



Ama Vida

Seguros de vida para
profesionales sanitarios

SEGURO COLECTIVO DE VIDA TEMPORAL ANUAL RENOVABLE

COL·LEGI OFICIAL D' INFERMERES I INFERMERS DE
TARRAGONA

Póliza nº: 101000136

Una compañía de:



A.M.A.
Grupo

CONDICIONES PARTICULARES

Póliza nº: **101000136**

Periodo de cobertura: Desde las: 00:00 horas del **01/07/2022**

Duración: **Anual Renovable**

Forma de pago: **Trimestral**

DATOS DEL TOMADOR:

Tomador: **COL·LEGI OFICIAL D' INFERMERES I INFERMERS DE TARRAGONA**

CIF / NIF/ NIE: **Q43660051**

Domicilio: **AV/ PAU CASALS, 13, 5º**

C.P.: **43003**

Población: **TARRAGONA**

Provincia: **TARRAGONA**

Como representante legal del tomador en la fecha de efecto de la presente póliza, y a efectos de la misma, actuará: LLUÏSA BRULL GISBERT con NIF: 40909264S.

El Tomador del Seguro comunicará por escrito a la Compañía Aseguradora los cambios que, durante la vigencia de la póliza, se produzcan en sus representantes.

DATOS BANCARIOS: *****90743

COLECTIVO ASEGURABLE: COL·LEGI OFICIAL D' INFERMERES I INFERMERS DE TARRAGONA

Nº ASEGURADOS: 4.276 asegurados, según relación adjunta facilitada por el Tomador, en fecha: **15 de junio de 2022.**

Teléfono en caso de siniestro: **913434701**

Correo electrónico en caso de siniestro: **siniestros@amavidaseguros.com**

GARANTÍAS CONTRATADAS	EDAD DESDE	EDAD HASTA	CAPITALES ASEGURADOS
Fallecimiento	18	75	3.000 €

* El Asegurador garantiza única y exclusivamente y mientras no se modifiquen a través de Suplemento, las garantías que se indican en Condiciones Especiales.

** La edad se calculará en la fecha de Emisión y en cada una de sus renovaciones, tanto de la póliza como de cada uno de los certificados.

CONCEPTO	PRIMA NETA	IMPUESTOS	IMPORTE TOTAL
Recibo vencimiento 1 de julio de 2022	6.071,52	42,76	6.114,28
Recibo vencimiento 1 de octubre de 2022	6.071,51	0,00	6.071,51
Recibo vencimiento 31 de diciembre de 2022	6.071,51	0,00	6.071,51
Recibo vencimiento 1 de abril de 2023	6.071,51	0,00	6.071,51
Base Anual	24.286,05	42,76	24.328,81

Nota: La prima de la póliza es anual. El fraccionamiento del pago de la prima no libera al Tomador de la obligación de abonar la totalidad de la prima.

ARTÍCULO 1: DATOS DE LA PÓLIZA

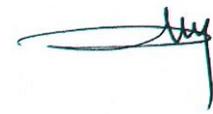
Fecha de efecto de estas Condiciones Particulares: A partir de las **00:00:00** horas del día **01/07/2022**

Fecha de efecto para cada Asegurado: La fecha del alta en la póliza será la fecha en la que el Asegurador reciba la comunicación del Tomador. Dicha fecha constará en el Certificado Individual del Seguro.

Duración de renovación del contrato de Grupo: Este seguro se contrata por un año de duración, entendiéndose prorrogado por periodos anuales, salvo que alguna de las partes lo denuncie por escrito con un mes de antelación el Tomador y con dos meses de antelación el Asegurador, a su vencimiento inmediato.


Tomador

AMA Vida Seguros y Reaseguros, S.A.



Fecha vencimiento para cada Asegurado: Los Asegurados que se den de Alta a lo largo del año de vigencia de la póliza, estarán asegurados desde la fecha de efecto para cada Asegurado hasta la fecha de vencimiento anual de la póliza.

En anualidades sucesivas se procederá para cada Asegurado a la renovación conforme a lo detallado para el Grupo Asegurado.

ARTÍCULO 2: COMPAÑÍA ASEGURADORA

AMA Vida Seguros y Reaseguros, S.A. con domicilio social en Parque Empresarial Crystalia, Edificio 4, C/ Vía de los Poblados nº3, CP 28033, Madrid, cuya actividad se encuentra sometida al control de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones de la Secretaría de Estado de Economía y Apoyo a la Empresa, dependiente del Ministerio de Economía y Competitividad del Estado Español.

ARTÍCULO 3: OBJETO DEL SEGURO

Se registrará por las presentes Condiciones Particulares el compromiso asumido por el Asegurador para las garantías contratadas en Condiciones Especiales.

ARTÍCULO 4: REPERCUSIÓN DE PRIMAS

Según la información comunicada por el Tomador, las primas no serán repercutidas a los asegurados.

ARTÍCULO 5: GRUPO ASEGURABLE

Los colegiados del COL·LEGI OFICIAL D' INFERMERES I INFERMERS DE TARRAGONA para los que establezca las prestaciones definidas de riesgo.

ARTÍCULO 6: GRUPO ASEGURADO

Cada una de las personas que perteneciendo al Grupo Asegurable, se incluyan en la Relación Principal de Asegurados.

ARTÍCULO 7: PARTICIPACIÓN EN BENEFICIOS POR NO SINIESTRALIDAD

La desviación favorable de la siniestralidad se determinará al final de cada anualidad de seguro por diferencia entre las entradas y salidas especificadas a continuación:

1. Entradas. Comprende los siguientes conceptos:

- Primas netas de impuestos y cualesquiera recargos efectivamente cobradas por el Asegurador, descontando anulaciones y extornos durante periodo de cómputo.
- Provisión para Siniestros Pendientes de Liquidación y Pago, así como para Siniestros Pendientes de Declaración del periodo de cómputo anterior.

2. Salidas. Comprende los siguientes conceptos:

- 20% Primas netas de impuestos y cualesquiera recargos efectivamente cobradas por el Asegurador descontando anulaciones y extornos durante periodo de cómputo.
- Provisión para Siniestros Pendientes Liquidación y Pago, así como para Siniestros Pendientes de Declaración del presente periodo de cómputo.
- Prestaciones pagadas durante el periodo de cómputo.
- Arrastre de pérdidas de ejercicios anteriores (Resultado de Siniestralidad negativo) hasta la extinción del contrato.

3. Resultado de Siniestralidad = Entradas - Salidas

Si, en el momento de la renovación, la diferencia entre entradas y salidas correspondientes al último periodo de vigencia del seguro, presentase saldo positivo, el Asegurador aplicará sobre el citado resultado el porcentaje de Participación en Beneficios (%PB) que corresponde al tamaño del colectivo.

El porcentaje de Participación en Beneficios (%PB) se fija en un 85%.

El importe resultante de la Participación en Beneficios determinado conforme a los párrafos anteriores, sólo se materializará en caso de renovación de la póliza Colectiva con al menos un 80% de los vigentes a la fecha de la renovación. En tal caso, solo podrá destinarse a aumento de las prestaciones aseguradas en la presente oferta Colectiva, o al pago de primas futuras.

Si en algún ejercicio la desviación de siniestralidad fuera desfavorable, la prima de la anualidad siguiente será la que resulte según la tarifa contratada.

ARTÍCULO 8: EDADES DE ALTA Y BAJA EN EL GRUPO ASEGURADO

Para la garantía de Fallecimiento:

- No podrán incorporarse a este seguro para el caso de muerte los menores de 18 años ni los mayores de 74 años.
- Saldrán del grupo asegurado aquellos que a fecha de renovación tengan 75 años cumplidos.

ARTÍCULO 9: CONDICIONES DE ADHESIÓN

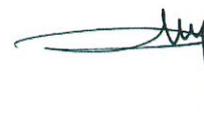
1. Emisión colectivo inicial.

Al tratarse de un colectivo por inclusión, los requisitos de adhesión no serán aplicables a las personas incluidas en la relación principal de Asegurados que se acompaña a las presentes condiciones particulares, con independencia de la situación laboral de los asegurados en ese momento, incluyendo expresamente las posibles enfermedades preexistentes y el suicidio durante el primer año de vigencia del presente contrato.

Tomador



AMA Vida Seguros y Reaseguros, S.A.



2. Altas posteriores.

Los requisitos de adhesión para posteriores altas de Asegurados y variaciones de capital con fecha posterior al efecto del contrato, los cuales podrán ser modificados previa comunicación al Tomador, serán los que se indican a continuación:

No podrán ser incluidas en la Póliza, las personas que en el momento de la Solicitud de alta en el Seguro se encuentren sometidas a tratamiento por enfermedad o accidente y en situación de baja laboral o tramitando expediente de Incapacidad ante el organismo competente, quedando el Asegurador desligado respecto a dichas personas de las obligaciones derivadas del presente Seguro.

No obstante, si podrán ser incluidas en el supuesto de que hubiera aportado información suficiente al Asegurador para su valoración y hubiera este aceptado de forma expresa su cobertura.

ARTÍCULO 10: BENEFICIARIOS

Para la prestación de Fallecimiento: corresponde al Asegurado designar beneficiarios y también sustituirlos mientras exista el riesgo garantizado.

Para la prestación de Incapacidad en cualquiera de sus grados (Absoluta, Total o Gran Invalidez): el propio asegurado salvo designación expresa.

Si la designación se hace a favor de varios Beneficiarios, la prestación convenida se distribuirá, salvo estipulación en contrario, por partes iguales. Y 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.

A falta de designación expresa en el Certificado Individual de Seguro, tendrán la consideración de Beneficiarios para la prestación de fallecimiento por orden preferente y excluyente:

- 1.- El cónyuge no separado legalmente por resolución judicial firme o pareja de hecho formalizada con arreglo a la normativa vigente.
- 2.- Los hijos del Asegurado, a partes iguales.
- 3.- Los padres del Asegurado, a partes iguales.
- 4.- Los herederos del Asegurado, a partes iguales.

Se considerará cónyuge la persona con la que el Asegurado estuviera casado a la fecha de producirse el fallecimiento del mismo. Asimismo, las parejas de hecho serán reconocidas si acreditan la situación por Certificado expedido por el registro especial para parejas de hecho de la comunidad autónoma o ayuntamiento del lugar de residencia o mediante escritura pública ante notario.

ARTÍCULO 11: VARIACIONES EN EL GRUPO ASEGURADO Y REGULARIZACIÓN

Las altas en el Grupo asegurado tomarán efecto en la fecha comunicada por el Tomador, quedando condicionada la cobertura definitiva a la evaluación y aceptación del riesgo por parte del Asegurador así como del cobro de la prima correspondiente y la entrega al Tomador del Certificado Individual de Seguro correspondiente para cada Asegurado, percibiendo la Compañía Aseguradora en ese momento la parte proporcional de prima correspondiente al período de seguro existente entre la fecha de efecto del alta y la fecha del próximo vencimiento.

Si como consecuencia de la declaración inexacta de la edad de alguno de los Asegurados la prima pagada es inferior a la que correspondería pagar, el Tomador deberá abonar la prima que se hubiese aplicado de conocerse la verdadera edad del Asegurado; de no ser así, las prestaciones de la Compañía Aseguradora se reducen en proporción a la prima recibida. Si como consecuencia de la declaración inexacta de la edad de alguno de los Asegurados la prima pagada es superior a la que correspondería pagar, la Compañía Aseguradora restituye el exceso de las primas percibidas sin interés.

Las bajas en el Grupo asegurado, por salidas del mismo, tomarán efecto en la fecha comunicada por el Tomador, devolviendo el Asegurador al Tomador del Seguro la parte de prima no consumida correspondiente al período del seguro pendiente de transcurrir hasta la fecha de su próximo vencimiento.

La prima y los capitales asegurados recogidos en la Póliza, en la Relación Principal de Asegurados y en los Certificados Individuales de Seguro emitidos por la Compañía Aseguradora se han calculado de conformidad con los datos y variables facilitados por el Tomador. Si con posterioridad a la fecha de efecto de la póliza dichos datos o variables sufriesen algún tipo de modificación, el Tomador se lo deberá comunicar a la Compañía Aseguradora quien procederá a hacer las correspondientes regularizaciones aplicando las bases que tenga la Compañía Aseguradora en ese momento.

Si como consecuencia de dichas regularizaciones resultase una variación de la prima, el Tomador y la Compañía Aseguradora se comprometen según proceda a abonar dicho incremento con el objeto de cubrir la totalidad de sus compromisos de acuerdo con las nuevas variables o a extornar la parte de prima que proceda.

ARTÍCULO 12: PRIMA

La prima se calculará anualmente siendo el pago fraccionado trimestralmente. El primer pago deberá realizarse en el momento de la emisión de la póliza.

El importe de las primas se establecerá en cada renovación anual y respecto de cada uno de los Asegurados del ejercicio que corresponda, de acuerdo con la edad actuarial y la cuantía del capital asegurado equivalente a las prestaciones garantizadas para cada Asegurado, en esa fecha. En la Relación Principal de Asegurados que forma parte de estas Condiciones Particulares, se recoge el importe de la prima a satisfacer por cada Asegurado según su edad actuarial en el período de cobertura de la presente póliza.

Anualmente, en la fecha establecida como vencimiento, el Asegurador emitirá un Suplemento de Renovación en el que se recogerán todas las modificaciones del Grupo Asegurado comunicadas por el Tomador del Seguro durante el último período anual transcurrido.

Tomador



AMA Vida Seguros y Reaseguros, S.A.



ARTÍCULO 13: CLÁUSULA DE ERROR ADMINISTRATIVO

En caso de siniestro de un Asegurado, cuyo alta no hubiese sido comunicada por el Tomador por error u omisión o cuya baja hubiera sido comunicada por error, éste tendrá que probar mediante la aportación del TC2 o análogo documento, previamente a la tramitación del siniestro, la pertenencia de dicha persona a su plantilla con lecha anterior a la del siniestro, así como que cumplía las condiciones de adhesión establecidas.

Los Asegurados que sufran una situación de Incapacidad Temporal no deberán ser dados de baja de la Póliza, ni durante dicho periodo ni una vez que el mismo se haya agotado, hasta que el Instituto Nacional de la Seguridad social, u Organismo Oficial Competente, emita resolución firme y el Asegurador comunique su aceptación. En caso de que, por error, el Tomador haya comunicado la baja de un Asegurado por haber consumido todo el periodo legal de Incapacidad Temporal y posteriormente el Asegurado fallezca o le sea reconocida una Invalidez cubierta por la presente Póliza, el Asegurador abonará la indemnización correspondiente previo pago de todas las primas consumidas desde el momento de la baja hasta el momento de acaecer la contingencia.

ARTÍCULO 14: CRITERIOS QUE RIGEN EN CASO DE SINIESTRO Y PAGO DE LAS INDEMNIZACIONES

1. A efectos de la Garantía de Fallecimiento se considerará como fecha de siniestro la fecha del fallecimiento.

2. A efectos de la Garantía complementaria de Incapacidad en cualquiera de sus grados (Absoluta, Total o Gran Invalidez), se considerará como fecha de siniestro la fecha de efectos económicos de la Resolución o la Sentencia por la que se le otorgue o reconozca la incapacidad o Sentencia Judicial Firme.

A efectos de la indemnización a percibir por un siniestro de Incapacidad en cualquiera de sus grados (Absoluta, Total o Gran Invalidez), será necesaria la presentación de la Resolución y Propuesta o Sentencia Firme del Organismo Oficial competente otorgándola o reconociéndola.

La calificación de la incapacidad permanente como Total, Absoluta o Gran Invalidez del Asegurado corresponderá al Instituto Nacional de la Seguridad Social o mediante sentencia judicial firme.

En caso de que los Organismos competentes de la Seguridad Social no tengan competencia respecto del Asegurado, para dictaminar la Incapacidad, será un médico del Asegurador, que tras el análisis de todos los informes médicos solicitados así como del reconocimiento médico del Asegurado, determine si el Asegurado se haya en situación de Incapacidad permanente en el grado de Total, Absoluta o Gran Invalidez.

3. El Tomador del Seguro y el Asegurador expresamente acuerdan que no se dará cobertura a aquellos trabajadores que, encontrándose en situación de Incapacidad Temporal o tramitando un expediente de Incapacidad en cualquiera de sus grados (Absoluta, Total o Gran Invalidez) en el momento de fecha de efecto de ésta póliza, no hubieran sido comunicados expresamente al Asegurador, no pudiendo este haber valorado adecuadamente el riesgo de estos trabajadores para su inclusión en la póliza.

Asimismo quedan expresamente incluidos, los asegurados que han sido expresamente comunicados a la Compañía Asegurada y aceptados por esta, con fecha 15 de junio de 2022.

4. Expresamente se hace constar que se considerarán accidentes y, en consecuencia se indemnizarán como tales, todos aquellos hechos catalogados como accidentes por los Organismos Oficiales o Jurisdiccionales competentes en sus correspondientes Resoluciones o Sentencias, así como todas las Enfermedades Profesionales.

ARTÍCULO 15: PAGO DE LA PRESTACIÓN ASEGURADA

El Tomador está obligado a informar por escrito a la Compañía Aseguradora de las circunstancias fiscales que puedan afectar al pago de la Prestación por parte de la Compañía Aseguradora.

Para la solicitud del pago de la prestación el Beneficiario deberá aportar la siguiente documentación:

1. En el caso de la Garantía de Fallecimiento del Asegurado, deberá presentar los siguientes documentos:

- NIF del beneficiario.
- Documento que acredite la condición de beneficiario, en los casos en que no coincidiera con la designación reflejada en póliza.
- Certificado literal de defunción del Asegurado.
- Certificado del médico que haya asistido al Asegurado, indicando el origen, evolución y naturaleza de la enfermedad o accidente que le causó la muerte o, en su caso, testimonio de las diligencias judiciales o documentos que acrediten el fallecimiento por accidente.
- En su caso, certificado del Registro de Actos de Últimas Voluntades, copia del último testamento del Asegurado o acta judicial o extrajudicial de declaración de herederos.
- Carta de pago o declaración de exención del Impuesto Sucesiones y Donaciones.
- Certificado de la cuenta corriente del beneficiario.
- Cualquier otra documentación que pudiera solicitarles el Asegurador.

2. En el caso de las Garantías Complementarias de Incapacidad Permanente Absoluta para todo Trabajo, de Incapacidad Permanente Total para la Profesión Habitual, o, de Gran Invalidez, los documentos que se deben acompañar a la Solicitud de Indemnización son los siguientes:

- Certificado de nacimiento del Asegurado y D.N.I.
- Certificado médico en el que se determine la fecha de inicio de la enfermedad, causante del siniestro y, en su caso, se evidencie la situación de incapacidad permanente absoluta para todo trabajo.
- Dictamen Propuesta del Equipo de Valoración de Incapacidades del Instituto Nacional de la Seguridad Social (I.N.S.S.) u organismo público equivalente, o en su caso, sentencia judicial firme y definitiva, que acrediten la incapacidad permanente absoluta para todo trabajo. - Resolución del I.N.S.S., en la que conste el grado de Incapacidad y la fecha de efectos económicos, y en su caso, reconociendo el carácter accidental de la incapacidad permanente.

Tomador



AMA Vida Seguros y Reaseguros, S.A.



3. Adicionalmente se deberá presentar cualquier documento o medio de prueba que el Asegurador precise para la determinación y liquidación del siniestro. En este sentido, si así lo solicita la Compañía Aseguradora podrá exigir que el Asegurado se someta a un reconocimiento médico para la valoración de las correspondientes lesiones por parte del médico evaluador designado por la Compañía.

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

ARTÍCULO 16: VALORES GARANTIZADOS

La presente póliza, de la modalidad Temporal Anual Renovable, carecerá de los Valores de Rescate y de Reducción.

No será de aplicación al presente Contrato lo dispuesto en los artículos 97 y 99 de la Ley de Contrato de Seguro. En consecuencia, el Tomador no podrá solicitar anticipos sobre la prestación asegurada, ni ceder o pignorar la Póliza.

ARTÍCULO 17: FIRMA Y COMUNICACIONES ELECTRÓNICAS

Para la contratación de la Póliza, así como para la suscripción de operaciones posteriores, la Aseguradora podrá poner a disposición del Tomador, sistemas de firma "alternativos" a la firma manuscrita que consistirán, bien en un sistema de autenticación con OTP (One Time Password o clave de un solo uso) por SMS, o bien en un sistema de firma biométrica digital o cualquier otro sistema de firma electrónica reconocida y/o avanzada a través de dispositivos electrónicos, tales como Tablet, PC o PDAs, que contará en ambos casos con un prestador de servicios de certificación que, como Tercero de Confianza, aplicará el sellado de tiempo o "Time Stamp" sobre los documentos firmados por el Tomador, que garantizará la autenticidad, el consentimiento y el momento exacto en el que se llevó a cabo la firma del documento de la Póliza en cuestión.

El proceso de los citados sistemas de firma "alternativos" podrá basarse en la asignación de los correspondientes elementos de seguridad, tales como claves, códigos y otro tipo de elementos que permiten la identificación del firmante, en los que intervendrá un Tercero de Confianza, conforme a la normativa aplicable, que certificará el contenido de dichos sistemas de firma.

Así pues, para el caso de disposición y uso de estos sistemas de firma "alternativos", ambas partes, convienen la utilización de los mismos en la perfección del presente contrato de seguro o cualquier otra operación posterior.

Para llevar a cabo la correcta gestión de los procesos de firma "alternativos", por medio del presente artículo, la Aseguradora informa al Tomador que podrá poner a disposición de un Tercero de Confianza, además del documento de la Póliza y la firma, sus datos personales asociados a la propia firma OTP o biométrica/electrónica, así como los obtenidos a través del propio contrato de seguro, entre ellos, la dirección de correo electrónico y el número de teléfono móvil declarado, para que se recaben y almacenen electrónicamente tanto por la Aseguradora como por el Tercero de Confianza, a los fines de que ambos garanticen la autenticidad y la correcta ejecución de dicha firma, la adecuada suscripción, tanto del contrato, como de operaciones posteriores y el envío al Tomador de la documentación objeto de la firma y/o vinculada a la relación contractual con la Aseguradora.

En este sentido, ambas partes, de conformidad con lo establecido en la normativa aplicable, reconocen la plena validez de los contratos y operaciones utilizando sistemas de firma "alternativos" consistentes, bien en un sistema de autenticación con OTP (One Time Password o clave de un solo uso) por SMS, o bien en un sistema de firma biométrica digital o cualquier otro sistema de firma electrónica reconocida y/o avanzada que pueda utilizarse, equiparando su validez, a todos los efectos, a los contratos y operaciones celebradas mediante firma manuscrita, y otorgando a dichos sistemas "alternativos" pleno valor probatorio.

Con la firma de este documento, el Tomador declara que los datos facilitados a lo largo del proceso de contratación y sistema de firma "alternativo" son veraces, ciertos y completos y se obliga a notificar a la Aseguradora cualquier modificación o cambio de los mismos, respondiendo de los daños y perjuicios que pudiera causar a la Aseguradora o a terceros la falta de veracidad de los mismos.

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

La Aseguradora podrá poner a disposición del Tomador, en su espacio privado de la Web de la compañía, la documentación contractual en soporte duradero, sin perjuicio de que, en cualquier momento de la relación contractual, el Tomador pueda solicitar las condiciones contractuales en soporte papel a la Aseguradora.

La Aseguradora podrá dirigirse al Tomador por medios de comunicación electrónicos tales como correo electrónico, teléfono móvil, etc. para la recepción de aquellas comunicaciones y notificaciones relativas a la gestión e información del presente contrato y al servicio regulado en el mismo, que contará con la intervención de un Tercero de Confianza en los términos establecidos en la normativa aplicable. Dichas comunicaciones se entenderán debidamente efectuadas y recibidas desde el momento de su recepción por el Tomador y/o puesta a disposición por la Aseguradora por los medios descritos, obligándose el Tomador a comunicar a la Aseguradora cualquier cambio de los datos facilitados para recibir comunicaciones electrónicas, respondiendo de los daños y perjuicios que pudiera causar a la Aseguradora o a terceros por la falta de veracidad de los mismos.

ARTÍCULO 18: TRATAMIENTO Y CESIÓN DE LOS DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

Los datos personales de personas de contacto, firmantes, así como tanto del personal del Tomador como de AMA Vida Seguros y Reaseguros, S.A. (en adelante AMA Vida), cuyos domicilios constan en el presente Contrato serán tratados por la parte contraria con la finalidad de:

Tomador



AMA Vida Seguros y Reaseguros, S.A.



- Gestionar la relación mantenida entre las partes y conforme a la ejecución de la prestación de servicios.
- Comunicar por parte del tomador y recibir por parte de AMA Vida los datos relativos a los asegurados que formarán parte de la póliza colectiva y cuyos datos personales serán tratados conforme a la política de privacidad dirigida al colectivo de asegurados correspondiente. El tomador de la póliza colectiva será responsable de la veracidad de la información comunicada, así como de informar de la comunicación de los datos de los asegurados a AMA Vida y haber obtenido, en su caso, el consentimiento expreso de los asegurados referidos.
- Poder ofrecer al tomador del seguro publicidad relacionada con los productos contratados, siempre y cuando no se oponga a la recepción de dichas comunicaciones.

Los interesados podrán ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento, portabilidad y a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas, dirigiéndose a los domicilios de cada una de las partes o direcciones electrónicas a tales efectos habilitadas por cada una de ellas. En relación a AMA Vida, dichos derechos podrán ejercitarse mediante comunicación remitida a la siguiente dirección postal: Vía de los Poblados, nº3, Parque Empresarial Cristalía, Edificio 4, 28033 Madrid, o bien a la siguiente dirección de correo electrónico: protecciondedatos@amaseguros.com.

Dichos datos personales serán conservados por ambas partes, según corresponda, una vez terminada la relación contractual, debidamente bloqueados, para su puesta a disposición de las Administraciones Públicas competentes, Jueces y Tribunales o el Ministerio Fiscal durante el plazo de prescripción de las acciones que pudieran derivarse de la relación mantenida entre las partes y/o los plazos de conservación previstos legalmente. Las partes procederán a la supresión física de estos datos personales una vez transcurridos dichos plazos.

Asimismo, se informa a los sujetos interesados que podrán plantear una reclamación ante el Delegado de Protección de datos de la otra entidad o, en todo caso, ante la Agencia Española de Protección de Datos en aquellos casos en los que lo estimen oportuno.

ARTÍCULO 19: INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN

La solución de los conflictos que surjan entre las partes deberá seguir las siguientes instancias de reclamación, de conformidad con lo dispuesto en la Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo, sobre los departamentos y servicios de atención al cliente y el defensor del cliente de las entidades financieras.

1. INTERNA

El procedimiento se iniciará mediante la presentación de un documento ante el Servicio de Atención al Cliente (en adelante SAC) en el que se hará constar:

- Nombre, apellidos y domicilio del interesado y, en su caso, de la persona que lo represente, debidamente acreditada; N.I.F., si se trata de una persona física o C.I.F., si se trata de una persona jurídica.
- Motivo de la queja o reclamación, con especificación clara de las cuestiones sobre las que se solicita un pronunciamiento.
- Oficina u oficinas, departamento o servicio donde se hubieran producido los hechos objeto de la queja o reclamación.
- Que el reclamante no tiene constancia de que la materia objeto de la queja o reclamación está siendo sustanciada a través de un procedimiento administrativo, arbitral o judicial.
- Lugar, fecha y firma.

El reclamante deberá aportar, junto al documento anterior, las pruebas documentales que obren en su poder en las que fundamente su queja o reclamación.

2. ADMINISTRATIVA

Las quejas y reclamaciones podrán ser presentadas ante el SAC o en cualquier oficina abierta al público de AMA Vida Seguros y Reaseguros, S.A., así como en la dirección de correo electrónico existente a tal efecto (sac@amaseguros.com).

El SAC de AMA Vida Seguros y Reaseguros, S.A. acusará recibo por escrito de la queja o reclamación a efectos del cómputo del plazo para su resolución y procederá a la apertura del correspondiente expediente.

Si no se encontrase suficientemente acreditada la identidad del reclamante o no pudiesen establecerse con claridad los hechos objeto de la queja o reclamación, se le requerirá para completar la documentación remitida en el plazo de diez días naturales, con apercibimiento de que si no lo hiciese se archivará la queja o reclamación sin más trámite.

El plazo empleado por el reclamante para subsanar errores no contará para el cómputo del plazo para resolver la queja.

El expediente finalizará por resolución motivada, en el plazo máximo de dos meses a partir de la fecha en que la queja o reclamación fue presentada en el SAC, que será notificada a los interesados en el plazo de diez días naturales.

Las quejas y reclamaciones podrán dirigirse al servicio de reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, P.º de la Castellana, n.º 44 (C.P. 28046 Madrid).

De conformidad con lo establecido en la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, y de acuerdo con lo dispuesto en la Orden ECC/2502/2012, estas quejas y reclamaciones podrán presentarse de dos formas:

- En soporte papel, dirigiendo el escrito al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, situado en el Paseo de la Castellana nº 44, 28046 Madrid.
- Por vía telemática con firma electrónica, a través de la página web de la Dirección General (<http://www.dgsfp.mineco.es>)

"Artículo 7. Reclamación o queja previa ante el departamento o servicio de atención al cliente o, en su caso, al defensor del cliente o participe.

Para la admisión y tramitación de reclamaciones o quejas ante el servicio de reclamaciones correspondiente será imprescindible acreditar haberlas formulado previamente al departamento o servicio de atención al cliente o, en su caso, al defensor del cliente o participe de la entidad contra la que se reclame.

Tomador



AMA Vida Seguros y Reaseguros, S.A.



Denegada la admisión de las reclamaciones o quejas, o desestimada total o parcialmente su petición, o transcurrido el plazo de dos meses desde la fecha de su presentación en el servicio de atención al cliente o, en su caso, defensor del cliente o participe de la entidad contra la que se reclame, sin que haya sido resuelta, el interesado podrá presentar su reclamación o queja indistintamente ante cualquiera de los servicios de reclamaciones, con independencia de su contenido, en los términos establecidos en el artículo anterior.

Recibidas las reclamaciones o quejas por el servicio de reclamaciones al que corresponda su conocimiento por razón de la materia, verificará la concurrencia de las circunstancias previstas en los apartados anteriores, y si se cumplen los requisitos necesarios, se procederá a la apertura de un expediente por cada reclamación o queja, en el que se incluirán todas las actuaciones relacionadas con esta; en caso contrario, se requerirá al reclamante para completar la información en el plazo de diez días hábiles a contar desde la fecha en que el reclamante reciba la notificación, especificándose de forma clara cuál es la información que falta para completar la reclamación o queja, con apercibimiento de que, si no la completase, se le tendrá por desistido.

No será preciso para la admisión y tramitación de reclamaciones o quejas ante el servicio de reclamaciones correspondiente acreditar haberlas formulado previamente al departamento o servicio de atención al cliente o, en su caso, al defensor del cliente o participe, cuando tengan por objeto la demora o incumplimiento de una decisión del departamento o servicio de atención al cliente o, en su caso, del defensor del cliente o participe de la entidad, en sentido favorable al cliente, que hubiera versado sobre el objeto de la queja o reclamación".

3.ARBITRAL

Si las dos partes estuvieran de acuerdo, podrán someter sus diferencias al juicio de árbitros, de conformidad con la legislación vigente.

4.JUDICIAL

El presente contrato queda sometido a la jurisdicción española. Será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato, el del domicilio del Asegurado, a cuyo efecto éste designará uno en España si estuviere domiciliado en el extranjero.

ARTÍCULO 20: RÉGIMEN DE INFORMACIÓN

El Tomador del Seguro reconoce, por medio de la firma que figura al pie de esta póliza, haber recibido del Asegurador, antes de la celebración del contrato, en los documentos al efecto (Proyecto y Nota Informativa) la siguiente información:

- Estado miembro y la autoridad a los que corresponde el control de la actividad de la propia entidad aseguradora.
- Denominación social de la empresa contratante y forma jurídica.
- Dirección del domicilio social de la entidad.
- Legislación aplicable al contrato.
- Diferentes instancias de reclamación, tanto internas como externas, utilizables en caso de conflicto, así como el procedimiento a seguir.
- Definición de las garantías y opciones ofrecidas.
- Duración del contrato.
- Condiciones para su rescisión.
- Condiciones, plazos y vencimientos de las primas.
- Método de cálculo y de asignación de las participaciones en beneficios.
- Primas relativas a cada garantía, ya sea básica o complementaria, cuando se considere necesario.
- Modalidades y plazo para el ejercicio del derecho de resolución.
- Indicaciones generales relativas al régimen fiscal aplicable.
- Referencia al acceso al informe sobre la situación financiera y de solvencia del asegurador.

El Tomador asume la obligación de suministrar la información antes mencionada a los Asegurados en la medida en que afecte a los derechos y obligaciones de éstos con anterioridad a la firma del Boletín de Adhesión o durante la vigencia del contrato.

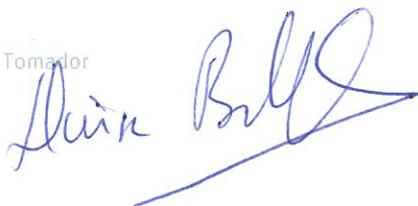
ARTÍCULO 21: CLÁUSULAS ADICIONALES

- En caso de contradicción con las Condiciones Generales y Especiales, prevalecerán las presentes Condiciones Particulares.
- El Tomador del Seguro declara haber recibido las Condiciones Generales, Particulares y Especiales de la Póliza, y acepta específicamente las cláusulas limitativas destacadas en las mismas.

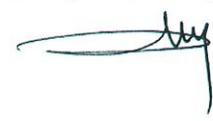
El Tomador del Seguro declara haber leído y entendido todas las limitaciones y exclusiones contenidas en el presente contrato de seguro, aceptándolas expresamente.

Madrid, a 27 de junio de 2022

Tomador



AMA Vida Seguros y Reaseguros, S.A.



ANEXO DE PRIMAS

FALLECIMIENTO

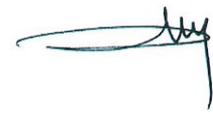
Se indican las primas por edad para un capital asegurado de 1.000 €

Edad	Prima de Tarifa	Edad	Prima de Tarifa
18	0.24	59	4.89
19	0.23	60	5.24
20	0.23	61	5.63
21	0.23	62	6.07
22	0.24	63	6.56
23	0.24	64	7.10
24	0.24	65	7.71
25	0.25	66	8.39
26	0.25	67	9.16
27	0.25	68	10.03
28	0.25	69	11.02
29	0.24	70	12.18
30	0.24	71	13.53
31	0.25	72	15.11
32	0.26	73	16.97
33	0.28	74	19.14
34	0.30	75	21.63
35	0.34		
36	0.39		
37	0.44		
38	0.50		
39	0.56		
40	0.62		
41	0.68		
42	0.79		
43	0.92		
44	1.07		
45	1.24		
46	1.43		
47	1.64		
48	1.88		
49	2.16		
50	2.45		
51	2.69		
52	2.94		
53	3.19		
54	3.45		
55	3.71		
56	3.98		
57	4.27		
58	4.57		

Tomador



AMA Vida Seguros y Reaseguros, S.A.



CONDICIONES ESPECIALES

Póliza nº: 101000136
Tomador: COL·LEGI OFICIAL D' INFERMERES I INFERMERS DE TARRAGONA
Domicilio: AV/ PAU CASALS **Nº** 13 **Piso** 5º
Municipio: TARRAGONA **C.P.** 43003 **Provincia** TARRAGONA
CIF/NIF/NIE: Q4366005I

GARANTÍAS CONTRATADAS

El Asegurador garantiza única y exclusivamente y mientras no se modifiquen a través de Suplemento, las Contingencias y Prestaciones que se indican a continuación.

GARANTÍA PRINCIPAL:

FALLECIMIENTO

En caso de fallecimiento del Asegurado durante la vigencia del seguro, el Asegurador abonará al Beneficiario el capital asegurado en Condiciones Particulares, extinguiéndose en ese momento el contrato de seguro.

El pago de esta prestación no será acumulativo a cualquier otra prestación asegurada, salvo, en el caso que se haya contratado, la prestación de fallecimiento por accidente y/o fallecimiento por accidente de circulación, que serán acumulables entre sí; por tanto, el pago de la prestación extinguirá automáticamente la cobertura del resto de garantías.

Capital asegurado para esta garantía: El capital asegurado es el que se indica en Condiciones Particulares y en el Certificado Individual de cada Asegurado vigente en cada momento. Para ello el Tomador se compromete expresamente a que cualquier modificación en los capitales asegurados y que exija una modificación de los mismos será comunicada al Asegurador; en caso de contradicción como consecuencia de las referidas modificaciones, se estará a los capitales asegurados en la póliza.

RIESGOS EXCLUIDOS:

Para la garantía de Fallecimiento:

- 1.- Las consecuencias de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva o química.
- 2.- Los conflictos armados, haya o no precedido declaración oficial de guerra.
- 3.- No están cubiertos por la póliza los riesgos cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros. Los riesgos extraordinarios quedarán amparados conforme a las cláusulas fijadas por el Consorcio de Compensación de Seguros.

Madrid, a 27 de junio de 2022

Tomador



AMA Vida Seguros y Reaseguros, S.A.



Seguro de Vida

Condiciones Generales



A.M.A.

agrupación mutua
aseguradora

A.M.A.

AGRUPACIÓN MUTUAL ASEGURADORA
Mutua de Seguros a Prima Fija
de los Profesionales Sanitarios



Ama Vida

Seguros de vida para
profesionales sanitarios

AMA VIDA SEGUROS Y REASEGUROS SA

A.M.A. AGRUPACIÓN MUTUAL ASEGURADORA

INSCRITA REGISTRO MERCANTIL DE MADRID - TOMO 2 GENERAL - 2 LIBRO MUTUAS DE SEGUROS - FOLIO 51 HOJA 6 - C.I.F. G-28177657

AMA VIDA SEGUROS Y REASEGUROS,S.A.

INSCRITA EN EL REGISTRO MERCANTIL DE MADRID - TOMO: 35082 - LIBRO: 0 - FOLIO:25 - SECCIÓN: 8 - HOJA: M 630891 - CIF: A87623708

Índice

Páginas

CONDICIONES GENERALES	05
ARTÍCULO PRELIMINAR: DEFINICIONES	06
CONDICIONES GENERALES COMUNES A TODAS LAS GARANTÍAS DEL SEGURO	06
ARTÍCULO 1: OBJETO DEL SEGURO	09
ARTÍCULO 2: PERFECCIÓN Y EFECTOS DEL CONTRATO	09
ARTÍCULO 3: EXCLUSIONES GENERALES DE LA PÓLIZA	10
ARTÍCULO 4. EXCLUSIONES PARA LA GARANTÍA DE FALLECIMIENTO	12
ARTÍCULO 5: EXCLUSIONES COMUNES A LAS GARANTIAS COMPLEMENTARIAS	13
ARTÍCULO 6: DECLARACIONES	13
ARTÍCULO 7: INDISPUTABILIDAD	14
ARTÍCULO 8: ERROR EN LA EDAD	14
ARTÍCULO 9: MODIFICACIONES DEL RIESGO	15
ARTÍCULO 10: PAGO DE LAS PRIMAS	16
ARTÍCULO 11: PAGO DE LA PRESTACIÓN	17
ARTÍCULO 12: DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO, CESIÓN Y PIGNORACIÓN DE LA PÓLIZA	18
ARTÍCULO 13: EXTRAVÍO O DESTRUCCIÓN DE LA PÓLIZA	19
ARTÍCULO 14: NULIDAD DEL CONTRATO	19
ARTÍCULO 15: IMPUESTOS	19
ARTÍCULO 16: COMUNICACIONES	19
ARTÍCULO 17: PRESCRIPCIÓN	20

ARTÍCULO 18: JURISDICCIÓN	20
ARTÍCULO 19: FISCALIDAD	20
ARTÍCULO 20: INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN	20
ARTÍCULO 21. CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS DE LAS PÉRDIDAS DERIVADAS DE ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS EN SEGUROS DE PERSONAS	23
Resumen de las normas legales	24
Comunicación de daños al consorcio de compensación de seguros	26
ARTÍCULO 22. FIRMA Y COMUNICACIONES ELECTRÓNICAS	27
ARTÍCULO 23. TRATAMIENTO Y CESIÓN DE LOS DATOS DE CARÁCTER PERSONAL	30
1.- ¿Quién es el Responsable del Tratamiento?	30
2.- ¿Con qué finalidad tratamos sus datos personales?	31
3.- ¿Cuál es la legitimación para el tratamiento de sus datos?	32
4.- ¿Cuánto tiempo se conservarán sus datos personales?	32
5.- ¿A qué destinatarios se comunicarán sus datos?	33
6.- ¿Cuáles son sus derechos cuando nos facilita sus datos?	34
7.- ¿Cómo puedo contactar con el responsable del tratamiento?	34
INFORMACION DE INTERÉS PARA EL ASEGURADO	34

Condiciones Generales

La presente póliza se suscribe en régimen de coaseguro, siendo las entidades emisoras del mismo (I) A.M.A. AGRUPACIÓN MUTUAL ASEGURADORA, Mutua de Seguros a Prima Fija y (II) AMA Vida Seguros y Reaseguros, S.A.; integrantes ambas de A.M.A. Grupo, que en su condición de aseguradoras y mediante el cobro de la prima asumen la cobertura de los riesgos objeto de este contrato con arreglo a las condiciones de la póliza y en proporción a sus respectivas cuotas y/o garantías.

Igualmente se informa que la aseguradora delegada de este coaseguro será A.M.A. AGRUPACIÓN MUTUAL ASEGURADORA, Mutua de Seguros a Prima Fija, asumiendo ésta la atención, gestión y liquidación de las prestaciones e indemnizaciones derivadas de los siniestros a cargo del coaseguro, actuando en nombre y por cuenta de todas las aseguradoras. A.M.A. AGRUPACIÓN MUTUAL ASEGURADORA, Mutua de Seguros a Prima Fija, como mutua a prima fija, es una sociedad mercantil sin ánimo de lucro que tienen por objeto la cobertura a sus socios, personas físicas o jurídicas de los riesgos asegurados. Por ello, con la contratación de este seguro, la condición de mutualista será inseparable de la de tomador de la presente póliza

Artículo Preliminar: Definiciones

Definiciones Comunes

A los efectos de este contrato, se entiende por:

ASEGURADOR: Las personas jurídicas que asumen el riesgo contractualmente pactado. En este caso serán las siguientes compañías de seguros (I) A.M.A. Agrupación Mutual Aseguradora, Mutua de Seguros a prima fija y (II) AMA Vida Seguros y Reaseguros S.A. Ambas compañías tienen su domicilio social en Parque Empresarial Cristalía, Edificio 4, C/ Vía de los Poblados nº3, CP 28033 (Madrid).

La actividad se encuentra sometida al control de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones de la Secretaría de Estado de Economía y Apoyo a la Empresa, dependiente del Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital.

Ambas entidades, integrantes de A.M.A. Grupo, en adelante denominadas como “la Compañía”, son emisoras en coaseguro de esta póliza, que en su condición de aseguradoras y mediante el cobro de la prima, asumen la cobertura de los riesgos objeto de este contrato con arreglo a las condiciones de la póliza y en proporción a sus respectivas cuotas y/o garantías.

ASEGURADORA DELEGADA: A.M.A. Agrupación Mutual Aseguradora, Mutua de Seguros a prima fija, es quien asume la atención, gestión, pago y liquidación de las prestaciones e indemnizaciones derivadas de los siniestros a cargo del coaseguro, actuando en nombre y por cuenta de todas las coaseguradoras.

La aseguradora delegada, durante toda la vigencia de la relación aseguradora, se encuentra legitimada para ejercitar todos los derechos que correspondan a las Aseguradoras en virtud del presente contrato, así como para recibir cuantas comunicaciones, declaraciones y reclamaciones correspondan al asegurado, incluidas aquellas relacionadas con el Servicio de Atención al Cliente.

La representación de la aseguradora delegada se extiende a los posibles procedimientos judiciales o arbitrales que pudieran tener por causa este contrato, que se interpongan por el tomador y/o asegurado o el perjudicado contra las aseguradoras, así como, en su caso, el ejercicio del derecho de repetición o subrogación en representación de las mismas.

TOMADOR DEL SEGURO / MUTUALISTA: Persona física o jurídica, sociedad civil o comunidad de bienes que, junto con el asegurador, suscribe este contrato y al que corresponden las obligaciones que del mismo se deriven, salvo las que por su naturaleza, deben ser cumplidas por el Asegurado. Su condición de mutualista viene dada por ser tomador de la presente póliza que, en régimen de coaseguro, tiene contratada con la aseguradora delegada del mismo A.M.A. AGRUPACIÓN MUTUAL ASEGURADORA, Mutua de Seguros a Prima Fija

ASEGURADO: La persona física sobre cuya vida se estipula el seguro. Si el Tomador y el Asegurado son personas distintas, las obligaciones y los deberes que se derivan del contrato corresponden al Tomador del seguro salvo aquellos que por su naturaleza deban ser cumplidos por el Asegurado. En defecto del Tomador del seguro, el Asegurado asume las obligaciones derivadas del contrato.

BENEFICIARIO: Es la persona física o jurídica que tiene derecho a percibir las indemnizaciones o prestaciones económicas previstas en el condicionado particular.

PÓLIZA: El documento que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integrante de la Póliza: las Condiciones Generales; las Especiales; las Particulares y Cláusulas limitativas que individualizan el riesgo; la Solicitud y el cuestionario que incorporan las declaraciones de salud y pruebas médicas y los Suplementos o Apéndices que se emitan a la misma para completarla o modificarla.

SUMA O CAPITAL ASEGURADO: El establecido en las Condiciones Particulares, cuyo importe es el límite máximo de la indemnización a pagar por la aseguradora en caso de producirse el siniestro.

PRIMA: El precio del seguro. El recibo contendrá además los recargos e impuestos que sean de legal aplicación. Toda la documentación justificativa de los cálculos de la prima se encontrará recogida en las Bases Técnicas a disposición de la Autoridad Competente.

SINIESTRO: Es la ocurrencia en el Asegurado de aquellos eventos objeto de Garantía Asegurable, en los términos y con los límites contemplados en la presente póliza. El conjunto de los daños derivados de una misma causa y producidos en el mismo tiempo, constituirá un solo siniestro.

FALLECIMIENTO: La muerte del asegurado por cualquier causa.

ACCIDENTE: La muerte, incapacidad o gran invalidez del asegurado producidas por una causa súbita, violenta, exterior y ajena a su voluntad.

INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL PARA LA PROFESIÓN HABITUAL: La situación física o psíquica irreversible, provocada por accidente o enfermedad originados independientemente de la voluntad del Asegurado, que le inhabilita para la realización de las tareas de su profesión habitual o de una actividad similar propia de su formación y conocimientos profesionales, y siempre que pueda dedicarse a otra distinta.

INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA PARA TODO TRABAJO: aquella originada independientemente de la voluntad del Asegurado y que le inhabilita para la realización cualquier profesión u oficio.

GRAN INVALIDEZ: La situación física o psíquica irreversible, provocada por accidente o enfermedad originados independientemente de la voluntad del Asegurado, que determine la necesidad de asistencia de otra persona para llevar a cabo los actos más esenciales de la vida tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos.

EDAD: Es la edad que tenga el asegurado en la fecha de efecto del contrato que deberá indicarse correctamente en las Condiciones Particulares.

FECHA DE EFECTO: Día y hora de inicio de la cobertura, indicados en las Condiciones Particulares.

Condiciones generales comunes a todas las garantías del seguro

Artículo 1. Objeto del seguro

Por el presente contrato, y en contraprestación al cobro de la prima, el Asegurador asume los riesgos descritos en condiciones Particulares y Especiales, en los términos y condiciones establecidos en esta póliza.

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

Salvo que se indique explícitamente lo contrario en las Condiciones Particulares o 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 del seguro.

Artículo 2. Perfección y efectos del contrato

El contrato se perfeccionará mediante el consentimiento de ambas partes. Se considerará formalizado y en vigor desde el momento en que el Tomador firma la póliza y paga el primer recibo de la prima. En este sentido, las obligaciones del Asegurador comenzarán y terminarán a las veinticuatro horas de las fechas respectivamente pactadas en Condiciones Particulares, siempre y cuando el Tomador del seguro hubiera satisfecho la prima.

Si el contenido de la póliza difiere del proyecto de seguro o de las cláusulas acordadas, el Tomador del seguro podrá reclamar al Asegurador, 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.

Artículo 3. Exclusiones generales de la póliza aplicables a todas las garantías

Con carácter general, se establecen las siguientes exclusiones **sobre todas las garantías contratadas**, sin perjuicio de las que, en su caso, se establezcan en las Condiciones Especiales y Cláusulas Limitativas:

1. Se excluye de la cobertura de este seguro, el suicidio durante el primer año de vigencia del contrato, de modo que, en tal caso, el Asegurador no cubrirá el riesgo de muerte del Asegurado, salvo pacto en contrario establecido en Condiciones Particulares. Se entiende por suicidio, la muerte causada conscientemente y voluntariamente por el propio Asegurado

En el supuesto de rehabilitación de la póliza el plazo de un año se computará desde la fecha de efecto de la expresada rehabilitación.

En el supuesto de rehabilitación de la póliza el plazo de un año se computará desde la fecha de efecto de la expresada rehabilitación.

Sin perjuicio de lo anterior, la tentativa de suicidio queda excluida de cobertura durante toda la vigencia del contrato de seguro, de modo que, para tal caso, no serán de aplicación ninguna de las garantías complementarias, ni tampoco las adicionales, contempladas en esta póliza de seguro, entendiéndose por tentativa de seguro, aquellos casos en los que intentada la muerte, consciente y voluntariamente por el propio Asegurado, ésta finalmente no hubiera llegado a producirse.

2. En el supuesto de que el fallecimiento del Asegurado fuera causado intencionadamente por su único Beneficiario, el Asegurador quedará desligado de sus obligaciones respecto a dicho Beneficiario, integrándose el capital asegurado en el patrimonio del Asegurado. Si existieran varios beneficiarios, conservarán su derecho los que no hubieran intervenido en el fallecimiento del Asegurado.
3. El Asegurador no estará obligado a abonar el capital asegurado cuando el siniestro sea producido a consecuencia de accidentes o enfermedades, anteriores a la entrada en vigor de este seguro, aun cuando hubieran sido declarados previamente a la suscripción del seguro

y/o concurran con otros accidentes y/o enfermedades posteriores al efecto del seguro, y ello salvo pacto en contrario recogido en Condiciones Particulares.

4. Se excluyen de las coberturas de este seguro los siniestros producidos:
 - Como consecuencia directa o indirecta de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva o química, cualquiera que sea la causa que las produzca.
 - En el desarrollo de la navegación submarina y en viajes de exploración o por vía aérea, en cualquier clase de aeronaves no autorizadas para el transporte de pasajeros y en que el Asegurado ocupe, no obstante, plaza como tal, así como planeadores y vuelos delta.
 - Como consecuencia de la intervención del Asegurado en competiciones de velocidad o habilidad notoriamente temerarias por tierra, mar o aire, que no sean consecuencia de la profesión habitual del Asegurado declarada en Condiciones Particulares.
 - Como consecuencia de conflictos armados, entendidos como tales, la guerra y operaciones de carácter similar o derivadas de hechos de carácter político o social, haya o no mediado la declaración oficial, la confiscación, requisita o destrucción de bienes por orden de cualquier autoridad.
5. No están cubiertos los siniestros ocasionados voluntariamente por el Asegurado, ni tampoco los ocasionados por actos delictivos o por mala fe del Asegurado
6. No están cubiertos los siniestros sufridos por el Asegurado que se produzcan por su estado de embriaguez o por encontrarse bajo la influencia de drogas, tóxicos o estupefacientes, no prescritos médicamente, en que éste se encontrase.
7. No están cubiertos por la póliza los riesgos cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros. Los riesgos extraordinarios quedarán amparados conforme a las cláusulas fijadas por el Consorcio de Compensación de Seguros y que figuran más adelante.
8. Estarán excluidos los Siniestros derivados de la práctica de cualquier deporte con carácter profesional o participando en competiciones.
9. El Asegurador no cubre siniestros derivados de los siguientes deportes, tanto a nivel profesional como amateur, y salvo que haya sido declarado y expresamente aceptado:
 - Motociclismo y automovilismo.

- Alpinismo, escalada o trekking en cualquiera de sus modalidades.
- El resultante de la práctica, cualquiera que sea la frecuencia de dicha práctica, de deportes aéreos, en general (Aviación deportiva, paracaidismo, ascensiones en globos aerostáticos, puentismo, vuelos ala delta, navegación con ultraligeros o planeadores, parapente, ascensión en globo o ala delta o cualquier otra actividad similar); la participación en competiciones, incluidos los entrenamientos con vehículos terrestres, embarcaciones o aeronaves de motor, ya sea en calidad de piloto, copiloto o pasajero; y de la inmersión subacuática, el alpinismo, el paracaidismo la escalada o la espeleología.
- Cualquier actividad de ocio relacionada con la tauromaquia y encierro de reses bravas.
- Esquí fuera de las pistas habilitadas por las estaciones y con trineos.

10. Aviación:

- Quedan excluidas del contrato, salvo pacto en contrario expresamente recogido en la póliza, las personas que hagan del vuelo su profesión y/u ocupen una aeronave como integrantes de su tripulación.
- Cuando la aeronave sea conducida por una persona sin título de piloto válido.
- 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.

11. Las consecuencias de un acto de imprudencia temeraria o negligencia grave del Asegurado, así como los derivados de la participación de este en actos delictivos, duelos o riñas, siempre que en este último caso no hubiere actuado en Legítima Defensa o en tentativa de salvamento de personas o bienes.

Artículo 4. Exclusiones para la garantía de fallecimiento

Con carácter general, además de las indicadas en el artículo anterior, se establecen las siguientes exclusiones para la **garantía de fallecimiento**, sin perjuicio de lo que, en su caso, se establezca en las Condiciones Particulares y/o Especiales:

1. **Suicidio:** Durante el primer año de vigencia del contrato, el Asegurador no cubre el riesgo de muerte del Asegurado por esta causa, salvo pacto en contrario expresado en Condiciones Particulares. Se entiende por suicidio, la muerte causada conscientemente y voluntariamente por el propio Asegurado.

En el supuesto de rehabilitación de la póliza el plazo de un año se computará desde la fecha de efecto de la expresada rehabilitación.

2. En el supuesto de que el fallecimiento del Asegurado fuera causado intencionadamente por su único Beneficiario, el Asegurador quedará desligado de sus obligaciones respecto a dicho Beneficiario, integrándose el capital asegurado en el patrimonio del Asegurado. Si existieran varios beneficiarios, conservarán su derecho los que no hubieran intervenido en el fallecimiento del Asegurado.

Artículo 5. Exclusiones comunes a las garantías complementarias y adicionales recogidas en Condiciones Especiales y Particulares

Adicionalmente a las exclusiones reflejadas en los dos artículos anteriores, se establecen las siguientes exclusiones para las **garantías complementarias y adicionales**, sin perjuicio de lo que, en su caso, se establezca en las Condiciones Particulares y/o Especiales:

1. Se excluye la cobertura de estas garantías los siniestros ocasionados voluntariamente o con mala fe por el Asegurado, o con motivo de actos delictivos causados por éste. Se excluye la cobertura de estas garantías en el caso de tentativa de suicidio. Se excluye la cobertura de estas garantías, en aquellos siniestros sufridos por el Asegurado, que se produzcan por su estado de embriaguez o por encontrarse éste bajo la influencia de drogas, tóxicos o estupefacientes, no prescritos médicamente.
2. Se excluye la cobertura de estas garantías en los siniestros producidos como consecuencia de conflictos armados, entendidos como tales, la guerra y operaciones de carácter similar o derivadas de hechos de carácter político o social, haya o no mediado la declaración oficial, la confiscación, requisita o destrucción de bienes por orden de cualquier autoridad.

3. El Asegurador no estará obligado a abonar el capital asegurado cuando el siniestro sea producido a consecuencia de accidentes o enfermedades, anteriores a la entrada en vigor de este seguro, aun cuando hubieran sido declarados previamente a la suscripción del seguro y/o concurran con otros accidentes y/o enfermedades posteriores al efecto del seguro, y ello salvo pacto en contrario recogido en Condiciones Particulares.
4. No se aplicarán estas Garantías, en aquellos siniestros causados por temblor de tierra, erupción volcánica, inundación y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario.

Artículo 6. Declaraciones

El Tomador del seguro tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al Asegurador, de acuerdo con el cuestionario que se le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si el Asegurador no le somete cuestionario o cuando, aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.

Durante el primer año de vigencia del seguro, el Asegurador podrá rescindir el contrato en el plazo de un mes, a contar desde el conocimiento de la falsedad o inexactitud del Tomador o Asegurado, teniendo derecho a hacer suyas las primas relativas al período en curso, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte.

A partir de la fecha en que se expida dicha comunicación cesará la cobertura del riesgo por parte del Asegurador y el Tomador del seguro o Asegurado tendrá derecho a la devolución de la prima que hubiera pagado, salvo la parte correspondiente al periodo de tiempo en que el contrato hubiera tenido vigencia.

Si el siniestro sobreviene antes de que el Asegurador haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que hubiera debido aplicarse de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del Tomador o Asegurado, el Asegurador quedará liberado del pago de la prestación.

Artículo 7. **Indisputabilidad**

El Asegurador 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 del seguro haya actuado con dolo.

Se exceptúa de esta norma la declaración inexacta relativa a la edad del Asegurado, que se regula en el artículo siguiente.

Artículo 8. **Error en la edad**

En el supuesto de indicación inexacta de la edad del Asegurado, el Asegurador sólo podrá impugnar el contrato si la verdadera edad del Asegurado 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 primas percibidas, sin intereses.

Artículo 9. **Modificaciones del riesgo**

Durante el curso del contrato, el Tomador del seguro o el Asegurado deberán comunicar, en su caso, al Asegurador, tan pronto como le sea posible, todas las circunstancias, ajenas al estado de salud del Asegurado, que aumenten o disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por el Asegurador en el momento de la perfección del contrato no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones distintas.

Conocida la agravación del riesgo, el Asegurador dispone de dos meses para proponer una modificación del contrato. En tal caso, el Tomador del seguro dispone de quince días a contar desde la recepción de esta proposición para aceptarla o rechazarla. **En caso de rechazo o de silencio por parte del Tomador del seguro, el Asegurador puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al Tomador del seguro, dándole para que conteste, un nuevo plazo**

de quince días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho siguientes comunicará al Tomador del seguro la rescisión definitiva.

El Asegurador igualmente podrá rescindir el contrato comunicándolo por escrito al Tomador del seguro dentro del plazo de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo. En el caso de que el Tomador del seguro o el Asegurado no hayan efectuado su declaración y sobreviniere un siniestro, el Asegurador quedará liberado de su prestación si el Tomador del seguro o el Asegurado han actuado con mala fe. En otro caso, la prestación del Asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

El Tomador del seguro o el Asegurado podrán, durante el curso del contrato, 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 caso de disminución del riesgo, al finalizar el período en curso cubierto por la prima, deberá reducirse el importe de la prima futura en la proporción correspondiente, teniendo derecho el Tomador del seguro 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.

Artículo 10. Pago de las primas

El Tomador del seguro estará obligado al pago de las primas, recargos e impuestos legalmente repercutibles en la cuantía, forma y fecha pactadas en las Condiciones Particulares. Los recibos de primas deberán hacerse efectivos por el Tomador del seguro en los correspondientes vencimientos.

Las primas del seguro son anuales, salvo que el seguro se haya contratado por tiempo inferior, en cuyo caso se constituirá como prima única. No obstante, en las primas anuales podrá convenirse el fraccionamiento del pago en meses, trimestres o semestres, mediante el recargo que corresponda, de acuerdo con las Bases Técnicas. El fraccionamiento no libera al Tomador de la obligación de abonar la totalidad de la prima anual.

Si la prima del seguro fuese fraccionada y ocurriese un siniestro, el Tomador estará obligado al pago inmediato de la totalidad de prima de la anualidad.

10.1. Lugar de pago

El pago de la prima se realizará mediante domiciliación bancaria o cargo en la cuenta del Tomador de los recibos de prima, aplicándose las siguientes normas:

- a) El primer recibo de Prima deberá ser satisfecho en el momento de la firma de la Póliza. Una vez abonado el primer recibo de Prima, los sucesivos se abonarán en la forma y con la periodicidad que se establezcan en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- b) La prima se entenderá satisfecha a su vencimiento salvo que, intentando el cobro dentro del mes siguiente, no existiesen fondos suficientes en la cuenta del obligado al pago.
- c) Si el Asegurador dejase transcurrir el plazo de gracia sin presentar el recibo al cobro o al hacerlo no existiesen fondos suficientes en la cuenta, aquél deberá notificar tal hecho al obligado a pagar la prima por carta certificada o un medio indubitado, concediéndose un nuevo plazo de treinta días naturales para que pueda satisfacer su importe en el domicilio, delegación, sucursal o agencia del Asegurador. Este plazo se computará desde la recepción de la expresada carta o notificación realizada al último domicilio comunicado al Asegurador.

10.2. Impago de primas:

Si por culpa del Tomador del seguro la primera prima o primer recibo de prima no ha sido pagado o la prima única no lo ha sido a su vencimiento, el Asegurador podrá exigir su pago en vía ejecutiva o bien resolver el contrato y, en cualquier caso, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación. En consecuencia, la cobertura del Seguro no entrará en vigor y por esta razón la Compañía no se hará cargo de los siniestros que se produzcan mientras dicho primer recibo no haya sido pagado.

En caso de impago de las primas sucesivas, la cobertura del Asegurador quedará 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, salvo en aquellas modalidades que reconocen valor de reducción, en cuyo caso la póliza quedará reducida.

Si el contrato no hubiera sido resuelto o extinguido conforme a los apartados anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día siguiente en que el Tomador del seguro pague la prima.

Artículo 11. Pago de la prestación

El Tomador del seguro o el Asegurado o el Beneficiario deberán comunicar al Asegurador el acaecimiento del riesgo previsto en la póliza dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido y darle toda clase de informaciones sobre las circunstancias y consecuencias del mismo.

El Asegurador pagará la prestación contratada en su domicilio social al Beneficiario o Beneficiarios designados por el Asegurado, conforme a lo previsto en la póliza.

El Asegurador, en el plazo legalmente establecido a partir de la recepción de la declaración del siniestro, y **tras comprobar que la documentación aportada cumple con los requisitos anteriormente señalados, deberá efectuar 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 del siniestro, el Asegurador no hubiere pagado o consignado su importe por causa no justificada o que le fuera imputable, la indemnización se incrementará de conformidad con el artículo 20 de la ley de contrato de seguro.

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.

Las Condiciones Particulares y/o Especiales recogen los documentos que el Tomador, Asegurado o Beneficiario, deberán aportar al Asegurador en caso de que ocurra el riesgo previsto en la Póliza.

Artículo 12. Designación de Beneficiario, cesión y pignoración de la póliza

Durante la vigencia del contrato, el Tomador del seguro puede designar Beneficiarios o modificar la designación anteriormente señalada sin necesidad del consentimiento del Asegurador, salvo que aquél hubiera renunciado expresamente y por escrito a tal facultad.

La designación o revocación de Beneficiario se podrá hacer constar en las Condiciones Particulares o en una posterior declaración escrita al Asegurador, o bien en testamento. La revocación habrá de hacerse en la misma forma establecida para la designación.

En defecto de designación expresa, tendrán la consideración de Beneficiarios para la prestación de fallecimiento por orden preferente y excluyente:

1. El cónyuge no separado legalmente por resolución judicial firme o pareja de hecho formalizada con arreglo a la normativa vigente.
2. Los hijos del Asegurado, a partes iguales.
3. Los padres del Asegurado, a partes iguales.
4. Los herederos del Asegurado, a partes iguales.

El Tomador del seguro 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 del seguro deberá comunicar por escrito al Asegurador la cesión o pignoración realizada.

Artículo 13. Extravío o destrucción de la póliza

En caso de extravío, robo o destrucción de la póliza, el Asegurador, a petición del Tomador del seguro o, en su defecto, del Asegurado o Beneficiario, procederá a expedir copia o duplicado de la misma, la cual tendrá idéntica eficacia que la original.

Artículo 14. **Nulidad del contrato**

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

Artículo 15. **Impuestos**

Todos los Impuestos y Recargos que graven el presente contrato, sus Primas y Prestaciones y que sean legalmente repercutibles por razón del mismo, tanto en el presente como en el futuro, serán por cuenta del Tomador, Asegurado o Beneficiario, según corresponda en cada caso.

Artículo 16. **Comunicaciones**

Todas las comunicaciones deberán realizarse por escrito. Las comunicaciones del Tomador y a través de este, en su caso, las de los Asegurados o Beneficiarios, se dirigirán al Domicilio Social de la aseguradora delegada, señalado en la póliza, A.M.A. Agrupación Mutua Aseguradora, Mutua de Seguros a prima fija [Parque Empresarial Cristalía, Edificio 4, C/ Vía de los Poblados nº3, CP 28033 (Madrid)].

Las comunicaciones hechas, en su caso, por los Asegurados o Beneficiarios a la Compañía, en nombre del Tomador/Asegurado, surtirán los mismos efectos que si las realizara este, salvo expresa indicación en contrario del mismo. Las comunicaciones de la Compañía al Tomador del seguro se dirigirán al domicilio de éste recogido en la póliza, salvo que él mismo haya notificado a la Compañía el cambio de su domicilio.

Artículo 17. **Prescripción**

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

Artículo 18. **Jurisdicción**

Si cualquiera de las Partes Contratantes, o ambas, decidieran ejercitar sus Acciones ante los Órganos Jurisdiccionales, deberán recurrir al Juez del domicilio del Tomador o del Asegurado, en su caso.

Artículo 19. **Fiscalidad**

El pago de las prestaciones que puedan derivarse de esta Póliza, 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 el Impuesto sobre Sociedades, según la naturaleza de la persona del Beneficiario, y 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.

Artículo 20. **Responsabilidad de los mutualistas**

Los Mutualistas no responderán de las deudas sociales, salvo que los estatutos establezcan tal responsabilidad, en cuyo caso, ésta se limitará a un importe igual al de la prima que anualmente paguen. El límite de la responsabilidad se refiere a la prima que corresponde al Mutualista conforme a su contrato de seguro en el ejercicio que haya dado origen a la deuda social.

Artículo 21. **Instancias de reclamación**

La solución de los conflictos que surjan entre las partes deberá seguir las siguientes instancias de reclamación, de conformidad con lo dispuesto en la Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo, sobre los departamentos y servicios de atención al cliente y el defensor del cliente de las entidades financieras, así como en cumplimiento de la 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.

1.- INTERNA

El procedimiento se iniciará mediante la presentación de un documento ante el Servicio de Atención al Cliente de en el que se hará constar:

- a) Nombre, apellidos y domicilio del interesado y, en su caso, de la persona que lo represente, debidamente acreditada; N.I.F., si se trata de una persona física o C.I.F., si se trata de una persona jurídica.
- b) Motivo de la queja o reclamación, con especificación clara de las cuestiones sobre las que se solicita un pronunciamiento.
- c) Oficina u oficinas, departamento o servicio donde se hubieran producido los hechos objeto de la queja o reclamación.
- d) Que el reclamante no tiene constancia de que la materia objeto de la queja o reclamación está siendo sustanciada a través de un procedimiento administrativo, arbitral o judicial.
- e) Lugar, fecha y firma.

El reclamante deberá aportar, junto al documento anterior, las pruebas documentales que obren en su poder en las que fundamente su queja o reclamación.

Las quejas y reclamaciones podrán ser presentadas ante el SAC de Compañía (en adelante SAC de A.M.A. Grupo) (C/ Vía de los Poblados 3, Parque Empresarial Cristalía, Edificio 4, 28033 Madrid) o en cualquier oficina abierta, así como en la dirección de correo electrónico existente a tal efecto (sac@amaseguros.com).

El SAC acusará recibo por escrito de la queja o reclamación a efectos del cómputo del plazo para su resolución y procederá a la apertura del correspondiente expediente.

Si no se encontrase suficientemente acreditada la identidad del reclamante o no pudiesen establecerse con claridad los hechos objeto de la queja o reclamación, se le requerirá para completar la documentación remitida en el plazo de diez días naturales, con apercibimiento de que si no lo hiciese se archivará la queja o reclamación sin más trámite.

El plazo empleado por el reclamante para subsanar errores no contará para el cómputo del plazo para resolver la queja.

El expediente finalizará por resolución motivada, en el plazo máximo de dos meses a partir de la fecha en que la queja o reclamación fue presentada en el SAC, que será notificada a los interesados en el plazo de diez días naturales.

2.- ADMINISTRATIVA

Una vez transcurrido el plazo de dos meses desde la fecha de presentación de la reclamación, sin que el SAC haya resuelto, o bien una vez que haya sido denegada expresamente la admisión de reclamación o desestimada la petición, podrán dirigirse al Servicio de reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, P.º de la Castellana, n.º 44 (C.P. 28046 Madrid).

De conformidad con lo establecido en la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, y de acuerdo con lo dispuesto en la Orden ECC/2502/2012, estas quejas y reclamaciones podrán presentarse de dos formas:

- En soporte papel, dirigiendo el escrito al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, situado en el Paseo de la Castellana nº 44, 28046 Madrid.
- Por vía telemática con firma electrónica, a través de la página web de la Dirección General (<http://www.dgsfp.mineco.es>)

“Artículo 7. Reclamación o queja previa ante el departamento o servicio de atención al cliente o, en su caso, al defensor del cliente o partícipe.

Para la admisión y tramitación de reclamaciones o quejas ante el servicio de reclamaciones correspondiente será imprescindible acreditar haberlas formulado previamente al departamento o servicio de atención al cliente o, en su caso, al defensor del cliente o partícipe de la entidad contra la que se reclame.

Denegada la admisión de las reclamaciones o quejas, o desestimada total o parcialmente su petición, o transcurrido el plazo de dos meses desde la fecha de su presentación en el servicio de atención al cliente o, en su caso, defensor del cliente o partícipe de la entidad contra la que se reclame, sin que haya sido resuelta, el interesado podrá presentar su reclamación o queja indistintamente ante cualquiera de los servicios de reclamaciones, con independencia de su contenido, en los términos establecidos en el artículo anterior.

Recibidas las reclamaciones o quejas por el servicio de reclamaciones al que corresponda su conocimiento por razón de la materia, verificará la concurrencia de las circunstancias previstas en los apartados anteriores, y si se cumplen los requisitos necesarios, se procederá a la apertura de un expediente por cada reclamación o queja, en el que se incluirán todas las actuaciones relacionadas con esta; en caso contrario, se requerirá al reclamante para completar la información en el plazo de diez días hábiles a contar desde la fecha en que el reclamante reciba la notificación, especificándose de forma clara cuál es la información que falta para completar la reclamación o queja, con apercibimiento de que, si no la completase, se le tendrá por desistido.

No será preciso para la admisión y tramitación de reclamaciones o quejas ante el servicio de reclamaciones correspondiente acreditar haberlas formulado previamente al departamento o servicio de atención al cliente o, en su caso, al defensor del cliente o partícipe, cuando tengan por objeto la demora o incumplimiento de una decisión del departamento o servicio de atención al cliente o, en su caso, del defensor del cliente o partícipe de la entidad, en sentido favorable al cliente, que hubiera versado sobre el objeto de la queja o reclamación”.

3.- ARBITRAL

Si las dos partes estuvieran de acuerdo, podrán someter sus diferencias al juicio de árbitros, de conformidad con la legislación vigente.

4.- JUDICIAL

El presente contrato queda sometido a la jurisdicción española. Será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato, el del domicilio del Asegurado, a cuyo efecto éste designará uno en España si estuviese domiciliado en el extranjero.

Artículo 22. 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.conorseguros.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.

Artículo 23. Firma y comunicaciones electrónicas

Para la contratación de la Póliza, así como para la suscripción de operaciones posteriores, la Aseguradora podrá poner a disposición del Tomador, sistemas de firma “alternativos” a la firma manuscrita, que consistirán, bien en un sistema de autenticación con OTP (One Time Password o clave de un solo uso) por SMS, o bien en un sistema de firma biométrica digital o cualquier otro sistema de firma electrónica reconocida y/o avanzada a través de dispositivos electrónicos, tales como Tablet, PC o PDAs, que contará en ambos casos con un prestador de servicios de certificación que, como Tercero de Confianza, aplicará el sellado de tiempo o “Time Stamp” sobre los documentos firmados por el Tomador, que garantizará la autenticidad, el consentimiento y el momento exacto en el que se llevó a cabo la firma del documento de la Póliza en cuestión. El proceso de los citados sistemas de firma “alternativos” podrá basarse en la asignación de los correspondientes elementos de seguridad, tales como claves, códigos y otro tipo de elementos que permiten la identificación del firmante, en los que intervendrá un Tercero de Confianza, conforme a la normativa aplicable, que certificará el contenido de dichos sistemas de firma.

Así pues, para el caso de disposición y uso de estos sistemas de firma “alternativos”, ambas partes, convienen la utilización de los mismos en la perfección del presente contrato de seguro o cualquier otra operación posterior.

Para llevar a cabo la correcta gestión de los procesos de firma “alternativos”, por medio del presente artículo, la Aseguradora informa al Tomador que podrá poner a disposición de un Tercero de Confianza, además del documento de la Póliza y la firma, sus datos personales asociados a la propia firma OTP o biométrica/electrónica, así como los obtenidos a través del propio contrato de seguro, entre ellos, la dirección de correo electrónico y el número de teléfono móvil declarado, para que se recaben y almacenen electrónicamente tanto por la Aseguradora como por el Tercero de Confianza, a los fines de que ambos garanticen la autenticidad y la correcta ejecución de dicha firma, la adecuada suscripción, tanto del contrato, como de operaciones posteriores y el envío al Tomador de la documentación objeto de la firma y/o vinculada a la relación contractual con la Aseguradora.

En este sentido, ambas partes, de conformidad con lo establecido en la normativa aplicable, reconocen la plena validez de los contratos y operaciones utilizando sistemas de firma “alternativos” consistentes, bien en un sistema de autenticación con OTP (One Time Password o clave de un solo uso) por SMS, o bien en un sistema de firma biométrica digital o cualquier otro sistema de firma electrónica reconocida y/o avanzada que pueda utilizarse, equiparando su validez, a todos los efectos, a los contratos y operaciones celebradas mediante firma manuscrita, y otorgando a dichos sistemas “alternativos” pleno valor probatorio.

Con la firma de este documento, el Tomador declara que los datos facilitados a lo largo del proceso de contratación y sistema de firma “alternativo” son veraces, ciertos y completos y se obliga a notificar a la Aseguradora cualquier modificación o cambio de los mismos, respondiendo de los daños y perjuicios que pudiera causar a la Aseguradora o a terceros la falta de veracidad de los mismos.

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

La Aseguradora podrá poner a disposición del Tomador, en su espacio privado de la Web de A.M.A., la documentación contractual en soporte duradero, sin perjuicio de que, en cualquier momento de la relación contractual, el Tomador pueda solicitar las condiciones contractuales en soporte papel a la Aseguradora.

La Aseguradora podrá dirigirse al Tomador por medios de comunicación electrónicos tales como correo electrónico, teléfono móvil, etc. para la recepción de aquellas comunicaciones y notificaciones relativas a la gestión e información del presente contrato y al servicio regulado en el mismo, que contará con la intervención de un Tercero de Confianza en los términos establecidos en la normativa aplicable. Dichas comunicaciones se entenderán debidamente efectuadas y recibidas desde el momento de su recepción por el Tomador y/o puesta a disposición por la Aseguradora por los medios descritos, obligándose el Tomador a comunicar a la Aseguradora cualquier cambio de los datos facilitados para recibir comunicaciones electrónicas, respondiendo de los daños y perjuicios que pudiera causar a la Aseguradora o a terceros por la falta de veracidad de los mismos.

Artículo 24. Tratamiento y cesión de los datos de carácter personal

Información básica sobre Protección de Datos Personales

Corresponsables del tratamiento

- > **AGRUPACIÓN MUTUAL ASEGURADORA, MUTUA DE SEGUROS A PRIMA FIJA** (en adelante A.M.A.).
- > **AMA Vida Seguros y Reaseguros, S.A.** (en adelante, AMA Vida).

Ambas con domicilio social en Vía de los Poblados, nº 3, Parque Empresarial Cristalía, Edificio 4, 28033 Madrid.

Contacto Oficina de Protección de Datos de A.M.A. Grupo y punto único de contacto del interesado: protecciondedatos@amaseguros.com.

Finalidades principales

A.M.A. y AMA Vida tratarán sus datos personales con las siguientes finalidades principales:

- Alta del nuevo cliente y gestión de la relación contractual entre A.M.A y AMA Vida y el interesado. Con base en la ejecución del contrato.
- Gestión y tramitación de los siniestros que el cliente pueda sufrir o causar. Con base en la ejecución del contrato.
- Tratamiento de datos de asegurados y beneficiarios comunicados por parte del cliente. Con base en la ejecución del contrato.
- Realización de peritaciones médicas y tratamiento de datos de salud. Con base en la ejecución del contrato y para el cumplimiento de las obligaciones legales aplicables para A.M.A. y AMA VIDA.
- Comunicación de los datos del cliente a entidades reaseguradoras y coaseguradoras. En satisfacción de intereses legítimos de A.M.A. y AMA VIDA (más información sobre el interés legítimo en la información adicional).
- Ofrecimiento de productos y servicios relacionados con los contratados por el cliente en base al perfil del cliente en su relación con A.M.A. y AMA VIDA. En satisfacción de intereses legítimos de A.M.A. y AMA VIDA (más información sobre el interés legítimo en la información adicional).
- Completar el perfil del cliente con datos obtenidos de fuentes externas (empresas de geomarketing, redes sociales, ficheros de solvencia y siniestralidad, fuentes accesibles al público...). Solo en caso de obtener el consentimiento del interesado (más información sobre las categorías de datos en la información adicional).
- Cumplimiento de obligaciones legales y, en especial, relativas a prevención de Blanqueo de Capitales.

- Alta del cliente en el Club A.M.A. Solo en caso de obtener el consentimiento del interesado (más información sobre las categorías de datos que trata A.M.A. en la información adicional).
- Finalidades restantes: apartado II de la información adicional.

Destinatarios

A.M.A. y AMA Vida comunicarán sus datos personales a las siguientes entidades y organismos:

- Organismos públicos, tales como autoridades judiciales, tributarias, de prevención de blanqueo de capitales y del sector asegurador (Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones).
- Entidades reaseguradoras o coaseguradoras.
- En su caso, peritos médicos.
- Además, A.M.A. y AMA Vida cuentan con determinados prestadores de servicio que podrían acceder a los datos del mutualista en prestación del servicio a A.M.A. y AMA Vida.

Más información: apartado IV de la información adicional.

Procedencia

A.M.A. y AMA Vida tratarán los datos facilitados por el cliente o mutualista en la presupuestación del seguro correspondiente.

En su caso, A.M.A. o AMA Vida podrían haber recibido la información personal del cliente o mutualista de la correduría de seguros con la que haya contratado la póliza de AMA VIDA en coaseguro con A.M.A.

Para la gestión de siniestros, A.M.A. y AMA Vida podrían recibir información de profesionales sanitarios, centros médicos, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado u organismos similares.

Más información: apartado V de la información adicional.

Periodo de conservación

Los datos personales a los que se tenga acceso se tratarán mientras se mantenga la relación contractual. En este sentido, A.M.A. conservará los datos personales una vez terminada la relación contractual y finalizada la vigencia de las pólizas contratadas, debidamente bloqueados, durante el plazo de prescripción de las acciones que pudieran derivarse de la relación mantenida con el interesado. Del mismo modo, AMA VIDA conservará la información del cliente durante el periodo en que pudiera estar obligado a atender requerimientos de autoridades públicas (Juzgados y Tribunales, Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, Agencia Española de Protección de Datos...). Adicionalmente y dado que A.M.A. es sujeto obligado conforme la legislación sobre prevención de blanqueo de capitales, la documentación que A.M.A. obtenga para cumplir con dicha normativa será conservada durante 10 años.

Más información: apartado VI de la información adicional.

Derechos

Podrá acceder, rectificar, suprimir, oponerse y limitarse a determinados tratamientos, así como portar los mismos dirigiendo escrito a nuestra Oficina de Protección de Datos (punto de contacto del cliente), con los datos arriba indicados o mediante envío de correo electrónico a protecciondedatos@amaseguros.com. Podrá retirar su consentimiento en cualquier momento siguiendo las instrucciones del presente apartado. Del mismo modo, podrá oponerse a la recepción de comunicaciones comerciales sobre productos relacionados con los contratados siguiendo las instrucciones del presente apartado.

Más información: apartado VIII de la información adicional.

Información adicional

Puede consultar la información adicional en:

Papel: en cualquiera de las delegaciones de A.M.A.: www.amaseguros.com/oficinas-a.m.a.

Electrónico: mediante petición a la dirección protecciondedatos@amaseguros.com.

INFORMACION DE INTERES PARA EL ASEGURADO: En cumplimiento de lo dispuesto en la vigente Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados y su Reglamento de desarrollo, se informa al solicitante que la entidad aseguradora es AMA VIDA, S.A. de Seguros y Reaseguros con CIF: A87623708 y domicilio social en Madrid (28033), Vía de los Poblados, 3, inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, tomo 35082, folio 25, sección 8, hoja M-630891 y que la legislación aplicable al contrato de seguro cuya contratación se solicita es la española. Asimismo se le informa que, sin perjuicio de la posibilidad de acudir a la vía judicial, el tomador del seguro, el asegurado, el beneficiario, los terceros perjudicados o los derechohabientes de cualquiera de ellos podrán presentar quejas y/o reclamaciones contra aquellas prácticas del asegurador que consideren abusivas o que lesionen sus derechos o intereses legalmente reconocidos derivados del contrato de seguro, ante las siguientes instancias: 1. El Servicio de Atención al Cliente, conforme al procedimiento establecido en el Reglamento del mismo 2. El Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones). Para la admisión y tramitación de reclamaciones ante el mismo se debe acreditar la formulación de reclamación previa ante el Servicio de Atención al Cliente y que la misma ha sido desestimada, no admitida o que ha transcurrido el plazo de dos meses desde su presentación sin que haya sido resuelta.