

CONDICIONES GENERALES

Seguros Temporales

RIESGO

SERVICIO DE ATENCION AL CLIENTE

902 108 902

atencion.clv@aegon.es



www.aegon.es

Protegemos la vida

AEGON Inversión

AEGON Inversión

Condiciones Generales del Seguro Temporal

SERVICIO DE ATENCION AL CLIENTE

902 108 902

atencion.clv@aegon.es



www.aegon.es

SEDE SOCIAL: PRINCIPE DE VERGARA, 156 - 28002 MADRID

AEGON Inversión le recomienda que **lea estas Condiciones Generales y las Particulares de su Póliza atentamente.**

Si desea alguna información o aclaración suplementaria, consulte con su Mediador **AEGON Inversión**. Él le resolverá todas sus dudas.

Si, pese a ello, Ud. no está de acuerdo con lo establecido en estas condiciones, tiene un plazo de treinta días para cancelar su póliza sin ningún coste. Basta con que lo comunique por escrito a su Mediador o a cualquiera de las oficinas de **AEGON Inversión**.

Si ha cursado la notificación correctamente y en el plazo previsto, **AEGON Inversión** le devolverá los pagos efectuados en un plazo de 30 días a partir de la fecha de recepción de su notificación escrita.

AEGON Inversión e recomienda igualmente que, si desea efectuar algún cambio en el contenido de su póliza, contacte y pida asesoramiento a su Mediador **AEGON Inversión**. Es un profesional del seguro que está enteramente a su servicio.

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1 999, de Protección de Datos de Carácter Personal y, con la finalidad de cumplir, desarrollar, controlar y ejecutar la

prestación garantizada en el contrato de seguro, el Asegurado consiente expresamente a que sus datos de carácter personal incluidos los datos de salud sean tratados informáticamente por el Asegurador, así como que estos datos puedan ser comunicados entre dicha entidad y los médicos, centros sanitarios, hospitales u otras instituciones o personas. Los datos deben ser adecuados, pertinentes y no excesivos para la finalidad expresada en relación con el contrato de seguro cuya ley reguladora obliga al Asegurador de las causas que motivan la prestación.

Para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos debe dirigirse a AEGON SEGUROS Y REASEGUROS de Vida, Ahorro e Inversión, S.A. En caso de oposición al tratamiento y cesión de los datos expuestos en el párrafo anterior, no podrán hacerse efectivas las prestaciones de la póliza durante el tiempo que dure dicha oposición, por carecer el Asegurador de los datos necesarios para el cálculo de la indemnización y demás fines establecidos en el contrato de seguro. De no recibir una contestación de usted en el plazo de treinta días, a contar desde la fecha de emisión de la póliza, entenderemos que es voluntad consentir el uso de sus datos en los estrictos términos indicados.

Índice

Cláusula preliminar.

Definiciones.

Objeto del seguro.

1. Objeto del seguro.

Bases del contrato.

2. Declaraciones.
3. Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro.
4. En caso de agravación del riesgo.
5. En caso de disminución del riesgo.

Perfección. Toma de efecto y duración del contrato.

6. Perfección. Toma de efecto y duración del contrato.

Prestaciones garantizadas.

7. Prestaciones garantizadas.

Alcance de las garantías del seguro principal.

8. Seguro Principal.

Alcance de las garantías de los seguros complementarios.

9. Seguro complementario de fallecimiento accidental.
10. Seguro complementario de fallecimiento por accidente de circulación.
11. Seguro complementario de invalidez absoluta y permanente, para todo trabajo, por cualquier causa.
12. Seguro complementario de invalidez absoluta y permanente para todo trabajo, por accidente.
13. Seguro complementario de invalidez absoluta y permanente, para todo trabajo por accidente de circulación.
14. Exclusiones.
15. Comprobación de la Invalidez o accidente.
16. Seguro complementario de indemnización diaria por enfermedad y accidente.
17. Condiciones comunes a los seguros complementarios.

Pago de Primas.

18. Pago de primas.

Rehabilitación.

19. Rehabilitación.

Pago de Indemnizaciones.

20. Pago de Indemnizaciones.

Normas de tipo general.

21. Error en la edad.
22. Cambio de beneficiario, cesión y pignoración de la póliza.
23. Otras obligaciones del Asegurador.
24. Nulidad del contrato e indisputabilidad de la póliza.
25. Reticencia o inexactitud en las declaraciones del Tomador o del Asegurado.
26. Extravío o destrucción de la póliza.
27. Transformación del seguro.
28. Tributos y recargos.
29. Comunicaciones.
30. Prescripción.
31. Jurisdicción.
32. Instancias de Reclamación.

Cláusula de cobertura de riesgos extraordinarios.

33. Siniestros de carácter extraordinario.

Claúsula preliminar

El presente contrato de seguro se rige por lo dispuesto por la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, modificada con posterioridad por la Ley 21/1990, de 19 de diciembre, por lo establecido en el R.D. Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión, de los Seguros Privados, en el Real Decreto 2486/1998 de 20 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados y disposiciones concordantes, así como por lo convenido en la Póliza y en los restantes documentos contractuales, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos del Tomador y/o Asegurados que no figuren destacadas de modo especial y no hayan sido aceptadas específicamente por escrito.

No requerirán dicha aceptación las meras transcripciones o referencias a preceptos legales imperativos.

Definiciones

En este contrato se entiende por:

Asegurador

AEGON SEGUROS Y REASEGUROS de Vida, Ahorro e Inversión, S.A., entidad que emite la póliza, asumiendo la cobertura de los riesgos y garantizando el pago de las prestaciones objeto del Contrato, de acuerdo con las condiciones de la póliza.

Tomador

Persona física o jurídica que suscribe el contrato con el Asegurador y que asume los derechos y obligaciones derivados del Contrato, salvo aquellos que, por su naturaleza o pacto expreso, correspondan al Asegurado y/o Beneficiario.

Asegurado

Persona física sobre cuya vida se estipula el seguro y que figura nominativamente en las Condiciones Particulares de este contrato.

Beneficiarios

Personas físicas o jurídicas designadas como titulares del derecho a percibir las indemnizaciones garantizadas en el contrato.

Póliza

Documento que contiene las Condiciones Generales del Seguro de Vida, las Especiales de la modalidad contratada, las Particulares que especifican los datos personales del Tomador, así como los del Asegurado, las garantías y primas, incluyendo los suplementos que proceda a emitir durante la vigencia del seguro.

Prima

Precio del seguro al que se añadirán los impuestos y recargos que sean de legal aplicación.

Edad del Asegurado

Es la del cumpleaños más próximo a la fecha de efecto de la póliza.

OBJETO DEL SEGURO

Condición General Primera

1. Objeto del Seguro

Por el presente contrato, el Asegurador se obliga, mediante el cobro de la prima, a pagar a los Beneficiarios designados, las prestaciones garantizadas en la póliza que hayan sido expresamente pactadas en las Condiciones Particulares y Especiales, con los límites que en ellas se determinan.

BASES DEL CONTRATO

Condición General Segunda

2. Declaraciones

El presente contrato se concierta en base a los datos facilitados por el Tomador del Seguro, declaraciones sobre la salud y profesión del Asegurado, y datos contenidos en los cuestionarios presentados, suscritos conjuntamente por el Tomador y Asegurado, incluyendo, si procede, las pruebas e informes médicos que se deriven de la edad o estado de salud del Asegurado, que a juicio del Asegurador sea necesarios para la determinación del riesgo.

Condición General Tercera

3. Si el Contenido de la Póliza Difiere de la Proposición del Seguro

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición 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 reclamación se estará a lo dispuesto en la póliza.

Condición General Cuarta

4. En Caso de Agravación del Riesgo

El Tomador o el Asegurado y, en su caso el Beneficiario, están obligados a dar cuenta al Asegurador, tan pronto como les sea posible, de todas las circunstancias distintas al estado de salud del Asegurado que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por el Asegurador en el momento de la perfección del contrato, o no lo habría celebrado, o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

El Asegurador puede, en el plazo de dos meses a contar desde el día en que la agravación ha sido declarada, proponer una modificación del contrato. En tal caso, el Tomador 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, el Asegurador puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al Tomador, dándole para que conteste el nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho siguientes comunicará al Tomador la rescisión definitiva.

El Asegurador igualmente podrá rescindir el contrato comunicándolo por escrito al Tomador dentro 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 sobreviniera el siniestro, el Asegurador queda liberado de su prestación si el Tomador 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 se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

Condición General Quinta

5. En caso de disminución 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 éste en el momento de la perfección del contrato, lo hubiera concluido en condiciones más favorables.

En tal caso, 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 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.

PERFECCIÓN, TOMA DE EFECTO Y DURACIÓN DEL CONTRATO

Condición General Sexta

6. Perfección, Toma de Efecto y duración del Contrato

6.1. El Contrato se perfecciona o concluye mediante el pago de la prima. La cobertura contratada tomará efecto en la fecha y hora indicadas en las Condiciones Particulares del seguro, siempre que haya sido satisfecho el primer recibo de prima.

6.2. En caso de demora en el cumplimiento de este requisito, las obligaciones del Asegurador comenzarán a partir de las 24 horas del día en que el pago se haya producido.

6.3. El contrato permanecerá en vigor durante el período establecido en las Condiciones Particulares del Seguro.

PRESTACIONES GARANTIZADAS

Condición General Séptima

7. Prestaciones Garantizados

7.1. Seguro Principal

El Asegurador cubrirá como Seguro Principal el fallecimiento del Asegurado.

7.2. Seguros Complementarios:

El Asegurador podrá cubrir como Seguros Complementarios los riesgos de:

- Fallecimiento por Accidente.
- Fallecimiento por Accidente de Circulación.

- Invalidez Absoluta y Permanente, para todo trabajo, por cualquier causa.
- Invalidez Absoluta y Permanente, para todo trabajo, por Accidente.
- Invalidez Absoluta y Permanente, para todo trabajo, por Accidente de Circulación
- Cualquier otro que tenga por objeto cubrir los riesgos que puedan afectar a la existencia o integridad corporal del Asegurado.

El Tomador podrá contratar uno, varios o todos los seguros complementarios indicados con las limitaciones que en cada uno de ellos se determinan.

ALCANCE DE LAS GARANTÍAS DEL SEGURO PRINCIPAL

Condición General Octava

8. Seguro Principal

El fallecimiento del Asegurado se entenderá cubierto cualquiera que sean las causas y lugar del mismo, quedando excluidos del seguro los siniestros producidos por alguna de las causas siguientes:

8.1. Salvo pacto en contrario, el riesgo de suicidio del Asegurado, queda cubierto para el seguro principal a partir del transcurso de un año del momento de la fecha de efecto del contrato. A estos efectos se entiende por suicidio, la muerte causada consciente y voluntariamente por el propio Asegurado.

8.2. La muerte causada por los Beneficiarios. En el supuesto de que el siniestro sea causado intencionadamente por su único Beneficiario, el Asegurador quedará desligado de sus obligaciones con respecto a dicho Beneficiario, integrándose el derecho a la indemnización en el patrimonio del Tomador. Si existieran varios Beneficiarios, los no intervinientes en el fallecimiento del Asegurado conservarán su derecho a la totalidad de la prestación asegurada.

8.3. Los viajes que tengan carácter de exploración, los de expedición armada, los de navegación submarina y los aéreos formando parte de la tripulación de la aeronave.

8.4. Riesgos de carácter extraordinario sobre las personas, que se indemnizarán por el Consorcio de Compensación de Seguros, según cláusula adjunta de cobertura de Riesgos Extraordinarios.

ALCANCE DE LAS GARANTÍAS DE LOS SEGUROS COMPLEMENTARIOS

Condición General Novena

9. Seguro Complementario de Fallecimiento Accidental

9.1. Definición del riesgo: A los efectos de esta garantía complementaria, se entiende por muerte por accidente, la producida por toda lesión corporal debida a la acción directa de un acontecimiento exterior, súbito y violento, ajeno a la voluntad del Asegurado y que cause su fallecimiento dentro de los 365 días siguientes a la fecha en que sufrió tal lesión, o posteriormente, siempre que el Beneficiario demuestre que el fallecimiento es causa de tal lesión.

9.2. Objeto del Seguro: El Asegurador garantiza el pago de un capital adicional igual al garantizado por el seguro principal en caso de fallecimiento, a los beneficiarios, en caso de producirse la muerte accidental del Asegurado, en los términos previstos en el contrato.

Condición General Décima

10. Seguro Complementario de Fallecimiento por Accidente de Circulación

10.1. Definición del riesgo: A los efectos de esta garantía complementaria, se entiende por Muerte por Accidente de Circulación, el fallecimiento accidental de Asegurado en alguno de los siguientes supuestos:

- Como peatón, causado por un vehículo.
- Como conductor o pasajero de vehículos terrestres de motor, bicicletas.
- Como usuario de transportes públicos terrestres, marítimos o aéreos.

10.2. Objeto del Seguro: El Asegurador garantiza el pago de un capital adicional igual al garantizado por el seguro complementario de fallecimiento accidental, a los beneficiarios, en caso de producirse la muerte por accidente de circulación del Asegurado, en los términos previstos en el contrato.

Esta garantía complementaria no podrá contratarse separadamente de la de Fallecimiento Accidental.

Condición General Decimoprimer

11. Seguro Complementario de Invalidez Absoluta y Permanente, para todo Trabajo, por cualquier Causa.

11.1. Definición del riesgo: A los efectos de esta garantía complementaria, se entiende por Invalidez Absoluta y Permanente, para todo trabajo, la situación física irreversible, originada independientemente de la voluntad del Asegurado, que le inhabilite por completo para el mantenimiento permanente de cualquier relación laboral o actividad profesional.

11.2. Objeto del Seguro: El Asegurador garantiza el pago de un capital igual al garantizado por el seguro principal en caso de fallecimiento por cualquier causa, a los beneficiarios, en el caso que el Asegurado resulte afectado por una Invalidez Absoluta y Permanente, con independencia de la causa que lo origine, bien sea enfermedad o accidente, en los términos previstos en el contrato.

El pago de este seguro complementario supone la cancelación automática del Seguro Principal.

Condición General Decimosegunda

12. Seguro Complementario de Invalidez Absoluta y Permanente, para Todo Trabajo, por Accidente

12.1. Definición del riesgo: A los efectos de esta garantía complementaria, se entiende por Invalidez Absoluta y Permanente, para todo trabajo, por Accidente, la producida por toda lesión corporal debida a la acción directa de un acontecimiento

exterior, súbito y violento, ajeno a la voluntad del Asegurado y que cause su invalidez absoluta y permanente dentro de los 365 días siguientes a la fecha en que sufrió tal lesión, o posteriormente, siempre que el Beneficiario demuestre que la invalidez es consecuencia de tal lesión.

12.2 Objeto del Seguro: El Asegurador garantiza el pago de un capital adicional igual al garantizado por el seguro complementario de Invalidez Absoluta y Permanente, a los beneficiarios, en caso de producirse la invalidez absoluta y permanente por accidente del Asegurado, en los términos previstos en el contrato.

Condición General Decimotercera

13. Seguro Complementario de Invalidez Absoluta y Permanente, para Todo Trabajo, por accidente de Circulación

13.1. Definición del riesgo: A los efectos de esta garantía complementaria, se entiende por Invalidez Absoluta y Permanente, para todo trabajo, por Accidente de Circulación, la Invalidez Absoluta y Permanente producida por toda lesión corporal debida a la acción directa de un acontecimiento exterior, súbito y violento, ajeno a la voluntad del Asegurado y que cause su invalidez absoluta y permanente dentro de los 365 días siguientes a la fecha en que sufrió tal lesión, o posteriormente, siempre que el Beneficiario demuestre que la invalidez es consecuencia de tal lesión, en alguno de los siguientes supuestos:

- Como peatón, causado por un vehículo.
- Como conductor o pasajero de vehículos terrestres de motor, bicicletas.
- Como usuario de transportes públicos terrestres, marítimos o aéreos.

13.2. Objeto del Seguro: El Asegurador garantiza el pago de un capital adicional igual al garantizado por el seguro complementario de invalidez absoluta y permanente por accidente, a los beneficiarios, en caso de producirse la invalidez absoluta y permanente por accidente de circulación del Asegurado, en los términos previstos en el contrato.

Esta garantía complementaria no podrá contratarse separadamente de la de Invalidez por Accidente.

Condición General Decimocuarta

14. Exclusiones

Quedan excluidos de la garantía de los seguros complementarios:

- Los siniestros causados intencionadamente por el Asegurado.
- Los siniestros producidos como consecuencia directa o indirecta de la reacción, radiación nuclear o contaminación radioactiva, siempre que no tengan carácter individual.
- Los derivados de conflictos armados.
- Los derivados de actos que pudieran ser tipificados como delitos o intentos de los mismos, apuestas, desafíos o riñas salvo en legítima defensa en que participe activamente el Asegurado.
- Los siniestros derivados de accidente o enfermedad que sobrevengan al asegurado por embriaguez sancionada judicialmente o por autoridad gubernativa, o uso de estupefacientes no prescritos médicamente, la enfermedad del SIDA y sus consecuencias.
- Las consecuencias de enfermedad o accidente originados con anterioridad a la entrada en vigor del seguro.
- El fallecimiento o invalidez accidental del Asegurado causado en todo o en parte de una forma directa por:
 - a) Infección que no sea consecuencia de un accidente previo.
 - b) Utilización como pasajero o tripulante de medios de navegación aérea, no autorizados para el transporte público de viajeros.
 - c) Los derivados de la práctica de deportes notoriamente peligrosos, tales como alpinismo, automovilismo, motociclismo, motonáutica y surf (en competición).
 - d) Los accidentes ocurridos por participación del Asegurado en pruebas deportivas de cualquier clase, ocupando el vehículo como piloto, copiloto o simple pasajero.
- Riesgos de carácter extraordinario sobre las personas, relativos a los Seguros Complementarios contratados, que se indemnizarán por el Consorcio de Compensación de Seguros, según cláusula adjunta de cobertura de Riesgos Extraordinarios.

Condición General Decimoquinta

15. Comprobación de la Invalidez o Accidente

Para reclamar el pago de cualquier indemnización con cargo a esta póliza, el Tomador deberá remitir al Asegurador la solicitud junto con los documentos justificativos que se expresan en Condición General Decimonovena

En caso de desacuerdo sobre la consideración del siniestro, los Beneficiarios por un lado, y el Asegurador por otro, se obligan a resolver sus diferencias nombrando dos Peritos Médicos, uno por cada parte, elegidos entre médicos en ejercicio, con la aceptación escrita de éstos.

Si una de las partes no hubiera hecho la designación, estará obligada a realizarla en los ocho días siguientes a la fecha en que fue requerida para que hubiera 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.

Los Peritos Médicos deberán decidir sobre el siniestro, de acuerdo con lo dispuesto exclusivamente en esta póliza y sin sujeción a trámite legal alguno; si no llegasen a un acuerdo, nombrarán a un tercero y los tres resolverán por mayoría de votos.

En caso de discordia sobre la elección del tercer Perito, éste será designado por el Juez de Primera Instancia competente, del domicilio del Asegurado, en acto de jurisdicción voluntaria y por los trámites previstos para la insaculación de peritos en la Ley de Enjuiciamiento Civil. Son a cargo de cada parte los honorarios y gastos del Perito por ella designado y se reparten a partes iguales los del tercero. No obstante, si cualquiera de las partes hubiera hecho necesaria la peritación por haber mantenido una valoración del siniestro manifiestamente desproporcionada, será ella la única responsable de dichos gastos.

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

Condición General Decimosexta

16. Seguro Complementario de Indemnización diaria por Enfermedad y Accidente

16.1. Definiciones:

Incapacidad Temporal Total: Aquella situación en la cual el Asegurado se encuentre imposibilitado, a consecuencia de una enfermedad o accidente, para el desarrollo su actividad principal, debiendo requerir y recibir la asistencia médica adecuada.

Invalidez Absoluta y Permanente: Se entiende por Invalidez Absoluta y Permanente la situación física irreversible provocada por accidente o enfermedad originados independientemente de la voluntad del asegurado, determinante de la total o parcial ineptitud de éste para el mantenimiento permanente de actividad profesional declarada.

Enfermedad: La alteración o perturbación del estado de salud derivado de una causa patológica, diagnosticada y confirmada por un médico habilitado legalmente para ejercer la Medicina.

Accidente: La lesión corporal que se deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado.

Siniestro: Todo aquel accidente o enfermedad que obligue al Asegurado a interrumpir temporalmente el ejercicio de su actividad principal

Enfermedad preexistente: La alteración del estado de salud que causa síntomas antes de la fecha de inicio de la póliza.

Plazo de Carencia: Es el tiempo en el que, vigente el seguro, si se produce un siniestro no será indemnizado.

Franquicia: Período de tiempo que debe transcurrir entre la fecha de ocurrencia del siniestro y el día en que el Asegurado tiene derecho a percibir indemnización.

16.2. Objeto del Seguro Complementario. Definición de Garantía.

Por el presente seguro complementario el Asegurador garantiza el pago de una cantidad diaria estipulada, con los límites establecidos en las Condiciones Particulares, cuando se produzca la Incapacidad Temporal Total del Asegurado y una

vez transcurridos el plazo de carencia y la franquicia. **La cantidad diaria comenzará a abonarse a partir del mismo día en que el Asegurado tenga derecho a percibir la indemnización** y mientras dure el período de indemnización correspondiente, de acuerdo con lo indicado en la Condición General 16.11.

Si concurriesen varias enfermedades a la vez, la indemnización a satisfacer será de la cuantía señalada en las Condiciones Particulares.

Mientras se estuviese percibiendo una indemnización y sobreviniera un accidente o enfermedad de distinta patología, se empezarán a contar desde la fecha de su inicio una nueva franquicia y un período de indemnización, solo a los efectos de ampliar el período de indemnización pero, en ningún caso, se acumularán el importe de la cantidad diaria a percibir en el tiempo en que coexistan ambas situaciones.

16.3. Garantías Establecidas

El Seguro Complementario de Indemnización Diaria por Enfermedad y Accidente se atenderá a lo expresado en la presente Condición General Decimosexta y a lo indicado en la Condición General Decimoséptima del contrato.

16.4. Riesgos Excluidos

Independientemente de los riesgos excluidos contemplados en las Condiciones Generales Octava y Decimoquinta, para el seguro complementario de Indemnización Diaria por Accidente y Enfermedad quedarán excluidos:

- **Dolo o culpa grave del Asegurado.**
- **Las enfermedades, lesiones o defectos de origen anterior a la fecha de inicio de la póliza, salvo aceptación expresa de la compañía.**
- **El embarazo, parto, aborto, así como las consecuencias o secuelas que se deriven.**
- **La participación del Asegurado en apuestas o desafíos, riñas, siempre que en este último caso no hubiera actuado legítima defensa o en tentativa de salvamento de personas o bienes. Los daños producidos por tentativa de suicidio.**
- **La enfermedad por infección VIH y sus consecuencias.**
- **Hechos de guerra, en calidad de civil o militar, tumultos populares y**

motines.

- Las consecuencias directas o indirectas de la energía atómica o nuclear, salvo que sean consecuencia de un tratamiento médico.
- Los siniestros producidos a consecuencia de encontrarse el asegurado bajo influencia de estupefacientes (sin prescripción médica), drogas o alcohol.
- Epidemias oficialmente declaradas.
- Las neuropatías.
- La práctica profesional de cualquier deporte y como aficionado en los siguientes deportes:

Actividades aéreas, submarinismo con pulmón artificial, boxeo, caza mayor, artes marciales, escalada, hockey, rugby, espeología, toreo o encierro de reses bravas, puenting y rafting.

- Las lesiones y enfermedades derivadas de alteraciones o defectos músculo esqueléticos como: cervicalgias, dorsalgias, lumbalgias y lumbociáticas, con la excepción de las producidas por traumatismo.
- Patologías secundarias a las herniaciones.
- Enfermedades psíquicas.
- Los procesos dolorosos de cualquier etiología que no den otra sintomatología comprobable.

16.5. Plazo de Carencia.

En el caso de enfermedad, la cobertura otorgada en este contrato comenzará una vez transcurrido el plazo de un mes contado desde la fecha de inicio del mismo.

En el caso de accidente, la cobertura entra inmediatamente a la formalización del contrato.

16.6. Duración de la Garantía Complementaria.

Se estará a lo dispuesto en la Condición General decimoséptima, Condiciones Comunes a los seguros complementarios.

16.7. Límite de Indemnización por Patología.

Se establece que el Asegurado no podrá recibir indemnización por una misma patología durante un tiempo superior a los 365 días, ya sean éstos contados de una forma consecutiva o en distintos períodos.

16.8. Límites de Edad.

No quedan incluidas dentro de la presente póliza aquellas personas cuya edad sea inferior a los 14 años ni superior a los 65 años en el momento de la contratación de la póliza.

16.9. Actividad Principal

La actividad principal o profesión del asegurado será la indicada en las Condiciones Particulares del contrato, siendo la misma la que servirá de base para el cálculo de la prima.

Si como consecuencia de una declaración inexacta de la profesión, la prima pagada resultase inferior a la que le correspondería pagar, la prestación que en caso de siniestro hubiese de pagar el Asegurador, se reduciría en proporción a la prima percibida. En el caso contrario, si la prima fuese superior a la que hubiese tenido que pagar, el Asegurador deberá devolver, sin intereses, el exceso de primas percibidas.

16.10. Carácter de la Indemnización.

La indemnización garantizada en este contrato es únicamente una prestación en metálico, en la forma y cuantía que se establece, sin que, por lo tanto, guarde una relación con el costo de la asistencia sanitaria que se utilice, dándosele el destino que estime conveniente.

16.11. Período de Indemnización.

Inicio y Finalización del Período de Indemnización

Período de Indemnización: Ocurrido el siniestro, una vez transcurrida la franquicia estipulada en las Condiciones Particulares, los días en los que el Asegurado, como consecuencia de un accidente o enfermedad, y de acuerdo con la certificación médica correspondiente, esté afectado por una incapacidad total.

El inicio de la prestación tendrá lugar el mismo día en el que el Asegurador reciba la notificación de la ocurrencia del siniestro mediante una comunicación fehaciente.

La finalización del período de indemnización se producirá en los siguientes

supuestos:

- El día en que el Asegurado pueda reanudar, por prescripción médica, su actividad principal.
- El día en que el Asegurado por su propia voluntad, aún de manera parcial y a pesar de no haber alcanzado su total curación, reanude su actividad principal. En este caso será válida la comprobación de este hecho pueda hacer el personal del Asegurador, que así lo notificará al Asegurado.
- El día en el que se declare la invalidez permanente del Asegurado para el ejercicio de esa actividad.
- El día de fallecimiento del Asegurado.
- Transcurridos 365 días desde su inicio.

16.12. Primas

1. La prima aplicable a las coberturas del presente seguro figurarán en las Condiciones Particulares del seguro y/o suplementos posteriores.

2. Cláusula de revisión de las tasas de Indemnización Diaria: La Compañía podrá modificar las tarifas de primas aplicables en función de la experiencia de la siniestralidad debido del riesgo de incapacidad total. En este caso, dos meses antes del vencimiento anual de la póliza, se notificará al Tomador de la póliza la modificación de la prima.

En caso de aceptarla se aplicarán al contrato las nuevas primas propuestas. En caso de rechazo, el obligado a pagar la prima deberá comunicarlo en el plazo de un mes, entendiéndose con ello el Asegurador que el contrato queda extinguido a su próximo vencimiento anual.

En caso de silencio se entenderá que el Tomador del seguro está de acuerdo con las nuevas primas propuestas, por lo que a partir del próximo vencimiento anual se le pasarán las primas correspondientes a las nuevas tasas.

16.13. Formas de Cancelación de la Garantía Complementaria

Además de lo indicado en las condiciones Generales 16.6 y 16.11 se establece la siguiente:

Después de la declaración de un siniestro que no de lugar a indemnización o después

de producirse el pago de la misma, mediante notificación escrita, dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que se haya producido el hecho anterior, tomando efectividad la anulación del contrato a partir del decimoquinto día siguiente a la notificación.

En caso de que esta anulación parta del Asegurador, será devuelta la parte de prima correspondiente al período entre la fecha que se produzca y el vencimiento anual. Si la anulación parte del Tomador del seguro, la prima del período en curso queda a favor del Asegurador.

16.14. Procedimiento en caso de Siniestro

1. Ocurrido un siniestro deberá comunicarse de forma fehaciente al Asegurador la ocurrencia del mismo.

La fecha de esta comunicación será la que sirva como punto de inicio del derecho del Asegurado a la percepción de la indemnización.

La fecha antes citada será:

- a) cuando se haga entrega personal al Asegurador, que sellará una copia, ese mismo día.
- b) en el caso de envío por correo certificado, la que indique el matasellos.
- c) si se notifica por telegrama o telefax, la fecha de su envío.

En el caso de manifiesta imposibilidad por parte del Asegurado para notificar la ocurrencia del siniestro, como consecuencia del mismo, los días en que, a juicio médico, aquélla perdure, se sumarán al tiempo en el que haya derecho a percibir la indemnización, sin perjuicio de que la fecha de inicio del derecho se rija por lo antedicho.

2. En la declaración de un siniestro deberá facilitarse al Asegurador la siguiente información:

- a) Por parte del Tomador del seguro y/o Asegurado:
 - Datos del Asegurado: Nombre y apellidos; fecha de nacimiento; N.I.F y profesión.
 - Datos de la enfermedad o accidente: Fecha de inicio u ocurrencia; descripción.
 - Datos del facultativo que le asiste: Nombre y apellidos; domicilio; Nº de

colegiado.

b) Por parte del facultativo que le asiste:

- Género y naturaleza de las lesiones o enfermedad; lugar en que se encuentra el Asegurado; fecha de inicio de la baja y previsible duración de la misma; si existe impedimento para realizar su actividad profesional; si ha sido tratado con anterioridad de la misma enfermedad.

3. El Asegurador podrá solicitar al Asegurado cuanta información complementaria a la anteriormente citada estime necesaria para la verificación del siniestro.

4. El Asegurador podrá visitar al Asegurado por medio de la persona designada al efecto para informarse, en cualquier momento de su estado de salud.

5. En caso de negativa a facilitar la información o las visitas, el Asegurador quedará liberado de hacer efectiva la prestación.

6. El Asegurador queda autorizado a dar por concluido el período de indemnización cuando, a juicio del médico por él designado, se tendiera a la prolongación innecesaria de cualquier enfermedad o de las consecuencias de un accidente o el Asegurado reanude, aunque parcialmente, su actividad principal, independientemente de que el Asegurado no tenga el alta médica en función de otros seguros públicos o privados que tuviera contratados.

16.15. Indemnización

1. El Asegurador pagará la indemnización correspondiente a más tardar transcurridos 10 días desde que se le haya comunicado o conozca la finalización del periodo de indemnización.

2. En el caso de que la baja fuese superior a 30 días mediante la entrega de una certificación en la que se indique la continuación de la baja emitida al final de una mensualidad, podrán efectuarse liquidaciones parciales.

3. En cualquier supuesto el asegurador deberá efectuar, dentro de los 40 días a partir de la recepción de la declaración del siniestro, el pago del importe mínimo de lo que pueda deber, según las circunstancias por él conocidas.

4. Si en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro el Asegurador no hubiese pagado o consignado su importe, o no hubiese procedido al pago del importe mínimo de lo que pueda deber, dentro de los cuarenta días a partir de la recepción de la declaración del siniestro, por causa no justificada o que le fuera imputable, la indemnización se incrementará en un interés anual igual al del interés legal del dinero

vigente en el momento en que se devengue, incrementado en el 50%. Los intereses se devengarán diariamente, sin necesidad de reclamación judicial.

No obstante transcurridos dos años desde la producción del siniestro, el interés anual no podrá ser inferior al 20%.

5. Si el Asegurado provoca intencionadamente el siniestro, el Asegurador se libera del cumplimiento de las obligaciones.

16.16. Disconformidad en el valor de la indemnización

En el caso de que la indemnización propuesta por el Asegurador no fuese aceptada, las partes se someterán a la decisión de los Peritos, conforme a lo determinado en el artículo 104 en concordancia con el artículo 38 de la Ley 50/80.

16.17. Rechazo de un siniestro

1. Cuando el Asegurador decida rechazar un siniestro, con base en las normas de la póliza, deberá comunicarlo por escrito al Tomador del seguro y/o Asegurado, en un plazo de 10 días a contar desde que hubiese tenido conocimiento de la causa que fundamente rechazo, expresando los motivos del mismo.

2. Si fuera procedente el rechazo de un siniestro con posterioridad a haberse efectuado pagos con cargo al mismo, el Asegurador podrá exigir al Asegurado las sumas satisfechas.

16.18. Compatibilidad con otros seguros

1. Las indemnizaciones causadas por este contrato serán compatibles con las que puedan corresponder a los propios Asegurados o Beneficiarios por razón de la misma enfermedad o accidente, con cargo a las garantías de otro seguro.

2. No serán válidas a los efectos de determinar si procede o no indemnización y la duración del período de incapacidad para determinar la indemnización por el presente contrato lo que se le pudiera otorgar al Asegurado por la ocurrencia de un siniestro mediante aquellos otros seguros que pudiese tener contratados.

Condición General Decimoséptima

17. Condiciones Comunes a los Seguros Complementarios

17.1. De todos los seguros complementarios previstos en la póliza, el Asegurador garantiza únicamente aquellos que estén específicamente previstos en las Condiciones Particulares de la póliza.

17.2. Los seguros complementarios no podrán contratarse separadamente del seguro principal, y la extinción y reducción del mismo supondrá la extinción de los seguros complementarios.

17.3. El capital asegurado por cada uno de estos seguros no podrá superar el garantizado por el seguro principal.

17.4. Los capitales asegurados y las primas de los seguros complementarios constarán en la Condiciones Particulares de la Póliza.

17.5. Las primas de los Seguros Complementarios vencerán en la misma fecha que el seguro principal.

17.6. La duración coincidirá con la del seguro principal, cesando automáticamente en los siguientes casos:

- Por pago de la prestación garantizada en el seguro principal.
- Por pago de una cualquiera de las prestaciones garantizadas en los seguros complementarios.
- Al finalizar la anualidad del seguro en que el Asegurado cumpla los 65 años.

PAGO DE PRIMAS

Condición General Decimoctava

18. Pago de Primas

18.1. El pago de la primera prima se efectuará a la perfección del contrato y las sucesivas en cada vencimiento anual.

18.2. La prima anual correspondiente a este contrato, junto con los recargos e impuestos legalmente repercutibles, será exigible al principio de la anualidad, el día

de su vencimiento. Si en Condiciones Particulares no se determina ningún lugar para

el cobro de la prima, se entenderá que ésta ha de hacerse en el domicilio del Tomador.

18.3. A efectos de cobro, la prima anual podrá fraccionarse por meses, trimestres o semestres, mediante la aplicación del recargo que le corresponda.

18.4. Para el pago de cada prima, con excepción de la primera, se concede el plazo de gracia de un mes a contar desde el día siguiente a la fecha de su vencimiento.

18.5. En las Condiciones Particulares podrá convenirse el cobro de los recibos de prima por medio de cuentas abiertas en Bancos o Cajas de Ahorro. Las normas de aplicación de tal supuesto serán:

a. El Tomador entregará al Asegurador carta dirigida a la Entidad Bancaria o Caja de Ahorros, autorizando el pago con cargo a su cuenta de los recibos de prima de la póliza. El Asegurador dará el curso correspondiente a dicha carta acreditativa de que el Tomador del seguro ha dado oportuna orden de pago. La citada orden de pago no constituye en sí acto de pago de prima.

b. La prima se entenderá satisfecha a su vencimiento, salvo que, intentado el cobro dentro del plazo de gracia de un mes a partir de dicha fecha, no existiesen fondos en la cuenta del obligado a pagarla, en cuyo caso, el Asegurador lo pondrá en conocimiento del Tomador del seguro mediante carta u otro sistema equivalente, indicándole que tiene el recibo a su disposición en el domicilio de la Entidad Aseguradora, y el Tomador vendrá obligado a satisfacer la prima en dicho domicilio.

c. Si el Asegurador dejase transcurrir el plazo de un mes, a partir de día del vencimiento, sin presentar el recibo al cobro, y al hacerlo no existiesen fondos suficientes en la cuenta, aquel deberá notificar tal hecho al obligado a pagar la prima, por carta u otro medio indubitado, concediéndole un nuevo plazo de un mes para que comunique al Asegurador la forma en que satisfará su importe en el domicilio, Delegación, Sucursal o Agencia del Asegurador.

Este plazo se computará desde la recepción de la expresada carta o notificación, en el último domicilio comunicado al Asegurador.

d. En el caso que el Tomador del seguro no atendiese al segundo intento de cobro, y siempre que haya transcurrido al menos un mes desde la fecha de comunicación, la cobertura del Asegurador quedará en suspenso, entendiéndose que queda extinguida si no se reclama el pago en el plazo de seis meses después del vencimiento del recibo correspondiente.

18.6. La primera prima será exigible, conforme al artículo 15 de la Ley del contrato del Seguro, una vez firmado el contrato; si no hubiera sido pagada por culpa del Tomador, el Asegurador tiene derecho a resolver el contrato de seguro, o a exigir el pago en vía ejecutiva con base en la póliza, si no hubiera sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación.

18.7. En caso de falta de pago de una de las primas siguientes a la primera, la cobertura del Asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si el Asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido. El Asegurador cuando el contrato este en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del período en curso. Si el contrato no hubiera sido resuelto o extinguido, conforme a lo anteriormente expuesto, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el Tomador pague la prima.

REHABILITACIÓN

Condición General Decimonovena

19. Rehabilitación

El Tomador tiene derecho a rehabilitar el contrato, durante el período de suspensión de garantías, debiendo cumplir las siguientes condiciones:

- a) Pago de los recibos atrasados.
- b) Facilitar las pruebas que a juicio del Asegurador sean suficientes para demostrar que el Asegurado se halla, en el momento de la rehabilitación, en las condiciones de salud exigidas para la contratación de esa modalidad de seguro.

Una vez rehabilitado el seguro, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que se cumplan todos los requisitos.

PAGO DE INDEMNIZACIONES

Condición General Vigésima

20. Pago de Indemnizaciones

En caso de acaecimiento de alguno de los riesgos cubiertos por la póliza, el Asegurador pagará a los Beneficiarios designados la prestación contratada, de conformidad con cuanto establece el artículo 84 y siguientes de la Ley de Contrato de Seguro.

De no existir designación expresa de Beneficiarios, se considerarán como tales:

En caso de fallecimiento, el cónyuge, en su defecto los hijos, en su defecto los padres, en su defecto los herederos legales, relativos al Asegurado.

En caso de Invalidez Absoluta y Permanente o Temporal, el propio Asegurado.

El Beneficiario deberá presentar los siguientes documentos:

20.1. En caso de fallecimiento del Asegurado:

- N.I.F del Asegurado.
- La póliza del seguro, anexos y el último recibo de prima satisfecho.
- Los que acrediten la personalidad y condición de Beneficiario.
- Certificados 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 las causas del fallecimiento.
- Certificado de Registro de Actos de Ultimas Voluntades, y, en su caso, el Testamento.
- Carta de pago o declaración de exención del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones debidamente diligenciado por Hacienda.

20.2. En caso de Invalidez Absoluta y Permanente del Asegurado:

- N.I.F. del Asegurado.
- La póliza del seguro, anexos y el último recibo de prima satisfecho.
- En su caso, la documentación legal exigible a efectos tributarios.
- Certificado del médico que haya asistido al Asegurado, indicando el origen, evolución y naturaleza de la enfermedad o accidente que le causó las lesiones o, en su caso, testimonio de las diligencias judiciales o documentos emitidos por los Organismos competentes de la Seguridad Social que acrediten de manera indubitada la Incapacidad Permanente y Absoluta para todo trabajo. (Dictamen propuesta y Dictamen resolución del INSS u organismo equivalente)
- Además de los documentos anteriores el Asegurador se reserva el derecho de solicitar los que a su juicio fueran necesarios para acreditar el derecho a cobro de la prestación garantizada.

Una vez recibidos los anteriores documentos, el Asegurador deberá pagar o consignar la prestación garantizada en el plazo máximo de cinco días y, en cualquier caso, dentro de los cuarenta días a partir de la recepción de la solicitud de pago de las prestaciones, si en dicho plazo el Asegurador no hubiese pagado o consignado su importe, por causa no justificada o que le fuera imputable, la indemnización se incrementará en un 20% anual.

Los documentos que se detallan en las presentes Condiciones Generales, exigibles por el Asegurador para el pago de las prestaciones, se adecuarán a la legislación vigente en la materia.

NORMAS DE TIPO GENERAL

Condición General Vigésimo primera

21. Error en la Edad

En el supuesto de indicación inexacta de la edad del Asegurado se estará a lo dispuesto en el artículo 90 de la Ley del Contrato del Seguro. El Asegurador sólo podrá impugnar el contrato de seguro, si la verdadera edad del Asegurado en el

momento de la entrada en vigor de aquél excede los límites de admisión establecidos por el Asegurador.

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.**

Condición General Vigésimo segunda

22. Cambio de Beneficiario.

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

La designación del Beneficiario o la revocación de éste se podrá hacer constar en las condiciones Particulares o en una posterior declaración escrita al Asegurador, o bien en testamento. La revocación o designación de un nuevo Beneficiario deberá hacerse en la misma forma utilizada para la designación.

Si en el momento de fallecimiento el tomador no hubiese designados concretamente Beneficiarios para caso de fallecimiento, se considerarán que lo son, por partes iguales, por el siguiente orden de prelación y con carácter excluyente: 1º su cónyuge, 2º sus hijos, 3º sus padres, 4º sus hermanos y 5º sus herederos legales.

Condición General Vigésimo tercera

23. Otras Obligaciones del Asegurado

Además de pagar la indemnización, el Asegurador deberá entregar al Tomador del Seguro la póliza o, en su caso, el documento de cobertura provisional o el que proceda según lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley del Contrato del Seguro.

Condición General Vigésimo cuarta

24. Nulidad del Contrato e Indisputabilidad de la Póliza

El contrato de seguro será nulo, salvo en los casos previstos en las Ley, si en el momento de la fecha de efecto, no existía el riesgo o había ocurrido el siniestro (artículo 4 de la Ley del Contrato del Seguro).

Condición General Vigésimo quinta

25. Retención o Inexactitud en las Declaraciones del Tomador o del Asegurado

La retención e inexactitud en las declaraciones del Tomador o del Asegurado, que influyan en la estimación del riesgo, producirán los efectos previstos en el artículo 10 de la Ley del Contrato del Seguro; sin embargo el Asegurador no podrá impugnar el Contrato, atendiendo a lo dispuesto en el artículo 89 de la misma Ley, transcurrido un año desde la fecha de su conclusión, a no ser que las partes hayan fijado un término más breve y salvo que el Tomador o el Asegurado hayan actuado con dolo.

Condición General Vigésimo sexta

26. Extravío o Destrucción de la Póliza

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

Condición General Vigésimo séptima

27. Transformación del Seguro

Por acuerdo del Tomador del seguro y del Asegurador, la presente póliza se podrá transformar en otra que la Compañía comercialice.

Condición General Vigésimo octava

28. Tributos y recargos

Todos los tributos y recargos que graven el presente contrato y sus primas, siempre que sean legalmente repercutibles, serán por cuenta del Tomador del Seguro, del Asegurado o del Beneficiario, según corresponda.

Condición General Vigésimo novena

29. Comunicaciones

Las comunicaciones al Asegurador del Tomador del Seguro y, a través de éste, del Asegurado o de los Beneficiarios, se realizarán en el domicilio social del Asegurador señalado en la Póliza.

Las comunicaciones que efectúe el Tomador de seguro al Agente Exclusivo surtirán los mismos efectos que si se hubieran realizado directamente al Asegurador. No obstante, el Asegurador no tendrá responsabilidad alguna por el retraso, o la falta de comunicación, por parte del Agente Vinculado y/o Corredor de seguro al Tomador, Asegurados o Beneficiarios.

Las comunicaciones del Asegurador al Tomador y, en su caso, al Asegurado y a los Beneficiarios, se realizarán al domicilio de éstos, recogido en la Póliza, salvo que los mismos hayan notificado al Asegurador su cambio de domicilio.

Para que tengan eficacia contractual, las comunicaciones entre el Tomador del seguro y el Asegurador deberán hacerse por escrito, mientras las partes no acuerden otra cosa.

Condición General Trigésima

30. Prescripción

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

Condición General Trigésimo primera

31. Jurisdicción

Será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro el del domicilio del Asegurado, a cuyo efecto éste designará un domicilio en España en caso de que el suyo fuese en el extranjero.

Condición General Trigésimo segunda

32. Instancias de Reclamación

Las reclamaciones contra Aegon Inversión S.A. se realizarán de conformidad con lo recogido en la Ley 44/2002 de 22 de Noviembre de Medidas de Reforma del Sistema Financiero, Real Decreto 303/2004 de 20 de febrero por el que se aprueba el reglamento de los Comisionados para la defensa del cliente de servicios financieros, publicado en el BOE de 3 de Marzo de 2004 y 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, publicada en el BOE de 24 de Marzo de 2004.

La citada orden dispone que con carácter previo a formular reclamación ante la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, el Tomador, el Asegurado, los Beneficiarios, terceros perjudicados y derechohabientes de unos y otros, podrán exponer sus quejas y reclamaciones ante el Departamento de Atención al Cliente del GRUPO AEGON, mediante escrito dirigido a la C\ Príncipe de Vergara 156 en Madrid 28002, en el que recoja cuantas cuestiones crean convenientes, en relación con los seguro suscritos con Aegon Inversión.

El citado Departamento de Atención al Cliente deberá emitir la resolución en el plazo máximo de dos meses transcurridos los cuales, si el reclamante no obtuviese satisfacción plena o no recibiese contestación, podrá ejercitar las oportunas acciones ante el Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Partícipe de Planes de Pensiones, órgano adscrito a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (Paseo de la Castellana, 44 Madrid) del Ministerio de Economía y Hacienda, contra el Asegurador.

Para poder ejercitar tales acciones el Asegurado deberá acreditar que se dirigió previamente al citado Departamento de Atención al Cliente.

La presentación de reclamación ante la Aseguradora y/o ante la Dirección General de Seguro, no obstaculiza la plenitud de tutela judicial, pudiendo el reclamante ejercitar las correspondientes acciones ante los Tribunales Ordinarios de Justicia.

CLÁUSULA DE COBERTURA DE RIESGOS EXTRAORDINARIOS

Condición General Trigésimo tercera

33. Siniestros de carácter extraordinario

Se indemnizarán por el Consorcio de Compensación de Seguros los siniestros de carácter extraordinario, de conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, y modificado por la Ley 12/2006, de 16 de mayo; 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.

A. Resumen de las normas legales.

A.1. Riesgos extraordinarios cubiertos

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

A.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 25/1 964, de 29 de abril, sobre energía nuclear.
- e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, y en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que 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 9/1 983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios conforme al artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios.

Las Condiciones Generales que anteceden y las Particulares que se entregan al Tomador, constituyen el presente contrato y no tienen validez ni efecto por separado.

EL TOMADOR

EL ASEGURADO

Por AEGON SEGUROS Y REASEGUROS
de Vida, Ahorro e Inversión, S.A.



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».