



**Condicionado Particular y General**

**PLAN SEGURIDAD ECONÓMICA**



# CONDICIONES PARTICULARES

## TOMADOR DEL SEGURO

Nombre Ejemplo Ejemplo  
Pso. la Florida, 6 ; 6-D  
28005 - Madrid  
Madrid

## DATOS DE LA PÓLIZA

Nº póliza:

Fecha de efecto: 00 horas del «FFDATE»

Fecha de Terminación: A las 00 horas del Año de Cobertura

Duración:

Renovación:

## PERSONAS ASEGURADAS

Nombre	Fecha de Nacimiento	NIF

**Persona Asegurada** –debe ser mayor de 18 años y no mayor de la Edad Máxima de Ingreso según se señala más abajo, a la fecha de Inicio de la Cobertura- y reunir en su caso los requisitos establecidos en las Condiciones Generales.

Edad Máxima de Ingreso: 64 años. Edad Máxima de terminación: 65 años.

## DATOS DE PAGO

Forma de pago	Nº de cuenta / tarjeta	Periodo del Recibo

## PRIMA

Prima neta	Recargo (C.L.E.A.)	Recargo Consorcio (C.C.S.)	Impuesto (I.P.S.)	Total Prima

## COBERTURA DE LA PÓLIZA

Opción	COBERTURAS*	TITULAR
A	Fallecimiento por cualquier causa	9.000 €
	Incapacidad Temporal por Enfermedad o Accidente	200€ por cada treinta días consecutivos en esta situación.
	Pérdida Involuntaria de Empleo	200 € por cada treinta días consecutivos en esta situación.
B	Fallecimiento por cualquier causa	9.000 €
	Incapacidad Temporal por Enfermedad o Accidente	300€ por cada treinta días consecutivos en esta situación.
	Pérdida Involuntaria de Empleo	300 € por cada treinta días consecutivos en esta situación.
C	Fallecimiento por cualquier causa	9.000 €
	Incapacidad Temporal por Enfermedad o Accidente	400€ por cada treinta días consecutivos en esta situación.
	Pérdida Involuntaria de Empleo	400 € por cada treinta días consecutivos en esta situación.
D	Fallecimiento por cualquier causa	9.000 €
	Incapacidad Temporal por Enfermedad o Accidente	500€ por cada treinta días consecutivos en esta situación.
	Pérdida Involuntaria de Empleo	500 € por cada treinta días consecutivos en esta situación.

\*La cobertura por Incapacidad Temporal por Enfermedad o Accidente y la cobertura por Pérdida Involuntaria de Empleo son excluyentes entre si.

\*\* Existe una franquicia de 30 días para las coberturas de Incapacidad Temporal por Enfermedad o Accidente y Pérdida Involuntaria de Empleo.

**Mediador:**

POPULAR DE MEDIACIÓN, S.A.

Operador de banca-seguros vinculado, inscrito en la DGS con la clave OV-0005.

C/ María de Molina, 34. 28006 – Madrid TEF.: 902.10.17.10 FAX: 91.432.00.69

**Servicios Asegurado:**

Para cualquier consulta dirijanse a CIGNA **902 100 883** (L a V de 9.00 a 17.30h) o E-mail: [cliente.afinidad@cigna.com](mailto:cliente.afinidad@cigna.com)

Madrid, a 28 de Julio de 2009

**Stephen Bishop - Director**

CIGNA Life Insurance Company of Europe, S.A. - N.V. Sucursal en España

CIGNA Europe Insurance Company, S.A. – N.V.

# PLAN DE SEGURIDAD ECONÓMICA

## CONDICIONES GENERALES

### ARTÍCULO PRELIMINAR – DEFINICIONES

**ACCIDENTE:** Evento imprevisto y repentino causado por medios externos, violentos y visibles, que ocurre por azar, de manera inesperada y de forma ajena a la intencionalidad del asegurado y que provoca una Lesión Corporal de modo independiente en relación a cualquier otra causa.

**AÑO DE COBERTURA:** Período de doce meses que comienza en la Fecha de Inicio de la Cobertura o en cualquier fecha de renovación anual, durante el cual estará en vigor la Cobertura contratada según se explica en estas Condiciones Generales.

**ASEGURADO:** Persona física con Residencia habitual y permanente en España, designada en las Condiciones Particulares y cuya Cobertura ha sido aceptada por el Asegurador de acuerdo con lo establecido en la Póliza.

**ASEGURADOR:** CIGNA Life Insurance Company of Europe, S.A. – N.V., Sucursal en España, con domicilio en el Parque Empresarial La Finca, Paseo del Club Deportivo, nº 1, Edificio 14, planta baja, 28.223, Pozuelo de Alarcón, Madrid, y nº de registro en la DGS, E-0133, que asume la cobertura de los riesgos de Fallecimiento e Incapacidad Temporal objeto de

esta Póliza y garantiza el pago de las indemnizaciones que correspondan con arreglo a las condiciones de la misma.

CIGNA Europe Insurance Company S.A.-N.V., Entidad Aseguradora Belga, con domicilio social en la Avenue de Cortenberg, 52 - 1000 Bruselas, Bélgica y nº de registro con la CBFA –Commission Bancaire, Financière et des Assurances-2176, que asume la cobertura de los riesgos de Pérdida Involuntaria de Empleo objeto de esta Póliza y garantiza el pago de las indemnizaciones que correspondan con arreglo a las condiciones de la misma (en adelante, indistinta y conjuntamente, el “Asegurador”).

**BENEFICIARIO:** Persona física libremente designada por el Asegurado, o establecida de acuerdo con las provisiones legales en vigor al respecto, titular del derecho a percibir las prestaciones según lo establecido en esta Póliza.

**CONMOCIÓN CIVIL:** Disturbio, conmoción o desorden creado por ciudadanos, usualmente en contra de un cuerpo de gobierno o las fuerzas de dicho cuerpo.

**CÓNYUGE:** Persona unida al Asegurado por vínculo matrimonial legalmente constituido o relación afectiva análoga

reconocida mediante inscripción en el registro oficial de parejas de hecho del territorio donde la pareja conviva, o listado similar reconocido legalmente por la autoridad pública competente a esos efectos.

**CUENTA DESIGNADA:** Cuenta corriente, tarjeta de crédito o cualquier otro medio de pago designado por el Asegurado y autorizado por el Asegurador, destinado al cobro de Primas o al ingreso de cualquier cantidad que el Asegurador deba reembolsar al Asegurado. La cuenta designada debe estar contratada en el país donde se encuentre en vigor la cobertura y ser denominada en Euros o en la divisa local oficial correspondiente al estado donde se faciliten los servicios del Asegurador.

**EDAD DEL ASEGURADO:** Edad del Asegurado en su último cumpleaños, tomando como referencia la Fecha de Inicio de la Cobertura o de renovación de la Póliza.

**EDAD MÁXIMA DE INGRESO:** Edad establecida en las Condiciones Particulares de la presente Póliza a partir de la cual una persona no reúne las condiciones para ser incluida como Asegurado en la Póliza de Seguro.

**EDAD MÁXIMA DE TERMINACIÓN:** Edad establecida en las Condiciones Particulares de la presente Póliza a partir de cuyo cumplimiento terminará automáticamente la cobertura del Asegurado según lo señalado en esta Póliza.

**ENFERMEDAD:** Toda alteración involuntaria del estado de salud cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un Médico y que haga precisa la Asistencia Sanitaria. A efectos aclaratorios, se señala expresamente que el embarazo no será considerado como Enfermedad a efectos de la cobertura garantizada por la Póliza.

**ENFERMEDAD O LESIÓN PRE-EXISTENTE:** Cualquier tipo de Enfermedad, los signos o síntomas relacionados con ella, o las posibles lesiones que hayan aparecido antes de la Fecha de Inicio de la Cobertura. Se entenderá en cualquier caso que existe una Enfermedad o Lesión preexistente cuando, con anterioridad al inicio de la cobertura:

- Un médico haya recomendado que el Asegurado reciba asesoramiento, tratamiento médico o seguimiento relacionado con cualquier Enfermedad o Lesión, o signos o sus síntomas.
- El Asegurado tuviera motivos para sospechar la existencia del padecimiento de cualquier Enfermedad o Lesión, que hubiera llevado a cualquier persona prudente a solicitar un diagnóstico.
- El Asegurado tuviera síntomas o signos que indicasen el padecimiento de una Enfermedad o Lesión, tuviera o no conocimiento de la vinculación de esos síntomas o signos con una particular enfermedad.

**FECHA DE INICIO DE LA COBERTURA:** Fecha en que el Asegurador acepta activar la cobertura objeto de la Póliza o cualquier modificación de dicha cobertura para el Asegurado. Con carácter general la cobertura entrará en vigor a las 00:01 horas de la fecha de contratación de la Póliza, a no ser que expresamente se disponga otra cosa en las Condiciones Particulares.

**GUERRA:** Cualquier conflicto armado, declarado o no oficialmente como guerra, así como cualquier actividad bélica similar a la guerra, incluyendo el uso de la fuerza militar por cualquier estado o nación para obtener fines de naturaleza económica, geográfica, nacionalista, política, racial o religiosa.

**HOSPITAL:** Establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento médico de enfermedades o lesiones corporales bajo régimen de internamiento, provisto de los medios para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas. Dicho establecimiento debe estar atendido por al menos un médico las 24 horas del día, ofreciendo igualmente servicio de enfermería las 24 horas del día. El término Hospital no incluye: instituciones mentales, instituciones destinadas principalmente al tratamiento de enfermedades psiquiátricas o psicológicas –se entienden incluidos en tal concepto los departamentos de psiquiatría de los hospitales- residencias de ancianos, establecimientos para la recuperación de adicción a drogas o alcohol, clínicas de tratamiento de cura hidrológica o

naturalista y centros de rehabilitación, convalecencia o cuidados prolongados.

**HUELGA:** Acto doloso de cualquier trabajador que implique la cesación voluntaria, total o parcial de sus funciones laborales, incluyendo la realización de su tarea habitual sin respeto al horario oficialmente determinado por la empresa y/o a las responsabilidades vinculadas a su puesto de trabajo, realizado en resistencia a medidas lícitamente tomadas por cualquier autoridad constituida de acuerdo a la ley, incluyendo, aunque no limitándose a las siguientes: medidas de cierre patronal, reajustes de plantilla, reestructuración de la actividad u organización de la empresa, y cualesquiera otras de naturaleza similar.

**INCAPACIDAD TEMPORAL:** Situación física que inhabilite al trabajador de manera temporal para cualquier relación laboral, profesión u oficio. A efectos de esta Póliza, el trabajador debe encontrarse totalmente incapacitado para desarrollar cualquier actividad laboral.

**LESIÓN CORPORAL:** Cualquier lesión física del Asegurado que sea consecuencia directa de un Accidente producido durante el período de vigencia del seguro, y que sea además visible y evidente al diagnóstico en un plazo de 180 días desde que se produjo el citado Accidente, provocando los resultados para los que el Asegurador proporciona la correspondiente cobertura según el presente condicionado.

**MÉDICO:** Cualquier persona física distinta del Asegurado que haya obtenido una licenciatura oficial en medicina, esté autorizado para ejercer la medicina y esté inscrito en el correspondiente Colegio de Médicos del lugar en el que preste servicios médicos o quirúrgicos y no tenga relación comercial o familiar alguna con el Asegurado.

**MOTÍN:** Cualquier acto de una persona o grupo de personas que implique una perturbación del orden público (sea o no en relación a una huelga o cierre patronal) provocado de manera espontánea o bien en respuesta a los actos de cualquier autoridad lícitamente constituida para la supresión o intento de supresión de una perturbación del orden público, o para minimizar sus consecuencias.

**PÉRDIDA INVOLUNTARIA DE EMPLEO:** Situación por la que el Asegurado es relevado de su puesto de trabajo habitual por causas ajenas a su voluntad según lo establecido en esta Póliza. La Pérdida de Empleo debe dar derecho al Asegurado a percibir la prestación de desempleo otorgada por el servicio público de empleo estatal (INEM U ORGANISMO ANÁLOGO).

**PERÍODO DE CARENCIA:** Período de tiempo a contar desde la fecha de inicio o reactivación de la Póliza, durante el cual no se encuentran en vigor algunas de las coberturas previstas en dicha Póliza. El Asegurador no vendrá obligado al pago de la garantía si el siniestro se produce dentro de dicho período.

**PÓLIZA:** Conjunto de documentos en los que se establecen los términos reguladores del seguro. Forman parte integrante de la Póliza las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares y Especiales, en su caso, así como los Suplementos o Apéndices que se emitan para complementar o modificar los anteriores. También forman parte de la Póliza las declaraciones formuladas por Tomador y/o Asegurado.

**PRIMA:** Precio a pagar por el seguro. El recibo de Prima contendrá los recargos e impuestos que sean de legal aplicación en cada momento.

**RESIDENCIA:** Lugar donde el Asegurado viva de manera permanente y trabaje (en el caso de que trabaje) durante al menos seis meses al año y en el que sea emitido su pasaporte, documento de identidad o tarjeta de extranjero por las autoridades competentes.

**REVUELTA:** Cualquier acto de una persona o grupo de personas que implique una alteración de la paz pública (independientemente de que se produzca en relación con una huelga o cierre patronal), o actos de cualquier autoridad lícitamente constituida para la supresión o el intento de supresión de dicha alteración, o para atenuar las consecuencias de la misma.

**SINIESTRO:** Todo hecho que reúna las características establecidas en esta Póliza y cuyas consecuencias dañosas estén cubiertas por la misma. El conjunto de los daños derivados de una misma causa original constituye un solo siniestro.

**TERRORISMO:** Preparación o ejecución de cualquier delito o falta por sujetos pertenecientes, colaboradores, o al servicio de bandas armadas, organizaciones o grupos cuya finalidad sea subvertir el orden constitucional o legalmente establecido, o alterar gravemente la paz pública de una o más naciones, comunidades o estados soberanos (con el objetivo, manifiesto o no, de perseguir intereses económicos, raciales, nacionalistas, políticos o religiosos) mediante la utilización de fuerza o violencia, así como las consecuencias directas o indirectas del uso o de la amenaza del uso de la fuerza o violencia, con el propósito de provocar daños o lesiones de cualquier tipo o perturbaciones de cualquier índole (que impliquen amenaza o peligro para la vida humana o la propiedad pública o privada o la seguridad del Estado).

En todo caso, y se den o no las circunstancias anteriormente expuestas, se considerará acto terrorista cualquier acción que se haya reconocido y calificado oficialmente como tal por el gobierno del estado en que tal acción se haya producido.

**TOMADOR DEL SEGURO:** Persona que suscribe el seguro con el Asegurador y al que corresponden las obligaciones que de aquél se deriven, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplimentadas por el Asegurado o se hayan establecido de otra forma en la presente Póliza

## ARTÍCULO 1.- OBJETO DEL SEGURO

El seguro tiene por objeto el pago al Asegurado/Beneficiario de las prestaciones garantizadas en los términos y con las limitaciones establecidas en las Condiciones Generales y Particulares de esta Póliza para el caso de que se produzca durante el periodo de vigencia del seguro un evento que pueda considerarse objeto de cobertura. El Asegurador no está obligado a prestar ninguna cobertura que no figure de modo expreso en las condiciones de este seguro.

El Asegurador se reserva el derecho a realizar cuantos estudios médicos o de otra índole considere convenientes para comprobar el derecho del Asegurado a la percepción de la prestación, quedando dicha prestación condicionada a la recepción por el Asegurador de los resultados de los citados informes de comprobación y verificación del Siniestro.

Las prestaciones garantizadas, en la cuantía y con los límites establecidos en esta Póliza, son las que a continuación se detallan:

### 1.1. Prestación por Fallecimiento por Cualquier Causa

Si el Asegurado fallece por Cualquier Causa durante la vigencia de la Póliza, el Asegurador abonará al Beneficiario las cantidades estipuladas en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Siendo el párrafo precedente siempre de aplicación, esta prestación estará en vigor hasta el momento en que el primero de los siguientes acontecimientos tenga lugar:

- Que el Asegurado cumpla 65 años de edad.
- Que la Póliza de seguro finalice su vigencia, cualquiera que sea la causa que lo provoque.

El pago de la prestación por esta contingencia determina la cancelación automática de la Póliza de seguro.

## 1.2. Prestación por Incapacidad Temporal por Enfermedad o Accidente\*

\*Esta cobertura sólo se aplicará cuando el Asegurado se encuentre en situación de auto-empleo (entendiendo por tal los casos en que el Asegurado es su propio empleador) cuando el Asegurado se encuentre empleado a tiempo parcial con una jornada de menos de veinticinco (25) horas semanales o cuando el Asegurado trabaje para una institución española de naturaleza pública, incluyendo en este caso los contratados por las citadas instituciones en régimen laboral y quedando excluidas aquellas personas que se encuentren en situación de interinidad, presten sus servicios en sustitución de otra persona o trabajen bajo cualquier otra forma de colaboración temporal.

Si como consecuencia de un Accidente o de una Enfermedad ocurridos durante la vigencia de la Póliza el Asegurado se

encuentra en una situación de Incapacidad Temporal total que se mantenga de manera continuada durante al menos treinta días y precise la declaración de baja laboral de la Seguridad Social, (MUTUALIDAD O INSTITUCIÓN ANÁLOGA) el Asegurador abonará al Asegurado las cantidades estipuladas en las Condiciones Particulares de la Póliza por cada periodo de 30 días consecutivos que se encuentre en situación de Incapacidad Temporal. **Como requisito para recibir la indemnización por esta prestación, el Asegurado debe acreditar tener una ocupación laboral claramente identificada y a la que se dedique de manera habitual. No se abonará ninguna prestación durante los primeros treinta (30) días desde que se originó la situación de Incapacidad Temporal. El Asegurador solo abonará la prestación mensual especificada en las Condiciones Particulares de la Póliza para dicha cobertura por cada mes completo de Incapacidad temporal que sufra el asegurado.**

La incapacidad se considerará total cuando el Asegurado deje de trabajar por completo como consecuencia del Accidente o la Enfermedad sufridos.

La situación de Incapacidad Temporal deberá ser comunicada al Asegurador mientras sea efectiva. Si se dan todas las condiciones según lo explicado, el Asegurador abonará al Beneficiario/Asegurado un importe mensual según se establece en las Condiciones Particulares de esta Póliza.

Quedan excluidos de esta cobertura los siguientes casos:

- Los casos en los que el asegurado se encuentre en una situación de jubilación anticipada;
- Los casos en los que el Asegurado se someta a tratamientos u operaciones que no sean médicamente necesarias, incluyendo pero no limitado a tratamientos y operaciones de estética;
- Los casos en los que el Asegurado practique cualquier tipo de deporte de manera profesional;
- Cualquier circunstancia derivada de estados de perturbación mental del Asegurado, a no ser que se encuentre bajo la supervisión de un Psiquiatra cualificado profesionalmente a tal efecto;

La cantidad máxima total que abonará el Asegurador por Incapacidad Temporal de un Asegurado durante la vida de la Póliza, ya sea por un solo período o por varios períodos distintos, será de dieciocho (18) meses.

Siendo los párrafos precedentes siempre de aplicación, el Beneficiario/Asegurado tendrá derecho a recibir los pagos que se devengarán mensualmente y de manera continuada en el tiempo hasta el momento en que el primero de los siguientes acontecimientos tenga lugar:

- Que el Asegurado cese de encontrarse en situación de Incapacidad Temporal o no pueda aportar prueba suficiente de encontrarse en dicha situación.
- Que el Asegurado vuelva al trabajo o se encuentre en situación de retomar cualquier relación laboral, profesión u oficio.
- Que el Asegurado cumpla 65 años de edad.
- Que el Asegurado se encuentre en situación de jubilación, incluyendo cualquier supuesto de jubilación anticipada.
- Que la Póliza de seguro finalice su vigencia, cualquiera que sea la causa que lo provoque, salvo por denuncia unilateral de la póliza por parte del Asegurador.
- Que el Asegurador haya abonado durante seis (6) meses de manera consecutiva los beneficios correspondientes a una misma Incapacidad Temporal.

Cuando dos o más situaciones de Incapacidad Temporal se deban o estén relacionadas con la misma Enfermedad o Accidente y no estén separadas por un período de más de tres (3) meses en el que el Asegurado retorne al trabajo de manera habitual, serán consideradas por el Asegurador como una única

Incapacidad a efectos del cómputo del límite de la cobertura, que será de seis meses para todo el período.

Se establece un Período de Carencia para el caso de Incapacidad Temporal por Enfermedad de treinta (30) días, de forma que sólo se cubrirán las situaciones que comiencen una vez transcurrido el referido Período desde la Fecha de Inicio de la Cobertura del Asegurado.

### 1.3. Prestación por Pérdida Involuntaria de Empleo\*

\*Se considera pérdida involuntaria de empleo cuando se extinga la relación laboral en virtud de:

- a. Expediente de regulación de empleo o despido colectivo o se reduzca a la mitad, al menos, la jornada de trabajo por dicha causa.
- b. Por muerte o incapacidad de su empresario individual y estas causas determinen la extinción del contrato de trabajo.
- c. Por despido improcedente.
- d. Por despido o extinción del contrato basado en causas objetivas.
- e. Por renuncia voluntarios en los supuestos previstos en el art. 40 (movilidad geográfica), 41 (modificaciones sustanciales de las condiciones

de trabajo) y 50 (extinción por incumplimiento del empleador) del Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores.

Esta cobertura sólo se aplicará cuando el Asegurado se encuentre empleado a tiempo completo con una jornada de al menos veinticinco (25) horas semanales y con un contrato indefinido en vigor con el mismo empleador durante al menos seis (6) meses en la fecha en que ocurra el evento objeto de cobertura.

Los trabajadores que no tengan un contrato indefinido podrán beneficiarse de esta cobertura siempre y cuando estén empleados a tiempo completo y lleven al menos doce (12) meses consecutivos trabajando para el mismo empleador antes de que se produzca el siniestro objeto de cobertura. En este caso el Asegurado estará cubierto únicamente durante el período en que permanezca en vigor el contrato temporal activo en el momento en que se produjo el siniestro.

Si el Asegurado se encuentra en una situación de Pérdida Involuntaria de Empleo durante un período continuado de al menos treinta (30) días, el Asegurador abonará al Beneficiario/Asegurado un importe mensual según establecido en las Condiciones Particulares de esta Póliza por cada mes consecutivo de desempleo. **No se abonará ninguna prestación durante**

los primeros treinta (30) días desde que se originó la situación de Pérdida Involuntaria de Empleo. El Asegurador solo abonará la prestación mensual especificada en las Condiciones Particulares de la Póliza para dicha cobertura por cada mes completo de Pérdida Involuntaria de Empleo que sufra el asegurado.

Cuando dos o más situaciones de Pérdida Involuntaria de Empleo no estén separadas por un período de más de tres (3) meses en el que el Asegurado retorne al trabajo a tiempo completo, serán consideradas por el Asegurador como una única Pérdida Involuntaria de Empleo a efectos del cómputo del límite de la cobertura, que será de seis (6) meses para todo el período.

**Quedan excluidos de esta cobertura los siguientes casos:**

- Los casos en que el Asegurado se encuentre en una situación de empleo intermitente, estacional, puntual o tenga conocimiento a la fecha de contratación de la Póliza del próximo fin de su relación laboral.
- Los casos en que el Asegurado se encuentre en situación de desempleo por la expiración natural de un contrato laboral de duración determinada

- Los despidos calificados judicialmente como procedentes y la renuncia voluntaria, excepto los supuestos previstos en el art. 40 (movilidad geográfica), 41 (modificaciones sustanciales de las condiciones de trabajo) y 50 (extinción por incumplimiento del empleador) del Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores.
- Despido disciplinario.
- Cese temporal del trabajo por huelga.
- Despidos provocados por la comisión de actos ilegales.
- Despidos notificados durante el Periodo de Carencia que figura en esta Póliza.
- Además esta cobertura no se aplicará en los casos en que el Asegurado se encuentre en situación de jubilación anticipada o auto-empleo, entendiéndose por tal los casos en que el Asegurado es su propio empleador.

La cantidad máxima total que abonará el Asegurador por Pérdida Involuntaria de Empleo durante la vida de la Póliza, ya sea por un solo período o por varios períodos distintos, será de dieciocho (18) meses.

Se establece un Periodo de Carencia para el caso de Pérdida Involuntaria de Empleo de treinta (30) días, de forma que sólo se cubrirán las situaciones que comiencen una vez transcurrido el referido Periodo desde la Fecha de Inicio de la Cobertura del Asegurado.

Siendo los párrafos precedentes siempre de aplicación, el Asegurado tendrá derecho a recibir los pagos que se devengarán mensualmente y de manera continuada en el tiempo hasta el momento en que el primero de los siguientes acontecimientos tenga lugar:

- Que el Asegurado ya no esté en situación de desempleo involuntario o no pueda aportar prueba suficiente de encontrarse en dicha situación.
- Que el Asegurado vuelva al trabajo.
- Que el Asegurado cumpla 65 años de edad.
- Que el Asegurado se encuentre en situación de jubilación, incluyendo cualquier supuesto de jubilación anticipada.
- Que la Póliza de seguro finalice su vigencia, cualquiera que sea la causa que lo provoque.

- Que el Asegurador haya abonado durante seis (6) meses de manera consecutiva los beneficios correspondientes a una misma Pérdida Involuntaria de Empleo.

#### 1.4. Límite a las prestaciones garantizadas

El Asegurador abonará al Asegurado un máximo agregado de dieciocho (18) meses de indemnización por Siniestros ocurridos durante toda la vida de la Póliza con independencia de la cobertura a que puedan hacer referencia. Una vez alcanzado el máximo de indemnización señalado anteriormente, la póliza finalizará su período de vigencia y se cancelará de manera automática.

## ARTÍCULO 2.- DELIMITACIONES Y EXCLUSIONES DEL RIESGO

Se excluyen en todo caso de las coberturas del seguro las contingencias que puedan tener lugar:

2.1. Por suicidio ocurrido durante el primer año desde el comienzo de la cobertura.

2.2. Por actuación del Asegurado bajo la influencia de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas no prescritas médicamente.

A estos efectos se considera que el asegurado estaba bajo el efecto de bebidas alcohólicas cuando el grado de alcohol en la sangre sea superior 0,50 gramos por 1.000 centímetros cúbicos.

2.3. Por participación en actos delictivos, excepto en los supuestos de legítima defensa o en tentativa de salvamento de personas o bienes.

2.4. Por duelos o riñas, siempre que en este último caso no hubiera actuado en legítima defensa o en tentativa de salvamento de personas o bienes.

2.5. Por imprudencia temeraria o negligencia grave del asegurado, declarada judicialmente, excepto que se trate de hecho producido con utilización de vehículo a motor y el delito no sea doloso.

2.6. Por los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias, erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica y caídas de cuerpos siderales y aerolitos.

2.7. Los producidos como consecuencia directa o indirecta de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.

2.8. Los ocurridos por hechos de guerra declarada o no.

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

2.10. Por hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o Fuerzas o Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

2.11. Por la práctica de actividades deportivas que entrañen excesiva peligrosidad como: navegación submarina, paracaidismo, espeleología, alpinismo en modalidad de escalada, y viajes de exploración., pilotaje de aeronaves no ligadas a líneas comerciales y en general todo tipo de vehículos aéreos, puenting y parapente.

2.12. Los siniestros ocurridos por la participación del asegurado en pruebas de competición de vehículos a motor y los ocurridos por participación del asegurado en pruebas deportivas de alta competición o competición con premios en metálico, cualquiera que sea la modalidad.

2.13. Cualquier circunstancia derivada de Epidemias oficialmente declaradas.

## **2.14. Las circunstancias consideradas exclusiones en el Artículo Preliminar y/o el Artículo 1 de esta Póliza.**

### **ARTÍCULO 3.- LÍMITE TERRITORIAL Y TEMPORAL DEL SEGURO**

Salvo pacto en contrario reflejado en las Condiciones Particulares, las garantías de la presente Póliza están en vigor las 24 horas del día y son válidas en todo el mundo, siempre que el Asegurado y el Tomador del seguro tengan su residencia habitual en España.

### **ARTÍCULO 4.- BASES DEL CONTRATO**

La presente Póliza se ha contratado con base en las declaraciones hechas por el Tomador del seguro y el Asegurado con carácter previo a la celebración del contrato de seguro. Dichas declaraciones constituyen la base para la aceptación del riesgo de la Póliza por parte del Asegurador y forman parte de la misma.

La propuesta de seguro del Asegurador, en su caso, constituye, en unión a esta Póliza, un todo unitario fundamento del seguro que sólo alcanza los riesgos en la misma especificados dentro de los límites pactados.

Si el contenido de esta Póliza difiere de la propuesta de seguro, el Tomador del seguro podrá reclamar al Asegurador en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la Póliza, para que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la Póliza.

En caso de inexactitud de las declaraciones hechas por parte del Tomador y el Asegurado, el Asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador en el plazo de un mes a contar desde el conocimiento de la reserva o inexactitud en cuanto a las circunstancias por el Tomador conocidas que pudiesen agravar el riesgo. Dará lugar en todo caso al derecho a rescindir la Póliza por parte del Asegurador la falsedad o inexactitud en la declaración de la Edad de los Asegurados.

En caso de declaración inexacta de la edad del Asegurado, el Asegurador sólo podrá impugnar el seguro si la verdadera edad del Asegurado en la Fecha de Inicio de la Cobertura excede los límites previstos en las 'condiciones de cobertura'. Si al producirse una declaración inexacta en relación a la edad del Asegurado o el Tomador la Prima pagada resulta ser inferior a la que hubiera correspondido pagar, la prestación del Asegurador se reducirá en proporción a la Prima percibida. Si la Prima pagada resultase ser superior a la que debiera haberse abonado, el Asegurador estará obligado a restituir el exceso de las Primas percibidas sin intereses.

## **ARTÍCULO 5.- VARIACIONES DEL RIESGO ASEGURADO**

El Tomador del seguro o el Asegurado deberán durante la duración del contrato comunicar al Asegurador tan pronto sea posible todas las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por aquél en el momento de celebrar el contrato éste no se habría celebrado, o se hubiera concluido en circunstancias menos ventajosas.

El Tomador y el Asegurado se obligan a emplear los medios a su alcance para aminorar las consecuencias de un siniestro; si se incumpliera esta obligación con la intención manifiesta de defraudar al Asegurador, éste quedará liberado del pago de la prestación.

En caso de agravación del riesgo, el Asegurador puede, en el plazo de dos meses a contar desde la declaración, proponer una modificación del contrato. En ese caso, el Tomador tendrá quince días desde la recepción de esa proposición para aceptarla o rechazarla; si el Tomador la rechaza o guarda silencio al respecto, el Asegurador puede transcurrido dicho plazo rescindir el contrato previa advertencia al Tomador, dándole un nuevo plazo de quince días para que conteste, transcurridos los cuales y dentro de los ocho siguientes deberá comunicar al Tomador la rescisión definitiva.

El Asegurador podrá igualmente rescindir el seguro mediante comunicación escrita al Tomador dentro de un mes a partir del

día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo. Si el Tomador o el Asegurado no hubieran comunicado la agravación y ocurriese un siniestro, el Asegurador queda liberado de su obligación de pago si el Tomador o el Asegurado hubieran actuado de mala fe. Si no hubiera mala fe, la prestación a abonar por el Asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la Prima acordada y la que se hubiera acordado en caso de haber conocido la verdadera entidad del riesgo.

El Tomador o el Asegurado podrán durante la vida del contrato comunicar al Asegurador todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y que sean de tal naturaleza que si aquél las hubiera conocido en el momento de la celebración del contrato lo hubiera concluido en condiciones más favorables. En ese caso, al finalizar el período en curso 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 abonada y la que hubiera correspondido pagar desde la comunicación de la disminución del riesgo.

## **ARTÍCULO 6.- CONDICIONES PARA SER OBJETO DE COBERTURA**

Podrán ser Asegurados aquellas personas físicas cuya edad esté comprendida entre los 18 y los 64 años y no estén incapacitados; no padezcan alguna de las siguientes enfermedades: cáncer, diabetes insulina dependiente, enfermedades cardiovasculares,

enfermedades de tipo hepático, renal o respiratorio, ser seropositivo al virus VIH (SIDA); no estén de baja médica; no estén bajo tratamiento médico o terapéutico regular; durante los últimos dos años no hayan sido ingresados en un centro hospitalario ni hayan causado baja laboral más de 30 días consecutivos o no; no sean pensionistas por causa de algún tipo de invalidez permanente.

## **ARTÍCULO 7.- EFECTOS DEL SEGURO**

El seguro produce efectos una vez perfeccionado el contrato y abonada por el Tomador la Prima correspondiente, salvo pacto expreso en contrario señalado en las Condiciones Particulares. Caso de demora en el cumplimiento de esos requisitos, las obligaciones del Asegurador comenzarán a las 24 horas del día en que finalmente se hayan cumplido.

## **ARTÍCULO 8.- DURACIÓN DEL CONTRATO**

El seguro tendrá la duración establecida en las Condiciones Particulares, entendiéndose sucesivamente prorrogado a su vencimiento por el plazo de un año. Las partes podrán oponerse a la prórroga del seguro mediante notificación escrita a la otra parte efectuada con dos meses de antelación al fin del año de cobertura en curso.

El contrato podrá resolverse por el Tomador en cualquier momento mediante previa comunicación por escrito remitida al Asegurador. El Asegurador, una vez recibida la citada comunicación, cancelará la Póliza el día anterior al vencimiento del pago de la Prima siguiente a la recepción de dicha comunicación.

El pago de cualquier Prima después de la extinción del seguro no generará responsabilidades para el Asegurador en cuanto a los riesgos cubiertos y al pago de las prestaciones establecidas en la Póliza. Cualquier Prima abonada indebidamente después de la extinción del seguro será devuelta por el Asegurador al Tomador sin intereses.

## **ARTÍCULO 9.- TERMINACIÓN DE LA COBERTURA**

La cobertura del seguro cesará automáticamente para todos los Asegurados al producirse la extinción de la Póliza por cualquier causa, debiendo el Asegurador abonar la prestación correspondiente de acuerdo con lo establecido en este documento si se hubiera producido un siniestro con anterioridad a la fecha de extinción, salvo cuando la causa de dicha extinción sea la denuncia unilateral de la póliza por parte del Asegurador.

La cobertura también finaliza para cualquier Asegurado si el Tomador deja de pagar la Prima correspondiente según se establece en esta Póliza, cuando la Cuenta Designada para el

cobro de las Primas ha sido cerrada, o cuando el Asegurado deja de tener Residencia en España.

La cobertura finalizará inmediatamente para el Tomador y cualquier Asegurado en caso de fallecimiento del Tomador, al término del Año de Cobertura en el que el Tomador cumpla la Edad Máxima de Terminación establecida en las Condiciones Particulares de esta Póliza, cuando no se produzca la renovación de la Póliza y en caso de dolo o fraude del Tomador. La cobertura terminará a las 00:00 horas de la fecha en que se extinga la Póliza.

La cobertura finalizará igualmente cuando se produzca la jubilación del Asegurado, incluyendo los casos de jubilación anticipada.

## **ARTÍCULO 10.- PAGO DE LA PRIMA**

El Tomador pagará al Asegurador las Primas en la forma y fechas especificadas en las Condiciones Particulares de esta Póliza.

Si se pacta el pago fraccionado de la Prima anual, el Tomador está obligado al pago del primer plazo en el momento de la perfección del contrato. Las Primas sucesivas deberán hacerse efectivas en sus correspondientes vencimientos.

El medio de pago de las Primas será a través de la Cuenta Designada por el Tomador de acuerdo a cuanto establecido

con el Asegurador. Si los recibos de Prima se abonan a través de domiciliación bancaria, se aplicarán las siguientes normas: el Asegurado Tomador entregará al Asegurador los datos codificados de la cuenta bancaria en la que se domiciliará el cobro de los recibos de Prima, autorizando al Banco o Caja de Ahorros a hacerlos efectivos. La Prima se entenderá satisfecha a su vencimiento, salvo que, intentado el cobro dentro del plazo de un mes a partir de dicha fecha, no existiesen fondos suficientes en la Cuenta Designada. El fraccionamiento de pago de la Prima no libera al Tomador de la obligación de abonar la totalidad de la Prima.

Si por culpa del Tomador la primera Prima no ha sido pagada, el Asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la Prima debida en vía ejecutiva con base en la Póliza. Si la Prima no ha sido pagada antes de que se produzca el Siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación.

Para el pago de las Primas siguientes a la primera se concede un Período de gracia de un mes a contar desde el día siguiente a la fecha de sus respectivos vencimientos. Una vez transcurrido dicho período y en caso de falta de pago, la Cobertura del Asegurador queda suspendida. Si el Asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la Prima, se entenderá que el contrato queda extinguido. En cualquier caso, mientras el contrato esté en suspenso, el Asegurador sólo podrá exigir el pago de la Prima del período en curso.

Si el contrato no hubiera sido resuelto o extinguido conforme a los párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el Tomador pagó su Prima.

## **ARTÍCULO 11.- COMUNICACIÓN DEL SINIESTRO**

El Tomador del Seguro, el Asegurado o Beneficiarios deberán comunicar el Siniestro al Asegurador en el plazo de 30 días a partir de la fecha del Accidente, o tan pronto como sea posible.

El Asegurador podrá solicitar al Tomador del Seguro o al Asegurado la cumplimentación de un formulario de reclamación. En el caso que el Tomador del Seguro o el Asegurado estén imposibilitados para cumplimentar el citado formulario de reclamación, lo realizará su representante.

Junto con el formulario de reclamación, el Asegurado o el Tomador del Seguro tendrán la obligación de enviar al Asegurador toda la documentación que éste les solicite y que sea relevante para la valoración del siniestro.

Las comunicaciones del Siniestro al Asegurador se realizarán a la dirección siguiente:

**CIGNA LIFE INSURANCE COMPANY OF EUROPE, S.A. - N.V.**

**Sucursal en España**

**Parque Empresarial La Finca,**

**Paseo del Club Deportivo, 1 ; Edificio 14 Planta Baja,  
28223 Pozuelo de Alarcón (Madrid).**

## **ARTÍCULO 12.- TRAMITACIÓN DE LA RECLAMACIÓN**

Una vez recibida la notificación de Siniestro, el Asegurador estará facultado para solicitar que el Asegurado se someta a un examen médico. El Asegurador cubrirá los costes de dicho examen médico, incluyendo los costes de desplazamiento que sean necesarios, siempre que dichos costes sean razonables y el Asegurado haya llegado a un acuerdo con CIGNA en este sentido antes de iniciar el viaje.

Toda la información complementaria solicitada por el Asegurador para la comprobación del Siniestro deberá ser remitida por el Tomador del Seguro o el Asegurado en el plazo máximo de 15 días o tan pronto como sea razonablemente posible.

El incumplimiento de estas obligaciones dará lugar a que el Asegurador pueda reclamar los daños y perjuicios que se le irroguen. Si concurren dolo o culpa grave por parte del Tomador del Seguro, el Asegurado o Beneficiario, el Asegurador quedará liberado de su obligación de indemnizar.

## **ARTÍCULO 13.- CONTROVERSIAS**

En caso de desacuerdo sobre el origen o naturaleza de la Enfermedad, cada parte designará un perito médico cuya aceptación deberá constar por escrito de la otra parte. Si alguna de las partes no hubiera hecho la designación, deberá realizarla en los ocho días siguientes a la fecha en que sea requerida por la que hubiese designado el suyo, y de no hacerlo en este plazo se entenderá que acepta el dictamen que emita el perito de la otra parte, quedando vinculado por el mismo.

En caso de que los peritos llegasen a un acuerdo, se hará constar en un acta conjunta, en la que se recogerán las causas del siniestro, las demás circunstancias que influyan en la determinación del reembolso de gastos y la propuesta del importe líquido de tal reembolso.

Si no hubiera acuerdo entre los peritos, ambas partes designarán un tercer perito, en cuyo caso el dictamen pericial se emitirá en el plazo señalado por las partes, o en su defecto, en el plazo de treinta días a partir de la aceptación de su nombramiento por el propio perito.

El dictamen de los peritos, por unanimidad o por mayoría, se notificará a las partes de manera inmediata, siendo vinculante para aquéllas salvo que sea impugnado judicialmente dentro del plazo de treinta días en el caso del Asegurador y ciento ochenta en el del Asegurado, computados ambos desde la fecha de su notificación. Si no se interpusiera en dichos plazos

la correspondiente acción, el dictamen pericial se considerará definitivo e inatacable por las partes.

Si el dictamen de los peritos no fuera impugnado, el Asegurador deberá abonar el importe del reembolso señalado por el dictamen pericial en un plazo de cinco días.

## **ARTÍCULO 14.- PAGO DE LAS PRESTACIONES GARANTIZADAS**

Una vez recibida la documentación referida en el Artículo 13º de la Póliza y realizadas las investigaciones necesarias para establecer la existencia del Siniestro, el asegurador abonará las cantidades establecidas en las Condiciones Particulares en la forma y tiempo estipuladas en dicho documento.

## **ARTÍCULO 15.- COMUNICACIONES**

Las comunicaciones se dirigirán al Asegurador por el Tomador o Asegurado al domicilio del Asegurador señalado en la Póliza.

Las comunicaciones del Asegurador al Tomador y al Asegurado se realizarán al domicilio de éstos detallado en la Póliza, salvo que los mismos hayan notificado fehacientemente al Asegurador el cambio de su domicilio.

Las comunicaciones efectuadas por el mediador al asegurador en nombre del tomador del seguro surtirán los mismos efectos que si la realizara el propio tomador,

## ARTÍCULO 16.- PRESCRIPCIÓN

Las acciones derivadas del presente contrato prescriben en el plazo de cinco años a contar desde que pudieran ser ejercitadas.

## ARTÍCULO 17.- INFORMACIÓN AL TOMADOR DEL SEGURO / ASEGURADO

Conforme a lo dispuesto en el **Real Decreto 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** (Ley 30/1995, de 8 de noviembre), y su normativa de desarrollo, señaladamente el Reglamento aprobado por Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, el Asegurador proporciona la siguiente información, además de la ya contenida en el resto de la Póliza, que así mismo figura en la nota informativa facilitada con carácter previo a la firma de este contrato de Seguro:

**a.** Que la ley aplicable a este contrato de Seguro es la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

**b.** Que el contrato de Seguro se celebra con CIGNA Life Insurance Company of Europe, S.A.-N.V., Sucursal en España, con domicilio en Parque Empresarial La Finca, Paseo del Club Deportivo No. 1, Edificio 14 Planta Baja, (28223) Pozuelo de Alarcón - Madrid, que es una sucursal de CIGNA Life Insurance Company of Europe, S.A.-N.V., con domicilio social en Bélgica, Avenue Cortenbergh, 52, Bruselas, entidad sometida a la supervisión de la Commission Bancaire, Financière et des Assurances belga, y con CIGNA Europe Insurance Company S.A.-N.V., Entidad Aseguradora Belga, con domicilio social en la Avenue de Cortenbergh, 52 - 1000 Bruselas, Bélgica y nº de registro con la CBFA –Commission Bancaire, Financière et des Assurances-2176.

**c.** Cuando el contrato se haya celebrado utilizando una técnica de contratación a distancia, el Tomador podrá resolver unilateralmente el presente seguro, sin indicación de los motivos y sin penalización alguna, dentro del plazo de 30 días desde la celebración del seguro o a la recepción por el Tomador de las condiciones contractuales y la información previa obligatoria, si esta recepción se produce con posterioridad a la conclusión del seguro. Para ejercitar este derecho, el Tomador remitirá la oportuna comunicación dirigida al Asegurador, utilizando cualquier soporte duradero y accesible al Asegurador.

El Tomador podrá remitir dicha comunicación utilizando medios electrónicos, siempre que disponga de los dispositivos que garanticen la integridad, autenticidad y no alteración de la comunicación y permitan constatar la fecha de envío y recepción de la misma. La cobertura del riesgo cesará desde la fecha de expedición por el Tomador de la comunicación de resolución.

d. Que para el caso de cualquier queja o reclamación sobre el Seguro, el Beneficiario, Asegurado o derecho habientes de cualquiera de ellos, se pueden dirigir a las siguientes instancias para su resolución:

- i. Por escrito al Servicio de Incidencias de CIGNA Life Insurance Company of Europe, S.A.-N.V. Sucursal en España, Parque Empresarial La Finca, Paseo del Club Deportivo No. 1, Edificio 14, Planta Baja, (28223) Pozuelo de Alarcón – Madrid, o en la dirección de correo electrónica **cliente.afinidad@cigna.com**
- ii. Una vez agotada la vía interna del Asegurador referida en el apartado anterior, se podrá iniciar el procedimiento administrativo de reclamación ante el Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Partícipe en Planes de Pensiones. Para ello, el reclamante deberá acreditar que ha transcurrido el plazo de dos meses desde la fecha

de presentación de la reclamación ante el Servicio de Incidencias, sin que haya sido resuelta o que ha sido denegada la admisión de la reclamación o desestimada la petición.

- iii. En cualquier caso podrá acudir a los Juzgados y Tribunales competentes.

## **ARTÍCULO 18.- 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, y modificado por la Ley 12/2006, de 16 de mayo, 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, y que afecten a riesgos en ella situados, y también los acaecidos 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, aún 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.

## I. RESUMEN DE LAS NORMAS LEGALES

### 1. Acontecimientos 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.

### 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 25/1964, 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 9/1983, 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 conforme al artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios.
- 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

La Cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y sumas aseguradas que se hayan establecido en la Póliza a efectos de los riesgos ordinarios. 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 se referirá al capital en riesgo para cada Asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que, de conformidad con la normativa citada, la entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la citada provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

## **II. PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN EN CASO DE SINIESTRO INDEMNIZABLE POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS.**

En caso de siniestro, el asegurado, tomador, beneficiario, o sus respectivos representantes legales, directamente o a través de la entidad aseguradora o del mediador de seguros, deberá comunicar, dentro del plazo de siete días de haberlo conocido, la ocurrencia del Siniestro, en la delegación regional del Consorcio que corresponda, según el lugar donde se produjo el Siniestro. La comunicación se formulará en el modelo establecido al efecto, que está disponible en la página Web del Consorcio ([www.conorseguros.es](http://www.conorseguros.es)), o en las oficinas de éste o de la entidad aseguradora, al que deberá adjuntarse la documentación que, según la naturaleza de las lesiones, se requiera.

Para aclarar cualquier duda que pudiera surgir sobre el procedimiento a seguir, el Consorcio de Compensación de Seguros dispone del siguiente teléfono de atención al Asegurado: 902 222 665.

## **ARTÍCULO 19. PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL.**

Los datos de carácter personal que el Tomador, Asegurados y Beneficiarios faciliten al Asegurador (los "Datos Personales") se incluirán en un fichero de datos de carácter personal cuyo titular y responsable es CIGNA LIFE INSURANCE COMPANY

OF EUROPE, S.A.-N.V. Sucursal en España ("CIGNA") a los fines de la gestión integral del seguro contratado; la prevención e investigación del fraude; el análisis de perfiles comerciales; y para el ofrecimiento de seguros y/o servicios socio-sanitarios y de bienestar por el Asegurador o sociedades de su mismo Grupo (en el sentido recogido en el artículo 4 de la Ley 24/1988 del Mercado de Valores, de 28 de julio) a quienes les pueden ser cedidos los Datos Personales.

Por ello, el Tomador, los Asegurados, y en su caso, Beneficiarios quedan informados y autorizan expresamente a CIGNA para la cesión y/o transferencia de sus Datos Personales a las personas que participan en el desarrollo de su actividad aseguradora, incluyendo entidades reaseguradoras o coaseguradoras y otras entidades que actúen en la gestión y cobro de las Primas a través de cualquier medio de pago, para los mismos fines establecidos anteriormente, incluso aun cuando alguna de estas empresas esté ubicada en un país, como los Estados Unidos de América, en el que el nivel de protección aplicable a los datos personales no sea equivalente. En todo caso, CIGNA tiene a disposición de todos los afectados mencionados la lista actualizada de las entidades que tendrán acceso a sus Datos Personales por si desean consultarla. CIGNA, las citadas entidades colaboradoras o empresas de su Grupo, podrán utilizar sus Datos Personales durante un período de 6 meses una vez su Póliza haya sido cancelada a los fines de conocer los motivos de la baja, ofrecerles productos alternativos y gestionar las posibles altas en esos nuevos productos. Si no desea que sus datos sean utilizados una vez su Póliza haya sido cancelada,

por favor contacte con CIGNA por cualquier medio que permita acreditar su identidad (p. ej. mediante correo postal adjuntando una fotocopia de su pasaporte o carnet de identidad en vigor).

El Tomador, los Asegurados, y en su caso, Beneficiarios, podrán ejercer en cualquier momento sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en los términos establecidos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y su Reglamento de desarrollo, dirigiéndose por cualquier medio que permita acreditar su identidad (p. ej. adjuntando una fotocopia de su pasaporte o carnet de identidad en vigor) a CIGNA Life Insurance Company of Europe, S.A.-N.V. Sucursal en España, Parque Empresarial La Finca, Paseo del Club Deportivo No.1, Edificio 14 Planta Baja, 28223 Pozuelo de Alarcón - Madrid.

En caso de que en la Póliza se incluyan datos de carácter personal referentes a personas distintas del Tomador, éste se hace responsable de informarles de la inclusión de sus datos en el fichero antes mencionado, así como del resto de cuestiones indicadas en el presente apartado de Protección de datos de carácter personal.

## **ARTÍCULO 20.- ARBITRAJE**

Si las dos partes estuviesen conformes, podrán someter sus diferencias al juicio de árbitros de conformidad con la legislación española vigente.

## **ARTÍCULO 21.- COMPETENCIA DE JURISDICCIÓN**

Será Juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del seguro el del domicilio del Asegurado, siendo nulo cualquier pacto en contrario.

## **ARTÍCULO 22.- CESIÓN DE LA PÓLIZA**

Esta Póliza no podrá ser cedida por el Tomador, ni ser utilizada como garantía ni en otro tipo de operaciones. La infracción de lo dispuesto en este artículo determinará la resolución automática de la Póliza.

## **ARTÍCULO 23.- ACTUALIZACIÓN ANUAL DE PRIMAS**

Las primas a satisfacer por el Tomador del Seguro variarán conforme a criterios de valoración actuarial que sean de general aplicación a todos los Asegurados, todo ello en función de los principios de equidad, suficiencia y libre competencia previstos en la legislación aplicable. En cualquier caso, el Asegurador comunicará al asegurado con carácter previo a su aplicación la variación de las primas.

El Tomador del Seguro da su conformidad a las variaciones de Prima que se produzcan por los motivos indicados en el presente artículo.



**Stephen Bishop** - Director

CIGNA Life Insurance Company of Europe, S.A. – N.V. -

Sucursal en España

CIGNA Europe Insurance Company, S.A. – N.V.