CONDICIONES GENERALES

SEGURO DE DEPENDENCIA

El presente contrato se rige por lo dispuesto en la legislación que a continuación se detalla y por lo convenido en estas condiciones generales y particulares adjuntas. Estas condiciones han sido elaboradas de forma que puedan servir de guía, mientras la póliza esté en vigor, facilitando la información necesaria a las personas que en ella intervienen, de tal manera que conozcan cuáles son sus derechos y obligaciones, así como el alcance de la cobertura contratada.

1. MARCO GENERAL

1.1. INTERVINIENTES EN EL CONTRATO

a) La **entidad aseguradora: SURNE Mutua de Seguros y Reaseguros a prima fija**, con domicilio en

C/ Cardenal Gardoqui nº 1
48 008 Bilbao

En adelante la Mutua, en su condición de asegurador, asume la cobertura de las prestaciones previstas en este contrato y queda sometida a la normativa vigente en el Estado español, ejerciendo el control de su actividad el Ministerio de Economía y Competitividad a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, organismo competente en materia de seguros.

b) El **tomador del seguro:** La **persona física o jurídica** que juntamente con la Mutua suscribe este contrato y a quien corresponden los derechos y las obligaciones del mismo, salvo aquellos que, por su naturaleza, correspondan al asegurado y/o al beneficiario. El Tomador adquirirá la condición de **mutualista de la entidad aseguradora**.

c) El **asegurado:** La persona física sobre la cual recae el riesgo de dependencia establecido en este seguro. En defecto del tomador del seguro, el asegurado asume las obligaciones y los derechos derivados de este contrato.

d) El **beneficiario:** La persona que tiene el derecho a percibir la prestación del seguro. En el marco del presente contrato es la misma persona que el asegurado.

1.2. OBJETO DEL CONTRATO

SURNEDEPENDENCIA es un contrato de seguro por el cual la Mutua se obliga, mediante el cobro de las primas estipuladas y dentro de los límites establecidos en el presente contrato, a satisfacer al asegurado una renta, un capital o las prestaciones convenidas, en el caso de que se encuentre en una situación de dependencia definitiva, conforme a lo establecido en la presente póliza.

1.3. DEFINICIONES

A efectos de este contrato, se entenderá por:

- **Accidente:** toda lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa, y ajena a la intencionalidad del asegurado

- **Actividades básicas de la vida diaria (ABVD):** las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas.

- **Autonomía:** la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.

CIF V-48083521 Inscrita en el Registro Mercantil tomo BI-32, folio 87, hoja nº BI-6 C - Inscrita en el Registro de Entidades Aseguradoras con el nº M-0378
www.surne.es - OFICINA CENTRAL: Cardenal Gardoqui, 1 - 48008 Bilbao T. 94 479 22 00 - F. 94 416 19 55

- **Baremo de valoración de la dependencia (BVD):** instrumento de valoración de la situación de dependencia, aprobado por el Real Decreto 504/2007, de 20 de abril. Esta norma determina los criterios objetivos para la valoración del grado de autonomía de las personas, en orden a la capacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria.

- **Cuestionario médico ampliado (CMA):** cuestionario a cumplimentar por el médico del candidato a asegurado que especifica datos de: filiación, reconocimiento de prestaciones públicas, hábitos relacionados con la salud, asistencia sanitaria recibida, antecedentes patológicos y necesidades de ayuda para la autonomía personal.

- **Declaración del estado de salud:** cuestionario simplificado, con preguntas relacionadas con la situación de salud, a cumplimentar en exclusiva, por el candidato a asegurado.

- **Dependencia:** el estado de carácter **permanente** en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.

  Las garantías aseguradas por SURNEDEPENDENCIA vienen referidas a los siguientes niveles de dependencia:

  - **Dependencia Severa:** cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal. Se corresponde a una puntuación final del BVD de 50 a 74 puntos.

  - **Gran Dependencia** cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal. Se corresponde a una puntuación final del BVD de 75 a 100 puntos.

- **Médico asistencial:** es el médico que dirige, de forma habitual, el tratamiento de la enfermedad, considerada como causante principal del estado de dependencia del asegurado.

- **Período de carencia:** período que se inicia en la fecha de efecto del seguro en el cual las garantías del seguro no están cubiertas por la entidad aseguradora.

- **Período de franquicia: período de 3 meses que se inicia en la fecha en que sea reconocido al asegurado el estado de Gran Dependencia o Dependencia Severa.**

  Al final de este período, si el asegurado todavía se encuentra en situación de dependencia, se iniciará el devengo de las prestaciones de renta.

- **Revisión:** operación de modificación de las primas para los seguros en vigor realizada al vencimiento principal.

- **Plazo de prescripción:** período al final del cual se extingue el derecho del interesado a hacer valer sus derechos por no haberlos ejercido durante el tiempo establecido por la ley.

- **Riesgo de dependencia:** momento en el que el asegurado se encuentra en situación de dependencia según las definiciones de estas condiciones generales.

- **Vencimiento:** fecha en la cual una prima debe pagarse.

- **Vencimiento principal:** es la fecha en la que, en función de la evolución de la siniestralidad de las pólizas de seguro en vigor, las primas pueden ser revisadas por la aseguradora. Dicha fecha queda fijado en **el día 1 de enero de cada año.**

1.4. BASES DEL CONTRATO

La Ley del Contrato de Seguro (Ley 50/1980 de 8 de octubre - BOE de 17 de octubre de 1980) y el Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de

CIF V-48083521 Inscrita en el Registro Mercantil tomo BI-32, folio 87, hoja nº BI-6 C - Inscrita en el Registro de Entidades Aseguradoras con el nº M-0378
www.surne.es - OFICINA CENTRAL: Cardenal Gardoqui, 1 - 48008 Bilbao T. 94 479 22 00 - F. 94 416 19 55

ordenación y supervisión de los seguros privados (BOE de 5 de noviembre de 2004), constituyen la legislación aplicable al contrato, así como la normativa que las desarrolla o sustituya en el futuro.

Son de aplicación también las normas indicadas a continuación así como la normativa que las desarrolla o sustituya en el futuro:

a) La Ley de Protección de Datos de Carácter Personal (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre) y sus normas de desarrollo.
b) La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, así como el Real Decreto 504/2007, de 20 de abril por lo que se refiere al Baremo de Valoración de la Dependencia.

Las declaraciones del tomador recogidas en la solicitud del seguro y las respuestas del asegurado contenidas en los cuestionarios previos a la formalización del seguro, constituyen la base de este contrato y sirven para la determinación de la prima.

La Póliza, integrada por:

a) Las presentes condiciones generales que regulan los derechos y deberes de las partes.

b) Las condiciones particulares que recogen las cláusulas especiales y los datos propios e individualizados de cada contrato, así como los suplementos y apéndices que se produzcan durante la vigencia del seguro, para complementarlo o modificarlo. La emisión de un nuevo suplemento a las condiciones particulares dejará sin efecto a las emitidas anteriormente.

Si el contenido de la póliza difiere de la solicitud o de las cláusulas acordadas, el tomador podrá pedir en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza, que se subsanen las divergencias existentes. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza.

1.5. CONDICIÓN DE ASEGURADO Y CRITERIOS DE ADMISIÓN

Pueden ser asegurados las personas físicas que, en el momento de la suscripción, tengan **70 o menos años de edad** y cumplan los criterios de admisión médica establecidos por la Mutua.

Al solicitar el seguro, el asegurado deberá cumplimentar la **declaración del estado de salud** facilitada por la aseguradora.

Si todas las respuestas son negativas, la Mutua aceptará la suscripción del seguro, sujeto al pago de las primas correspondientes.

Cuando alguna o algunas de las respuestas sean afirmativas, el candidato a asegurado deberá presentar el **cuestionario médico ampliado**, cumplimentado por su médico y firmado por ambos.

Dicho cuestionario **será entonces valorado por un equipo médico experto designado por la entidad aseguradora**, que tras requerir, si fuera el caso las correspondientes pruebas médicas o exploraciones complementarias, aceptará o denegará la cobertura del riesgo.

La solicitud de seguro, por si sola, no vincula a la Mutua, que podrá aceptarla o rechazarla, así como establecer determinadas condiciones para la aceptación del riesgo.

1.6. FORMALIZACIÓN DEL CONTRATO Y ENTRADA EN VIGOR

La póliza entra en vigor en la fecha de efecto indicada en las condiciones particulares **y una vez haya sido pagado el primer recibo de prima**. Los suplementos y apéndices tomarán efecto una vez se hayan cumplido los mismos requisitos.

1.7. DURACIÓN DEL CONTRATO

El presente contrato podrá extinguirse por alguno de los siguientes motivos:

- Fallecimiento del asegurado
- Ocurrencia del siniestro amparado por la póliza.
- Si la situación de dependencia sobreviene durante el período de carencia
- Por falta de pago de las primas correspondientes.

CIF V-48083521 Inscrita en el Registro Mercantil tomo BI-32, folio 87, hoja nº BI-6 C - Inscrita en el Registro de Entidades Aseguradoras con el nº M-0378
www.surne.es - OFICINA CENTRAL: Cardenal Gardoqui, 1 - 48008 Bilbao T. 94 479 22 00 - F. 94 416 19 55

2. PRIMAS

2.1. FORMA DE CÁLCULO DE LAS PRIMAS

Las primas se determinan en función de:
- la edad del asegurado en el momento de cada renovación del seguro o del aumento de las garantías.
- el estado de salud del asegurado en la fecha de efecto del seguro o del aumento de las garantías.
- el montante de las garantías escogidas por el tomador-asegurado.
- La forma de pago de las primas.

La edad del asegurado será la alcanzada por éste en su cumpleaños más cercano, por exceso o por defecto, a la fecha de efecto de la póliza.

2.2. PAGO DE LAS PRIMAS

El Tomador está obligado al pago del primer recibo de prima en el momento de la formalización del seguro. Los sucesivos recibos de prima se abonarán por anticipado en los correspondientes vencimientos, que coincidirán con el inicio de cada período natural pactado.

El pago de la prima, para cada una de las garantías de dependencia, es

-en la modalidad de prestación en forma de renta es vitalicio y finaliza cuando al asegurado le sea reconocida la situación de dependencia y se origine el devengo de la prestación correspondiente o en caso de fallecimiento del asegurado, si es anterior.

En caso de que cese la situación de Dependencia se reanudará la obligación del pago de primas, **de acuerdo con la tarifa aplicable en ese momento,** y se interrumpirá el pago de la renta establecida.

-en la modalidad de prestación en forma de capital es hasta los 85 años de edad fecha en la que finaliza la cobertura

La prima se establece por períodos anuales. No obstante, el tomador podrá solicitar el **fraccionamiento semestral o trimestral**, aplicando la Mutua el correspondiente recargo y siempre que los importes de las primas superen las cuantías mínimas establecidas por la entidad aseguradora. En caso de ocurrencia del siniestro, la Mutua renuncia a deducir de la prestación la fracción o fracciones de prima todavía no satisfechas de la anualidad de seguro en curso durante la que ocurra el siniestro.

Las primas del tomador serán exigibles por anticipado en sus correspondientes vencimientos y deben ser satisfechas mediante el sistema de domiciliación bancaria en una cuenta abierta a su nombre en España.

Conforme a los artículos 14 y 15 de la Ley de Contrato de Seguro, la primera prima o fracción será exigible, una vez firmado el contrato. Si por culpa del Tomador-Mutualista la primera prima o la prima única, en su caso, no ha sido pagada a su vencimiento, la Mutua tendrá derecho a resolver el contrato o exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva con base en la póliza. En todo caso, y salvo pacto en contrario en las Condiciones Particulares, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el asegurador quedará liberado de su obligación.

2.3. REGULARIZACIÓN DE LAS PRIMAS DEL SEGURO

2.3.1. POR EL AUMENTO DE LA EDAD DEL ASEGURADO

Las primas se incrementarán en función de la edad del asegurado de acuerdo con el cuadro de tarifas aprobado por la aseguradora.

2.3.2. POR REVISIÓN DE LA TARIFA DE PRIMAS

Las primas de las garantías de dependencia pueden ser objeto de revisión por la entidad aseguradora, cuando el equilibrio técnico del contrato lo necesite, como consecuencia de un cambio legislativo, una decisión reglamentaria o la modificación de las obligaciones de la Mutua en relación al conjunto de riesgos de dependencia suscritos en la presente modalidad de seguro.

CIF V-48083521 Inscrita en el Registro Mercantil tomo BI-32, folio 87, hoja nº BI-6 C - Inscrita en el Registro de Entidades Aseguradoras con el nº M-0378
www.surne.es - OFICINA CENTRAL: Cardenal Gardoqui, 1 - 48008 Bilbao T. 94 479 22 00 - F. 94 416 19 55

Dicho equilibrio técnico se establecerá para cada una de las garantías al finalizar cada año natural y, si fuera necesaria la revisión, se llevará a cabo con efectos desde el próximo vencimiento principal, adaptando, en consecuencia y a partir de entonces, las tasas de las primas futuras para todos los contratos en vigor.

Asimismo, la Mutua se reserva el derecho de efectuar la revisión de las primas de una determinada garantía de dependencia cuando su resultado técnico sea deficitario.

La entidad aseguradora, en caso de revisión de las primas, informará individualmente al tomador de la modificación de las primas con una antelación mínima de dos meses respecto al vencimiento principal, fecha a partir de la cual se aplicarán las nuevas primas.

Si el tomador no aceptase la nueva prima propuesta, éste puede comunicar fehacientemente a la Mutua su decisión de continuar pagando el mismo importe de prima en cuyo caso se producirá la reducción proporcional del importe de las garantías.

La comunicación del tomador deberá efectuarse dentro de un período máximo de dos meses después del pago de la nueva prima. **Transcurrido este período el rechazo de la nueva prima no será admisible.**

2.3.3. POR INCREMENTO DE LAS GARANTÍAS

En el caso de que el tomador incremente las garantías de dependencia durante la vigencia del contrato, las primas aumentarán en la misma proporción en que se hayan incrementado los importes de las garantías.

3. GARANTÍAS DEL SEGURO

3.1. GARANTÍAS PRINCIPALES

El importe y detalle de las garantías del seguro se indican en las condiciones particulares.

El tomador podrá suscribir la garantía principal en función de la forma de cobro de la prestación o en una combinación de ambas:

-en la modalidad de prestación en forma de renta vitalicia mensual constante
-en la modalidad de prestación en forma de capital único

El alcance y la cobertura de cada una de dichas garantías será la siguiente según la opción elegida por el tomador del seguro en el momento de la contratación:

3.1.1. GARANTÍA DE RENTA POR GRAN DEPENDENCIA

En el supuesto de que el asegurado se encuentre en una situación de **Gran Dependencia, según la definición del apartado 3.2 de estas condiciones generales,** la Mutua le abonará **la renta contratada** de forma constante, mensual y vitalicia. El pago se realizará por mes vencido mientras viva el asegurado y persista dicha situación de Gran Dependencia.

El estado de dependencia debe ser definitivo.

El importe de la renta inicial será el indicado en las condiciones particulares de la póliza.

3.1.2. GARANTÍA DE CAPITAL POR GRAN DEPENDENCIA

En el supuesto de que el asegurado se encuentre en una situación de **Gran Dependencia, según la definición del apartado 3.2 de estas condiciones generales,** la Mutua le abonará el pago del capital que consta en las condiciones particulares de la póliza.

El estado de dependencia debe ser definitivo.

El capital asegurado se abonará de una sola vez e implicará la extinción del contrato.

CIF V-48083521 Inscrita en el Registro Mercantil tomo BI-32, folio 87, hoja nº BI-6 C - Inscrita en el Registro de Entidades Aseguradoras con el nº M-0378
www.surne.es - OFICINA CENTRAL: Cardenal Gardoqui, 1 - 48008 Bilbao T. 94 479 22 00 - F. 94 416 19 55

3.1.3. GARANTÍA DE RENTA POR DEPENDENCIA SEVERA

En el supuesto de que el asegurado se encuentre en una situación de **Dependencia Severa, según la definición del apartado 3.2 de estas condiciones generales,** la Mutua le abonará al asegurado **la renta contratada** de forma constante, mensual y vitalicia. El pago se realizará mes vencido mientras viva el asegurado y persista dicha situación de dependencia.

El estado de dependencia debe ser definitivo.

El importe de la renta inicial será el indicado en las condiciones particulares de la póliza.

3.1.4. GARANTÍA DE CAPITAL POR DEPENDENCIA SEVERA

En el supuesto de que el asegurado se encuentre en una situación de **Dependencia Severa, según la definición del apartado 3.2 de estas condiciones generales,** la Mutua le abonará el capital correspondiente a esta Garantía que consta en las condiciones particulares de la póliza.

La situación de dependencia debe ser definitiva.

Esta prestación se abonará de una sola vez e implicará la extinción del contrato.

3.2. EVALUACIÓN DEL ESTADO DE DEPENDENCIA

El asegurado será considerado en una situación de Dependencia a efectos del presente contrato cuando se encuentre en alguna de las dos circunstancias siguientes:

3.2.1. GRAN DEPENDENCIA

Cuando su estado de salud está estabilizado y ha sido clasificado **por los servicios médicos de la Mutua** con una **puntuación final del Baremo de Valoración de la Dependencia** (BVD)* **de 75 a 100 puntos.**

La Situación de Gran Dependencia también podrá ser declarada por un causa psíquica o mental. En tal caso, el estado de salud del asegurado debe estar estabilizado y se deben dar de forma conjunta las siguientes condiciones:

1ª) Haber sido clasificado **por los servicios médicos de la Mutua** con una puntuación final del Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD) de 75 a 100 puntos.

2ª) Padecer una demencia o enfermedad neuropsiquiátrica, y obtener en el **Test Mini Mental State Examination de Folstein un resultado de 15 puntos o inferior. Este resultado será establecido únicamente por el médico designado por la entidad aseguradora.**

3.2.2. DEPENDENCIA SEVERA

Cuando su estado de salud está estabilizado y ha sido clasificado **por los servicios médicos de la Mutua** con una **puntuación final del Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD) de 50 a 74 puntos**.

La Situación de Dependencia Severa también podrá ser declarada por un causa psíquica o mental. En tal caso, el estado de salud del asegurado debe estar estabilizado y se deben dar de forma conjunta las siguientes condiciones:

1ª) Haber sido clasificado **por los servicios médicos de la Mutua** con una puntuación final del Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD) de 50 a 74 puntos.

2ª) Padecer una demencia o enfermedad neuropsiquiátrica, y obtener en el **Test Mini Mental State Examination de Folstein un resultado de 15 puntos o inferior. Este resultado será establecido únicamente por el médico designado por la entidad aseguradora.**

3.3. DEFINICIÓN DEL CARÁCTER DEFINITIVO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

La situación de dependencia **se considera definitiva**, por parte de los servicios médicos de la entidad aseguradora, cuando se estabiliza, es decir, **cuando dicha situación de dependencia no es susceptible de mejora teniendo en cuenta las terapias existentes en la fecha de su constatación.**

CIF V-48083521 Inscrita en el Registro Mercantil tomo BI-32, folio 87, hoja nº BI-6 C - Inscrita en el Registro de Entidades Aseguradoras con el nº M-0378
www.surne.es - OFICINA CENTRAL: Cardenal Gardoqui, 1 - 48008 Bilbao T. 94 479 22 00 - F. 94 416 19 55

3.4. PERIODOS DE CARENCIA

Las garantías del seguro **toman efecto:**

En la fecha de efecto del seguro en caso que la situación de dependencia sea consecuencia de un accidente posterior a dicha fecha.

Después de un período de carencia de 3 años, a contar desde la fecha de efecto del seguro, en caso que la situación de dependencia sea consecuencia de un estado de demencia o enfermedad neuropsiquiátrica.

En cualquier otro caso, después de un período de carencia de 1 año, a contar desde la fecha de efecto del seguro.

Cualquier situación de dependencia sobrevenida durante los períodos de carencia, con independencia de su comunicación a la entidad aseguradora, no dará lugar al pago de las prestaciones y conllevará la rescisión del contrato. Las primas satisfechas serán reembolsadas al tomador salvo que sea patente que las declaraciones del asegurado en el momento de la suscripción tenían un carácter claramente fraudulento.

En las condiciones particulares podrá pactarse un período de carencia diferente a los plazos establecidos en el presente apartado con carácter general.

3.5. MODIFICACIÓN DEL IMPORTE DE LAS GARANTÍAS DE DEPENDENCIA

El tomador podrá modificar el importe de las garantías de dependencia sujetándose a las siguientes condiciones:

a) En caso de aumento:

i) **Tan sólo si el tomador-asegurado es menor de 70 años** y **si dicha modificación es aceptada por la Mutua** a la vista de los cuestionarios o exámenes médicos practicados al asegurado.

ii) **Los períodos de carencia, indicados anteriormente en el apartado 3.4, serán aplicables al aumento de las garantías, iniciándose en la fecha de efecto de su aumento.**

iii) Si la Mutua acepta la solicitud de incremento de garantías, la prima por el aumento de la cuantía de la garantía será calculada teniendo en cuenta la edad del asegurado y las tarifas vigentes en el momento del aumento.

b) Deberán respetarse los límites mínimos y máximos de cada garantía fijados por la Mutua en el momento de la modificación.

3.6. EXCLUSIONES

Están excluidas de todas las garantías del seguro las consecuencias derivadas de:

- **Los riesgos extraordinarios sujetos a recargo obligatorio a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.**
- **Los hechos derivados de conflictos armados, haya o no precedido declaración oficial de guerra.**
- **Hechos de carácter político o social, movimientos populares.**
- **Las consecuencias directas o indirectas de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva o química.**
- **Actos de imprudencia temeraria, de negligencia grave o actos intencionados o ilegales del asegurado o de los beneficiarios, salvo que estos se hayan producido en legítima defensa.**
- **Las consecuencias de intento de suicidio.**

CIF V-48083521 Inscrita en el Registro Mercantil tomo BI-32, folio 87, hoja nº BI-6 C - Inscrita en el Registro de Entidades Aseguradoras con el nº M-0378
www.surne.es - OFICINA CENTRAL: Cardenal Gardoqui, 1 - 48008 Bilbao T. 94 479 22 00 - F. 94 416 19 55

- **Actos dolosos del asegurado.**

- **Consecuencias directas o indirectas de una enfermedad o accidente, lesiones, defectos o deformaciones congénitas o preexistente a la fecha de efecto de la póliza, salvo que dichas enfermedades, lesiones, defectos o deformaciones hayan sido declaradas por el Tomador o Asegurado en el cuestionario de salud y expresamente aceptada su cobertura por la Entidad Aseguradora en Condiciones Particulares**

- **Embriaguez, uso de estupefacientes no prescritos médicamente o abuso de productos farmacéuticos sin respetar la prescripción médica. Se entenderá que el asegurado ha consumido drogas o estupefacientes siempre que se determine mediante análisis la presencia de estas sustancias o metabolitos de éstas. Se entenderá por embriaguez la presencia de una tasa de alcohol en sangre superior a la establecida por la normativa vigente, cuando se trate de un accidente de circulación y 0,5 gramos por litro para el resto de accidentes.**

- **Utilización, como piloto o pasajero de aparatos aéreos de capacidad inferior a 20 plazas.**

- **La práctica de deportes (entrenamiento, ensayos y pruebas) a título profesional o a título amateur remunerado**

- **Práctica de las actividades siguientes: Alpinismo así como actividades de montaña fuera de pistas señalizadas y abiertas al público o prácticas a una altitud superior a 3.000 metros, navegación marítima de placer a más de 20 millas náuticas de un refugio costero, submarinismo a más de 20 metros de profundidad, espeleología, artes marciales, deportes de nieve fuera de pista, hípica en competición, puenting, rafting, goming o salto con cuerda elástica, toda actividad en zona desértica, cualquier deporte que precise la utilización de un aparato con motor. También cualquier otro deporte considerado de riesgo no nombrado anteriormente.**

4. PRESTACIONES

4.1. SOLICITUD DE LAS PRESTACIONES DE DEPENDENCIA

4.1.1. DECLARACIÓN DE LA DEPENDENCIA

El asegurado o una persona de su entorno deberán comunicar, por escrito, a la Mutua la pérdida de autonomía del asegurado que pueda originar una situación de dependencia indemnizable por esta póliza.

4.1.2. CUESTIONARIO MÉDICO A CUMPLIMENTAR POR EL MÉDICO ASISTENCIAL DEL ASEGURADO

Para ser beneficiario de una garantía de dependencia el médico asistencial del asegurado deberá cumplimentar el cuestionario médico que, tras la declaración del asegurado, la Mutua le habrá remitido. Dicho cuestionario contendrá el diagnóstico e información relacionada con el estado de dependencia y deberá ser dirigido a los servicios médicos de la entidad aseguradora.

El asegurado deberá facilitar, igualmente, toda la información solicitada por la entidad aseguradora.

4.1.3. RECONOCIMIENTO MÉDICO REALIZADO PÒR LA ENTIDAD ASEGURADORA

A la vista del cuestionario médico anterior, los servicios médicos de la Mutua podrán decidir que un médico experto, designado por ella, realice un reconocimiento médico con la finalidad de examinar al asegurado.

El reconocimiento del médico experto se realizará en su consulta, en el domicilio del asegurado o, en su caso, en la institución en que este último esté ingresado.

El asegurado deberá permitir el libre acceso de su dossier sanitario al médico experto.

La Mutua no se hará cargo de los gastos de desplazamiento del asegurado a la consulta del médico experto.

CIF V-48083521 Inscrita en el Registro Mercantil tomo BI-32, folio 87, hoja nº BI-6 C - Inscrita en el Registro de Entidades Aseguradoras con el nº M-0378
www.surne.es - OFICINA CENTRAL: Cardenal Gardoqui, 1 - 48008 Bilbao T. 94 479 22 00 - F. 94 416 19 55

El rechazo a que el médico experto designado por la Mutua realice el reconocimiento o acceda al dossier sanitario del asegurado impedirá el abono de las prestaciones previstas en esta póliza, en tanto que dichas verificaciones son necesarias para determinar la ocurrencia del siniestro.

4.2. DETERMINACIÓN DEL ESTADO DE DEPENDENCIA

La concesión de las prestaciones definidas en el apartado 3.1 de estas condiciones generales se reconoce por los servicios médicos de la Mutua, en base a los informes médicos indicados en el apartado 4.1 anterior.

Procedimiento en caso de conflicto.

La determinación del grado de Dependencia se realizará por los médicos de la Mutua y se notificará por escrito al asegurado. Si éste no aceptase la proposición de la Mutua, las partes se someterán a la decisión de peritos médicos.

Cualquiera de las partes designará un perito y deberá constar por escrito la aceptación de éstos. Si una de las partes no hubiera hecho dicha designación, estará obligada a realizarla en los ocho días siguientes a la fecha en que sea requerida por la que hubiere designado el suyo, y de no hacerlo en este último plazo se entenderá que acepta el dictamen que emita el perito de la otra parte, quedando vinculado por el mismo.

En el caso de que los peritos lleguen a un acuerdo, se reflejará en un acta conjunta en la que se harán constar circunstancias que influyan en la determinación de la indemnización. Cuando no haya acuerdo entre los peritos, se designará un tercer perito de común acuerdo, o se instará tal designación al juez de primera instancia.

El dictamen de los peritos, por unanimidad o por mayoría, se notificará a las partes, siendo vinculante para éstas, salvo que se impugne judicialmente por alguna de las partes, dentro del plazo de treinta días, en el caso de la Mutua y ciento ochenta en el del asegurado, computados ambos desde la fecha de su notificación. Si no se interpusiere en dichos plazos la correspondiente acción, el dictamen pericial devendrá inatacable.

Cada parte sufragará los gastos y honorarios de su perito médico y la mitad de los correspondientes al tercer perito.

4.3. PAGO DE LAS PRESTACIONES

4.3.1. GARANTÍA DE RENTA

Si el asegurado es reconocido como dependiente (bien la Gran Dependencia bien a la Dependencia Severa) según las definiciones de los apartados 3.2 y 3.3 de estas condiciones generales, **el importe de la renta será la cuantía que el asegurado tenga contratada en el momento en que sea declarada la situación de Dependencia.**

Tanto en el caso de que se reconozca una situación de **Dependencia Severa o de Gran Dependencia**, **el importe de la renta será constante durante el tiempo que dure la prestación**.

El primer pago de la renta se realizará, el último día del mes de la fecha en que haya transcurrido el período de franquicia de 3 meses, a contar desde el día en que el estado de dependencia del asegurado alcanza el nivel indemnizable para cualquiera de las garantías.

Dicho día **es la fecha de efecto de la renta y, en ningún caso podrá ser anterior a la fecha de recepción por parte de la Mutua del dossier completo de la solicitud de prestación realizada por el asegurado, incluyendo el cuestionario médico a cumplimentar por el médico asistencial del asegurado indicado en el apartado 4.1.2 anterior de estas condiciones generales.**

La cuantía de la renta del primer pago será la prorrata que corresponda a los días transcurridos desde la fecha en que haya finalizado el período de franquicia de 3 meses y el último día del mes en que se devengue la primera renta.

El pago de la prestación se mantendrá hasta el final del mes en el cual el asegurado ya no se encuentre en una situación de dependencia asegurada en póliza o haya fallecido. La cuantía de la renta del último

CIF V-48083521 Inscrita en el Registro Mercantil tomo BI-32, folio 87, hoja nº BI-6 C - Inscrita en el Registro de Entidades Aseguradoras con el nº M-0378
www.surne.es - OFICINA CENTRAL: Cardenal Gardoqui, 1 - 48008 Bilbao T. 94 479 22 00 - F. 94 416 19 55

mes se corresponderá con la prorrata por los días transcurridos desde el día 1 de dicho mes hasta la fecha de su fallecimiento o la fecha en que se considere que el asegurado ya no se encuentra en una situación de dependencia.

Los pagos de la Mutua se realizarán mediante transferencia a la cuenta bancaria designada por el asegurado o su representante legal. Dicha cuenta bancaria deberá estar abierta en una oficina bancaria situada dentro del territorio del Estado español y el asegurado deberá figurar como titular de la cuenta.

El asegurado deberá comunicar a la Mutua cuando cese la situación de dependencia indemnizable por esta póliza. Asimismo, **en el caso de fallecimiento del asegurado sus derechohabientes deberán comunicar esta contingencia a la entidad aseguradora.**

Alternativamente, en caso de Gran Dependencia se ofrece la posibilidad de **destinar esta renta mensual al pago de una Residencia o Institución Socio-Sanitaria en el que se interne el Gran Dependiente**. El pago se realizará exclusivamente por el importe mensual contratado, siendo en su caso, la diferencia del coste del internamiento a cargo exclusivo del Gran dependiente.

4.3.2. GARANTÍA DE CAPITAL POR DEPENDENCIA

Si el asegurado es reconocido como dependiente (bien la Gran Dependencia bien a la Dependencia Severa) según las definiciones de los apartados 3.2 y 3.3 de estas condiciones generales, el importe del capital por dependencia será satisfecho al asegurado por la Mutua. El importe del capital será la cuantía que el asegurado tenga contratada en el momento en que sea declarada la situación de Dependencia.

El capital se pagará de una sola vez, cuando sea reconocido al asegurado el estado de Gran Dependencia o Dependencia severa.

Dicha fecha será considerada como la **fecha de efecto del siniestro y, en ningún caso podrá ser anterior a la fecha de recepción por parte de la Mutua del dossier completo de la solicitud de prestación** realizada por el asegurado, incluyendo el cuestionario médico a cumplimentar por el médico asistencial del asegurado indicado en el apartado 4.1.2 anterior de estas condiciones generales.

Esta prestación será concedida una sólo vez durante toda la vigencia del seguro e implicará la extinción del contrato.

4.4. REVISIÓN POR AGRAVACIÓN

En el caso de que un asegurado al que se la ha reconocido una situación de Dependencia Severa desee, en base a un deterioro progresivo de su estado de salud, solicitar la revisión de su situación podrá instar a la Mutua a que se inicie un procedimiento de revisión para el reconocimiento de una Gran Dependencia a través de los pasos establecido en el punto 4.1.

En el caso de que le sea reconocida la situación de Gran Dependencia, el asegurado pasará a cobrar la renta contratada para esta garantía desde el momento en que le sea reconocida la nueva situación de dependencia.

Si el asegurado hubiese contratado la opción de capital, se le abonará el importe de la diferencia entre el capital por Dependencia Severa que se le haya abonado y el importe del capital de Gran Dependencia.

4.5. COMPROBACIÓN DEL MANTENIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

Una vez reconocida una garantía de Renta de acuerdo con las definiciones de los apartados 3.2 y 3.3 de estas condiciones generales, el asegurado deberá facilitar a la Mutua, **siempre que ésta lo solicite** y como mínimo una vez al año, una **"fe de vida"** actualizada. La Mutua podrá sustituir este requisito por cualquier otro que, a juicio de ésta, permita comprobar, periódicamente, la supervivencia del asegurado.

Asimismo, cuando existan **posibilidades fundadas de regresión del proceso de dependencia**, la Mutua, con una **periodicidad anual**, solicitará al asegurado que su médico asistencial cumplimente el formulario **"seguimiento del estado de dependencia"** proporcionado por la Mutua con la finalidad de verificar el mantenimiento de la situación de dependencia.

CIF V-48083521 Inscrita en el Registro Mercantil tomo BI-32, folio 87, hoja nº BI-6 C - Inscrita en el Registro de Entidades Aseguradoras con el nº M-0378
www.surne.es - OFICINA CENTRAL: Cardenal Gardoqui, 1 - 48008 Bilbao T. 94 479 22 00 - F. 94 416 19 55

El asegurado, una vez cumplimentado dicho formulario por su médico asistencial, deberá remitirlo a la Mutua, la cual se reserva la posibilidad de efectuar un control, por un médico experto designado por ella, respecto al mantenimiento de la situación de dependencia del asegurado.

En caso de que la Mutua no recibiera alguno de los documentos solicitados dentro de un período de dos meses después de ser requeridos, podrá suspender el pago de las prestaciones. En el momento que reciba los documentos solicitados abonará las rentas pendientes sin intereses.

Igualmente, en el supuesto que el asegurado no permita realizar el **control del mantenimiento de la situación de dependencia,** realizado por un médico experto designado por la Mutua, ésta suspenderá el pago de las prestaciones, transcurridos dos meses desde la negativa del asegurado a someterse a dicha verificación.

En caso de omisión por parte del asegurado o de su representante legal concerniente al cese del estado de dependencia o en caso de omisión de la comunicación de fallecimiento del asegurado por parte de sus derechohabientes, la Mutua exigirá las cantidades indebidamente percibidas.

5. DERECHOS DEL TOMADOR Y EL ASEGURADO

5.1. RENUNCIA A LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO

El tomador podrá rescindir libremente el contrato dentro de los 30 días siguientes a la fecha en la que la Mutua entregue la póliza. Esta facultad unilateral de resolución del contrato deberá ejercitarse fehacientemente por escrito en el plazo indicado y producirá sus efectos desde el día de su expedición. A partir de esta fecha, cesará la cobertura del riesgo por parte de la Mutua, devolviendo al tomador el importe de la prima satisfecha, previa deducción de la parte correspondiente al tiempo durante el cual el contrato ha estado en vigor.

5.2. INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN

Podrán presentarse quejas y reclamaciones por escrito contra la entidad, personalmente o mediante representación, ante el Departamento de Atención al Cliente de la Entidad (datos de contacto disponibles en www.surne.es) conforme al procedimiento general establecido al efecto.

En todo caso, al interesado le asiste la facultad de acudir al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, en caso de disconformidad con las decisiones con que finalicen los procedimientos de tramitación de quejas y reclamaciones, o en el supuesto de que las instancias citadas en el párrafo anterior no hayan resuelto en el plazo de dos meses desde que se presentó la reclamación

5.3. PLAZO DE PRESCRIPCIÓN

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

6. NORMAS DE CARÁCTER GENERAL

6.1. OBLIGACIÓN DE INFORMACIÓN AL CONCERTAR EL SEGURO

La presente póliza ha sido concertada sobre la base de las declaraciones del Asegurado, en la Solicitud de Adhesión y la **Declaración del estado de salud/Cuestionario médico ampliado**, que han determinado la aceptación del riesgo por la Mutua y el cálculo de la prima correspondiente. Los mencionados documentos incluyen los datos personales, la profesión y, si procede, las pruebas e informes médicos que se deriven de la edad o estado de salud del solicitante que a juicio de la Mutua sean necesarios para la determinación del riesgo. Estos documentos forman parte integrante de la póliza y constituyen un todo unitario, fundamento del seguro, que sólo abarca, dentro de los límites pactados, a los capitales, a las personas y riesgos especificados en la misma.

Toda persona que desee adherirse, debe cumplimentar y firmar una **Declaración del estado de salud/Cuestionario médico ampliado** con base en el cual la Mutua se pronunciará sobre su

CIF V-48083521 Inscrita en el Registro Mercantil tomo BI-32, folio 87, hoja nº BI-6 C - Inscrita en el Registro de Entidades Aseguradoras con el nº M-0378
www.surne.es - OFICINA CENTRAL: Cardenal Gardoqui, 1 - 48008 Bilbao T. 94 479 22 00 - F. 94 416 19 55

aceptación. La Mutua puede solicitar cuando lo estime oportuno, un examen médico del Asegurado u otras informaciones complementarias.

La Mutua tiene el derecho a excluir la totalidad o parte de los riesgos o de proponer una sobre-prima por un riesgo considerado agravado.

Lo especificado anteriormente motiva la aceptación del riesgo por la Mutua y, por consiguiente, la asunción por su parte de las obligaciones para él derivadas del contrato y la fijación de la prima.

El Asegurado tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar a la Mutua, de acuerdo con el cuestionario a que ésta le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si la Mutua 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. La Mutua podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador-Asegurado en el plazo de un mes a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del Asegurado, correspondiendo a la Mutua, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento que haga esta declaración. Si el siniestro sobreviene antes que la Mutua haga la declaración anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del Asegurado, la Mutua quedará liberada del pago de la prestación.

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el Tomador-Asegurado podrá reclamar a la Mutua 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 reclamación se estará a lo dispuesto en la póliza.

6.2. AGRAVACIÓN / DISMINUCIÓN DEL RIESGO DURANTE LA VIGENCIA DEL CONTRATO

El Asegurado tiene la obligación de comunicar, durante el curso del contrato, a la Mutua, tan pronto como le sea posible, todas aquellas circunstancias que agraven el riesgo, y que por su naturaleza, de haber sido conocidas en el momento de perfección del contrato, no hubieran dado lugar a su celebración o éste hubiera sido concluido en condiciones más gravosas.

Las anteriores obligaciones comienzan al concertar el seguro para cuya conclusión habrá declarado el Asegurado a la Mutua, todas las circunstancias por él conocidas, que puedan influir en la valoración del riesgo.

En caso de aceptación de la celebración del contrato, la Mutua puede proponer una modificación de las condiciones del mismo en un plazo de dos meses a contar desde el día en que la agravación del riesgo haya sido declarada. En este caso, el Asegurado 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-asegurado, el asegurador puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al tomador, dándole para que conteste un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho siguientes comunicará al tomador la rescisión definitiva

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

Si el asegurado, al cumplimentar la Solicitud de Adhesión y la Declaración de Salud, incurriera en reserva o inexactitud sobre las circunstancias por él conocidas que pudiesen influir en la valoración del riesgo, se seguirán las siguientes normas:

a) La Mutua podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al tomador-asegurado en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de dicha reserva o inexactitud. Corresponderá a la Mutua, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período del seguro en curso en el momento en que se haga esta declaración.

b) Si el siniestro sobreviene antes de que la Mutua efectúe dicha declaración rescisoria del contrato, la indemnización se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si media dolo o culpa grave del tomador-asegurado, la Mutua quedará liberada del pago de la indemnización.

El Asegurado podrá, durante el curso del contrato, poner en conocimiento de la Mutua todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que, si hubieran sido conocidas por ésta

CIF V-48083521 Inscrita en el Registro Mercantil tomo BI-32, folio 87, hoja nº BI-6 C - Inscrita en el Registro de Entidades Aseguradoras con el nº M-0378
www.surne.es - OFICINA CENTRAL: Cardenal Gardoqui, 1 - 48008 Bilbao T. 94 479 22 00 - F. 94 416 19 55

en el momento de la perfección del contrato, lo habría concluido en condiciones más favorables para el asegurado.

En tal caso, al finalizar el período en curso cubierto por la prima, la Mutua deberá reducir el importe de la prima futura en la cuantía que corresponda.

Si la Mutua no accediera a dicha reducción de prima, el tomador- asegurado podrá exigir la resolución del contrato, así como la devolución de la diferencia existente entre la prima satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar, calculada esta diferencia desde el momento de la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.

Sin embargo, 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

6.3. ENVIO DE COMUNICACIONES

Las comunicaciones a la Mutua se realizarán en el domicilio social de aquélla, señalado en la póliza.

Asimismo, las comunicaciones de la Mutua se realizarán en el domicilio de los interesados, recogidos en la póliza, salvo que los mismos hayan notificado a la Mutua el cambio de domicilio.

6.4. ARBITRAJE Y JURISDICCIÓN

Las partes podrán someter sus diferencias, en el caso de no conformidad, al juicio de árbitros de acuerdo con la legislación vigente.

Si ambas o cualquiera de las partes decidiesen ejercitar sus acciones ante Organismos Judiciales, será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro, el del domicilio del Tomador-Mutualista en España, siendo nulo cualquier pacto en contrario.

6.5. PROTECCIÓN DE LOS DATOS PERSONALES

En cumplimiento de lo previsto en el Reglamento general de protección de datos de la Unión Europea ("**RGPD**"), a continuación le facilitamos una serie de información en relación al tratamiento de los datos personales del solicitante, tomador, asegurado y/o beneficiario facilitados a Svrne, Mutua de Seguros y reaseguros a prima fija durante la relación pre-contractual y/o contractual, incluidos datos de salud.

Información básica sobre protección de datos	
Responsable	Svrne, Mutua de Seguros y reaseguros a prima fija ("**SVRNE**")
Finalidad	• Gestión de la relación pre-contractual y/o del contrato de seguro • Realización de acciones comerciales y remisión de comunicaciones comerciales, incluso por medios electrónicos, sobre otros productos comercializados por SVRNE, así como por cualquiera de las entidades del Grupo SVRNE. • Conservar los datos de carácter personal para el caso de que no se formalice la relación contractual, con la finalidad de gestionar futuras solicitudes que pueda realizar.
Legitimación (base jurídica)	• Ejecución del pre-contrato y/o contrato de seguro. • Interés legítimo, para que la entidad pueda ofrecerle un servicio más completo e incrementar su grado de satisfacción. • Interés legítimo, para gestionar y satisfacer a futuro sus eventuales consultas o peticiones.
Destinatarios	• Entidades reaseguradoras por razones de reaseguro. • Corredores de seguros. • Profesionales médicos. • Organismos públicos. • Asimismo, podrán tener acceso a sus datos como encargados del tratamiento, agentes propios (sociedades del Grupo) o terceros agentes, proveedores de servicios comerciales, servicios profesionales (i.e., gabinetes periciales, abogados externos), y de servicios informáticos, así como cualquier otro encargado cuyos servicios sean precisos para cualquier gestión adicional del contrato que sea necesaria, incluida la gestión de la eventual prestación que corresponda.

CIF V-48083521 Inscrita en el Registro Mercantil tomo BI-32, folio 87, hoja nº BI-6 C - Inscrita en el Registro de Entidades Aseguradoras con el nº M-0378
www.surne.es - OFICINA CENTRAL: Cardenal Gardoqui, 1 - 48008 Bilbao T. 94 479 22 00 - F. 94 416 19 55

Transferencias internacionales	Sus datos de carácter personal no serán objeto de ninguna transferencia internacional de datos.
Categorías de datos y procedencia	• Los datos de carácter personal objeto de tratamiento (incluidos datos de salud), serán aquellos facilitados en el marco del pre-contrato y/o contrato de seguro. • Los datos objeto de tratamiento podrán ser relativos al tomador y/o asegurado, así como a cualquier tercero persona física relacionado con el contrato de seguro (i.e., terceros asegurados, beneficiarios o terceros perjudicados).
Derechos	Podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento, y de portabilidad conforme a lo indicado en la información adicional.
Información adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre el tratamiento de sus datos en http://www.surne.es/es/privacidad.htm

7. CLAÚSULA DEL CONSORCIO

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 o 952 367 042). – A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (www.consorseguros.es).

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

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

CIF V-48083521 Inscrita en el Registro Mercantil tomo BI-32, folio 87, hoja nº BI-6 C - Inscrita en el Registro de Entidades Aseguradoras con el nº M-0378
www.surne.es - OFICINA CENTRAL: Cardenal Gardoqui, 1 - 48008 Bilbao T. 94 479 22 00 - F. 94 416 19 55