

Aquí tienes las condiciones generales de tu seguro de protección de pagos

Las cosas, claras

BanSabadell Seguros Generales, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros, con NIF A64194590, y domicilio social en la calle Isabel Colbrand, 22, 28050 Madrid, está inscrita en el Registro administrativo con la clave C0767 y se halla bajo el control de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

ÍNDICE

1. DEFINICIONES	3
2. PERSONAS ASEGURADAS	3
3. DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS	4
3.1 Desempleo	4
3.2 Incapacidad laboral temporal	5
3.3 Reembolso de gastos recurrentes	6
3.4 Prestación por hospitalización	6
4. EXCLUSIONES COMUNES A TODAS LAS COBERTURAS	6
5. PERÍODO DE CARENCIA	7
6. CAPITALES ASEGURADOS	7
6.1 Desempleo e incapacidad laboral temporal	7
6.2 Reembolso de gastos recurrentes	7
6.3 Cobertura de hospitalización	7
7. PAGO DE PRIMAS Y EXTORNO	7
8. DURACIÓN DEL SEGURO Y FINALIZACIÓN DE LAS COBERTURAS	8
9. PLAZO DE COMUNICACIÓN DEL SINIESTRO	9
10. PAGO DE PRESTACIONES	9
11. CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS DE LAS PÉRDIDAS DERIVADAS DE ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS EN SEGUROS DE PERSONAS	9
12. CONSIDERACIONES GENERALES	11

1. DEFINICIONES

1.1 Persona asegurada: El titular del interés objeto del seguro y que, en ausencia de la persona tomadora, asume sus derechos y obligaciones.

1.2 Persona tomadora: La persona o entidad que contrata el seguro.

1.3 Entidad aseguradora: Es BanSabadell Seguros Generales, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros, la compañía que asume las obligaciones y los riesgos pactados en este contrato.

1.4 Persona beneficiaria: La persona o personas físicas o jurídicas designadas en las condiciones particulares, titulares del derecho a la indemnización.

1.5 Póliza: Documento que acredita la existencia del contrato de seguro establecido entre la persona tomadora y la entidad aseguradora, conteniendo los pactos y condiciones por los que se regirá la relación entre las partes. El contrato en vigor podrá ser modificado mediante un suplemento, que es el documento suscrito entre la persona tomadora y la entidad aseguradora que pasa a formar parte integrante de la póliza.

1.6 Prima: Es el precio del seguro. La prima total incluye los recargos e impuestos legalmente repercutibles.

1.7 Accidente: Lesión corporal derivada de una causa súbita, violenta, externa y ajena a la intencionalidad de la persona asegurada, acaecida durante la vigencia de la póliza.

1.8 Enfermedad: Toda alteración de la salud originada por una causa diferente de un accidente, que deba dar lugar a consulta o deba ser diagnosticada o tratada por un médico autorizado legalmente a practicar su actividad profesional.

1.9 Persona que trabaja por cuenta ajena: La persona física que se obliga a prestar su trabajo, en dependencia de la parte empleadora a partir de un contrato de trabajo, por un mínimo de 13 horas semanales, a cambio de una remuneración, de acuerdo a la legislación laboral española vigente, que se encuentre dado de alta en el régimen correspondiente de la Seguridad Social, y que no sea funcionario/a público.

1.10 Persona que trabaja por cuenta propia o autónoma: La persona física que desarrolla una actividad profesional remunerada no dependiente y que se encuentra dado de alta en el régimen especial de trabajadores autónomos de la Seguridad Social, mutua, montepío o institución análoga. Adicionalmente, a los efectos de este contrato se asimilarán a las personas trabajadoras por cuenta propia, aquellas que lo hacen por cuenta ajena que en virtud de su régimen de cotización a la Seguridad Social no generen derecho a la prestación de desempleo en su nivel contributivo.

1.11 Persona funcionaria pública: La persona física que se obliga a prestar su propio trabajo para cualquier organismo o ente estatal, autonómico, provincial o local bajo un contrato de trabajo sometido al Estatuto de la Función Pública.

1.12 Desempleo: Situación en que se encuentran quienes, pudiendo y queriendo trabajar de manera remunerada por cuenta ajena, pierdan su empleo o vean reducida su jornada de trabajo y sean privados de su salario por causa distinta de su voluntad y por aquellas causas contempladas en las condiciones generales y especiales de esta póliza.

1.13 Incapacidad laboral temporal: Alteración temporal del estado de salud de la persona asegurada constatada médicamente, debida a un accidente o enfermedad de los cubiertos por esta póliza, y determinante de la total inaptitud de la persona asegurada para el ejercicio de su actividad profesional de forma no permanente.

1.14 Período de carencia: Período de tiempo en el que, estando vigente la póliza, si se produce un siniestro, la entidad aseguradora no está obligada a indemnizar.

1.15 Relación laboral: La relación jurídica existente entre un trabajador por cuenta ajena y quien emplea.

1.16 Capital asegurado o prestación: Es el importe que, de acuerdo a lo establecido en la póliza, la entidad aseguradora se compromete a pagar a la persona asegurada o la persona beneficiaria al acaecimiento de las contingencias previstas en dicha póliza.

1.17 Hospitalización: Ingreso hospitalario no voluntario por enfermedad o accidente. Para el cobro de la prestación se deben cumplir las condiciones indicadas en las condiciones generales y especiales de esta póliza.

1.18 Gastos recurrentes: Aquellos compromisos de pago recurrentes de la persona asegurada distintos de la cuota del préstamo asociado, tales como los destinados a suministros de la vivienda objeto del préstamo (agua, gas, electricidad, comunicaciones...) u otros gastos, como pagos de estudios, seguros o similares.

2. PERSONAS ASEGURADAS

Solo tendrán la condición de personas aseguradas de esta póliza de seguro las personas físicas que reúnan las siguientes condiciones:

- Haber suscrito un contrato de préstamo hipotecario o personal, al que queda asociada esta póliza, y que será el indicado en las condiciones particulares.
- Haber suscrito las condiciones particulares de la póliza.
- Haber pagado la prima única o la primera prima.
- Ser mayor de dieciocho años y menor de sesenta y cinco en la fecha de efecto.

Además, para la cobertura de desempleo:

- No conocer, o estar en situación de conocer que se va a producir la extinción o suspensión de su relación laboral por cualquiera de las causas que darían derecho a la prestación de desempleo basado en esta póliza.

3. DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS

3.1 Desempleo

Solo estarán cubiertas frente al riesgo de desempleo las personas aseguradas que trabajan por cuenta ajena con contrato laboral indefinido, excepto las que son funcionarias públicas:

- a) Hasta el momento de incurrir en la situación de desempleo que dé lugar al pago de la prestación hubieran tenido una relación laboral ininterrumpida con la misma parte empleadora de al menos seis meses de duración con contrato laboral indefinido.
- b) Y que en el momento de incurrir en la situación de desempleo que dé lugar al pago de la prestación tengan derecho a beneficiarse de las prestaciones de desempleo en su nivel contributivo que otorga el Instituto Nacional de Empleo.

3.1.1 Prestación por desempleo

La entidad aseguradora abonará el capital asegurado por cada período completo de 30 días consecutivos de desempleo de la persona asegurada computados a partir del momento de la suspensión o extinción de la relación laboral, con el número máximo de prestaciones consecutivas y alternas en total que se indica en las condiciones particulares, y siempre que dicha situación de desempleo ocurra durante la vigencia del seguro, que haya transcurrido el período de carencia y que se produzca por alguna de las siguientes circunstancias:

- Extinción de la relación laboral:

- a) En virtud del expediente de regulación de empleo o despido colectivo, incluidos los expedientes de regulación de empleo temporal en su modalidad total (ERTE total).
- b) Por fallecimiento o incapacidad del empresario/a individual, y siempre que estas causas determinen la extinción del contrato de trabajo.
- c) Por despido improcedente o nulo.
- d) Por despido o extinción del contrato basado en causas objetivas.
- e) Por resolución voluntaria por parte de la persona asegurada en los supuestos previstos en los artículos 40 (movilidad geográfica), 41 (modificaciones sustanciales de las condiciones de trabajo), 49.1.m (por decisión de la mujer que se ve obligada a abandonar su puesto de trabajo en los casos de violencia de género) y 50 (extinción por incumplimiento de la parte empleadora) del estatuto de los trabajadores (R.D.L. 2/2015, de 23 de octubre).
- f) En virtud de resolución judicial adoptada durante un procedimiento concursal.

- Suspensión de la relación laboral en virtud de expediente de regulación de empleo, resolución judicial adoptada durante un procedimiento concursal, así como en los casos previstos en el art. 49.1.m del estatuto de los trabajadores.

El derecho a devengo de la indemnización cesará en el momento en que la persona asegurada reanude una actividad laboral remunerada, aun de manera parcial, en los términos descritos por la normativa laboral española.

No procederá la prestación por desempleo si la persona asegurada tiene derecho a que se le aplique la contingencia de incapacidad laboral temporal.

3.1.2 Exclusiones para la cobertura de desempleo

No se considerará que esté en situación de desempleo la persona asegurada que se encuentre en cualquiera de las siguientes situaciones:

- a) Cuando haya sido despedida y no reclame en tiempo y forma oportunos contra la decisión empresarial, salvo por extinción de contrato derivada de expediente de regulación de empleo o de despido colectivo o basado en las causas objetivas previstas en el artículo 52 del estatuto de los trabajadores (R.D.L. 2/2015, de 23 de octubre).
- b) Cuando su contrato se extinga por jubilación del empresario/a que ejerce como parte empleadora, de la persona asegurada o por expiración del tiempo convenido y/o finalización de la obra o servicio objeto del contrato.
- c) Las personas que trabajen con contrato fijo de carácter discontinuo en los períodos en que se carezca de ocupación efectiva.
- d) Cuando, declarado improcedente o nulo el despido por sentencia firme y comunicada por la parte empleadora la fecha de reincorporación al trabajo, no se ejerza tal derecho por parte de la persona asegurada o no se haga uso, en su caso, de las acciones previstas en la legislación vigente.
- e) Cuando no hayan solicitado el reingreso al puesto de trabajo en el caso en que la opción entre indemnización o readmisión correspondiera a la persona trabajadora, cuando fuera delegada sindical o representante legal de los trabajadores, o en los casos en que estuviera en excedencia y le venciera el plazo.
- f) La extinción del contrato laboral durante el período de prueba, la jubilación anticipada y el paro parcial, o cuando la indemnización por despido consista en una renta temporal pagadera en el momento del despido hasta la fecha en la que se acceda a la jubilación (prejubilación).
- g) Si la situación de desempleo o notificación de despido se produce dentro del período de carencia.
- h) Expediente de regulación de empleo temporal parcial.
- i) Cuando el importe de la indemnización por despido no se corresponda con las indemnizaciones previstas en la legislación laboral vigente.

Asimismo, no procederá la prestación por desempleo o se perderá la que se estuviese disfrutando si la relación laboral de la persona asegurada 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 la persona asegurada o un familiar suyo hasta el segundo grado de consanguinidad o el tercer grado de afinidad fuera el administrador/a de la empresa; y también si la persona asegurada fuera socia con presencia o representación directa en los órganos de administración de la sociedad.

3.2 Incapacidad laboral temporal

Estarán cubiertas frente al riesgo de incapacidad laboral temporal las personas aseguradas que en el momento de incurrir en la situación de incapacidad laboral temporal **tuvieran la condición de trabajadoras por cuenta propia**, tal y como se indica en el apartado de definiciones de estas condiciones generales, **o que sean funcionarias públicas, o empleadas por cuenta ajena con contrato laboral temporal o contrato por obra y servicio**, y en general todas aquellas personas que, cumpliendo los requisitos necesarios para ostentar la condición de persona asegurada, no puedan estar cubiertas por la garantía de desempleo, siempre que el accidente o la enfermedad que den lugar a la referida incapacidad tengan su origen u ocurran con posterioridad a la fecha de efecto, sin perjuicio de lo establecido respecto al período de carencia.

3.2.1 Prestación por incapacidad laboral temporal

La entidad aseguradora abonará el capital asegurado, **por cada período completo de 30 días consecutivos de incapacidad laboral temporal** de la persona asegurada, siempre que **haya transcurrido el período de carencia**, con el número máximo de prestaciones consecutivas y prestaciones alternas en total que se indica en las condiciones particulares y siempre que la incapacidad laboral temporal continúe bajo tratamiento y asistencia médica de la Seguridad Social, mutua o institución análoga o médicos o facultativos autorizados y **así lo ratifiquen los servicios médicos de la entidad aseguradora**.

El importe de la indemnización será, en todo caso, el capital asegurado, aun cuando la persona asegurada padeciera varias enfermedades al mismo tiempo o le sobreviniera una nueva enfermedad distinta a la inicialmente declarada. En este último caso, la persona asegurada está obligada a cursar a la entidad aseguradora un informe médico dando cuenta de dicha circunstancia.

El derecho al cobro de la indemnización cesará en el momento en que la persona asegurada reanude su trabajo o actividad remunerados, aun de manera parcial y a pesar de no haber alcanzado la total curación, siempre que haya reanudado su empleo remunerado, y también si su estado pasa a ser de incapacidad permanente en los términos descritos por la normativa de la Seguridad Social española.

No procederá la prestación por incapacidad laboral temporal si la persona asegurada tiene derecho a la aplicación de la contingencia de desempleo.

3.2.2 Exclusiones para la cobertura de incapacidad laboral temporal

No tienen la consideración de incapacidad laboral temporal y, consecuentemente, no se paga prestación alguna por aquellos siniestros que resulten o sean consecuencia de las siguientes situaciones:

- a) Enfermedades, lesiones y complicaciones causadas directa o indirectamente por voluntad de la persona asegurada, o derivadas de la realización de actos notoriamente temerarios que entrañen grave riesgo para la salud.
- b) Interrupción voluntaria del embarazo o complicaciones derivadas de este concepto y los períodos de descanso voluntario y obligatorio que procedan en caso de maternidad.
- c) Las producidas cuando la persona asegurada se encuentre bajo la influencia del alcohol, drogas tóxicas o estupefacientes; las que ocurran en estado de perturbación mental, sonambulismo o en desafío, lucha o riña, excepto en caso probado de legítima defensa; así como las derivadas de una actuación delictiva de la persona asegurada, declarada judicialmente, o su resistencia a ser detenida.
- d) Cualquier enfermedad, dolencia, estado o lesión por la que la persona asegurada haya recibido diagnóstico y/o tratamiento médico con anterioridad a la adhesión a la póliza.
- e) Dolor lumbar, cervical, dorsal, sacro y ciático, así como cualquier otro proceso patológico que tenga como manifestación única el dolor, salvo que existan evidencias objetivadas por estudios médicos complementarios (radiologías, gammagrafías, escáneres, TAC, etc.) que demuestren la existencia de alteraciones que justifiquen el dolor causante de la incapacidad laboral temporal.
- f) Cefaleas, enfermedades psiquiátricas y mentales, incluyendo el estrés, la ansiedad, las depresiones y afecciones similares, aun cuando dichas enfermedades y afecciones hayan sido diagnosticadas y tratadas por médicos especialistas (psiquiatra).
- g) Las intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos y/u odontológicos que no sean esenciales por razones médicas y sean demandados por la persona asegurada por razones psicológicas, personales y/o estéticas, siempre que no se deban a secuelas de accidentes producidos con posterioridad a la fecha de efecto de la cobertura del seguro.
- h) Las enfermedades o lesiones derivadas de la práctica profesional de cualquier deporte, de la participación en apuestas o competiciones, y de la práctica por afición o como profesional de actividades de alto riesgo, así como los accidentes derivados de la conducción de vehículos sin el correspondiente permiso expedido por la autoridad competente y los accidentes aéreos, a excepción de los vuelos comerciales en línea regular autorizada.

3.3 Reembolso de gastos recurrentes

Con la garantía de reembolso de gastos recurrentes se garantiza el pago de un importe para cubrir otros compromisos económicos adquiridos por la persona asegurada diferentes de la cuota del préstamo asociado, en caso de baja laboral por enfermedad, accidente o desempleo, según la situación laboral de la persona asegurada en el momento en que ocurre el siniestro.

Para el pago de la prestación de gastos recurrentes, la persona asegurada debe cumplir todos los requisitos y limitaciones, y no estar sujeta a las exclusiones para cobrar la prestación de desempleo o la de incapacidad laboral temporal de esta póliza, y esta garantía no actúa de forma independiente en ninguna situación. Por lo tanto, el pago del reembolso de gastos recurrentes se realizará de forma simultánea al pago de prestación por desempleo o incapacidad laboral temporal.

El límite máximo de prestaciones de reembolso de gastos recurrentes es el mismo que el de las coberturas de desempleo o de incapacidad laboral temporal. Por lo tanto, si pierde el derecho a cobrar la prestación de desempleo o incapacidad laboral temporal, ya sea por estar dentro de un supuesto de no cobertura o exclusión, ya sea por llegar al límite máximo de prestaciones indicadas en dichas coberturas, también se pierde el derecho al cobro de esta prestación.

3.4 Prestación por hospitalización

Con la garantía de hospitalización, la entidad aseguradora realizará un pago único de forma anual como prestación por persona asegurada y hasta un máximo de cinco durante toda la vida de la póliza.

Solo tendrán esta cobertura aquellas personas aseguradas que en el momento de ocurrir el siniestro tengan derecho a la prestación por incapacidad laboral temporal y hayan estado hospitalizadas un mínimo de 7 días consecutivos.

3.4.1 Exclusiones para la cobertura de hospitalización

- a) Enfermedades, lesiones y complicaciones causadas directa o indirectamente por voluntad de la persona asegurada, o derivadas de la realización de actos notoriamente temerarios que entrañen grave riesgo para la salud.
- b) Interrupción voluntaria del embarazo o complicaciones derivadas de este concepto y los períodos de descanso voluntario y obligatorio que procedan en caso de maternidad.
- c) Las producidas cuando la persona asegurada se encuentre bajo la influencia del alcohol, drogas tóxicas o estupefacientes; las que ocurran en estado de perturbación mental, sonambulismo o en desafío, lucha o riña, excepto en caso probado de legítima defensa; así como las derivadas de una actuación delictiva de la persona asegurada, declarada judicialmente, o de su resistencia a ser detenida.
- d) Las intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos y/u odontológicos que no sean esenciales por razones médicas y sean demandados por la persona asegurada por razones psicológicas, personales y/o estéticas, siempre que no se deban a secuelas de accidentes producidos con posterioridad a la fecha de efecto de la cobertura del seguro.
- e) Las enfermedades o lesiones derivadas de la práctica profesional de cualquier deporte, de la participación en apuestas o competiciones, y de la práctica por afición o como profesional de actividades de alto riesgo, así como los accidentes derivados de la conducción de vehículos sin el correspondiente permiso expedido por la autoridad competente, y los accidentes aéreos, a excepción de los vuelos comerciales en línea regular autorizada.

El pago de la prestación de hospitalización solo se podrá solicitar una vez transcurridos los 7 días mínimos de hospitalización y tras el envío de la documentación solicitada por la entidad aseguradora.

4. EXCLUSIONES COMUNES A TODAS LAS COBERTURAS

Asimismo, no procederán las prestaciones por desempleo o incapacidad laboral temporal si la contingencia se produce, o se deriva o es consecuencia directa o indirecta de:

- a) conflictos armados, aunque no hayan ido precedidos de declaración oficial de guerra o los derivados de hechos de carácter político o social o actos de terrorismo.
- b) la acción directa o indirecta de reacción o radiación nuclear o contaminación radioactiva.
- c) terremotos, erupciones volcánicas, inundaciones y otros fenómenos de naturaleza sísmica o meteorológica de carácter extraordinario y todas aquellas que deriven de situaciones calificadas por el Gobierno de la nación como de "catástrofe" o "calamidad nacional".
- d) Epidemias y pandemias oficialmente declaradas.
- e) Aplicación del orden público internacional

Sin perjuicio de las condiciones de este acuerdo, no podrá considerarse que la entidad aseguradora de la cobertura realice pagos o preste algún servicio o beneficio a favor de cualquier persona asegurada o tercera persona mientras esa cobertura, pago, servicio o beneficio y/o cualquier otro negocio o actividad de la persona asegurada pudiera contravenir legislaciones o regulaciones comerciales, de embargo comercial o de sanciones económicas afectadas por un orden público internacional.

Asimismo, en el eventual caso de que la entidad aseguradora, con ocasión del cumplimiento de las formalidades previstas en dichas regulaciones, sobrepasara el plazo máximo previsto para el cumplimiento de determinadas obligaciones, estas no devengarán intereses de demora.

5. PERÍODO DE CARENCIA

Para la cobertura de desempleo se establece un período de carencia inicial de 60 días, a contar a partir de la fecha de efecto de la póliza. A fin de comprobar que en el momento del acaecimiento del siniestro ha transcurrido el período de carencia inicial, se entenderá que la situación de desempleo se produce en la fecha en que se produce la extinción o suspensión de la relación laboral por las causas señaladas en esta póliza, y en que así lo señale el Instituto Nacional de Empleo.

Para la cobertura de incapacidad laboral temporal, se establece un período de carencia inicial de 30 días, a contar a partir de la fecha de efecto del seguro. A fin de comprobar que en el momento del acaecimiento del siniestro ha transcurrido el período de carencia inicial, se entenderá que la situación de incapacidad laboral temporal se produce en la fecha en la que la enfermedad causante de la incapacidad ha sido diagnosticada por facultativos de la Seguridad Social, mutua o institución análoga o equipo médico o facultativos autorizados y en que así lo ratifiquen los servicios médicos de la entidad aseguradora. No se exigirá período de carencia para el supuesto de incapacidad laboral temporal causada por accidente.

En caso de producirse situaciones de desempleo subsiguientes a una situación anterior de desempleo que hubiera dado lugar a indemnización por parte de esta póliza, se procederá al pago de nuevas prestaciones si la persona asegurada ha estado asociada de forma activa a una nueva relación laboral con una nueva parte empleadora como trabajadora por cuenta ajena por un período mínimo de 180 días ininterrumpidos y haya superado el período de prueba establecido correspondiente a su nueva relación laboral. En caso contrario, no se pagará cantidad alguna. Esta cláusula no será de aplicación si la causa de desempleo fuera un expediente de regulación temporal de empleo en su modalidad total (ERTE total).

En caso de producirse incapacidades temporales subsiguientes a una anterior incapacidad laboral temporal que hubiera dado lugar a indemnización por parte de esta póliza, la entidad aseguradora procederá nuevamente al pago de las prestaciones si la persona asegurada hubiera estado trabajando 180 días ininterrumpidos desde el fin de la última incapacidad laboral temporal si se tratara de la misma causa de incapacidad, o de 30 días si se tratara de una causa distinta.

Para la cobertura de reembolso de gastos recurrentes, serán de aplicación las mismas carencias y situaciones subsiguientes de prestación de desempleo o incapacidad laboral temporal, dependiendo de cuál fuera la causa de activación de la garantía.

Para la cobertura de hospitalización, se establece una carencia de 30 días a computar a partir de la fecha de efecto del seguro. La fecha a tener en cuenta con esta finalidad sería la fecha del primer día de ingreso hospitalario. No se exigirá período de carencia para el supuesto de hospitalización causada por accidente.

6. CAPITAL ASEGURADOS

6.1 Desempleo e incapacidad laboral temporal

La prestación garantizada por persona asegurada será el resultado de dividir entre el número de personas aseguradas la cuota ordinaria del préstamo asociado a la póliza de seguro que en el momento de producirse el siniestro estuviera abonando la persona asegurada.

A estos efectos, se entenderá por cuota ordinaria la formada por la devolución del principal prestado más los correspondientes intereses remuneratorios, con exclusión, por tanto, de los intereses de demora y de cualesquiera otros gastos, comisiones o pagos que debiera hacer la persona asegurada en cumplimiento de lo pactado en el contrato de préstamo asociado a esta póliza.

El importe del capital asegurado por el total de las personas aseguradas no será superior en ningún caso a la cuota máxima mensual fijada en las condiciones particulares, cualquiera que fuera el importe de la cuota ordinaria y el porcentaje asegurado que constara en las condiciones particulares. Del mismo modo, en caso de que se produzca una variación del tipo de interés remuneratorio del préstamo asociado a este seguro, y sin perjuicio de lo señalado a continuación respecto a su novación, la cuota asegurada máxima no será superior a la que conste en las condiciones particulares.

En el caso de que se produjera una novación del préstamo que conllevara el incremento del capital prestado y de cuota mensual, la cuota asegurada máxima seguiría siendo la que se hace constar en las condiciones particulares.

6.2 Reembolso de gastos recurrentes

El capital asegurado será el indicado en las condiciones particulares, dividido entre el número de las personas aseguradas de esta póliza.

6.3 Cobertura de hospitalización

El pago único anual será del capital indicado en las condiciones particulares.

7. PAGO DE PRIMAS Y EXTORNO

La persona tomadora del seguro está obligada a pagar la primera prima. Las sucesivas primas se deberán hacer efectivas en los correspondientes vencimientos. En caso de que la póliza no deba entrar inmediatamente en vigor, la persona tomadora del seguro podrá demorar el pago de la prima hasta el momento en que aquella deba tomar efecto.

Si por culpa de la persona tomadora del seguro, la primera prima no ha sido pagada, la entidad aseguradora tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida por vía ejecutiva con base en la póliza.

En todo caso, y salvo pacto en contrario en las condiciones particulares, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, la 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 quedará 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 cada prórroga del contrato, la prima se determinará de acuerdo con la tarifa que figure en la nota técnica del ramo, sujeta a control de la Dirección General de Seguros del Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital, basándose en los siguientes criterios:

- Los cálculos técnico-actuariales, realizados por los especialistas de la entidad aseguradora y basados en las modificaciones de los costes de las indemnizaciones y de los servicios prestados, que garanticen la suficiencia de la tarifa y permitan a la entidad aseguradora satisfacer el conjunto de las obligaciones derivadas de los contratos de seguro y, en particular, constituir las provisiones técnicas adecuadas, de acuerdo con lo dispuesto en el régimen jurídico de ordenación y supervisión de los seguros privados.
- La experiencia de siniestros del contrato. No se tendrán en cuenta los siniestros que no hayan dado lugar al pago de indemnizaciones.
- La cuota mensual actualizada que estuviera pagando derivada del préstamo asociado, teniendo en cuenta si hubiera cambiado la cuota derivada de una novación del préstamo asociado.

En caso de cancelación total y anticipada del contrato de préstamo asociado, la entidad aseguradora realizará el extorno de la parte de prima no consumida. En el caso de tener contratada la cobertura de reembolso de gastos recurrentes, el contrato de seguro seguirá en vigor respecto a dicha cobertura si la persona tomadora comunica, en ese momento, su consentimiento expreso a la entidad aseguradora.

8. DURACIÓN DEL SEGURO Y FINALIZACIÓN DE LAS COBERTURAS

Seguro anual renovable: las garantías de la póliza entran en vigor en la hora y fecha indicadas en sus condiciones particulares. A la expiración del período indicado en las condiciones particulares de la póliza, se entenderá que esta queda prorrogada por el plazo de un año, y así sucesivamente cuando expira cada anualidad.

Las partes podrán oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada en un plazo de, como mínimo, un mes de antelación a la conclusión del período del seguro en curso, cuando quien se oponga sea la persona tomadora, y de dos meses cuando sea la entidad aseguradora.

Sin perjuicio de lo establecido en las condiciones particulares, la cobertura terminará y el derecho al cobro de las prestaciones cesará en el momento en que tenga lugar el primero de los siguientes eventos:

- a) La fecha en la que todas las cantidades debidas por la persona asegurada a la entidad prestamista por el contrato de préstamo asociado a esta póliza de seguro se hayan entregado, o la fecha de reembolso total, excepto si se ha contratado la cobertura de reembolso de gastos recurrentes, ya que en dicho caso el seguro seguirá en vigor respecto a esa cobertura si la persona tomadora, en ese momento, ha dado su consentimiento expreso.
- b) La fecha de finalización del período de duración del contrato de préstamo asociado a esta póliza, aunque no se hubieran reembolsado todas las cantidades debidas, excepto si se ha contratado la cobertura de reembolso de gastos recurrentes, ya que en dicho caso el seguro seguirá en vigor respecto a dicha cobertura si la persona tomadora, en ese momento, ha dado su consentimiento expreso.
- c) La fecha en que el contrato de préstamo asociado a esta póliza de seguro termine por cualquier causa, excepto si el cliente ha contratado la cobertura de reembolso de gastos recurrentes, ya que en dicho caso el seguro seguirá en vigor respecto a dicha cobertura si la persona tomadora, en ese momento, ha dado su consentimiento expreso.
- d) La anualidad en la que la persona asegurada alcance la edad de 65 años, o la fecha en la que se cese en toda actividad profesional remunerada de forma definitiva, o en la fecha de jubilación o de prejubilación, cualquiera que sea su causa.
- e) La fecha de fallecimiento o de declaración del estado de incapacidad permanente de la persona asegurada en cualquiera de sus grados.
- f) La fecha en la que se produzca una subrogación, cesión de la posición o cualquier transmisión de los derechos y obligaciones de las partes que intervienen en el contrato de préstamo, excepto si se ha contratado la cobertura de reembolso de gastos recurrentes, ya que en dicho caso el seguro seguirá en vigor respecto a dicha cobertura si la persona tomadora, en ese momento, ha dado su consentimiento expreso.

Asimismo, la cobertura terminará en la fecha en la que la entidad aseguradora haya pagado el número máximo de prestaciones consecutivas o alternas por incapacidad laboral temporal o desempleo que se hayan fijado en esta póliza para cada persona asegurada.

Si en la póliza constara más de una persona asegurada, y solo una cumpliera las condiciones de finalización de coberturas del contrato indicadas en este punto 8, la póliza seguiría vigente para la otra persona asegurada, con el capital indicado en el punto 6 de este condicionado general.

9. PLAZO DE COMUNICACIÓN DEL SINIESTRO

La persona asegurada deberá comunicar a la entidad aseguradora el acaecimiento del siniestro dentro del plazo máximo de 30 días de haberlo conocido, salvo en caso de accidente, en que será de 7 días, enviando notificación escrita de los hechos en que se basa la reclamación.

10. PAGO DE PRESTACIONES

No procederá el pago de las prestaciones si el pago de la prima correspondiente no se ha hecho efectivo. Para reclamar el pago de las prestaciones aseguradas, la persona asegurada, o la persona beneficiaria en su caso, deberá facilitar a la entidad aseguradora los documentos que se soliciten para cada caso concreto. La entidad aseguradora podrá disponer que su personal médico, de inspección o personal empleado visiten a la persona asegurada, y, a su vez, la persona asegurada o sus familiares deberán permitir dichas visitas, así como cualquier averiguación o comprobación que la entidad aseguradora considere necesaria. **El incumplimiento de estos deberes se entenderá como una renuncia al cobro de la prestación, salvo que no haya sido posible llevarlo a cabo por la oposición del personal médico o facultativo en caso de siniestro por incapacidad laboral temporal.**

Si fuera procedente rechazar un siniestro después de que se hubieran efectuado pagos con cargo al mismo, la entidad aseguradora podría repetir a su elección contra la persona asegurada o la persona beneficiaria por las sumas indebidamente satisfechas más los intereses legales que correspondieran.

El pago de la prestación solo se llevará a cabo una vez que la entidad aseguradora haya recibido la documentación y las pruebas requeridas, por parte de la persona asegurada o la persona beneficiaria. En caso de que no se entregara dicha documentación, la entidad aseguradora no estaría obligada a pagar prestación alguna.

Una vez que la entidad aseguradora haya recibido las pertinentes pruebas de que la persona asegurada se halla en alguna de las situaciones de incapacidad laboral temporal o desempleo fijadas en la definición establecida en estas condiciones generales y especiales, pagará la suma asegurada por cada período superior o igual a 30 días consecutivos, durante los cuales la persona asegurada permanezca en situación de incapacidad laboral temporal o desempleo, y con los límites establecidos en esta póliza y sin perjuicio de que la persona asegurada pueda iniciar el procedimiento de reclamación desde el momento en que se encuentre en situación de incapacidad laboral temporal o desempleo de hecho, hasta la primera de las siguientes fechas:

- La fecha en que la persona asegurada cese en su situación de incapacidad laboral temporal o desempleo, o deje de aportar las pruebas solicitadas por la entidad aseguradora de que se encuentra en dicha situación.
- La fecha en que la persona asegurada en situación de desempleo deje de percibir la prestación de desempleo de nivel contributivo del SEPE.
- La fecha en que la entidad aseguradora haya pagado el número de prestaciones por incapacidad laboral temporal o desempleo que se han fijado en esta póliza.

En el caso de que las prestaciones se paguen a la persona beneficiaria con derecho de cobro de la prestación, esta las destinará al pago de las cantidades debidas por la persona asegurada en virtud del contrato de préstamo.

En el caso de las prestaciones por reembolso de gastos recurrentes, se estará a lo indicado en esta cláusula, con un único cambio, que las prestaciones se pagarán a la persona asegurada.

En el caso del pago por hospitalización, se estará a lo indicado en esta cláusula en cuanto al envío de la documentación relativa al siniestro y a su aceptación o rechazo. Se abonará la prestación a la persona asegurada siempre y cuando esta cumpla las condiciones establecidas en dicha garantía.

11. 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, la persona tomadora 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 la persona asegurada tenga su residencia habitual en España, las pagará el Consorcio de Compensación de Seguros cuando la persona tomadora 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 estuviera amparado por la póliza de seguro contratada con la entidad aseguradora.
- b) Que, aun estando amparados 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 (incluidos 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, las 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 seguros en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.
- c) Los producidos por conflictos armados, aunque no vayan precedidos de declaración oficial de guerra.
- d) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 12/2011, de 27 de mayo, sobre responsabilidad civil por daños nucleares o producidos por materiales radiactivos.
- e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el apartado 1.a) anterior y, en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.
- f) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios de los señalados en el apartado 1.b) anterior.
- g) Los causados por mala fe de la persona asegurada.
- 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 «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 persona asegurada, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que la entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

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 a esta entidad por parte de la persona tomadora del seguro, la persona asegurada o la persona beneficiaria de la póliza, o por quien actúe por cuenta y nombre de las anteriores, o por la entidad aseguradora o el mediador/a 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 (900 222 665 o 952 367 042).
 - A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (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 este quede asociado 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 pagará la indemnización a la persona beneficiaria del seguro mediante transferencia bancaria.

12. CONSIDERACIONES GENERALES

1. Declaraciones sobre el riesgo

Esta póliza ha sido concertada sobre la base de declaraciones formuladas a la persona tomadora del seguro, de acuerdo con los datos solicitados por la compañía y que se han recogido en la solicitud, y que han motivado que acepte el riesgo, la asunción por su parte de las obligaciones que para ella derivan del contrato y la fijación de la prima.

La persona tomadora o asegurada del seguro deberá, durante la vigencia del contrato, comunicar a la entidad aseguradora, tan pronto como le sea posible, la alteración de los factores y las circunstancias declaradas sobre el riesgo en la solicitud, ya que estos pueden agravar el riesgo, y que si hubieran sido conocidos por la entidad aseguradora en el momento de la perfección del contrato, esta no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

La solicitud cumplimentada por la persona tomadora, o la proposición de seguro de la compañía en su caso, en unión a esta póliza, y sus condiciones generales, particulares o especiales, así como sus suplementos, constituyen un todo unitario, fundamento del seguro, que solo alcanza, dentro de los límites pactados, los bienes y riesgos que se especifican. Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, la persona tomadora del seguro podrá reclamar a la compañía, en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza, para que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza.

Firma de la persona tomadora

Nombre:
NIF:

Rogamos firme/n dentro del cuadro con el fin de facilitar el registro de la/s firma/s.

La entidad aseguradora



Bernardino Gómez Aritmendi
BanSabadell Seguros Generales, S.A.
de Seguros y Reaseguros



Sabadell

Seguros Generales

BanSabadell Seguros Generales, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros, con NIF A64194590, y domicilio social en la calle Isabel Colbrand, 22, 28050 Madrid, está inscrita en el Registro administrativo con la clave C0767 y se halla bajo el control de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.