

El presente contrato de seguro se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro, por el Real Decreto 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados y el reglamento que la desarrolla y la Ley 34/2003, de 4 de noviembre de modificación y adaptación a la normativa comunitaria de la legislación de seguros privados.

ARTÍCULO PRELIMINAR - DEFINICIONES

A los efectos de esta póliza se entenderá por:

Asegurador:	Zurich Vida, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A., Sociedad Unipersonal Entidad emisora de esta póliza que en su condición de Asegurador y mediante el cobro de la prima, asume la cobertura de este contrato con arreglo a las condiciones de la póliza.
Tomador del Seguro:	Persona que suscribe este contrato con el Asegurador y a quien corresponden los derechos y obligaciones que se deriven del mismo, salvo aquellos que correspondan expresamente al Asegurado y/o Beneficiario.
Asegurado:	Persona física titular del interés expuesto al riesgo, a quien corresponden, en su caso, los derechos derivados del contrato. El Asegurado podrá asumir las obligaciones y deberes del Tomador del seguro.
Beneficiario:	Persona o personas a quien el Tomador del seguro, o en su caso el Asegurado, reconoce el derecho a percibir, en la cuantía que corresponda, la indemnización derivada de esta póliza.
Póliza:	Documento que contiene las Condiciones Generales de este contrato, las Particulares que identifican el riesgo, así como las modificaciones que se produzcan durante la vigencia del riesgo.
Prima:	Precio del Seguro, en cuyo recibo se incluirán, además, los recargos e impuestos que sean de legal aplicación.

ARTÍCULO 1: OBJETO DEL CONTRATO

Por el presente contrato, el Asegurador, asume la cobertura de los riesgos que a continuación se indican siempre que su cobertura haya sido pactada en las Condiciones Particulares, y que el acaecimiento de la contingencia se produzca dentro del período previsto en el contrato.

Garantía Principal:	- Fallecimiento.
Garantías Complementarias:	- Invalidez absoluta y permanente para todo trabajo. - Fallecimiento e invalidez absoluta y permanente derivada de accidente. - Fallecimiento e invalidez absoluta y permanente derivada de accidente de circulación.

ARTÍCULO 2: BASES DEL CONTRATO

- 2.1 Las bases fundamentales de la presente póliza, en virtud de las cuales el Asegurador decide asumir la cobertura de los riesgos están constituidas por las declaraciones efectuadas por el Tomador del Seguro y el Asegurado en la solicitud y en el cuestionario que, sobre el estado de salud, profesión habitual y práctica de deportes del Asegurado, les presenta el Asegurador incluyendo si procede las declaraciones del médico reconecedor.
- 2.2 En caso de reticencia o inexactitud en la cumplimentación del cuestionario se atenderá a lo dispuesto en la Ley de Contrato de Seguro. En particular, **el Asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador del seguro en el plazo de un mes a contar del reconocimiento de la reserva o inexactitud de éste y siempre que no haya transcurrido un año desde la fecha de conclusión del contrato**, momento a partir del cual la póliza será inimpugnable.
- 2.3 No obstante, existen dos excepciones a este principio en los que el Asegurador podrá impugnar la póliza aún habiendo transcurrido el plazo de un año.
 - a) **En caso de actuación dolosa del Asegurado al efectuar la declaración**, en cuyo caso el Asegurador además, quedaría liberado del pago de la prestación.
 - b) **En el supuesto de inexactitud en la edad del Asegurado siempre y cuando la verdadera edad en el momento de entrada en vigor del contrato exceda de los límites de admisión establecidos por el Asegurador. En cualquier otro caso, si en razón de la edad inexactamente declarada, 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, el Asegurador devolverá el exceso de las primas percibidas sin intereses.**

El Tomador del Seguro tendrá la facultad de resolver el contrato dentro del plazo de los 30 días siguientes a la fecha en la que el Asegurador le entregue la póliza o un documento de cobertura provisional. La facultad unilateral de resolución del contrato deberá ejercitarse por el Tomador mediante comunicación dirigida al Asegurador a través de un soporte duradero, disponible y accesible para éste y que permita dejar constancia de la notificación,...en el plazo indicado y producirá sus efectos desde el día de su expedición. A partir de esta fecha, cesará la cobertura del riesgo por parte del Asegurador, y el Tomador del Seguro tendrá derecho a la devolución de la prima que hubiera pagado, salvo la parte correspondiente al tiempo en que el contrato hubiera tenido vigencia.

ARTÍCULO 3: MODIFICACIONES EN EL RIESGO

El Tomador del seguro o el Asegurado durante el curso del contrato deberán comunicar al Asegurador, tan pronto como sea posible, todas las circunstancias ajenas al estado de salud del Asegurado que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por el Asegurador en el momento de la perfección del contrato no lo habría celebrado o lo hubiera concluido en condiciones más gravosas.

ARTÍCULO 4: PERFECCIÓN, TOMA DE EFECTO Y DURACIÓN

El contrato se perfecciona mediante la formalización por ambas partes de la póliza. La cobertura contratada y sus modificaciones o adiciones no tomarán efecto mientras no haya sido satisfecho el primer recibo de la prima, salvo pacto en contrario establecido en las Condiciones Particulares.

Las obligaciones del Asegurador comenzarán a partir de las 24 horas del día en que hayan sido cumplimentados ambos requisitos.

ARTÍCULO 5: PAGO DE LA PRIMA.

En cada renovación anual se modificará o emitirá el recibo de prima según se trate de renovable o nivelado respectivamente, conforme a la tarifa de primas. Cuando se trate de modificación se realizará teniendo en cuenta la edad y el capital asegurado en el periodo correspondiente. Los recibos de prima deberán hacerse efectivos por el Tomador del seguro en prima única o en los correspondientes vencimientos por anualidades completas anticipadas.

En las Condiciones Particulares podrá convenirse el fraccionamiento del pago de la prima. En este caso, si ocurre el siniestro, se descontarán las fracciones de prima de la anualidad en curso no percibida.

El pago de la prima se hará en el domicilio del Tomador, salvo pacto en contrario expresado en las Condiciones Particulares.

En caso de falta de pago de una de las primas siguientes a la primera, la cobertura del asegurador queda suspendida 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, se entenderá que el contrato queda extinguido. En cualquier caso, el asegurador, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del período en curso. Si el contrato no hubiere sido resuelto o extinguido, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el tomador pagó su prima.

El pago de los recibos de la prima por el tomador del Seguro al Agente de Seguros se entenderá realizado a la entidad aseguradora, salvo que ello se haya excluido expresamente y destacado de modo especial en las condiciones particulares.

Si se determina en las condiciones particulares la domiciliación bancaria de los recibos de prima se seguirán las siguientes normas:

- El obligado al pago de la prima entregará a la Entidad carta dirigida al establecimiento bancario o Caja de Ahorros dando la orden oportuna al efecto.

- La prima se entenderá satisfecha a su vencimiento, salvo que intentando el cobro dentro del plazo de gracia de un mes previsto en la Ley de Contrato del Seguro no existiesen fondos suficientes en la cuenta del obligado a pagarla.

En este caso, el Asegurador notificará al Asegurado que tiene el recibo a su disposición en el domicilio de la Entidad Aseguradora, y el Asegurado vendrá obligado a satisfacer la prima.

En el caso de domiciliación bancaria de los recibos de la prima, el indicado plazo de un mes comenzará a computarse desde el día en que, encontrándose vencido el recibo, se presente éste al cobro por el asegurador.

ARTÍCULO 6º. DELIMITACIÓN DE GARANTÍAS.

FALLECIMIENTO

Riesgos cubiertos: El Asegurador se obliga a pagar al Beneficiario el capital garantizado inmediatamente después del fallecimiento del Asegurado, todo ello en la forma prevista en las Condiciones Generales y Particulares de la póliza.

Riesgos excluidos No será objeto de cobertura el fallecimiento del Asegurado cuando éste haya acaecido por cualquiera de las siguientes circunstancias:

- a) **Suicidio: Producido durante el primer año de vigencia del contrato, contando desde la fecha de pago del primer recibo.**
- b) **Fallecimiento del Asegurado causado por el Beneficiario**

Si el fallecimiento del Asegurado fuese causado voluntariamente por su único Beneficiario, Nosotros quedaremos liberados de nuestras obligaciones respecto de dicho Beneficiario, integrándose el capital asegurado en su patrimonio. Si existieran varios beneficiarios, los no intervinientes en el fallecimiento del Asegurado conservarán sus derechos.

- c) **Conflictos armados y terrorismo**

No están cubiertos los riesgos derivados de conflictos armados, haya precedido o no declaración oficial de guerra, ni de actos de terrorismo.

- d) **Hechos o fenómenos cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros**

No están cubiertos los fallecimientos ocurridos por hechos o fenómenos que se encuentren cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros, o cuando dicho organismo no admita la efectividad del derecho de los asegurados por incumplimiento por nuestra parte, de alguna de las normas establecidas en el Reglamento y Disposiciones Complementarias vigentes en la fecha de su ocurrencia. Igualmente quedan excluidas las diferencias entre los daños producidos y las cantidades indemnizadas por el Consorcio de Compensación de Seguros, por aplicación de franquicias, detracciones, reglas proporcionales u otras limitaciones, con excepción de la cantidad correspondiente a la provisión matemática o Saldo Garantizado de la Póliza.

INVALIDEZ ABSOLUTA Y PERMANENTE PARA TODO TRABAJO.

Riesgos cubiertos: El Asegurador se obliga a pagar al Asegurado el capital previsto en las Condiciones Particulares en caso de invalidez absoluta y permanente del Asegurado.

Se entiende por invalidez absoluta y permanente, la situación, originada independientemente de la voluntad del asegurado, que inhabilita por completo al trabajador para toda profesión u oficio.

Riesgos excluidos: Serán de aplicación las exclusiones previstas para la cobertura de fallecimiento así como las siguientes:

- a) **La invalidez derivada de accidente o enfermedad que sobrevengan al Asegurado por embriaguez o uso de estupefacientes no prescritos médicamente.**

- b) **Las consecuencias de un acto de imprudencia temeraria o negligencia grave del Asegurado, declarado así judicialmente, así como los derivados de la participación de éste en actos delictivos, duelos o riñas, siempre que en este último caso no hubiera actuado en legítima defensa o en tentativa de salvamento de personas o bienes.**

Comprobación de la Invalidez:

La prueba de invalidez incumbe al Asegurado, quien debe remitir al Asegurador Partida de Nacimiento, salvo que haya sido aportada, y Certificado Médico, en el que se determine el origen y la evolución de la enfermedad o acaecimiento del accidente y se evidencie la invalidez absoluta y permanente de Asegurado.

La comprobación y determinación de la invalidez se efectuará por el Asegurador después de la presentación de la documentación prevista en el párrafo anterior.

Si no hubiere acuerdo sobre si la invalidez es absoluta y permanente, en la forma definida, el Asegurador y el Asegurado, se someterán a la decisión de Peritos Médicos nombrados uno por cada parte, con la aceptación escrita de éstos.

Si una de las partes no hubiera hecho la designación, estará obligada a realizarla en los ocho días siguientes a la fecha en que sea requerida por la que hubiere designado el suyo, y de no hacerlo en este último plazo se entenderá que acepta el dictamen que emita el Perito de la otra parte, quedando vinculada por el mismo.

Si los Peritos Médicos llegan a un acuerdo, lo harán constar en un acta conjunta, en la que se especificarán las causas del siniestro y si la invalidez es absoluta y permanente.

Si no hay acuerdo, ambas partes designarán un tercer Perito de conformidad y de no acreditar éstas la designación se hará por el Juez de Primera Instancia del domicilio del Asegurado, en acto de jurisdicción voluntaria y por los trámites previstos para la insaculación de Peritos en la Ley de Enjuiciamiento Civil. En este caso el dictamen pericial se emitirá en el plazo que señalen las partes o, en su defecto, en el de treinta días, a partir de la aceptación de su nombramiento por el Perito tercero.

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

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

FALLECIMIENTO O INVALIDEZ DERIVADAS DE ACCIDENTE

Riesgos cubiertos: El asegurador garantiza el pago de un capital adicional al previsto para la cobertura de fallecimiento o invalidez absoluta y permanente para todo tipo de trabajo para el caso de que alguna de ambas contingencias sobrevenga por accidente.
A estos efectos se entiende por accidente toda lesión corporal que derive de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado.

Riesgos excluidos: a) Los mismos que los previstos para la cobertura principal de fallecimiento o invalidez absoluta y permanente exceptuando los riesgos de carácter extraordinario que serán cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros según la normativa propia tal y como se detalla en el artículo 11º de estas Condiciones Generales.

FALLECIMIENTO O INVALIDEZ DERIVADAS DE ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN

Riesgos cubiertos: El Asegurador garantiza el pago de un capital adicional al previsto para la cobertura de muerte o invalidez absoluta y permanente para todo tipo de trabajo para el caso de que alguna de las contingencias sobrevenga por accidente de circulación, e independientemente de la cobertura para caso de accidente descrito en el apartado anterior.
Se entiende por accidente de circulación, a los efectos de la presente garantía, todo aquel que sobrevenga al Asegurado por el hecho de la circulación de vehículos en alguna de las siguientes circunstancias:

- a) Cuando sin ocupar plaza en ningún vehículo, las lesiones sufridas sean causadas por cualquier vehículo terrestre en movimiento.
- b) Conduciendo u ocupando plaza de pasajero en vehículo terrestre.
- c) Ocupando plaza como pasajero en un medio de transporte público de personas, aéreo, marítimo o fluvial legalmente autorizado.

Riesgos excluidos: Serán de aplicación las exclusiones previstas para la cobertura de accidente.

ARTÍCULO 7: REVALORIZACIÓN AUTOMÁTICA ANUAL DE LAS GARANTÍAS.

Podrá pactarse en las Condiciones Particulares que, al término de cada anualidad de seguro, las prestaciones en forma de capital se revaloricen automáticamente según el sistema elegido por el Tomador de entre las dos posibles alternativas que se describen en los apartados siguientes:

a) En función de la variación anual que haya experimentado el Índice de Precios al Consumo, publicado por el Instituto Nacional de Estadística. El nivel de las prestaciones garantizadas en cada anualidad del seguro se determina multiplicando el capital elegido al inicio del seguro; que consta en las Condiciones Particulares, por el cociente entre el "índice de vencimiento" correspondiente a la anualidad de que se trate y el "índice base".

Índice base:

Es el último Índice de Precios al Consumo mensual publicado antes del 1º de enero del año en que se inició el efecto del seguro. Este índice se hace constar en las Condiciones Particulares.

Índice de vencimiento:

Es el último índice de Precios al Consumo mensual publicado antes del 1º de enero del año en que se inicia la anualidad del seguro en cuestión. Este índice se hace constar en el recibo correspondiente a la anualidad de que se trate.

b) Con arreglo a un porcentaje fijo elegido, que consta en las Condiciones Particulares. El nivel de las prestaciones garantizadas en cada anualidad de seguro se determina aplicando el citado porcentaje de aumento sobre el capital asegurado correspondiente a la anualidad inmediatamente anterior.
Las prestaciones de los seguros complementarios que hayan sido concertados junto con el principal, se verán asimismo automáticamente modificadas mediante la aplicación del sistema de revalorización elegido.

ARTÍCULO 8: PAGO DE LA PRESTACIÓN.

En caso de ocurrencia del riesgo previsto en la póliza, el Tomador o el Beneficiario deberán comunicarlo al Asegurador dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido. Este pagará mediante cheque bancario al beneficiario o beneficiarios designados en la prestación contratada.

- En caso de fallecimiento del Asegurado, los beneficiarios deberán presentar los siguientes documentos:

- a) Los certificados de defunción y nacimiento del Asegurado, salvo que este último ya haya sido aportado.
- b) Certificado del médico que haya asistido al Asegurado, indicando el origen, evolución y naturaleza de la enfermedad o accidente que le causó la muerte y, en su caso, testimonio de las diligencias judiciales o documentos que acrediten el fallecimiento por accidente.
- c) En su caso, Certificado del Registro de Actos de Últimas Voluntades, copia del último testamento del Asegurado o Acta Judicial de Declaración de Herederos.
- d) Si procede, carta de pago o declaración de exención del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones.
- e) Póliza y último recibo de prima pagado.
- f) N.I.F. del Beneficiario/s.

- Cuando la prestación sea por causa de invalidez del Asegurado, se presentarán:

- a) Certificado de nacimiento del Asegurado, salvo que haya sido aportado.
- b) Póliza y último recibo de prima satisfecho.
- c) Acreditación de la situación de Invalidez según lo previsto en las Condiciones Generales.
- d) N.I.F. del Beneficiario/s.

- En caso de accidente, será necesario aportar también:

- a) Información de la autoridad judicial que intervino en el hecho, así como cualquiera otra relativa al lugar y forma de ocurrencia, en especial aquella que pueda aportar indicios sobre un posible suicidio.
- b) Certificación de la Autopsia, expedida por el forense, excepto cuando ya conste en la "Certificación literal".

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

Una vez recibidos los documentos, el Asegurador en el plazo máximo de cuarenta días, deberá pagar o consignar la prestación garantizada.

La prestación garantizada será satisfecha al Tomador del Seguro o a sus herederos, si en el momento del fallecimiento del Asegurado no hubiere Beneficiario concretamente designado ni reglas para su determinación.

SISTEMA DE PREVISION DB CONDICIONES GENERALES (1/43)

Si el Asegurador incurriere en mora en el cumplimiento de la prestación, la indemnización de daños y perjuicios se ajustará a las reglas previstas en el art. 20 de la Ley de Contrato de Seguro. De acuerdo con dicha Ley, se entenderá que el Asegurador incurre en mora cuando no hubiese cumplido su prestación en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro o no hubiere procedido al pago del importe mínimo de lo que pueda deber dentro de los 40 días a partir de la recepción de la declaración del siniestro.

La indemnización por mora se impondrá de oficio por el órgano judicial y consistirá en el pago de un interés anual igual al del interés legal del dinero vigente en el momento en que se devengue, incrementado en el 50 por 100; estos intereses se considerarán producidos por días, sin necesidad de reclamación judicial. No obstante, transcurridos dos años desde la producción del siniestro, el interés anual no podrá ser inferior al 20 por 100.

ARTÍCULO 9: NORMAS DE TIPO GENERAL.

Impuestos y recargos.

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

Extravío o destrucción de la póliza.

En caso de extravío, robo o destrucción de la póliza, el Tomador lo comunicará por carta certificada al asegurador, el cual, de acuerdo con las disposiciones legales vigentes, procederá a la emisión de un duplicado de la misma.

Cambio de beneficiario.

Durante la vigencia del contrato, el Tomador puede designar Beneficiario o modificar la designación anteriormente señalada, salvo que el Tomador haya renunciado expresamente y por escrito a tal facultad.

La designación de Beneficiario o la revocación de éste se podrá hacer constar en las Condiciones Particulares o en una posterior declaración escrita a la Entidad o bien en testamento. La revocación de designación de un nuevo Beneficiario deberá hacerse en la misma forma utilizada para la designación.

Si en el momento del fallecimiento o en el vencimiento natural del contrato no hubiese Beneficiario concretamente designado, ni reglas para su determinación, el capital asegurado formará parte del patrimonio del Tomador.

Valores garantizados.

La póliza, carece de valores de reducción, rescate y anticipo.

Comunicaciones.

Las comunicaciones al Asegurador del Tomador del Seguro, del Asegurado o del Beneficiario se realizarán en el domicilio social del Asegurador señalado en la póliza.

Las comunicaciones que efectúe el tomador del Seguro al agente de seguros que medie o que haya mediado en el contrato surtirán los mismos efectos que si se hubieren realizado directamente a la entidad aseguradora.

Las comunicaciones hechas por un corredor al asegurador en nombre del tomador surtirán los mismos efectos que si las realizara éste, salvo expresa indicación en contrario del mismo.

Las comunicaciones del asegurador al tomador del seguro y en su caso al asegurado y al beneficiario, se realizarán al domicilio de éstos, recogidos en la póliza salvo que los mismos hayan notificado al asegurador el cambio de su domicilio.

Prescripción.

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

Jurisdicción.

Si cualquiera de las partes contratantes o ambas decidiesen ejercitar sus acciones ante los órganos jurisdiccionales, deberán recurrir al Juez del domicilio del Asegurado, que será el único competente para el conocimiento de este contrato de seguro.

ARTÍCULO 10: INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN.

Sin perjuicio de la capacidad de las partes de ejercitar sus acciones sobre los órganos jurisdiccionales del domicilio del Tomador, si el conflicto se suscita entre éste y el Asegurador, las partes podrán someter cualquier controversia que pudiera suscitarse:

- Al Defensor del Asegurado nombrado por el Asegurador a cuya decisión somete voluntariamente el conocimiento y resolución de las reclamaciones que formulen los Tomadores, Asegurados, Beneficiarios y derechohabientes de unos y otros, en los términos y condiciones contenidos en el Reglamento del Defensor del Asegurado aprobado por el Asegurador a tales efectos y comunicado a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. El Asegurador facilitará, si así se solicita, el referido Reglamento y el nombre y dirección de la persona designada como Defensor del Asegurado.
- Al Comisionado para la Defensa del Asegurado y de Partícipes en Planes de Pensiones, adscrito a la Dirección General de Seguros, Paseo de la Castellana, 44, 28006-Madrid. Para ello, será imprescindible acreditar haber formulado previamente reclamación por escrito, dirigido al Defensor del Asegurado.

ARTÍCULO 11. RIESGOS EXTRAORDINARIOS

Claúsula de indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios en seguros de personas

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

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

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.

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, y en las disposiciones complementarias.

I. RESUMEN DE LAS NORMAS LEGALES

1. ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS CUBIERTOS

Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias (incluyendo los embates de mar), erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 135 Km/h, y los tornados) y caídas de meteoritos.

Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.

Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempos de paz.

2. RIESGOS EXCLUIDOS

Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.

Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquéllos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.

Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido declaración oficial de guerra.

Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 25/1964, de 29 de abril, sobre energía nuclear.

Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, y en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que éstos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.

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.

Los causados por mala fe del asegurado.

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.

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.

4. FRANQUICIA

En los seguros de personas no se efectuará deducción por franquicia.

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 estará disponible en la página "web" del Consorcio

**SISTEMA DE PREVISION DB
CONDICIONES GENERALES (1/43)**

(www.consortseguros.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.

Estas Condiciones Generales que, unidas a las Condiciones Particulares y Especiales, se entregan al Tomador de éste Seguro, constituyen el presente Contrato y no tienen validez ni efecto por separado.

ARTÍCULO 12: CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS:

Los datos de carácter personal, de cumplimentación voluntaria, se incluirán en ficheros cuya finalidad es establecer, mantener y cumplir el objeto de la relación contractual, la viabilidad de la cual puede quedar sujeta a la disponibilidad de algunos de estos datos. Igualmente, se utilizarán para el análisis de perfiles comerciales y el ofrecimiento de productos o servicios por parte de las entidades Zurich España y Zurich Vida, u otras sociedades vinculadas legalmente a las anteriores, así como por los mediadores autorizados de las entidades citadas. En todo momento el interesado podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, mediante comunicación escrita dirigida a la entidad Zurich contratante, responsable de los ficheros y su tratamiento, con domicilio en Vía Augusta, 200 – 08021 Barcelona (Dpto. Atención al Cliente).

Los datos personales serán tratados de forma confidencial, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley 15/1999, sin cesión a otras entidades salvo aquellas cesiones motivadas por la de gestión de reaseguro o coaseguro, tratamientos estadísticos y estudios de calidad, análisis de riesgos y prevención de siniestralidad, o vinculadas a la gestión de la prestación en caso de siniestro.

Para todo lo cual el solicitante manifiesta expresamente su consentimiento.

Cesión de datos: El Asegurado da su consentimiento para que la Compañía pueda ceder sus datos personales siempre que el cesionario sea, directa o indirectamente, entidad filial de ZURICH FINANCIAL SERVICES y estos datos vayan a ser utilizados para el cumplimiento de los fines directamente relacionados con las funciones legítimas de la entidad cesionaria de dichos datos. Asimismo, el Asegurado acepta que la Compañía o cualquier entidad filial, directa o indirectamente, de ZURICH FINANCIAL SERVICES, le remitan información sobre cualesquiera bienes o servicios que comercialicen, directa o indirectamente, o que en el futuro puedan comercializar otras entidades filiales, directa o indirectamente, de ZURICH FINANCIAL SERVICES.