

AJ78

TRATADO DE REASEGURO Y PROTOCOLO DE COLABORACIÓN
PARA EL PRODUCTO PROTECCION NOMINA

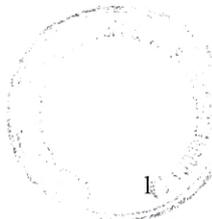
Producto 91

ENTRE

CNP IAM, s.a. Sucursal de reaseguros
Con domicilio en El Plantío – Madrid (España)

Y

SANTANDER SEGUROS Y REASEGUROS, COMPAÑÍA
ASEGURADORA S.A.



TRATADO DE REASEGUROS Y PROTOCOLO DE COLABORACIÓN

ENTRE

DE UNA PARTE:

SANTANDER SEGUROS Y REASEGUROS, COMPAÑÍA ASEGURADORA, S.A. (en adelante “la Cedente”) con domicilio social en Boadilla del Monte - Madrid, Avenida de Cantabria s/n y con C.I.F. B- A-46003273 representada en este acto por D. Enrique López Jimeno con N.I.F. nº 50723098-W según escrituras de poder, otorgada ante el Notario de Madrid el 31 de Enero de 2008, bajo el número ciento noventa y seis de orden de su protocolo y D. Carlos Martínez Simón con N.I.F. nº50275093-Z, según escrituras de poder, otorgada ante el Notario de Madrid el 14 de Febrero de 2007, bajo el número setecientos sesenta y ocho de orden de su protocolo.

Y DE OTRA PARTE:

CNP IAM, S.A. Sucursal de reaseguros (en adelante “la Reaseguradora”) con domicilio social, en C/ Ochandiano, 10 planta 2ª, 28023 El Plantío- Madrid y con CIF N-0013619-B, representado en este acto por Francesc Rabassa con DNI-NIF 38078205-A facultado para este acto en virtud del acuerdo adoptado por D. Antoine Lissowski Representante Legal de CNP IAM SA de fecha 8 de julio de 2008.

CONDICIONES GENERALES

Queda acordado que los Artículos siguientes, junto con las Condiciones Particulares y Anexos, constituyen el contrato.

ARTÍCULO 1º:

Objeto del contrato

El objeto del presente Contrato es el negocio que se indica en las Condiciones Particulares.

El riesgo objeto de reaseguro es el definido por las condiciones generales, especiales y particulares del producto (en adelante, la póliza) que se acompañan como anexo 2

ARTÍCULO 2º:

Aceptación automática

La Cedente se obliga a ceder a la Reaseguradora y ésta se obliga a aceptar, en la cuantía y límites estipulados en las Condiciones Particulares, todos los riesgos objeto del presente Contrato.

No obstante lo arriba citado, la Cedente se obliga a aplicar para la tarificación de toda la cesión reasegurada bajo este Contrato, la tarifa de primas incluidas en las Condiciones Particulares y según las condiciones establecidas en la póliza original firmada por la Cedente.

Dicha póliza se adjunta como anexo a este contrato. Cualquier modificación de la póliza, especialmente en lo que se refiere a los riesgos cubiertos, tasas, exclusiones y periodos de carencia, deberá ser expresamente autorizada por escrito por la Reaseguradora.

ARTÍCULO 3º:

Responsabilidad de la Reaseguradora

La Responsabilidad de la Reaseguradora empezará simultáneamente con la de la Cedente. La responsabilidad de la Reaseguradora cesará simultáneamente con la de la Cedente.



ARTÍCULO 4º:

Reaseguro
Cuota Parte

La Cedente se obliga a ceder el 15% del riesgo en cuotaparte de la prima comercial bruta de todas las pólizas de seguro suscritas durante la vigencia del presente contrato, así como de sus sucesivas renovaciones, salvo cancelación de la póliza expresa y por escrito por parte del asegurado.

ARTÍCULO 5º:

Moneda

Toda cesión reasegurada bajo las condiciones de este contrato se efectuará en la moneda de la póliza original.

ARTÍCULO 6º:

Primas y comisiones
de reaseguro

Las primas y comisiones aplicables a cesiones reaseguradas bajo este contrato se establecen en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO 7º:

Entrada en vigor y duración
de la responsabilidad de la
Reaseguradora

La responsabilidad de la Reaseguradora empieza y termina simultáneamente con la de la Cedente salvo pacto en contrario.

En caso de cancelación o terminación del presente tratado, CNP IAM, s.a. Sucursal de reaseguros permanecerá como reaseguradora de las pólizas suscritas durante la vigencia del presente Acuerdo, por todo el tiempo en que se mantenga en vigor dicha póliza, y sus sucesivas renovaciones, siendo de aplicación los terminos económicos y técnicos en vigor a la fecha de terminación o cancelación del presente contrato.

ARTÍCULO 12º:

Derecho de inspección

La Reaseguradora tiene derecho a comprobar cualquier documento referente a este Contrato. Dicho examen debe ser realizado por un empleado cualificado de la Reaseguradora o de cualquier empresa designada por la Reaseguradora, en el domicilio social de la Cedente durante las horas laborales. A petición de la Reaseguradora, la Cedente queda obligada a proporcionarle todos los detalles e información suplementarios. La Reaseguradora deberá avisar a la Cedente con 8 días de antelación de su intención de ejercer su derecho de inspección. La Cedente se obliga a subsanar cualquier anomalía detectada por la Reaseguradora como resultado de la inspección.

ARTÍCULO 13º:

Modificaciones al Contrato

Toda modificación al presente Contrato se hará de mutuo acuerdo y por escrito, por medio de anexo, que se considerará como parte del mismo y obligará a ambas partes.

ARTÍCULO 14º:

Arbitraje

Cualquier controversia que surja respecto a la validez, interpretación, ejecución o rescisión del Contrato, será resuelta por un Tribunal Arbitral, compuesto por tres árbitros, que decidirá en la forma prevista por la Ley de Arbitraje 60/2003 de 23 de Diciembre. Dicho arbitraje será de Derecho.

Los árbitros deberán nombrarse por las partes, uno cada una y un tercero nombrado por los dos anteriores, entre directivos activos o retirados de compañías de Seguros o Reaseguros, que operan en España en el ramo objeto de este contrato.

El Tribunal Arbitral, que deberá también resolver el reparto de los gastos de arbitraje, tendrá su sede en Madrid.

ARTÍCULO 8º:

Siniestros

La Reaseguradora será responsable de la tramitación y gestión de los siniestros relativos a las pólizas suscritas durante la vigencia de las mismas y sus sucesivas renovaciones. Dicha gestión se realizará según lo expuesto en el anexo 1 del presente contrato.

ARTÍCULO 9º:

Cuenta corriente

Las cuentas, detallando primas, siniestros y demás aspectos referentes a cada cesión realizada, renovada, modificada o anulada, serán efectuadas en los plazos estipulados en las Condiciones Particulares.

A finales de este plazo el saldo de la cuenta corriente será liquidado. Todos los importes pagaderos bajo estas cuentas serán liquidados en la moneda estipulada en las Condiciones Particulares. El pago de los saldos se efectuará en la manera estipulada en las Condiciones Particulares.

En caso de disconformidad la cuenta será examinada, siendo efectuado cualquier ajuste necesario en la cuenta siguiente.

En caso de que el saldo de la cuenta quede pendiente de liquidación por un período de tres meses o más, dicho saldo devengará intereses. Estos serán calculados de acuerdo con el tipo de interés legal del dinero incrementado en dos puntos.

ARTÍCULO 10º:

Gastos de correspondencia

Cada una de las partes contratantes sufragará los gastos de su correspondencia, telegramas, envío de documentos y/o de fondos y otros similares

ARTÍCULO 11º:

Errores y omisiones

Los errores y omisiones involuntarios, de cualquiera de las partes, no invalidarán el presente Contrato, debiendo rectificarse, una vez hayan sido percibidos, con la mayor brevedad posible.

ARTÍCULO 15°:

Efecto y duración del Contrato

El presente contrato entrara en vigor a las 00h del 1 de enero de 2008. Las partes afirman su compromiso de establecer mediante el presente contrato una relación a largo plazo. A estos efectos, el presente tratado tendrá su primera terminación el 31 de diciembre del 2008, prorrogándose de forma automática por períodos sucesivos de un (1) año, salvo oposición a la prorroga con un **preaviso de 3 meses**.

No obstante, cualquiera de las partes podrá rescindir el presente Protocolo con anterioridad a la Fecha de Terminación Efectiva si la otra parte:

- (i) dejara de pagar cualquier suma debida en virtud del presente Protocolo; o
- (ii) incumpliera cualquiera de las obligaciones estipuladas en el presente Protocolo y no subsanase dicho incumplimiento dentro de los 30 días siguientes a la notificación por escrito de la otra parte, reclamando la realización de la obligación incumplida; o
- (iii) incurriera en cualquier supuesto de insolvencia (ya sea quiebra o suspensión de pagos) o le fuera revocada la autorización administrativa necesaria para el ejercicio de su actividad;

ARTÍCULO 16°:

Participación en Beneficios

La Reaseguradora abonará a la Cedente en concepto de Participación en Beneficios, el importe correspondiente según lo establecido en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO 17°:

Comercialización

La cedente se compromete a la comercialización conjunta del producto de vida y del producto objeto de este contrato. De tal manera que la comercialización del producto de vida ira ligada a la comercialización del producto de desempleo/IT.

ARTÍCULO 18º:

Tratamiento automatizado de datos personales

El Reasegurador se obliga a cumplir con la normativa contenida en la LO 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y en sus normas de desarrollo, obligándose en particular frente a la Compañía Aseguradora a considerar el presente contrato y todas las operaciones relativas al mismo como estrictamente confidenciales, debiendo tratar los datos personales de los asegurados, incluidos los datos de salud que le sean cedidos por la Compañía de Seguros, con absoluta reserva y confidencialidad, sin que puedan ser utilizados ni incorporados bajo ningún concepto a otros sistemas de tratamiento de información distintos de los utilizados para el cumplimiento de los fines propios del contrato de reaseguro y debiendo ser eliminados de sus bases de datos una vez que hayan vencido las obligaciones derivadas del presente contrato.

En relación con los datos cedidos por la Compañía de Seguros, el Reasegurador se compromete a adoptar las medidas de seguridad previstas en la legislación de Protección de Datos, incluidas las medidas previstas en el Reglamento de Medidas de Seguridad. En cualquier caso, el Reasegurador, en relación con los ficheros, se obliga específicamente a custodiarlos, a través de las medidas de seguridad, legalmente exigibles, de índole técnica y organizativa que garanticen la seguridad de los datos personales en ellos contenidos, evitando su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado, de conformidad con la naturaleza de los datos y los posibles riesgos a que estén expuestos. A estos efectos, el Reasegurador manifiesta expresamente que tiene implementadas las medidas de seguridad en los ficheros, exigidas por el Real Decreto 994/1.999, de 11 de Junio, manifestando específicamente: que dichas medidas se ajustan, como mínimo, al nivel de seguridad que sea legalmente exigible en cada caso; que tiene elaborado el correspondiente documento/s de seguridad de los ficheros, especialmente con un registro de incidencias de seguridad, todo ello según los términos establecidos en la normativa antedicha; que esta información está disponible en todo momento para el Reasegurado o, en su caso, para las autoridades administrativas o judiciales correspondientes.

La cesión de los datos personales de los asegurados, al ser necesarios para el cumplimiento de este contrato, se produce al amparo del artículo 11.2. a) y c) de la Ley Orgánica de Protección de Datos personales, en relación con el contenido del Apartado 9º del artículo 58 bis del 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, con sujeción a las condiciones ya reseñadas.

Confidencialidad

ARTÍCULO 19º:

A efectos de esta cláusula, se entenderá por "Información Confidencial" toda aquella información que no es de dominio público incluyendo, sin ninguna limitación, la información relacionada con: productos, operaciones, procesos, criterios de suscripción y siniestros, clientes y planes o intenciones de cualquiera de las partes de este contrato. Las partes podrán intercambiar información confidencial siempre que sea un elemento necesario para el cumplimiento de sus obligaciones bajo este contrato.

Las partes tomarán todas las precauciones necesarias para asegurar que toda información confidencial es obtenida previo consentimiento de los interesados cuando este sea necesario y utilizada y mantenida de forma segura y empleará todos los medios que sean razonablemente necesarios para evitar su manifestación a terceras personas (ya sea por escrito, oralmente o por cualquier otro medio tanto de forma directa como indirecta). Esta obligación vinculará a las partes durante toda la duración del presente contrato de reaseguro y por un periodo de dos años contados a partir del vencimiento.

Las obligaciones contenidas en el Artículo no se aplicarán a cualquier Información Confidencial que:

Durante la duración o en cualquier momento después del vencimiento o terminación de este Acuerdo, pase a ser de dominio público por otro medio diferente del incumplimiento de las obligaciones del mismo por una de las partes o por cualquiera de sus colaboradores.

Ya sea conocida de forma lícita por la parte que la recibe, en el momento en que le es manifestada.

La parte deba comunicar de acuerdo con la ley o de acuerdo con las reglas, disposiciones, decisiones u órdenes dictadas por la autoridad administrativa o juzgado competente.

ARTÍCULO 20º:

Buena fe

Las partes estarán exentas de responsabilidad por los perjuicios que para la otra parte puedan derivarse de la existencia de olvidos, errores u omisiones en los que hayan incurrido de buena fe, que subsanarán tan pronto sean advertidos.

ARTÍCULO 21º:

Cláusula de Rescisión Especial

Sección 1 (Calificación)

(a) Toda Reaseguradora que participe en el presente Contrato está obligada a mantener durante su vigencia una calificación de su capacidad financiera (“IFS”, siglas en inglés) “A+” o superior, de acuerdo con Standard & Poor’s (1221 Avenue of the Americas, New York, New York 10020, EE.UU).

(b) Si se produjese una degradación de cualquier Reaseguradora por parte de S&P a una categoría de IFS inferior a “A+”, entonces, la Cedente, podrá rescindir la participación de dicha Reaseguradora por medio de notificación a la misma. La fecha de efecto de dicha rescisión será determinada también por la Cedente, no pudiendo ser anterior a la del anuncio de la nueva calificación emitido por S&P en Nueva York, USA.

(c) Toda Reaseguradora que no goce de una calificación IFS por parte de S&P pero que durante la duración del presente Contrato mantenga una calificación de “A-” de la agencia A.M. Best Company de Ambest Road, Oldwick, Nueva Jersey 08858-0700 EE.UU. (Best) se considerará que se encuentra dentro de los términos del presente Artículo. Toda degradación explícita de dicha Reaseguradora por parte de Best a una categoría inferior a “A-” concederá a la Cedente el mismo derecho de rescisión establecido en el punto (b).

(d) Toda Reaseguradora que no goce de una calificación IFS por parte de S&P o A.M. Best pero cuya participación haya recibido autorización especial de la Cedente se considerará asimismo que se encuentra dentro de los términos del presente Artículo. Si a juicio de la Cedente existe un deterioro material de la fiabilidad de dicha Reaseguradora desde el inicio del presente Contrato, la Cedente gozará del mismo derecho de rescisión establecido en el punto (b).

(e) En el supuesto de que una Reaseguradora tuviera doble calificación, por parte de S&P y por parte de A.M. Best, la Cedente determinará cuál de las dos calificaciones prevalece.

(f) Para evitar dudas, el estatus de “CreditWatch” definido por S&P o el modificador de calificación “u” (En revisión) según A.M. Best, de una Compañía no se entenderán, por sí solos, como degradación a los efectos del presente Contrato.

(g) En lo que respecta a cualquier Sindicato Lloyd’s participante, la calificación a considerar para cada Sindicato individual Lloyd’s será la

calificación IFS de S&P aplicable al Mercado de Seguros Lloyd's en su conjunto en el momento en que la Aseguradora Lloyd's implicada contratara por escrito su participación en el presente Contrato.

(h) Lo anterior se encuentra sujeto a los requisitos mínimos de calificación de la normativa aplicable sobre Superintendencia o Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del país donde la Cedente tiene su sede.

Sección 2 (Rescisión)

Además, cualquiera de las partes tiene derecho a rescindir el presente Contrato mediante notificación a la otra parte si:

(i) la ejecución, total o parcial, de este Contrato se prohíbe o se vuelve imposible de hecho o de derecho, en particular y sin perjuicio de la generalidad de los artículos anteriores, como consecuencia de cualquier ley o normativa que esté o vaya a estar vigente en cualquier país o territorio o si cualquier ley o normativa evita, de forma directa o indirecta, la remesa de cualquier pago de una u otra parte.

(ii) la otra parte se ha vuelto insolvente o no puede pagar sus deudas o ha perdido su capital desembolsado o se le ha retirado, suspendido o condicionado cualquier potestad de transacción de cualquier clase de seguro o reaseguro.

(iii) se produce cualquier cambio material de la gestión o control de la otra parte,

(iv) (a) debido a guerra (declarada o no) u hostilidades armadas entre los países en que residan o se constituyan la Cedente y el Reasegurador o se declara una situación de guerra civil en cualquiera de ellos, y

(b) lo anterior se produzca de forma que no se puedan proseguir unas relaciones comerciales normales entre las partes,

(v) la otra parte no ha podido cumplir alguno de los términos y condiciones del presente Contrato.

Sección 3 (Efectos)

(a) Tras la fecha de rescisión, conforme a las Secciones 1 ó 2 mencionadas arriba, el Reasegurador será responsable de las pérdidas que ocurran hasta la fecha de rescisión inclusive. A partir de entonces, la responsabilidad del Reasegurador cesará por completo salvo en lo que se refiere a las reclamaciones pendientes.

(b) Todas las notificaciones de rescisión mencionadas en las Secciones 1 ó 2 se realizarán por télex, telefax o cualquier otro medio de comunicación instantánea que proporcione un registro permanente de las mismas y se entenderá que han sido comunicadas, si se interrumpe la comunicación entre las partes, al intento de envío siempre que exista prueba documental del mismo.

(c) Todas las notificaciones de rescisión entregadas de conformidad con cualquiera de las disposiciones de las Secciones 1 ó 2 mencionadas arriba se dirigirán a las oficinas centrales de la parte implicada o a cualquier otra dirección designada con anterioridad por la misma.

(d) En el supuesto de rescisión de conformidad con las disposiciones de las Secciones 1 ó 2 mencionadas arriba, la prima correspondiente a pagar se calculará en función del mayor entre las primas retenidas afectas al contrato, ó del cúmulo de terremotos y la prorrata temporis de la Prima Mínima.

(e) En el supuesto de rescisión de conformidad con las disposiciones de las Secciones 1 ó 2 mencionadas arriba, la prima de reinstalación (si las hubiera) debidas a siniestros ocurridos con anterioridad a la fecha de rescisión serán pagaderas en su integridad a aquellos Reaseguradores que estuvieran expuestos en el momento del siniestro. Si los siniestros ocurren con posterioridad a la fecha de rescisión, la prima de reinstalación será pagadera en su integridad a aquellos Reaseguradores que estuvieran expuestos en el momento del siniestro.

Hecho por duplicado y firmado en Madrid a 1 de enero de 2008.

LA REASEGURADORA

LA CEDENTE



29/09/08



Carlos Martínez - Simón Jiménez
Director Seguros de Vida

CONTRATO DE REASEGURO CUOTA-PARTE

B) CONDICIONES PARTICULARES

1º.- Objeto del contrato (Artículo 1º):

Se Reaseguran los riesgos que se mencionan a continuación en los términos definidos en la Póliza.

- Desempleo: para trabajadores por cuenta ajena con contrato de trabajo indefinido excepto funcionarios.
- Incapacidad temporal: Para resto personas no asegurables por desempleo y que formen parte del grupo asegurable así como para trabajadores fijos discontinuos en los periodos de no ocupación.

Para tener derecho a la indemnización, el siniestro debe producirse durante la vigencia del seguro.

Grupo Asegurable: La contratación del seguro sólo podrá efectuarse por aquellas personas físicas que a la fecha de contratación hayan cumplido 18 años y no hayan alcanzado los 60 años, que estén trabajando remuneradamente en territorio español y estén dados de alta en la Seguridad Social.

2º.- Exclusiones

Las exclusiones del presente contrato quedarán referidas a la definición de la póliza que se adjunta en el Anexo 2.

3º.- Aceptación Automática (Artículo 2º)

Capacidad automática:

Durante la duración del contrato, así como en la vigencia de todas las pólizas y sus sucesivas renovaciones, la Reaseguradora aceptará un 15% del riesgo en cuota parte de las pólizas objeto del presente Contrato.

El resto de puntos de Aceptación Automática del presente contrato quedarán referidos a la definición de la póliza que se adjunta en el Anexo 2.

4°.-

Definiciones

Tomador del Seguro. Es la persona física o jurídica que, juntamente con la Compañía Aseguradora, suscribe el contrato de seguro, y al que corresponden las obligaciones que del mismo se deriven, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por los Asegurados y/o Beneficiarios.

Asegurado. La persona o personas físicas sobre las cuales se establece el Seguro.

Beneficiario. Es la persona o personas físicas o jurídicas que, previa designación como tal en las Condiciones Particulares de la Póliza, ostentan el derecho a percibir las prestaciones aseguradas en el momento de producirse la contingencia prevista en la Póliza.

Duración de la cobertura: El seguro es mensual renovable. El seguro se entiende automáticamente renovado si no hay notificación expresa al contrario por parte del Tomador.

Quedando las mismas supeditadas al contenido de la póliza que se adjunta como anexo.

5°.-

Coberturas

Retribución mensual garantizada:

- Cobertura Desempleo: Por cada día en esta situación y una vez superado el periodo de franquicia, 1/30 del 25% del resultante de dividir entre 14 el importe anual de la Base de Cotización de Contingencias Comunes (B.C.), deducidas las cotizaciones sociales y los impuestos. La B.C. anual se calculará multiplicando por 12 la menor de las que figuren en las 2 últimas nóminas anteriores a la fecha del siniestro. Las cotizaciones sociales se calcularán aplicando sobre el importe anual de la B.C. los porcentajes de cotización a cargo del trabajador por contingencias comunes y desempleo. Los impuestos se calcularán aplicando sobre el importe anual de la B.C. el mayor de los porcentajes de retención a cuenta del I.R.P.F. de los que figuren en las 2 últimas nóminas anteriores a la fecha del siniestro.
- Cobertura de incapacidad Temporal: Por cada día en esta situación y una vez superado el periodo de franquicia, 1/30 del 25% del resultante de dividir entre 12 el 75% del importe anual de la Base de Cotización de Contingencias Comunes (B.C). La B.C. anual se calculará multiplicando por 12 la menor de las que figuren en los 2 últimos Boletines de Cotización anteriores a la fecha del siniestro
- La cobertura garantizada tiene un límite máximo que se corresponde con el 25% de 3.000 EUR y un límite mínimo de 500 EUR.
- Carencia: Existe un periodo de carencia de 90 días desde la fecha de efecto de la póliza en el que no se otorga ninguna prestación, excepto en caso de Incapacidad Temporal por accidente. En caso de situaciones de Desempleo o Incapacidad

Temporal subsiguientes a la primera, sólo se tendrá derecho al pago de la prestación si para Desempleo se ha estado vinculado de forma activa a una relación laboral por un periodo mínimo de seis meses y para Incapacidad Temporal si ha transcurrido un periodo mínimo de un mes, siempre que se trate de distinta causa, excepto en caso de Incapacidad Temporal por Accidente. En caso contrario no se abonará en razón de nueva situación de Incapacidad Temporal cantidad alguna.

- Franquicia: Se establece una franquicia de 30 días desde la fecha de la ocurrencia del siniestro, con lo que la indemnización comenzará a pagarse a partir del trigésimo primer día contado desde la fecha de inicio de la incapacidad temporal o del desempleo.

- Límite temporal de prestaciones: seis meses para un mismo siniestro ó 1 año para todos los siniestros que ocurran en toda la duración la vigencia del seguro.

Quedando las mismas supeditadas al contenido de la póliza que se adjunta como anexo.

6º.- Responsabilidad de la Reaseguradora (Artículo 3º)

La Responsabilidad de la Reaseguradora del presente contrato quedará referida a la definición de la póliza que se adjunta en el Anexo 2.

7º.- Primas de reaseguro (Artículo 6º)

- Prima de reaseguro: El coste del seguro es de 2,65 EUR por mes, para el 100% del riesgo.

8º.- Comisión de reaseguro (Artículo 6º)

La comisión establecida durante la vigencia del contrato es el 40% de la prima cedida de reaseguro sin impuestos.

9º.- Cuenta corriente (Artículo 9º)

Los mutuos pagos de ambos contratantes quedarán formalizados en cuentas trimestrales que la Cedente elaborará y establecerá en la moneda original estipulada en la póliza, según el calendario establecido.

10º.- Participación en Beneficios (Artículo 16º)

La Reaseguradora pagará a la Cedente una participación en beneficios calculada como un porcentaje del 60% de los eventuales beneficios derivados de los productos reasegurados bajo este contrato por baja siniestralidad.

El periodo de cómputo de la Participación en Beneficios será anual.

El cálculo de esta Participación en Beneficios será llevado a cabo por la Cedente sometida a la supervisión de la Reaseguradora, facilitando la Cedente a la Reaseguradora todos los datos necesarios para la comprensión del cálculo. En caso de divergencia sobre el resultado de la participación en beneficios, esta será calculada por un técnico independiente que ambas partes designen.

Dicho cálculo, será llevado a la cuenta de participación en beneficios conjunta. La Participación en Beneficios conjunta comprenderá: el presente tratado de reaseguro, el tratado de reaseguro y protocolo de colaboración para el producto protección recibos firmado el 1 de enero de 2008, y el tratado de reaseguro cuota parte para los riesgos de desempleo e incapacidad temporal firmado el 1 de enero de 2007.

El cálculo de esta Participación en Beneficios se efectuará al final de cada ejercicio cerrado el 31 de Diciembre, y se establecerá con arreglo a las siguientes premisas:

- | | |
|-----------|---|
| Ingresos: | <ol style="list-style-type: none">1. Primas de reaseguro cedidas, netas de anulaciones y extornos.2. Cuota parte de las provisiones técnicas del año anterior, netas de comisiones, para primas no consumidas o sus equivalentes.3. Cuota parte de las provisiones del año anterior para prestaciones. |
| Gastos: | <ol style="list-style-type: none">1. La eventual pérdida del ejercicio anterior (con arrastre de pérdidas hasta su extinción).2. Comisiones de reaseguro cargadas en el ejercicio.3. Cuota parte de siniestros pagados durante el ejercicio deducidos los recobros.4. Los gastos de administración según la tasa fijada a continuación.5. Cuota parte de las provisiones técnicas al final del ejercicio, netas de comisiones, para primas no consumidas o sus equivalentes.6. Cuota parte de las provisiones al final del ejercicio para prestaciones. La Cedente deberá de compartir con la Reaseguradora el método del devengo, la forma de |

cálculo y la cuantía de las provisiones (siniestros como de prestaciones) considerado a tal efecto.

7. De común acuerdo, cualquier otro gasto incurrido por la Reaseguradora durante el ejercicio en relación con el producto objeto del presente contrato (marketing, promociones,...)

La diferencia entre ingresos y los gastos será el beneficio sobre el que aplicar la participación mencionada.

Para la elaboración de la cuenta de participación en beneficios se entenderá como:

- a) Primas cedidas netas de anulaciones y extornos: el valor de las primas netas de anulaciones y extornos procesados en el ejercicio.
- b) Gastos de producción y de Gestión externa cargados durante el ejercicio: las comisiones y gastos de producción (40% de la prima cedida) correspondientes a las primas de los seguros del ejercicio de referencia.
- c) Siniestros pagados durante el ejercicio deducidos los recobros: incluirán los gastos y las indemnizaciones pagadas en el ejercicio más/menos la diferencia existente en la cuenta de Provisiones Técnicas por Siniestros ocurridos no Reportados (I.B.N.R.)
- d) Gastos de Administración: Es el 6 por ciento de la Prima neta cedida del negocio generado en el ejercicio.
- e) Provisiones para prestaciones: las Provisiones Técnicas por Siniestros Pendientes de pago y declaración se establecerán según lo dispuesto en la legislación aplicable en cada momento y por la experiencia; el resto de las provisiones técnicas se determinarán de conformidad con la legislación aplicable.

Obtenido el saldo de la cuenta de participación de beneficios, se distribuirá en la siguiente proporción:

- a) Si el resultado fuese negativo se trasladará a la de Cuenta Participación beneficios conjunta.
- b) Si el resultado fuese positivo se trasladará un 65% ó 60% según corresponda del mismo a la Cuenta de Participación en Beneficios Conjunta.

11°.- Participación en Beneficios Conjunta

La Reaseguradora procederá a calcular la Participación en Beneficios Conjunta entre el presente tratado de reaseguro, el tratado de reaseguro y protocolo de colaboración para el producto protección recibos firmado el 1 de enero de 2008, y el tratado de reaseguro cuota parte para los riesgos de desempleo e incapacidad temporal firmado el 1 de enero de 2007.

El cálculo de esta Participación en Beneficios se efectuará anualmente al final de cada ejercicio cerrado el 31 de Diciembre, y se corresponderá con el resultado de la suma de los resultados individuales de los distintos tratados de reaseguro arriba mencionados.

La Reaseguradora abonará a la Cedente por este concepto, una vez que se haya realizado los cálculos correspondientes, la cantidad que corresponda antes del 1 de Junio del ejercicio siguiente. A partir de ese momento comenzará a devengar en concepto de demora un interés igual al del interés legal del dinero incrementado en dos puntos.

Si el resultado de la Participación en Beneficios Conjunta fuese negativo, estas pérdidas se trasladarán al cálculo de la Participación en Beneficios del periodo siguiente

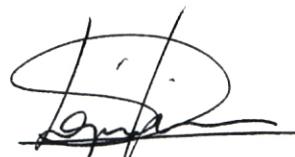
12º.- Toma de Efecto y Duración del seguro (Artículo 15º)

El presente contrato entrara en vigor a las 00h del 1 de enero de 2008. Las partes afirman su compromiso de establecer mediante el presente contrato una relación a largo plazo. A estos efectos, el presente tratado tendrá su primera terminación el 31 de diciembre del 2008, prorrogándose de forma automática por periodos sucesivos de un (1) año, salvo oposición a la prórroga con un preaviso de 3 meses.

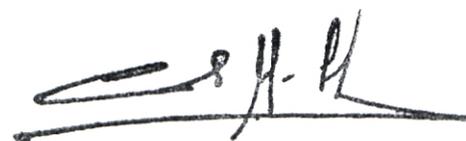
En Madrid a

LA REASEGURADORA

LA CEDENTE



29/09/08



Carlos Martínez - Simón Jiménez
Director Seguros de Vida

ANEXO 2

PÓLIZA DE SEGURO ORIGINAL:

SOLICITUD

CONDICIONES GENERALES

CONDICIONES ESPECIALES

CONDICIONES PARTICULARES

SEGURO PROTECCIÓN NÓMINA (P)

El Banco Santander Central Hispano, S.A.(P), Sociedad de Agencia de Seguros N° B0049(P) en ejercicio de la actividad que desarrolla como Agente de Seguros de Santander Seguros y Reaseguros, Compañía Aseguradora, S.A., dará traslado a dicha Compañía Aseguradora del presente boletín de adhesión que se formula con arreglo a los siguientes términos:

Núm. de matrícula promotor: _____ Núm. Oficina mediadora: _____

Datos del Tomador / Asegurado

N.I.F. 	Nombre 	Primer Apellido 	Segundo Apellido
------------	------------	---------------------	----------------------

Fecha de nacimiento 	Sexo V <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Estado civil 	Profesión
-------------------------	---	------------------	---------------

Definición del Seguro

FORMA DE PAGO: Mensual (P)

Importe del recibo: (P)

SITUACIÓN LABORAL ACTUAL

Trabajador por cuenta ajena con contrato indefinido. Funcionario Resto de los casos

CAPITAL ASEGURADO: (P)

Fallecimiento por cualquier causa: el importe equivalente a seis veces la retribución mensual garantizada (*).

(1) Desempleo: Esta garantía es de aplicación para trabajadores por cuenta ajena y con contrato indefinido, exceptuados los funcionarios. / (2) Incapacidad Temporal para todo trabajo Esta garantía es de aplicación al resto de personas que no tengan derecho a Desempleo. (1) (En función de la garantía que corresponda se imprimirá la definición (1) ó la (2))

Se aplicará la garantía que corresponda según la situación laboral del Asegurado en la fecha de ocurrencia del siniestro.

(* Se entiende como retribución mensual garantizada la definida en el apartado de Definiciones de la Nota Informativa.

Datos de la Cuenta de Cargo

El Tomador autoriza a la entidad bancaria cuyo código consta a continuación, a que cargue los recibos expedidos por Santander Seguros y Reaseguros, por razón del seguro solicitado, en la cuenta, de la que el Tomador es titular.(P)

Nº cuenta bancaria _____

Beneficiarios (del Asegurado)

En caso de fallecimiento del Asegurado:

Beneficiario 1:

Beneficiario 2:

Beneficiario 3:

Si no existe designación expresa, los beneficiarios serán: el cónyuge o hijos o padres o hermanos o herederos legales por defecto.

En caso de Incapacidad Temporal o Desempleo: El Propio Asegurado (P)

Declaración de Estado de Salud (P)

Yo, _____, declaro que en la actualidad no estoy de baja laboral y que no padezco ninguna enfermedad, infección VIH, ni he sufrido ningún accidente que me obligue a realizar ningún tipo de tratamiento .

El Tomador/Asegurado suscribe en su integridad y por medio de su firma, la Declaración de Estado de Salud, quedando enterado que, cualquier ocultación o falsedad intencionada por su parte, supondrá la pérdida del derecho a la indemnización en caso de siniestro. Asimismo, en el caso de ampliación o rectificación de la Declaración de Estado de Salud, autoriza a los Servicios Médicos de la Compañía a consultar de manera confidencial con los facultativos que les hayan atendido, reservándose la Compañía Aseguradora el derecho a la recepción o rehúse de la presente Solicitud de Seguro. Asimismo manifiesta conocer y acepta expresamente el contenido de las información recogida en la presente Solicitud de Seguro y en la Nota Informativa que figura en el reverso de la

misma. La condición de Asegurado y, por tanto, la efectividad de los datos de esta Solicitud, queda condicionada a la aceptación del seguro por parte de la Compañía Aseguradora.

En _____ a _____ de _____ de _____

(P)BANCO SANTANDER CENTRAL HISPANO, S.A.

El Tomador/Asegurado

Sociedad de Agencia de Seguros nº B0049(P) de

Por poder

NOTA INFORMATIVA DEL SEGURO PROTECCIÓN NÓMINA

Datos de la Compañía Aseguradora

Santander Seguros y Reaseguros, Compañía Aseguradora, S.A., C.I.F. nº A-46003273 y domicilio social en Avenida de Cantabria, s/n, Ciudad Grupo Santander, 28660 Boadilla del Monte, Madrid, España.

Definiciones

Retribución mensual garantizada: Se entiende como retribución mensual garantizada:

- Para trabajadores incluidos en el Régimen General de la Seguridad Social: El resultante de dividir entre 14 el importe anual de la Base de Cotización de Contingencias Comunes (B.C.), deducidas las cotizaciones sociales y los impuestos. **La B.C.** anual se calculará multiplicando por 12 la menor de las que figuren en las 2 últimas nóminas anteriores a la fecha del siniestro. **Las cotizaciones sociales** se calcularán aplicando sobre el importe anual de la B.C. los porcentajes de cotización a cargo del trabajador por contingencias comunes y desempleo. **Los impuestos** se calcularán aplicando sobre el importe anual de la B.C. el mayor de los porcentajes de retención a cuenta del I.R.P.F. de los que figuren en las 2 últimas nóminas anteriores a la fecha del siniestro.
- Para trabajadores incluidos en el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos y resto de trabajadores incluidos en la cobertura de la póliza: El resultante de dividir entre 12 el 75% del importe anual de la Base de Cotización de Contingencias Comunes (B.C). **La B.C.** anual se calculará multiplicando por 12 la menor de las que figuren en las 2 últimos Boletines de Cotización anteriores a la fecha del siniestro

La retribución mensual garantizada tiene un límite máximo de 3.000 EUR y un límite mínimo de 500 EUR, ambos límites se podrán revalorizar anualmente según el IPC.

Garantías del Seguro

Fallecimiento por cualquier causa: el importe equivalente a seis veces la retribución mensual garantizada.

Desempleo o Incapacidad Temporal para todo trabajo: La Compañía Aseguradora pagará mensualmente al Beneficiario, con el límite máximo de 6 pagos para un mismo siniestro y de 12 pagos totales por póliza, el importe resultante de multiplicar, por cada día que haya permanecido en dicha situación en ese mes, una cantidad equivalente a 1/30 del 25% de la retribución mensual garantizada.

Desempleo es de aplicación a todas aquellas personas físicas que mantengan una relación laboral por cuenta ajena de carácter indefinido. Quedan excluidos los funcionarios dependientes de cualquiera de las Administraciones Públicas. Incapacidad Temporal (por enfermedad o accidente) es de aplicación a todas aquellas personas que no puedan estar cubiertas por Desempleo y a los fijos discontinuos en los periodos en los que carezcan de ocupación efectiva. Se excluyen los trabajadores temporales en los periodos de no ocupación.

Existe un periodo de carencia de 90 días desde la fecha de efecto de la póliza en el que no se otorga ninguna prestación, excepto en caso de Incapacidad Temporal por accidente. En caso de situaciones de Desempleo o Incapacidad Temporal subsiguientes a la primera, sólo se tendrá derecho al pago de la prestación si para Desempleo se ha estado vinculado de forma activa a una relación laboral por un periodo mínimo de seis meses y para Incapacidad Temporal si ha transcurrido un periodo mínimo de un mes, siempre que se trate de distinta causa, excepto en caso de Incapacidad Temporal por Accidente. En caso contrario no se abonará en razón de nueva situación de Incapacidad Temporal cantidad alguna. Cualquier indemnización comenzará a pagarse a partir del trigésimo primer día contado desde la fecha de inicio del Desempleo o la Incapacidad Temporal.

Las garantías de Desempleo e Incapacidad Temporal son excluyentes entre si.

Condiciones Limitativas

La contratación del seguro sólo podrá efectuarse por aquellas personas físicas que a la fecha de contratación hayan cumplido 18 años y no hayan alcanzado los 60 años, que estén trabajando remuneradamente en territorio español y estén dados de alta en la Seguridad Social.

General: No se entenderá por enfermedad a efectos de este seguro el embarazo, parto o aborto o complicaciones derivadas de estos conceptos y los periodos de descanso voluntario y obligatorio que procedan en caso de maternidad, ni la situación de excedencia solicitada por el Asegurado.

Para Fallecimiento: quedan excluidos de esta garantía, además de los siniestros indicados en las Condiciones Generales, Especiales y Particulares, los que resulten o sean consecuencia de las siguientes situaciones:

- Reacción o radiación nuclear y contaminación radioactiva.
- Los producidos cuando el Asegurado se encuentre bajo la influencia de alcohol en la sangre, drogas o estupefacientes no prescritos médicamente.
- Los acaecidos en navegación submarina y en viajes de exploración o por vía aérea, en cualquier clase de aeronaves no autorizadas para el transporte de pasajeros y en que el Asegurado ocupe, no obstante, plaza como tal, así como planeadores y vuelos delta.

-Intervención del Asegurado en competencias de velocidad o habilidad notoriamente temerarias por tierra, mar o aire, que no sean consecuencia de la profesión habitual del Asegurado declarada en la Solicitud del Seguro.

- Las consecuencias de enfermedad o accidente originados con anterioridad a la entrada en vigor de este Seguro, conocidas por el Asegurado.

- Participación directa del Asegurado en guerra civil o internacional que se desarrolle en territorio nacional o extranjero.

El riesgo de suicidio queda cubierto a partir del transcurso de un año desde la toma de efecto de la Póliza de Seguro.

Para Desempleo: quedan excluidos de esta garantía y no se considera que estén en Desempleo los Asegurados que se encuentren en cualquiera de las siguientes situaciones laborales, además de las indicadas en las Condiciones Generales, Especiales y Particulares:

-Cuando cesen voluntariamente en el trabajo, salvo por las causas previstas en los artículos 40, 41 y 50 del Estatuto de los Trabajadores o siendo despedidos, no reclamen en tiempo y forma oportunos, salvo por extinción del contrato o despido basado en las causas objetivas previstas en el artículo 52 del Estatuto de los Trabajadores.

-Cuando el despido sea legalmente procedente, o siendo declarado improcedente o nulo por sentencia firme y comunicada por el empleador la fecha de reincorporación al trabajo, no se ejerza tal derecho por parte del Asegurado o no se haga uso, en su caso, de las acciones previstas en la legislación vigente.

-Cuando no se solicite el reingreso al puesto de trabajo en el plazo y tiempo oportunos siempre que la opción entre indemnización o readmisión correspondiera al trabajador, cuando fuera delegado sindical o representante legal de los trabajadores, o se estuviera en excedencia y venciera el período fijado para la misma.

-Cuando se extinga el contrato por expiración del tiempo convenido y/o realización de la obra o servicio objeto del mismo o por jubilación del empresario individual del Asegurado o bien si el desempleo se produce después de que el Asegurado haya alcanzado la edad legal de jubilación.

-Si la relación laboral lo fuera con una empresa propiedad de su ámbito familiar, así como en los casos en que el Asegurado o un familiar suyo fuera administrador de la Empresa, y también si el Asegurado fuera socio o accionista con presencia directa en los órganos de administración de la sociedad.

-Si el Asegurado rechaza un puesto alternativo de similares características, teniendo en cuenta la formación, experiencia y ubicación de dicho puesto.

-Los trabajadores fijos de carácter discontinuo en los períodos en que carezcan de ocupación efectiva.

-Mientras el Asegurado perciba o tenga derecho a percibir un salario por parte del empleador.

-Asimismo, el Asegurado no tiene derecho al cobro de las prestaciones por Desempleo si no está percibiendo la prestación de desempleo de nivel contributivo del INEM, o ésta se recibe en forma de Pago Unico, o si dentro del periodo de carencia tiene conocimiento de su posible paso a situación de desempleo o si inmediatamente antes de la fecha de inicio del desempleo, no ha tenido relación laboral durante un período continuado de, al menos, seis meses o ha estado vinculado por una relación laboral en la que el despido es una característica regular o recurrente o en caso de que el Asegurado conociera o debiera conocer su paso inmediato a situación de desempleo o si el Asegurado en el momento de la contratación del Seguro, tiene conocimiento de estar incurso en alguna causa determinante de situación de Desempleo.

Para Incapacidad Temporal: quedan excluidos de esta garantía, además de los excluidos para caso de Fallecimiento y de los indicados en las Condiciones Generales, Especiales y Particulares, los siniestros que resulten o sean consecuencia de las siguientes situaciones:

-Lesiones o enfermedades auto inflingidas o causadas voluntariamente por el Asegurado, así como los que ocurran en estado de perturbación mental, sonambulismo o en desafío, lucha o riña, así como los derivados de una actuación delictiva del Asegurado, declarada judicialmente.

-Las patologías secundarias a las herniaciones y las lesiones derivadas de alteraciones o defectos musculoesqueléticos y las enfermedades psiquiátricas, mentales o nerviosas, incluyendo el estrés y afecciones similares.

- Períodos de observación y sus asimilados o equivalentes en casos de enfermedad cuando no se esté impedido para el trabajo en los términos descritos en la Póliza.

-Las intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos y/u odontológicos que no sean esenciales por razones médicas y sean demandados por el Asegurado por razones psicológicas, personales y/o estéticas, siempre que no se deban a secuelas de accidentes producidos con posterioridad a la fecha de efecto del Seguro.

-Las consecuencias o secuelas psíquicas de un accidente, o las derivadas o relacionadas de forma directa o indirecta con epidemias oficialmente declaradas o las curas de reposo, termales o dietéticas.

Duración

La duración máxima de este seguro es de 10 años, y como máximo hasta el final de la anualidad en que el Asegurado cumpla 60 años, reservándose la Compañía Aseguradora el derecho de prorrogarlo o no al vencimiento de este plazo. En todo caso, las sucesivas prórrogas no podrán ser superiores a un año cada vez.

Condiciones, Plazos y Vencimientos de las Primas

El seguro se pagará de forma mensual, mediante cargo en la cuenta de domiciliación. Las fracciones de prima tendrán poder liberatorio. La prima del seguro de la primera anualidad será la que se indique en las Condiciones Particulares, pudiendo revalorizarse anualmente según el IPC. **La Compañía Aseguradora se reserva el derecho de revisar la tarifa de prima aplicada al presente seguro, en el caso de que no se cumplan las hipótesis establecidas para su cálculo en las Bases Técnicas del producto, a disposición de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, lo cual será comunicado oportunamente al Tomador.**

Condiciones de Rescisión

En caso de reserva o inexactitud del Asegurado sobre las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo, la Compañía Aseguradora podrá rescindir el contrato en declaración dirigida al Tomador en el plazo de un mes a contar desde el conocimiento de dicha reserva o inexactitud.

En caso de que se produzca la agravación del riesgo se estará a lo establecido en el art. 12 de la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro.

Si por culpa del Asegurado el primer recibo de prima no ha sido pagado a su vencimiento, la Compañía Aseguradora podrá resolver el contrato quedando liberada del pago de la prestación en caso de producirse el siniestro. Los sucesivos recibos se abonarán a su vencimiento concediéndose un plazo de gracia de 30 días para hacerlos efectivos. Transcurrido dicho plazo sin haberse efectuado el pago, la cobertura del seguro quedará suspendida. Si no se reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido. Si el contrato no hubiera sido resuelto o extinguido conforme a los párrafos anteriores, la cobertura volverá a tener efecto a las 24 horas del día en que el Tomador pague su prima.

Derecho de Resolución Anticipada

De acuerdo al art. 83 a) de la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro, el Tomador tiene la facultad de resolver el contrato dentro de los treinta días siguientes a la fecha de haber recibido la Póliza, debiendo ejercitarse por escrito.

Régimen Fiscal Aplicable

Prestación de Fallecimiento: Está sujeta al Impuesto de Sucesiones y Donaciones (según Ley 29/1987, de 18 de diciembre).

Prestación de Desempleo e Incapacidad Temporal: Se considera Ganancia Patrimonial, debiendo incluirse en la declaración del IRPF (según RDL 3/2004, de 5 de marzo y RD 1775/2004, de 30 de julio).

Información sobre la legislación aplicable al contrato de seguro

El presente contrato de seguro queda sometido a las disposiciones contenidas en la Ley 50/80, de 8 de octubre del Contrato de Seguro, 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 Seguros Privados y el Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre que recoge el Reglamento de Ordenación y Supervisión de Seguros Privados, así como por cuantas normas sustituyan, desarrollen o complementen los mencionados preceptos.

Instancias para presentar reclamaciones

En caso de divergencias sobre la interpretación del presente contrato de seguro, se podrá, previa reclamación al Servicio de Atención a Clientes de la Compañía Aseguradora, realizar reclamaciones a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

La Compañía Aseguradora se encuentra adherida al Reglamento de Defensa del Cliente aprobado por el Grupo Santander, debiendo dirigirse mediante reclamación escrita al Servicio de Atención al Cliente, Ciudad Grupo Santander, Avda. de Cantabria, s/n 28660 – Boadilla del Monte (Madrid) o al Defensor del Cliente al apartado de correos 14019, 28080 – Madrid.

Protección de Datos de Carácter Personal

El Asegurado, queda informado de que sus datos personales, a los que la Compañía Santander Seguros y Reaseguros, Compañía Aseguradora, S.A. tenga acceso como consecuencia de consultas, transacciones, operaciones, solicitud de seguro, contratación de productos y servicios que tengan lugar por cualquier medio, o de procesos informáticos respecto de datos ya registrados, se incorporan al correspondiente fichero de la Compañía Aseguradora, autorizando a ésta al tratamiento de los mismos para su utilización en relación con el desenvolvimiento de este contrato, la oferta y contratación con el cliente de los productos y servicios de la

Compañía Aseguradora, así como para el desarrollo de acciones comerciales, sean de carácter general o adaptadas a sus características personales. Esta información podrá ser cedida en todo o en parte y en la medida que sea necesario, a otras Entidades Aseguradoras con el objeto de facilitar la tramitación de siniestros o por razones de coaseguro o reaseguro, así como a otras Instituciones Colaboradoras con el sector asegurador con fines estadísticos y de lucha contra el fraude. Asimismo, el Tomador y el Asegurado consienten expresamente el tratamiento de los datos relativos a su salud en relación con la formalización y cumplimiento del seguro de vida solicitado y su cesión a otras entidades aseguradoras a los exclusivos fines de la formalización del seguro de vida solicitado, su coaseguro o reaseguro. Los interesados autorizan la comunicación o cesión de los datos de carácter personal (excluidos los relativos a la salud) a las Sociedades pertenecientes al Grupo Santander con el objeto descrito en el párrafo primero. Asimismo, los interesados quedan informados de que dicha cesión se produce en este mismo momento a las Sociedades cuya denominación y domicilio social se indican a continuación, en el que se expresa el tipo de actividad que aquellas desarrollan. En el caso de cesiones posteriores a favor de otras Sociedades del Grupo, las partes convienen que la Compañía Aseguradora comunique tales cesiones al interesado en la forma habitual utilizada para informarle de los productos que tenga contratados con la Compañía Aseguradora. El interesado queda informado de su derecho de oposición, acceso, rectificación y cancelación, respecto de sus datos personales en los términos previstos en la Ley, pudiendo ejercitar este derecho por escrito mediante carta dirigida a Santander Seguros y Reaseguros, Compañía Aseguradora, S.A., Ciudad Grupo Santander, Avenida de Cantabria s/n, Boadilla del Monte (Madrid). La entrega de los datos solicitados en relación con el presente documento es obligatoria, siendo responsable del fichero Santander Seguros y Reaseguros, Compañía Aseguradora, S.A., con domicilio a estos efectos en la dirección antes indicada.

EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN LA LEY ORGÁNICA DE PROTECCIÓN DE DATOS, SEGUIDAMENTE SE RELACIONAN LAS SOCIEDADES DEL GRUPO SANTANDER A LAS CUALES SE REALIZA LA CESIÓN DE DATOS PERSONALES

- Banco Santander Central Hispano, S.A. Domicilio: Paseo de Pereda, 9-12 – 39004 SANTANDER Actividad: Entidad de Crédito.

- Santander Carteras, S.A., Sociedad Gestora de Carteras. Domicilio: Ciudad Grupo Santander. Camino Alto de Madrid s/n - 28660 Boadilla del Monte (Madrid). Actividad: Gestión de carteras de valores de terceros.

- Santander Factoring y Confirming, S.A. E.F.C. Domicilio: Ciudad Grupo Santander. Avenida de Cantabria s/n - 28660 Boadilla del Monte (Madrid). Actividad: Actividades de préstamo y de crédito, factoring. Arrendamiento financiero y no financiero.

- Santander Gestión de Activos, S.A. S.G.I.I.C. Domicilio: Ciudad Grupo Santander. Avenida de Cantabria s/n - 28660 Boadilla del Monte (Madrid). Actividad: Administración y representación de Instituciones de Inversión Colectiva y Fondos de Inversión.

- Santander de Titulización, S.G.F.T., S.A. Domicilio: Ciudad Grupo Santander. Avenida de Cantabria s/n - 28660 Boadilla del Monte (Madrid). Actividad: Constitución, administración y representación de Fondos de Titulización Hipotecaria.

- Hipotebansa, Establecimiento Financiero de Crédito, S.A. Domicilio: Ciudad Grupo Santander. Avenida de Cantabria s/n - 28660 Boadilla del Monte (Madrid). Actividad: Realización de actividades de préstamo y crédito.

- Santander Pensiones, S.A., E.G.F.P. Domicilio: Ciudad Grupo Santander. Avenida de Cantabria s/n - 28660 Boadilla del Monte (Madrid). Actividad: Administración de fondos de pensiones.

- Santander de Renting, S.A. Domicilio: Ciudad Grupo Santander. Avenida de Cantabria s/n - 28660 Boadilla del Monte (Madrid). Actividad: Adquisición de bienes para su explotación en régimen de arrendamiento.

- Bansalease, S.A., E.F.C. Domicilio: Ciudad Grupo Santander. Avenida de Cantabria s/n - 28660 Boadilla del Monte (Madrid). Actividad: Arrendamiento financiero y no financiero

- Santander de Leasing, S.A., E.F.C. Domicilio: Ciudad Grupo Santander. Avenida de Cantabria s/n - 28660 Boadilla del Monte (Madrid). Actividad: Arrendamiento financiero no financiero

El Tomador/Asegurado

SEGURO PROTECCIÓN NÓMINA

CONDICIONES GENERALES

SEGURO PROTECCIÓN NÓMINA

Contenido

<i>Capítulo/Sección</i>	<i>Página</i>
CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO INDIVIDUAL	29
ARTÍCULO PRELIMINAR:	29
ARTICULO PRIMERO: PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL CONTRATO	32
ARTÍCULO SEGUNDO: DEFINICIONES	32
ARTÍCULO TERCERO: OBJETO DEL SEGURO	33
ARTÍCULO CUARTO: BASES DEL CONTRATO	33
ARTÍCULO QUINTO: SUPUESTO ESPECIAL DE RESOLUCIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO	33
ARTÍCULO SEXTO: DOCUMENTACIÓN DEL CONTRATO	34
ARTÍCULO SÉPTIMO: PRIMAS DEL SEGURO	34
ARTÍCULO OCTAVO: REHABILITACION	35
ARTÍCULO NOVENO: MODIFICACIONES EN EL RIESGO ASEGURADO	37
ARTÍCULO DECIMO: PRESTACIONES ASEGURADAS	37
ARTÍCULO ONCE: RIESGOS EXCLUÍDOS	40
ARTÍCULO DOCE: VALORES GARANTIZADOS	40
ARTÍCULO TRECE: DESIGNACIÓN Y CAMBIO DE BENEFICIARIOS	40
ARTÍCULO CATORCE: COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES QUE INTERVIENEN EN EL CONTRATO	42
ARTÍCULO QUINCE: INDISPUTABILIDAD	42
ARTÍCULO DIECISÉIS: CESIÓN Y PIGNORACIÓN DE LA PÓLIZA	42
ARTÍCULO DIECISIETE: TRANSFORMACIÓN DEL SEGURO	43
ARTÍCULO DIECIOCHO: INSTANCIAS PARA PRESENTAR RECLAMACIONES	43
ARTÍCULO DIECINUEVE: JURISDICCIÓN COMPETENTE	43
ARTÍCULO VEINTE: TRIBUTOS Y RECARGOS	43
ARTÍCULO VEINTIUNO: PRESCRIPCIÓN	43

ARTÍCULO VEINTIDOS: CLÁUSULA DE COBERTURA DE RIESGOS EXTRAORDINARIOS (Resolución de 28 de mayo de 2004 de la D.G.S. y P.)	43
ARTÍCULO VEINTITRES: AGENTE	48

CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO INDIVIDUAL

En cumplimiento de lo dispuesto en el Art. 60 de la Ley 30/95 de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, la Compañía Aseguradora informa al Tomador del seguro que corresponde al Estado Español a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía, el control de la actividad de la Compañía Aseguradora y que el Tomador podrá denunciar ante dicho organismo, aquellas prácticas de la Compañía Aseguradora que considere abusivas o afecten a los derechos derivados del Contrato de Seguro.

El presente Contrato de Seguro se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de Octubre de Contrato de Seguro, por 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 Seguros Privados, por el Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de Seguros Privados y por lo convenido en las Condiciones Generales, Especiales y Particulares de este Contrato, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados que no sean especialmente aceptadas por el Tomador del Seguro y/o el Asegurado, como pacto adicional a las Condiciones Particulares. No requerirán dicha aceptación las meras transcripciones o referencias a preceptos legales. Ha sido redactado de forma que su lectura proporcione una guía que facilite, en cualquier momento de la vida del Contrato de Seguro, la información necesaria para que las personas que intervienen en la relación jurídica que surge de este Contrato conozcan sus derechos y obligaciones.

ARTÍCULO PRELIMINAR:

El tomador, y, en su caso, el asegurado, queda/n informado/s de que sus datos personales, a los que la Compañía Santander Seguros y Reaseguros, Compañía Aseguradora, S.A. tenga acceso como consecuencia de consultas, transacciones, operaciones, solicitud de seguro, contratación de productos y servicios que tengan lugar por cualquier medio, o de procesos informáticos respecto de datos ya registrados, se incorporan al correspondiente fichero de la Compañía Aseguradora, autorizando a ésta al tratamiento de los mismos para su utilización en relación con el desenvolvimiento de este contrato, la oferta y contratación con el cliente de los productos y servicios de la Compañía Aseguradora, así como para el desarrollo de acciones comerciales, sean de carácter general o adaptadas a sus características personales.

Esta información podrá ser cedida en todo o en parte y en la medida que sea necesario, a otras Entidades Aseguradoras con el objeto de facilitar la tramitación de siniestros o por razones de coaseguro o reaseguro, así como a otras Instituciones Colaboradoras con el sector asegurador con fines estadísticos y de lucha contra el fraude.

Asimismo, el tomador y el asegurado consienten expresamente el tratamiento de los datos relativos a su salud en relación con la formalización y cumplimiento del seguro de vida solicitado y su cesión a otras entidades aseguradoras a los exclusivos fines de la formalización del seguro de vida solicitado, su coaseguro o reaseguro.

Los interesados autorizan la comunicación o cesión de los datos de carácter personal (excluidos los relativos a la salud) a las Sociedades pertenecientes al Grupo Santander con el objeto descrito en el párrafo primero. Asimismo, los interesados quedan informados de que dicha cesión se produce en este mismo momento a las Sociedades cuya denominación y domicilio social se indican a continuación, en el que se expresa el tipo de actividad que aquellas desarrollan. En el caso de cesiones posteriores a favor de otras Sociedades del Grupo, las partes convienen que la Compañía Aseguradora comunique tales cesiones al interesado en la forma habitual utilizada para informarle de los productos que tenga contratados con la Compañía Aseguradora. El

interesado queda informado de su derecho de oposición, acceso, rectificación y cancelación, respecto de sus datos personales en los términos previstos en la Ley, pudiendo ejercitar este derecho por escrito mediante carta dirigida a Santander Seguros y Reaseguros, Compañía Aseguradora, S.A., Ciudad Grupo Santander, Avenida de Cantabria s/n, Boadilla del Monte (Madrid). La entrega de los datos solicitados en relación con el presente documento es obligatoria, siendo responsable del fichero Santander Seguros y Reaseguros, Compañía Aseguradora, S.A., con domicilio a estos efectos en la dirección antes indicada.

EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN LA LEY ORGÁNICA DE PROTECCIÓN DE DATOS, SEGUIDAMENTE SE RELACIONAN LAS SOCIEDADES DEL GRUPO SANTANDER A LAS CUALES SE REALIZA LA CESIÓN DE DATOS PERSONALES

- Banco Santander Central Hispano, S.A.
Domicilio: Paseo de Pereda, 9-12 – 39004 SANTANDER
Actividad: Entidad de Crédito.
- Santander Carteras, S.A., Sociedad Gestora de Carteras.
Domicilio: Ciudad Grupo Santander. Camino Alto de Madrid s/n - 28660 Boadilla del Monte (Madrid).
Actividad: Gestión de carteras de valores de terceros.
- Santander Factoring y Confirming, S.A. E.F.C.
Domicilio: Plaza de Manuel Gómez Moreno, 2 - 28020 MADRID
Actividad: Actividades de préstamo y de crédito, factoring. Arrendamiento financiero y no financiero.
- Santander Gestión de Activos, S.A. S.G.I.I.C.
Domicilio: Ciudad Grupo Santander. Avenida de Cantabria s/n - 28660 Boadilla del Monte (Madrid).
Actividad: Administración y representación de Instituciones de Inversión Colectiva y Fondos de Inversión.
- Santander de Titulización, S.G.F.T., S.A.
Domicilio: Ciudad Grupo Santander. Avenida de Cantabria s/n - 28660 Boadilla del Monte (Madrid).
Actividad: Constitución, administración y representación de Fondos de Titulización Hipotecaria.
 - Hipotebansa, Establecimiento Financiero de Crédito, S.A.
Domicilio: Ciudad Grupo Santander. Avenida de Cantabria s/n - 28660 Boadilla del Monte (Madrid).
Actividad: Realización de actividades de préstamo y crédito.
- Santander Pensiones, S.A., E.G.F.P.
Domicilio: Ciudad Grupo Santander. Avenida de Cantabria s/n - 28660 Boadilla del Monte (Madrid).
Actividad: Administración de fondos de pensiones.
- Santander de Renting, S.A.
Domicilio: Ciudad Grupo Santander. Avenida de Cantabria s/n - 28660 Boadilla del Monte (Madrid).
Actividad: Adquisición de bienes para su explotación en régimen de arrendamiento.
- Bansalease, S.A., E.F.C.

Domicilio: Ciudad Grupo Santander. Avenida de Cantabria s/n - 28660 Boadilla del Monte (Madrid).

Actividad: Arrendamiento financiero y no financiero

- Santander de Leasing, S.A., E.F.C.

Domicilio: Ciudad Grupo Santander. Avenida de Cantabria s/n - 28660 Boadilla del Monte (Madrid).

Actividad: Arrendamiento financiero y no financiero

ARTICULO PRIMERO: PERSONAS QUE INTERVIENEN EN EL CONTRATO

1.1.- Compañía Aseguradora. Santander Seguros y Reaseguros, Compañía Aseguradora, S.A., entidad emisora de esta Póliza que, en su condición de Compañía Aseguradora, y mediante el cobro de una prima, asume la cobertura de los riesgos objeto de este contrato, con arreglo a las condiciones de la Póliza.

1.2.- Tomador del Seguro. Es la persona física o jurídica que, juntamente con la Compañía Aseguradora, suscribe este Contrato, y al que corresponden las obligaciones que del mismo se deriven, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por los Asegurados y/o Beneficiarios.

1.3.- Asegurado. La persona o personas físicas sobre las cuales se establece el Seguro.

1.4.- Beneficiario. Es la persona o personas físicas o jurídicas que, previa designación como tal en las Condiciones Particulares de la Póliza, ostentan el derecho a percibir las prestaciones aseguradas en el momento de producirse la contingencia prevista en la Póliza.

ARTÍCULO SEGUNDO: DEFINICIONES

2.1.- Solicitud de Seguro. Es el documento que contiene todos los datos personales del Tomador y del Asegurado y la designación de Beneficiarios.

2.2.- Póliza de Seguro. Es el conjunto de documentos que contiene las condiciones reguladoras del seguro. La Póliza está formada por las presentes Condiciones Generales, las Condiciones Especiales y las Condiciones Particulares que individualizan el riesgo y los suplementos que se emitan durante la vigencia del seguro.

2.3.- Prestación Garantizada. Es el importe garantizado por contrato que tienen derecho a percibir los Beneficiarios designados a la ocurrencia del riesgo objeto de cobertura.

2.4.- Elementos Técnicos del Seguro:

2.4.1.- Prima del seguro: Es el precio del seguro cuyo importe se indica en las Condiciones Particulares. El recibo contendrá, además, los recargos e impuestos que sean de legal aplicación.

2.4.2.- Prima de riesgo: Es la parte de la prima comercial que la Compañía Aseguradora destina a cubrir el riesgo de fallecimiento del Asegurado y de los seguros complementarios que hubiere contratado.

2.4.3.- Valor de acumulación. Es el valor del fondo de ahorro alcanzado por la inversión de las primas del seguro, descontando los gastos y la prima de riesgo correspondientes. Será de aplicación para los seguros que tengan valor de rescate.

2.4.4.- Gastos de gestión. La Compañía Aseguradora deducirá de las primas del seguro y/o del valor de acumulación de la Póliza, el importe de gastos de gestión que figura en las bases técnicas a disposición de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

2.4.5.- Capital asegurado. Es la cantidad establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza, que representa el límite máximo de la indemnización para cada una de las garantías.

2.4.6.- Edad Actuarial. A efectos contractuales, se entenderá por edad actuarial del Asegurado a una determinada fecha, la edad del cumpleaños más próximo en el tiempo, sea anterior o posterior, a la referida fecha.

2.4.7.- Interés Técnico. Es la tasa de interés anual a la cual se capitalizan las primas durante la vigencia del seguro, una vez descontada la prima de riesgo correspondiente. Será de aplicación para los seguros con garantía de tipo de interés.

2.4.8.- Rescate. El rescate "total" de una Póliza implica la extinción de sus garantías, percibiendo a cambio el Tomador el importe del rescate indicado en las Condiciones Particulares. Si el rescate es "parcial", el valor de acumulación de la Póliza se verá minorado por el importe que corresponda, manteniéndose las garantías del seguro en vigor por el valor de acumulación restante.

ARTÍCULO TERCERO: OBJETO DEL SEGURO

Por el presente contrato, la Compañía Aseguradora se obliga al pago de la prestación garantizada a los Beneficiarios designados en las Condiciones Particulares y/o suplementos a las mismas, en caso de ocurrencia de los riesgos cubiertos.

ARTÍCULO CUARTO: BASES DEL CONTRATO

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

4.1.- Toma de efecto y duración del Contrato.

El contrato se perfecciona mediante el consentimiento de las partes contratantes, que se manifiesta con su firma. La cobertura contratada y sus modificaciones tomarán efecto en la fecha y hora indicadas en las Condiciones Particulares, siempre que haya sido satisfecho el primer recibo de prima, salvo que se hubiese acordado diferir su pago.

En caso de demora en el cumplimiento de este requisito, las obligaciones de la Compañía Aseguradora comenzarán a partir de las 24 horas del día en que la firma y pago se hayan producido.

El seguro será nulo si en el momento de su conclusión no existe el riesgo o ha ocurrido el siniestro.

El seguro se estipula por el periodo de tiempo previsto en las Condiciones Especiales y/o Particulares de la Póliza, salvo que con anterioridad al vencimiento del mismo, ocurra el siniestro o contingencia que extingue las garantías del seguro, o el Tomador haga uso de su derecho de rescate si lo tuviere.

ARTÍCULO QUINTO: SUPUESTO ESPECIAL DE RESOLUCIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO

5.1.- Según se establece en el art. 83 a) de la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro, cuando el Tomador reciba la Póliza, podrá examinarla y, si no le satisface plenamente, tiene la facultad de resolver el contrato dentro de los treinta días siguientes a esa fecha.

5.2.- La facultad unilateral de resolución del contrato deberá ejercitarse por escrito expedido por el Tomador en el plazo indicado y producirá *sus efectos* desde el día de su expedición.

A partir de esa fecha, cesará la cobertura del riesgo por parte de la Compañía Aseguradora y el Tomador tendrá derecho a:

- En caso de que el Tomador asuma el riesgo de la inversión de la Póliza: La devolución del valor de acumulación alcanzado al siguiente día hábil bursátil al de la solicitud de resolución, incrementado en los gastos que le hubieran sido repercutidos, salvo la parte correspondiente al tiempo en el que el contrato hubiera tenido vigencia.
- En cualquier otro caso: La devolución de la prima pagada.

ARTÍCULO SEXTO: DOCUMENTACIÓN DEL CONTRATO

6.1.- Se denomina Póliza al conjunto de documentos en que se recogen los datos y pactos del Contrato. Se compone de:

6.1.1.- Las presentes Condiciones Generales del Contrato de Seguro que regulan los derechos y deberes de las partes con relación al nacimiento, vida y extinción del Contrato y a los diversos acontecimientos y situaciones que pueden producirse en dichas etapas.

6.1.2.- Las Condiciones Especiales que regulan el alcance de la garantía que, mediante el Contrato, proporciona la Compañía Aseguradora.

6.1.3.- Las Condiciones Particulares que recogen los datos propios e individuales de las partes contratantes y del Seguro.
Las modificaciones a las Condiciones Particulares se recogerán en suplementos que formarán asimismo parte del Contrato.

6.1.4.- Solicitud de Seguro, en la que se recogen los datos personales del Tomador y de los Asegurados y datos del Seguro, así como la voluntad y aceptación, respectivamente, a la formalización del contrato.

6.2.- La Compañía Aseguradora ha celebrado el presente Contrato de Seguro de acuerdo con la solicitud del Tomador del Seguro y en base a las declaraciones del Asegurado o Asegurados, únicos datos conocidos por la Compañía Aseguradora, de ahí la importancia de una exacta y correcta declaración.

6.3.- Ante todo, la Póliza debe ser leída con detenimiento, poniendo especial atención en la lectura de posibles condiciones limitativas de los derechos de los Asegurados, que el Tomador del Seguro y el Asegurado o Asegurados declaran conocer y aceptar expresamente con su firma. **El Tomador del Seguro, una vez que reciba la Póliza, debe comprobar que todos los datos y pactos son correctos. En caso de no serlo, el Tomador del Seguro podrá pedir, en el plazo de un mes, la rectificación de los errores. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la declaración, se estará a lo dispuesto en la Póliza.**

ARTÍCULO SÉPTIMO: PRIMAS DEL SEGURO

La prima única y/o periódica correspondiente a este Contrato, junto con los recargos e impuestos legalmente repercutibles, será exigible al Tomador del seguro el día de su vencimiento, contra recibo librado por la Compañía Aseguradora y en el domicilio social de ésta última, salvo pacto en contrario en las Condiciones Particulares.

7.1- La primera prima será exigible conforme a los artículos 14 y 15 de la Ley de Contrato de Seguro, una vez firmado el Contrato; si no hubiera sido pagado por culpa del Tomador, la Compañía Aseguradora tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago por vía ejecutiva en base a la Póliza, y si no hubiera sido pagada antes de que se produzca el siniestro, la Compañía Aseguradora quedará liberada de su obligación, salvo pacto en contrario, recogido en Condiciones Particulares.

7.2.- En caso de falta de pago de la segunda o sucesivas primas, y salvo que en las Condiciones Especiales de la Póliza se disponga de otra forma, la cobertura de la Compañía Aseguradora queda suspendida un mes después del día de su vencimiento, y si no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes a dichos vencimientos, se entenderá que el contrato queda extinguido. 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 pague la misma. En cualquier caso, la Compañía Aseguradora cuando el Contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del período en curso.

7.3.- En los seguros en los que el Tomador asume el riesgo de la inversión, si en algún momento durante la vigencia de la Póliza, ésta llegara a tener un valor de acumulación igual o inferior a cero, la cobertura de la Póliza quedará extinguida, hecho que la Compañía Aseguradora comunicará al Tomador por escrito.

7.4.- Las primas deberán hacerse efectivas anticipadamente, es decir, al inicio de cada periodo de pago.

7.5.- En las Condiciones Particulares podrá convenirse el pago de los recibos de prima por medio de domiciliación o cargo en cuentas abiertas en bancos o cajas de ahorro. Si se determina la domiciliación bancaria de los recibos de prima, se aplicarán las siguientes normas:

- a) El Tomador del Seguro entregará a la Compañía Aseguradora autorización escrita dirigida al establecimiento bancario, dando la orden oportuna al efecto.
- b) La prima se entenderá satisfecha a su vencimiento, salvo que, intentado el cobro dentro del plazo de gracia, no existiesen fondos suficientes en la cuenta designada.
- c) Si la Compañía Aseguradora dejase transcurrir el plazo de gracia sin presentar el recibo al cobro, o al hacerlo no existiesen fondos suficientes en la cuenta; aquella deberá notificar de forma indubitada tal hecho al obligado a pagar la prima, concediéndose un nuevo plazo de treinta días naturales para que pueda satisfacer su importe en la forma que comunique a la Compañía Aseguradora.
Este plazo se computará desde la recepción de la mencionada notificación en el último domicilio comunicado a la Compañía Aseguradora.

ARTÍCULO OCTAVO: REHABILITACION

El Tomador tiene derecho a rehabilitar el seguro, cuando éste se encuentre en el período de suspensión de cobertura o garantías, debiendo cumplir las siguientes condiciones:

- **Pago de los recibos de prima atrasados, con un interés superior en dos puntos al interés legal del dinero vigente a la fecha de rehabilitación.**
- **Facilitar las pruebas que, a juicio de la Compañía Aseguradora, sean suficientes para demostrar que, en el momento de la rehabilitación, el Asegurado cumple las condiciones exigidas para la contratación de esta Póliza de seguro, que afectan a la valoración del riesgo asegurable.**

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

ARTÍCULO NOVENO: MODIFICACIONES EN EL RIESGO ASEGURADO

El Tomador del Seguro o el Asegurado, durante el curso del Contrato, deberán comunicar a la Compañía Aseguradora, tan pronto como sea posible, todas las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por ésta en el momento de la perfección del Contrato no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

Tendrán la consideración de agravaciones del riesgo:

- **El cambio de actividad u ocupación del Asegurado, aún de carácter temporal, que signifique un mayor riesgo de accidente respecto a la situación declarada previamente a la Compañía. No obstante, no tendrán tal consideración los trabajos o reparaciones domésticas realizadas sin fines lucrativos.**
- **La incapacidad o invalidez de tipo permanente y las enfermedades de carácter crónico sobrevenidas al Asegurado por hechos no amparados por esta Póliza.**

La agravación del riesgo podrá o no ser aceptada por la Compañía Aseguradora y se le aplicarán las normas siguientes:

1. En caso de aceptación, la Compañía Aseguradora propondrá al Tomador del seguro la modificación correspondiente al Contrato, en el plazo de dos meses, a contar desde el momento en que la agravación haya sido declarada. El Tomador del seguro dispone de quince días desde la recepción de esa proposición para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo o de silencio por parte del Tomador, la Compañía Aseguradora puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el Contrato previa advertencia del Tomador, dándole, para que conteste, un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho siguientes comunicará al Tomador la rescisión definitiva.

2. Si la Compañía Aseguradora no acepta la modificación del riesgo, podrá rescindir el Contrato, comunicándolo al Tomador del Seguro dentro del plazo de un mes a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación.

En caso de que el Tomador del seguro o el Asegurado no hayan efectuado su declaración y sobreviniera un siniestro, la Compañía Aseguradora quedará liberada del pago de la prestación si el Tomador o el Asegurado han actuado con mala fe. En otro caso, la prestación de la Compañía Aseguradora se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

Durante el transcurso del Contrato, el Tomador del seguro o el Asegurado o Asegurados podrán poner en conocimiento de la Compañía Aseguradora todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por aquella en el momento de la perfección del Contrato lo habría concluido en condiciones más favorables.

En tal caso, al finalizar el período en curso cubierto por la prima, la Compañía Aseguradora deberá reducir el importe de la prima futura en la cuantía correspondiente, teniendo derecho el Tomador del seguro, en caso contrario, a la resolución del Contrato y a la devolución de la diferencia entre la prima satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar desde el momento de la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.

ARTÍCULO DECIMO: PRESTACIONES ASEGURADAS

10.1.- La Compañía Aseguradora está obligada a satisfacer la indemnización al término de las investigaciones y peritaciones necesarias para establecer la existencia del siniestro y, en su caso, el grado de invalidez resultante del mismo; la determinación del grado de invalidez se efectuará después de la presentación del certificado médico de incapacidad.

En cualquier supuesto, la Compañía Aseguradora deberá efectuar, dentro de los cuarenta días a partir de la fecha de la declaración del siniestro, el pago del importe mínimo de lo que puede deber, según las circunstancias por ella conocidas.

La Compañía Aseguradora incurrirá en mora cuando no hubiere pagado la prestación en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro o no hubiere procedido al pago del importe mínimo de lo que pueda deber dentro de los cuarenta días a partir de la recepción de la declaración del siniestro.

La indemnización por mora se impondrá de oficio por el órgano judicial y consistirá en el pago de un interés anual igual al interés legal del dinero vigente en el momento en que se devengue, incrementado en el 50 por 100; estos intereses se considerarán producidos por días, sin necesidad de reclamación judicial.

No obstante, transcurridos dos años desde la producción del siniestro, el interés anual no podrá ser inferior al 20 por 100.

10.2.- Al ocurrir un siniestro, el Tomador del Seguro, el Asegurado o Asegurados o los Beneficiarios están obligados a:

- a) Emplear los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del siniestro. **Si este incumplimiento se produjera con la manifiesta intención de perjudicar o engañar a la Compañía Aseguradora, ésta quedará liberada de toda prestación derivada del siniestro.**
- b) Comunicar el acaecimiento del siniestro a la Compañía Aseguradora dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido, salvo que se fije uno más amplio en las Condiciones Particulares de la Póliza.

En caso de incumplimiento de esta obligación, la Compañía Aseguradora podrá reclamar los daños y perjuicios causados por falta de declaración del siniestro, salvo si se probase que aquella tuvo conocimiento del siniestro por otro medio.

- c) Facilitar a la Compañía Aseguradora toda clase de informaciones sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro, la asistencia médica inicial y la evolución de las lesiones de los Asegurados, además de la información complementaria que aquélla solicite. **El incumplimiento de este deber de información dará lugar a la pérdida del derecho a la indemnización en el supuesto de que hubiese concurrido dolo o culpa grave.**
- d) El Asegurado queda obligado, a someterse al reconocimiento de los médicos que designe el Asegurador, si éste lo estima necesario, a fin de completar los informes facilitados y a trasladarse por cuenta del mismo al lugar que corresponda para que se efectúe tal reconocimiento.

10.3.- El Asegurado o Asegurados, los Beneficiarios y el Tomador del Seguro se comprometen a relevar del deber del secreto profesional respecto a la información que pueda solicitar la Compañía Aseguradora, a aquellos profesionales que hubieran intervenido con motivo de la enfermedad o accidente.

10.4.- En el supuesto de indicación inexacta de la edad del Asegurado, se estará a lo dispuesto en el artículo 90 de la Ley de Contrato de Seguro. La Compañía Aseguradora sólo podrá impugnar el contrato si la verdadera edad del Asegurado en el momento de la entrada en vigor de aquel excede los límites de admisión establecidos por la Compañía Aseguradora.

10.5.- Cuando un Beneficiario cause dolosamente la muerte del Asegurado, perderá el derecho a la prestación establecida en el contrato, quedando ésta integrada en el patrimonio del Tomador, en la forma prevista en el artículo 92 de la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro.

Si existieran varios Beneficiarios, los no intervinientes en el fallecimiento del Asegurado conservarán su derecho, acreciendo su parte con la parte del Beneficiario que causó dolosamente la muerte del Asegurado.

10.6.- En el caso de que no existiera acuerdo entre la Compañía Aseguradora y el Asegurado o el Beneficiario, según proceda, respecto a las causas del Fallecimiento o la Invalidez y su grado, así como respecto a la determinación de las consecuencias exclusivas atribuibles al accidente, las partes se someterán a la decisión de peritos, conforme a los artículos 38 y 39 de la Ley de Contrato de Seguro.

10.7.- Lo expuesto en los artículos anteriores, así como la determinación del grado de invalidez, se efectuará después de la presentación del certificado médico de invalidez. La Compañía Aseguradora notificará por escrito al Asegurado la cuantía de la indemnización que le corresponde, de acuerdo con el grado de invalidez que deriva del certificado médico y de los baremos fijados en la Póliza. Si el Asegurado no aceptase la proposición de la Compañía Aseguradora en lo referente al grado de invalidez, cada parte designará un Perito, debiendo constar por escrito la aceptación de éstos. Si una de las partes no hubiera hecho la designación, estará obligada a realizarla en los ocho días siguientes a la fecha en que sea requerida por la que hubiere designado el suyo, y de no hacerlo en este último plazo, se entenderá que acepta el dictamen que emita el Perito de la otra parte, quedando vinculado por él mismo.

En caso de que los Peritos lleguen a un acuerdo, se reflejará en un acta conjunta, en la que se hará constar las causas del siniestro, la valoración de los daños, las demás circunstancias que influyan en la determinación de la indemnización, según la naturaleza del seguro de que se trate y la propuesta del importe líquido de la indemnización.

Cuando no haya acuerdo entre los Peritos, ambas partes designarán un tercer Perito de conformidad, y de no existir ésta, la designación se hará por el Juez de Primera Instancia del lugar en que se hallaren los bienes, en acto de jurisdicción voluntaria y por los trámites previstos para la insaculación de Peritos en la Ley de Enjuiciamiento Civil. En este caso, el dictamen pericial se emitirá en el plazo señalado por las partes o, en su defecto, en el de treinta días, a partir de la aceptación de su nombramiento por el Perito tercero.

El dictamen de los Peritos, por unanimidad o por mayoría, se notificará a las partes de manera inmediata y en forma indubitada, siendo vinculante para éstos, salvo que se impugne judicialmente por alguna de las partes, dentro del plazo de treinta días, en el caso de la Compañía Aseguradora, y ciento ochenta días 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 devendrá inatacable.

Cada parte satisfará los honorarios de su Perito. Los del Perito tercero y demás gastos que ocasione la tasación pericial, serán de cuenta y cargo por mitad del Asegurado y de la Compañía Aseguradora.

En el supuesto que, por demora de la Compañía Aseguradora en el pago del importe de la indemnización devenida inatacable, el Asegurado se viere obligado a reclamarlo judicialmente, la indemnización correspondiente se verá incrementada en el interés descrito en el artículo 10.1 de las presentes Condiciones Generales, de conformidad con lo establecido en el artículo 38 de la Ley de Contrato de Seguro.

ARTÍCULO ONCE: RIESGOS EXCLUÍDOS

Salvo pacto expreso y en contrario estipulado en las Condiciones Especiales o Particulares de la Póliza, y además de las exclusiones que puedan estipularse en las mismas, quedan expresamente excluidos de la cobertura de todas las garantías de la Póliza, los siniestros debidos a alguna de las causas siguientes:

- **El suicidio del Asegurado/s quedará cubierto por la Póliza a partir del transcurso de un año a contar desde la fecha de efecto indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza.**
Se entiende por suicidio la muerte causada consciente y voluntariamente por el propio Asegurado.
- **Los riesgos de guerra y demás extraordinarios, calificados así por el Estatuto Legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por Ley 21/1990 de 19 de diciembre.**

ARTÍCULO DOCE: VALORES GARANTIZADOS

En las Condiciones Especiales, Particulares y/o suplementos a las mismas se establecerán los valores de rescate, reducción y anticipo que correspondan al seguro.

ARTÍCULO TRECE: DESIGNACIÓN Y CAMBIO DE BENEFICIARIOS

13.1.- Durante la vigencia del contrato el Tomador del Seguro y, en su caso, el Asegurado o Asegurados, podrán designar Beneficiarios para cada cobertura o modificar la designación anteriormente realizada, sin necesidad de consentimiento de la Compañía Aseguradora, salvo que el Tomador haya renunciado expresamente y por escrito a tal facultad.

13.2.- La designación de Beneficiarios podrá hacerse constar en la Póliza, en una posterior declaración escrita comunicada a la Compañía Aseguradora, o por Testamento.

13.3.- En caso de invalidez del Asegurado, el Beneficiario será el propio Asegurado, salvo que se indique otra cosa en las Condiciones Particulares y/o suplementos emitidos con posterioridad.

13.4.- En caso de fallecimiento del Asegurado, si los Beneficiarios no están designados por su nombre sino de una forma genérica como "el cónyuge o hijos o padres o hermanos o herederos legales por defecto", dicha designación será interpretada de la siguiente manera, salvo que se indique otra cosa en las Condiciones Particulares y/o suplementos emitidos con posterioridad:

- **Cónyuge del Asegurado:** la persona que lo sea en el momento de producirse el hecho generador de la prestación garantizada.

- En defecto del anterior, hijos del Asegurado: todos los descendientes con derecho a herencia.
- En defecto de los anteriores, padres del Asegurado.
- En defecto de los anteriores, hermanos del Asegurado.
- En defecto de los anteriores, herederos del Asegurado: los que tengan tal condición en el momento de devengo de la prestación asegurada.

13.5.- Si no existiese designación de Beneficiarios, se considerará como tal la indicada en el punto 13.4. anterior.

13.6.- El cambio de los Beneficiarios designados deberá realizarse en la misma forma en que se hubiera efectuado la designación.

13.7.- Si en el momento de fallecer el Asegurado/s no hubiese Beneficiarios designados ni reglas para su determinación, el capital formará parte del patrimonio del Tomador.

13.8.- En el supuesto de que el fallecimiento del Asegurado o de alguno de los Asegurados, caso de ser dos, sea causado intencionadamente por el Beneficiario, la Compañía Aseguradora quedará desligada de sus obligaciones respecto a dicho Beneficiario, integrándose el capital asegurado en el patrimonio del Tomador. Si existieran varios Beneficiarios, los no intervinientes en el fallecimiento del Asegurado acrecerán su derecho.

13.9.- Si se designa como Beneficiario a una Entidad de Crédito, ésta lo será por el capital pendiente de amortizar a la fecha del siniestro. La diferencia entre el capital asegurado y el capital pendiente de amortizar en la fecha del siniestro será percibido por los Beneficiarios expresamente designados por el Tomador del Seguro en la Póliza.

ARTÍCULO CATORCE: COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES QUE INTERVIENEN EN EL CONTRATO

14.1.- Todas las comunicaciones entre las partes contratantes deben hacerse mutuamente por escrito. Las dirigidas a la Compañía Aseguradora podrán hacerse bien directamente a la misma, en el domicilio social indicado en la Póliza o en el de las sucursales del agente de seguros que medie en el Contrato.

14.2.- La Compañía Aseguradora enviará sus comunicaciones al último domicilio que conozca del Tomador del Seguro, del Asegurado o Asegurados o de los Beneficiarios, según corresponda.

14.3.- Las comunicaciones efectuadas por un corredor de seguros a la Compañía Aseguradora en nombre del Tomador, surtirá los mismos efectos que si las realizara el propio Tomador, salvo indicación en contrario de éste.

ARTÍCULO QUINCE: INDISPUTABILIDAD

15.1.- En caso de haber existido reserva o inexactitud en las declaraciones del Tomador del Seguro o del Asegurado o Asegurados al cumplimentar la Solicitud de Seguro preparada por la Compañía Aseguradora, ésta podrá rescindir el Contrato en el plazo de un mes desde que haya conocido dicha reserva o inexactitud procediendo para ello a dirigir una comunicación escrita en tal sentido al Tomador del Seguro y a los Asegurados.

15.2.- Si el siniestro sobreviene antes de que la Compañía Aseguradora haga la mencionada comunicación, la prestación se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del Tomador y/o Asegurados quedará la Compañía Aseguradora liberada del pago de la prestación.

15.3.- Sin embargo, la Compañía Aseguradora no podrá impugnar la Póliza transcurrido el plazo de un año a contar desde la fecha de efecto.

15.4.- Dos excepciones existen, en las cuales la Compañía Aseguradora sí podrá proceder a la impugnación aún habiendo transcurrido el plazo descrito de un año. Estas excepciones son:

- En caso de que el Tomador y/o Asegurados hubieran actuado con dolo al efectuar la declaración a la que se refiere el punto 15.1 anterior, en cuyo caso además la Compañía Aseguradora quedará liberada del pago del capital en caso de siniestro.
- En caso de inexactitud en la edad del Asegurado o Asegurados si la verdadera edad en el momento de la entrada en vigor del Contrato excede de los límites de admisión establecidos por la Compañía Aseguradora. En otro caso, si en razón de la edad inexactamente declarada, la prima pagada es inferior a la que correspondería pagar, la prestación de la Compañía Aseguradora se reducirá en proporción a la prima recibida. Si, por el contrario, la prima pagada es superior, la Compañía Aseguradora devolverá el exceso de prima percibida sin intereses.

ARTÍCULO DIECISÉIS: CESIÓN Y PIGNORACIÓN DE LA PÓLIZA

El Tomador podrá, en todo momento, ceder o pignorar la Póliza, **siempre que no haya sido designado Beneficiario con carácter irrevocable. La cesión o pignoración de la Póliza implica la revocación del Beneficiario.**

El Tomador deberá comunicar por escrito, de manera fehaciente, a la Compañía Aseguradora la cesión o pignoración realizada.

ARTÍCULO DIECISIETE: TRANSFORMACIÓN DEL SEGURO

Por acuerdo expreso y escrito del Tomador del Seguro, de los Asegurados y de la Compañía Aseguradora, la presente Póliza se podrá transformar en otra que la Compañía Aseguradora comercialice, siempre y cuando no se vean menoscabados los intereses de los Beneficiarios designados con carácter irrevocable.

ARTÍCULO DIECIOCHO: INSTANCIAS PARA PRESENTAR RECLAMACIONES

En caso de divergencias sobre la interpretación del presente contrato de seguro surgidas entre el tomador del seguro, asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados o derechohabientes de cualesquiera de ellos, éstos podrán, previa reclamación al Servicio de Atención a Clientes o Defensor del Cliente de la Compañía Aseguradora, de conformidad a la Ley 44/2002, de 22 de noviembre de medidas de reforma del sistema financiero y en sus normas de desarrollo, realizar reclamaciones a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones de acuerdo con lo establecido en los artículos 61, 62 y 63 del 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.

La Compañía Aseguradora se encuentra adherida al Reglamento de Defensa del Cliente aprobado por el Grupo Santander, debiendo dirigirse mediante reclamación escrita al Servicio de Atención al Cliente, Ciudad Grupo Santander, Avda. de Cantabria, s/n 28660 – Boadilla del Monte (Madrid) o al Defensor del Cliente al apartado de correos 14019, 28080 – Madrid.

ARTÍCULO DIECINUEVE: JURISDICCIÓN COMPETENTE

Será juez competente para las acciones derivadas de la presente Póliza el del domicilio de los Asegurados, siendo nulo cualquier pacto en contrario, sin perjuicio de lo establecido en las normas del Derecho Internacional Privado del Ordenamiento Jurídico Español, que serán de aplicación en caso de que los Asegurados tengan su domicilio fuera de España.

ARTÍCULO VEINTE: TRIBUTOS Y RECARGOS

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

ARTÍCULO VEINTIUNO: PRESCRIPCIÓN

Todos los derechos que se derivan del presente Contrato quedarán extinguidos si no se ejercitan dentro del plazo de cinco años a contar desde el día en que pudieran ejercitarse.

ARTÍCULO VEINTIDOS: CLÁUSULA DE COBERTURA DE RIESGOS EXTRAORDINARIOS (Resolución de 28 de mayo de 2004 de la D.G.S. y P.)

22.1.- De conformidad con lo establecido en los artículos 6 y 8 del Estatuto Legal del Consorcio de Compensación de Seguros, el tomador de un contrato de seguro de los que deben obligatoriamente incorporar recargo a favor de la citada Entidad Pública Empresarial, mencionados en el artículo 7 del mismo Estatuto Legal, 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, para los seguros de personas, los acaecidos en el extranjero cuando el tomador de la póliza tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el asegurado 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 porque, hallándose la Entidad aseguradora en una situación de insolvencia, estuviese sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o ésta hubiera sido 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 Real Decreto 300/2004, de 20 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Seguro de Riesgos Extraordinarios, y Disposiciones complementarias.

22.2.- Resumen de Normas Legales.

22.2.1.- Acontecimientos extraordinarios cubiertos.

Se entiende por acontecimientos extraordinarios:

- 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 cuerpos siderales y aerolitos.
- Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
- Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

22.2.2.- Riesgos excluidos.

De conformidad con el artículo 6 del reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, no serán indemnizables por el Consorcio de Compensación de Seguros los daños o siniestros siguientes:

- Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
- Los ocasionados en personas o bienes asegurados por contrato de seguro distinto a

aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.

- Los debidos a vicio o defecto propio de la cosa asegurada, o a su manifiesta falta de mantenimiento.
- Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 25/1964, de 29 de abril. No obstante lo anterior, sí se entenderán incluidos todos los daños directos ocasionados en una instalación nuclear asegurada, cuando sean consecuencia de un acontecimiento extraordinario que afecte a la propia instalación.
- Los debidos a la mera acción del tiempo, y en el caso de bienes total o parcialmente sumergidos de forma permanente, los imputables a la mera acción del oleaje o corrientes ordinarios.
- 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.
- Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 91/1983, de 15 de julio, 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.
- Los causados por mala fe del asegurado.
- Los derivados de siniestros cuya ocurrencia haya tenido lugar en el plazo de carencia establecido en el artículo 8 del Reglamento del Seguro de Riesgos Extraordinarios.
- 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.
- Los indirectos o pérdidas derivadas de daños directos o indirectos, distintos de la pérdida de beneficios delimitada en el Reglamento del Seguro de Riesgos Extraordinarios. En particular, no quedan comprendidos en esta cobertura los daños o pérdidas sufridas como consecuencia de corte o alteración en el suministro exterior de energía eléctrica, gases combustibles, fuel-oil, gas-oil, u otros fluidos, ni cualesquiera otros daños o pérdidas indirectas distintas de las citadas en el párrafo anterior, aunque estas alteraciones se deriven de una causa incluida en la cobertura de riesgos extraordinarios.
- Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de "catástrofe o calamidad nacional".

22.2.3 - Franquicia

En el caso de daños directos, la franquicia a cargo del asegurado será de un 7 por ciento de la cuantía de los daños indemnizables producidos por el siniestro. No obstante, esta franquicia no será de aplicación a los daños que afecten a vehículos asegurado por póliza de seguro de automóviles, viviendas y comunidades de propietarios de viviendas.

En los seguros de personas no se efectuará deducción por franquicia.

En el caso de la cobertura de pérdida de beneficios, la franquicia a cargo del asegurado será la prevista en la póliza, en tiempo o en cuantía, para daños consecuencia de siniestros ordinarios de pérdida de beneficios. De existir diversas franquicias para la cobertura de siniestros ordinarios de pérdida de beneficios, se aplicarán las previstas para la cobertura principal.

22.2.4 Extensión de la cobertura pactos de inclusión facultativa en el seguro ordinario

En el caso de daños en las personas, el Consorcio de Compensación de Seguros indemnizará, sin aplicación de periodo de carencia ni de franquicias, en régimen de compensación, los daños derivados de acontecimientos extraordinarios acaecidos en España y que afecten a riesgos en ella situados. No obstante, serán también indemnizables por el Consorcio los daños personales derivados de acontecimientos extraordinarios acaecidos en el extranjero cuando el tomador de la póliza tenga su residencia habitual en España.

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 el caso de daños en los bienes, el Consorcio de Compensación de Seguros indemnizará, en régimen de compensación, las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios acaecidos en España y que afecten a riesgos en ella situados.

En los casos en que la póliza ordinaria incluya cláusulas de seguros a primer riesgo (a valor parcial, con límite de indemnización, a valor convenido, otros seguros con derogación de la regla proporcional); seguros a valor de nuevo o a valor de reposición; seguros de capital flotante; seguros con revalorización automática de capitales; seguros con cláusula de margen; o seguros con cláusula de compensación de capitales entre distintos apartados de la misma póliza, o entre contenido y continente, dichas formas de aseguramiento serán de aplicación también a la compensación de pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios en los mismos términos, amparando dicha cobertura los mismos bienes y sumas aseguradas que la póliza ordinaria. Sin perjuicio de lo anterior, el Consorcio de Compensación de Seguros aplicará en todo caso, únicamente en el supuesto de daños directos, la compensación de capitales dentro de una misma póliza entre los correspondientes a contenido y a continente.

Tales cláusulas no podrán incluirse en la cobertura de riesgos extraordinarios sin que lo estén en la póliza ordinaria.

22.2.5 Infraseguro y sobraseguro

Si en el momento de producción de un siniestro debido a un acontecimiento extraordinario, la suma asegurada a valor total fuera inferior al valor del interés asegurado, el Consorcio de Compensación de Seguros indemnizará el daño causado en la misma proporción en que aquella cubra dicho interés asegurado. A estos efectos se tendrán en cuenta todos los capitales fijados para los bienes siniestrados aunque lo estuvieran en distintas pólizas, con recargo obligatorio a favor del Consorcio de Compensación de Seguros, siempre que estuvieran en vigor y se hallaran en período de efecto. Lo anterior se efectuará de forma separada e independiente para la cobertura de daños directos y la de pérdida de beneficios.

No obstante, en las pólizas que cubran daños propios a los vehículos a motor, la cobertura de riesgos extraordinarios por el Consorcio de Compensación de Seguros garantizará la totalidad del interés asegurable aunque la póliza ordinaria sólo lo haga parcialmente.

Si la suma asegurada supera notablemente el valor del interés, se indemnizará el daño efectivamente causado.

22.3.- 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 deberán comunicar, dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido, la ocurrencia de siniestro, en la Delegación regional del Consorcio que corresponda, según el lugar donde se produjo el siniestro, bien directamente o bien a través de la entidad aseguradora con la que se contrató el seguro ordinario o del mediador de seguros que interviniera en el mismo. La comunicación se formulará en el modelo establecido al efecto, que estará disponible en la página 'web' del Consorcio (www.conorseguro.es) o en las oficinas de éste o de la entidad aseguradora, al que deberá adjuntarse la siguiente documentación:

22.3.1.- Daños en las personas:

a) Lesiones que generen invalidez permanente parcial, total o absoluta:

- Fotocopia del D.N.I /N.I.F. del lesionado y del perceptor de la indemnización si no coincidiera con el lesionado.
- Datos relativos a la entidad bancaria donde deban ingresarse los importes indemnizables, con indicación del número de entidad, número de sucursal, dígito de control y número de cuenta (Código Cuenta Cliente, 20 dígitos), así como del domicilio de dicha entidad.
- Fotocopia de las condiciones generales y particulares de la póliza (individual o colectiva) y de todos sus apéndices o suplementos.
- Fotocopia del recibo de pago de prima vigente en la fecha de ocurrencia del siniestro, donde se especifiquen claramente los importes correspondientes a la prima comercial y al recargo pagado al Consorcio de Compensación de Seguros.
- Documentación de la que, en su caso, pudiera disponer el lesionado acreditativa de la causa del siniestro y de las lesiones producidas por éste.

b) Muerte:

- Certificado de defunción.
- Fotocopia del D.N.I. / N.I.F. del posible beneficiario de la indemnización.
- Fotocopia de las condiciones generales y particulares de la póliza (individual o colectiva) y de todos sus apéndices o suplementos.
- Fotocopia del recibo de pago de prima vigente en la fecha de ocurrencia del siniestro, donde se especifiquen claramente los importes correspondientes a la prima comercial y al recargo pagado al Consorcio de Compensación de Seguros.
- Datos relativos a la entidad bancaria donde deban ingresarse los importes indemnizables, con indicación del número de entidad, número de sucursal, dígito de control y número de cuenta (Código Cuenta Cliente, 20 dígitos), así como M domicilio de dicha entidad.
- Documentación de la que, en su caso, se pudiera disponer sobre la causa del siniestro.
- En caso de que no se hubiera designado beneficiario en la póliza de seguro, libro de familia y testamento o, en defecto de este último, declaración de herederos o acta de notoriedad.
- Liquidación del Impuesto de Sucesiones.

22.3.2.- Daños en los bienes

- Fotocopia del D.N.I / N.I.F. del perceptor de la indemnización.
- Fotocopia de las condiciones generales y particulares de la póliza (individual o colectiva) y de todos sus apéndices o suplementos, si los hubiere.

- Fotocopia del recibo de pago de prima vigente en la fecha de ocurrencia del siniestro, donde se especifiquen claramente los importes correspondientes a la prima comercial y al recargo pagado al Consorcio de Compensación de Seguros.
- Datos relativos a la entidad bancaria donde deban ingresarse los importes indemnizables, con indicación del número de entidad, número de sucursal, dígito de control y número de cuenta (Código Cuenta Cliente, 20 dígitos), así como del domicilio de dicha entidad.
- Asimismo, se deberán conservar los restos y vestigios del siniestro para la actuación pericial y, en caso de imposibilidad absoluta, presentar documentación probatoria de los daños, tales como fotografías, actas notariales, vídeos o certificados oficiales. Igualmente se conservarán las facturas correspondientes a los bienes siniestrados cuya destrucción no pudiera demorarse.
- También se adoptarán cuantas medidas sean necesarias para aminorar los daños, así como evitar que se produzcan nuevos desperfectos o desapariciones, que serían a cargo del asegurado.
- La valoración de las pérdidas derivadas de los acontecimientos extraordinarios 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.

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 VEINTITRES: AGENTE

El presente Seguro se ha perfeccionado con la mediación del Agente o Corredor que se indica en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Seguro Protección Nómina

CONDICIONES ESPECIALES

CONDICIONES ESPECIALES

SEGURO INDIVIDUAL

1.- MODALIDAD DE SEGURO

El presente Seguro de vida individual es un seguro de modalidad temporal renovable, por el que la Compañía Aseguradora, garantiza la cobertura del riesgo principal de Fallecimiento junto con riesgos complementarios de Desempleo e Incapacidad Temporal cuya contratación se indicará en Condiciones Particulares.

2.- DEFINICIONES

Periodo de carencia.

Se entiende por periodo de carencia, el tiempo que ha de transcurrir desde la fecha de efecto del Certificado Individual de Seguro hasta el inicio de la cobertura de una garantía.

Franquicia.

Se entiende por franquicia, el número de días a contar desde la fecha de ocurrencia del siniestro, durante los cuales la Compañía Aseguradora está exenta del pago del capital asegurado.

Desempleo.

Situación en la que se encuentran quienes, pudiendo y queriendo trabajar remuneradamente por cuenta ajena pierdan su empleo o vean reducida su jornada de trabajo **en al menos un 50%** de acuerdo con los términos indicados en el Estatuto de los Trabajadores, y sean privados de su salario, según las condiciones establecidas en la Póliza.

Relación laboral.

Trabajo asalariado llevado a cabo por el Asegurado dentro del territorio del Estado Español bajo un contrato de trabajo realizado con un empleador por un **mínimo de 13 horas semanales** y en los términos y condiciones exigidos por la legislación laboral aplicable.

Incapacidad Temporal.

Situación física temporal motivada por enfermedad o accidente determinante de la incapacidad del Asegurado para el ejercicio de su profesión o actividad laboral. La Incapacidad Temporal cubierta por la Póliza debe ser diagnosticada, tanto en su causa como en la incapacidad que genera para el Asegurado, por el médico competente de la Seguridad Social o asimilado.

Enfermedad.

Toda alteración del estado de salud cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico legalmente reconocido, cuyas primeras manifestaciones se presenten durante la vigencia de la Póliza y que haga precisa la asistencia de facultativo médico. No se considerará enfermedad a efectos de este Seguro el embarazo, parto o aborto o complicaciones derivadas de estos conceptos y los periodos de descanso voluntario y obligatorio que procedan en caso de maternidad, ni la situación de excedencia solicitada por el Asegurado.

Accidente.

Lesión corporal acaecida durante la vigencia del Certificado Individual del Seguro y que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, que cause alguno de los riesgos objetos de cobertura.

Retribución mensual garantizada.

Se entiende como retribución mensual garantizada:

- Para trabajadores incluidos en el Régimen General de la Seguridad Social: El

resultante de dividir entre 14 el importe anual de la Base de Cotización de Contingencias Comunes, deducidas las cotizaciones sociales y los impuestos.

La Base de Cotización de Contingencias Comunes anual se calculará multiplicando por 12 la menor de las que figuren en las 2 últimas nóminas anteriores a la fecha del siniestro.

Las cotizaciones sociales se calcularán aplicando sobre el importe anual de la Base de Cotización de Contingencias Comunes los porcentajes de cotización a cargo del trabajador por contingencias comunes y desempleo.

Los impuestos se calcularán aplicando sobre el importe anual de la Base de Cotización de Contingencias Comunes el mayor de los porcentajes de retención a cuenta del I.R.P.F. de los que figuren en las 2 últimas nóminas anteriores a la fecha del siniestro.

- Para trabajadores incluidos en el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos y resto de trabajadores incluidos en la cobertura de la póliza: El resultante de dividir entre 12 el 75% del importe anual de la Base de Cotización de Contingencias Comunes.

La Base de Cotización de Contingencias Comunes anual se calculará multiplicando por 12 la menor de las que figuren en las 2 últimos Boletines de Cotización anteriores a la fecha del siniestro.

La retribución mensual garantizada tiene como límites los establecidos en las Condiciones Particulares de la póliza, ambos límites se podrán revalorizar anualmente según el IPC.

3.- DURACIÓN

3.1.- El presente Seguro se contrata por meses renovables.

3.2.- La renovación será automática, y como máximo, en cuanto a la garantía principal, hasta el final de la renovación en que el Asegurado cumpla sesenta años de edad.

3.3.- **La duración máxima de este seguro es de 10 años reservándose la Compañía Aseguradora el derecho de prorrogarlo o no al vencimiento de este plazo. En todo caso, las sucesivas prórrogas no podrán ser superiores a un año cada vez.**

4.- GARANTIAS DEL SEGURO

4.1 Garantía Principal de Fallecimiento por cualquier causa.

En caso de fallecimiento del Asegurado durante la vigencia del Seguro, el/los Beneficiarios designados percibirán/n el importe descrito en el artículo 7.1 de estas Condiciones Especiales.

4.2 Garantía complementaria de Desempleo.

Esta garantía es de aplicación a todas aquellas personas físicas que mantengan una relación laboral por cuenta ajena de carácter indefinido. Quedan excluidos los funcionarios dependientes de cualquiera de las Administraciones Públicas.

En caso de Desempleo del Asegurado la Compañía Aseguradora abonará el capital asegurado descrito en el artículo 7.2.

El hecho de haberse abonado la prestación máxima para esta garantía establecida, supone la extinción automática de la cobertura de la Póliza y consecuentemente del resto de las garantías de la misma.

4.3 Garantía complementaria de Incapacidad Temporal.

Esta garantía es de aplicación a todas aquellas personas que no puedan estar cubiertas por Desempleo y a los fijos discontinuos en los periodos en los que carezcan de ocupación efectiva. Se excluyen los trabajadores temporales en los periodos de no ocupación.

En caso de Incapacidad Temporal para todo trabajo del Asegurado, la Compañía Aseguradora abonará el capital asegurado descrito en el artículo 7.3.

El hecho de haberse abonado la prestación máxima para esta garantía establecida supone la extinción automática de la cobertura de la Póliza y consecuentemente del resto de las garantías de la misma

En caso de existir trabajo remunerado a tiempo parcial por cuenta propia y ajena, será de aplicación la cobertura de Desempleo, única y exclusivamente cuando la cantidad de horas trabajadas por cuenta ajena supere el 50% de las horas que, sobre la jornada a tiempo completo establecida en el Convenio Colectivo de aplicación o, en su defecto, sobre la jornada ordinaria máxima legal, realiza o ha realizado el trabajador/a. En el resto de los casos será de aplicación la garantía de Incapacidad Temporal.

5.- RIESGOS EXCLUIDOS

5.1.- Además de las exclusiones indicadas en el artículo 11º de las Condiciones Generales, quedan excluidos de todas las garantías de esta Póliza los siniestros debidos a las siguientes causas:

- a) Los siniestros sufridos por el Asegurado ocasionados por reacción, radiación nuclear o contaminación radioactiva.
- b) Los siniestros sufridos por el Asegurado que se encuentre bajo la influencia de alcohol en la sangre, drogas ó estupefacientes no prescritos médicamente.
- c) Los acaecidos en navegación submarina y en viajes de exploración o por vía aérea, en cualquier clase de aeronaves no autorizadas para el transporte de pasajeros y en que el Asegurado ocupe, no obstante, plaza como tal, así como planeadores y vuelos delta.
- d) Intervención del Asegurado en competiciones de velocidad o habilidad notoriamente temerarias por tierra, mar o aire, que no sean consecuencia de la profesión habitual del Asegurado declarada en la Solicitud del Seguro.
- e) Las consecuencias de enfermedad o accidente originados con anterioridad a la entrada en vigor de este Seguro, conocidas por el Asegurado.
- f) Participación directa del Asegurado en guerra civil o internacional que se desarrolle en territorio nacional o extranjero.
- g) Los riesgos de guerra y demás riesgos extraordinarios, calificados así por el Estatuto Legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por la Ley 21/1990 de 19 de Diciembre y legislación complementaria

5.2 Para la garantía de Desempleo: quedan excluidos de esta garantía y no se considera que estén en Desempleo los Asegurados que se encuentren en cualquiera de las siguientes situaciones laborales:

- a) Cuando cesen voluntariamente en el trabajo, salvo por las causas previstas en los artículos 40, 41 y 50 del Estatuto de los Trabajadores (RDL 1/1995 de 24 de Marzo).
- b) Cuando hayan sido despedidos y no reclamen en tiempo y forma oportunos contra la decisión empresarial, salvo por extinción del contrato o despido basados en las causas objetivas previstas en el art. 52 del Estatuto de los Trabajadores (RDL 1/1995 de 24 de Marzo) en cuyo caso no es necesaria dicha reclamación.
- c) Cuando, declarado improcedente o nulo el despido por sentencia firme y comunicada por el empleador la fecha de reincorporación al trabajo, no se ejerza tal derecho por parte del Asegurado o no se haga uso, en su caso, de las acciones previstas en la legislación vigente.
- d) Cuando no se solicite el reingreso al puesto de trabajo en el plazo y tiempo oportunos siempre que la opción entre indemnización o readmisión correspondiera al trabajador, cuando fuera delegado sindical o representante legal de los trabajadores, o se estuviera en excedencia y venciera el período fijado para la misma.
- e) Cuando se extinga el contrato por expiración del tiempo convenido y/o realización de la obra o servicio objeto del contrato.
- f) Cuando el contrato se extinga por jubilación del empresario individual del Asegurado sin que hubiera continuidad de la actividad empresarial, siempre que el trabajador conociera previamente la fecha de jubilación del empleador.
- g) Cuando exista despido legalmente procedente.
- h) Los trabajadores fijos de carácter discontinuo en los períodos en que carezcan de ocupación efectiva.
- i) Si la relación laboral lo fuera con una empresa propiedad de su ámbito familiar, hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad, así como en los casos en que el Asegurado o un familiar suyo hasta el segundo grado de consanguinidad o tercero de afinidad fuera el administrador de la Empresa, y también si el Asegurado fuera socio o accionista con presencia directa en los órganos de administración de la sociedad.
- j) Si el Asegurado rechaza un puesto alternativo de similares características ofrecido por el mismo u otro empresario, teniendo en cuenta la formación, experiencia y ubicación de dicho puesto de trabajo.
- k) Si el desempleo se produce después de que el Asegurado haya alcanzado la edad legal de jubilación con respecto a la actividad que llevaba a cabo y reúna todos los requisitos legales necesarios para acceder a la pensión de Jubilación.
- l) Mientras el Asegurado perciba o tenga derecho a percibir un salario por parte del empleador. Se exceptuarán de este supuesto los complementos salariales

pactados colectivamente en los expedientes de suspensión de contrato.

- m) Todas las situaciones de paro o inactividad del Asegurado que no constituyan desempleo según se encuentra definido en estas Condiciones Especiales.
- n) Asimismo, el Asegurado no tiene derecho al cobro de las prestaciones por Desempleo en ninguno de los siguientes supuestos:
1. -Si no está percibiendo la prestación de desempleo de nivel contributivo del INEM.
 2. Si dentro del periodo de carencia el Asegurado tiene conocimiento de su posible paso a situación de desempleo.
 3. Si inmediatamente antes de la fecha de inicio del desempleo, el Asegurado:
 4. No ha tenido relación laboral durante un período continuado de, al menos, seis meses.
 5. Ha estado vinculado por una relación laboral en la que el despido es una característica regular o recurrente o en caso de que el Asegurado conociera o debiera conocer su paso inmediato a situación de desempleo.
 6. Si la prestación de desempleo de nivel contributivo del INEM se recibe en forma de Pago Único.
 7. Si en el momento de la contratación del Seguro, el Asegurado tiene conocimiento de estar incurso en alguna causa determinante de situación de Desempleo.

5.3 Para Incapacidad Temporal: quedan excluidos de esta garantía los siniestros que resulten o sean secuencia de las siguientes situaciones:

- a) Los que se produzcan dentro del período de carencia.
- b) Lesiones o enfermedades auto infligidas o causadas voluntariamente por el Asegurado, ya sea en estado de cordura o demencia.
- c) Períodos de observación y sus asimilados o equivalentes en casos de enfermedad cuando no se esté impedido para el trabajo en los términos descritos en la Póliza.
- d) Los producidos cuando el Asegurado se encuentre bajo la influencia de alcohol en la sangre, drogas tóxicas o estupefacientes; los que ocurran en estado de perturbación mental, sonambulismo o en desafío, lucha o riña, excepto caso probado de legítima defensa así como los derivados de una actuación delictiva del Asegurado, declarada judicialmente.
- e) Cuando la reclamación tenga su origen en cualquier enfermedad, dolencia, estado o lesión por la que el Asegurado haya recibido consulta, diagnóstico o tratamiento médico durante los 12 meses anteriores a la firma por parte del Asegurado del Boletín de Adhesión a la Póliza.
- f) Las patologías secundarias a las herniaciones y las lesiones derivadas de alteraciones o defectos musculoesqueléticos como: cervicalgias, dorsalgias, lumbalgias, lumbociáticas, o cualquier otros con el mismo origen, salvo que se produzcan con un traumatismo.

- g) Enfermedades psiquiátricas, mentales o nerviosas, incluyendo el estrés y afecciones similares, aún cuando dichas enfermedades y afecciones hayan sido diagnosticadas y tratadas por un médico especialista.
- h) Las intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos y/u odontológicos que no sean esenciales por razones médicas y sean demandados por el Asegurado por razones psicológicas, personales y/o estéticas, siempre que no se deban a secuelas de accidentes producidos con posterioridad a la fecha de efecto del Seguro.
- i) Las consecuencias o secuelas psíquicas de un accidente.
- j) Las derivadas o relacionadas de forma directa o indirecta con epidemias oficialmente declaradas.
- k) Las curas de reposo, termales o dietéticas.

6.- NORMAS DE CONTRATACIÓN

6.1.- La contratación del seguro sólo podrá efectuarse por aquellas personas físicas que a la fecha de contratación hayan cumplido 18 años y no hayan alcanzado los 60 años, que estén trabajando remuneradamente en territorio español y estén dados de alta en la Seguridad Social.

6.2.- La contratación del Seguro no podrá efectuarse sobre las personas que se encuentren en cualquiera de las siguientes situaciones:

- a) Aquellas personas incapacitadas legalmente.
- b) Los afectados de enajenación mental, parálisis, epilepsia, alcoholismo, toxicomanía, enfermedades de la médula espinal, encefalitis letárgica y, en general, cualquier lesión, enfermedad crónica o minusvalía física o psíquica que, a juicio de la Compañía Aseguradora, disminuya su capacidad en comparación con una persona físicamente íntegra y de salud normal.

7.- CAPITAL ASEGURADOS

7.1 Fallecimiento por cualquier causa.

Será el importe equivalente a seis veces la retribución mensual garantizada.

7.2 Desempleo.

Esta garantía es de aplicación a todas aquellas personas físicas que mantengan una relación laboral por cuenta ajena de carácter indefinido. Quedan excluidos los funcionarios dependientes de cualquiera de las Administraciones Públicas. La Compañía Aseguradora pagará mensualmente al Beneficiario, con el **límite máximo de 6 pagos para un mismo siniestro y de 12 pagos totales por póliza**, el importe resultante de multiplicar, por cada día que haya permanecido en dicha situación en ese mes, una cantidad equivalente a 1/30 del 25% de la retribución mensual garantizada.

Existe un **periodo de carencia de 90 días** desde la fecha de efecto de la póliza. Cualquier siniestro que se produzca durante este periodo no otorgará ningún derecho a

prestación al Asegurado. En caso de producirse nuevas situaciones de desempleo subsiguientes a la primera, el Asegurado únicamente tendrá derecho al pago de las prestaciones si ha estado vinculado de forma activa a una relación laboral por un periodo mínimo de **seis meses**. En caso contrario no se abonará en razón de la nueva situación de desempleo cantidad alguna.

Se establece una **franquicia de 30 días** con lo que la indemnización comenzará a pagarse a partir del trigésimo primer día contado desde la fecha de inicio del desempleo.

Para tener derecho a la indemnización, dicha situación de desempleo debe producirse durante la vigencia del seguro y haberse ocasionado por alguna de las siguientes circunstancias:

1) Que se extinga la relación laboral:

- En virtud de expediente de regulación de empleo.
- Por muerte o incapacidad de su empresario individual y estas causas determinen la extinción del contrato de trabajo.
- Por despido improcedente.
- Por despido o extinción del contrato basado en causas objetivas.
- Por resolución voluntaria por parte del Asegurado en los supuestos previstos en los artículos 40 (movilidad geográfica), 41 (modificaciones substanciales de las condiciones de trabajo) y 50 (extinción por voluntad del trabajador) del Estatuto de los Trabajadores (RDL 1/1995 de 24 de Marzo).

2) Que se suspenda la relación laboral en virtud de expediente de regulación de empleo o se reduzca a la mitad, al menos, la jornada de trabajo por dicha causa.

- En cualquier caso, es imprescindible para cobrar la indemnización correspondiente, que el Asegurado tenga derecho a la prestación de desempleo de nivel contributivo del INEM.

No tendrá derecho el Asegurado a percibir las prestaciones por Desempleo si está percibiendo o tiene derecho a percibir las de Incapacidad Temporal.

7.3 Incapacidad Temporal para todo trabajo

Esta garantía es de aplicación a todas aquellas personas que no puedan estar cubiertas por Desempleo y a los fijos discontinuos en los periodos en los que carezcan de ocupación efectiva. Se excluyen los trabajadores temporales en los periodos de no ocupación. La Compañía Aseguradora abonará mensualmente al Beneficiario, con el **límite máximo de 6 pagos para un mismo siniestro y 12 pagos totales por póliza**, una cantidad equivalente a multiplicar, por cada día que haya permanecido en esa situación durante ese mes, 1/30 del 25% de la retribución mensual garantizada.

Existe un **periodo de carencia de 90 días desde la fecha de efecto de la Póliza**. Dicho plazo no será aplicable en los supuestos de Incapacidad Temporal provocada por un accidente. Cualquier siniestro que se produzca durante este periodo no otorgará ningún derecho a prestación al Asegurado. En caso de producirse nuevas situaciones de Incapacidad Temporal subsiguientes a la primera, el Asegurado únicamente tendrá derecho al pago de nuevas prestaciones si ha estado trabajando remuneradamente un periodo mínimo de **un mes** siempre que se trate de distinta causa que la que provocó el siniestro anterior. Dicho plazo no será aplicable en los supuestos de Incapacidad Temporal provocada por un accidente. En caso contrario no se abonará en razón de nueva situación de Incapacidad Temporal cantidad alguna.

Se establece una **franquicia de 30 días** con lo que la indemnización comenzará a pagarse a partir del trigésimo primer día contado desde la fecha de inicio de la incapacidad temporal.

El derecho al devengo de la indemnización cesará en el momento en que el Asegurado pueda reanudar o reanude su trabajo, aún de manera parcial y a pesar de no haber alcanzado su total curación.

También cesará si su situación pasa a ser de Incapacidad Permanente en los términos descritos por la normativa de la Seguridad Social.

No tendrá derecho el Asegurado a percibir las prestaciones por Incapacidad Temporal si está percibiendo o tiene derecho a percibir las de Desempleo.

8.- PRIMA DEL SEGURO

8.1.- La prima mensual del Seguro habrá de ser abonada por el Tomador del Seguro al comienzo de cada periodo de seguro.

8.2.- La prima del seguro para la primera anualidad será la que se indique en las Condiciones Particulares, pudiendo revalorizarse anualmente según el IPC.

8.3.- En lo referente al pago de primas será de aplicación lo dispuesto en las Condiciones Generales en su artículo 7º, relativo a las "Primas del Seguro" y 20º, sobre "Tributos y Recargos".

8.4.- La Compañía Aseguradora se reserva el derecho de revisar la tarifa de prima aplicada al presente seguro, en el caso de que no se cumplan las hipótesis establecidas para su cálculo en las Bases Técnicas del producto, a disposición de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, lo cual será comunicado oportunamente al Tomador.

9.- BENEFICIARIOS

Serán los que figuren en las Condiciones Particulares del Seguro para cada uno de los riesgos cubiertos, considerando lo dispuesto en el artículo 13º de las Condiciones Generales de la Póliza.

10.- BAJAS DEL SEGURO

Las bajas del Seguro se pueden producir por:

9.1. Extinción del Seguro propiamente dicha:

9.1.1 Por alcanzar el Asegurado la edad máxima asegurable.

9.1.2 Por impago de las primas del Seguro.

9.1.3 A petición del Tomador.

9.1.4 Por cancelación de la cuenta bancaria asociada al seguro.

9.2. Pago de la prestación asegurada en caso de Fallecimiento.

9.3 Pago de la prestación máxima por Póliza en las Garantías Complementarias.

11.- PAGO DE LA PRESTACIÓN ASEGURADA.

11.1.- Fallecimiento del Asegurado.

11.1.1.- Documentación a remitir.

La Compañía Aseguradora pagará al Beneficiario o Beneficiarios designados el capital asegurado, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 84º y siguientes de la Ley de Contrato de Seguro, una vez recibidos en su domicilio social y aprobados los siguientes documentos:

- 1- Fotocopia del D.N.I. del Asegurado y del Beneficiario.
- 2- Certificado de defunción del Asegurado.
- 3- Certificado del médico o médicos que hayan asistido al Asegurado, detallando la historia clínica y naturaleza de la enfermedad o accidente que le ocasionó la muerte.
- 4- En caso de ser trabajador por cuenta ajena y pertenecer al Régimen General de la Seguridad Social: Las 2 últimas nóminas anteriores a la fecha de ocurrencia del siniestro en las que conste la Base de Cotización de Contingencias Comunes.
- 5- En caso de ser AUTÓNOMO o pertenecer a un régimen especial de cotización: Los 2 últimos Boletines de Cotización anteriores a la fecha de ocurrencia del siniestro en los que conste la Base de Cotización de Contingencias Comunes.
- 6- En caso de FUNCIONARIO: Las 2 últimas nóminas anteriores a la fecha de ocurrencia del siniestro en las que conste la Base de Cotización de Contingencias Comunes.

Además, para Beneficiarios distintos de una entidad bancaria:

- 7- Certificado del Registro de Actos de Últimas Voluntades, copia del último Testamento, Auto Judicial o Acta Notarial de Declaración de Herederos.
- 8- Documentos fehacientes que acrediten la personalidad y condición de los Beneficiarios o Cesionarios de éstos, o de quienes representen o deban representar a unos y a otros por cualquier circunstancia.
- 9- Carta de pago o declaración de exención del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones.

El pago de la prestación por fallecimiento extingue las garantías de la Póliza.

11.1.2.- Una vez aceptado el siniestro, la Compañía Aseguradora hará llegar a cada uno de los Beneficiarios su correspondiente Certificado por el capital que le corresponde, con el fin de que pueda obtener la carta de pago o declaración de exención del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones y enviarlo a la Compañía Aseguradora. Una vez comprobado por ésta el pago o exención del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones, se procederá a abonar al/los Beneficiario/s la/s indemnización/es correspondiente/s, de conformidad con la normativa vigente.

11.2.- Desempleo

El plazo de comunicación del siniestro a la Compañía Aseguradora establecido en las Condiciones Generales queda ampliado a 20 días desde el inicio del desempleo, enviando notificación escrita de los hechos en que se basa la reclamación.

11.2.1 Documentación a remitir

Para el pago de la prestación correspondiente deberá presentarse la siguiente documentación:

- 1- **Fotocopia del D.N.I. del Asegurado.**
- 2- **Fotocopia del último contrato de trabajo indefinido a la fecha del siniestro.**
- 3- **VIDA LABORAL a partir de los 30 días de la fecha legal del desempleo (*).**
- 4- **Ultimas dos nóminas anteriores a la fecha de ocurrencia del siniestro en las que conste la Base de Cotización de Contingencias Comunes.**
- 5- **Carta de comunicación de la Empresa de que va a ser cesado en el empleo.**
- 6- **Por despido improcedente:**
 - **Sin SMAC: Carta de Comunicación por parte de la Empresa reconociendo la improcedencia del despido incluyendo el reconocimiento de la indemnización**
 - **Ante el SMAC: Copia del Acta de Conciliación**
 - **Ante el Juez: Copia de la Demanda y Sentencia Judicial**
- 7- **Por Expediente de Regulación de Empleo:**
 - **Copia de la Autorización administrativa para el expediente.**
 - **Copia de la comunicación de la Empresa al trabajador de que va a ser despedido.**

(*) El documento del punto 3 deberá ser enviado mensualmente.

11.2.2. Continuidad de la reclamación.

El Asegurado o su representante legal deberán entregar a la Compañía Aseguradora la documentación acreditativa del Desempleo en que se apoye la reclamación.

En el caso de que NO fuese entregada la citada documentación, la Compañía Aseguradora no estará obligada a pagar prestación alguna.

El pago de la prestación sólo se llevará a cabo una vez que la Compañía Aseguradora haya recibido y aprobado la documentación correspondiente.

Una vez iniciado el pago de la prestación por la Compañía Aseguradora, el Asegurado deberá presentar mensualmente documentación acreditativa de la continuidad de la situación de desempleo para tener derecho al pago de la prestación mensual establecida.

11.2.3.- Condiciones del pago de la prestación.

Cuando la Compañía Aseguradora haya recibido la documentación acreditativa de que el Asegurado se encuentra en situación de desempleo, de acuerdo con las presentes Condiciones Especiales, pagará la cantidad definida en el apartado 7.2.

1) La citada cantidad, tendrá como límites los establecidos en las Condiciones Particulares de la Póliza. Estos últimos podrán actualizarse en cada aniversario del Seguro.

La Compañía abonará la indemnización prevista **hasta la primera de las siguientes fechas:**

- La fecha en que el Asegurado cese en su situación de desempleo o deje de percibir la prestación de desempleo de nivel contributivo del INEM o deje de aportar los justificantes solicitados por la Compañía Aseguradora de que se encuentra en dicha situación.
- La fecha en que la Compañía Aseguradora haya alcanzado el límite máximo de indemnización para un mismo siniestro establecido en el apartado 2.1 Riesgos cubiertos.
- La fecha en que la Compañía Aseguradora haya alcanzado el límite máximo de indemnización para todos los siniestros establecido en el apartado 2.1 Riesgos cubiertos.

11.3 Incapacidad Temporal.

El plazo de comunicación del siniestro a la Compañía Aseguradora establecido en las Condiciones Generales queda ampliado a 20 días a partir de la fecha de diagnóstico de la Incapacidad Temporal, enviando notificación escrita de los hechos en que se basa la reclamación.

11.3.1. Documentación a remitir.

Para el pago de la prestación correspondiente deberá presentarse la siguiente documentación:

- 1- Fotocopia del D.N.I. del Asegurado
- 2- Parte de baja inicial emitido por la Seguridad Social o Certificado de Baja en caso de pertenecer a una Mutua.
- 3- Copia de la renovación de la baja en la Seguridad Social cuando proceda o Certificado de Baja en caso de pertenecer a una Mutua (*).
- 4- Informes médicos relacionados con el origen y desarrollo de su Incapacidad Temporal.
- 5- VIDA LABORAL actualizada.
- 6- En caso de ser AUTONOMO o pertenecer a un régimen especial de cotización: Los dos últimos Boletines de Cotización anteriores a la fecha de ocurrencia del siniestro en los que conste la base de cotización de contingencias comunes.
- 7- En caso de ser FUNCIONARIO: El certificado de acreditación funcional y las últimas dos nóminas anteriores a la fecha de ocurrencia del siniestro en las que conste la Base de Cotización de Contingencias Comunes.
- 8- En caso de ser trabajador por cuenta ajena y pertenecer al Régimen General de la Seguridad Social: Las 2 últimas nóminas anteriores a la fecha de ocurrencia del siniestro en las que conste la Base de Cotización de Contingencias Comunes.

(*) El documento del punto 3 deberá ser enviado mensualmente.

El Asegurado deberá informar a la Compañía Aseguradora sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro y permitir las visitas de médicos de la misma, así como facilitar a la Compañía Aseguradora cualquier información que ésta le solicite.

Si no hubiese acuerdo entre la Compañía Aseguradora y el Asegurado sobre si el Asegurado se encuentra en situación de Incapacidad Temporal, la divergencia se solucionará de acuerdo con los términos recogidos en el Artículo 13 de las Condiciones Generales.

11.3.2.- Continuidad de la reclamación.

El Asegurado o su representante legal deberán entregar a la Compañía Aseguradora la documentación acreditativa de la Incapacidad Temporal en que se apoye la reclamación. **En el caso de que NO fuese entregada la citada documentación, la Compañía Aseguradora no estará obligada a pagar prestación alguna.**

El pago de la prestación solo se llevará a cabo una vez que la Compañía Aseguradora haya recibido y aprobado la documentación correspondiente.

Una vez iniciado el pago de la prestación por la Compañía Aseguradora, el Asegurado deberá presentar mensualmente documentación acreditativa de la continuidad de la situación de Incapacidad Temporal, para tener derecho al pago de la prestación mensual establecida.

Para ello, el Asegurado deberá aportar todos los meses el parte de continuación de Incapacidad Temporal emitido por el médico de la Seguridad Social o del médico encargado de su curación.

11.3.3.- Condiciones del pago de la prestación.

En el caso de ocurrir un siniestro que conlleve la Incapacidad Temporal del Asegurado en los términos establecidos en la Póliza, el Asegurado tendrá derecho al pago de las prestaciones siempre que se den las siguientes condiciones:

a) Que la causa de la Incapacidad Temporal sea la enfermedad, el accidente o las heridas que comiencen u ocurran durante la vigencia de la cobertura de este contrato y antes de su finalización, y que aquellas causas se produzcan cuando el Asegurado esté trabajando remuneradamente en España.

b) Que en el momento del diagnóstico del Asegurado se encuentre en situación de alta en la Seguridad Social, Mutualidad, Montepío o Institución análoga que la legislación determine con cobertura del riesgo de Incapacidad Temporal.

Cuando la Compañía Aseguradora haya recibido la documentación acreditativa de que el Asegurado se encuentra en situación de Incapacidad Temporal, de acuerdo con las presentes Condiciones Especiales, pagará la cantidad definida en el apartado 3.1 Riesgos cubiertos.

La citada cantidad tendrá como límites los establecidos en las Condiciones Particulares de la Póliza. Estos últimos podrán actualizarse en cada aniversario del Seguro.

La Compañía Aseguradora abonará la indemnización prevista, **hasta la primera de las siguientes fechas:**

- La fecha en que el Asegurado cese en su situación de Incapacidad Temporal o deje de aportar las pruebas solicitadas por la Compañía Aseguradora de que se encuentra en dicha situación.
- La fecha en que la Compañía Aseguradora haya alcanzado el límite máximo de indemnización para un mismo siniestro establecido en el apartado 3.1 Riesgos cubiertos.

- La fecha en que la Compañía Aseguradora haya alcanzado el límite máximo de indemnización para todos los siniestros establecido en el apartado 3.1 Riesgos cubiertos.

12.- AGENTE.

El presente Seguro se ha perfeccionado con la mediación del Agente o Corredor que se indica en las Condiciones Particulares de la Póliza.

SEGURO DE NÓMINAS (P)

(351)

DATOS DE LA PÓLIZA

Nº Póliza: (249)

Duración: Mensual Renovable Oficina Mediadora: B0049-(267/6-9)

Fecha de efecto: desde las 0 horas del (13)

Fecha de vencimiento: hasta las 0 horas del (29)

TOMADOR /ASEGURADO

Nombre: (3)

N.I.F.: (30)

Domicilio: (5)

Fecha de nacimiento: (31)

C.P. y Localidad: (7) (6)

Prof.: (268)

BENEFICIARIOS

En caso de Incapacidad Temporal o Desempleo: El propio Asegurado (P).

En caso de Fallecimiento:

.....(40).....

.....(41).....

.....(42).....

DATOS DE PRIMAS

Prima Mensual: (173) €

Forma de Pago: Mensual (P)

Impuestos: (24) €

TOTAL RECIBO: (25) €

Domicilio de Pago: (270)

CAPITALES ASEGURADOS (P)

• Fallecimiento por cualquier causa: el importe equivalente a seis veces la retribución mensual garantizada (*).
(En función de la garantía que corresponda se imprimirá la definición (1) ó la (2))

• (1)

Desempleo: Esta garantía es de aplicación a todas aquellas personas físicas que mantengan una relación laboral por cuenta ajena de carácter indefinido. Quedan excluidos los funcionarios dependientes de cualquiera de las Administraciones Públicas. La Compañía Aseguradora pagará mensualmente al Beneficiario, con el límite máximo de 6 pagos para un mismo siniestro y de 12 pagos totales por póliza, el importe resultante de multiplicar, por cada día que haya permanecido en dicha situación en ese mes, una cantidad equivalente a 1/30 del 25% de la retribución mensual garantizada (*).

• (2)

Incapacidad Temporal para todo trabajo (por enfermedad o accidente): Está garantía es de aplicación a todas aquellas personas que no puedan estar cubiertas por Desempleo y a los fijos discontinuos en los periodos en los que carezcan de ocupación efectiva. Se excluyen los trabajadores temporales en los periodos de no ocupación. La Compañía Aseguradora abonará mensualmente al Beneficiario, con el límite máximo de 6 pagos para un mismo siniestro y 12 pagos totales por póliza, una cantidad equivalente a multiplicar, por cada día que haya permanecido en esa situación durante ese mes, 1/30 del 25% de la retribución mensual garantizada (*).

(*) La retribución mensual garantizada tiene un límite máximo de 3.000 EUR y un límite mínimo de 500 EUR.

El contrato de seguro se registrará por las presentes Condiciones Particulares y suplementos emitidos con posterioridad de acuerdo con lo establecido en las Condiciones Generales y Especiales de la Póliza, formando todos ellos el presente contrato que el Tomador reconoce haber recibido. La póliza se ha perfeccionado con la mediación, como Sociedad de Agencia de Seguros, de BANCO SANTANDER CENTRAL HISPANO, S.A.(P), cuyo número de registro de Agente en la Compañía Aseguradora es B0049.(P)

El Tomador de la Póliza declara que, a la fecha que consta en la solicitud de Seguro, recibió de la Compañía Aseguradora nota informativa relativa a las características esenciales del presente Seguro.

Hecho en Madrid a,(9).....

Santander Seguros y Reaseguros,
Compañía Aseguradora, S.A. (Firma
escaneada de Manuel Casado Caso)(P)