Póliza de Seguro de

Vida Riesgo nº

Tomador	
Entidad aseguradora	AXA Aurora Vida, S.A. de Seguros y Reaseguros.
Modalidad contratada	2278 - VIDA PROTECT

Su Mediador de Seguros

Documento sin validez contractual

Ejemplar para el Tomador

Contenido

Hemos elaborado este contrato de forma que Usted puede acceder fácilmente a toda la información relacionada con el seguro que ha contratado.

¿Quién es quién en este contrato?	El Tomador de la póliza	3
	El Asegurado de la póliza	3
	El Beneficiario de la póliza	4
	Edad Actuarial	4
	Su Mediador de Seguros	4
	La Entidad Aseguradora	5
¿Qué le cubre y qué no le cubre este seguro?	Cuál es el objeto del Seguro	5
	Tabla resumen de las Garantías, Capitales y Primas contratados	5
	Ámbito del seguro y residencia	5
	Qué le cubre y qué no le cubre cada garantía y cómo solicitar el capital asegurado	6
	Exclusiones generales de la póliza	15
Garantías adicionales	Servicios de salud y bienestar	17
Cláusulas especiales	Declaraciones de salud del Asegurado	17
	Condiciones limitativas y especiales de la póliza	18
¿Cúanto le cuesta y cuánto dura el seguro?	Cuánto le cuesta este seguro	18
	Cómo se pagan las primas	19
	Cuánto dura la póliza	19
Pago de la prestación asegurada	Notificación del siniestro y pago del capital asegurado	20
Otros temas de su interés	Cómo formalizar el seguro	21
	Qué pasa si pierdo la póliza	21
	Cuál es la legislación por la que se rige este contrato	21
	Fiscalidad	22
	Rehabilitación	22
	Nulidad	22
	Comunicación entre las partes	22
	Modificaciones permitidas en la póliza	22
	Qué hacer si existen conflictos entre los intervinientes en el contrato	23
¿Qué beneficios adicionales tiene por contratar esta póliza?	Anticipo de capital para gastos de sepelio	24
	Anticipo de capital para pago del impuesto de sucesión	24
Cláusula de indemnización por el Consorcio	Cláusula de indemnización de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios	24
Cláusula firma electrónica y comunicaciones electrónicas	Cláusula firma electrónica y comunicaciones electrónicas	27
¿Dónde tiene que firmar y aceptar las condiciones?	¿Dónde tiene que firmar y aceptar las condiciones?	28

Documento sin validez contractual

¿Cómo puede contactar con AXA?

El Mediador del seguro	Nombre mediador	Teléfono:
Atención Siniestros	**900 90 90 14**	
Web pública	**www.axa.es**	
Web Cliente	Con este servicio, usted puede consultar su póliza. Para ello, sólo tiene que acceder a nuestro servicio Web Cliente ubicado en www.axa.es con su clave de acceso. Si aún no dispone de este servicio, entre en www.axa.es/acceso-myaxa y solicite el alta gratuitamente.	

¿Quién es quién en este contrato?

El Tomador de la póliza

Es la persona física o jurídica que suscribe o contrata la póliza de seguro con la Entidad Aseguradora, asumiendo las obligaciones derivadas del contrato, entre otras la del pago de la prima.

En este contrato el Tomador de la póliza es:

Nombre Apellido1 Apellido2 NIF:
Dirección
CP Población - Provincia
Móvil:
Email:

El Asegurado de la póliza

Es la persona física sobre cuya vida se establece el seguro.

Para este contrato el Asegurado de la póliza es:

Nombre Apellido1 Apellido2 NIF:
Dirección
CP Población - Provincia
Fecha de nacimiento: dd/mm/aaaa Sexo:
Profesión:

La determinación de la prima de la póliza se ha efectuado de acuerdo a los datos del asegurado recogidos en este apartado y a las declaraciones relativas a su estado de salud que aparecen en el apartado 'Declaraciones del Asegurado" y en la solicitud de seguro.

En caso de inexactitud en la edad del Asegurado, si la verdadera edad en el momento de la entrada en vigor de este contrato excede de los límites de admisión marcados en el producto por la Entidad Aseguradora, ésta puede impugnar el contrato. Si la edad real no excede de los límites, pero las primas que paga el Asegurado son inferiores a la real, la prestación se reducirá en proporción a las primas recibidas; si por el contrario las primas pagadas por el Asegurado son superiores a las que le hubieran correspondido, la Entidad Aseguradora devolverá sin intereses el exceso de primas percibido.

La Entidad Aseguradora renuncia en el futuro a aumentar la prima o reducir las prestaciones, como consecuencia de una reevaluación del riesgo del contrato individualmente considerado.

Documento sin validez contractual

Por tanto, si existe una agravación del riesgo individual, NO supondrá un cambio unilateral de prima o prestación. Se consideran agravaciones del riesgo los cambios de profesión a una más arriesgada, de residencia, de prácticas deportivas o los destinos de viajes, entre otros.

Por el contrario si la modificación (el cambio de profesión, residencia, deportes, ...) produce una disminución del riesgo considerado en la tarificación del seguro, el Tomador tiene derecho, a partir de la siguiente anualidad, a la correspondiente disminución de la prima.

El Beneficiario de la póliza

Es la persona física o jurídica a favor de quien se concierta el seguro y que tiene, por tanto, derecho a las prestaciones definidas en la póliza.

La designación y cambio de Beneficiarios es un derecho exclusivo del Tomador, que podrá efectuarse en la póliza, mediante posterior declaración escrita comunicada a la Entidad Aseguradora o en testamento.

Los Beneficiarios para las garantías de fallecimiento serán:

Si la designación se hace a favor de varios Beneficiarios, la prestación convenida se distribuirá, salvo estipulación en contrario, por partes iguales. Cuando se haga a favor de los herederos, la distribución tendrá lugar en proporción de la cuota hereditaria, salvo pacto en contrario. La parte no adquirida por un Beneficiario acrecerá a los demás.

El Beneficiario de la póliza para las garantías de incapacidad será el propio Asegurado.

En los casos de prestaciones por incapacidad, en los que el Asegurado ha acreditado su derecho al cobro de la prestación pero hubiera fallecido antes del abono de la misma, el importe de la prestación les corresponde a los herederos legales del Asegurado. Si el fallecimiento del Asegurado se hubiera producido antes de que hubiera quedado acreditado su derecho al cobro de la prestación de incapacidad, el importe de ésta corresponde a los Beneficiarios designados en póliza para caso de fallecimiento.

El Beneficiario en caso de Enfermedades Graves será siempre el propio Asegurado.

Edad Actuarial

Es la edad que tenga el Asegurado en la fecha del cumpleaños más próximo a la fecha de efecto, modificación o renovación de la póliza y que sirve como base para el cálculo de la prima.

Su Mediador de Seguros

Nombre mediador Dirección
CP Población - Provincia
Teléfono:
Email:

Código mediador

Documento sin validez contractual

La Entidad Aseguradora

AXA Aurora Vida, S.A. de Seguros y Reaseguros. sometida al control de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, dependiente del Ministerio de Economía y Hacienda del Reino de España.
Inscrita en el Registro Mercantil de Vizcaya. Hoja nº. BI-640 (A). CIF A48464606.
Domicilio Social: Alameda de Urquijo, 78 Planta Baja - . 48013 Bilbao.

¿Qué le cubre y qué no le cubre este seguro?

Cuál es el objeto del Seguro

Este seguro garantiza a los Beneficiarios el pago del capital asegurado cuando se produzcan el hecho o los hechos cuyo riesgo ha sido contratado, dentro del ámbito y con las excepciones o limitaciones que figuren en la póliza.

Salvo que se indique explícitamente lo contrario en las Condiciones Especiales de la Póliza, esta póliza es a primer riesgo. Lo que significa que ocurrido cualquiera de los hechos objeto de cobertura, el Asegurador asume las consecuencias previstas para dicho riesgo, anulándose a partir de ese momento el contrato de seguro, salvo para la garantía de enfermedades graves, si hubiera sido contratada.

Tabla resumen de las Garantías, Capitales y Primas contratados

Nombre de la Garantía	Capital Total	Prima neta anual (€)	Edad Máxima
FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA	XXXX	XXXX	79
FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE	XXXX	XXXX	69
FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE DE CIRCULACION	XXXX	XXXX	69
INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA POR ACCIDENTE	XXXX	XXXX	69
INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA POR ACCIDENTE DE CIRCULACION	XXXX	XXXX	69
INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL (PROF. HABITUAL) POR CUALQUIER CAUSA	XXXX	XXXX	64
ENFERMEDADES GRAVES(CAPITAL ADICIONAL)	XXXX	XXXX	64

Garantías, Capitales y Primas asegurados en el momento de la emisión de este documento.
Los capitales indican el importe total en caso de siniestro de cada garantía, NO son acumulativos entre sí.
Esta modalidad de seguro carece de valores de reducción y rescate.
La Edad Máxima indica la edad máxima de cobertura para cada garantía.

Ámbito del seguro y residencia

Documento sin validez contractual

El presente seguro ha sido creado para los clientes de la Entidad Aseguradora residentes en España.

En caso de que el Tomador o el Asegurado cambie de residencia a otro país durante la vigencia de la póliza deberá comunicarlo a la Entidad Aseguradora, que analizará su capacidad legal para suscribir el contrato en el nuevo domicilio, y en caso de no poder suscribir la póliza en el mismo, procederá a la cancelación del contrato con la correspondiente devolución de la prima no consumida.

El alcance de las coberturas de la póliza es mundial excepto que se haya establecido lo contrario y así quede reflejado en el contrato.

Quedan excluidos de cobertura los siniestros ocurridos fuera del territorio nacional en estancias superiores a 30 días de duración, en los países a los que el Ministerio de Asuntos Exteriores haya calificado como países no recomendados para viajar.

Qué le cubre y qué no le cubre cada garantía y cómo solicitar el capital asegurado

Garantía Principal: Fallecimiento por cualquier causa

Qué le cubre:

La Entidad Aseguradora garantiza el pago del capital asegurado a los Beneficiaros designados en este contrato en caso de fallecimiento del Asegurado cualquiera que sea la causa, con las exclusiones establecidas a continuación.

No le cubre:

En el caso de que el fallecimiento del Asegurado sea causado dolosamente por su único Beneficiario, la Entidad Aseguradora quedará desligada de sus obligaciones respecto a dicho Beneficiario, integrándose el capital asegurado en el patrimonio del Tomador. En el caso de existir varios Beneficiarios, los no intervinientes en el fallecimiento del Asegurado conservarán su derecho.

Solicitud del capital asegurado:

Para solicitar el capital asegurado en caso de Fallecimiento, el/los Beneficiario/s deberán notificarlo por escrito en el plazo máximo de siete días desde su conocimiento.

Tras la notificación, y para una correcta tramitación, deberán aportarse los siguientes documentos:

- Certificado de nacimiento o fotocopia compulsada del D.N.I. y certificado de defunción expedido por el Registro Civil.
- En caso de fallecimiento por enfermedad: Historial médico completo del Asegurado, que debe contener los siguientes documentos (que recogerán la causa del siniestro, la fecha del diagnóstico de la enfermedad, la evolución seguida y el tratamiento médico impuesto):
  - Los informes médicos de todos los ingresos hospitalarios sufridos por el Asegurado.
  - Los informes de todas las atenciones ambulatorias realizadas al Asegurado.
  - En los casos en que el Asegurado no haya sido hospitalizado ni haya tenido atenciones ambulatorias deberán aportar:

Documento sin validez contractual

- Certificado médico donde se indiquen los antecedentes de la enfermedad que causa el fallecimiento y la fecha de inicio de los mismos o, en caso contrario, la inexistencia de antecedentes médicos.
- Los reconocimientos médicos de empresa que se pudieran haber realizado al Asegurado.
- Certificado de la Seguridad Social donde consten las bajas laborales del Asegurado en los últimos diez años, con detalle de las fechas y los motivos de las mismas.

- Certificado del Registro de Actos de Últimas Voluntades y, en su caso, copia del último Testamento o Declaración Notarial de Herederos (sólo para el caso de Fallecimiento).
- Documento acreditativo de la condición de Beneficiario.
- Liquidación y carta de pago del Impuesto de Sucesiones y Donaciones que por el seguro pudiera corresponder o la declaración de exención.
- En caso de accidente: diligencias Judiciales del Juzgado que haya intervenido en el suceso; Atestado de la Policía o Guardia Civil, con el Informe Técnico y croquis explicativo; copia del informe de la autopsia o, en caso de no haberse practicado, informe médico forense, además del análisis toxicológico. En caso de accidente laboral, acta de la Inspección de Trabajo.

En todos los casos, el Asegurador se reserva la facultad de requerir toda clase de informaciones o pruebas complementarias, incluso procurándoselas directamente, que permitan valorar la procedencia del pago de la indemnización. Los médicos del Asegurado quedan eximidos del secreto profesional frente al Asegurador en lo que hace referencia al accidente o enfermedad que haya sido causa directa o indirecta del fallecimiento.

Garantía Complementaria: Fallecimiento por accidente

Qué le cubre:

La Entidad Aseguradora garantiza el pago del capital contratado en esta garantía, en el supuesto de fallecimiento por accidente del Asegurado.

Se entiende por fallecimiento por accidente la lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado que produzca su muerte, conforme regula el art. 100 de la Ley de Contrato de Seguro.

No le cubre:

Además de las exclusiones establecidas en la garantía de Fallecimiento por cualquier causa, en esta garantía no está cubierto:

a) **No se considerará accidental en ningún caso, el fallecimiento producido como consecuencia de infarto de miocardio, accidentes vasculares o cerebrales (hemorragia, derrame o apoplejía, trombosis, embolia, infarto cerebral, etc.), ni cualquier clase de enfermedad mental, aun cuando sean calificados como accidentales por los tribunales o resoluciones de los organismos competentes de la Seguridad Social.**
b) **El fallecimiento como consecuencia de un acto de imprudencia o negligencia grave del Asegurado, declarado así judicialmente, así como el derivado de la participación de éste en actos delictivos o criminales, competiciones, 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.**

Documento sin validez contractual

c) **El que sobrevenga al Asegurado cuando se encuentre en estado de embriaguez o bajo la influencia de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas no prescritas medicamente, o cuando la prueba de alcoholemia practicada después de un accidente ocurrido siendo conductor de un vehículo, indique una tasa superior a la permitida legalmente para la conducción del mismo.**
d) **Los accidentes ocasionados con una edad superior a la indicada en la Tabla resumen de las Garantías, Capitales y Primas contratados.**

Solicitud del capital asegurado:

Los documentos para la solicitud y pago de la indemnización serán los previstos para la Solicitud del capital asegurado en la Garantía de Fallecimiento por cualquier causa.

Garantía Complementaria: Fallecimiento por accidente de circulación

Qué le cubre:

La Entidad Aseguradora garantiza el pago del capital contratado en esta garantía, en el supuesto de fallecimiento por accidente de circulación del Asegurado.

Se entiende por fallecimiento por accidente la lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado que produzca su muerte, conforme regula el art. 100 de la Ley de Contrato de Seguro y en las siguientes circunstancias:

- Como peatón, causada por un vehículo.
- Como conductor o pasajero de un vehículo terrestre.
- Como usuario de transportes públicos: terrestres, acuáticos o aéreos.

No le cubre:

Además de las exclusiones establecidas en la garantía de Fallecimiento por cualquier causa, en esta garantía no está cubierto:

a) **No se considerará accidental en ningún caso, el fallecimiento producido como consecuencia de infarto de miocardio, accidentes vasculares o cerebrales (hemorragia, derrame o apoplejía, trombosis, embolia, infarto cerebral, etc.), ni cualquier clase de enfermedad mental, aun cuando sean calificados como accidentales por los tribunales o resoluciones de los organismos competentes de la Seguridad Social.**
b) **El fallecimiento como consecuencia de un acto de imprudencia o negligencia grave del Asegurado, declarado así judicialmente, así como el derivado de la participación de éste en actos delictivos o criminales, competiciones, 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.**
c) **El que sobrevenga al Asegurado cuando se encuentre en estado de embriaguez o bajo la influencia de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas no prescritas medicamente, o cuando la prueba de alcoholemia practicada después de un accidente ocurrido siendo conductor de un vehículo, indique una tasa superior a la permitida legalmente para la conducción del mismo.**
d) **Los accidentes ocasionados con una edad superior a la indicada en la Tabla resumen de las Garantías, Capitales y Primas contratados.**

Documento sin validez contractual

Solicitud del capital asegurado

Los documentos para la solicitud y pago de la indemnización serán los previstos para la Solicitud del capital asegurado en la Garantía de Fallecimiento por cualquier causa.

Garantía Complementaria: Incapacidad absoluta y permanente por accidente

Qué le cubre:

La entidad aseguradora pagará el capital contratado cuando al asegurado le sea concedida una Incapacidad Permanente Absoluta derivada de accidente, u otra incapacidad de grado superior, por el INSS o por los tribunales competentes, conforme a la legislación de la Seguridad Social u otros órganos de la Administración, salvo las incapacidades a consecuencia de; infarto, los accidentes vasculares o cerebrales ni cualquier clase de enfermedad mental, que en ningún caso se consideraran accidentales aun cuando sean calificados como accidentales por los tribunales o resoluciones de los organismos competentes de Seguridad social.

A los efectos de la póliza y con independencia de la causa, el siniestro se entenderá producido en la fecha del dictamen del equipo de Valoración de Incapacidades, se entenderá firme cuando no haya sido recurrida por nadie y se entenderá irreversible cuando no figure la previsión por mejoría conforme al artículo 48 del Estatuto de los Trabajadores. La póliza debe estar abonada en su totalidad hasta la fecha del siniestro.

Solo en aquellos casos en los que el asegurado no tenga derecho a solicitar una incapacidad por los organismos competentes de Seguridad Social, se podrá determinar si el asegurado padece una Incapacidad Permanente Absoluta en base a dictámenes médicos emitidos por las dos partes contratantes y en caso de discrepancia se deberá realizar una pericial contradictoria en los términos previstos en el artículo 38 de la ley de Contrato de seguro. En ningún caso de considerará equiparable a la Incapacidad laboral la concesión de un grado de minusvalía por los organismos competentes.

No le cubre:

En esta garantía no está cubierta:

a) **La incapacidad causada voluntariamente por el Asegurado.**
b) **La derivada de la Resolución de Incapacidad del I.N.S.S. o del organismo que asuma sus funciones dictada después de fallecer el Asegurado.**
c) **La que sobrevenga al Asegurado cuando se encuentre en estado de embriaguez o bajo la influencia de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas no prescritas medicamente, o cuando la prueba de alcoholemia practicada después de un accidente ocurrido siendo conductor de un vehículo, indique una tasa superior a la permitida legalmente para la conducción del mismo.**
d) **La ocurrida como consecuencia de un acto de imprudencia o negligencia grave del Asegurado, declarado así judicialmente, así como el derivado de la participación de éste en actos delictivos o criminales, competiciones, 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.**
e) **La incapacidad declarada con una edad superior a la indicada en la Tabla resumen de las Garantías, Capitales y Primas contratados.**

Documento sin validez contractual

Solicitud del capital asegurado

Para solicitar el capital asegurado en caso de "Incapacidad por accidente" deberán notificarlo por escrito en el plazo máximo de siete días desde su conocimiento.

Tras la notificación, y para una correcta tramitación, deberán aportarse los siguientes documentos:

- Resolución definitiva y no revisable dictada por la Dirección del I.N.S.S, indicando la incapacidad, grado de minusvalía y fecha de efecto.
- Documentación que acredite el accidente que motiva la incapacidad (Atestado de la Policía; Acta de la Inspección de Trabajo; informe del Hospital donde fue asistido; etc.).

En todos los casos, el Asegurador se reserva la facultad de requerir toda clase de informaciones o pruebas complementarias, incluso procurándoselas directamente, que permitan valorar la procedencia del pago de la indemnización. Los médicos del Asegurado quedan eximidos del secreto profesional frente al Asegurador en lo que hace referencia al accidente o enfermedad que haya sido causa directa o indirecta de la incapacidad.

Comprobación y determinación de la Incapacidad

La Entidad Aseguradora después de la presentación de la documentación solicitada, estudiará los informes y calificará la posible existencia de la Incapacidad Permanente y Absoluta.

En el supuesto de falta de acuerdo sobre el grado de incapacidad, las partes se obligan a acudir al peritaje de médicos, de acuerdo con lo previsto en el artículo 38 de la Ley de Contrato de Seguro.

Garantía Complementaria: Incapacidad absoluta permanente por accidente de circulación

Qué le cubre:

La Entidad Aseguradora garantiza el pago del capital contratado en esta garantía, en el supuesto que el Asegurado se vea afectado por una Invalidez Absoluta Permanente u otra incapacidad de grado superior, por accidente de circulación.

Se entiende por invalidez por accidente de circulación, la situación física irreversible y consolidada del Asegurado provocada por un accidente de circulación que le incapacita para mantener cualquier relación laboral o actividad profesional y producida por las siguientes circunstancias:

- Como peatón, causada por un vehículo.
- Como conductor o pasajero de un vehículo terrestre.
- Como usuario de transportes públicos: terrestres, acuáticos o aéreos.

Se entiende por consolidada la incapacidad proveniente de lesiones físicas, psíquicas o fisiológicas causadas por un accidente de circulación, siempre que el diagnóstico de esta situación se considere irrecuperable por los peritos médicos antes de transcurrir 365 días desde la fecha del accidente.

La Incapacidad será considerada Absoluta y Permanente por accidente de circulación y por tanto con derecho al cobro de la prestación cuando haya sido

Documento sin validez contractual

calificada como tal mediante diagnóstico médico emitido por el Servicio Médico de la Compañía.

No le cubre:

En esta garantía no está cubierta:

a) **La incapacidad causada voluntariamente por el Asegurado.**
b) **La derivada de la Resolución de incapacidad del I.N.S.S. o del organismo que asuma sus funciones dictada después de fallecer el Asegurado.**
c) **La que sobrevenga al Asegurado cuando se encuentre en estado de embriaguez o bajo la influencia de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas no prescritas medicamente, o cuando la prueba de alcoholemia practicada después de un accidente ocurrido siendo conductor de un vehículo, indique una tasa superior a la permitida legalmente para la conducción del mismo.**
d) **La ocurrida como consecuencia de un acto de imprudencia o negligencia grave del Asegurado, declarado así judicialmente, así como el derivado de la participación de éste en actos delictivos o criminales, competiciones, 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.**
e) **La incapacidad declarada con una edad superior a la indicada en la Tabla resumen de las Garantías, Capitales y Primas contratados.**

Solicitud del capital asegurado

Para solicitar el capital asegurado en caso de "Incapacidad por accidente" deberán notificarlo por escrito en el plazo máximo de siete días desde su conocimiento.

Tras la notificación, y para una correcta tramitación, deberán aportarse los siguientes documentos:

- Resolución definitiva y no revisable dictada por la Dirección del I.N.S.S, indicando la Incapacidad, grado de minusvalía y fecha de efecto.
- Documentación que acredite el accidente de circulación que motiva la incapacidad (Atestado de la Policía; Acta de la Inspección de Trabajo; informe del Hospital donde fue asistido; etc.).

En todos los casos, el Asegurador se reserva la facultad de requerir toda clase de informaciones o pruebas complementarias, incluso procurándoselas directamente, que permitan valorar la procedencia del pago de la indemnización. Los médicos del Asegurado quedan eximidos del secreto profesional frente al Asegurador en lo que hace referencia al accidente o enfermedad que haya sido causa directa o indirecta de la incapacidad.

Comprobación y determinación de la Incapacidad

La Entidad Aseguradora después de la presentación de la documentación solicitada, estudiará los informes y calificará la posible existencia de la Incapacidad Permanente y Absoluta.

En el supuesto de falta de acuerdo sobre el grado de incapacidad, las partes se obligan a acudir al peritaje de médicos, de acuerdo con lo previsto en el artículo 38 de la Ley de Contrato de Seguro.

Documento sin validez contractual

Garantía Complementaria: Incapacidad permanente total (para la profesión habitual)

Qué le cubre:

La entidad aseguradora pagara el capital contratado cuando al asegurado le sea concedida una Incapacidad Permanente Total u otra incapacidad de grado superior, por el INSS o por los tribunales competentes, conforme a la legislación de la Seguridad Social u otros órganos de la Administración.

A los efectos de la póliza y con independencia de la causa, el siniestro se entenderá producido en la fecha del dictamen del equipo de Valoración de Incapacidades, se entenderá firme cuando no haya sido recurrida por nadie y se entenderá irreversible cuando no figure la previsión por mejoría conforme al artículo 48 del Estatuto de los Trabajadores. La póliza debe estar abonada en su totalidad hasta la fecha del siniestro.

Solo en aquellos casos en los que el asegurado no tenga derecho a solicitar una incapacidad por los organismos competentes de Seguridad Social, se podrá determinar si el asegurado padece una Incapacidad Permanente Total en base a dictámenes médicos emitidos por las dos partes contratantes y en caso de discrepancia se deberá realizar una pericial contradictoria en los términos previstos en el artículo 38 de la ley de Contrato de seguro. En ningún caso se considerará equiparable a la Incapacidad laboral la concesión de un grado de minusvalía por los organismos competentes.

No le cubre:

Además de las exclusiones generales de la póliza incluidas en el apartado "Exclusiones generales de la póliza", queda excluida de cobertura la incapacidad permanente total debida a las causas relacionadas a continuación:

a) **La causada voluntariamente por el Asegurado.**
b) **La derivada de Resolución de Incapacidad del INSS o del Organismo que asuma sus funciones dictada después de fallecer el Asegurado.**
c) **La ocurrida al Asegurado para el ejercicio de una actividad profesional sin estar afiliado a la Seguridad Social o Mutualidad obligatoria sustitutiva.**
d) **La ocurrida al Asegurado durante el ejercicio de una actividad profesional distinta a la expresamente declarada en el cuestionario-solicitud y señalada como Ocupación en el apartado "El Asegurado de la póliza".**
e) **La Incapacidad declarada con una edad superior a la indicada en la Tabla resumen de las Garantías, Capitales y Primas contratados.**

Solicitud del capital asegurado

Para solicitar el capital asegurado en caso de "Incapacidad por cualquier causa" deberán notificarlo por escrito en el plazo máximo de siete días desde su conocimiento.

Tras la notificación, y para una correcta tramitación, deberán aportarse los siguientes documentos:

- Resolución definitiva y no revisable dictada por la Dirección del I.N.S.S, indicando la Incapacidad, grado de minusvalía y fecha de efecto.
- En caso de incapacidad por enfermedad: Historial médico completo del Asegurado, que debe contener los siguientes documentos (que recogerán la causa del siniestro, la fecha del diagnóstico de la enfermedad, la evolución seguida y el tratamiento médico impuesto):

Documento sin validez contractual

- Los informes médicos de todos los ingresos hospitalarios sufridos por el Asegurado.
- Los informes de todas las atenciones ambulatorias realizadas al Asegurado.
- En los casos en que el asegurado no haya sido hospitalizado ni haya tenido atenciones ambulatorias deberán aportar:
  - Certificado médico donde se indiquen los antecedentes de la enfermedad que causa la incapacidad y la fecha de inicio de los mismos o, en caso contrario, la inexistencia de antecedentes médicos.
  - Los reconocimientos médicos de empresa que se pudieran haber realizado al Asegurado.
  - Certificado de la Seguridad Social donde consten las bajas laborales del asegurado en los últimos diez años, con detalle de las fechas y los motivos de las mismas.

- En caso de Incapacidad por accidente: Documentación que acredite el accidente que motiva la incapacidad (Atestado de la Policía; Acta de la Inspección de Trabajo; informe del Hospital donde fue asistido; etc.).

En todos los casos, el Asegurador se reserva la facultad de requerir toda clase de informaciones o pruebas complementarias, incluso procurándoselas directamente, que permitan valorar la procedencia del pago de la indemnización. Los médicos del Asegurado quedan eximidos del secreto profesional frente al Asegurador en lo que hace referencia al accidente o enfermedad que haya sido causa directa o indirecta de la incapacidad.

Comprobación y determinación de la Incapacidad

La Entidad Aseguradora después de la presentación de la documentación solicitada, estudiará los informes y calificará la posible existencia de la Incapacidad Permanente Total.

En el supuesto de falta de acuerdo sobre el grado de incapacidad, las partes se obligan a acudir al peritaje de médicos, de acuerdo con lo previsto en el artículo 38 de la Ley de Contrato de Seguro.

Garantía Complementaria: Graves enfermedades

Qué le cubre:

La Entidad Aseguradora garantiza el pago del capital asegurado en esta garantía, en el supuesto de que al Asegurado se le diagnostique, y sobreviva al menos treinta días a dicho diagnóstico, una de las enfermedades específicas indicadas a continuación con las delimitaciones y exclusiones establecidas en estas condiciones.

Se considera Grave enfermedad, toda alteración del estado de salud provocada por accidente o enfermedad, originados independientemente de la voluntad del Asegurado, confirmada por un médico legalmente reconocido.

Quedan cubiertas las siguientes enfermedades:

Infarto de miocardio: Necrosis de una parte del músculo cardíaco como consecuencia de un insuficiente suministro sanguíneo a la zona pertinente. El diagnóstico debe basarse en todos los aspectos siguientes:

- Antecedentes de dolores pectorales típicos.
- Alteraciones electrocardiográficas que confirmen la muerte del miocardio.
- Aumento de las encimas cardíacas.

Documento sin validez contractual

Cáncer: Tumor maligno caracterizado por el crecimiento y la diseminación incontrolados de células malignas y la invasión de tejido. Queda incluida la leucemia.

Se excluyen de esta consideración, el cáncer no invasivo o "in situ", los tumores en presencia de cualquier virus de inmunodeficiencia humana y todo cáncer de la piel que no sea el melanoma maligno. Asimismo, quedará excluido el cáncer diagnosticado dentro de los noventa días siguientes a la fecha de efecto del contrato señalada en el apartado "cuanto dura la póliza".

Accidente cerebrovascular: Todo incidente cerebrovascular que produzca secuelas neurológicas que duren más de veinticuatro horas e incluyan la infartación de tejido cerebral, la hemorragia y la embolización desde una fuente extracraneal y que suponga una lesión neurológica permanente.

Insuficiencia renal: Enfermedad renal en su estado final, debida a cualquier causa o causas, en la que el Asegurado está sometido a diálisis peritoneal o hemodiálisis regular o haya recibido un trasplante renal.
Afección de la arteria coronaria que exija cirugía. El sometimiento a cirugía cardiaca para corregir el estrechamiento o bloqueo de una o más arterias coronarias con injertos de by-pass en las personas aquejadas de síntomas anginales limitadores, con exclusión de las técnicas no quirúrgicas tales como la angioplastia de globo o la eliminación de una obstrucción mediante rayos láser.

Trasplante de un órgano vital: El sometimiento a cirugía de trasplante como receptor de corazón, pulmón, hígado, páncreas, riñón o médula ósea.

Parálisis: Pérdida total y permanente del uso de dos o más extremidades debido a parálisis.

Enfermedad de Alzheimer: Síndrome clínico caracterizado por la alteración progresiva e irreversible de las funciones cerebrales, con modificaciones histológicas características.

Enfermedad de Parkinson: Síndrome clínico caracterizado por hipocinesia, rigidez muscular y temblor en reposo, ocasionado básicamente por una degeneración del sistema niglostriado.

No le cubre:

Además de las exclusiones generales de la póliza incluidas en el apartado "Exclusiones generales de la póliza", quedan excluidas de esta cobertura las graves enfermedades debidas a las causas relacionadas a continuación:

a) **Cualquier enfermedad o intervención quirúrgica distinta de las expresamente descritas anteriormente.**
b) **Las que sean consecuencia o estén relacionadas con el síndrome de inmunodeficiencia humana, con la presencia del virus de inmunodeficiencia adquirida humana (VIH) constatado en un test de anticuerpos o del virus del SIDA con resultado positivo.**
c) **Los tipos de cáncer excluidos en el artículo Enfermedades cubiertas de estas Condiciones Especiales.**
d) **Las que sobrevengan al Asegurado como consecuencia de bebidas alcohólicas o drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, así como el tabaquismo no declarado en el momento de la contratación o durante la vigencia de la póliza.**

Documento sin validez contractual

e) **Las enfermedades que sobrevengan al Asegurado con una edad superior a la indicada en la Tabla resumen de las Garantías, Capitales y Primas contratados.**

Período de carencia: La cobertura de Graves enfermedades se anulará si el Asegurado fallece antes de que haya transcurrido un período de treinta días después del diagnóstico de la enfermedad grave o de la intervención quirúrgica.

El pago de siniestro en esta garantía anula la misma, permaneciendo en vigor el resto de garantías. Se realizará un solo pago por capital pactado.

Comprobación y determinación de la grave enfermedad

La comprobación y determinación de la grave enfermedad se efectuará por el Asegurador después de la presentación de la documentación prevista en el artículo anterior.

En el supuesto de falta de acuerdo sobre el diagnóstico de la grave enfermedad, las partes se obligan a acudir al peritaje de médicos, de acuerdo con lo previsto en el artículo 38 de la Ley de Contrato de Seguro.

Solicitud del capital asegurado

Para solicitar el capital para la garantía de Graves Enfermedades, estando la póliza en vigor, los Beneficiarios deberán aportar a su cargo los siguientes documentos justificativos:

- Certificado de nacimiento del Asegurado o fotocopia compulsada del D.N.I.
- Pruebas de la ocurrencia de la grave enfermedad, que incluirán el diagnóstico confirmado por un médico colegiado y nombrado a tal efecto por el Asegurador, así como información clínica, radiológica, histológica y de laboratorio aceptables.
- La evidencia de que el Asegurado haya sobrevivido por lo menos treinta días después desde que se haya hecho el diagnóstico.

En todos los casos, la Entidad Aseguradora se reserva la facultad de requerir toda clase de informaciones o de pruebas complementarias, incluso procurándoselas directamente, que permitan valorar la procedencia del pago de la indemnización. Los médicos del Asegurado quedan eximidos del secreto profesional frente a la Entidad Aseguradora en lo referente al accidente o enfermedad que haya sido causa directa o indirecta del siniestro.

Pago del capital asegurado

Una vez aceptada la grave enfermedad de acuerdo con el artículo anterior, el Asegurador, en el plazo máximo de cinco días, deberá pagar o consignar la prestación garantizada. En cualquier caso, el Asegurador deberá efectuar, dentro de los cuarenta días a partir de la recepción de la declaración de la grave enfermedad, el pago del importe mínimo de lo que pueda deber según las circunstancias por él conocidas.

Si en el plazo de tres meses desde la producción de la grave enfermedad, el Asegurador no hubiere pagado o consignado su importe por causa no justificada o que le fuera imputable, la indemnización se incrementará de acuerdo con lo previsto en la legislación vigente.

Documento sin validez contractual

Exclusiones generales de la póliza

Denominamos "Exclusiones generales de la póliza" a aquellas situaciones que no están cubiertas bajo ninguna circunstancia en este seguro.

1.- La Entidad Aseguradora no cubre ningún siniestro cuya causa sea consecuencia directa o indirecta de enfermedades o accidentes anteriores al efecto del seguro y no declaradas por el Asegurado, aun cuando concurra con otras enfermedades posteriores al efecto del seguro.

2.- Suicidio durante el primer año, desde la fecha de efecto de la póliza. En el supuesto de rehabilitación de la póliza el plazo de un año se computará desde la fecha de efecto de la expresada rehabilitación.

3.- Aviación:

- **Quedan excluidas de las coberturas del contrato, salvo pacto en contrario expresamente recogido en la póliza, las personas que hagan del vuelo su profesión y ocupen una aeronave como integrantes de su tripulación.**
- **La utilización, aunque sea como pasajero, de vuelos en aparatos no autorizados para el transporte público de viajeros, así como helicópteros.**
- **Se excluyen los sucesos ocurridos como consecuencia de efectuar descensos en paracaídas no exigidos por la situación del aparato.**

Este riesgo estará cubierto siempre que el Asegurado realice vuelos como simple pasajero en líneas comerciales regulares, vuelos chárter o, en general, en aparatos civiles.

4.- Igualmente se excluyen los siniestros producidos:

- **Como consecuencia directa o indirecta de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.**
- **En el desarrollo de la navegación submarina o en viajes de exploración.**

5.- La Entidad Aseguradora no cubre los daños por hechos derivados de conflictos armados, haya precedido o no declaración oficial de guerra.

6.- Actos delictivos del Asegurado.

7.- No están cubiertos por la póliza los riesgos cubiertos por el consorcio de Compensación de Seguros.

8.- Estarán excluidos los siniestros derivados de la práctica de cualquier deporte con carácter profesional.

9.- La Entidad Aseguradora no cubre siniestros derivados de la práctica de los siguientes deportes con carácter profesional, en competiciones o con ocasión de apuestas o desafíos, salvo que haya sido declarado y expresamente aceptado recogiéndose en el apartado "Condiciones limitativas y especiales" de la póliza:

- Motociclismo o automovilismo incluidos entrenamientos.
- Montañismo y trecking o cualquier modalidad de escalada o alpinismo, en alturas superiores a 3.000 metros.
- Cualquier deporte de modalidad de aviación deportiva, ultraligeros, paracaidismo, parapente, ascensión en globo, ala delta, acrobacia aérea, vuelos sin motor, skysurf, o saltos al vacío con cualquier tipo de sujeción, así como cualquier otro deporte o actividad aérea.

Documento sin validez contractual

- Cualquier actividad de ocio relacionada con la tauromaquia y encierro de reses bravas.
- Esquí o snowboard con saltos, o cualquier otro deporte de nieve en zonas no habilitadas para ello o fuera de pistas.
- Caza mayor fuera de Europa
- Inmersiones submarinas: Sin escafandra a más de 6 metros de profundidad, con escafandra a más de 45 metros de profundidad y en solitario con o sin escafandra.
- Piragüismo o barranquismo en aguas bravas o torrenciales

Garantías adicionales

Servicios de salud y bienestar

Se ofrece al Asegurado a través del área privada de "My AXA", dentro del apartado "Mis consultas habituales", la posibilidad de acceder a una plataforma web en la que podrá solicitar y contratar servicios orientados a la prevención, el bienestar y el cuidado de la salud.

Será necesario que el Tomador/Asegurado realice el registro y activación de su cuenta en "My AXA" y posteriormente en la plataforma web indicada por AXA, en ambos casos conforme a sus respectivos términos y condiciones de uso y de protección de datos personales.

El Asegurador podrá modificar la prestación de los servicios, sustituirlos por otros, o suspenderlos total o parcialmente, por razones técnicas, de la mejora de la calidad y eficacia de los servicios, razones de seguridad, de control o por cualquier otra causa justificada en cualquier momento. En todo caso la lista de servicios disponibles es accesible y consultable en todo momento a través de la mencionada plataforma web.

Para cualquier consulta el Asegurado podrá contactar con nuestros teléfonos de Atención 900 90 90 14 o 91 807 00 55.

Cláusulas especiales

Declaraciones de salud del Asegurado

Los datos relativos a la salud del asegurado considerados para la contratación de esta póliza son los que se indican a su continuación y/o los obtenidos durante el proceso de suscripción en las entrevistas o pruebas médicas realizadas al asegurado

Las respuestas al cuestionario de salud son determinantes para contratar y fijar el precio del seguro. Si las respuestas al cuestionario de salud por parte del Tomador y/o Asegurado son falsas o inexactas, la Entidad Aseguradora podrá rescindir el contrato mediante declaración escrita dirigida al Tomador, en el plazo de un mes a contar desde que tenga conocimiento de la reserva o inexactitud. Corresponderá a la Entidad Aseguradora devolver al Tomador la prima no consumida del período en curso. En caso de que se produzca el siniestro antes de que la Entidad Aseguradora envíe la declaración de rescisión, el Beneficiario recibirá, salvo que medie dolo o culpa por parte del Tomador, la prestación garantizada reduciéndose únicamente el importe de la diferencia entre la prima pagada y la que debería haber pagado, en caso de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo en el momento de contratar el seguro.

Documento sin validez contractual

Condiciones limitativas y especiales de la póliza

Tomador y Asegurado aceptan las definiciones de garantía y las limitaciones y exclusiones indicadas en la póliza.

¿Cúanto le cuesta y cuánto dura el seguro?

Cuánto le cuesta este seguro

Prima Total Anual: XXXX euros.
Tributos y Consorcio: XXXX euros.

Importe de prima pagadero por anticipado según la forma establecida en el apartado "Cómo se pagan las primas".

El importe correspondiente al Consorcio se incluye íntegramente en el primer recibo de cada anualidad.

Las primas para las siguientes anualidades se calcularán según la edad alcanzada por el Asegurado y el capital asegurado en cada prórroga.

Las prórrogas anuales serán siempre el día 1 del mes y año de renovación, recogiendo el primer recibo el ajuste de precio por los días asegurados.

El capital asegurado para cada garantía se mantendrá constante cada anualidad durante la vigencia del contrato.

La Entidad Aseguradora, única y exclusivamente, podrá modificar la tarifa aplicable a su contrato de seguro, si existiera una desviación material de la siniestralidad tanto en la cartera como en la sub-cartera a la que pertenece su contrato.

Se entiende como desviación material de la siniestralidad, si durante dos ejercicios consecutivos se cumplen las condiciones siguientes:
- Que la tasa de siniestralidad observada a cierre del último ejercicio excede en un 15% de la tasa de siniestralidad promedio de los 3 años anteriores, y
- Que la tasa de siniestralidad observada a cierre del último ejercicio excede el 100% de las primas puras anuales cobradas.

En el caso extraordinario de que se produjera esta situación, la Entidad Aseguradora comunicaría esta circunstancia junto con las nuevas tarifas a aplicar al contrato con el preceptivo preaviso de dos meses al objeto de que el cliente pudiera, en caso de que lo estimara conveniente, ejercitar su derecho a la terminación del contrato con carácter previo a la modificación de la tarifa tal y como consta en el apartado 'oposición y prórroga al contrato".

Para una mejor comprensión a continuación puede encontrar las definiciones de los términos más relevantes:

Por **tasa de siniestralidad** se entiende al cociente entre siniestralidad y prima pura anual cobrada del ejercicio en curso y calculada según base técnica aplicada en el momento de la contratación.

Por **siniestralidad** se entiende las prestaciones pagadas más variación de provisiones para prestaciones de la cartera incluidos, más los gastos imputables a prestaciones, según lo indicado en la Cuenta Técnica.

Por **prima pura** se entiende a la resultante de aplicar las hipótesis biométricas utilizadas en el cálculo de las tarifas al capital contratado, corregida por los factores de riesgo que pudieran corresponder.

Documento sin validez contractual

Se considera **cartera** al conjunto de las sub-carteras de productos Temporal Anual Renovable de Vida Riesgo.

Se considera **sub-cartera** al conjunto de pólizas homogéneas vigentes a las que se apliquen los mismos criterios y parámetros de base técnica para calcular la prima, con un volumen de al menos 1.000 asegurados en el periodo de observación. Todas aquellas tarifas con un volumen inferior a 1.000 asegurados en el periodo de observación se integrarán en una sub-cartera agrupada, para la que se analizará si se ha producido una desviación material de la siniestralidad en su conjunto.

Te informamos que la prima de tu contrato pertenece a la sub-cartera TFL0, a la que se le aplican los mismos criterios y parámetros de base técnica para calcular la prima.

Si deseas conocer, en cualquier momento, la tasa de siniestralidad, siniestralidad o prima pura de la cartera y sub-cartera a la que pertenece tu contrato, puedes contactar con nosotros a través del correo electrónico oferta.vidariesgo@axa.es.

Cómo se pagan las primas

Forma de pago:
Código IBAN: ES** **** **** **** **** ****
Cód. Entidad: **** Cód. Oficina: **** D.C.: **
Nº Cuenta: **** **** ****

El fraccionamiento de prima no libera al Tomador de abonar la totalidad de la prima anual.

Los recibos de prima serán satisfechos por anticipado, mientras viva el Asegurado y a través de domiciliación bancaria.

Existe un plazo de un mes para el pago de la prima desde su vencimiento, excepto para la primera prima, cuyo pago debe efectuarse en el momento de la formalización del contrato.

En caso de falta de pago de una de las primas siguientes a la primera, la cobertura queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si la Entidad Aseguradora no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la misma, se entenderá que el contrato queda extinguido. La Entidad Aseguradora, podrá exigir el pago de la prima del período en curso.

En caso contrario, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el Tomador pague las primas.

Si el recibo no ha sido satisfecho y se produce un siniestro, la Entidad Aseguradora quedará liberada de sus obligaciones.

Cuánto dura la póliza

·Fecha de efecto: dd.mm.aaaa a las 00:00 horas.
·Fecha de vencimiento: dd.mm.aaaa a las 00:00 horas.
Duración: Anual prorrogable.

El contrato se establece por un año y se prorrogará anualmente, en cada aniversario, mediante el pago de la prima correspondiente a la edad y capital asegurado hasta la anualidad del Seguro en la que el Asegurado cumpla 80 años de edad para la garantía de fallecimiento y para el resto de garantías contratadas hasta la edad máxima detallada en cada una.

Documento sin validez contractual

La oposición a la prórroga sólo podrá ser ejercida por el Tomador mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de, al menos, un mes de anticipación a la conclusión del período del seguro en curso.

La Entidad Aseguradora renuncia a ejercitar el derecho unilateral a cancelar el contrato, rechazar primas futuras contratadas y modificar tarifas de prima o prestaciones, de forma que las primas reflejen plenamente los riesgos a nivel del contrato.

La Entidad Aseguradora renuncia a realizar una evaluación del riesgo a nivel individual del Asegurado durante la duración del contrato con posterioridad a la evaluación inicial ya realizada.

A efectos de duración máxima del contrato se tiene en cuenta la edad actuarial del Asegurado para la no renovación por el límite de edad definido al celebrar el contrato.

Pago de la prestación asegurada

Notificación del siniestro y pago del capital asegurado

Para solicitar el capital asegurado en caso de fallecimiento, el/los Beneficiario/s deberán notificarlo por escrito en el plazo máximo de siete días desde su conocimiento.

En caso de ser procedente el pago de la prestación, el Asegurador en el plazo máximo de 40 días a partir de la recepción de la declaración de siniestro, debe hacer frente al pago del importe mínimo que se derive de las circunstancias por él conocidas.

El Asegurador incurrirá en mora cuando no hubiere satisfecho la prestación del seguro, transcurridos tres meses desde la ocurrencia del siniestro. No habrá lugar a la indemnización por mora, cuando la falta de pago de la prestación o del importe mínimo, se produzca por causas justificadas o no imputables al Asegurador.

Tampoco corresponde la indemnización por mora si la falta de pago se debe a que los Beneficiarios no hubieran entregado la documentación completa que se indica en cada garantía.

En caso de producirse el derecho a la indemnización por mora, los intereses se computarán desde la fecha de ocurrencia del siniestro hasta la fecha del pago de la prestación.

Si dicha comunicación no se hubiera producido dentro de los siete días desde su conocimiento por el Tomador o Beneficiario, los intereses se computarán desde la fecha de comunicación del siniestro hasta la fecha del pago de la prestación.

En caso de ser procedente el pago del siniestro, el Asegurador pagará la prestación contratada en su domicilio social.

Información adicional sobre el pago de la prestación asegurada

El Beneficiario puede transformar la totalidad o parte del capital asegurado en una renta vitalicia o temporal, cuyo importe y condiciones técnicas se determinarán en la fecha del pago de la prestación, de acuerdo con las bases técnicas que tenga establecidas el Asegurador en ese momento. Una vez aceptada por el Beneficiario esta opción, el Asegurador emitirá una nueva póliza.

Documento sin validez contractual

Otros temas de su interés

Cómo formalizar el seguro

El contrato se considerará formalizado y en vigor desde el momento en que el Tomador firma la póliza y paga la prima. En ningún caso antes de la fecha de efecto que se indica en el apartado "Cuánto dura la póliza".

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el Tomador del seguro podrá reclamar a la Entidad Aseguradora en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza para que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación se estará a lo dispuesto en la póliza.

Asimismo, el Tomador dispone, tanto si el contrato está estipulado sobre su vida como sobre la de un tercero, de la facultad de resolver o anular el mismo dentro del plazo de los treinta días siguientes a la fecha en que la Entidad Aseguradora le entregue la póliza o el documento de cobertura provisional.

Qué pasa si pierdo la póliza

En caso de extravío o destrucción de la póliza, el titular legal de la misma, deberá notificarlo inmediatamente al Asegurador, el cual solamente expedirá un duplicado cuando el documento original haya quedado anulado a costa del titular, con arreglo a lo que determinen las disposiciones vigentes en aquel momento.

La petición se hará por escrito en el que se expliquen las circunstancias del caso, se aporten las pruebas de haberlo notificado a quienes resulten titulares de algún derecho en virtud de la póliza y el solicitante se comprometa a devolver la póliza original si apareciese y a indemnizar al Asegurador de los perjuicios que le produzca la reclamación de un tercero.

Cuál es la legislación por la que se rige este contrato

Este contrato se rige por lo dispuesto en las normas legales siguientes:

- Ley 50/1980 de 8 de octubre de Contrato de Seguro y su normativa de desarrollo.
- Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.
- Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.
- Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos).
- Legislación nacional vigente relativa a la Protección de Datos de Carácter Personal.
- Ley 6/2020, de 11 de noviembre, reguladora de determinados aspectos de los servicios electrónicos de confianza.
- Ley 34/2002, de 11 de julio, de servicios de la sociedad de la información y de comercio electrónico.
- Ley 22/2007, de 11 de julio, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores.
- Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido del Estatuto Legal del Consorcio.

Documento sin validez contractual

- Ley 26/2006, de 17 de julio, de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados.
- Y cualquier otra norma que durante la vigencia de esta póliza pueda ser aplicable.

En todo lo no previsto en este contrato, se aplicará lo dispuesto en la Ley 50/1980 de 8 de octubre, de Contrato de seguro o disposición legal que en el futuro la sustituya.

Fiscalidad

El abono de las prestaciones del Contrato, así como las retenciones que proceda efectuar sobre las mismas, estarán sujetas a tributación por el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas o Impuesto sobre Sociedades, según la naturaleza de la persona del Beneficiario, siempre que no proceda su sujeción al Impuesto de Sucesiones y Donaciones, de conformidad con lo establecido en las Leyes reguladoras de dichos Impuestos y sus normas complementarias, sin perjuicio de lo establecido en estas materias en los regímenes específicos de los territorios forales.

Rehabilitación

El Tomador puede pedir, la rehabilitación de la póliza, dentro de los cinco meses siguientes a haber sido dejada en suspenso.

Aceptada la rehabilitación por la Entidad Aseguradora, el Tomador deberá realizar el pago de todos los recibos atrasados, en el acto y de una sola vez.

Nulidad

El contrato de seguro será nulo, salvo en los casos previstos en la Ley, si en la fecha de efecto había ya ocurrido el siniestro o no existía el riesgo.

Comunicación entre las partes

Todas las comunicaciones deben hacerse mutuamente por escrito.

Las dirigidas al Asegurador por parte del Tomador, Asegurado o Beneficiarios podrán hacerse directamente al domicilio social del mismo, a las Sucursales o a los Agentes de éste.

Las comunicaciones del Asegurador al Tomador, Asegurado y Beneficiarios, se realizarán al domicilio de éstos recogido en la póliza, por lo cual es preciso comunicar cualquier cambio que se produzca al objeto de poder hacer llegar a su destino las futuras comunicaciones.

Las comunicaciones hechas por un Corredor de Seguros al Asegurador en nombre del Tomador, surtirán los mismos efectos que si las realizara éste, salvo expresa indicación en contrario del Tomador.

En todo caso se precisará el consentimiento expreso del tomador del seguro para suscribir un nuevo contrato o para modificar o rescindir el contrato de seguro en vigor.

Modificaciones permitidas en la póliza

Las modificaciones, posibles a realizar en este contrato, mediante suplemento a la póliza son :

Documento sin validez contractual

- Cambio de periodicidad de pago
- Inclusión o exclusión de garantías.
- Cambios a las circunstancias manifestadas en el apartado "el Asegurado".
- Modificaciones de mutuo acuerdo entre las partes.
- Disminuir el capital asegurado en las garantías contratadas.

La Entidad Aseguradora renuncia a realizar una nueva evaluación del estado de salud del Asegurado durante la duración del contrato, salvo en los casos de inclusión de garantías en el contrato, donde sí se evaluará de nuevo el riesgo aplicando las condiciones que de esa evaluación se determinen únicamente a la nueva garantía.

Qué hacer si existen conflictos entre los intervinientes en el contrato.

De conformidad con lo establecido en Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y el Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, los conflictos que puedan surgir entre las partes podrán resolverse, como sigue:

a) El Tomador podrá formular sus reclamaciones por escrito, ante el Servicio de Atención de Quejas y Reclamaciones de la Entidad Aseguradora con dirección: Calle Emilio Vargas 6, 28043 Madrid, por correo electrónico: centro.reclamaciones@axa.es, directamente o a través de la página www.axa.es o la web Clientes. Dicho departamento acusará recibo por escrito de las reclamaciones que se les presenten y las resolverá siempre por escrito motivado.

Para seguros contratados en Cataluña, y en cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 22/2010, de 20 de julio, del Código de consumo de Cataluña, podrá dirigirse, además, a la siguiente dirección: World Trade Center Almeda Park, edificio 6, Plaza de la Pau s/n, 08940 - Cornellá del Llobregat o contactar en el teléfono 900 132 098.

Una vez transcurrido el plazo de un mes desde la fecha de presentación de la reclamación, sin que el Servicio de Atención de Quejas y Reclamaciones haya resuelto, o bien una vez que haya sido denegada expresamente la admisión de reclamación o desestimada la petición, podrá acudirse ante los servicios de reclamaciones del Banco de España, la Comisión Nacional del Mercado de Valores o la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, mediante presentación de la queja o reclamación, en soporte papel o por medios informáticos, electrónicos o telemáticos. La reclamación o queja será tramitada de conformidad con el procedimiento previsto en la Orden ECC/2502/2012, de 16 de noviembre, por la que se regula el procedimiento de presentación de reclamaciones ante los Servicios de Reclamaciones del Banco de España, la Comisión Nacional del Mercado de Valores y la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

Podrá presentar su reclamación en el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones en la dirección Paseo de la Castellana 44, 28046 - Madrid o en http://www.dgsfp.mineco.es/reclamaciones/.

b) Por decisión arbitral en los términos de los artículos 57 y 58 del Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y leyes complementarias; o en los términos de la Ley 60/2003, de 23 de diciembre, de Arbitraje, en materia de libre disposición conforme a derecho

Documento sin valor contractual

y salvo aquellos supuestos en que la legislación de protección de los consumidores y usuarios lo impida (siempre que hubiera acuerdo por ambas partes para someterse a este mecanismo de solución de conflictos), siendo los gastos ocasionados satisfechos por mitad entre Tomador y Asegurador.

c) Por mediación en los términos previstos en la Ley 5/2012, de 6 de julio, de mediación de asuntos civiles y mercantiles.

d) Por los Jueces y Tribunales competentes (siendo Juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguros el del domicilio del Asegurado).

¿Qué beneficios adicionales tiene por contratar esta póliza?

Anticipo de capital para gastos de sepelio

Pago a cuenta de hasta el 10% del capital que tiene asegurado en la garantía de fallecimiento, con un máximo de 6.000€.

Para la solicitud y pago de este servicio, los Beneficiarios asignados deberán aportar los siguientes documentos:

- Escrito dirigido a la Entidad Aseguradora solicitando el anticipo.
- Entrega del Certificado de Defunción expedido por el Registro Civil.
- Factura de gastos de sepelio.

Este anticipo de capital no presupone la aceptación del siniestro. Si posteriormente la Aseguradora rechazara el siniestro, el Beneficiario reintegrará el importe recibido por este concepto.

En el caso de que la persona que haya recibido el anticipo no sea Beneficiaria, esta se compromete a devolver el importe recibido.

Anticipo de capital para pago del impuesto de sucesión

Anticipo a cuenta del capital asegurado en la garantía de fallecimiento para el pago del impuesto de sucesión.

Para la solicitud y pago de este servicio, los Beneficiarios asignados deberán aportar los siguientes documentos:

- Certificado de Hacienda confirmando el importe a ingresar por los Beneficiarios de la póliza.

El pago se realizará directamente a Hacienda.

Documento sin validez contractual

Cláusula de indemnización por el Consorcio

Cláusula de indemnización de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios

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, serán pagadas por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el Tomador hubiese satisfecho, a su vez, 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 de seguro de riesgos extraordinarios, aprobado por el Real Decreto de 300/2004, de 20 de febrero, y en las disposiciones complementarias.

Resumen de Normas Legales

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias 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 o aerolitos.

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

c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

Los fenómenos atmosféricos y sísmicos, 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 Consorcio de Compensación de Seguros podrá recabar de los órganos jurisdiccionales y administrativos competentes información sobre los hechos acaecidos.

2. Riesgos excluidos

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

b) Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos 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.

Documento sin validez contractual

d) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley, 12/2011 de 27 de mayo sobre, responsabilidad civil por daños nucleares o producidos por materiales radiactivos.

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

f) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios de los señalados en el apartado 1.b) anterior.

g) Los causados por mala fe del Asegurado.

h) Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.

i) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de "catástrofe o calamidad nacional".

3. Extensión de la cobertura

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

2. En las pólizas de seguros de vida que, de acuerdo a 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.

Comunicación de daños al Consorcio de Compensación de Seguros

1. La solicitud de indemnización de daños cuya cobertura corresponda al Consorcio de compensación de Seguros, se efectuará mediante comunicación al mismo por el tomador del seguro, el asegurado o el beneficiario de la póliza, o por quien actúe por cuenta y nombre de los anteriores, o por la entidad aseguradora o el mediador de seguros con cuya intervención se hubiera gestionado el seguro.

2. La comunicación de los daños y la obtención de cualquier información relativa al procedimiento y al estado de tramitación de los siniestros podrá realizarse:

Documento sin validez contractual

- 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.consorseguros.es).

3. Valoración de los daños: La valoración de los daños que resulten indemnizables con arreglo a la legislación de seguros y al contenido de la póliza de seguro se realizará por el Consorcio de Compensación de Seguros, sin que éste quede vinculado por las valoraciones que, en su caso, hubiese realizado la entidad aseguradora que cubriese los riesgos ordinarios.

4. Abono de la indemnización: El Consorcio de Compensación de Seguros realizará el pago de la indemnización al beneficiario del seguro mediante transferencia bancaria.

Cláusula firma electrónica y comunicaciones electrónicas

Información Firma electrónica

La Entidad Aseguradora podrá poner a disposición del tomador, sistemas de firma electrónica reconocida y/o avanzada para su uso en la suscripción del presente contrato de seguro, así como para la celebración de las operaciones posteriores que se encuentren disponibles por vía electrónica.

En caso de disposición y uso de los sistemas de firma electrónica reconocida y/o avanzada, ambas partes convienen la perfección del presente contrato o cualquier otra operación posterior disponible por esta vía. El proceso de firma electrónica reconocida y/o avanzada, podrá consistir en la asignación de los correspondientes elementos de seguridad, tales como claves, códigos u otro tipo de elemento que permita la identificación del firmante, así como se llevará a cabo con la intervención de un Tercero de Confianza conforme a la normativa aplicable.

Para la correcta gestión del proceso de firma electrónica, el tomador que utilice estos medios de firma, autoriza expresamente a la Entidad Aseguradora la puesta a disposición al Tercero de Confianza, la dirección de correo electrónico y el número de teléfono móvil declarado, con la única finalidad de posibilitar la generación y el envío de las claves identificativas necesaria para la ejecución de la firma electrónica, así como para el envío de la documentación objeto de firma y/o vinculada a la relación contractual.

En este sentido, ambas partes, de conformidad con lo establecido en la normativa aplicable, reconocen la plena validez de los contratos y operaciones firmadas utilizando sistemas de firma electrónica equiparando su validez a todos los efectos a los contratos y operaciones celebradas mediante firma manuscrita.

El tomador declara que los datos facilitados a lo largo del proceso de contratación y firma son veraces, ciertos y completos y se obliga a notificar a la Entidad Aseguradora cualquier modificación o cambio de los mismos respondiendo de los daños o perjuicios que pudiera causar a la Entidad Aseguradora o a terceros la falta de veracidad de los mismos.

En caso de personas jurídicas, el firmante declara que cuenta con plenos poderes y capacidad de representación suficiente para poder contratar en nombre de la entidad tomadora. Así mismo declara que los datos facilitados a lo largo del proceso son veraces, ciertos y completos y se obliga a notificar a la Entidad Aseguradora cualquier modificación o cambio de los mismos respondiendo de los daños o perjuicios que pudiera causar a Entidad Aseguradora o a terceros la falta de veracidad de los mismos. Por su parte la entidad tomadora informará a la Entidad Aseguradora de cualquier cambio que se produzca en la figura del representante legal para la correcta gestión de la póliza.

Información sobre las comunicaciones electrónicas

La Entidad Aseguradora podrá poner a disposición del tomador en su espacio privado de la Web Cliente, la documentación contractual e informaciones periódicas en soporte duradero, sin perjuicio de que en cualquier momento de la relación contractual el tomador pueda solicitar dicha información en soporte papel a la Entidad

Documento sin validez contractual

Aseguradora.

La Entidad Aseguradora podrá dirigirse al tomador por medios de comunicación electrónicos tales como el correo electrónico, teléfono móvil, web privada de clientes, etc. para la recepción de aquellas comunicaciones y notificaciones relativas a la gestión e información del presente contrato como es el caso de los avisos de renovación de las próximas anualidades, así como cualquier otra modificación sobre su póliza, información periódica, etc. sin perjuicio de que en cualquier momento de la relación contractual el tomador pueda solicitar esta información en soporte papel a la Entidad Aseguradora.

El correo electrónico será el medio establecido por defecto para remitir las comunicaciones contractuales (no comerciales) a aquellos tomadores que hayan informado del correo electrónico a la Entidad Aseguradora.

Dichas comunicaciones podrán ser remitidas mediante un sistema de comunicaciones electrónicas certificadas con validez legal y plena eficacia jurídica, que en su caso, contará con la intervención de un Tercero de Confianza en los términos establecidos en la normativa aplicable y se considerarán recibidas desde el momento de su recepción por el tomador y/o puesta a disposición por la Entidad Aseguradora por los medios descritos.

Las comunicaciones o notificaciones realizadas por estos medios se podrán solicitar por el tomador en soporte papel o en cualquier otro duradero que se encuentre disponible, a través de los medios habituales de contacto con la Compañía.

El tomador se obliga a notificar a la Entidad Aseguradora cualquier modificación o cambio de los datos facilitados para recibir comunicaciones electrónicas no comerciales respondiendo de los daños o perjuicios que pudiera causar a la Entidad Aseguradora o a terceros la falta de veracidad de los mismos.

En cualquier momento de la relación contractual y en virtud del derecho normativamente conferido, el tomador podrá solicitar la modificación de la técnica de comunicación a distancia inicialmente establecida, siempre que dicha modificación sea técnicamente posible y preceptiva legalmente para la Entidad Aseguradora.

Información sobre comunicaciones telefónicas

La Entidad Aseguradora podrá grabar las conversaciones que mantenga con los tomadores, asegurados, personas de contacto o cualquier otra persona que llame a los teléfonos de la Compañía. Estas grabaciones se podrán utilizar como medio de prueba en cualquier reclamación que se pueda plantear entre ambas partes, así como para comprobar la calidad de los servicios prestados por la compañía aseguradora.

En su caso, el tomador de la póliza informará a los usuarios del seguro, de que la Entidad Aseguradora podrá grabar conversaciones telefónicas con dichos fines. El interlocutor de la llamada podrá solicitar a la Compañía que le facilite copia del contenido de estas conversaciones que se hubieran grabado entre ambos.

¿Dónde tiene que firmar y aceptar las condiciones?

Para que el seguro contratado tenga vinculación para usted y para nosotros como Entidad Aseguradora, deberá firmarnos la copia del contrato (la que viene indicada como 'A devolver firmada") y devolvérnosla en el sobre de 'franqueo pagado" (no necesita sello) que le adjuntamos.

Documento sin validez contractual

Responsable del tratamiento

Le informamos de que sus datos personales serán tratados por AXA Aurora Vida, S.A. de Seguros y Reaseguros (en adelante, AXA o la Entidad), como responsable del tratamiento, con domicilio social en C/ Alameda de Urquijo, 78 Planta Baja, 48013 Bilbao.

Para velar por el leal y transparente tratamiento de sus datos personales, AXA cuenta con un Delegado de Protección de Datos, con quién podrá contactar en DPOAXA@axa.es

Finalidades y bases de legitimación del tratamiento

El tratamiento de sus datos personales se realizará con las siguientes finalidades:

Formalización y gestión de la póliza de seguros, y, en caso de ocurrencia de un evento objeto de cobertura, para la peritación y liquidación del mismo, la gestión del reaseguro y la gestión de quejas y reclamaciones.

- Todos los datos que facilite en la contratación y a lo largo de su relación con AXA, incluidos los datos de salud para gestionar los posibles eventos objeto de cobertura, son necesarios para la formalización y gestión de tu contrato de seguro y los servicios asociados.
  La base legitimadora es la gestión y formalización del contrato de seguro solicitado y del que usted es parte integrante (artículo 6.1.b RGPD).
  Así como, el cumplimiento de obligaciones legales, conforme al artículo 6.1.c.del RGPD y el artículo 8.1 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales en conexión con la propia normativa del sector asegurador, Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

Realizar las valoraciones, selecciones, comprobaciones y tarificaciones de riesgo para la contratación de su póliza de seguro.

- La base de legitimación es la aplicación de medidas contractuales a petición de usted (artículo 6.1.b RGPD) y el cumplimiento de obligaciones legales, conforme al artículo 6.1.c RGPD y el artículo 8.1 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales en conexión con la propia normativa del sector asegurador, Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, que impone a las compañías aseguradoras la obtención de la información necesaria para la valoración del riesgo y determinación de la prima.

- Este proceso de tarificación y valoración del riesgo se podrá llevar a cabo mediante procesos automatizados, incluida la elaboración de perfiles, y mediante un análisis de técnica estadístico-actuarial que determine su perfil de riesgo. Si bien, en los supuestos en los que utilicemos procesos automatizados, usted tendrá derecho a: obtener intervención de una persona de AXA para evaluar su situación, expresar su punto de vista e interponer una reclamación cuando no esté conforme. Igualmente, AXA comprueba periódicamente los métodos para el cálculo de la prima de los seguros que ofrece a los interesados a fin de garantizar que siguen siendo justos, efectivos e imparciales. Sobre esta información, aplicaremos un algoritmo que nos indicará el riesgo asociado a su proyecto de seguro.

- Adicionalmente, podremos consultar la información que conste en nuestras Bases de Datos y de las del resto de entidades del Grupo AXA en base al interés legítimo de AXA, para realizar las comprobaciones que nos permitan determinar el riesgo en relación con la información aportada por usted, la derivada de relaciones previas con las distintas entidades del Grupo AXA, y el producto solicitado.

- Igualmente, AXA consulta la información que conste en nuestras Bases de Datos y de las del resto de entidades del Grupo AXA, en concreto, nombre, apellidos, fecha de nacimiento, y número de identificación fiscal (NIF), en base al interés legítimo de AXA, con el fin de mantener en todo momento sus datos actualizados y velar por la exactitud de los mismos, preservando la calidad necesaria derivada de relaciones previas con las distintas entidades del Grupo AXA y el producto contratado.

Llevar a cabo las pertinentes verificaciones y comprobaciones que permitan evaluar el posible fraude en el momento contractual de la póliza, así como para evaluar su solvencia.

- La base de legitimación es el cumplimiento de obligaciones legales, conforme al artículo 6.1.c RGPD y el artículo 8.1 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales en conexión con la propia normativa del sector asegurador, Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro y para evitar perjuicios y consecuencias negativas para usted se han adoptado medidas técnicas y organizativas para reforzar la confidencialidad y seguridad de esta información y el cumplimiento de una obligación legal, en particular, los artículos 66 y 100 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras; en relación con la identificación, medición y valoración del riesgo, así como la prevención del fraude.

- Para ello, y de acuerdo con las políticas internas de AXA, se realizan análisis de la prexistencia de impagos o actividades irregulares, tanto en relación con la Compañía como con otras entidades (a través de la consulta de ficheros comunes para la evaluación de la solvencia patrimonial y crédito o de los ficheros comunes para la gestión y prevención del fraude).

Documento sin validez contractual

- Adicionalmente, en relación con la base anterior, AXA se encuentra amparada en el interés legítimo para prevenir el fraude y evitar prácticas anómalas que puedan provocar perjuicios económicos o reputacionales.

Llevar a cabo las pertinentes verificaciones y comprobaciones que permitan evaluar la prevención de blanqueo de capitales y financiación del terrorismo.

- La base de legitimación es el cumplimiento de las obligaciones legales de AXA, como sujeto obligado por la Ley 10/2010, de 28 de abril, de prevención del blanqueo de capitales y de la financiación del terrorismo, por lo que verificará los datos personales y los comunicará a los organismos competentes, en cumplimiento de lo dispuesto en esta normativa.

- Adicionalmente, en relación con la base anterior, AXA se encuentra amparada en el interés legítimo para prevenir el blanqueo de capitales, así como, evitar prácticas anómalas que puedan provocar perjuicios económicos o reputacionales.

Elaboración de perfiles con fines actuariales y de análisis de mercado.

- La base de legitimación es la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras ("LOSSEAR") y la ejecución del contrato de seguro AXA podrá consultar ficheros comunes amparados en códigos de conducta del sector asegurador para la elaboración de perfiles con fines estadístico-actuariales necesarios para la determinación del riesgo y de la prima del contrato de seguro, tanto en el momento previo a su contratación como durante la vigencia del mismo, en atención a sus nuevas circunstancias personales o al cambio de la base técnica actuariales.

Realización de encuestas de calidad u opinión.

- La base de legitimación es el interés legítimo para controlar la calidad de los servicios y evaluar la satisfacción de sus clientes, AXA podrá dirigirse a usted, por cualquier medio o canal que usted nos haya autorizado, para solicitarle su valoración sobre los productos y servicios ofertados y/o adquiridos y la realización de análisis de esta información para la mejora de los servicios. Este tratamiento responde a la necesidad de adaptar su operativa y los productos y servicios ofertados a las preferencias y expectativas de usted con el compromiso de aumentar la calidad del servicio prestado, para lo que es necesario conocer su opinión.
  En cualquier momento, usted podrá rechazar dar su valoración, así como comunicar su oposición a ser contactado con esta finalidad.

Envío de información o publicidad, ofertas y promociones, obsequios y campañas de fidelización, o cualesquiera otras actuaciones con carácter comercial (incluida la elaboración de un perfil comercial para tal fin), a través de correo postal, correo electrónico, teléfono, SMS u otros medios electrónicos equivalentes, acerca de nuestros productos y servicios aseguradores propios, así como aseguradores y financieros de las entidades AXA Seguros Generales S.A. de Seguros y Reaseguros, AXA Pensiones S.A. , EGFP, Bidepensión EPSV y Winterthur EPSV. El envío de las comunicaciones comerciales podrá realizarse incluso una vez finalizada la relación comercial si así lo autoriza.

- La base de legitimación es el interés legítimo de AXA para el envío de comunicaciones comerciales a través de correo postal, correo electrónico, teléfono, SMS u otros medios electrónicos equivalentes, en este sentido, la propia Ley de Sociedad de Servicios de Información (en adelante, la "LSSI") permite al prestador el envío de comunicaciones comerciales referentes a productos o servicios de su propia empresa que sean similares a los que inicialmente fueron objeto de contratación con el cliente.
  En todo momento podrá oponerse al tratamiento de tus datos para esta finalidad, de forma gratuita, y en cada comunicación electrónica realizada, usted podrá darse de baja para dejar de recibir este tipo de comunicaciones. Así mismo, el apartado "Derechos" de la presente Política se describe el modo de solicitar la baja de este tipo de comunicaciones.

- Igualmente, AXA en base al interés legítimo al amparo del artículo 6.1.f del RGPD, para lo que se ha realizado una ponderación de los derechos fundamentales del interesado (derecho a la protección de datos personales, derecho al honor y a la intimidad personal y familiar) y el propio interés legítimo de AXA, concluyendo que tales derechos no quedan afectados; consideramos además que, como cliente, tiene una expectativa razonable para que le enviemos información comercial que puede ser de interés para usted, en base a su perfil de cliente, sin que con ello se produzca una actuación invasiva de sus derechos e intereses. Se procede a la elaboración de un perfil basado en sus características personales (como sexo, edad o datos socioeconómicos) y la información obtenida de sus acciones como usuario y, especialmente, la adquisición de productos. La información relativa a su perfil será tratada de forma segura y confidencial, siendo procesados únicamente en los sistemas que analizan la información obtenida de forma automatizada.
  Por otra parte, usted podrá, en cualquier momento, manifestar su voluntad de no ser objeto del presente tratamiento, ejercitando su derecho de oponerse al mismo.

Elaboración de un perfil sobre usted, con fines analíticos, relacionados con los procesos de negocio de AXA, a partir de la información proporcionada en el marco del proyecto de seguro. Este proceso nos permite conocer su comportamiento de navegación, previa aceptación de la Política de Cookies, comunicarle, en base a su perfil de usuario, las ofertas que mejor pueden adaptarse a usted, así como, disponer de nuevas variables de tarificación que pudieran inferirse de sus hábitos de compra y consumo para poner en su

Documento sin validez contractual

conocimiento nuevos servicios o coberturas vinculados al producto suscrito por usted, incluyendo, para este último fin, datos e información proporcionada por terceros.

- La base de legitimación es el consentimiento otorgado por usted, permitiendo que AXA procederá a la elaboración de su perfil basado en sus características personales, información de su navegación, la información obtenida referente a sus necesidades o preferencias manifestadas por usted en la adquisición de los productos e información obtenida de terceros, según sus hábitos de consumo.

  Esta finalidad responde a la necesidad, en función de los análisis realizados, de otorgarle una gestión del producto solicitado más ajustada a sus necesidades reales, incluyendo una mejor tarificación y propuesta de servicios vinculados al producto suscrito. La información relativa a su perfil será tratada de forma segura y confidencial, siendo procesados únicamente en los sistemas que analizan la información obtenida de forma automatizada. Por otra parte, usted podrá, en cualquier momento, manifestar su voluntad de no ser objeto del presente tratamiento, ejercitando su derecho de oponerse al mismo.

Documento sin validez contractual

Categoría de los datos

Desde AXA trataremos las siguientes categorías de datos para alcanzar las finalidades dispuestas a lo largo de esta Política de Privacidad.

- **Datos facilitados directamente por usted**:

Toda la información contenida en las categorías de datos expuestas se encuentra detallada a lo largo del proceso de tarificación y contratación:

- Datos identificativos.
- Datos de contacto.
- Datos socio-demográficos.
- Datos socio-culturales.
- Datos sobre su estado de salud.

- **Datos facilitados por usted en otros canales o vías:**

- Datos sobre comportamiento e interacción entre las partes:
  - Datos de redes sociales que usted hubiera facilitado directamente a AXA.
  - Datos de navegación en la web o aplicaciones móviles a través de cookie u otros dispositivos de almacenamiento y recuperación de datos: información recabada de la navegación que realice en las mismas, en el caso de que haya aceptado el uso de cookies y tecnologías similares en sus dispositivos.
  - Datos sobre la interacción y el comportamiento del cliente con la compañía: respuestas a encuestas de calidad, quejas y recomendaciones.
  - Datos sobre las transacciones del cliente que revelan información sobre las transacciones financieras, el historial de los productos y servicios.

- **Datos derivados de la relación entre AXA y usted y extraída de fuentes de terceros:**

- Datos financieros y de situación crediticia: Información recabada de ficheros sobre solvencia patrimonial y crédito.
- Datos de ficheros amparados en códigos tipo del sector asegurador.

Destinatarios de los datos

Los datos personales no serán transmitidos a terceros, salvo en los siguientes supuestos:

- Otras entidades aseguradoras y reaseguradoras para la ejecución y gestión del contrato de y reaseguro.
- Prestadores de servicios profesionales, como por ejemplo peritos, así como otros prestadores de servicios tecnológicos, proveedores de bases de datos, y de servicios derivados de la relación contractual, cuando sea necesario para el cumplimiento del contrato de seguro.
- A los organismos públicos o privados relacionados con el sector asegurador con fines estadístico-actuariales y de prevención del fraude, para la selección de riesgos y para la liquidación de prestaciones.

Transferencias internacionales

Le informamos que AXA tiene aprobadas unas Normas Corporativas Vinculantes, se trata de un estándar reconocido internacionalmente que proporciona una adecuada protección en la gestión de los datos de carácter personal en el ámbito de una compañía multinacional. Estas normas han sido aprobadas por 16 autoridades de protección de datos europeas, entre ellas la Agencia Española de Protección de Datos. De una forma más concreta, en dichas normas se establecen unas medidas similares para la protección

de datos personales obtenidos en el curso del negocio cuando dichos datos deban transferirse dentro de las compañías del Grupo. Asimismo, en AXA se han adoptado unos compromisos en materia de protección de datos.

Sus datos personales podrán ser comunicados a destinatarios ubicados en países fuera del Espacio Económico Europeo, incluyendo países que no proporcionan un nivel de protección de datos equivalente al de la Unión. Sin embargo, en estos casos, los mismos serán tratados con escrupuloso cumplimiento de la legislación europea y española y, asimismo, se implementarán las garantías que le indicamos a continuación:

Categoría de destinatario	País	Garantía
Entidades del Grupo AXA por ejemplo, AXA Business Services Pvt. Ltd.	India	Normas Corporativas Vinculantes
Prestadores de servicios tecnológicos y de marketing	EEUU	Cláusulas Contractuales Tipo, adoptadas por la Comisión Europea el 4 de junio de 2021 (Texto pertinente a efectos del EEE) (2021/914/UE). *Puede consultarlas en la siguiente URL: https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=DOUE-L-2021-80739*

Documento sin validez contractual

Derechos del titular de los datos

Como titular de los datos, y en cualquier momento, usted tiene derecho a dirigirse a AXA, Ejercicio de derechos de privacidad - Atención Cliente, calle Emilio Vargas, 6, 28043, Madrid o a la dirección de email buzon.lopd@axa.es, para ejercer los siguientes derechos:

- Derecho de Acceso

Usted tiene derecho a que AXA, le informe sobre si está tratando o no sus datos personales y, en tal caso, poder acceder a dichos datos y recibir información sobre los fines para los que son tratados, las categorías de datos afectados por el tratamiento, los destinatarios a los que se comunicaron sus datos personales y el plazo previsto de conservación de los datos, entre otra información.

- Derecho de Rectificación y Supresión

Usted tiene derecho a solicitar la supresión de datos personales siempre que se cumplan los requisitos legales de aplicación, y la rectificación de los datos inexactos que le conciernan cuando, entre otros motivos, éstos ya no sean necesarios para los fines para los que fueron recogidos.

- Derecho a la limitación del tratamiento

En determinadas circunstancias (por ejemplo, en caso de que el solicitante impugne la exactitud de sus datos, mientras se verifica la exactitud de los mismos), usted puede solicitar que se limite el tratamiento de sus datos personales, siendo estos únicamente tratados para el ejercicio o la defensa de reclamaciones.

- Derecho de revocación del consentimiento

También tiene derecho a revocar el consentimiento prestado en cualquier momento.

- Derecho de oposición total o parcial al tratamiento.

Usted tiene derecho a oponerse al tratamiento en cualquier momento., por motivos relacionados con su situación particular, en caso de que el tratamiento esté basado en nuestro interés legítimo o en el interés legítimo de un tercero (incluyendo el tratamiento que tenga por objeto la mercadotecnia directa y la elaboración de los correspondientes perfilados). En este caso, AXA, cesará en el tratamiento, salvo acreditación de motivos legítimos.

- Derecho a la portabilidad de sus datos

Usted tiene derecho a recibir los datos personales que haya facilitado a AXA, en un formato estructurado, común y de lectura mecánica, y a poder transmitirlos a otro responsable del tratamiento sin que el responsable al que se los hubiera facilitado se lo impida, en los supuestos legalmente previstos a estos efectos.

- Decisiones individuales automatizadas

Asimismo, además de los derechos mencionados en el contexto de aquellos tratamientos que impliquen la adopción de decisiones automatizadas, incluida la elaboración de perfiles, usted tiene derecho a obtener intervención humana por parte de AXA, y a expresar su punto de vista y a impugnar la decisión.

- Otros

Igualmente, cuando se transfieran datos personales a un tercer país o a una organización internacional, tendrá derecho a ser informado sobre cómo se puede acceder u obtener copia de las garantías adecuadas relativas a la transferencia.

Para cualquier duda o cuestión adicional sobre el ejercicio de sus derechos o, en general, sobre el tratamiento de sus datos personales, puede contactar con nuestro Delegado de Protección de datos en DPOAXA@axa.es

Finalmente, usted tendrá derecho a presentar una reclamación ante una autoridad de control nacional (Agencia española de Protección de Datos en C/Jorge Juan, 6. 28001- Madrid o tfno. 912663517) o autonómica respectiva.

Procedencia de los datos

Junto a la información que usted nos proporciona directamente (por ejemplo, a través de formularios, solicitud de la póliza, etc.), obtendremos información sobre sus hábitos de navegación en caso de que usted consienta. Además, accederemos a ficheros sobre solvencia patrimonial y crédito para obtener información sobre su solvencia. Igualmente, consultaremos ficheros amparados en códigos tipo del sector asegurador con finalidades de evaluación de riesgo y prevención de fraude.

En caso de que los datos facilitados se refieran a otras personas físicas distintas del Tomador/Asegurado, el asegurado manifiesta de forma expresa haber informado y obtenido el consentimiento previo de aquéllas para el tratamiento de sus datos de acuerdo con las finalidades previstas en la póliza. En el caso concreto de menores de edad o incapacitado judicialmente, si el Tomador/Asegurado no es el representante legal del menor o incapacitado judicialmente, garantiza que cuenta con el consentimiento expreso de éste antes de la firma del presente acuerdo.

Tiempo de conservación de los datos

AXA, conservará sus datos un máximo de 10 años, a contar desde la anulación de la póliza o la última gestión de un evento objeto de cobertura, de acuerdo con el plazo aplicable en función de las distintas normativas vigentes en materia de contrato de Seguro. Todo ello sin perjuicio de que dicho plazo pueda ampliarse cuando usted así lo autorice expresamente o existan tratamientos particulares derivados de la relación contractual que sigan vigentes con posterioridad a dicho plazo.

Como tomador declaro haber contestado con toda sinceridad a las preguntas formuladas en su día por escrito o por teléfono sobre mi estado de salud y reconozco que las respuestas dadas deben servir de base para la valoración del riesgo por AXA, aceptando las consecuencias legales de su omisión o falta de veracidad.

Del mismo modo, reconozco haber recibido antes de la celebración del contrato de seguro toda la información requerida en el art. 96 de la Ley 20/2015, de 14 de Julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, el artículo 122 y 124 del Real Decreto 1060/2015, de 20 de Noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, así como la información contemplada en la Ley 22/2007, de 11 de Julio sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores.

CONSENTIMIENTOS

Puede autorizar o denegar el tratamiento de sus datos personales para las finalidades previstas a continuación, marcando una "X" en cada una de las casillas:

☐ No deseo que AXA me informe, por correo postal, correo electrónico, teléfono, SMS u otros medios electrónicos equivalentes, acerca de productos y servicios aseguradores propios o de Entidades del Grupo AXA ajustados a mi perfil de cliente según los datos derivados del servicio prestado propios y elabore, en su caso, perfiles comerciales para el envío de dichas comunicaciones.

☐ Consiento que AXA realice elaboración de perfiles basados en mis características socio-culturales, en mi comportamiento de navegación, en mis necesidades o preferencias y hábitos de consumo manifestadas en la adquisición de los productos, así como, en la información obtenida de terceros, con fines analíticos para la personalización de productos y servicios aseguradores que AXA pueda ofrecerme.

Lugar y fecha

AXA Aurora Vida, S.A. de Seguros y Reaseguros. | **El Tomador** | **El Asegurado**

Documento sin validez contractual

Seguro Vida Riesgo

Documento sin validez contractual

AXA Aurora Vida,
S.A. de Seguros y Reaseguros.
C/ Alameda de Urquijo, 78 Planta Baja
48013 Bilbao (Bizkaia)
Teléfono : 900 90 90 14
www.axa.es

ADOP
Patrocinador del Equipo Paralímpico Español