesgo. Cuando la reserva o inexactitud se haya producido mediando dolo o culpa grave del Tomador y/ o el Asegurado, la Aseguradora quedará liberada del pago de la prestación.

CLÁUSULA 9: INDISPUTABILIDAD DEL CONTRATO

En caso de reticencia o inexactitud en las declaraciones por parte del Tomador o del Asegurado que influya en la estimación del riesgo se estará a lo establecido en las disposiciones generales de la Ley del Contrato de Seguro.

Sin embargo, la Aseguradora no podrá impugnar el contrato:

- a) Una vez transcurrido un año desde su perfección, salvo plazo más breve convenido en las Condiciones Particulares.
- b) A partir de la fecha de emisión de la póliza, cuando se haya exigido como requisito indispensable el reconocimiento médico.

La indisputabilidad prevista en los puntos anteriores no tendrá lugar en el caso de existir actuación dolosa del Tomador o del Asegurado en las declaraciones base del seguro.

En el supuesto de indicación inexacta de la fecha de nacimiento del Asegurado, la Aseguradora solo podrá impugnar el contrato si la verdadera edad del Asegurado en el momento de la entrada en vigor del contrato excede de los límites de admisión establecidos por el mismo.

En otro caso, si como consecuencia de una declaración inexacta de la edad, la prima pagada es inferior a la que se correspondería pagar, la prestación de la Aseguradora se reducirá en proporción a la prima percibida. Si, por el contrario, la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, la Aseguradora está obligada a restituir el exceso de primas percibidas, sin intereses.

CLÁUSULA 10: MODIFICACIÓN DEL RIESGO

1. EN CASO DE AGRAVAMIENTO:

El Tomador del seguro o el Asegurado deberán, durante el curso del contrato, comunicar a la Aseguradora, tan

pronto como les sea posible, todas las circunstancias que agraven el riesgo, tales como las relativas al cambio de profesión, domicilio, etc., y sean de tal naturaleza que, si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

Facultades de la Aseguradora ante la agravación del riesgo:

En caso de que durante la vigencia de la póliza le fuese comunicada a la Aseguradora una agravación del riesgo, ésta puede proponer una modificación de las condiciones del contrato en el plazo de dos meses a contar desde el día en que la agravación le haya sido declarada. En tal caso, el Tomador del seguro dispone de quince días, a contar desde la recepción de esta proposición, para aceptarla o rechazarla.

En caso de rechazo o de silencio por parte del Tomador del seguro, la Aseguradora puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al Tomador del seguro, dándole para que conteste un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho días siguientes, comunicará al Tomador del seguro la rescisión definitiva.

La Aseguradora podrá, igualmente, rescindir la póliza comunicándolo por escrito al Asegurado dentro de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación.

Consecuencias de no comunicar la agravación del riesgo:

En el caso en el que el Tomador del seguro o Asegurado no haya notificado esa agravación y sobreviniere un siniestro, la Aseguradora quedará liberada de su prestación si el Tomador del seguro o el Asegurado han actuado de mala fe. En otro caso, la prestación de la Aseguradora se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

En caso de agravación del riesgo durante la vigencia de la póliza que dé lugar a un aumento de prima, cuando por esta causa quede rescindido el contrato, si la agravación es imputable al Asegurado, la Aseguradora hará suya la totalidad de la prima cobrada. Si dicha agravación se hubiera producido por causas ajenas a la voluntad del Asegurado, éste tendrá derecho a ser reembolsado de la parte de prima satisfecha correspondiente al periodo que falte por transcurrir de la anualidad en curso.

2. EN CASO DE DISMINUCIÓN:

El Tomador del seguro o Asegurado podrán, durante el curso del contrato, poner en conocimiento de la Aseguradora todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que, de haber sido cono-

cidas por ésta en el momento de la perfección del contrato, lo habría concluido en condiciones más favorables para el Tomador del seguro.

En tal caso, al finalizar el período de seguro cubierto por la prima, la Aseguradora deberá reducir el importe de la prima futura en la proporción que corresponda, teniendo derecho el Tomador del seguro, en caso contrario, a la resolución de la póliza y a la devolución de la diferencia entre la prima satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar, desde el momento de la puesta en conocimiento de la Aseguradora de la disminución del riesgo.

CLÁUSULA 11: CAPITAL ASEGURADO

En las Condiciones Particulares de la póliza se indica el importe de la indemnización a pagar al Beneficiario o Beneficiarios en caso de ocurrencia de algunos de los eventos objeto de aseguramiento.

Las alteraciones de capital tomarán efecto en el próximo vencimiento de la prima, o en la fecha que se estipule en el correspondiente suplemento a las Condiciones Particulares.

CLÁUSULA 12: ACTUACIONES EN CASO DE SINIESTRO

El Tomador del seguro, Asegurado o Beneficiario deberá comunicar a la Aseguradora el acaecimiento del siniestro dentro del plazo máximo de 7 días desde que este se produjo, siendo reclamables por la Aseguradora los daños y perjuicios que la falta de esta declaración origine, salvo que se demuestre que la Aseguradora tuvo conocimiento por otro medio.

El Tomador del seguro, Beneficiario o el Asegurado deberá, además, dar a la Aseguradora toda clase de informaciones, sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro. En caso de violación de este deber, la pérdida del derecho a la indemnización, o el rehúse del siniestro sólo se producirá en caso de concurrir dolo o culpa grave.

CLÁUSULA 13: DOCUMENTACIÓN PARA EL PAGO DE PRESTACIONES

En caso de ocurrencia del riesgo previsto en la póliza, la Aseguradora pagará, en su domicilio social, a aquel que deba recibir las prestaciones del seguro:

a) Para el supuesto de que el perceptor de la prestación haya de ser el Asegurado, este deberá presentar a la Aseguradora la siguiente documentación:

- Certificado médico que acredite la fecha de origen de la enfermedad o acaecimiento del accidente y, evidencie la incapacidad que es objeto de este seguro.

- La valoración de incapacidad realizada por los órganos competentes de la Seguridad Social.

- Cualquier otra documentación que pueda ser necesaria y sea requerida por la Aseguradora.

b) Para el supuesto de que el Asegurado haya fallecido el/los Beneficiario/s deberán facilitar a la Aseguradora:

- Certificado literal de defunción del Asegurado.

- Certificado del médico que haya asistido al Asegurado, indicando el origen, evolución y naturaleza de la enfermedad que le causó la muerte o, en su caso, testimonio de las diligencias judiciales o documentos que acrediten el fallecimiento por accidente.

- Certificado del Registro General de Últimas Voluntades y copia del último testamento del Asegurado o, en su caso, declaración de herederos.

- Carta de pago o declaración de exención del Impuesto sobre Sucesiones.

- Los que acrediten la personalidad y la condición de Beneficiario del seguro.

- Cualquier otra documentación que pueda ser necesaria y sea requerida por la Aseguradora.

CLÁUSULA 14: COMPROBACIÓN DE LA INCAPACIDAD

La comprobación de la incapacidad del Asegurado se efectuará después de la presentación de la documentación prevista en el apartado a) de la cláusula anterior.

CLÁUSULA 15: PAGO DE LA PRESTACIÓN EN CASO DE SINIESTRO

La Aseguradora deberá efectuar, dentro de los cuarenta días, a partir de la recepción de la declaración del siniestro, el pago del importe mínimo, de lo que la Aseguradora pueda deber, según las circunstancias por ella conocidas.

CLÁUSULA 16: RETRASO EN EL CUMPLIMIENTO DE LA PRESTACIÓN

Se entenderá que la Aseguradora incurre en mora cuando no hubiera cumplido su obligación del pago de la prestación en el plazo de 3 meses desde la comunicación del siniestro. La cuantía de la indemnización en caso de incurrir en mora la Aseguradora será el resultante del cálculo realizado de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro.

No habrá lugar a la indemnización por mora de la Aseguradora cuando la falta de satisfacción de la pres-

tación está fundada en una causa justificada o que no le fuera imputable.

CLÁUSULA 17: DESIGNACIÓN Y CAMBIO DE BENEFICIARIO

Durante la vigencia del contrato, únicamente el Asegurado puede designar Beneficiario o modificar la designación anteriormente realizada sin necesidad del consentimiento de la Aseguradora, salvo que se hubiese renunciado expresamente y por escrito a tal facultad.

La designación del Beneficiario o la revocación de éste se podrá hacer constar en las Condiciones Particulares de la póliza, o en una posterior declaración escrita a la Aseguradora o bien en testamento. La revocación deberá hacerse en la misma forma establecida para la designación.

Si los Beneficiarios no están establecidos por su nombre sino de una forma genérica como cónyuge, pareja de hecho o de derecho, hijos o herederos, dicha designación será interpretada de la siguiente manera:

- Cónyuge o pareja de hecho o de derecho: persona que lo sea en el momento del fallecimiento del Asegurado.
- Hijos: todos los descendientes del Asegurado.
- Herederos: los que tengan tal condición en el momento de fallecer el Asegurado.

En los tres casos deberá hacerse constar si el cónyuge, los hijos o los herederos, lo son del Tomador, del Asegurado o de otra persona. En el caso de que no se haya especificado, se considerará que lo son del Asegurado.

Si la designación se hace a favor de los Beneficiarios y no se indica la forma de distribución, la prestación convenida se distribuirá entre ellos por partes iguales; si la designación se hace a favor de los herederos y no se indica la forma de distribución, esta se hará en proporción a la cuota hereditaria.

La parte no adquirida por un Beneficiario acrecerá a los demás.

Si en el momento del fallecimiento del Asegurado no hubiese Beneficiario específicamente designado ni fuera posible su determinación, el capital asegurado formará parte del patrimonio del Asegurado.

CLÁUSULA 18: EXTINCIÓN DEL SEGURO

El presente contrato de seguro se extinguirá por cualquiera de las siguientes causas:

- Al cumplirse el plazo de duración previsto en las Condiciones Particulares;

- Por acaecimiento de uno de los eventos cubiertos por la póliza, quedando a salvo el derecho del Beneficiario al cobro del capital asegurado.

CLÁUSULA 19: PRESCRIPCIÓN

El plazo de prescripción de los derechos que se deriven del presente contrato será de cinco años contados a partir del día en que ocurrió el hecho origen de aquellos.

CLÁUSULA 20: JURISDICCIÓN

El presente contrato queda sometido a la jurisdicción española, y dentro de ella, será el juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo el del domicilio del Asegurado, a cuyos efectos éste designará un domicilio en España en el caso de que el suyo fuese en el extranjero.

CLÁUSULA 21: COBERTURA DE RIESGOS EXTRAORDINARIOS

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto Legal de Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de Octubre, y modificado por la Ley 12/2006, de 16 de Mayo, el Tomador de un contrato de seguro de los que deben obligatoriamente incorporar recargo a favor de la citada entidad pública empresarial tiene la facultad de convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier Entidad aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente.

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

- Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por póliza de seguro contratada con la Aseguradora.
- Que, aún estando amparado por póliza de seguro, las obligaciones de la Aseguradora no pudieron ser cumplidas por haber sido declarada judicialmente en concurso o por estar sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o ésta hubiera sido 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, modificado por 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 NORMAS LEGALES

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

- a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: Terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias (incluyendo los embates de mar), erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 135 Km/h, y los tornados) y caída de meteoritos.
- b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
- c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

2. Riesgos excluidos

- a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
- b) Los ocasionados en personas o bienes asegurados 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 la Ley 25/1964, de 29 de Abril, sobre Energía Nuclear.
- e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el artículo 1 del Reglamento del Seguro de Riesgos Extraordinarios, y en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.
- f) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios

conforme al artículo 1 del Reglamento del Seguro de Riesgos Extraordinarios.

g) Los causados por mala fe del Asegurado.

h) Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley del Contrato del 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 "catastrofe o calamidad nacional".

3. Extensión de la cobertura

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

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

PROCEDIMIENTO DE ACTUACION EN CASO DE SINIESTRO INDEMNIZABLE POR EL CONSORCIO DE COMPENSACION DE SEGUROS.

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

Para aclarar cualquier duda que pudiera surgir sobre el procedimiento a seguir, el Consorcio de Compensación de Seguros dispone del siguiente teléfono de atención al asegurado: 902.222.665.

CLÁUSULA 22: INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN

Sin perjuicio de la posibilidad de acudir a la vía judicial, el Tomador del seguro, el Asegurado, el Beneficiario, Perjudicado o Derechohabientes de cualquiera de

ellos, así como los terceros perjudicados, podrán presentar reclamación, contra aquellas prácticas de la Aseguradora que consideren abusivas o que lesionen los derechos derivados del contrato de seguro, ante las siguientes instancias:

a) El Servicio de Atención al Cliente, en el domicilio social de la propia Compañía Aseguradora, quejasyreclamaciones@fidelidade.es

Dicho servicio acusará recibo por escrito de las reclamaciones que se le presenten y las resolverá por escrito y de manera motivada.

Una vez transcurrido el plazo de seis meses desde la fecha de presentación de la reclamación, sin que el Servicio de Atención al Cliente haya resuelto, o bien una vez que haya sido denegada expresamente la admisión de reclamación o desestimada la petición, podrá acudirse ante la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, conforme a lo previsto en la legislación vigente.

Por decisión arbitral en los términos del artículo 31 de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y normas de desarrollo de la misma, o en los términos de la Ley de Arbitraje (siempre que hubiera acuerdo entre ambas partes para someterse a este mecanismo de solución de conflictos), siendo los gastos ocasionados satisfechos por mitad entre Asegurado y Aseguradora.

b) El Comisionado para la Defensa del Cliente de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones conforme al procedimiento que establece el Reglamento de Ordenación de los Seguros Privados y la Orden ECO/734/2004.

CLÁUSULA 23: TRATAMIENTO Y CESIÓN DE DATOS PERSONALES

Los datos personales del Tomador y/o Asegurado serán registrados en ficheros de la Aseguradora con la finalidad de su utilización por la propia Aseguradora, o en su caso, por otros terceros, de conformidad con lo prevenido en esta cláusula.

I. Se incluyen, entre dichos datos:

- a) Los datos facilitados a la Aseguradora en el instante de la formalización del contrato o en el futuro, siendo en ambos casos facilitados de manera libre y voluntaria, siendo adecuados, pertinentes y no excesivos para el fin que fueron recabados.
- b) En su caso, aquellos datos proporcionados a la Aseguradora con anterioridad para la solicitud y estudio de la operación.

II. La Aseguradora utilizará dichos datos para:

- a) La gestión de la relación contractual.

b) La prestación de servicios de seguros u otros derivados de la relación contractual.

c) El control y valoración automatizada o no de riesgos, impagos e incidencias derivadas de relaciones contractuales.

d) La realización de segmentaciones o perfiles de clientes, con fines comerciales a efectos de adaptar los productos o servicios a necesidades o características específicas, así como con fines de análisis de riesgos para el estudio de nuevas operaciones, en ambos supuestos conservando dichas segmentaciones o perfiles en tanto en cuanto el Tomador mantenga relación contractual con la Aseguradora, pudiendo oponerse en cualquier momento a dicho tratamiento.

e) La remisión, a través de cualquier medio, por parte de la Aseguradora o de otros terceros por cuenta de la misma, de cualesquiera informaciones o prospecciones, personalizadas o no, sobre productos o servicios de seguros o de terceros.

f) La remisión a otras Entidades Aseguradoras e Instituciones Colaboradoras con el Sector Asegurador con fines estadísticos, actuariales y de prevención del fraude, para la selección de riesgos y la liquidación de siniestros, así como por razones de caso-aseguro y reaseguro.

g) Para cualesquiera otras finalidades no incompatibles con las especificadas anteriormente.

III. Los datos podrán ser conservados en los ficheros de la Compañía incluso una vez finalizada toda la relación contractual con el Tomador/Asegurado, durante el plazo de veinticuatro meses para la finalidad prevista en el apartado II e) anterior, y durante el mismo plazo, en tanto en cuanto el Tomador / Asegurado mantenga relación contractual con la Aseguradora, también para la finalidad prevista en el apartado II d), y, en todo caso, durante los plazos legalmente establecidos, a disposición de las Administraciones Públicas, Jueces o Tribunales.

IV. Salvo oposición del Tomador comunicada a la Aseguradora en el proceso de contratación "on-line" previo, en su caso, a la formalización del presente contrato, el Tomador autoriza expresamente a la Aseguradora a fin de que pueda remitirle informaciones y/o comunicaciones publicitarias o promocionales por correo electrónico u otro medio de comunicación electrónica equivalente, pudiendo revocar en cualquier momento este consentimiento.

V. El Tomador/Asegurado autoriza a la Aseguradora a comunicar o interconectar dichos datos, así como los que se indican en el apartado IV y en este caso solamente para las finalidades legalmente previstas,

a entidades que formen parte del Grupo de empresas de la Caixa Geral de Depósitos cuyos datos puede consultar en la web www.cgd.pt y en particular y expresamente al Banco Caixa Geral, para su utilización en la finalidad indicada en el apartado II e), considerándose el Tomador/Asegurado informado de esta cesión a dichos cesionarios en virtud de la presente cláusula. Este consentimiento para comunicación de datos a terceros tiene carácter revocable en todo momento, sin efectos retroactivos.

VI. En el caso de que por parte del Tomador se faciliten a la Aseguradora datos de carácter personal referidos a personas distintas a él mismo, éste deberá, con carácter previo a facilitar los mismos, haber informado de los extremos contenidos en los párrafos precedentes.

VII. El fichero creado, del cual el responsable FIDELIDADE-COMPANHIA DE SEGUROS, S. A. (PORTUGUESA), SUCURSAL EN ESPAÑA, está ubicado en Portugal, en la Avenida João XXI, n.º 63, Lisboa, quien asume la adopción de las medidas de seguridad de índole técnica y organizativa para proteger la confidencialidad e integridad de la información, de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y demás legislación aplicable y ante quien el titular de los datos podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación oposición y cancelación de sus datos de carácter personal, mediante comunicación escrita dirigida al Asegurador a C/ Juan Ignacio Luca de Tena, nº 1, 28027, Madrid.

www.fidelidade.es

FIDELIDADE

SEGUROS DESDE 1808