

CONDICIONES GENERALES AXA VIDA.

¿Quién es quién en este contrato?

El Tomador de la Póliza: Es la persona física o jurídica que suscribe o contrata la póliza con la Entidad Aseguradora, asumiendo las obligaciones derivadas de ésta.

El Asegurado de la Póliza: Es la persona física sobre cuya vida se establece el seguro. El Asegurado ha realizado a la Entidad Aseguradora las declaraciones relativas a su estado de salud mediante un cuestionario telefónico que la compañía realizará con una máximo de 48 horas después de la contratación de la póliza. En base a dichas declaraciones, la Entidad aseguradora efectuará la aceptación del riesgo y de la prima del seguro.

En caso de producirse cambios en las circunstancias manifestadas en el Cuestionario-Solicitud telefónico, no relacionadas con el estado de salud y que puedan suponer una agravación del riesgo, deberán ser comunicadas a la Entidad Aseguradora:

- a) Cambios de profesión, ocupación o trabajo habitual del Asegurado.
- b) La práctica de deportes de mayor riesgo.
- c) La utilización de avionetas privadas como piloto o pasajero.
- d) Los viajes de duración superior a 2 meses y los cambios de residencia temporal o definitiva. La agravación de tales riesgos podrá ser cubierta mediante la oportuna sobreprima que el Asegurador aplicará en caso de que proceda.

El Beneficiario de la Póliza: Es la persona física o jurídica a favor de quien se concierta el seguro y que tiene, por tanto, derecho a las prestaciones definidas en la póliza. Si el Tomador no ha efectuado una designación expresa, los Beneficiarios para el caso de fallecimiento serán en orden preferente y excluyente los siguientes:

1. El cónyuge del Asegurado no separado legalmente.
2. Los hijos del Asegurado.
3. Los padres del Asegurado.
4. Los derechohabientes del Asegurado.

El Beneficiario de la póliza para el caso de Invalidez será el propio Asegurado. La designación y cambio de Beneficiarios es un derecho exclusivo del Tomador que podrá efectuarse en la póliza mediante posterior declaración escrita comunicada a la Entidad Aseguradora o en testamento.

Mediador del seguro: FENIX BROKER Corredurías de Seguros S.L sita en Avenida Enramadilla 7. 1ºB 41018 Sevilla con CIF B-91125088

Entidad Aseguradora: AXA Aurora Vida, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros, sometida al control de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, dependiente del Ministerio de Economía y Hacienda Inscripción 579. CIF A-48464606. D.S.: Buenos Aires, 12 -. 48001 - Bilbao (Vizcaya)

¿Qué le cubre y qué no le cubre cada garantía?

Fallecimiento por cualquier causa:

Qué le cubre La Entidad Aseguradora garantiza el pago del capital asegurado a los Beneficiarios designados en este contrato en caso de fallecimiento del Asegurado cualquiera que sea la causa, con las exclusiones establecidas a continuación y en el apartado "Exclusiones generales de la póliza".

No le cubre

En el caso de que el fallecimiento del Asegurado sea causado dolosamente por su único Beneficiario, la Entidad Aseguradora quedará desligada de sus obligaciones respecto a dicho Beneficiario, integrándose el capital asegurado en el patrimonio del Tomador. En el caso de existir varios Beneficiarios, los no intervinientes en el fallecimiento del Asegurado conservarán su derecho.

Invalidez por cualquier causa

Qué le cubre

Es la situación física irreversible y consolidada del Asegurado provocada por cualquier causa que le incapacita para mantener cualquier relación laboral o actividad profesional.

Irreversible y consolidada:

Es la situación proveniente de lesiones físicas, psíquicas o fisiológicas cualquiera que sea la causa, siempre que el diagnóstico de esta situación sea considerado irrecuperable por los peritos médicos. Igualmente, se considerará Invalidez el dictamen por el Organismo competente de una Incapacidad Permanente Absoluta.

No le cubre

Además de las exclusiones generales de la póliza incluidas en el apartado "Exclusiones generales de la póliza", en esta póliza no está cubierta:

- a) La invalidez causada voluntariamente por el Asegurado durante el primer año de vigencia del contrato.
- b) La derivada de la Resolución de Incapacidad del I.N.S.S. o del organismo que asuma sus funciones dictada después de fallecer el Asegurado.

El pago de esta garantía, como anticipo del capital de fallecimiento, supone la anulación de la póliza.

Exclusiones generales de la póliza.

Denominamos "Exclusiones generales de la póliza" a aquellas situaciones que no están cubiertas bajo ninguna circunstancia en este seguro. A continuación se detallan situaciones que están excluidas dentro de esta póliza de seguros y no se garantiza el pago del capital contratado:

1. Todas las situaciones incluidas en el apartado "No le cubre" de cada una de las garantías.
2. Además del apartado anterior, las situaciones descritas a continuación:
 - a) Suicidio durante el primer año.



b) Sucesos ocurridos como consecuencia de:

- Descensos en paracaídas no exigidos por la situación del aparato.
- Reacción, radiación nuclear y/o contaminación radiactiva causada directa o indirectamente.
- Navegación submarina o en viajes de exploración.

c) Los daños por hechos derivados de conflictos armados, catástrofes naturales y actos delictivos del Asegurado.

d) La Entidad Aseguradora no cubre las consecuencias de accidentes o enfermedades originados con anterioridad a la entrada en vigor del contrato.

Acontecimientos extraordinarios. Son aquellos acontecimientos definidos por el Consorcio de Compensación de Seguros en el apartado "Cláusula de indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios".

Condiciones especiales de la póliza. Tomador y Asegurado aceptan las definiciones de garantía y las limitaciones y exclusiones indicadas en la póliza.

¿Qué beneficios y servicios adicionales tiene por ser Cliente de AXA?

Segunda Opinión Médica: Este servicio ofrece al Asegurado, su cónyuge e hijos menores de 21 años, la posibilidad de consultar y acceder a la opinión de especialistas médicos de prestigio mundial, en caso de enfermedad grave ya diagnosticada. Tiene a su disposición más de 150 especialistas del máximo prestigio internacional para obtener un informe de evaluación del problema de salud que le afecta, sin necesidad de desplazamiento y en un plazo breve de tiempo.

Asimismo, no se podrá utilizar este servicio en los casos de:

- Cirugía estética.
- Autolesiones.
- Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
- Cualquier tratamiento no reconocido por la ciencia médica.

No se incluye en el servicio:

- El coste de todas las pruebas médicas, asistencias sanitarias, traslados y demás costes derivados.
- Los gastos de asistencia médica de cualquier naturaleza.

Asistencia Médica Telefónica 24 horas.

Es un servicio de orientación médica mediante el cual, el Asegurado, su cónyuge e hijos menores de 21 años, serán atendidos las 24 horas del día por un equipo de médicos especializados en medicina de familia asesorándoles sobre cualquier tema médico: solicitud de consejo médico, orientación médica en caso de urgencia, información sobre enfermedades y medicamentos o información sobre centros y especialistas.

Anticipo de capital para Gastos de Sepelio.

Pago a cuenta de hasta el 10% del capital que tiene asegurado en la garantía de fallecimiento, con un máximo de 3.000 euros. Para la solicitud y pago de este servicio, los Beneficiarios asignados deberán aportar los siguientes documentos:

- Escrito dirigido a la Entidad Aseguradora solicitando el anticipo.
- Entrega del Certificado de Defunción expedido por el Registro Civil.

Información General del Seguro.**Cuánto dura la póliza:**

Duración: Anual Renovable

El contrato se establece por un año y se renovará anualmente, en cada aniversario, mediante el pago de la prima correspondiente a la edad y capital asegurado hasta que el Asegurado cumpla 80 años.

Los seguros complementarios terminan al mismo tiempo que el seguro de fallecimiento por cualquier causa y como máximo hasta que el Asegurado cumpla los 65 años.

Cómo puede solicitar el capital asegurado.

Para solicitar el capital asegurado en caso de fallecimiento, el/os Beneficiario/s deberán notificarlo por escrito en el plazo máximo de siete días desde su conocimiento.

Tras la notificación, y para una correcta tramitación, deberán aportarse los siguientes documentos:

- Certificado de nacimiento o fotocopia compulsada del D.N.I. y certificado de defunción expedido por el Registro Civil.
- Informe del médico que haya asistido al Asegurado en el que se determine la naturaleza, causas, antecedentes y evolución de la enfermedad o accidente que haya originado el fallecimiento o la incapacidad permanente absoluta.
- Certificado del Registro de Actos de Últimas Voluntades y, en su caso, copia del último Testamento o Declaración Notarial de Herederos (sólo para el caso de Fallecimiento).
- Documento acreditativo de la condición de Beneficiario.
- Liquidación y carta de pago del Impuesto de Sucesiones y Donaciones que por el seguro pudiera corresponder o la declaración de exención.

En caso de accidente, información de la autoridad policial o judicial que intervino en el hecho. En caso de solicitar el capital para la garantía de "Invalidez por cualquier causa" deberá presentar, además, los siguientes documentos:

- De estar afiliado el Asegurado a la Seguridad Social o Mutualidad Obligatoria, la Propuesta dictaminada por la Comisión de Evaluación de Incapacidades perteneciente al I.N.S.S o la de la Mutualidad obligatoria que corresponda, así como la Resolución dictada por la Dirección del I.N.S.S.

Comprobación y determinación de la Invalidez

Se efectuará por la Entidad Aseguradora después de la presentación de la documentación solicitada.

En caso de falta de acuerdo sobre el grado de incapacidad, las diferencias se resolverán a través de los peritos médicos, eligiendo uno de mutuo acuerdo.

Si no se llega al acuerdo, cada parte designará un perito médico en el plazo máximo de 8 días.

En caso de solicitar el capital para la garantía de Graves Enfermedades, estando la póliza en vigor, los Beneficiarios deberán aportar a su cargo los siguientes documentos justificativos:

- a) Certificado de nacimiento del Asegurado o fotocopia compulsada del D.N.I.
- b) Pruebas de la ocurrencia de la grave enfermedad, que incluirán el diagnóstico confirmado por un médico colegiado y nombrado a tal efecto por el Asegurador, así como información clínica, radiológica, histológica y de laboratorio aceptables.
- c) La evidencia de que el Asegurado haya sobrevivido por lo menos treinta días después desde que se haya hecho el diagnóstico.

Cuál es la legislación por la que se rige este contrato.

Este contrato se rige por lo dispuesto en las normas legales siguientes:

Ley 50/1980 de 8 de octubre de Contrato de Seguro y su normativa de desarrollo.

· Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido del Estatuto Legal del Consorcio.

· Ley 26/2006, de 17 de julio, de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados.

· Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.

· Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.

· Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal.

· Otra legislación que afecte al Seguro de Vida.

En todo lo no previsto en este contrato, se aplicará lo dispuesto en la Ley 50/1980 de 8 de octubre, de Contrato de seguro o disposición legal que en el futuro la sustituya.

Qué hacer si existen conflictos entre los intervinientes en el contrato.

En caso de conflicto entre las partes, el Tomador podrá reclamar a:

- AXA Aurora Vida a través del correo electrónico centro.reclamaciones@axa.es.
- Servicio de Defensa y Atención al Cliente (Camino Fuente de la Mora nº 1, 28050 Madrid / Fax: 902 18 13 90).
- Dirección General de Seguros (Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Partícipe en Planes de Pensiones. Ps. De la Castellana 44 – 28046 Madrid).
- Jurisdicción ordinaria.

Cláusula de indemnización de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios.

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del



Consortio 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, a su vez, 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 de seguro de riesgos extraordinarios, aprobado por el Real Decreto de 300/2004, de 20 de febrero, y disposiciones complementarias.

Resumen de 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 m/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.

3. Extensión de la cobertura

La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y sumas aseguradas que se hayan establecido en las pólizas de seguro a efectos de la cobertura de los riesgos ordinarios.

En las pólizas de seguros de vida que, de acuerdo a 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 debe tener constituida.

El importe correspondiente a la citada provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

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, deberán comunicar, dentro del plazo máximo 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 estará disponible en la página "Web" del Consorcio (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.