

Condiciones generales de tu seguro de vida

Índice

Preliminar

1. Bases e indisputabilidad del contrato
2. Objeto del seguro
3. Restricciones de contratación
4. Riesgos excluidos
5. Beneficiarios del seguro
6. Pago de primas
7. Duración
8. Participación en beneficios. Valores de rescate y reducción
9. Pago de prestaciones
10. Carencia y limitación de derechos
11. Fiscalidad de las prestaciones
12. Comunicaciones
13. Prescripción
14. Instancias de reclamación
15. Cláusula de adaptación del seguro a cambios en la normativa aplicable
16. Régimen de protección de datos de carácter personal
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

Condiciones especiales

Modelo condicionado: CGESANU01

Sabadell Seguros Vida, Sabadell Seguros Vida Plus y Sabadell Seguros Vida Premium son seguros de vida de BanSabadell Vida, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros. Domicilio social: calle de Isabel Colbrand, 22, 28050 Madrid. Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid. Inscrita en la Dirección General de Seguros como entidad aseguradora, con el n.º C-557. NIF A-08371908.

Seguros mediados por BanSabadell Mediación, Operador de Banca-Seguros Vinculado del Grupo Banco Sabadell, S. A. (BanSabadell Mediación) y comercializado a través de la red de Banco de Sabadell, S. A., entidad con la que tiene suscrito un contrato de prestación de servicios de red de distribución. BanSabadell Mediación tiene domicilio en avenida Óscar Esplá, 37, 03007 Alicante, NIF A-03424223, y está inscrita en el R. M. de Alicante y en el Registro Administrativo de Distribuidores de Seguros y Reaseguros de la DGSyFP con clave n.º OV-0004

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 los 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 el asegurador le solicite.

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

Asegurador (también referenciado como compañía aseguradora o entidad aseguradora): BanSabadell Vida, S. A. de Seguros y Reaseguros, con domicilio en la calle de Isabel Colbrand, 22, 28050 Madrid, España.

Póliza (contrato de seguro): 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: precio del seguro. El recibo contiene los recargos e impuestos legalmente repercutibles.

Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones: órgano dependiente del Ministerio de Economía, Comercio y Empresa 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 los que el asegurador los habrá sometido, 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 o formalización del contrato, de declarar al asegurador, de acuerdo con el cuestionario a que este los someta, todas las circunstancias por ellos conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

1.4

En caso de reticencia o de inexactitud en cuanto a las declaraciones del tomador y del asegurado, y 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 desde el conocimiento de la reserva o de la 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 que la declaración relativa a la edad que se regula en el artículo 10, apartado 1 sea inexacta.

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 que sea una persona distinta al 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 a 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 que vayan a realizar a otro país. 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.

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 dé 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, estas 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 este y las condiciones acordadas del seguro. Transcurrido dicho plazo, si no se efectúa la reclamación, se seguirá 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 el 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 este 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. Podrá enviarse por correo postal a la siguiente dirección de correo ordinario: calle de Isabel Colbrand, 22, 28050 Madrid, o por correo electrónico a la siguiente dirección electrónica: adminvidaypensiones@sabadellsegurosypensiones.com. 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

Este seguro de vida está destinado a proteger al asegurado con unas coberturas y unos capitales basados en el segmento de cliente al que pertenezca (Adultos, Familias o Más 50) y en el nivel de protección deseado.

Cada modalidad de contratación, denominadas comercialmente Sabadell Seguros Vida, Sabadell Seguros Vida Plus y Sabadell Seguros Vida Premium tienen unos niveles de coberturas y de capitales mínimos que van incrementándose de una a otra.

No obstante, el tomador del seguro tanto en el momento de la contratación como durante la vida del contrato siempre podrá elegir las garantías y los capitales asegurados por los que desea estar cubierto, respetando las condiciones de suscripción establecidas por la compañía aseguradora en cuanto a las garantías y a los capitales mínimos de cada modalidad vigentes en cada momento.

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 cobertura, 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 "Riesgos excluidos" de estas condiciones generales.**

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

Esta garantía solo pueden contratarla los asegurados de edad inferior a 67 años, salvo pacto en contra reflejado en las condiciones particulares. La edad máxima de permanencia de cada asegurado será de 75 años, momento en el que el seguro quedará cancelado.

La ocurrencia del riesgo previsto en esta garantía supondrá la extinción del contrato.

3. Restricciones de contratación

3.1. Edad máxima de contratación

Este seguro solo pueden contratarlo los asegurados de edad inferior a 67 años, salvo pacto en contra reflejado en las condiciones particulares.

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 de la 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 este.

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 seis meses a partir de la fecha de efecto del contrato indicada en las condiciones particulares del seguro. Este período de carencia también se aplicará en el caso de incrementos del capital asegurado. Por cáncer se entenderá el tumor o la neoplasia malignos de crecimiento y desarrollo incontrolado, con invasión y destrucción del tejido normal. El cáncer debe haber sido diagnosticado y confirmado como maligno mediante un análisis histológico.
- e) Los siniestros causados por:
 - Dolo, imprudencia o negligencia grave, ya sea del tomador, asegurado o beneficiario.
 - 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).
 - 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.
 - 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 g/l en cualquier otra circunstancia.
 - Por consumo de drogas y/o estupefacientes no prescritos médicamente.
Se considerará consumo de drogas y/o estupefacientes no prescritos médicamente la presencia en la orina y/o en la 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 las siguientes prácticas:
 - Las actividades o los deportes aéreos en general (piloto de aeronaves, paracaidismo, ascensiones en globo, *puenting*, ala delta, ultraligeros, avionetas, planeadores y similares) que se practiquen como aficionado.
 - La inmersión subacuática, la espeleología y el barranquismo.

- El alpinismo en alturas superiores a 5.000 metros.
- El 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 los entrenamientos).
- La caza, ya sea mayor o menor.

La práctica de los siguientes deportes, con carácter no profesional: artes marciales, equitación, rugby, polo, salto base, boxeo, *puenting*, barranquismo, lucha, *rafting*, *zorbing*, etc., o cualquier otra actividad considerada 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 una 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 incapacidad 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 cuarenta y cinco días a partir de la fecha de efecto del contrato indicada en el correspondiente certificado individual de seguro. Este período de carencia también se aplicará 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 *ab intestato* del asegurado.

Para el resto de garantías, se seguirá 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 los plazos de dicha prima se determinarán en la solicitud y en las condiciones particulares del seguro.

6.2

Para el cálculo de la prima, la entidad aseguradora tomará en consideración los siguientes factores de riesgo objetivos: edad, profesión, actividad, garantías, capitales asegurados y estado de salud del asegurado.

El capital asegurado se establecerá en las condiciones particulares del contrato para cada una de las garantías contratadas.

Las primas anuales que el tomador ha de pagar en los años siguientes se indicarán en las condiciones particulares, manteniendo las condiciones de garantías y capitales asegurados definidos en el momento de la contratación y pudiendo variar de acuerdo con lo estipulado en este mismo apartado.

6.3

La prima hace referencia al período de duración del seguro acordado y el tomador la debe por entero. No obstante, las partes podrán acordar el fraccionamiento del pago en los plazos establecidos en las condiciones particulares.

En caso de impago de las fracciones de la prima distintas a la primera, el tomador del seguro perderá el derecho al fraccionamiento pactado y el asegurador podrá exigirle, desde ese momento, la prima que reste hasta el siguiente vencimiento.

El vencimiento anticipado de las fracciones de la prima se producirá igualmente en caso de siniestro, por lo que el asegurador descontará su importe de la prestación garantizada.

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

6.4

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

6.5

La entidad aseguradora podrá modificar en el futuro el coste de las garantías del presente 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 que el asegurador acepte la declaración de salud o los requisitos médicos en el caso de 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 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, o en la fecha de ocurrencia de alguno de los riesgos cubiertos por el seguro, todo ello 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 tomador podrá oponerse de cualquiera de las siguientes maneras: por correo postal escribiendo a la siguiente dirección de correo ordinario: calle de Isabel Colbrand, 22, 28050 Madrid o por correo electrónico escribiendo a la siguiente dirección electrónica: adminvidaypensiones@sabadellsegurosypensiones.com. Adicionalmente, la entidad aseguradora pone a disposición del cliente el siguiente teléfono de atención para facilitar toda la información necesaria para llevar a cabo esta gestión: 900 101 941.

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

Este seguro no contempla participación en beneficios, ni valores de rescate, ni reducción.

9. Pago de prestaciones

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 tras haberlo conocido.

9.1. Presentación de documentación

1) En caso de fallecimiento se presentarán los siguientes documentos:

- Certificado oficial de defunción del asegurado.
- Certificado del médico que haya asistido al asegurado, en el que se indique el origen, la evolución y la naturaleza de la enfermedad o del accidente que provocó 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.
- Certificado de titularidad de cuenta.

2) En caso de que un siniestro corresponda 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 a la compañía aseguradora según lo previsto en el artículo 12. "Comunicaciones" de estas condiciones generales del seguro, en los casos en los que fuese preciso, o a través de la red de distribución del mediador del seguro.

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

9.2. Pago de la prestación

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 si no se envían las informaciones necesarias requeridas por el asegurador) o cuando la mora esté fundada en causa justificada (por ejemplo, si no se determinan las causas del siniestro).

10. Carencia y limitación de derechos

10.1

En el supuesto de que la fecha de nacimiento del asegurado no sea exacta, la entidad aseguradora podrá impugnar el contrato si, en el momento en el que el asegurado se dé de alta, su verdadera edad excede de los límites de admisión establecidos por la misma, por lo que el asegurador quedará 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 abonar, 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, perderán el derecho a la prestación.

10.3

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

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 seguirá lo dispuesto en las condiciones especiales de la póliza.

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

12. Comunicaciones

Las comunicaciones relativas al contrato se facilitarán al tomador preferentemente mediante un canal digital, como, por ejemplo, por correo electrónico, por la web y app del comercializador, etc., siempre que el tomador disponga de estos o pueda darse de alta.

Si el tomador no tiene acceso al canal digital, o lo solicita, las comunicaciones se enviarán al domicilio del tomador indicado en las condiciones particulares del seguro.

Sin perjuicio de lo anterior, otras posibles comunicaciones que, eventualmente, pudieran llegar a producirse entre la aseguradora y el tomador y/o asegurado se realizarán en el domicilio del mismo que conste en las condiciones particulares del seguro.

Toda comunicación que el asegurador pudiera dirigir al tomador y/o al asegurado al domicilio indicado en las condiciones particulares del seguro se considerará recibida sin otro requisito. Únicamente cuando el tomador y/o el asegurado haya manifestado por escrito a la aseguradora su cambio de domicilio con una antelación de diez días a la fecha de la comunicación remitida por la aseguradora referida en este párrafo 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 Acanto, 22, 28045 Madrid, o por correo electrónico a SAC_BSVida@bancsabadell.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 el defensor del cliente de las entidades financieras.

El Servicio de Atención al Cliente dictará resolución, dentro del plazo máximo señalado de dos meses desde la fecha de presentación de la queja o reclamación. El reclamante, cuando finalice el plazo o en el supuesto de que esta no satisfaga sus pretensiones, 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 en la dirección Paseo de la Castellana, 44, 28046 Madrid, o bien telemáticamente con firma electrónica a través de la sede electrónica de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (<https://dgsfp.mineco.gob.es/es/Consumidor/Reclamaciones/Paginas/InformacionProcedimiento.aspx>) 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 esta, será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo el del domicilio del asegurado, a cuyo efecto este 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

Responsable del tratamiento: BanSabadell Vida, S. A. de Seguros y Reaseguros.

Finalidad del tratamiento: Cálculo de la prima, contratación y ejecución de la póliza de seguro, según proceda.

Base legal: La base de legitimación del tratamiento de sus datos personales es la ejecución del contrato suscrito.

Perfilados: Se elaboran perfilados con fines actuariales y análisis de mercados objetivos.

Derechos: Acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación y portabilidad.

Puede consultar la **información adicional** en www.sabadellsegurosypensiones.com/tratamientovida.

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, el tomador de un contrato de seguro de los que deben obligatoriamente incorporar recargo a favor de la citada entidad pública empresarial tiene la facultad de convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier entidad aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente.

Las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en España o en el extranjero, cuando el asegurado tenga su residencia habitual en España, las pagará el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el tomador hubiese satisfecho los correspondientes recargos a su favor y se produjera alguna de las siguientes situaciones:

- a. Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por la póliza de seguro contratada con la entidad aseguradora.
- b. Que, aun estando amparado por dicha póliza de seguro, las obligaciones de la entidad aseguradora no pudieran ser cumplidas por haber sido declarada judicialmente en concurso o por estar sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros.

El Consorcio de Compensación de Seguros ajustará su actuación a lo dispuesto en el mencionado Estatuto legal, en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, en el Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, aprobado por el Real Decreto 300/2004, de 20 de febrero, y en las disposiciones complementarias.

Resumen de las normas legales

17.1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

- a. Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos; inundaciones extraordinarias, incluidas las producidas por embates de mar; erupciones volcánicas; tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 120 km/h y los tornados); y caídas de cuerpos siderales y aerolitos.
- b. Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
- c. Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.
- d. Los fenómenos atmosféricos y sísmicos, de erupciones volcánicas y la caída de cuerpos siderales se certificarán, a instancia del Consorcio de Compensación de Seguros, mediante informes expedidos por la Agencia Estatal de Meteorología (AEMET), el Instituto Geográfico Nacional y los demás organismos públicos competentes en la materia. En los casos de acontecimientos de carácter político o social, así como en el supuesto de daños producidos por hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas o Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz, el

Consortio de Compensación de Seguros podrá recabar de los órganos jurisdiccionales y administrativos competentes información sobre los hechos acaecidos.

17.2. Riesgos excluidos

- a. Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
- b. Los ocasionados a personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.
- c. Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- d. Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 12/2011, de 27 de mayo, sobre responsabilidad civil por daños nucleares o producidos por materiales radiactivos.
- e. Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el apartado 17.1.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 17.1.b) anterior.
- g. Los causados por mala fe del asegurado.
- h. Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.
- i. Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de "catástrofe o calamidad nacional".

17.3. Extensión de la cobertura

- a. 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.
- b. En las pólizas de seguro de vida que, de acuerdo con lo previsto en el contrato y de conformidad con la normativa reguladora de los seguros privados, generen provisión matemática, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que la entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. La entidad aseguradora satisfará el importe correspondiente a la provisión matemática.
- c. Comunicación de daños al Consorcio de Compensación de Seguros.
 - 1. El tomador del seguro, el asegurado o el beneficiario de la póliza, o quien actúe por cuenta y nombre de los anteriores, o la entidad aseguradora o el mediador de seguros con cuya intervención se hubiera gestionado el seguro comunicarán al Consorcio de Compensación de Seguros la solicitud de indemnización de daños.
 - 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. El Consorcio de Compensación de Seguros efectuará la valoración de los daños que resulten indemnizables con arreglo a la legislación de seguros y al contenido de la póliza de seguro, sin que este quede vinculado por las valoraciones que, en su caso, hubiese realizado la entidad aseguradora que cubriese los riesgos ordinarios.
- d. El Consorcio de Compensación de Seguros realizará el pago de la indemnización al beneficiario del seguro mediante transferencia bancaria.
-

Las presentes condiciones generales constan de doce páginas. El tomador del seguro firmante declara conocer y aceptar lo dispuesto en las presentes condiciones generales y, especialmente, las exclusiones y las 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.

Condiciones especiales de tu seguro de vida

Garantía complementaria de incapacidad 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 esta cobertura, el asegurador garantiza, en caso de incapacidad permanente absoluta del asegurado, el pago del capital asegurado a los beneficiarios designados a tal efecto, **excepto en los casos especificados en el artículo 4 “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 incapacidad permanente absoluta aquella situación física o psíquica e irreversible del asegurado, a consecuencia de un accidente o de una 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.

La ocurrencia del riesgo previsto en esta garantía supondrá la extinción del contrato.

2. Límites de contratación

La edad máxima de contratación para esta garantía será la establecida en el artículo 3.1 “Edad máxima de contratación” de las condiciones generales. Si se había contratado con anterioridad, cuando el asegurado cumpla 67 años, quedará cancelada.

3. Riesgos excluidos

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

4. Duración

Esta garantía estará asegurada mientras el contrato este vigente y hasta la edad máxima de permanencia de esta cobertura, fijada en los 67 años, momento en el que se cancelará automáticamente.

5. Beneficiarios

Se entenderá como beneficiario de la garantía de incapacidad 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 incapacidad permanente absoluta, para el pago de la prestación, se presentarán los siguientes documentos:

- Certificado del médico que haya asistido al asegurado, en el que se indique el origen, la evolución y la naturaleza de la enfermedad o del accidente que le provocó la incapacidad, así como su grado y pronóstico. El asegurador podrá recabar informes o pruebas complementarias a sus expensas.
- Certificado del organismo oficial competente que declare la incapacidad permanente absoluta del asegurado.
- Documento que acredite la personalidad y condición de beneficiario.
- Certificado de titularidad de cuenta.

Todos los justificantes documentales deberán presentarse debidamente legalizados a la compañía aseguradora según lo previsto en el artículo 12. "Comunicaciones" de las condiciones generales del seguro, en los casos en los que fuere preciso, o a través de la red de distribución del mediador del seguro.

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 si no se envían las informaciones necesarias requeridas por el asegurador) o cuando la mora esté fundada en causa justificada (por ejemplo, si no se determinan las causas del siniestro).

7. Fiscalidad de las prestaciones

El pago del capital asegurado en caso de producirse la incapacidad permanente absoluta del asegurado estará sujeto a los siguientes impuestos:

- 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 una persona distinta al tomador del seguro.

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

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

Condiciones especiales de tu seguro de vida

Garantía complementaria de fallecimiento 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 cobertura, el asegurador garantiza el pago del capital asegurado a los beneficiarios designados a tal efecto, si el asegurado fallece como consecuencia directa de un accidente que se haya producido durante el período de vigencia del seguro, **siempre y cuando el fallecimiento se produzca en un plazo máximo de un año a contar desde la fecha de ocurrencia del citado accidente.**

Se exceptúan de esta garantía los casos especificados en el artículo 4 “Riesgos excluidos” de las condiciones generales y los riesgos excluidos de las presentes condiciones especiales. La cuantía de esta prestación será la convenida en las condiciones particulares del seguro.

Se entenderá por accidente la lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado. También se considerarán accidentes las lesiones debidas a la absorción por equivocación de sustancias tóxicas o la inhalación fortuita de gases o vapores, así como ahogarse involuntariamente.

La ocurrencia del riesgo previsto en esta garantía supondrá la extinción del contrato.

2. Límites de contratación

La edad máxima de contratación para esta garantía será la establecida en el artículo 3.1 “Edad máxima de contratación” de las condiciones generales. Si se había contratado con anterioridad, cuando el asegurado cumpla 67 años, quedará cancelada.

3. Riesgos excluidos

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

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

4. Duración

Esta garantía estará asegurada mientras el contrato este vigente y hasta la edad máxima de permanencia de esta cobertura, fijada en los 67 años, momento en el que se cancelará automáticamente.

5. Beneficiarios

De acuerdo con lo indicado en el artículo 5 de las condiciones generales y en tanto no se convenga de forma distinta en las condiciones particulares del seguro, se entenderá como beneficiario de la garantía de fallecimiento por accidente a los herederos testamentarios del asegurado y, en su defecto, a los herederos *ab intestato* 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 por accidente, para el pago de la prestación, se presentarán los siguientes documentos:

- Certificado oficial de defunción del asegurado.
- Certificado del médico que haya asistido al asegurado, en el que se indique el origen, la evolución y la naturaleza del accidente que le provocó 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.
- Certificado de titularidad de cuenta.

Todos los justificantes documentales deberán presentarse debidamente legalizados a la compañía aseguradora según lo previsto en el artículo 12. "Comunicaciones" de las condiciones generales del seguro, en los casos en que fuere preciso, o a través de la red de distribución del mediador del seguro.

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 si no se envían las informaciones necesarias requeridas por el asegurador) o cuando la mora esté fundada en causa justificada (por ejemplo, si no se determinan las causas del siniestro).

7. Fiscalidad de las prestaciones

El pago del capital asegurado en caso de producirse el fallecimiento 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 este apartado se adaptará, en todo momento, a los cambios de las normas fiscales o de los criterios manifestados por la Administración Tributaria que puedan producirse durante la vigencia del seguro.

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

Condiciones especiales de tu seguro de vida

Garantía complementaria de incapacidad permanente absoluta 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 cobertura, el asegurador garantiza el pago del capital asegurado a los beneficiarios designados a tal efecto en caso de que se acredite la incapacidad permanente absoluta del asegurado como consecuencia directa de un accidente que se haya producido durante el período de vigencia del seguro, **siempre y cuando la incapacidad permanente absoluta se determine en el plazo máximo de un año a contar desde la fecha de ocurrencia del citado accidente.**

Se exceptúan de esta garantía los casos especificados en el artículo 4 “Riesgos excluidos” de las condiciones generales y especiales.

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

Se entenderá por incapacidad permanente absoluta aquella situación física o psíquica e irreversible del asegurado, a consecuencia de un accidente o de una 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.

Se entenderá por accidente la lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado. También se considerarán accidentes las lesiones debidas a la absorción por equivocación de sustancias tóxicas o la inhalación fortuita de gases o vapores, así como ahogarse involuntariamente.

La ocurrencia del riesgo previsto en esta garantía supondrá la extinción del contrato.

2. Límites de contratación

La edad máxima de contratación para esta garantía será la establecida en el artículo 3.1 “Edad máxima de contratación” de las condiciones generales. Si se había contratado con anterioridad, cuando el asegurado cumpla 67 años, quedará cancelada.

3. Riesgos excluidos

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

- a) Los hechos que no tengan la consideración de accidente de acuerdo con lo estipulado en el artículo primero de estas condiciones especiales.
- b) Las consecuencias de todo accidente producido con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro.
- c) Los accidentes provocados intencionadamente por el asegurado, el suicidio o la tentativa de suicidio y las mutilaciones voluntarias.
- d) La incapacidad permanente absoluta que sea como consecuencia, directa o indirecta, de anginas de pecho, cardiopatías, infarto de miocardio o accidente cerebrovascular.

4. Duración

Esta garantía estará asegurada mientras el contrato este vigente y hasta la edad máxima de permanencia de esta cobertura, fijada en los 67 años, momento en el que se cancelará automáticamente.

5. Beneficiarios

Se entenderá como beneficiario de la garantía de incapacidad 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 incapacidad permanente absoluta por accidente, para el pago de la prestación, se presentarán los siguientes documentos:

- Certificado del médico que haya asistido al asegurado, en el que se indique el origen, la evolución y la naturaleza del accidente que le provocó la incapacidad, así como su grado y pronóstico. El asegurador podrá recabar informes o pruebas complementarias a sus expensas.
- Certificado del organismo oficial competente en el que se declare la incapacidad permanente absoluta del asegurado.
- Documento que acredite la personalidad y condición de beneficiario.
- Certificado de titularidad de cuenta.

Todos los justificantes documentales deberán presentarse debidamente legalizados a la compañía aseguradora según lo previsto en el artículo 12. "Comunicaciones" de las condiciones generales del seguro, en los casos en que fuere preciso, o a través de la red de distribución del mediador del seguro.

o a través de su red de distribución.

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 si no se envían las informaciones necesarias requeridas por el asegurador) o cuando la mora esté fundada en causa justificada (por ejemplo, si no se determinan las causas del siniestro).

7. Fiscalidad de las prestaciones

El pago del capital asegurado en caso de producirse la incapacidad permanente absoluta del asegurado por accidente estará sujeto a los siguientes impuestos:

- 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 una persona distinta al tomador del seguro.

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

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

Condiciones especiales de tu seguro de vida

Garantía complementaria de anticipo por 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 esta garantía

Mediante esta cobertura, el asegurador garantiza el pago del capital asegurado, en calidad de anticipo del capital asegurado para la garantía principal, a los beneficiarios designados a tal efecto, cuando se diagnostique al asegurado alguna de las enfermedades descritas en los puntos a. y b. Se entenderá por:

a. Cáncer: el diagnóstico de un tumor maligno caracterizado por un crecimiento invasivo incontrolado y una diseminación, verificado mediante informe histopatológico, y clasificado como cáncer maligno. Dicho cáncer incluye el linfoma maligno y los trastornos malignos de la médula ósea, incluida la leucemia.

Se excluyen los siguientes:

- Carcinoma *in situ* (CIS), tumor *in situ* (TIS), cáncer preinvasivo, displasia, tumores benignos, quistes y todas las afecciones premalignas.
- Carcinomas basocelulares y escamosos de la piel, y linfomas cutáneos, sarcomas y dermatofibrosarcoma protuberante confinados a la piel (para todos, la piel se define como una o más de las capas de tejido epidérmico, dérmico y subcutáneo de la piel).
- Cáncer diagnosticado sobre la base del hallazgo de células tumorales y/o moléculas asociadas al tumor en sangre, saliva, heces, orina o cualquier otro fluido corporal en ausencia de otras pruebas definitivas y clínicamente verificables.

b. Diagnóstico definitivo de infarto de miocardio con muerte del músculo cardíaco confirmado por el aumento y/o la disminución característicos de un análisis de sangre de biomarcadores cardíacos (troponina I, troponina T o CK-MB) hasta el nivel considerado diagnóstico de infarto agudo de miocardio, más al menos dos de las siguientes pruebas:

- Síntomas y signos cardíacos agudos compatibles con un infarto de miocardio:
- Nuevos cambios en el electrocardiograma característicos de un infarto agudo de miocardio.
- Evidencia por imagen de nueva pérdida de miocardio viable o anomalía regional del movimiento de la pared.

El diagnóstico debe ser confirmado por un médico especialista en cardiología.

Quedan excluidos:

- Otros síndromes coronarios agudos.
- Lesión del miocardio.
- Angina de pecho sin infarto de miocardio.

La prestación del asegurador en caso de estas enfermedades estará condicionada a que sean diagnosticadas una vez transcurrido el plazo de seis meses a partir de la fecha de efecto del contrato indicada en las condiciones particulares del seguro para el cáncer, y de noventa días para el resto de enfermedades recogidas en esta garantía.

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

La ocurrencia del riesgo previsto en esta garantía supondrá, por un lado, la extinción de la garantía complementaria de anticipo por enfermedades graves y, por otro lado, la disminución de las prestaciones aseguradas para las garantías de fallecimiento, fallecimiento por accidente, incapacidad permanente absoluta e incapacidad permanente absoluta por accidente, por el importe pagado por esta garantía, que se detraerá de cada una de las mencionadas prestaciones.

2. Límites de contratación

La edad máxima de contratación para esta garantía será la establecida en el artículo 3.1 "Edad máxima de contratación" de las condiciones generales. Si se había contratado con anterioridad, cuando el asegurado cumpla 67 años, quedará cancelada.

3. Riesgos excluidos

Se exceptúan de esta garantía los casos especificados en el artículo 4 "Riesgos excluidos" de las condiciones generales, además de las indicadas en este documento, para cada una de las enfermedades incluidas en esta garantía.

4. Beneficiarios

Se entenderá como beneficiario de esta garantía al propio asegurado.

5. Pago de las 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 anticipo por enfermedades graves, se presentarán los siguientes documentos:

- Certificado de los médicos que hayan asistido al asegurado en el que se indiquen los antecedentes médicos conocidos, el origen, la evolución, la naturaleza del cáncer o del infarto de miocardio.

Todos los justificantes documentales deberán presentarse debidamente legalizados a la compañía aseguradora según lo previsto en el artículo 12. "Comunicaciones" de las condiciones generales del seguro, en los casos en que fuere preciso, o a través de la red de distribución del mediador del seguro.

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 si no se envían las informaciones necesarias requeridas por el asegurador) o cuando la mora esté fundada en causa justificada (por ejemplo, si no se determinan las causas del siniestro).

6. Fiscalidad de las prestaciones

El pago del capital asegurado por el presente contrato, cuando tenga por causa algunos de los supuestos incluidos en la garantía de anticipo por enfermedades graves, generará una renta calificada como ganancia patrimonial en el IRPF e integrable en la base imponible del ahorro.

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

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

Condiciones especiales de tu seguro de vida

Garantía complementaria de anticipo por enfermedades graves plus

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 cobertura, el asegurador garantiza el pago del capital asegurado, en calidad de anticipo del capital asegurado para la garantía principal, a los beneficiarios designados a tal efecto, cuando se diagnostique al asegurado alguna de las enfermedades descritas en los puntos a., b., c., d. y e. Se entenderá por:

- a. **Cáncer:** el diagnóstico de un tumor maligno caracterizado por un crecimiento invasivo incontrolado y una diseminación, verificado mediante informe histopatológico, y clasificado como cáncer maligno. Dicho cáncer incluye el linfoma maligno y los trastornos malignos de la médula ósea, incluida la leucemia.

Se excluyen los siguientes:

- Carcinoma *in situ* (CIS), tumor *in situ* (TIS), cáncer preinvasivo, displasia, tumores benignos, quistes y todas las afecciones premalignas.
 - Carcinomas basocelulares y escamosos de la piel, y linfomas cutáneos, sarcomas y dermatofibrosarcoma protuberante confinados a la piel (para todos, la piel se define como una o más de las capas de tejido epidérmico, dérmico y subcutáneo de la piel).
 - Cáncer diagnosticado sobre la base del hallazgo de células tumorales y/o moléculas asociadas al tumor en sangre, saliva, heces, orina o cualquier otro fluido corporal en ausencia de otras pruebas definitivas y clínicamente verificables.
- b. **Diagnóstico definitivo de infarto de miocardio** con muerte del músculo cardíaco confirmado por el aumento y/o la disminución característicos de un análisis de sangre de biomarcadores cardíacos (troponina I, troponina T o CK-MB) hasta el nivel considerado diagnóstico de infarto agudo de miocardio, más al menos dos de las siguientes pruebas:
- Síntomas y signos cardíacos agudos compatibles con un infarto de miocardio:
 - Nuevos cambios en el electrocardiograma característicos de un infarto agudo de miocardio.
 - Evidencia por imagen de nueva pérdida de miocardio viable o anomalía regional del movimiento de la pared.

El diagnóstico debe ser confirmado por un médico especialista en cardiología.

Quedan excluidos:

- Otros síndromes coronarios agudos.
 - Lesión del miocardio.
 - Angina de pecho sin infarto de miocardio.
- c. **Accidente cerebrovascular:** la muerte del tejido cerebral debido a un suministro sanguíneo inadecuado o a una hemorragia dentro del cráneo que provoque lo siguiente:
- Aparición brusca de nuevos síntomas neurológicos compatibles con un accidente cerebrovascular.
 - Nuevas deficiencias neurológicas objetivas en la exploración clínica que persistan de forma continuada durante al menos sesenta días tras el diagnóstico del accidente cerebrovascular.
 - Nuevos hallazgos en la tomografía computarizada o la resonancia magnética, si se han realizado, coherentes con el diagnóstico clínico.

El diagnóstico debe ser confirmado por un médico especialista en neurología.

Quedan excluidos los siguientes casos:

- Accidente isquémico transitorio (AIT).
 - Lesión traumática del tejido cerebral o de los vasos sanguíneos.
 - Hemorragia secundaria en una lesión cerebral preexistente.
 - Una anomalía observada en exploraciones cerebrales o de otro tipo sin síntomas clínicos ni signos neurológicos claramente relacionados.
 - Muerte del tejido del nervio óptico o la retina/ictus ocular.
- d. **Insuficiencia renal:** la enfermedad renal crónica y terminal (insuficiencia renal) de ambos riñones que requiere diálisis peritoneal o hemodiálisis periódicas permanentes.

El diagnóstico debe ser confirmado por un médico especialista en nefrología.

- e. **Trasplante mayor de órganos:** el sometido a un trasplante como receptor de otro donante humano de:
- Médula ósea, o al menos un lóbulo del hígado, o de un corazón, pulmón, riñón o páncreas completos.

Se excluye lo siguiente:

- Trasplante de cualquier otro órgano, parte de órgano, tejido o célula.

La prestación del asegurador en caso de estas enfermedades estará condicionada a que sean diagnosticadas una vez transcurrido el plazo de seis meses a partir de la fecha de efecto del contrato indicada en las condiciones particulares del seguro para el cáncer, y de noventa días para el resto de enfermedades recogidas en esta garantía.

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

La ocurrencia del riesgo previsto en esta garantía supondrá, por un lado, la extinción de la garantía complementaria de anticipo por enfermedades graves y, por otro lado, la disminución de las prestaciones aseguradas para las garantías de fallecimiento, fallecimiento por accidente, incapacidad permanente absoluta e incapacidad permanente absoluta por accidente, por el importe pagado por esta garantía, que se detraerá de cada una de las mencionadas prestaciones.

2. Límites de contratación

La edad máxima de contratación para esta garantía será la establecida en el artículo 3.1 "Edad máxima de contratación" de las condiciones generales. Si se había contratado con anterioridad, cuando el asegurado cumpla 67 años, quedará cancelada.

3. Riesgos excluidos

Se exceptúan de esta garantía los casos especificados en el artículo 4 "Riesgos excluidos" de las condiciones generales, además de las indicadas en este documento, para cada una de las enfermedades incluidas en esta garantía.

4. Beneficiarios

Se entenderá como beneficiario de esta garantía al propio asegurado.

5. Pago de las 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 anticipo por enfermedades graves plus, se presentarán los siguientes documentos:

- Certificado de los médicos que hayan asistido al asegurado en el que se indiquen los antecedentes médicos conocidos, el origen, la evolución, la naturaleza del cáncer, del infarto de miocardio, del accidente cerebrovascular, de la insuficiencia renal o del trasplante mayor de órganos.

Todos los justificantes documentales deberán presentarse debidamente legalizados a la compañía aseguradora según lo previsto en el artículo 12. "Comunicaciones" de las condiciones generales del seguro, en los casos en que fuere preciso, o a través de la red de distribución del mediador del seguro.

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 si no se envían las informaciones necesarias requeridas por el asegurador) o cuando la mora esté fundada en causa justificada (por ejemplo, si no se determinan las causas del siniestro).

6. Fiscalidad de las prestaciones

El pago del capital asegurado por el presente contrato, cuando tenga por causa algunos de los supuestos incluidos en la garantía de anticipo por enfermedades graves plus, generará una renta calificada como ganancia patrimonial en el IRPF e integrable en la base imponible del ahorro.

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

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

Condiciones especiales de tu seguro de vida

Garantía complementaria de gran invalidez

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 cobertura, el asegurador garantiza, en caso de gran invalidez del asegurado, el pago del capital asegurado a los beneficiarios designados a tal efecto, **excepto en los casos especificados en el artículo 4 “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 gran invalidez la situación del asegurado afecto de incapacidad permanente absoluta y que, por consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesite de otra persona para realizar los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos.

Se entenderá por incapacidad permanente absoluta aquella situación física o psíquica e irreversible del asegurado, a consecuencia de un accidente o de una 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.

La ocurrencia del riesgo previsto en esta garantía supondrá la extinción del contrato.

2. Límites de contratación

La edad máxima de contratación para esta garantía será la establecida en el artículo 3.1 “Edad máxima de contratación” de las condiciones generales. Si se había contratado con anterioridad, cuando el asegurado cumpla 67 años, quedará cancelada.

3. Riesgos excluidos

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

4. Beneficiarios

Se entenderá como beneficiario de esta garantía al propio asegurado.

5. Pago de las 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 gran invalidez, se presentarán los siguientes documentos:

- Certificado del médico que haya asistido al asegurado, en el que se indique el origen, la evolución y la naturaleza de la enfermedad o del accidente que le provocó la gran invalidez, así como su grado y pronóstico. El asegurador podrá recabar informes o pruebas complementarias a sus expensas.
- Certificado del organismo oficial competente en el que se declare la gran invalidez del asegurado.
- Documento que acredite la personalidad y condición de beneficiario.
- Certificado de titularidad de cuenta.

Todos los justificantes documentales deberán presentarse debidamente legalizados a la compañía aseguradora según lo previsto en el artículo 12. “Comunicaciones” de las condiciones generales del seguro, en los casos en que fuere preciso, o a través de la red de distribución del mediador del seguro.

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 si no se envían las informaciones necesarias requeridas por el asegurador) o cuando la mora esté fundada en causa justificada (por ejemplo, si no se determinan las causas del siniestro).

6. Fiscalidad de las prestaciones

El pago del capital asegurado por el presente contrato, cuando tenga por causa algunos de los supuestos incluidos en la garantía de gran invalidez, estará sujeto a los siguientes impuestos:

- 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 una persona distinta al tomador del seguro.

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

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

Condiciones especiales de tu seguro de vida

Garantía complementaria de anticipo por rotura de huesos 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 cobertura, el asegurador garantiza el pago del capital asegurado, en calidad de anticipo del capital asegurado para la garantía principal de fallecimiento y para la garantía complementaria de incapacidad permanente absoluta a los beneficiarios designados a tal efecto en caso de que se diagnostique médicamente una fractura del asegurado de las recogidas en el baremo siguiente **como consecuencia directa de un accidente que se haya producido durante el período de vigencia del seguro.**

Baremo de indemnización por fractura según capital asegurado:

Para capitales asegurados de 5.000 €, con independencia del capital asegurado por tipo de fractura (ver cuadro adjunto), la indemnización anual máxima será de 5.000 € según lo estipulado en las condiciones particulares.

Capital asegurado para la garantía de huesos - indemnización anual máxima Indemnización por tipo de cobertura	5.000 €
Cadera o pelvis	2.500 €
Fémur o talón	1.250 €
Tibia, peroné, cráneo, tobillo, brazo, clavícula, codo y muñeca (excluida fractura tipo Colles)	1.000 €
Fractura tipo Colles del antebrazo	500 €
Omoplato, rótula, menisco, esternón, mano y pie (excluidos dedos y talón)	500 €
Columna vertebral (excluyendo el coxis)	500 €
Mandíbula inferior	750 €
Costillas, hueso de la barbilla, coxis, mandíbula superior, nariz, dedos de la mano o del pie	500 €

Para capitales asegurados de 10.000 €, con independencia del capital asegurado por tipo de fractura (ver cuadro adjunto), la indemnización anual máxima será de 10.000 € según lo estipulado en las condiciones particulares.

Capital asegurado para la garantía de huesos - indemnización anual máxima Indemnización por tipo de cobertura	10.000 €
Cadera o pelvis	5.000 €
Fémur o talón	2.500 €
Tibia, peroné, cráneo, tobillo, brazo, clavícula, codo y muñeca (excluida fractura tipo Colles)	2.000 €
Fractura tipo Colles del antebrazo	1.000 €
Omoplato, rótula, menisco, esternón, mano y pie (excluidos dedos y talón)	1.000 €
Columna vertebral (excluyendo el coxis)	1.000 €
Mandíbula inferior	1.500 €
Costillas, hueso de la barbilla, coxis, mandíbula superior, nariz, dedos de la mano o del pie	1.000 €

El importe de la indemnización se indica en los cuadros de baremos anteriores, según el tipo de fractura recogido en el diagnóstico médico, y según la indemnización máxima fijada en las condiciones particulares. **Toda fractura cuya indemnización esté por encima del límite de indemnización anual fijado en las condiciones particulares, es decir, cuando se alcance**

el límite máximo de suma asegurada, cesará la cobertura hasta el inicio de la siguiente anualidad.

En caso de que existiera más de un diagnóstico médico durante la misma anualidad del seguro incluido en el baremo por causa de un mismo accidente o por diferentes accidentes, la aseguradora pagará la suma de las indemnizaciones correspondientes a dichos diagnósticos, con el máximo establecido en las condiciones particulares de la póliza para esta garantía.

La cuantía de indemnización máxima por anualidad de esta prestación será la convenida en las condiciones particulares del seguro.

La ocurrencia del riesgo previsto en esta garantía supondrá la disminución de las prestaciones aseguradas para las garantías de fallecimiento, fallecimiento por accidente, incapacidad permanente absoluta e incapacidad permanente absoluta por accidente, por el importe anticipado por esta garantía, que se detraerá de cada una de las mencionadas prestaciones.

Se entenderá por accidente la lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado. También se considerarán accidentes las lesiones debidas a la absorción por equivocación de sustancias tóxicas o la inhalación fortuita de gases o vapores, así como ahogarse involuntariamente.

2. Límites de contratación

La edad máxima de contratación para esta garantía será la establecida en el artículo 3.1 "Edad máxima de contratación" de las condiciones generales. Esta garantía solo pueden contratarla los asegurados a partir de los 50 años, salvo pacto en contra indicado en las condiciones particulares. Si se había contratado con anterioridad, cuando el asegurado cumpla 75 años, quedará cancelada. También se extinguirá esta cobertura en caso de que se produzca una fractura y, como consecuencia de esta, se diagnostique fractura patológica u osteoporosis, se aceptará ese siniestro, pero la cobertura de rotura de huesos se extinguirá desde ese momento.

3. Riesgos excluidos

Se exceptúan de esta garantía los casos especificados en el artículo 4 "Riesgos excluidos" de las condiciones generales, además de las indicadas en este documento, para cada una de las enfermedades incluidas en esta garantía:

- a) Toda rotura que sea patológica o por osteoporosis diagnosticada con anterioridad a la fecha de inicio del contrato.
- b) En caso de que se produzca una fractura y, como consecuencia de esta, se diagnostique fractura patológica u osteoporosis, se aceptará ese siniestro, pero la cobertura de rotura de huesos se extinguirá desde ese momento.

4. Beneficiarios

Se entenderá como beneficiario de esta garantía al propio asegurado.

5. Pago de las 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 anticipo por rotura de huesos por accidente, se presentarán los siguientes documentos:

- Certificado del médico que haya asistido al asegurado en el que se indiquen los antecedentes médicos conocidos, las circunstancias y las consecuencias del accidente, así como el diagnóstico y el tratamiento prescrito al asegurado.

Todos los justificantes documentales deberán presentarse debidamente legalizados a la compañía aseguradora según lo previsto en el artículo 12. "Comunicaciones" de las condiciones generales del seguro, en los casos en que fuere preciso, o a través de la red de distribución del mediador del seguro.

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 si no se envían las informaciones necesarias requeridas por el asegurador) o cuando la mora esté fundada en causa justificada (por ejemplo, si no se determinan las causas del siniestro).

6. Fiscalidad de las prestaciones

El pago del capital asegurado por el presente contrato, cuando tenga por causa algunos de los supuestos incluidos en la garantía de anticipo por rotura de huesos, generará una renta calificada como ganancia patrimonial en el IRPF e integrable en la base imponible del ahorro.

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

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