Condiciones Generales Contigo Pyme

Índice

Artículo 1.	Definiciones	2
Artículo 2.	Fecha de vencimiento	2
Artículo 3.	Concepto que contrata	2
Artículo 4.	Imputación de primas	2
Artículo 5.	Accidente	2
Artículo 6.	Definición de garantías	3
Artículo 7.	Cobertura	4
Artículo 8.	Enfermedad profesional	5
Artículo 9.	Beneficiarios	5
Artículo 10.	Regularización	5
Artículo 11.	Renovación	5
Artículo 12.	Valores garantizados	5
Artículo 13.	Criterios que rigen en caso de siniestro y pago de las indemnizaciones	5
Artículo 14.	Documentación a aportar en caso de siniestro	6
Artículo 15.	Exclusiones	7
Artículo 16.	Eficacia de la póliza	7
Artículo 17.	Pago de las primas	8
Artículo 18.	Bases del seguro	8
Artículo 19.	Alteraciones en el riesgo	8
Artículo 20.	Siniestros	8
Artículo 21.	Régimen de información	9
Artículo 22.	Tratamiento de los datos de carácter personal	10
Artículo 23.	Prescripción	10
Artículo 24.	Ley	10
Artículo 25.	Jurisdicción	11
Artículo 26.	Instancias de reclamación	11
Artículo 27.	Riesgos extraordinarios	12

ADDCONDC1607ES002080

Artículo 1. Definiciones

A los efectos de este seguro se entiende por:

Asegurado: la persona física sobre la cual se contrata este seguro.

Beneficiario: la persona con derecho a recibir el importe de las prestaciones aseguradas.

Compañía: Nationale-Nederlanden Generales, Compañía de Seguros y Reaseguros, Sociedad Anónima Española.

Grupo asegurable: el personal al servicio del tomador.

Grupo asegurado: tendrán la consideración de asegurados aquellas personas que perteneciendo al grupo asegurable figuren en la nómina del tomador y resulten debidamente inscritos en el Régimen General de la Seguridad Social correspondiente.

Póliza: Solicitud-Propuesta de Seguro, Condiciones Generales y Particulares.

Tomador: la persona que suscribe este contrato con la Compañía.

Artículo 2. Fecha de vencimiento

Para cada asegurado en la fecha en que éste cumpla los 67 años de edad.

Artículo 3. Concepto que contrata

En nombre y por cuenta propia.

Artículo 4. Imputación de primas

El tomador deberá facilitar a la Compañía todas las cuestiones relativas al régimen fiscal de los asegurados que afecten al pago de las prestaciones, y en especial, si ha habido o no imputación de primas.

Artículo 5. Accidente

Se entiende por accidente la lesión corporal que es el efecto inmediato de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado, que le produzca incapacidad permanente o muerte.

También se considera accidente:

1. Las lesiones internas producidas por la penetración de objetos o polvo por vía digestiva, respiratoria, ojos u oídos.
2. El envenenamiento agudo por gases, vapores, substancias sólidas o líquidas, **con la excepción del uso de medicamentos, drogas, estimulantes y bebidas alcohólicas o cualquier otra substancia de la que se puede esperar consecuencias dañosas. También se exceptúan las intoxicaciones alérgicas, bacterianas o virales, sin perjuicio de lo determinado en los puntos 3 y 4.**
3. La intoxicación por substancias que contienen gérmenes patógenos, si penetran en el cuerpo con motivo de una caída involuntaria en agua o en cualquier otra substancia líquida o sólida.

4. La infección de heridas, la septicemia y otras enfermedades infecciosas, cuando pueda determinarse que la infección ha penetrado por lesiones sufridas en accidente.
5. La asfixia, producida por emanaciones de gases o vapores o por inmersión.
6. La congestión, insolación y congelación.
7. La inanición, deshidratación, agotamiento o las quemaduras producidas por el sol, cuando sean consecuencia del aislamiento provocado por un acontecimiento imprevisto, como naufragio o aterrizaje forzoso.
8. Las agravaciones o complicaciones de lesiones sufridas en accidente, ocasionadas en la prestación de primeros auxilios o en los tratamientos necesarios cuando sean prescritos por un médico.
9. Las dislocaciones, desarticulaciones y los desgarros musculares producidos instantáneamente.
10. Las agresiones, los atentados, el asalto, mal trato, homicidio o asesinato en cualquiera de sus formas.

Artículo 6. Definición de garantías

Las definiciones especificadas son únicamente de aplicación a las garantías contratadas indicadas en las Condiciones Particulares.

6.1. Garantías de accidente

6.1.1. Garantía de Fallecimiento derivado de un accidente

Por muerte por accidente se entenderá el fallecimiento del asegurado a causa de un accidente cubierto por la póliza y producido dicho fallecimiento de forma inmediata al accidente o en el transcurso de los cinco años siguientes a contar desde su fecha de ocurrencia.

En el caso de que el fallecimiento del asegurado como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza se produzca con posterioridad al plazo citado de cinco años, para proceder a su indemnización se deberá acreditar fehacientemente que el fallecimiento es como consecuencia de dicho accidente.

6.1.2. Garantía de Incapacidad Permanente Absoluta derivada de un accidente

Se entenderá por Incapacidad Permanente la pérdida anatómica o funcional previsiblemente irreversible sufrida por un asegurado a causa de un accidente cubierto por la póliza y sobrevenida dentro del plazo máximo de dos años y medio a contar desde la fecha del accidente causal y siempre que éste ocurra durante la vigencia del seguro y **tenga carácter firme**.

En el caso de que la Incapacidad Permanente derivada de un accidente se produzca o reconozca con posterioridad al plazo citado de dos años y medio, para proceder a su indemnización se deberá acreditar que dicha Incapacidad Permanente es consecuencia del accidente mediante la oportuna resolución, sentencia firme, informe médico o cualquier otro documento probatorio válido.

A los efectos de la presente póliza se considerará como Incapacidad Permanente Absoluta para cualquier profesión u oficio derivada de un accidente la que inhabilite por completo al trabajador para toda profesión u oficio.

6.2. Garantías derivadas de accidente de circulación

El accidente tendrá la consideración de un accidente de circulación, cuando concurra alguna de las siguientes circunstancias:

a. Las consecuencias de los accidentes acaecidos al asegurado como peatón causado por un vehículo de cualquier tipo.
b. Las consecuencias de los accidentes acaecidos al asegurado como conductor o pasajero de un vehículo terrestre.
c. Las consecuencias de los accidentes acaecidos al asegurado como usuario o pasajero de un transporte público terrestre, marítimo o aéreo.

6.2.1. Garantía de Fallecimiento derivado de un accidente de circulación

Por muerte por accidente de circulación se entenderá el fallecimiento del asegurado a causa de un accidente de circulación cubierto por la póliza y producido dicho fallecimiento de forma inmediata a aquel o en el transcurso de los cinco años siguientes a contar desde su fecha de ocurrencia.

En el caso de que el fallecimiento del asegurado como consecuencia de un accidente de circulación cubierto por la póliza se produzca con posterioridad al plazo citado de cinco años, para proceder a su indemnización se deberá acreditar fehacientemente que el fallecimiento es como consecuencia de dicho accidente.

Artículo 7. Cobertura

En el Suplemento de Condiciones Particulares de la póliza se indica el tipo de cobertura contratada por el tomador.

A continuación se definen los distintos tipos de cobertura existentes:

1. **Riesgo extralaboral**

   La cobertura de las garantías aseguradas en el Suplemento de Condiciones Particulares de acuerdo a lo dispuesto en la relación principal de Asegurados quedarán limitadas a los accidentes extraprofesionales, es decir a aquellos acaecidos en la vida particular y privada del asegurado.

   Por tanto, no quedan cubiertos los que puedan producirse en el ejercicio de actividades laborales, profesionales o empresariales y asimismo quedando excluidos los accidentes que puedan producirse en los desplazamientos del asegurado desde su domicilio hasta el lugar del trabajo y desde éste hasta su domicilio (denominado riesgo "in-itinere").

2. **Riesgo laboral**

   La cobertura de las garantías aseguradas en el Suplemento de Condiciones Particulares quedarán limitadas de acuerdo a lo dispuesto en la relación principal de asegurados a los accidentes que el asegurado pueda sufrir durante el ejercicio de su profesión, oficio o trabajo habitual, incluido el riesgo "in itinere".

   Por tanto, no estarán cubiertos los accidentes que se producen en el curso de su vida privada o durante el ejercicio de actividades profesionales, empresariales o laborales distintas de las indicadas en el Suplemento de Condiciones Particulares o a las órdenes de personas o empresas diferentes a las del tomador.

   Para la cobertura profesional será necesario que se aporte documento oficial de la Seguridad Social u organismo que lo sustituya en la que se reconozca el accidente.

3. **Riesgo 24 horas**

   La cobertura de las garantías aseguradas en el Suplemento de Condiciones Particulares de acuerdo a lo dispuesto en la Relación Principal de Asegurados se extiende a las 24 horas.

Artículo 8. Enfermedad profesional

En las Condiciones Particulares de la póliza se indica si está cubierta la enfermedad profesional.

En caso de ser objeto de cobertura, se estará a lo dispuesto en la normativa reguladora de la Seguridad Social, siendo necesario que los organismos competentes hayan reconocido y calificada la enfermedad como enfermedad profesional.

Artículo 9. Beneficiarios

- **Beneficiario en caso de fallecimiento**: corresponde al asegurado designar los beneficiarios y también sustituirlos mientras subsista el riesgo garantizado.

  A falta de designación expresa, tendrán la consideración de beneficiarios para la prestación de fallecimiento por orden preferente y excluyente:
  1º. El cónyuge no separado legalmente por resolución judicial firme o la pareja de hecho inscrita en Registro Oficial, en la fecha del fallecimiento del asegurado.
  2º. Los hijos del asegurado, a partes iguales.
  3º. Los padres del asegurado, a partes iguales.
  4º. Los hermanos del asegurado, a partes iguales.
  5º. Los herederos de asegurado, a partes iguales.

- **Beneficiario en caso de Incapacidad Permanente Absoluta**: única y exclusivamente el asegurado.

Artículo 10. Regularización

Anualmente, la Compañía solicitará al tomador del seguro en los dos meses previos a la renovación de la póliza, el número de personas que compongan la totalidad del colectivo, procediendo la Compañía a renovar la póliza con el número de asegurados facilitado por el tomador del seguro.

El tomador se obliga a tener a disposición de la Compañía cualquier tipo de documentación que permita conocer el número de personas que componen el grupo asegurable, y en particular los TC-2 de los últimos doce meses previos a la regularización.

Artículo 11.Renovación

Anualmente, en la fecha establecida como vencimiento en el pago de las primas, la Compañía emitirá un Suplemento de Renovación con la situación actualizada del colectivo a renovar.

Artículo 12. Valores garantizados

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

Artículo 13. Criterios que rigen en caso de siniestro y pago de las indemnizaciones

1. Queda expresamente establecido que a efectos de la póliza contratada se considerará como fecha del siniestro, las siguientes:

1.1. Siniestros producidos por accidente:

- Por Incapacidad Permanente la fecha de ocurrencia será la fecha del accidente.
- Por fallecimiento la fecha de ocurrencia será la fecha del fallecimiento.

1.2. Siniestros producidos por enfermedad profesional (cuando haya sido contratada por el tomador y así se recoja en las Condiciones Particulares de la póliza), siempre y cuando así haya sido declarado por los organismos competentes:

- Por Incapacidad Permanente aquélla que se fije en la resolución pública emitida por el Instituto Nacional de la Seguridad Social u organismo público competente como fecha de efectos económicos y con el alcance que figura en dicha resolución.
- Por fallecimiento la fecha de ocurrencia será la fecha de fallecimiento.

2. **Estará incluido el infarto de miocardio siempre y cuando los organismos competentes de la Seguridad Social lo hayan considerado como accidente. En caso contrario, es decir, si los organismos competentes no lo consideran como accidente no será objeto de cobertura por la presente póliza.**

   No obstante a lo anterior, si el tomador ha contratado la garantía de Fallecimiento por infarto de miocardio, y así consta en las Condiciones Particulares de la póliza, el infarto de miocardio estará cubierto en la póliza independientemente de que sea o no considerado como accidente laboral.

Artículo 14. Documentación a aportar en caso de siniestro

El tomador está obligado a informar por escrito a la Compañía de las circunstancias fiscales que puedan afectar al pago de la Prestación por parte de la Compañía. Así mismo, el tomador deberá presentar copia del documento TC1 y TC2, en el periodo en que se determina la fecha del siniestro de acuerdo con el artículo 13 de estas Condiciones Generales.

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

1. En caso de **fallecimiento** del asegurado, el beneficiario deberá presentar a la Compañía la siguiente documentación:

a. Documento legalmente aceptado como acreditativo de la identidad del beneficiario (DNI, Pasaporte, Tarjeta de Residencia);
b. Certificado de defunción del asegurado y Libro de Familia del Asegurado o certificado registral;
c. Certificado del Registro de Actos de Últimas Voluntades;
d. Copia del último testamento del asegurado, o Acta Judicial de Declaración de Herederos;
e. Carta de pago de la liquidación o declaración oficial de exención del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones;
f. Diligencias Judiciales completas que se sigan sobre el caso, así como informe de la autopsia;
g. Resolución del Instituto Nacional de la Seguridad Social o la mutua de accidentes de trabajo reconociendo el carácter accidental del fallecimiento;
h. Cualquier otro documento que razonablemente sea requerido por la Compañía a fin de poder valorar el siniestro.

2. En caso de **Incapacidad Permanente Absoluta** del asegurado, el beneficiario deberá presentar la siguiente documentación:

a. Documento legalmente aceptado como acreditativo de la identidad del beneficiario (DNI, Pasaporte, Tarjeta de Residencia);
b. Propuesta y Resolución Administrativa firme o en su caso sentencia judicial firme y definitiva en la que se declare la Incapacidad Permanente del beneficiario;
c. Informe médico detallado en el que se especifiquen el comienzo, la causa, la naturaleza, y las consecuencias de la lesión que hayan producido la incapacidad permanente, presentándose este informe una vez que la lesión se haya reconocido como definitiva.

d. Diligencias Judiciales completas que se sigan sobre el caso (si procede);
e. Atestado de los cuerpos de seguridad (en caso de accidente de circulación);
f. Comunicación de los datos del pagador, a efectos de aplicar la retención correspondiente;
g. Todos los informes que razonablemente sean requeridos por la Compañía a fin de calificar debidamente la incapacidad.

El asegurado deberá someterse a reconocimiento cuantas veces le sea solicitado por la Compañía por los médicos que a tal efecto sean designados, siendo por cuenta de aquélla todos los gastos que dicho reconocimiento requiere.

3. Todos los justificantes documentales habrán de presentarse debidamente legalizados, en los casos que la Compañía considere preciso.

Artículo 15. Exclusiones

Esta póliza no garantiza los accidentes ocurridos:

1. **Durante actividades criminales del asegurado.**
2. **Las consecuencias de un acto de imprudencia temeraria o negligencia grave del asegurado, declarado así judicialmente, así como, los derivados de su participación en actos delictivos, competiciones, apuestas, duelos o riñas, siempre que, en el caso de las riñas, no hubiera actuado en legítima defensa o en tentativa de salvamento de personas o bienes.**
3. **Con motivo de la práctica de los deportes y actividades que a continuación se indican:**

   - **la práctica de deportes de competición y profesional**
   - **lucha en sus distintas modalidades**
   - **inmersiones submarinas con empleo de aparatos de respiración**
   - **deportes aéreos en general**
   - **escalada, espeleología , alpinismo y trekking de alta montaña, espeleología, puenting, la travesía de glaciares y similares**
   - **esquí fuera de pistas o de competición o exhibición,**
   - **el uso y conducción de motocicletas y/o ciclomotores de más de ciento veinticinco centímetros cúbicos.**

4. **A consecuencia directa de enfermedad, defecto físico o mental del asegurado.**
5. **Los accidentes producidos cuando el asegurado se encuentre en estado de perturbación mental o, bajo la influencia de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas o estupefacientes no prescritos médicamente. Se entenderá que existe influencia de bebidas alcohólicas cuando el asegurado sobrepase los límites de alcohol establecidos al efecto en la regulación sobre tráfico, circulación de vehículos a motor y seguridad vial vigentes a la fecha de ocurrencia del siniestro.**
6. **Con ocasión de utilizar el asegurado aeronaves en calidad distinta de la de usuario de un transporte público.**
7. **A consecuencia de reacciones nucleares o radiactividad.**
8. **A consecuencia de actividades políticas o sociales extraordinarias, como guerra declarada o no declarada, motín, revolución o tumulto.**
9. **Los riesgos calificados como extraordinarios, según la legislación vigente en cada momento del Consorcio de Compensación de Seguros, sin perjuicio de la cobertura que esta Entidad Pública otorga.**

Artículo 16. Eficacia de la póliza

Esta póliza se hace eficaz a las 00:00 horas del día señalado como fecha de efecto en las Condiciones Particulares.

Esta póliza pierde su eficacia:

a. Por decisión del tomador, notificada por escrito a la otra parte con un plazo de un mes de anticipación a la conclusión del período de garantía en curso.
b. Por decisión de la Compañía, notificada por escrito a la otra parte con un plazo de dos meses de anticipación a la conclusión del período de garantía en curso.
c. En todo caso, en el aniversario de la fecha de efecto más próximo al 67 cumpleaños del asegurado.

Artículo 17. Pago de las primas

El tomador debe pagar las primas a la Compañía en las fechas de su vencimiento y en el domicilio de pago señalado en las Condiciones Particulares.

Son a cargo del tomador los impuestos, legalmente repercutibles.

Si la primera prima no ha sido pagada por culpa del tomador antes de que se produzca un siniestro, la Compañía queda liberada de su obligación.

Cuando se pacten primas de periodicidad inferior al año, la Compañía tiene derecho a deducir de cualquier indemnización a su cargo las fracciones de prima pendientes de pago, correspondientes a la anualidad en curso.

Transcurrido un mes a partir del día de vencimiento de la segunda o sucesivas primas impagadas, la cobertura queda suspendida.

La cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el tomador paga la prima.

Artículo 18. Bases del seguro

Este contrato se basa en las declaraciones del tomador y del asegurado al suscribir, modificar o renovar la póliza. En consecuencia:

a. Declaraciones falsas o incompletas formuladas de buena fe dan derecho a la Compañía a rescindir el Contrato o a ajustarse a los hechos tal y como se conozcan en cada momento.
b. Declaraciones falsas o incompletas formuladas de mala fe, debidamente probada, liberan a la Compañía del pago de la prestación.

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el tomador del seguro podrá reclamar a la Compañía en el plazo de un mes, a contar desde la entrega de la póliza, para que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza.

Artículo 19. Alteraciones de riesgo

El tomador y el asegurado deberán, durante el curso del contrato, comunicar a la Compañía, tan pronto como sea posible, cualquier modificación de las declaraciones previamente formuladas en la Solicitud-Propuesta de Seguro al objeto de que la póliza sea convenientemente ajustada.

Artículo 20. Siniestros

1. En caso de siniestro el tomador, el asegurado o el beneficiario están obligados a:

a. Comunicar a la Compañía el acaecimiento del siniestro dentro de un plazo máximo de siete días de haberlo conocido.
En caso de incumplimiento de esta obligación, la Compañía podrá reclamar los daños y perjuicios causados por la falta de declaración.
Este efecto no se producirá si se prueba que la Compañía ha tenido conocimiento del siniestro por otro medio.

b. Proporcionar a la Compañía toda clase de informaciones sobre las consecuencias y circunstancias del siniestro. En caso de incumplimiento de esta obligación, se producirá la pérdida del derecho a la indemnización en el supuesto de que hubiese concurrido dolo o culpa grave.

c. Emplear todos los medios a su alcance para evitar, interrumpir o aminorar las consecuencias del siniestro.
El incumplimiento de esta obligación dará derecho a la Compañía a reducir su prestación en la proporción oportuna, teniendo en cuenta la importancia de los daños derivados del mismo y el grado de culpa del asegurado. Si este incumplimiento se produjera con la manifiesta intención de perjudicar o engañar a la Compañía, ésta quedará liberada de toda prestación derivada del siniestro.
Los gastos que se originen por el cumplimiento de la citada obligación serán de cuenta de la Compañía hasta el límite y por las garantías fijadas en la póliza.

d. Aportar certificados médicos, en los que se detallarán las circunstancias y causas del accidente.
La determinación del grado de incapacidad que derive del accidente se efectuará después de la presentación del certificado médico de incapacidad a la Compañía, la cual notificará al asegurado la cuantía de la indemnización que le corresponda, de acuerdo con el grado de incapacidad que deriva del certificado médico y de los baremos fijados en la póliza.

e. Justificar, mediante el oportuno certificado médico, las fechas de baja y alta por Incapacidad Temporal.

f. Aportar la carta de pago o exención del Impuesto General sobre Sucesiones en caso de fallecimiento del asegurado.

2. En caso de siniestro, la Compañía está obligada a:

a. Satisfacer la prestación asegurada al término de las investigaciones y peritaciones necesarias.

b. En cualquier supuesto, la Compañía paga, dentro de los cuarenta días a partir de la recepción de la declaración de siniestro, el importe mínimo que pueda deber, según las circunstancias por ella conocidas.
Si la Compañía no paga este importe mínimo, o si en el plazo de tres meses desde la ocurrencia de un siniestro no hubiese pagado la prestación asegurada, el importe o la prestación se incrementará con el interés establecido legalmente al tiempo de pago.

c. La Compañía no abona interés ni compensación alguna en caso de retrasos en los pagos de cantidades debidas por ella, si tal retraso se debe a causa justificada o que no le fuera imputable, como falta de reclamación de las cantidades, documentación insuficiente o cualquier circunstancia ajena a la Compañía.

3. En caso de desacuerdo entre el tomador, el asegurado o el beneficiario y la Compañía sobre el importe de la prestación, ésta se determina por dos peritos médicos, nombrados uno por el tomador, el asegurado o el beneficiario y otro por la Compañía. Si los dos peritos médicos disienten, nombran un tercero que decide.

Artículo 21. Régimen de información

El tomador declara:

a. Que ha recibido de la Compañía, previo a la firma de este contrato de seguro, toda la información que exige la normativa sobre ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras sobre las coberturas, garantías, condiciones de resolución y cancelación, rescate, instancias de reclamación, fiscalidad.

b. Que la referida información, en la medida que también les es aplicable, ha sido transmitida a las personas que, como asegurados, forman parte del contrato en la fecha de efecto del contrato así como a los que se incorporen con posterioridad.

Artículo 22. Tratamiento de los datos de carácter personal

En cumplimiento de lo previsto en el artículo 5, 6 y 11 de la L. O. de Protección de Datos de Carácter Personal (en lo sucesivo LOPD), el tomador declara que los datos personales incluidos en la documentación que forma parte de la póliza, han sido recabados con el expreso consentimiento de sus titulares, habiendo aceptado expresamente que los mismos puedan ser comunicados a NATIONALE-NEDERLANDEN VIDA Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.E. y NATIONALE-NEDERLANDEN GENERALES Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.E (ambas, en adelante las Compañías) a los efectos de que los mismos (incluidos los datos de salud) se puedan incorporar, a ficheros de las citadas Compañías, cuya finalidad es la gestión, cumplimiento y ejecución de presente contrato de seguro y, en concreto, gestionar dicha actividad aseguradora, el mejor análisis del riesgo, la prevención y detección del fraude en la selección del riesgo así como la prevención de blanqueo de capitales y lucha contra la financiación del terrorismo impuestas por la normativa aplicable y el cumplimiento de la legislación vigente.

Así mismo y con la finalidad de cumplir, desarrollar, controlar y ejecutar las prestaciones garantizadas en el contrato de seguro, el asegurado consiente expresamente que sus datos de carácter personal, incluidos, en su caso, los datos de salud, sean tratados por la entidad aseguradora, así como que sus datos personales puedan ser comunicados en su totalidad o en parte, a las entidades que colaboren con las Compañías en la distribución de seguros, a los Corredores de Seguros de la Póliza o a otras Entidades con el objeto de facilitar la tramitación de siniestros, así como por razones de coaseguro o reaseguro.

En el supuesto de que las Compañías establezcan ficheros comunes para la liquidación de siniestros y/o la colaboración estadístico actuarial con la finalidad de permitir la tarificación y selección de riesgos y la elaboración de estudios de técnica aseguradora o en su caso, la prevención del fraude en el seguro, le informaremos debidamente del Responsable de dicho fichero común (que en el caso de ficheros comunes para la prevención del fraude será en la primera introducción de sus datos) para que pueda ejercer sus derechos de acceso, rectificación cancelación u oposición.

Las Compañías por su parte, y de conformidad con lo establecido en los artículos 9 y 10 de la LOPD, se obligan a guardar la más estricta confidencialidad y secreto sobre los datos personales que trate, comprometiéndose asimismo a la custodia de tales datos y a la adopción de las medidas de seguridad en sus ficheros que resulten exigibles conforme a la LOPD y su normativa de desarrollo.

Para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos el titular de los mismos, debe dirigirse a NATIONALE-NEDERLANDEN VIDA Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.E. y NATIONALE-NEDERLANDEN GENERALES Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.E con domicilio en Avda Bruselas 16, Parque empresarial Arroyo de la Vega, 28108 Alcobendas (Madrid). 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 la entidad aseguradora de los datos necesarios para el cálculo de la indemnización y demás fines establecidos en el contrato de seguro.

Artículo 23. Prescripción

Las acciones que se deriven del presente contrato de seguro prescribirán en el término de cinco años desde la fecha en que pudieran ejercitarse.

Artículo 24. Ley

Esta póliza se rige por las Leyes españolas, armonizadas con la legislación de la Comunidad Europea, y específicamente por la Ley de Contrato de Seguro.

Artículo 25. Jurisdicción

Será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del presente contrato de seguro el del domicilio del asegurado.

Artículo 26. Instancias de reclamación

De acuerdo con lo dispuesto en la Orden Ministerial de 11 de marzo de 2004 sobre los departamentos y servicios de atención al cliente y el defensor del cliente de las entidades financieras (ORDEN ECO/734/2004), esta entidad aprobó el Reglamento de Defensa del cliente donde se regulan las instancias y el procedimiento de reclamación y que, de forma resumida, se concreta en lo siguiente:

De conformidad con el artículo 3 de la ORDEN ECO/734/2004 arriba referida, el tomador, el asegurado y el beneficiario así como sus derechohabientes están facultados para formular reclamaciones contra la Compañía, si consideran que ésta realiza prácticas abusivas o lesivas de los derechos derivados del contrato de seguro.

Para formular su reclamación, deberá, en primer lugar, dirigirse por escrito exclusivamente a las oficinas centrales de la Compañía, sita en la Avenida de Bruselas 16, Parque Empresarial Arroyo de la Vega, 28108 Alcobendas, Madrid o enviando un correo electrónico a la siguiente dirección: calidad.servicio@nnseguros.es.

Una vez resuelta la reclamación por parte del Servicio de Atención de Reclamaciones, si la resolución dictada no fuera favorable para sus intereses, y siempre que no hayan transcurrido dos meses desde la presentación de la reclamación, puede, si usted así lo desea, dirigirse al Defensor del Asegurado, D.A Defensor, Convenio Profesional sito en C/ Velázquez, 80, 1º D, 28001 Madrid o enviando un correo electrónico a la siguiente dirección: reclamaciones@da-defensor.org.

Si, transcurridos dos meses desde la fecha de presentación de la reclamación, ésta no ha sido resuelta o haya sido denegada la admisión de la reclamación o desestimada su petición por las instancias anteriores, el reclamante, en virtud de lo dispuesto en la Orden ECC 2502/2012, de 16 de noviembre por la que se regula el procedimiento de presentación de reclamaciones ante los servicios de reclamaciones del Banco de España, la Comisión Nacional del Mercado de Valores y la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, podrá formular su reclamación ante la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, dirigiéndose por escrito al Servicio de Atención de Reclamaciones, sito en Paseo de la Castellana, 44, 28046 Madrid o por correo electrónico a la dirección: reclamaciones.seguros@mineco.es o a través de su página web www.dgsfp.mineco.es.

En relación con lo anterior, se advierte que, para la admisión y tramitación de cualquier reclamación ante la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, será imprescindible acreditar haberlas formulado previamente por escrito ante el Servicio de Atención al Cliente de la Compañía y el cumplimiento de los restantes requisitos exigidos por la legislación vigente y que dicha reclamación no ha sido resuelta en ese plazo de dos meses o que haya sido denegada la admisión de la reclamación o desestimada su petición.

En todo caso, podrá acudir a la jurisdicción ordinaria, siendo competentes los juzgados y tribunales del domicilio del asegurado en España.

Para mayor información sobre el régimen de reclamaciones el reclamante puede contactar con el Servicio de Atención al Cliente de la Compañía en el teléfono 91 602 46 00 o 902 452 902.

Artículo 27. Riesgos extraordinarios

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, el tomador de un contrato de seguro de los que deben obligatoriamente incorporar recargo a favor de la citada entidad pública empresarial tiene la facultad de convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier entidad aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente.

Las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en España o en el extranjero, cuando el asegurado tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el tomador hubiese satisfecho los correspondientes recargos a su favor y se produjera alguna de las siguientes situaciones:

a. Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por la póliza de seguro contratada con la entidad aseguradora.
b. Que, aun estando amparado por dicha póliza de seguro, las obligaciones de la entidad aseguradora no pudieran ser cumplidas por haber sido declarada judicialmente en concurso o por estar sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros.

El Consorcio de Compensación de Seguros ajustará su actuación a lo dispuesto en el mencionado Estatuto legal, en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, en el Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, aprobado por el Real Decreto 300/2004, de 20 de febrero, y en las disposiciones complementarias.

Resumen de las normas legales

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

a. Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos; inundaciones extraordinarias, incluidas las producidas por embates de mar; erupciones volcánicas; tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 120 km/h y los tornados); y caídas de cuerpos siderales y aerolitos.
b. Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
c. Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

Los fenómenos atmosféricos y sísmicos, de erupciones volcánicas y la caída de cuerpos siderales se certificarán, a instancia del Consorcio de Compensación de Seguros, mediante informes expedidos por la Agencia Estatal de Meteorología (AEMET), el Instituto Geográfico Nacional y los demás organismos públicos competentes en la materia. En los casos de acontecimientos de carácter político o social, así como en el supuesto de daños producidos por hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas o Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz, el Consorcio de Compensación de Seguros podrá recabar de los órganos jurisdiccionales y administrativos competentes información sobre los hechos acaecidos.

2. Riesgos excluidos

a. Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
b. Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.
c. Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
d. Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 12/2011, de 27 de mayo, sobre responsabilidad civil por daños nucleares o producidos por materiales radiactivos.
e. Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el apartado 1.a anterior y, en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.

f. Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios de los señalados en el apartado 1.b anterior.
g. Los causados por mala fe del asegurado.
h. Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.
i. Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de «catástrofe o calamidad nacional».

3. Extensión de la cobertura

1. La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y las mismas sumas aseguradas que se hayan establecido en las pólizas de seguro a efectos de la cobertura de los riesgos ordinarios.
2. En las pólizas de seguro de vida que de acuerdo con lo previsto en el contrato, y de conformidad con la normativa reguladora de los seguros privados, generen provisión matemática, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que la entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

Comunicación de daños al Consorcio de Compensación de Seguros

1. La solicitud de indemnización de daños cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros, se efectuará mediante comunicación al mismo por el tomador del seguro, el asegurado o el beneficiario de la póliza, o por quien actúe por cuenta y nombre de los anteriores, o por la entidad aseguradora o el mediador de seguros con cuya intervención se hubiera gestionado el seguro.
2. La comunicación de los daños y la obtención de cualquier información relativa al procedimiento y al estado de tramitación de los siniestros podrá realizarse:

− Mediante llamada al Centro de Atención Telefónica del Consorcio de Compensación de Seguros (952 367 042 ó 902 222 665).
− A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (www.consorseguros.es).

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

La Compañía

NATIONALE-NEDERLANDEN GENERALES
Cía. de Seguros y Reaseguros, S.A.E.
C.I.F. A-81946501
Avda. de Bruselas, 16
Tel. 91 602 60 00 Fax 91 640 12 82
28108 ALCOBENDAS