Condiciones Generales

LIBERTY VIDA LIBERTY AMORTIZACIÓN

iati
Correduría de Seguros
Asesorándote desde 1885

Liberty Seguros

LIBERTY**VIDA**
LIBERTY**AMORTIZACIÓN**

LE10IATI 11/18

11/18

LIBERTY SEGUROS, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. Domicilio Social: Paseo de las Doce Estrellas, 4, 28042 Madrid. Reg. Merc. de Madrid, Tomo 29777, Secc. 8ª, Hoja M-377257, Folio 2, CIF: A-48037642.

NOTA INFORMATIVA

El estado miembro al que corresponde el control de la actividad aseguradora de la entidad es España, y la autoridad de control la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Competitividad.

La legislación aplicable al contrato es la española, en concreto, la Ley 50/80 de 8 de octubre de Contrato de Seguro, y la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, y las normas que lo desarrollan y la Ley 35/2006 de 28 de noviembre del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y de modificación parcial de las leyes de los Impuestos sobre Sociedades, sobre la Renta de no residentes y sobre el Patrimonio y Reglamento que la desarrolla.

LIBERTY SEGUROS, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A., dispone de un **Departamento de Atención al Cliente**, y de un **Defensor del Cliente**, para atender y resolver las quejas y reclamaciones derivadas de la actuación de la propia entidad o de la de sus agentes de seguros u operadores de bancaseguros, conforme al procedimiento previsto en la Orden ECO 734/2004, de 11 de marzo.

Los tomadores, asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados y derechohabientes de los mismos podrán someter sus quejas y reclamaciones:

– Al **Departamento de Atención al Cliente** de Liberty Seguros, mediante escrito dirigido Paseo de las Doce Estrellas, 4, 28042 Madrid, por fax 91 301 79 98, o e-mail: **reclamaciones@libertyseguros.es**

– En segunda instancia, al **Defensor del Cliente** de Liberty Seguros, mediante escrito dirigido al domicilio C/ Velázquez, 80, 28001 Madrid, por fax 91 308 49 91, o e-mail: **reclamaciones@da-defensor.org**

Las quejas y reclamaciones formuladas por los clientes, serán atendidas y resueltas en el plazo máximo de dos meses desde su presentación.

En caso de disconformidad con el resultado del pronunciamiento adoptado por cualquiera de las instancias anteriormente citadas, o si ha transcurrido el plazo de dos meses sin haber obtenido una respuesta, el reclamante podrá formular su queja o reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, mediante escrito dirigido al domicilio en Paseo de la Castellana, 44, 28046 Madrid.

Además de los cauces de reclamación indicados anteriormente, los conflictos podrán plantearse en vía judicial ante los jueces y tribunales competentes.

Se encuentra a disposición de los clientes en las oficinas de Liberty Seguros, el **Reglamento para la Defensa del Cliente**, donde se detalla el procedimiento para la atención de quejas y reclamaciones. También se podrá tener acceso a dicho reglamento en la página web: **www.libertyseguros.es**, o a través de su mediador.

La entidad aseguradora **LIBERTY SEGUROS, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.** tiene su domicilio social en **Paseo de las Doce Estrellas, 4, 28042, Madrid (España)**.

La entidad ha adoptado la forma jurídica de sociedad anónima.

ÍNDICE

0	Artículo preliminar – Definiciones	5
1	Objeto del seguro	5
2	Pago de prestaciones de la póliza	6
3	Declaración del riesgo	10
4	Efecto, duración y extinción de la póliza	11
5	Agravación y disminución del riesgo	12
6	Primas de la póliza	13
7	Beneficiarios de la póliza	14
8	Comunicaciones y duplicados de la póliza	15
9	Prescripción	16
10	Cláusula de indemnización	16

ARTÍCULO PRELIMINAR DEFINICIONES

En este contrato se entiende por:

■ **Asegurador:** La sociedad aseguradora es **Liberty Seguros, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.** quien suscribe la póliza junto con el tomador y asume, mediante el cobro de la prima correspondiente, la cobertura de los riesgos objeto del contrato, sea de supervivencia, fallecimiento o cualquier otro.

■ **Tomador del seguro:** La persona física o jurídica que suscribe la póliza con el asegurador, comprometiéndose al pago de las primas establecidas y al cumplimiento de las obligaciones que de la misma dimanan. En las condiciones particulares se establecerá si actúa por cuenta propia o ajena.

■ **Asegurado:** La persona física sobre cuya vida o integridad física se estipula el seguro.

■ **Beneficiario:** La persona o personas físicas o jurídicas, titulares del derecho a las prestaciones contratadas en la póliza, cuando se produzcan los hechos cuyos riesgos son objeto de cobertura.

■ **Beneficiario principal:** Será la entidad prestamista designada en las condiciones particulares.

■ **Beneficiario adicional:** En caso de exceso de capital, serán aquellas personas físicas o jurídicas designadas en las condiciones particulares.

■ **Póliza:** El documento o conjunto de documentos que contienen las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integrante de la póliza, las condiciones generales, las especiales, las particulares que individualizan el riesgo y los suplementos y los apéndices que se emitan para completarla o modificarla. Ninguno de estos documentos tiene validez ni efecto por separado.

■ **Prima:** El precio del seguro. El recibo contendrá además, los recargos e impuestos que sean de legal aplicación.

■ **Edad actuarial:** La que tenga el asegurado en la fecha de cumpleaños más próxima al día en que la póliza comienza a tener efecto y en cada aniversario de la misma.

■ **Capital asegurado:** Es la suma de dinero que el asegurador pagará al beneficiario cuando se produzcan los hechos cuyos riesgos son objeto de cobertura.

■ **Exceso de capital:** Es la diferencia entre el capital asegurado y el capital pendiente de amortizar con la entidad prestamista cuando se produzca el riesgo que es objeto de cobertura.

■ **Siniestro:** La ocurrencia del hecho que, amparado por la póliza, obliga al asegurador al pago del capital asegurado o a la prestación prevista en el contrato.

■ **Suicidio:** La muerte del asegurado causada consciente y voluntariamente por el mismo.

1 OBJETO DEL SEGURO

El asegurador se obliga a pagar el capital y/o a cumplir las prestaciones garantizadas, cuando se produzcan el hecho o los hechos cuyo riesgo haya sido contratado, dentro del ámbito y con las excepciones o limitaciones que figuren en la póliza, en las condiciones particulares y condiciones especiales.

Salvo que se indique expresamente lo contrario en las condiciones especiales o en las condiciones particulares, la póliza es a primer riesgo. Es decir, que ocurrido uno cualquiera de los hechos que son objeto de cobertura, básica o complementaria, el asegurador asume las consecuencias previstas en la póliza para dicho riesgo, **extinguiéndose el contrato a partir de ese momento,** salvo lo establecido para la cobertura de enfermedades graves.

Existen tres modalidades de contratación en función de cómo varíe el capital asegurado:

- Constante: Donde el capital asegurado permanece constante durante la vigencia del contrato.
- Decreciente: Donde el capital asegurado se ajusta al capital pendiente del préstamo conforme al tipo de interés seleccionado por el cliente, según el sistema de amortización francés.
- Creciente: Donde el capital asegurado tendrá un crecimiento geométrico al 2% anual.

En todos los casos el tomador podrá solicitar la adaptación del capital asegurado al importe del préstamo pendiente de amortizar **siempre que dichas variaciones sean iguales o superiores a 3.000 euros.** Tal opción podrá ser ejercitada por el tomador en la fecha de renovación de la póliza e implicarán una modificación de la prima.

El tomador podrá solicitar un incremento del capital asegurado, el cual habrá de ser aceptado por el asegurador que podrá requerir declaraciones de salud y pruebas médicas referidas al asegurado.

2 PAGO DE PRESTACIONES DE LA PÓLIZA

1. Obligaciones en caso de siniestro, solicitud de prestación o vencimiento de la póliza

El tomador, el asegurado o, en su caso, el beneficiario, deberán comunicar al asegurador el acaecimiento del siniestro, dentro del plazo máximo de siete días contados a partir de la fecha en que fuese conocido. El tomador, el asegurado o, en su caso, el beneficiario, deberán entregar al asegurador la siguiente documentación original o en su caso como fotocopia compulsada:

Siniestros por fallecimiento

- Certificación literal de defunción.
- Certificado literal de nacimiento (fotocopia del DNI del asegurado).
- Informe del médico que haya asistido al asegurado, en el que se detallarán origen, evolución y naturaleza de la enfermedad de la que derivó el fallecimiento, o, en su caso, copia íntegra de las diligencias judiciales o documentación que acredite el fallecimiento por accidente, así como informe de autopsia.
- Certificación del Registro General de Actos de Última Voluntad y, en su caso, copia del último testamento otorgado por el asegurado.
- Carta acreditativa de haber satisfecho los impuestos correspondientes, cuando así sea legalmente exigible, o justificante de exención, en especial referido al Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones.

– Para el producto de amortización, escrito de la/s Entidad/es Prestamista/s indicando la cantidad pendiente del préstamo o la cancelación del mismo por parte del asegurado a la fecha de ocurrencia del siniestro.

Adicionalmente en caso de fallecimiento de ambos cónyuges en el mismo accidente con hijos menores, se deberá aportar:

– Certificado literal de defunción del de ambos cónyuges.

– Libro de familia.

Excepcionalmente, cuando el fallecimiento del asegurado tuviera lugar fuera del territorio español o concurriendo cualquier circunstancia no habitual que determine objetivamente la insuficiencia de los documentos anteriormente enumerados para acreditar con exactitud las causas y circunstancias de dicho fallecimiento, el asegurador podrá solicitar la documentación adicional estrictamente necesaria a tal efecto.

Siniestros por invalidez

– Resolución del I.N.S.S. declarando la invalidez, su grado de minusvalía y fecha de efecto.

– Informes médicos que permitan conocer el origen, evolución y situación actual de las patologías que presenta.

– Fotocopia de su DNI.

– Para el producto de amortización, escrito de la Entidad Prestamista indicando la cantidad pendiente del préstamo o la cancelación del mismo por parte del asegurado a la fecha de ocurrencia del siniestro.

Adicionalmente para el caso de invalidez por accidente o accidente de circulación.

– Copia íntegra de las diligencias judiciales o documentación que acredite el accidente.

Excepcionalmente, cuando la invalidez del asegurado tuviera lugar fuera del territorio español o concurriendo cualquier circunstancia no habitual que determine objetivamente la insuficiencia de los documentos anteriormente enumerados para acreditar con exactitud las causas y circunstancias de dicha invalidez, el asegurador podrá solicitar la documentación adicional estrictamente necesaria a tal efecto.

Siniestros por enfermedades graves

– Informes médicos indicando antecedentes médicos conocidos, origen, evolución, naturaleza de la enfermedad grave y/o de la intervención quirúrgica en su caso.

– Fotocopia del DNI del asegurado.

Además el tomador, el asegurado o, en su caso, el beneficiario, deberán entregar al asegurador toda clase de documentos e información que este les solicite para la verificación de los hechos y circunstancias del siniestro o de la prestación.

Excepcionalmente, cuando la enfermedad grave del asegurado tuviera lugar fuera del territorio español o concurriendo cualquier circunstancia no habitual que determine objetivamente la insuficiencia de los documentos anteriormente enumerados para acreditar con exactitud las causas y circunstancias de dicha enfermedad grave, el asegurador podrá solicitar la documentación adicional estrictamente necesaria a tal efecto.

Garantía de Repatriación

Para la prestación de los servicios inherentes a la Garantía de Repatriación, es indispensable que se solicite su intervención, desde el momento del suceso, al siguiente teléfono (puede hacerlo a cobro revertido): desde España 902108231. Desde el resto del mundo: +34934968521.

2. Pago de las prestaciones

En caso de ocurrencia del riesgo previsto en la póliza, el asegurador pagará en su domicilio social al tomador del seguro o al beneficiario o beneficiarios designados, según proceda, la prestación contratada una vez tramitado el expediente correspondiente.

El asegurador, en el plazo máximo de cinco días desde que se complete la documentación requerida, deberá pagar o consignar la prestación contratada.

Si en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro, el asegurador no hubiera pagado o consignado el importe, por causa no justificada o que le fuera imputable, incurrirá en mora.

Los beneficiarios de la póliza de seguro, en caso de fallecimiento del asegurado, podrán solicitar un anticipo sobre el capital asegurado antes de que se complete toda la documentación requerida con los siguientes límites y únicamente en las siguientes circunstancias:

- Como primera ayuda para gastos de sepelio el asegurador podrá conceder **un anticipo del 10% del capital de fallecimiento con un límite de 5.000 euros** previa presentación del certificado literal de defunción y la identificación del beneficiario o de los beneficiarios. En el caso de beneficiario único, se requerirá la presentación del DNI y un justificante de titularidad de cuenta bancaria. Para el caso de más de un beneficiario, adicionalmente se solicitará escrito firmado por todos los beneficiarios, solicitando dicho anticipo e indicando en el mismo a favor de cuál de los beneficiarios se concede el anticipo.
- **De no cumplirse las condiciones anteriormente indicadas, en deferencia a la necesidad del anticipo por parte de los familiares del asegurado, la compañía adelantará el importe solicitado de anticipo, sin perjuicio de descontarse posteriormente del importe total asegurado, y renunciando los beneficiarios al ulterior ejercicio de acciones de cualquier clase que pudieran derivarse.**
- Una vez autorizado el pago del siniestro por parte del asegurador, este podrá conceder un **anticipo**, como ayuda para gastos de gestoría y de liquidación de impuestos.

3. Procedimiento pericial

En caso de discrepancia respecto a la calificación de un siniestro, sus causas, fecha de ocurrencia o cualquier otra circunstancia relevante, el asegurador y el asegurado o el tomador, podrán someterse a la decisión de peritos médicos, nombrados uno por cada parte, siendo necesaria la aceptación por escrito de los mismos.

Si una de las partes no hubiera hecho la designación, estará obligada a realizarla en los ocho días siguientes a la fecha en que sea requerida por la parte que hubiera designado el suyo. En caso de no hacer designación, se entenderá que acepta el dictamen que emita el perito designado por la otra parte, quedando vinculado por el mismo.

En el caso de que los peritos lleguen a un acuerdo, lo harán constar en acta conjunta, en la que se especificarán las causas del siniestro y demás circunstancias relevantes. Si no hay acuerdo, ambas partes designarán un tercer perito de conformidad y de no acreditar esta, se podrá promover expediente en la forma prevista en la Ley de la Jurisdicción Voluntaria o en la legislación notarial para su designación.

En este caso, el dictamen pericial se emitirá en el plazo señalado por las partes o, en su defecto, en el de treinta días a partir de la aceptación de su nombramiento por el perito tercero.

El dictamen de los peritos, por unanimidad o mayoría, se notificará a las partes de manera inmediata y en forma indubitada, siendo vinculante para estas, salvo que sea impugnado por alguna de las partes, dentro del plazo de un mes para el asegurador, y ciento ochenta días para el asegurado, computándose ambos desde la fecha de la notificación. Si en dichos plazos no se realizase la impugnación, el dictamen pericial devendrá firme e inatacable.

En el supuesto de demora del asegurador en el pago de la prestación asegurada devenida firme e inatacable, el asegurado o los beneficiarios se vieran obligados a su reclamación judicial, la prestación se verá incrementada conforme a lo dispuesto en el artículo 20 de la Ley de Contrato del Seguro.

Cada parte satisfará los honorarios de su perito. Los honorarios del tercer perito, en su caso, y los demás gastos que se ocasionen serán de cuenta y cargo por mitad del asegurado y asegurador. No obstante, si cualquiera de las partes hubiera hecho necesaria la peritación por haber mantenido una valoración del siniestro desproporcionada, será ella la única responsable de dichos gastos.

BASES DEL CONTRATO

3 DECLARACIÓN DEL RIESGO

1. Bases fundamentales del contrato

Las declaraciones efectuadas por el tomador y el asegurado contenidas en la solicitud y en el cuestionario de salud y hábitos presentado por el asegurador, incluyendo, en su caso, las declaraciones al médico reconocedor, son datos esenciales para la apreciación del riesgo y constituyen base fundamental de la póliza.

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

2. Declaración de circunstancias que influyen en el riesgo

El tomador del seguro y, en su caso, el asegurado tienen el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al asegurador, de acuerdo con el cuestionario a que este les someta, todas las circunstancias por ellos conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedarán exonerados de tal deber si el asegurador no les somete a cuestionario o cuando, aún sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.

En caso de reserva o inexactitud, el asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al tomador, en el plazo de un mes a contar desde el conocimiento de la reserva o inexactitud. Corresponderán al asegurador las primas correspondientes al periodo en curso en el momento en que se haga esta declaración, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte.

Si el siniestro sobreviniera antes de que el asegurado hubiera hecho la declaración a que se refiere el párrafo anterior, la prestación de este se reducirá en la misma proporción existente entre la prima convenida en la póliza y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Cuando la reserva o inexactitud se hubiera producido mediando dolo o culpa grave del tomador y/o asegurado, el asegurador quedará liberado del pago de la prestación.

3. Indisputabilidad y error en la edad

El asegurador, en caso de reticencia e inexactitud en las declaraciones del tomador y/o asegurado, no podrá impugnar el contrato una vez transcurrido el plazo de un año, a contar desde la fecha de su conclusión, salvo que el tomador y/o asegurado hayan actuado con dolo o en el supuesto de indicación inexacta de la edad del asegurado si la verdadera edad de este, en el momento de la entrada en vigor del contrato, excede de los límites de admisión establecidos por aquel.

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

4. Nulidad

La póliza será nula, salvo en los casos previstos en la ley, si en el momento de su conclusión no existía el riesgo o había ocurrido el siniestro.

En caso de nulidad de la póliza, el asegurador podrá resarcirse de todos los gastos en que haya incurrido con motivo de la emisión de la póliza.

4 EFECTO, DURACIÓN Y EXTINCIÓN DE LA PÓLIZA

1. Perfección y toma de efecto de la póliza

El contrato se perfecciona por el consentimiento manifestado por las partes contratantes mediante la suscripción de la póliza. **No obstante, las coberturas contratadas no tomarán efecto, mientras no haya sido satisfecho el primer recibo de prima.**

Las modificaciones o adiciones, en su caso, tomarán efecto conforme a lo estipulado en el suplemento o apéndice correspondiente.

Las obligaciones del asegurador comenzarán a las veinticuatro horas del día en que hayan sido cumplimentados ambos requisitos anteriores.

Si la duración del contrato fuera superior a seis meses, el tomador del seguro tendrá la facultad de resolver el mismo sin indicación de los motivos y sin penalización alguna, dentro del plazo de 30 días siguientes a la fecha en la que el asegurador le entregue la póliza o un documento de cobertura provisional.

Esta facultad unilateral de resolución del contrato deberá ejercitarse por escrito expedido por el tomador en el plazo anteriormente indicado y producirá sus efectos desde el día de su expedición.

A partir de esa fecha, cesará la cobertura del riesgo por parte del asegurador y el tomador del seguro tendrá derecho a la devolución de la prima que hubiera pagado, salvo la parte correspondiente al tiempo en que el contrato hubiera tenido vigencia.

2. Duración, prórroga y causas genéricas de extinción de la póliza

El plazo de duración de la póliza es el que se indica en las condiciones particulares.

Las partes pueden oponerse a la prórroga del contrato mediante notificación escrita a la otra parte. El plazo de notificación para el tomador será de, al menos, un mes de anticipación a la finalización del período en curso, y para el asegurador será de dos meses de anticipación.

La póliza se extingue:

- Al cumplirse el plazo de duración previsto en la misma.
- Por acaecimiento de alguno de los riesgos cubiertos, tal y como se establece la póliza, en las condiciones particulares y en las condiciones especiales.
- Por impago de las primas debidas y vencidas.

- **En el caso de la cobertura principal al finalizar la anualidad del seguro, dentro de la cual el asegurado cumpla la edad de ochenta años.**
- **En el caso de la/s cobertura/s complementaria/s de repatriación, fallecimiento por accidente, fallecimiento por accidente de circulación y fallecimiento ambos cónyuges se extinguirán, como máximo, al finalizar la anualidad del seguro dentro de la cual el asegurado cumpla los ochenta años de edad. La/s cobertura/s complementaria/s de invalidez absoluta y permanente, invalidez absoluta y permanente por accidente e invalidez absoluta y permanente por accidente de circulación se extinguirán, como máximo, al finalizar la anualidad del seguro dentro de la cual el asegurado pase a situación de jubilado y como máximo los setenta años de edad. Y la/s cobertura/s complementaria/s de invalidez profesional, enfermedades graves y enfermedades graves de mujer se extinguirán, como máximo, al finalizar la anualidad del seguro dentro de la cual el asegurado cumpla los sesenta y cinco años de edad.**

5 AGRAVACIÓN Y DISMINUCIÓN DEL RIESGO

1. Comunicación en caso de agravación del riesgo

El tomador o el asegurado deberán comunicar al asegurador, tan pronto como les sea posible, la alteración de los factores y circunstancias declaradas en el cuestionario, que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por este en el momento de la perfección del contrato no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

El tomador o el asegurado no tienen obligación de comunicar la variación de las circunstancias relativas al estado de salud del asegurado, que en ningún caso se considerarán agravación del riesgo.

El asegurador puede, en el plazo de dos meses a contar del día en que la agravación le ha sido declarada, proponer una modificación del contrato. En tal caso, el tomador dispone de quince días a contar desde la recepción de la proposición para aceptarla o rechazarla.

En caso de rechazo o de silencio por parte del tomador, el asegurador puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al tomador, dándole para que conteste un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho días siguientes comunicará al tomador la rescisión definitiva.

El asegurador igualmente podrá rescindir el contrato comunicándolo por escrito al asegurado dentro de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo.

En el caso de que sobreviniere el siniestro antes de haberse realizado la declaración de la agravación del riesgo, el asegurador queda liberado de su prestación si el tomador del seguro o el asegurado han actuado con mala fe. Si no media mala fe, la prestación del asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

2. Comunicación en caso de disminución del riesgo

El tomador del seguro y, en su caso, el asegurado y beneficiario podrán, poner en conocimiento del asegurador todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que, si hubieran sido conocidas por este en el momento de la perfección del contrato, lo habría concluido en condiciones más favorables.

En tal caso, al finalizar el periodo en curso cubierto por la prima, deberá reducirse el importe de la prima futura en la proporción correspondiente, teniendo derecho el tomador, en caso contrario, a la resolución del contrato y a la devolución de la diferencia entre la prima satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar, desde el momento de la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.

6 PRIMAS DE LA PÓLIZA

1. Pago de la prima

El tomador está obligado al pago de las primas que se establezcan en las condiciones particulares.

La primera prima o la prima única será exigible en el momento de la firma del contrato. Las sucesivas primas se deberán hacer efectivas en los correspondientes vencimientos. La fecha de vencimiento del recibo de prima será el establecido en las condiciones particulares.

Si en las condiciones particulares no se determina ningún lugar para el pago de la prima, se entenderá que este ha de hacerse en el domicilio del tomador del seguro.

Si se ha acordado la domiciliación bancaria de los recibos de prima, se aplicarán las siguientes normas:

- El tomador entregará al asegurador carta dirigida al establecimiento bancario o caja de ahorros, dando la orden oportuna al efecto.
- La prima se entenderá satisfecha a su vencimiento salvo que, intentado el cobro dentro del plazo de un mes a partir de dicha fecha, el pago no llegase a efectuarse porque no existiesen fondos suficientes en la cuenta del obligado al pago o por cualquier otra causa imputable al tomador. En este caso deberá satisfacerse la prima impagada en el domicilio social del asegurador.

En caso de que se hayan pactado primas periódicas, en las condiciones particulares se expresará si el tomador contrata una prima constante para toda la duración de la póliza, o si se revaloriza. En este último supuesto, en cada aniversario de la póliza la prima se revalorizará en el porcentaje fijado en las condiciones particulares, pudiendo elegir el tomador entre una revalorización acumulativa o lineal.

En el primer caso, el porcentaje se aplicará sobre el importe anual de prima vigente inmediatamente antes de dicho aniversario. En el segundo caso, el porcentaje se aplicará sobre el importe anual de la primera prima de la póliza.

En las condiciones particulares de la póliza se indicará la periodicidad del pago de las primas y las fechas en que vencen. El tomador podrá solicitar después el cambio en la periodicidad de pago de la prima estipulada en las condiciones particulares a una de las modalidades que el asegurador tenga disponibles, en cuyo caso se aplicarán los recargos

establecidos, si los hubiere. La fecha de efecto de este cambio será la que se acuerde en el suplemento o apéndice correspondiente.

2. Falta de pago y suspensión de la cobertura

Si por culpa del tomador la primera prima o la única no ha sido pagada, el asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago por vía ejecutiva con base en la póliza.

Si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el asegurador quedará liberado de su obligación.

En caso de falta de pago de una de las primas siguientes, la cobertura del asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento.

Si el asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido. En cualquier caso, el asegurador, cuando el contrato esta en suspenso, solo podrá exigir el pago de la prima del periodo en curso.

Si el contrato no hubiese sido resuelto o extinguido conforme a los párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el tomador del seguro o el asegurado pague la prima.

3. Impuestos y recargos

Los impuestos y recargos legalmente repercutibles que se deban pagar por razón de esta póliza, tanto en el presente como en el futuro, correrán a cargo del tomador o beneficiario.

7 BENEFICIARIOS DE LA PÓLIZA

1. Beneficiario principal. Designación

Para el producto de amortización, cuyo objeto principal es la cobertura de un préstamo pendiente por parte del asegurado, es de obligado cumplimiento la designación de una entidad prestamista como el beneficiario principal de la póliza, debiendo hacerse constar el nombre de la entidad en las condiciones particulares.

2. Designación y cambio de beneficiarios. Beneficiarios adicionales

Durante la vigencia del contrato, el tomador puede designar beneficiario o beneficiario adicional para el exceso de capital asegurado para el producto de amortización, y puede también modificar la designación anteriormente señalada sin necesidad del consentimiento del asegurador, salvo que haya renunciado expresamente y por escrito a esta facultad.

La designación de beneficiario o la revocación de este se podrá hacer constar en las condiciones particulares o en una posterior declaración escrita al asegurador o bien en testamento. Si los beneficiarios no están designados por su nombre, sino de forma genérica como cónyuge, hijos o herederos, dicha designación será interpretada de la siguiente manera:

- **Cónyuge:** Persona que lo sea legalmente en el momento del fallecimiento del asegurado.
- **Hijos:** Todos los descendientes con derecho a herencia.

■ **Herederos:** Los que tengan tal condición en el momento de fallecer el asegurado.

En los tres supuestos deberá hacerse constar si el cónyuge, hijos o herederos lo son del tomador, del asegurado o de otra persona. En el caso de que no se haya especificado se entenderá que lo son del tomador.

Si la designación se hace a favor de varios beneficiarios o varios beneficiarios adicionales para el producto de amortización y no se indica la forma de distribución, la prestación convenida se distribuirá entre ellos por partes iguales; si la designación se hace a favor de los herederos y no se indica la forma de distribución, esta se hará en proporción a la cuota hereditaria.

La parte no adquirida por un beneficiario acrecerá a los demás.

Si en el momento de fallecer el asegurado no hubiera designado beneficiario o beneficiario adicional para la diferencia en exceso entre el capital pendiente de amortizar el crédito y el asegurado, ni reglas para su determinación, el capital asegurado pasará a formar parte del patrimonio del tomador.

El beneficiario para el exceso de capital en caso de invalidez o enfermedades graves será el propio tomador.

3. Cesión y pignoración de la póliza

El tomador podrá, en todo momento, ceder o pignorar la póliza, siempre que no haya sido designado beneficiario con carácter irrevocable. La cesión o pignoración de la póliza implica la revocación del beneficiario.

El tomador deberá comunicar por escrito al asegurador la cesión o pignoración realizada.

8 COMUNICACIONES Y DUPLICADOS DE LA PÓLIZA

1. Comunicaciones entre el tomador y el asegurador

Las comunicaciones del tomador del seguro, del asegurado o del beneficiario al asegurador se realizarán en el domicilio social de este, señalado en la póliza.

El tomador del seguro debe comunicar al asegurador, mediante cualquier medio que deje constancia, los cambios de domicilio personal y los de domiciliación del pago de los recibos de la póliza.

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

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

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.

Todo cambio solicitado por el tomador será recogido en un suplemento que le será facilitado para acreditar el cambio.

2. Extravío o destrucción de la póliza

En caso de extravío, robo o destrucción de la póliza, el tomador lo comunicará por carta certificada al asegurador, el cual expedirá una copia o duplicado de la misma.

9 PRESCRIPCIÓN

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

10 CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN

POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS DE LAS PÉRDIDAS DERIVADAS DE ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS EN SEGUROS DE PERSONAS

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, 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 los correspondientes recargos a su favor y se produjera alguna de las siguientes situaciones:

a) Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por la póliza de seguro contratada con la entidad aseguradora.

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

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

Resumen de las normas legales

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos; inundaciones extraordinarias, incluidas las producidas por embates de mar; erupciones volcánicas;

tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 120 km/h y los tornados); y caídas de cuerpos siderales y aerolitos.

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

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

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.

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 seguro de vida que de acuerdo con lo previsto en el contrato, y de conformidad con la normativa reguladora de los seguros privados, generen provisión matemática, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que la entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la 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:

   – Mediante llamada al Centro de Atención Telefónica del Consorcio de Compensación de Seguros (900 222 665 ó 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.

iati
Correduría de Seguros
Asesorándote desde 1885

Liberty Seguros
libertyseguros.es

LE10IATI_1118