

GENERALI ACCIDENTES COLECTIVOS

Condiciones Generales y

Condiciones Generales Específicas



GENERALI

Índice

| | |
|--|-----------|
| Cláusula Informativa | 1 |
| Artículo 1º Personas que intervienen en el Contrato | 2 |
| Artículo 2º Documentación del Contrato | 3 |
| Artículo 3º Objeto y extensión del seguro | 3 |
| Artículo 4º Accidentes Protegidos | 3 |
| Artículo 5º Riesgos cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros | 5 |
| Artículo 6º Perfección, Efectos y Duración del Contrato | 6 |
| Artículo 7º Pago de las primas del Contrato | 7 |
| Artículo 8º Declaraciones del Tomador del Seguro | 7 |
| Artículo 9º Designación de Beneficiarios | 9 |
| Artículo 10º Acaecimiento del accidente. Pago de las prestaciones | 10 |
| Artículo 11º Comunicaciones entre las partes que intervienen en el Contrato | 11 |
| Artículo 12º Otras obligaciones del Tomador | 12 |
| Artículo 13º Prescripción de las acciones derivadas del Contrato | 12 |
| Artículo 14º Legislación aplicable (Artículos 107, 108 y 109 de la Ley 50/1980) | 12 |
| Artículo 15º Jurisdicción Competente (Artículo 24 de la Ley 50/1980) | 12 |
| Artículo 16º Información y protección del asegurado (Artículos 60, 61 y 62 de la Ley de Ordenación y Supervisión de Seguros Privados) | 13 |
| Artículo 17º Normas de protección de datos de carácter personal | 13 |

Cláusula Informativa

La presente INFORMACION es emitida en cumplimiento de lo exigido en los artículos 104 y siguientes del Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados (R.D. 2.486/98) relativos al deber de información al Tomador del Seguro por parte de la Entidad Aseguradora.

Denominación y Domicilio Social de la Entidad Aseguradora.

- Denominación. GENERALI ESPAÑA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS (en adelante, se denominará

indistintamente, Generali, la Compañía, el Asegurador o la Entidad Aseguradora)

- Domicilio Social, Calle Orense nº 2, MADRID, CIF A.28007268.

Órgano Administrativo de Control de la Entidad Aseguradora.

Corresponde al Ministerio de Economía, a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, el

control de la actividad aseguradora y la protección de la libertad de los Asegurados para decidir la contratación de los seguros y el mantenimiento del equilibrio contractual en los contratos de seguros ya celebrados.

Instancias de reclamación y procedimiento a seguir ante posibles controversias.

La Compañía pone a disposición de los Asegurados un Servicio de Atención al Cliente cuyo Reglamento se puede consultar en la página web www.generali.es. Podrán presentar reclamaciones el Tomador del seguro, los Asegurados, los Beneficiarios, Terceros perjudicados o causahabientes de cualesquiera de los anteriores, dirigiendo escrito al Servicio de Atención al Cliente. En el escrito deben consignarse sus datos personales, firma, domicilio, el número de póliza o de siniestro, y los hechos que motivan su presentación.

Dirección: Servicio de Atención al Cliente

Calle Orense, nº 2
28020 Madrid
reclamaciones@generali.es

El Servicio de Atención al Cliente, que funciona de forma autónoma e independiente, acusará recibo de la reclamación y deberá resolver, de forma motivada, en el plazo máximo de dos meses en aplicación de lo establecido en la Ley 44/2002, de 22 de noviembre de Medidas de Reforma del Sistema Financiero y en la Orden ECO/734/2004 de 11 de marzo que regula los departamentos y servicios de atención al cliente y el defensor del cliente de las entidades financieras.

Las decisiones del Servicio de Atención al Cliente tendrán fuerza vinculante para la Entidad Aseguradora.

Transcurrido el plazo de 2 meses desde la fecha de presentación de la reclamación sin que haya sido resuelta por el Servicio de Atención al Cliente de la Compañía, o cuando éste haya desestimado la petición, los interesados podrán presentar su reclamación ante el Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Participe en planes de pensiones, Órgano adscrito a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, cuya dirección es:

Pº de Castellana, 44
28046- MADRID
www.dgsfp.meh.es/reclamaciones/index.asp

Todo ello sin perjuicio del derecho de los Asegurados de recurrir a la tutela de los jueces y tribunales competentes.

Legislación aplicable al Contrato de Seguro

El presente contrato de Seguro se rige por lo dispuesto en la Ley 50/80, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, en el Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de ordenación y supervisión de los seguros privados, en las disposiciones complementarias y las reglamentarias que le sean aplicables, y por lo establecido en las Condiciones Generales y Particulares del Contrato.

No tendrán validez las cláusulas excluyentes o limitativas de los derechos del Tomador o de los Asegurados que no hayan sido expresamente aceptadas por los mismos por escrito, y con su firma en las Condiciones Particulares de la póliza. No requerirán dicha aceptación las meras transcripciones o referencias a preceptos legales imperativos.

Artículo 1.º Personas que intervienen en el Contrato

La Compañía: Generali España S.A. de Seguros y Reaseguros, con domicilio social en calle Orense nº 2, 28020 Madrid, es la persona jurídica que, en condición de Aseguradora, asume el riesgo contractualmente pactado y garantiza el pago de las prestaciones aseguradas.

Tomador del Seguro: Persona física que solicita y contrata el Seguro, y a quien corresponden las obligaciones y deberes que del mismo se deriven, salvo aquellas que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado.

Grupo asegurable: Conjunto de personas físicas unidas por un vínculo o interés común, previo o simultáneo a la adhesión del seguro pero diferente a éste, que reúnan las condiciones legales precisas para poder ser aseguradas.

Asegurado: Cada una de las personas sobre cuya vida o integridad corporal se ha estipulado el contrato

y que, perteneciendo al Grupo Asegurable, reúna las correspondientes condiciones de adhesión y figure en la relación de personas incluidas en el contrato, ya sea nominalmente, ya sea de forma genérica siempre que en este supuesto exista una fórmula para su individualización e identificación.

No se estipulará el presente contrato sobre las siguientes personas:

- Personas mayores de 65 años en el momento de formalización del contrato. No obstante, las personas ya aseguradas que superen dicha edad quedarán incluidas en el mismo hasta el término de la anualidad en que el asegurado cumpla la edad de 70 años.
- Para la garantía de fallecimiento, las personas menores de 14 años o incapacitadas legalmente.

Beneficiario: Persona o personas físicas designadas por el Tomador, a quien corresponde percibir la prestación prevista en el contrato en caso de Fallecimiento del asegurado.

Artículo 2.º Documentación del Contrato

Póliza: Es el conjunto de documentos que recogen los datos y pactos del Contrato de Seguro. Forman parte de la póliza la Solicitud de Seguro, las Condiciones Generales y las Condiciones Particulares que individualizan el riesgo, así como los suplementos o Apéndices que se emitan para modificar o completar el Contrato de Seguro.

Solicitud de Seguro: Documento impreso facilitado por la Compañía y suscrito por el Tomador, por el que éste unilateralmente manifiesta su deseo de contratar el Seguro. En la Solicitud se detallan los datos necesarios para la formalización del Seguro, la persona o personas a asegurar, las Garantías a contratar, así como la declaración de todas las circunstancias conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo, y demás elementos necesarios para que la Compañía calcule la prima. Forma parte indivisible de la póliza.

Condiciones Generales: Regulan los principios básicos del Seguro, los derechos y deberes de las partes en relación

con el nacimiento, vida y extinción del contrato de Seguro, y los diversos acontecimientos y situaciones que pueden producirse en dichas etapas. Forman parte indivisible de la póliza.

Condiciones Particulares: Regulan y recogen los datos propios e individuales de cada contrato, así como las cláusulas que, por voluntad de las partes, completen o modifiquen las Condiciones Generales en los términos que sean permitidos por la Ley. Asimismo, regulan el alcance de la cobertura de las distintas Garantías que ofrece el Seguro de Accidentes. Forman parte indivisible de la póliza.

Suplementos o Apéndices: Durante la vigencia de la póliza, ésta puede ser modificada, de acuerdo con el Tomador del Seguro, mediante Apéndices, numerados correlativamente, cuantas veces sea necesario.

Artículo 3.º Objeto y extensión del seguro

Objeto del Contrato: la Compañía garantiza el pago de las indemnizaciones y prestaciones previstas en el Contrato cuando el Asegurado resulte con lesiones corporales causadas por un accidente cubierto en póliza, ya sea durante el ejercicio de su profesión o en su vida privada y cuyas consecuencias lesivas se manifiesten y queden acreditadas dentro de los dos años siguientes a la fecha del accidente.

Alcance y ámbito de la cobertura: las Condiciones Generales y las Condiciones Particulares regulan el alcance de la cobertura del Contrato, delimitando aquellos accidentes

y aquellos riesgos por los que se otorga protección al Asegurado.

Extensión territorial: Ila cobertura del presente seguro se extiende a aquellos accidentes ocurridos en cualquier lugar del mundo, en lo que respecta a las garantías de Fallecimiento e Invalidez Permanente.

Las garantías de Invalidez Temporal, Asistencia Sanitaria e indemnización diaria por hospitalización solo tienen cobertura, salvo pacto en contrario, para los accidentes ocurridos en la Unión Europea.

Artículo 4.º Accidentes Protegidos

4.1. Accidentes protegidos. El Contrato cubre la contingencia de accidente, entendiéndose por accidente la lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado que produzca incapacidad temporal, invalidez permanente o la muerte, en los términos establecidos en las Condiciones Particulares.

4.2. Riesgos excluidos. Quedan excluidos de la cobertura del Contrato los siguientes riesgos:

a) *Todas las enfermedades crónicas o no, y lesiones o defectos constitucionales y físicos preexistentes a la fecha de incorporación a la póliza del Asegurado afectado, aún cuando no exista un diagnóstico concreto, así como sus consecuencias o secuelas. Se entiende por preexistentes aquellas enfermedades, lesiones o defectos constitucionales y físicos que causen sintomatología evidente o sospecha razonable anterior a la*

- fecha de efecto de cada garantía contratada por el asegurado contratado.
- b) Las lesiones corporales derivadas de un accidente cubierto por la póliza que no se hubiera manifestado ni estuviera acreditado dentro de los dos años siguientes a la fecha del accidente.
- c) Las consecuencias que sufra el Asegurado a causa de enfermedades, afecciones y estados morbosos, de operaciones quirúrgicas y de tratamientos médicos o terapéuticos, con independencia de su naturaleza. Asimismo, quedan excluidos los accidentes que sean consecuencia de desvanecimientos y síncope, ataques de apoplejía o epilepsia, roturas de aneurisma, infartos de miocardio, derrames cerebrales, arritmias cardíacas y fracturas patológicas del Asegurado.
- d) Las consecuencias que sufra el Asegurado a causa de reumatismo, de las hernias de cualquier naturaleza u origen y sus agravaciones, de esfuerzos musculares o de lumbago.
- e) Los procesos patológicos que tengan como manifestación única el dolor, sin comprobación por pruebas de diagnóstico.
- f) Los accidentes provocados intencionadamente por el Asegurado o los Beneficiarios de la póliza, el suicidio y sus tentativas así como las automutilaciones y aquéllos que se deriven de la participación del Asegurado en apuestas, desafíos o riñas. De existir varios Beneficiarios, los no intervinientes conservarán íntegro su derecho a la totalidad del capital asegurado.
- g) Los accidentes sobrevenidos en actos dolosos, criminales o notoriamente peligrosos cometidos por el Asegurado, salvo que los realice en su legítima defensa o para salvamento propio o de otras personas.
- h) Los accidentes sobrevenidos en estado de enajenación mental, de embriaguez, bajo los efectos de drogas y estupefacientes, sonambulismo y los debidos a negligencia grave del Asegurado. A estos efectos se considera que hay embriaguez cuando el grado de alcohol en la sangre sea superior al establecido por la normativa vigente, o el Asegurado sea sancionado o condenado por esa causa.
- i) Las consecuencias de cualquier naturaleza derivadas de la reacción o radiación nuclear o de la contaminación radioactiva, sea cual fuere su origen.
- j) Los accidentes ocurridos al conducir un vehículo a motor si el Asegurado no está en posesión del correspondiente permiso de conducción.
- k) Los accidentes acaecidos con ocasión de actos de guerra, conflictos armados, revolución, sedición, terrorismo, fuerza militar, motín o tumulto popular y otras alteraciones del orden público y social, así como los debidos a erupciones volcánicas, terremotos, maremotos, huracanes, trombas e inundaciones, con independencia de la cobertura que, a través de este Contrato, deba asumir el Consorcio de Compensación de Seguros.
- l) Las consecuencias de los actos médicos o quirúrgicos, a los cuales se someta voluntariamente el asegurado como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza tales como los tratamientos de tipo puramente estético.
- m) Las enfermedades y secuelas neurológicas que no estén comprobadas diagnósticamente y que sean como consecuencia de un accidente cubierto en la póliza.
- n) Las psicosis, neurosis, psicopatías, trastornos de la personalidad, depresiones o stress y todas aquellas manifestaciones orgánicas de una enfermedad de la mente conocidas como enfermedades psicosomáticas.
- o) La utilización de helicópteros y aviones de un solo motor, tanto si son de uso particular como destinados al transporte público, salvo cuando dicha utilización esté motivada por el traslado urgente del Asegurado a consecuencia de una enfermedad o accidente graves.
- p) Los accidentes sufridos como consecuencia de viajes aéreos ocurridos al Asegurado como consecuencia de viajes aéreos ocurridos al Asegurado cuando viaje:
- Aeronaves de propiedad particular.
 - En calidad de miembro de la tripulación de cualquier tipo de aeronaves.
 - Aeronaves no autorizadas para el transporte público de pasajeros
 - Personas que habitualmente viajen en grupo como equipos deportivos, masas corales, etc...
- q) Los accidentes sufridos por el Asegurado que se produzcan por la práctica de cualquier modalidad de carreras de velocidad, regularidad o resistencia utilizando cualquier tipo de vehículo autopropulsado. Asimismo los accidentes sufridos por el Asegurado que se produzcan por la participación en concursos y competiciones de cualquier naturaleza y sus correspondientes pruebas y entrenamientos.

- r) La práctica de cualquier deporte en calidad de profesional.
- s) La práctica como aficionado de los siguientes deportes: el esquí de ruta o travesía, fuera de pistas e instalaciones; el alpinismo; la escalada; la travesía de glaciares y el paso de montaña con cordada; la espeleología; la inmersión submarina con aparatos de ayuda respiratoria; los deportes aéreos; la caza mayor; la lucha, el boxeo y las artes marciales, automovilismo, motociclismo, paracaidismo, hípica, aerostación, vuelo libre, vuelo sin motor y, en general, cualquier deporte o actividad recreativa de carácter notoriamente peligroso.
- t) La participación en lidias o tentaderos y encierros de reses bravas.

4.3. Enfermedades y lesiones preexistentes En caso de agravación directa o indirecta de las lesiones y secuelas producidas por un accidente cubierto por la póliza, debido a la existencia de enfermedades o secuelas físicas anteriores a la ocurrencia del siniestro, la Compañía sólo responderá de las consecuencias que el accidente, en cuanto a duración y consecuencias, habría probablemente tenido sin la intervención agravante de tales circunstancias.

Igual consideración tendrá la agravación motivada por una falta comprobada de cuidados, la aplicación de un tratamiento empírico o a la inobservancia de las prescripciones facultativas

Artículo 5.º Riesgos cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, y modificado por la Ley 12/2006, de 16 de mayo, el tomador de un contrato de seguro de los que deben obligatoriamente incorporar recargo a favor de la citada entidad pública empresarial tiene la facultad de convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier entidad aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente.

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

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

El Consorcio de Compensación de Seguros ajustará su actuación a lo dispuesto en el mencionado Estatuto legal,

en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, en el Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, aprobado por el Real Decreto 300/2004, de 20 de febrero, y en las disposiciones complementarias.

Resumen de las normas legales

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos.

- a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias (incluyendo los embates de mar), erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 135 km/h, y los tornados) y caídas de meteoritos.
- b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
- c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

2. Riesgos excluidos

- a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
- b) Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.
- c) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.

- d) *Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 25/1964, de 29 de abril, sobre energía nuclear.*
- e) *Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, y en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.*
- f) *Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios conforme al artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios.*
- g) *Los causados por mala fe del asegurado.*
- h) *Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.*
- i) *Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de catástrofe o calamidad nacional.*

3. Extensión de la cobertura

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

Procedimiento de actuación en caso de siniestro indemnizable por el Consorcio de Compensación de Seguros.

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

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

Artículo 6.º Perfección, Efectos y Duración del Contrato

6.1. Perfección: el presente Contrato se perfecciona por el consentimiento dado por ambas partes, mediante la firma de la póliza por la Compañía y el Tomador del Seguro y por el pago de la prima.

6.2. Efectos: la cobertura de los riesgos contratados entra en vigor en el día y hora indicados en las Condiciones Particulares, una vez aquél haya sido perfeccionado y satisfecha la prima del Seguro. Asimismo, las eventuales modificaciones o adiciones posteriores a la póliza no tomarán efecto mientras no haya sido satisfecho el correspondiente recibo de prima. En el caso de demora

en el cumplimiento de estos requisitos, las obligaciones de la Compañía comenzarán a las 24 horas del día en que hayan sido cumplimentadas.

6.3. Duración: la duración del Contrato se establece por el período especificado en las Condiciones Particulares. A la finalización del mismo se entenderá prorrogado el Contrato automáticamente por el plazo de otro año, y así sucesivamente al término de cada anualidad, salvo pacto en contrario o que, por la naturaleza temporal del Contrato deba deducirse su improrrogabilidad.

A esta prórroga tácita pueden oponerse tanto el Tomador del Seguro como la Compañía, mediante notifica-

ción escrita a la otra parte con un plazo de dos meses de anticipación a la conclusión del seguro en curso.

Artículo 7.º Pago de las primas del Contrato

7.1. Indivisibilidad de la prima: las primas del Seguro son anuales, salvo que el Seguro se haya contratado por tiempo inferior, en cuyo caso se constituirá como prima única. No obstante, en las primas anuales podrá convenirse el fraccionamiento del pago en porciones semestrales, trimestrales o mensuales. El fraccionamiento no libera al Tomador de la obligación de abonar la totalidad de la prima anual.

7.2. Momento del pago: el pago de la primera prima se efectuará en el momento de la perfección del Contrato y el de las sucesivas a sus respectivos vencimientos señalados en las Condiciones Particulares de la póliza.

7.3. El pago de la primera prima o de la prima única: si por culpa del Tomador del Seguro no se hubiese pagado la primera prima, o la prima única no lo ha sido a su vencimiento, la Compañía tiene derecho a resolver el Contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva en base a la póliza. Salvo pacto en contrario, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro la Compañía quedará liberada de toda obligación.

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

7.5. Lugar del pago: el domicilio de pago de las primas será el del Tomador del Seguro, salvo que en las Condiciones Particulares de la póliza se determine lugar distinto.

7.6. Domiciliación bancaria: si se conviene el cobro de los recibos de prima mediante domiciliación bancaria, se aplicarán las siguientes normas:

a) El Tomador del Seguro entregará a la Compañía una carta dirigida al establecimiento bancario o Caja de Ahorros dando la orden oportuna al efecto.

b) La prima se entenderá satisfecha a su vencimiento, salvo que, intentado el cobro dentro del plazo de un mes a partir de dicha fecha, no existiesen fondos suficientes en la cuenta del Tomador. En este caso, la Compañía notificará a éste que tiene el recibo de prima a su disposición en su domicilio o en el de su correspondiente representante, lugar donde vendrá obligado el Tomador a satisfacer la prima, quedando la cobertura en suspenso.

c) Si la Compañía dejase transcurrir el plazo de un mes a partir del día del vencimiento sin presentar el recibo al cobro y al hacerlo no existiesen fondos suficientes en la cuenta del Tomador, aquélla estará obligada a notificarle tal hecho por carta certificada o un medio indubitado, concediéndole un nuevo plazo de un mes para que comunique a la Compañía la forma en que satisfará su importe. Este plazo se computará desde la recepción de la expresada carta o notificación en el último domicilio comunicado a la Compañía.

7.7. Pago de los tributos: el pago de los tributos legalmente repercutibles de cualquier naturaleza que se devenguen por razón de este Seguro o en relación con el mismo, serán satisfechos por el Tomador o, en su caso, por el Asegurado, por el Beneficiario o por sus respectivos derechohabientes.

7.8. Pago realizado a Agente o a Corredor de Seguros: El pago del importe de las primas que efectúe el Tomador a un Agente Exclusivo de la Compañía, surtirá los mismos efectos que si se hubiese realizado directamente a ésta.

El pago del importe de las primas efectuado por el Tomador a un Agente Vinculado o Corredor de Seguros no se entenderá realizado a la Compañía, salvo que, a cambio, el Agente Vinculado o Corredor entregue al Tomador el recibo de prima original de la Compañía.

Artículo 8.º Declaraciones del Tomador del Seguro

8.1. Bases del Contrato. El presente Contrato tiene como base las declaraciones formuladas por el

Tomador del Seguro en la correspondiente solicitud, o en la proposición que en su caso haya formulado

la Compañía, así como en el Cuestionario presentado por ésta y cumplimentado por el Tomador del Seguro, todo lo cual motiva la aceptación del riesgo por parte de la Compañía y determina los derechos y obligaciones derivadas del presente Contrato para ambas partes.

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición o de la solicitud de seguro, podrá subsanarse dicha divergencia mediante reclamación por parte del Tomador del Seguro, en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza.

Transcurrido dicho plazo sin haberse efectuado la citada reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza.

8.2. Valoración del Riesgo: Antes de la suscripción del Contrato, el Tomador del Seguro tiene el deber de declarar a la Compañía, de acuerdo con el Cuestionario que ésta le someta, todas las circunstancias por él conocidas que influyan en la valoración del riesgo, y que queden comprendidas en él. La Compañía podrá rescindir el Contrato mediante declaración dirigida al Tomador del Seguro en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del Tomador del Seguro.

Si el siniestro sobreviene antes de la declaración de la Compañía, la prestación de ésta se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado en el caso de conocer dichas circunstancias. Si el Tomador del Seguro ha obrado de mala fe, la Compañía quedará liberada de la prestación correspondiente.

8.3. Agravación del Riesgo: Durante la vigencia del Contrato, el Tomador del Seguro o el Asegurado deberá declarar las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que de haberlas conocido la Compañía antes de la perfección del Contrato, no hubiese aceptado la cobertura del riesgo o, en su caso, lo hubiese hecho en condiciones más gravosas para el Tomador del Seguro. En este caso, la Compañía podrá proponer al Tomador del Seguro una modificación del Contrato en un plazo de dos meses a contar desde la declaración de la agravación por parte de éste. El Tomador del Seguro tiene un plazo de quince días para aceptar o rechazar dicha propuesta; en caso de rechazo o silencio por parte del Tomador del Seguro podrá la Compañía, transcurrido dicho plazo, rescindir el Contrato, previa advertencia al Tomador, concediendo al Tomador del Seguro un nuevo plazo de quince días, transcurrido el cual y dentro de los ocho días siguientes deberá la Compañía comunicar al Tomador del Seguro la rescisión definitiva. La Compañía podrá igualmente rescindir el Contrato comunicándolo por escrito al Tomador del Seguro dentro de un mes a partir del día que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo.

En el caso que el Tomador del Seguro o el Asegurado no haya declarado a la Compañía la agravación del riesgo, y sobreviniere un siniestro, la prestación de la Compañía se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de conocer la verdadera entidad del riesgo. Si el Tomador del Seguro ha obrado de mala fe, la Compañía quedará liberada de la prestación correspondiente.

8.4. Disminución del Riesgo. Asimismo, el Tomador del Seguro o el Asegurado podrán declarar durante la vigencia del Contrato aquellas circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubiesen sido conocidas por la Compañía en el momento de la perfección del Contrato, lo habría celebrado en condiciones más favorables para aquéllos. En este supuesto, al finalizar el período en curso del seguro, la Compañía deberá reducir el importe de la prima futura en la proporción 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 hubiese correspondido pagar, desde el momento que haya puesto en conocimiento de la Compañía la disminución del riesgo.

8.5. Regularización y actualización de los Asegurados. Se observarán los siguientes criterios en relación a las altas y bajas de las personas aseguradas que se produzcan durante la vigencia del Contrato:

8.5.1. Pólizas nominadas en que cada persona asegurada se relaciona en el Contrato por su nombre. Se seguirán las siguientes disposiciones:

- a) El Tomador del Seguro comunicará por escrito a la Compañía la incorporación de nuevos Asegurados. Salvo pacto en contrario expresamente indicado en Condiciones Particulares, las inclusiones tomarán efecto a las cero horas del día siguiente a la fecha de la comunicación, o bien la que señale el Tomador del Seguro si el efecto de la inclusión ha de ser posterior.
- b) Las bajas de Asegurados se comunicarán por escrito a la Compañía y tomarán efecto a las cero horas de la fecha de la comunicación, o bien la que señale el Tomador del Seguro si el efecto de la exclusión ha de ser posterior.
- c) La Compañía procederá, con la periodicidad que se establezca en las Condiciones Particulares, a la emisión del correspondiente Apéndice en el que se recoja la incorporación o la baja de personas aseguradas, emitiendo el correspondiente recibo de prima o, en su caso, de extorno de prima.

8.5.2. Pólizas innominadas en las que los Asegurados constan en el Contrato de forma genérica a través de una fórmula que permite su individualización e identificación. Se observarán, salvo pacto en contrario, las siguientes disposiciones:

- a) Se otorga cobertura a toda aquella persona identificada de forma genérica en póliza con independencia de la fecha de su incorporación al Contrato.
- b) Dentro de los dos meses anteriores a la finalización de la anualidad del seguro, el Tomador del Seguro declarará el número de personas que, durante los últimos doce meses naturales, han formado parte de la plantilla de la Empresa.
- c) La Compañía procederá a regularizar la prima de la última anualidad, calculando aquella que correspondería por la totalidad de personas aseguradas, y deduciéndole aquella otra que el Tomador del Seguro por dicho período ya desembolsó.
- d) Si el Tomador del Seguro, previo requerimiento de la Compañía, no hubiere realizado la regularización de los Asegurados correspondiente a anualidades de seguro ya vencidas o, ha-

biéndola efectuado, ésta fuese incorrecta por dolo o culpa grave del Tomador del Seguro, la Compañía, en caso de siniestro, reclamará a aquél parte de la indemnización pagada al Asegurado en proporción a la diferencia existente entre la prima satisfecha y la que hubiese correspondido caso de haberse procedido a practicarse dicha regularización.

- e) El Tomador del Seguro se obliga a tener a disposición de la Compañía el libro de Matrícula del Personal u otro sistema de documentación que sustituya a dicho libro y, en general, cualesquiera otros documentos y antecedentes que, a petición de la ésta, permita tener conocimiento del número y de la identidad de cada una de las personas aseguradas.

8.6. Otros Contratos. El Tomador del Seguro debe comunicar a la Compañía la existencia o la celebración de cualquier otro Seguro de Accidentes que se refiera a la persona o personas aseguradas por el presente Contrato y que cubra durante idéntico período de tiempo los mismos riesgos amparados por esta póliza. El incumplimiento de este deber dará lugar a que la Compañía pueda reclamar los daños y perjuicios que se le irroguen.

Artículo 9.º Designación de Beneficiarios

9.1. Derecho a la designación. La designación y el cambio de Beneficiarios es derecho propio y exclusivo del Asegurado, sin necesidad de consentimiento de la Compañía.

9.2. Forma de la designación. La designación de Beneficiarios podrá realizarse en la póliza, en una posterior declaración comunicada por escrito a la Compañía o por designación testamentaria.

9.3. Revocación de la designación. El Asegurado podrá revocar la designación de Beneficiario en cualquier momento y en la misma forma establecida para la designación, siempre que no haya renunciado expresamente y por escrito a tal facultad.

9.4. Criterios de interpretación de la designación. Cuando el Asegurado realice la designación de Beneficiario o Beneficiarios se tendrá en cuenta los siguientes criterios y normas, salvo estipulación en contrario:

- a) En caso de designación genérica de sus hijos como Beneficiarios, se entenderán como tales todos aquéllos que lo sean del Asegurado.

b) La designación del cónyuge como Beneficiario atribuirá tal condición al que lo sea en el momento del fallecimiento del Asegurado.

c) Si la designación se hace a favor de los herederos del Asegurado, se considerará como Beneficiarios los que tengan dicha condición de herederos en el momento del fallecimiento del Asegurado.

d) En el caso que exista una pluralidad de herederos, la distribución de dicha prestación se efectuará, salvo pacto en contrario, en proporción a la cuota hereditaria de cada uno de aquéllos. En tal caso la parte no adquirida por un Beneficiario acrecerá a la de los demás.

e) Los Beneficiarios que sean herederos del Asegurado conservarán dicha condición aunque renuncien a la herencia.

f) Si la designación de Beneficiarios se hace en favor de varias personas, la indemnización o prestación convenida se distribuirá, salvo estipulación en contrario, por partes iguales.

9.5. Reglas de determinación de Beneficiarios.

En ausencia de designación expresa por parte del Asegurado, y salvo que se establezca en Condiciones Particulares un orden de prelación distinto, se considerará que son Beneficiarios las personas siguientes:

a) El cónyuge e hijos del Asegurado, por partes iguales.

b) Los hijos por partes iguales, en defecto de cónyuge.

c) Los padres del Asegurado por partes iguales, o el superviviente de ellos por la totalidad del capital garantizado, en defecto de cónyuge e hijos.

d) En defecto de todos los anteriormente citados, los herederos legales o testamentarios del Asegurado.

Artículo 10.º Acaecimiento del accidente. Pago de las prestaciones

10.1. Deber de aminorar las consecuencias del

Accidente. El Tomador del Seguro y el Asegurado deberán emplear los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del accidente, tendentes básicamente a que el Asegurado reciba tratamiento médico, se sigan las prescripciones facultativas y se realicen cuantas diligencias se consideren necesarias para conservar la vida y el pronto restablecimiento del Asegurado. El incumplimiento de este deber dará derecho a la Compañía a reducir su prestación en la proporción oportuna, teniendo en cuenta la importancia de los daños derivados del mismo y el grado de culpa. Si este incumplimiento fuese con manifiesta intención de perjudicar o engañar a la Compañía, ésta quedará liberada de toda prestación.

10.2. Declaración del acaecimiento del Accidente.

El Tomador del Seguro, el Asegurado o el Beneficiario en su caso, deberán comunicar por escrito a la Compañía, en su domicilio social o en el de cualquiera de sus representantes, el acaecimiento del accidente dentro del plazo máximo de siete días de haberse producido o de haber sido conocido por cualquiera de aquéllos.

En caso de incumplimiento de esta obligación, la Compañía podrá reclamar los daños y perjuicios que haya sufrido como consecuencia de la falta o retraso de dicha notificación.

10.3. Declaración de las circunstancias y consecuencias del Accidente.

Asimismo, el Tomador del Seguro, el Asegurado o el Beneficiario, en su caso, deberán facilitar a la Compañía toda clase de información y documentación sobre las circunstancias y consecuencias del accidente la asistencia médica inicial y la evolución de las lesiones del Asegurado, además de la información complementaria que la Compañía 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.

10.4. Reconocimientos médicos: El Asegurado queda obligado, salvo causa justificada, a someterse

al reconocimiento de los médicos que designe la Compañía, si ésta lo estima necesario, a fin de completar los informes médicos solicitados o aportados, y a trasladarse al lugar que corresponda para que se efectúe tal reconocimiento. Los gastos de tales reconocimientos, así como de los traslados, serán asumidos por la Compañía.

10.5. Pago de la indemnización: La Compañía, previa recepción de la documentación que se estipula, para cada Riesgo contratado, en las Condiciones Especiales, y tras concluir las investigaciones y peritaciones necesarias para establecer la existencia del siniestro, su cobertura por la póliza y su importe, deberá satisfacer la indemnización, notificando por escrito al Asegurado la cuantía de la indemnización que le corresponde.

En cualquier caso, la Compañía deberá efectuar, dentro de los cuarenta días a partir de la recepción de la declaración del accidente, el pago del importe mínimo de lo que pueda deber, según las circunstancias por ella conocidas.

10.6. No cobertura de un siniestro: Si, tras el término de las investigaciones y peritaciones señaladas en el apartado anterior, la Compañía considera que tal siniestro no está amparado por las coberturas del Contrato, lo comunicará por escrito al Tomador del Seguro y al Asegurado o, en su caso, a los Beneficiarios, expresando los motivos por los cuales considera que no existe la obligación de abonar indemnización o prestación alguna.

10.7. Desacuerdo entre las partes: Si no existiese acuerdo entre la Compañía y el Asegurado sobre el importe y la forma de indemnización, ambas partes se someterán a la decisión de Peritos Médicos, para lo cual se aplicarán las siguientes normas:

– Cada parte designará un Perito, debiendo constar por escrito la aceptación de éstos. Si una de las partes no hubiese hecho tal designación, estará obligada a realizarla en el plazo de ocho días siguientes a la

fecha en que sea requerida por la parte que hubiese designado el suyo, y de no hacerlo en este último plazo se entenderá que acepta el dictamen que emita el Perito de la otra parte, quedando vinculado por el mismo.

- Si los Peritos designados llegan a un acuerdo, se reflejará éste en un acta conjunta en la que se harán constar si las lesiones son derivadas de un accidente o de cualquier otro evento, el grado de invalidez resultante de las mismas, si procede, y las demás circunstancias que puedan influir en la determinación de la correspondiente indemnización.
- Cuando no exista acuerdo entre los Peritos, ambas partes designarán un tercer Perito de conformidad, y en el caso de no existir ésta, la designación se hará por el Juez de Primera Instancia del domicilio del Asegurado, en acto de jurisdicción voluntaria y por los trámites previstos para la insaculación de Peritos en la Ley de Enjuiciamiento Civil. En este caso, el dictamen del tercer Perito se emitirá en el plazo que determinen ambas partes, o, en su defecto, en el de treinta días a partir de la aceptación por el Perito tercero de su nombramiento.
- Notificado a las partes el dictamen de los Peritos, será vinculante para aquellas, salvo que se impugne judicialmente por alguna de las partes, dentro del plazo de treinta días en el caso de la Compañía y de ciento ochenta días en el del Asegurado, a contar ambos plazos desde la fecha de la notificación del dictamen a cada parte. De no impugnarse judicialmente dicho dictamen por alguna de las partes en los citados plazos, el dictamen pericial devendrá inatacable.
- Si el dictamen de los Peritos fuese impugnado la Compañía deberá abonar el importe mínimo de lo que

pueda deber, según las circunstancias de cada caso, en el plazo de cinco días.

- En el supuesto de que por demora de la Compañía en el pago de la indemnización devenida inatacable, se viere obligado el Asegurado a reclamarla judicialmente dicha indemnización se incrementará con un interés del 20% anual, a contar desde que la indemnización devino inatacable para la Compañía. En cualquier caso, los gastos originados al Asegurado por el proceso judicial serán a cargo de la Compañía.
- Cada parte abonará los honorarios de su Perito. Los del tercer Perito y los demás gastos que ocasione el dictamen pericial serán de cuenta y a cargo por mitad del Asegurado y de la Compañía. No obstante, si cualquiera de las partes hubiese hecho necesaria la intervención del tercer Perito por haber mantenido una valoración de la indemnización manifiestamente desproporcionada, será ella la única responsable de dichos gastos.

10.8. Lugar del pago: El pago al Asegurado o al Beneficiario, en su caso, de las indemnizaciones y prestaciones cubiertas por el seguro y derivadas de un accidente aceptado normalmente por la Compañía, serán hechos efectivos en el domicilio social de ésta o de cualquiera de sus representantes y satisfechas en la moneda pactada en póliza.

10.9. Demora en el pago: Si en el plazo de tres meses desde la producción del accidente la Compañía no hubiese abonado la indemnización garantizada para el correspondiente riesgo cubierto por la póliza, por causa no justificada o que le fuese imputable, la indemnización se incrementará según lo establecido en la legislación vigente.

Artículo 11.º Comunicaciones entre las partes que intervienen en el Contrato

11.1. Comunicación a la Compañía. Las comunicaciones que deba efectuar el Tomador del Seguro, el Asegurado o el Beneficiario, en su caso, a la Compañía, se cursarán al domicilio social de ésta o al de su representante más cercano al domicilio de aquéllos.

11.2. Comunicación al Agente de Seguros. Las comunicaciones que efectúe el Tomador del Seguro, el Asegurado o el Beneficiario al Agente de Seguros que haya mediado en el Contrato como representante de la Compañía, surtirán los mismos efectos que si se hubiese realizado directamente a ésta.

11.3. Comunicación del Corredor de Seguros. Las comunicaciones que efectúe a la Compañía un Corredor de Seguros en nombre del Tomador del Seguro, del Asegurado o del Beneficiario, surtirán los mismos efectos que si las realizara cualquiera de éstos, salvo indicación en contrario del Tomador del Seguro.

11.4. Notificación al Tomador. Las notificaciones que efectúe la Compañía al Tomador del Seguro se cursarán al domicilio que conste en la póliza, salvo que éste haya sido modificado y comunicado por el Tomador del Seguro a la Compañía de forma fehaciente. Las notificaciones que la Compañía deba efectuar, en su

caso, al Asegurado o al Beneficiario, se cursarán por aquélla al domicilio que conozca de estos últimos y de no conocerlo al domicilio del Tomador del Seguro.

11.5. Forma de la comunicación: Las comunicaciones entre las partes, para que tengan eficacia contractual, deberán efectuarse por escrito y de forma fehaciente.

11.6. Cambio de domicilio: El Tomador del Seguro o el Asegurado, en su caso, deberán comunicar la Compañía, también de forma fehaciente, sus cambios de domicilio. Caso contrario, pueden derivarse para el Tomador del Seguro o para el Asegurado los correspondientes perjuicios por la falta de recepción o no recepción puntual de las comunicaciones que les sean cursadas por la Compañía.

Artículo 12º. Otras obligaciones del Tomador

12.1 Información del contenido del Contrato: el Tomador del Seguro se obliga a informar a todos y cada uno de los Asegurados incluidos en el Contrato de seguro del contenido de las Condiciones Generales y Particulares del mismo y, en particular, de aquéllas cláusulas que signifiquen una exclusión o limitación de sus derechos, o de los que correspondan a los Beneficiarios en su caso, responsabilizándose el Tomador del Seguro de los perjuicios que el incumplimiento de dicho deber de información puedan derivarse para los Asegurados o sus Beneficiarios.

12.2 Información a la Compañía: el Tomador del Seguro viene obligado a comunicar a la Compañía inmediatamente de haberla recibido, cualquier

reclamación, emplazamiento o citación judicial que pueda recibir en relación con las coberturas del presente Contrato.

En caso de incumplimiento de dicha obligación la Compañía podrá reclamar del Tomador del Seguro los daños y perjuicios que se le han causado por la falta de dicha comunicación o por cursar ésta fuera de tiempo hábil.

12.3. Resolución del Contrato: el Tomador del Seguro se obliga en caso de resolución de esta póliza, por alguna causa legal o contractual, a comunicar a cada uno de los Asegurados que dicho Contrato ha quedado sin efectos.

Artículo 13.º Prescripción de las acciones derivadas del Contrato

Todas las acciones que se deriven del presente Contrato prescribirán en el término de cinco años, a contar desde la fecha en que pudieran ejercitarse.

Artículo 14.º Legislación aplicable (Artículos 107, 108 y 109 de la Ley 50/1980)

Salvo que en las Condiciones Particulares de la Póliza se indique lo contrario, se aplicará a este contrato la legislación española.

Artículo 15.º Jurisdicción Competente (Artículo 24 de la Ley 50/1980)

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

Artículo 16.º Información y protección del asegurado (Artículos 60, 61 y 62 de la Ley de Ordenación y Supervisión de Seguros Privados). Instancias de Reclamación

El Ministerio de Economía y Hacienda, a quién corresponde el control de la actividad aseguradora, como autoridad del Estado Español, protegerá la libertad de los asegurados para decidir la contratación de los seguros y el mantenimiento del equilibrio contractual en los contratos de seguro ya celebrados.

El Tomador del seguro, asegurado, beneficiario o derechohabientes de cualesquiera de ellos podrán formular reclamaciones ante la Dirección General de Seguros, como órgano de Control de la Aseguradora, dependiente del Ministerio de Economía y Hacienda, en orden a la defensa de los derechos derivados del contrato de seguro.

El Tomador del seguro, el Asegurado, Beneficiario o Derechohabientes de cualesquiera de ellos podrán presentar reclamación ante el Servicio de Atención al cliente

de la Entidad Aseguradora, por prácticas lesivas de los derechos derivados del Contrato, de conformidad con lo establecido, en el artículo 63 del Real Decreto Legislativo 6/04 de 29 de octubre. Si en el plazo de dos meses desde la presentación de la reclamación ante dicho Servicio no fuera resuelta expresamente o fuera desestimada, el Tomador del seguro, Asegurados, Beneficiarios o Derechohabientes de cualquiera de ellos podrán formular reclamaciones ante el Comisionado para la defensa del Asegurado y del participe en planes de pensiones, en orden a la defensa de los derechos derivados del contrato de seguro. sin perjuicio de lo anterior, los conflictos que puedan surgir en Tomador del seguro, Asegurado, Beneficiario, terceros perjudicados o derechohabientes de cualquiera de ellos con la Entidad Aseguradora podrán resolverse por los jueces y tribunales competentes.

Artículo 17.º Normas de protección de datos de carácter personal

Las partes quedan sometidas a las prescripciones de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, y reconocen que los datos personales que figuran en la póliza han sido voluntariamente facilitados, como necesarios e imprescindibles, para el establecimiento, mantenimiento y cumplimiento de la relación contractual que comporta el Seguro formalizado, al objeto de que sean tratados informáticamente, pudiendo ser cedidos en los términos que establece la citada Ley.

El Asegurado autoriza a la Compañía el tratamiento informático de los datos de carácter personal que figuran en la Solicitud de Seguro.

Dicha información podrá ser cedida, en su totalidad o en parte, a otras Entidades Aseguradoras con el objeto de

facilitar el tratamiento de siniestros, a otras instituciones colaboradoras con el Sector Asegurador con fines estadísticos o de lucha contra el fraude, así como por razones de coaseguro y reaseguro.

El Tomador y el Asegurado podrán ejercer el derecho de información, rectificación o cancelación de la autorización del uso de dichos datos de carácter personal, que en todo momento serán tratados por la Compañía de forma confidencial y de acuerdo a los preceptos establecidos por la Ley mencionada en el párrafo anterior.

El ejercicio de los derechos de acceso, rectificación y cancelación de los datos podrá efectuarse ante la propia Compañía, como responsable del fichero, domiciliada en su sede social.

Por la Compañía

Tomador del Seguro

Las presentes Condiciones Generales han sido redactadas de forma simplificada para facilitar al máximo su comprensión. Por favor, léalas atentamente y solicite todas las aclaraciones que considere oportuno a su Mediador o en cualquiera de las Sucursales de Generali.

www.generali.es

GENERALI ESPAÑA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS. Domicilio Social: c/ Orense nº2. 28020 MADRID. C.I.F.: A-28007268. Registro Mercantil de Madrid. Tomo 3,175. Libro 0. Folio 125. Hoja M-54202.

generali.es

