

Life Care Mujer

Condiciones generales

Preliminar

A efectos de las presentes condiciones generales se entiende por:

Tomador del seguro (en adelante tomador): persona física o jurídica que contrata el seguro y a quien corresponden las obligaciones y deberes que se deriven del seguro. Asume también la obligación de declarar las circunstancias que conozca y que puedan influir en la valoración del riesgo asumido.

Asegurado/a (en adelante asegurado): persona física sobre la que se establece el seguro, y que asume la obligación de declarar las circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo, cumplimentando el cuestionario que a tal fin le sea solicitado por el asegurador.

Beneficiario/s (en adelante beneficiario): persona o personas físicas o jurídicas designadas en las condiciones particulares del seguro para percibir la prestación asegurada.

Asegurador: BanSabadell Vida, S.A. de Seguros y Reaseguros, con domicilio en la c/ Isabel Colbrand, número 22, 28050 Madrid - España.

Póliza (contrato de seguro): es el documento que contiene las condiciones reguladoras de este seguro de vida. Forman parte integrante de la póliza las condiciones generales, las condiciones particulares, las condiciones especiales, si las hubiere, y los suplementos que se emitan para complementarla o modificarla.

Prima: es el precio del seguro. El recibo contiene los recargos e impuestos legalmente repercutibles.

Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones: es el órgano dependiente del Ministerio de Economía y Competitividad que, con sede en Madrid (España), ejerce el control de la actividad del asegurador.

1. Bases e indisputabilidad del contrato

1.1. El presente contrato de seguro se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, por lo previsto en la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, por el Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y

reaseguradoras, por las normas complementarias vigentes que los modifiquen y por lo convenido en el presente contrato de seguro.

1.2. El presente contrato se basa en las declaraciones formuladas por el tomador y por el asegurado, según los cuestionarios a que les habrá sometido el asegurador, ya sea de tipo médico o de cualquier otro tipo.

1.3. El tomador y el asegurado del seguro tienen el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste les someta, todas las circunstancias por ellos conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

1.4. En caso de reticencia o inexactitud en las declaraciones del tomador y asegurado, que influyan en la estimación del riesgo, el asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al tomador del seguro en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud. Si el siniestro sobreviene antes de que el asegurador haga la declaración, la prestación se reducirá de forma proporcional a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiere aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo, salvo si medió dolo o culpa grave del tomador, en cuyo caso el asegurador quedará liberado del pago de la prestación.

Sin embargo, el asegurador no podrá impugnar el contrato transcurrido un año desde la fecha de su puesta en vigor, salvo que el tomador o el asegurado hayan actuado con dolo, y salvo la declaración inexacta relativa a la edad que se regula en el artículo 10, apartado 1.

1.5. Este producto ha sido diseñado para los tomadores que residen en España de acuerdo con los requerimientos legales y fiscales vigentes. En el supuesto de que el tomador o el asegurado (en caso de ser otra persona distinta del tomador) cambiaran su residencia a otro país durante la vigencia de este contrato, la legislación del país al que el tomador o el asegurado se trasladaran podría afectar la capacidad del asegurador de mantener el contrato en vigor de acuerdo con las presentes condiciones.

El tomador y el asegurado tienen la obligación de comunicar al asegurador cualquier cambio de residencia a otro país que vayan a realizar. El asegurador, por su parte, tiene la obligación de comunicarles las consecuencias de su cambio de residencia que, dependiendo de la legislación aplicable en virtud del cambio de residencia producido, pueden llegar hasta la resolución del presente contrato.

Número de póliza:

Life Care Mujer

En caso de incumplimiento de su obligación, o la del asegurado, de comunicar al asegurador el cambio de residencia, el asegurador podría verse legalmente imposibilitado, total o parcialmente, para asumir las obligaciones derivadas del presente contrato, en los términos que determinara la jurisdicción aplicable según el cambio de residencia producido.

Si el tomador o el asegurado comunican al asegurador un cambio de residencia a otro país, el asegurador podrá -con su previo consentimiento- transferir sus datos personales a otra entidad del grupo con el fin de comprobar que se le puede ofrecer un producto adecuado a sus nuevas circunstancias y residencia.

1.6 Sin perjuicio de las condiciones de este acuerdo, no podrá considerarse que el asegurador de cobertura, realice pagos o preste algún servicio o beneficio a favor de cualquier asegurado o tercero mientras esa cobertura, pago, servicio o beneficio y/o cualquier otro negocio o actividad del asegurado 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 Aseguradora, con ocasión del cumplimiento de las formalidades previstas en dichas regulaciones, sobrepasara el plazo máximo previsto para el cumplimiento de determinadas obligaciones, éstas no devengarán intereses de demora.

1.7. El tomador podrá reclamar al asegurador, en el plazo de un mes a contar desde la entrega del contrato, que se subsanen las divergencias existentes entre éste y las condiciones acordadas del seguro. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación se estará a lo dispuesto en el contrato.

1.8. El tomador del seguro tendrá la facultad unilateral de resolver o desistir del contrato sin indicación de los motivos y sin penalización alguna dentro del plazo de los treinta días siguientes (i) a la fecha en la que el asegurador le entregue la póliza o documento de cobertura provisional o; (ii) en caso de que el contrato se haya celebrado a distancia, a la fecha en la que haya recibido la documentación contractual del seguro. Esta facultad unilateral de resolución o desistimiento del seguro deberá ejercerla mediante comunicación dirigida al asegurador, a través de un soporte duradero, disponible y accesible para éste y que permita dejar constancia de la notificación.

Dicha comunicación deberá ser expedida por el tomador del seguro en el plazo indicado, y producirá sus efectos desde el día de su expedición. A partir de esa fecha cesará la cobertura de riesgo por parte del asegurador, y el tomador tendrá derecho a la devolución de la prima que hubiere pagado, salvo la parte correspondiente al tiempo en que el contrato hubiera tenido vigencia.

2. Objeto del seguro

El presente seguro constará de las siguientes garantías y de las indicadas en las condiciones especiales, siempre y cuando se reflejen en las condiciones particulares del seguro:

2.1. Garantía principal: fallecimiento.

Mediante la presente garantía, el asegurador garantiza, en caso de fallecimiento del asegurado, el pago del capital asegurado a los beneficiarios designados a tal efecto, excepto en los casos especificados en el artículo 4 de estas condiciones generales.

La cuantía de esta prestación será la convenida en las condiciones particulares del seguro.

Esta garantía solo se puede contratar para asegurados de edad inferior a 65 años, salvo pacto en contra reflejado en las condiciones particulares. La edad máxima de permanencia de cada asegurado será de 70 años, momento en el que el seguro quedará cancelado. Estas limitaciones de contratación y permanencia del asegurado se aplicarán también a la garantía de cobertura de saldos deudores.

El pago de esta prestación implica la extinción del contrato.

2.2. Garantía complementaria: Cobertura de saldos deudores

Mediante esta garantía, el asegurador se hará cargo, en caso de fallecimiento del asegurado, y con el límite máximo fijado en las condiciones particulares del seguro, de:

- La cancelación de la parte de los saldos deudores correspondientes al asegurado existentes en el momento de su fallecimiento en las cuentas corrientes y a la vista abiertas, en cualquier banco del grupo Banco Sabadell, de las que el asegurado sea titular, con excepción de las cuentas de crédito. La parte de los saldos deudores correspondientes al asegurado se

Número de póliza:

Life Care Mujer

calculará de forma proporcional al número de titulares de cada cuenta (por ejemplo, en caso de dos titulares, esta garantía cubre el 50% del saldo deudor).

- La cancelación de los saldos pendientes más las operaciones pendientes de adeudo de las tarjetas de crédito del grupo Banco Sabadell existentes en el momento del fallecimiento del asegurado cuya titularidad, tanto de la tarjeta como de la cuenta de cargo, corresponda al asegurado. La parte que se destinará a la cancelación de los saldos pendientes más las operaciones pendientes de adeudo se calculará de forma proporcional al número de tarjetas de la cuenta de crédito.

Se exceptúan de esta garantía los casos especificados en el artículo 4 de estas condiciones generales.

El importe máximo fijado para esta prestación es por asegurado, con independencia del número de seguros que tenga contratados.

3. Restricciones de contratación

3.1. Edad máxima de contratación.

La edad máxima de contratación de esta modalidad de seguro será de 64 años.

3.2. Normas de contratación y requisitos médicos.

El asegurador exigirá las pruebas médicas, de acuerdo con sus normas de selección vigentes en cada momento, en función del capital asegurado y edad de cada asegurado.

El presente contrato garantiza el pago de los capitales de cada una de las prestaciones, siempre y cuando se hayan presentado los requerimientos médicos solicitados por el asegurador y hayan sido aceptados por éste.

4. Riesgos excluidos

Quedan excluidos para cualquier garantía del presente contrato los siguientes casos, además de los que puedan establecerse en las condiciones especiales de la póliza:

a) Suicidio: las consecuencias de la acción de suicidarse, frustrada o no, cometida por el asegurado en el transcurso de un año a partir de la puesta en vigor del contrato o de cada rehabilitación. Dicha limitación también se hace efectiva para los incrementos de capital asegurado.

b) Las consecuencias de enfermedad o accidente originados con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro y conocidos por el asegurado.

c) Las consecuencias de cualquier trastorno mental o psicológico, incluyendo, aunque no exclusivamente, los trastornos del estado de ánimo, trastornos por ansiedad, trastornos somato formes, trastornos disociativos, trastornos adaptativos, trastornos psicóticos, trastornos patológicos de la persona, trastornos alimentarios, trastornos de la conducta y trastornos neurocognitivos, así como sus respectivos tratamientos y complicaciones.

d) La prestación del asegurador cuyo motivo sea la enfermedad de cáncer estará condicionada a que dicha enfermedad sea diagnosticada una vez haya transcurrido el plazo de carencia de 6 meses a partir de la fecha de efecto del contrato indicada en las condiciones particulares del seguro. Este período de carencia también será de aplicación en el caso de incrementos del capital asegurado. Por cáncer se entenderá el tumor o neoplasia malignos de crecimiento y desarrollo incontrolado, con invasión y destrucción del tejido normal. El cáncer debe estar diagnosticado y confirmado como maligno por análisis histológico.

e) Los siniestros causados por:

- Dolo, imprudencia o negligencia grave, ya sea del tomador, asegurado o beneficiario.
- Las consecuencias de la participación del asegurado en actos delictivos, apuestas, duelos o riñas (siempre que en este último caso no hubiera actuado en legítima defensa, o en tentativa de salvamento de personas o bienes).
- Las consecuencias de un acto negligente leve, ya sea del tomador, asegurado o beneficiario. Se considerará que existe negligencia leve cuando se omitan las normas de cuidado exigible a cualquier persona en la realización de una actividad.

f) Los siniestros sobrevenidos al asegurado ya sea por accidente o enfermedad:

- en estado de enajenación mental, o
- cuando el asegurado presente:
 - Una tasa de alcohol en sangre superior a la establecida para cada caso, en cada momento por la ley sobre tráfico, circulación de vehículos a motor y seguridad vial, y su normativa de desarrollo cuando se trate de un accidente de tráfico.
 - Una tasa de alcohol en sangre igual o superior a 1 gr/l en cualquier otra circunstancia.

Número de póliza:

Life Care Mujer

- por uso de drogas y/o estupefacientes no prescritos médicamente.

Se considera uso de drogas y/o estupefacientes no prescritos médicamente la presente en la orina y/o en sangre de cualquier sustancia tipificada legalmente como droga o estupefaciente no prescrito médicamente.

g) Los siniestros derivados de la práctica de cualquier deporte con carácter profesional o en forma de concurso, competiciones o con ocasión de apuestas y desafíos. Quedan excluidos también los siniestros derivados de:

- La práctica como aficionado de actividades o deportes aéreos en general (piloto de aeronaves, paracaidismo, ascensiones en globo, puenting, ala delta, ultraligeros, avionetas, planeadores y similares).
- La inmersión subacuática, espeleología y barranquismo.
- La práctica del alpinismo en alturas superiores a 5.000 metros.
- La práctica del esquí en zonas no balizadas o cerradas a la práctica del mismo.
- La escalada en todas sus modalidades y en cualquier altura.
- La participación en competiciones de vehículos a motor (incluidos entrenamientos).
- La caza, ya sea mayor o menor.

La práctica de los siguientes deportes, con carácter no profesional: artes marciales, equitación, rugby, polo, *base jumping*, boxeo, *bungee*, *cañoning*, lucha, rafting, *zorbing*, etc., o cualquier otra actividad considerada como de riesgo.

h) Los daños por hechos derivados de conflictos armados, haya precedido o no declaración oficial de guerra, motines o revoluciones, así como los daños ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición y tumulto popular. También los daños causados por temblor de tierra, erupción volcánica, inundación y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario cuya cobertura corresponde al Consorcio de Compensación de Seguros.

i) Las consecuencias de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva o química.

j) Los siniestros derivados de cualquier enfermedad infecciosa que sea considerada como epidemia por la

autoridad oficial competente o, en su defecto, por la Organización Mundial de la Salud. No obstante, quedarán cubiertos los siniestros, ya sea por fallecimiento o por invalidez permanente del asegurado, derivados de la infección por COVID-19 o cualquier otro virus directamente relacionado con este, siempre que el virus sea diagnosticado una vez haya transcurrido el plazo de carencia de 45 días a partir de la fecha efecto del contrato indicada en el correspondiente certificado individual de seguro. Este periodo de carencia también será de aplicación en el caso de incrementos del capital asegurado.

5. Beneficiarios del seguro

Serán beneficiarios de la prestación correspondiente a la garantía de fallecimiento de este seguro, en tanto no se convenga de forma distinta en las condiciones particulares del seguro, los herederos testamentarios del asegurado y, en su defecto, los herederos legales del asegurado.

Para la prestación correspondiente a la garantía complementaria de cobertura de saldos deudores, será beneficiario, con carácter irrevocable, el o los bancos del Grupo Banco Sabadell con el o los que el asegurado mantuviera el saldo deudor de la o las cuentas a la vista y/o el saldo pendiente más las operaciones pendientes de adeudo de la tarjeta de crédito.

Para el resto de garantías, se estará a lo dispuesto en las condiciones especiales de la póliza.

6. Pago de primas

6.1. El tomador se compromete al pago de las primas del seguro en la forma que se determine en las condiciones particulares del seguro. Dado que la duración del seguro es anual renovable, el vencimiento de la prima se producirá una vez haya transcurrido un año desde el inicio de vigencia del seguro, o de cada renovación. Las condiciones y plazos de dicha prima se determinarán en la solicitud y condiciones particulares del seguro.

6.2. La primera prima (o su eventual primera fracción) será exigible una vez formalizado el contrato. Si por culpa del tomador no ha sido pagada, el asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida. Si ésta no hubiera sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el asegurador quedará liberado de su obligación.

Número de póliza:

Life Care Mujer

6.3. En caso de falta de pago de la segunda y sucesivas primas (o de sus eventuales fracciones) durante un mes después del día de su vencimiento, el contrato quedará en suspenso. Si el asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, el contrato quedará extinguido.

6.4. El asegurador podrá modificar en el futuro el coste de las coberturas de la presente modalidad de seguro. En el supuesto de que el tomador no acepte las nuevas condiciones del seguro, podrá cancelar el seguro percibiendo, en su caso, el extorno de la prima que se hubiere cobrado de acuerdo con las nuevas condiciones.

Las modificaciones a las que se hace referencia en el párrafo anterior serán de aplicación al conjunto de condiciones particulares vigentes en el momento de comunicarse dichas modificaciones.

7. Duración

7.1. Una vez aceptada por el asegurador la declaración de salud, o los requisitos médicos en el caso que hubieran sido solicitados, se emitirán las condiciones particulares del seguro y, tras el pago de la prima por parte del tomador, se iniciará la cobertura garantizada por el asegurador.

7.2. La duración de este seguro será temporal renovable anualmente. Cada año se recalculará la prima en función de la edad que vaya alcanzando el asegurado, de los capitales asegurados y del coste de las coberturas aseguradas.

7.3. El asegurador irá renovando la póliza anualmente y hasta el vencimiento del seguro fijado en el momento en que el asegurado llegue a la edad máxima de permanencia en función de las garantías contratadas, de acuerdo con las normas del asegurador.

7.4. El tomador y el asegurador podrán oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada en un plazo de, al menos, un mes de antelación a la conclusión del período del seguro en curso cuando quien se oponga sea el tomador, y de dos meses cuando sea el asegurador.

El asegurador deberá comunicar al tomador, al menos con dos meses de antelación a la conclusión del período en curso, cualquier modificación del contrato de seguro.

8. Participación en beneficios. Valores de rescate y reducción

Esta modalidad de seguro no contempla ni participación en beneficios, ni valores de rescate y reducción.

9. Pago de prestaciones

9.1. En caso de la ocurrencia del riesgo previsto en las condiciones particulares, el tomador, asegurado o beneficiario deberá comunicar al asegurador el acaecimiento del siniestro dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido.

9.2. Presentación de documentación

1) En caso de fallecimiento se presentarán:

- Certificado oficial de defunción del asegurado.
- Certificado del médico que haya asistido al asegurado, indicando el origen, evolución y naturaleza de la enfermedad o accidente que le causó el fallecimiento. En su caso, testimonio de las actuaciones o diligencias judiciales relativas a las causas y circunstancias del fallecimiento.
- Certificado del Registro de Últimas Voluntades y, en su caso, copia del último testamento del tomador o auto judicial de declaración de herederos *ab-intestato*.
- Documento que acredite la personalidad y condición de beneficiario.
- Carta de pago o declaración de exención del impuesto sobre sucesiones y donaciones.
- Certificación de titularidad de cuenta.

2) Para el pago de la garantía de cobertura de saldos deudores se presentará certificación que acredite los saldos deudores de las cuentas a la vista y/o los saldos pendientes, más las operaciones pendientes de adeudo de las tarjetas de crédito en el momento del fallecimiento del asegurado.

3) En caso de producirse un siniestro correspondiente a otra garantía cubierta por este seguro de acuerdo con las condiciones particulares, deberá presentarse la documentación indicada a tal efecto en las condiciones especiales de dicha garantía.

Todos los justificantes documentales deberán presentarse debidamente legalizados, en los casos en que fuese preciso.

Número de póliza:

Life Care Mujer

El asegurador se reserva el derecho de solicitar información complementaria referente al siniestro.

9.3. El asegurador en el plazo máximo de tres meses desde el acaecimiento del siniestro satisfará al beneficiario el pago de la prestación o, en su caso, podrá dar lugar al correspondiente interés de mora.

En ningún caso habrá lugar a intereses de mora cuando la falta de satisfacción de la prestación no sea imputable al asegurador (por ejemplo, ante la falta de comunicación del siniestro, o no envío de las informaciones necesarias requeridas por el asegurador) o cuando la mora esté fundada en causa justificada (por ejemplo, si no están determinadas las causas del siniestro).

10. Carencia y limitación de derechos

10.1. En el supuesto de indicación inexacta de la fecha de nacimiento del asegurado, el asegurador podrá impugnar el contrato si la verdadera edad del asegurado en el momento de darse éste de alta excede de los límites de admisión establecidos por aquél, quedando el asegurador liberado de la obligación de pago de la prestación.

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

10.2. Si el tomador, asegurado o beneficiario, mediando dolo o culpa grave, no facilitan al asegurador la información sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro, se pierde el derecho a la prestación.

10.3. El contrato será nulo y no nace el derecho a la prestación, si en el momento de conclusión del contrato ya hubiera ocurrido el siniestro.

11. Fiscalidad de las prestaciones

El pago del capital asegurado por el presente contrato, cuando tenga por causa el fallecimiento del asegurado, estará sujeto al impuesto sobre sucesiones y donaciones en las condiciones que determinen las normas relativas a este impuesto en cada momento.

Para el resto de garantías se estará a lo dispuesto en las condiciones especiales de la póliza.

Lo dispuesto en el presente apartado se adaptará, en todo momento, a los cambios en las normas fiscales o a los criterios manifestados por la Administración Tributaria que puedan producirse durante la vigencia del seguro.

12. Comunicaciones

Las comunicaciones entre el asegurador, el tomador del seguro y el asegurado, se realizarán en el domicilio de los mismos que conste en el contrato de seguro.

Toda comunicación que el asegurador expida al tomador del seguro se dirigirá al domicilio reseñado en las condiciones particulares del seguro, considerándose recibida sin otro requisito.

Únicamente cuando el tomador del seguro haya manifestado por escrito al asegurador su cambio de domicilio con una antelación de diez días a la fecha de la comunicación remitida, se considerará válida la rectificación.

13. Prescripción

Las acciones que se deriven del contrato prescribirán en el término de cinco años, a contar desde el día en que pudieron ejercitarse.

14. Instancias de reclamación

Podrá presentarse ante la entidad aseguradora del contrato objeto de este documento (en adelante, aseguradora) cualquier queja o reclamación derivada del mismo, directamente a través del Servicio de Atención al Cliente de la aseguradora (por correo postal a la calle Agustín de Foxá, 27 - 28036 Madrid, o por correo electrónico a SAC_BSVida@BSVida.com), en las condiciones establecidas en la Orden ECO 734/2004 de 11 de marzo sobre los departamentos y servicios de atención al cliente y defensor del cliente de las entidades financieras. El Servicio de Atención al Cliente dictará resolución, dentro del plazo máximo señalado de 2 meses desde la fecha de presentación de la queja o reclamación. El reclamante, a partir de la finalización de dicho plazo o en el supuesto de que ésta no satisfaga las pretensiones del reclamante, podrá trasladar los motivos de su reclamación al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, -conforme a lo establecido en la Orden ECC/2502/2012, de 16 de noviembre-, bien

Número de póliza:

Life Care Mujer

en la dirección Paseo de la Castellana nº 44 de Madrid, o bien telemáticamente con firma electrónica a través de la Sede electrónica de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones

(https://www.sededgsfp.gob.es/SedeElectronica/Reclamaciones/Index_Proteccion_Asegurado.asp) acreditando haber presentado previamente la queja al Servicio de Atención al Cliente. En cualquier caso, puede acudir a la vía judicial.

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

15. Cláusula de adaptación del seguro a cambios en la normativa aplicable

El asegurador podrá modificar las características y condiciones del presente seguro que puedan verse afectadas por cambios normativos, o por nuevos criterios manifestados por la Administración, que se puedan producir durante la vigencia del mismo.

16. Régimen de protección de datos de carácter personal.

El o los firmantes quedan informados de que los datos personales propios y de los respectivos representados que se solicitan para este documento, así como aquellos que puedan facilitarse posteriormente y aquellos otros a los que la entidad aseguradora tenga acceso como consecuencia de la ejecución del presente contrato, o resulten de un proceso informático derivado de los ya registrados, son necesarios para el desarrollo, control y mantenimiento de la relación contractual y para la realización y gestión de las operaciones que se deriven de la misma, por lo que la entidad aseguradora queda autorizada para su tratamiento y registro en los respectivos ficheros. Los firmantes garantizan la veracidad de los datos que faciliten en cada momento y se comprometen a comunicar puntualmente a la entidad aseguradora cualquier variación sobre los mismos.

Otras finalidades. El o los firmantes autorizan expresamente a la entidad aseguradora para que pueda tratar, y mantener incluso una vez finalizada la vigencia del presente contrato, los datos personales antes referidos con el fin de elaborar o segmentar perfiles, incluso mediante técnicas automáticas que utilicen los datos actuales, históricos y estadísticos, para la valoración de riesgos,

confección y análisis de nuevas propuestas, y con el fin de remitir comunicaciones comerciales por cualquier medio, incluido el fax, teléfono, correo electrónico o medio de comunicación equivalente, para la oferta, promoción y contratación de bienes y servicios propios de la entidad aseguradora, o de cualquier otra entidad, relativos al sector financiero (banca, seguros, previsión social, servicios de inversión) y al no financiero (sector inmobiliario, gran consumo, telecomunicaciones, automoción, servicios de asesoramiento, formación y ocio).

El o los firmantes autorizan a la entidad aseguradora la cesión de los datos personales, salvo los relativos a la salud, en caso de haberlos, mediante comunicación o interconexión, a las entidades que pertenezcan al grupo empresarial del que la entidad aseguradora forme parte en cada momento, al Banco de Sabadell, S.A. y a las empresas de su grupo, filiales y participadas, o a aquellas con las que la entidad aseguradora concluya acuerdos de colaboración, que se dediquen a los sectores de actividad antes referidos, para el tratamiento de los datos personales con iguales fines a los anteriormente expuestos, incluso para remitir información agrupada de los contratos y operaciones que haya solicitado y/o formalizado con cualquiera de las empresas del citado grupo, incluso a través del domicilio y de los titulares de la cuenta bancaria de adeudo o cuenta vinculada a la operación. Pudiendo también facilitar las indicadas entidades cesionarias a la entidad aseguradora los datos personales que de los firmantes figuren en sus ficheros, con iguales fines, incluida la integración y remisión agrupada por parte de la entidad aseguradora de la información relativa a contratos y operaciones, incluso a través del domicilio y de los titulares de la cuenta bancaria de adeudo o cuenta vinculada a la operación. El o los firmantes quedan informados de que, a la formalización del presente documento, la entidad aseguradora procede a efectuar la primera cesión o acceso de datos con dichas entidades cesionarias.

Asimismo, el o los firmantes dan su autorización para la cesión de los datos a otras entidades de seguros y reaseguros u organismos públicos o privados relacionados con el sector asegurador, por razones de coberturas en pólizas, coaseguro y reaseguro, para facilitar la tramitación de siniestros, así como con fines estadísticos-actuariales y de prevención del fraude.

Tratamiento de datos en caso de incumplimiento de obligaciones dinerarias. El o los firmantes quedan informados de que en caso de no producirse el pago de las obligaciones dinerarias que se prevean en el contrato a

Número de póliza:

Life Care Mujer

favor de la entidad aseguradora, en el término previsto para ello, los datos relativos al impago podrán ser comunicados a ficheros relativos al cumplimiento o incumplimiento de obligaciones dinerarias. En el caso de personas físicas deberán cumplirse a tal efecto los requisitos previstos en el artículo 38 del Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Derechos del afectado. El o los firmantes podrán, en los términos establecidos en la normativa sobre protección de datos en cada momento vigente, revocar en cualquier momento la autorización concedida para el tratamiento y la cesión de los datos personales, así como ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación, dirigiéndose respectivamente por escrito al responsable de los mismos, que es la entidad aseguradora contratante cuyo domicilio figura en el presente documento, o dirigiéndose por escrito al operador que figura en el encabezamiento de la solicitud, a través de su domicilio que figura en la solicitud o a través de cualquier de sus oficinas abiertas al público.

17. Cláusula de indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios acaecidos en España en seguros de daños en las 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, 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 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, aún 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, modificado por el Real Decreto 1386/2011, de 14 de octubre, y en las disposiciones complementarias.

I. Resumen de las 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 que presenten rachas superiores a 120 km/h y los tornados) y caídas de meteoritos.

Se entenderá por racha el mayor valor de la velocidad del viento, sostenida durante un intervalo de tres segundos.

Con el objeto de la delimitación geográfica del área de afectación del fenómeno meteorológico, el Consorcio de Compensación de Seguros solicitará la colaboración de la Agencia Estatal de Meteorología.

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 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 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

Número de póliza:

Life Care Mujer

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 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

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 entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la citada provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

II. Procedimiento de actuación en caso de siniestro indemnizable por el Consorcio de Compensación de Seguros

En caso de siniestro, el asegurado, tomador, beneficiario, o sus respectivos representantes legales, directamente o a través de la entidad aseguradora o del mediador de seguros, deberá comunicar, dentro del plazo 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.conorseguros.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.

Las presentes condiciones generales constan de 7 páginas. El firmante declara conocer y aceptar lo dispuesto en las presentes condiciones generales y especialmente las exclusiones y limitaciones de los derechos del asegurado, tomador o beneficiario que figuran en las cláusulas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 13 y 15.

, DE DE

Firma:

Número de póliza:

Life Care Mujer

Condiciones especiales

Garantía complementaria de invalidez permanente absoluta

Las siguientes disposiciones complementan a las condiciones generales del seguro así como a las condiciones particulares del seguro en caso de que esta garantía haya sido contratada.

1. Objeto de esta garantía

Mediante la presente garantía, el asegurador garantiza, en caso de invalidez permanente absoluta del asegurado, el pago del capital asegurado a los beneficiarios designados a tal efecto, excepto en los casos especificados en el artículo "Riesgos excluidos" de las condiciones generales y de estas condiciones especiales.

La cuantía de esta prestación será la convenida en las condiciones particulares del seguro.

Se entenderá por invalidez permanente absoluta aquella situación física o psíquica, e irreversible del asegurado, a consecuencia de accidente o enfermedad, que le haya producido una total y permanente inhabilitación para el desempeño de cualquier servicio retribuido por cuenta ajena o actividad profesional autónoma sujeto a lo establecido en cada momento por la normativa de la Seguridad Social.

El pago de esta prestación supone la extinción de las restantes garantías, si las hubiere, y, por tanto, la extinción del contrato.

2. Límites de contratación

Esta garantía sólo se puede contratar para asegurados de edad inferior a 65 años.

El asegurador exigirá las pruebas médicas, de acuerdo con sus normas de selección vigentes en cada momento, en función del capital asegurado y edad de cada asegurado.

3. Riesgos excluidos

Los casos excluidos para esta garantía son los indicados en el artículo 4 de las condiciones generales.

4. Duración

La duración de esta garantía será anual renovable. En las sucesivas renovaciones, esta garantía se mantendrá vigente hasta el día que el asegurado cumpla 65 años, momento en el que se cancelará automáticamente.

5. Beneficiarios

Se entenderá como beneficiario de la garantía de invalidez permanente absoluta al propio asegurado.

6. Pago de prestaciones

De acuerdo con lo indicado en el artículo 9 de las condiciones generales, deberá aportarse la documentación que se indica a continuación.

En caso de invalidez permanente absoluta, para el pago de la prestación se presentarán los siguientes documentos:

- Certificado del médico que haya asistido al asegurado, indicando el origen, evolución y naturaleza de la enfermedad o accidente que le causó la invalidez, así como grado y pronóstico de la misma. El asegurador podrá recabar informes o pruebas complementarias a sus expensas.
- Certificado del organismo oficial competente, declarando la invalidez permanente absoluta del asegurado.
- Documento que acredite la personalidad y condición de beneficiario.
- Certificación de titularidad de cuenta.

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

El asegurador se reserva el derecho de solicitar información complementaria referente al siniestro.

El asegurador, en el plazo máximo de tres meses desde el acaecimiento del siniestro, satisfará al beneficiario el pago de la prestación o, en su caso, podrá dar lugar al correspondiente interés de mora.

En ningún caso habrá lugar a intereses de mora cuando la falta de satisfacción de la prestación no sea imputable al asegurador (por ejemplo, ante la falta de comunicación del siniestro o no envío de las informaciones necesarias requeridas por el asegurador) o cuando la mora esté fundada en causa justificada (por ejemplo, si no están determinadas las causas del siniestro).

Número de póliza:

Life Care Mujer

7. Fiscalidad de las prestaciones

El pago del capital asegurado en caso de producirse la invalidez permanente absoluta del asegurado estará sujeto al:

- Impuesto sobre la renta de las personas físicas, cuando tomador y beneficiario sean la misma persona.
- Impuesto sobre sucesiones y donaciones, cuando el beneficiario sea persona distinta al tomador del seguro.

Lo dispuesto en el presente apartado se adaptará en todo momento a los cambios en las normas fiscales o a los criterios manifestados por la Administración Tributaria que puedan producirse durante la vigencia del seguro.

Las presentes condiciones especiales constan de dos páginas. El firmante declara conocer y aceptar lo dispuesto en las presentes condiciones especiales y especialmente las exclusiones y limitaciones de los derechos del asegurado, tomador o beneficiario que figuran en las cláusulas 1, 2, 3, 4, 5 y 6.

, . DE DE

Firma:

Número de póliza:

Life Care Mujer

Condiciones especiales

Garantía complementaria de enfermedades graves

Las siguientes disposiciones complementan a las condiciones generales del seguro así como a las condiciones particulares del seguro en caso de que esta garantía haya sido contratada.

1. Objeto de la garantía

Mediante la presente garantía, el asegurador garantiza, en caso de ocurrencia de uno de los cánceres recogidos en la presentes condiciones especiales, el pago -en calidad de anticipo total o parcial del capital asegurado para la garantía principal-, del capital asegurado establecido en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía, a los beneficiarios designados a tal efecto, excepto en los casos especificados en el artículo "Riesgos excluidos" de las condiciones generales y de estas condiciones especiales.

La cuantía de esta prestación será la convenida en las condiciones particulares del seguro.

Los tipos de cáncer cubiertos por esta garantía se limitan al cáncer primario de los siguientes órganos femeninos:

- **Mama**
- **Cuello uterino**
- **Útero**
- **Ovarios**
- **Trompas de Falopio**
- **Vulva vaginal**

El pago de esta prestación supondrá, por un lado, la extinción de la garantía complementaria de enfermedades graves y, por otro lado, la disminución de todas y cada una de las prestaciones aseguradas para todas las otras garantías del contrato (excepto para la garantía complementaria de cobertura de saldos deudores), por el importe pagado por esta garantía, que se restará de cada una de las mencionadas prestaciones.

Adicionalmente a los cánceres mencionados más arriba, y cubiertos por la presente garantía, en caso de ocurrencia de un **carcinoma in situ de mama o del cuello uterino** se pagará -en calidad de anticipo parcial del capital asegurado para la garantía de enfermedades graves- el capital asegurado establecido en las condiciones particulares de la póliza para esta contingencia.

Se entiende por carcinoma in situ el crecimiento focal de células carcinomatosas que aún no ha dado lugar a la invasión de los tejidos normales, entendiéndose por invasión como la infiltración y / o activación de la destrucción de tejido o los tejidos circundantes.

La prestación del asegurador en caso de carcinoma in situ de mama o del cuello del útero / cuello uterino estará condicionada a que dicha enfermedad sea diagnosticada una vez haya transcurrido el plazo de carencia de 6 meses a partir de la fecha

de efecto del contrato indicada en las condiciones particulares del seguro.

El pago de esta última prestación supondrá la disminución de la prestación de enfermedades graves en un importe equivalente a aquél abonado en concepto de prestación relativa a la ocurrencia de un carcinoma in situ de mama o del cuello del útero.

2. Límites de contratación

Esta garantía sólo se puede contratar para aseguradas de edad inferior a 65 años. **Si estaba contratada con anterioridad, cuando el asegurado cumpla 65 años quedará cancelada.**

El asegurador exigirá las pruebas médicas, de acuerdo con sus normas de selección vigentes en cada momento, en función del capital asegurado y edad de cada asegurado.

El presente contrato garantiza el pago de los correspondientes capitales asegurados, siempre y cuando se hayan presentado los requerimientos médicos solicitados por el asegurador y hayan sido aceptados por éste.

3. Riesgos excluidos

Los casos excluidos para esta garantía son los indicados en el artículo 4 de las condiciones generales además de los siguientes supuestos:

- **Histerectomía debido a carcinoma in situ de mama o del cuello del útero. Se entiende por carcinoma in situ el crecimiento focal de células carcinomatosas que aún no ha dado lugar a la invasión de los tejidos normales, entendiéndose por invasión como la infiltración y / o activación de la destrucción de tejido o los tejidos circundantes.**

4. Beneficiarios

Se entenderá como beneficiario de esta garantía al propio asegurado.

5. Pago de prestaciones

De acuerdo con lo indicado en el artículo 9 de las condiciones generales, deberá aportarse la documentación que se indica a continuación.

Para el pago de la prestación correspondiente a la garantía complementaria de enfermedades graves, se presentarán los siguientes documentos:

- **Certificado de los médicos que hayan asistido al asegurado indicando antecedentes médicos conocidos, origen, evolución, naturaleza de la**

Número de póliza:

Life Care Mujer

enfermedad grave y de la intervención quirúrgica en su caso.

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

El asegurador se reserva el derecho de solicitar información complementaria referente al siniestro.

El asegurador, en el plazo máximo de tres meses desde el acaecimiento del siniestro, satisfará al beneficiario el pago de la prestación o, en su caso, podrá dar lugar al correspondiente interés de mora.

En ningún caso habrá lugar a intereses de mora cuando la falta de satisfacción de la prestación no sea imputable al asegurador (por ejemplo, ante la falta de comunicación del siniestro o no envío de las informaciones necesarias requeridas por el asegurador) o cuando la mora esté fundada en causa justificada (por ejemplo, si no están determinadas las causas del siniestro).

6. Fiscalidad de las prestaciones

El pago del capital asegurado por el presente contrato, cuando tenga por causa alguno de los supuestos incluidos en la garantía de enfermedades graves, estará sujeto al:

- Impuesto sobre la renta de las personas físicas, cuando tomador y beneficiario sean la misma persona.
- Impuesto sobre sucesiones y donaciones cuando el beneficiario sea persona distinta al tomador del seguro.

Lo dispuesto en el presente apartado se adaptará en todo momento a los cambios en las normas fiscales o a los criterios manifestados por la Administración Tributaria que puedan producirse durante la vigencia del seguro.

Las presentes condiciones especiales constan de una página. El firmante declara conocer y aceptar lo dispuesto en las presentes condiciones especiales y especialmente las exclusiones y limitaciones de los derechos del asegurado, tomador o beneficiario que figuran en las cláusulas 1, 2, 3, 4 y 5.

, DE DE

Firma:

Número de póliza:

Life Care Mujer

Condiciones especiales

Garantía complementaria de fallecimiento simultáneo del asegurado y su cónyuge o su pareja de hecho por accidente

Las siguientes disposiciones complementan a las condiciones generales del seguro así como a las condiciones particulares del seguro en caso de que esta garantía haya sido contratada.

1. Objeto de esta garantía

Mediante esta garantía el asegurador garantiza el pago del capital asegurado, a los beneficiarios designados a tal efecto, en caso de fallecimiento simultáneo del asegurado y su cónyuge o su pareja de hecho como consecuencia directa del mismo accidente que se haya producido durante el periodo de vigencia del seguro, siempre y cuando el fallecimiento del asegurado y de su cónyuge o su pareja de hecho se produzca en un plazo máximo de un año a contar desde la fecha de ocurrencia del citado accidente.

Esta prestación se garantizará mientras exista uno o más hijos del asegurado o de su cónyuge o su pareja de hecho menores de 23 años.

Las personas amparadas por esta cobertura son:

- Asegurado
- Cónyuge o pareja de hecho del asegurado en la fecha de producirse el accidente.

Se entiende por:

- Cónyuge: Persona unida al asegurado por vínculo matrimonial conforme a la legislación española al respecto.
- Pareja de hecho: La persona que convive con el asegurado y se encuentra inscrita junto con éste en el registro de parejas de hecho de su municipio o comunidad autónoma.

Se exceptúan de esta garantía los casos especificados en el artículo "Riesgos excluidos" de las condiciones generales y especiales.

La cuantía de esta prestación será el capital equivalente a aplicar un porcentaje sobre el capital asegurado de la cobertura principal de fallecimiento con un límite máximo. Tanto el porcentaje como el límite máximo se indicarán en las condiciones particulares del seguro.

Se entiende por accidente la lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado.

También se considerará accidente las lesiones debidas a la absorción por equivocación de sustancias tóxicas o la inhalación fortuita de gases o vapores, así como ahogarse involuntariamente.

El pago de esta prestación supone la extinción de las restantes garantías, si las hubiere, y, por tanto, la extinción del contrato.

2. Límites de contratación

Esta garantía sólo se puede contratar para asegurados de edad inferior a 65 años. **Si estaba contratada con anterioridad, cuando el asegurado cumpla 65 años quedará cancelada.**

3. Riesgos excluidos

Los casos excluidos para esta garantía son los indicados en el artículo 4 de las condiciones generales, además de los relacionados a continuación:

- Los hechos que no tengan la consideración de accidente de acuerdo con lo estipulado en el artículo primero de estas condiciones especiales.**
- Las consecuencias de todo accidente producido con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro.**
- Los accidentes provocados intencionadamente por el asegurado o el cónyuge, el suicidio o tentativa de suicidio y las mutilaciones voluntarias.**
- El fallecimiento que sea como consecuencia, directa o indirectamente, de anginas de pecho, cardiopatías, infarto de miocardio o accidente vascular cerebral (Ictus).**

4. Duración

La duración de esta garantía será anual renovable. En las sucesivas renovaciones, esta garantía se mantendrá vigente hasta que ocurra una de las siguientes circunstancias:

- El asegurado, el cónyuge o la pareja de hecho cumpla 65 años, momento en el que se cancelará automáticamente.
- Cuando recaiga sentencia de separación legal, divorcio o medie separación de hecho o causa de nulidad en la figura del cónyuge o la pareja de hecho del asegurado.
- Cuando no existan hijos del asegurado o de su cónyuge o su pareja de hecho menores de 23 años.

5. Beneficiarios

Se entenderán como beneficiarios de la garantía de fallecimiento simultáneo de asegurado y cónyuge por accidente a los beneficiarios designados por el tomador para la cobertura de fallecimiento. Si no se ha designado ninguno, serán

Número de póliza:

Life Care Mujer

beneficiarios para esta cobertura los herederos testamentarios del asegurado y en su defecto los herederos legales del asegurado.

6. Pago de prestaciones

De acuerdo con lo indicado en el artículo 9 de las condiciones generales, deberá aportarse la documentación que se indica a continuación.

En caso de fallecimiento simultáneo del asegurado y su cónyuge o su pareja de hecho por accidente, para el pago de la prestación se presentarán los siguientes documentos:

- Partida matrimonial actualizada o acreditación de inscripción como pareja de hecho actualizada.
- Copia completa del libro de familia y DNI en vigor o en su defecto NIF de los hijos del asegurado o de su cónyuge o su pareja de hecho.
- Certificado oficial de defunción del asegurado y de su cónyuge o su pareja de hecho.
- Certificado del médico que haya asistido al asegurado y certificado del médico que haya asistido al cónyuge o pareja de hecho del asegurado, indicando en ambos casos el origen, evolución y naturaleza del accidente que le causó el fallecimiento. Testimonio de las actuaciones o diligencias judiciales relativas a las causas y circunstancias del fallecimiento.
- Certificado el Registro de Últimas Voluntades del asegurado, y en su caso, copia del último testamento del tomador o auto judicial de declaración de herederos ab-intestato.
- Documento que acredite la personalidad y condición de beneficiario.
- Carta de pago o declaración de exención del impuesto sobre sucesiones y donaciones.
- Certificación de titularidad de cuenta.
- En caso de beneficiarios menores de 18 años, acreditación del tutor legal del menor o menores.

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

El asegurador se reserva el derecho de solicitar información complementaria referente al siniestro.

El asegurador, en el plazo máximo de tres meses desde el acaecimiento del siniestro, satisfará al beneficiario el pago de la prestación o, en su caso, podrá dar lugar al correspondiente interés de mora.

En ningún caso habrá lugar a intereses de mora cuando la falta de satisfacción de la prestación no sea imputable al asegurador (por ejemplo, ante la falta de comunicación del siniestro o no envío de las informaciones necesarias requeridas por el asegurador) o cuando la mora esté fundada en causa justificada (por ejemplo, si no están determinadas las causas del siniestro).

7. Fiscalidad de las prestaciones

El pago del capital asegurado en caso de producirse el fallecimiento simultáneo del asegurado y su cónyuge o su pareja de hecho por accidente del asegurado estará sujeto al impuesto sobre sucesiones y donaciones en las condiciones que determinen las normas relativas a este impuesto en cada momento.

Lo dispuesto en el presente apartado se adaptará, en todo momento, a los cambios en las normas fiscales, o a los criterios manifestados por la Administración Tributaria, que puedan producirse durante la vigencia del seguro.

Las presentes condiciones especiales constan de dos páginas. El firmante declara conocer y aceptar lo dispuesto en las presentes condiciones especiales y especialmente las exclusiones y limitaciones de los derechos del asegurado, tomador o beneficiario que figuran en las cláusulas 1, 2, 3, 4, 5 y 6.

, DE DE .

Firma:

Número de póliza: