

PLAN DE PREVISIÓN ASEGURADO



LIBERTY **PLAN DE PREVISIÓN
ASEGURADO**

Condiciones
Generales



LIBERTY **PLAN DE PREVISIÓN ASEGURADO**

LE10PPA 11/08

11/08

Liberty Seguros, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. Domicilio Social: Obenque 2, 28042 – Madrid.
R.M. de Madrid, T. 21.275, L.O. F. 83, S. 8, H. M-377.257, I. 15– C.I.F.: A-48/037642

NOTA INFORMATIVA

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 60 del Texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados y en los artículos 104 y 105 del Reglamento que lo desarrolla, se informa al Tomador de los siguientes extremos:

1. Estado Miembro y Autoridad de Control

El estado miembro al que corresponde el control de la actividad aseguradora de la entidad es España, y la autoridad de control la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones dependiente del Ministerio de Economía y Hacienda.

2. Legislación Aplicable

La legislación aplicable al contrato es la española, en concreto la Ley 50/80 de 8 de Octubre de Contrato de Seguro, y el texto refundido de la Ley de ordenación y supervisión de los seguros privados, aprobado por Real Decreto Legislativo 6/2004 de 29 de Octubre, y las normas que lo desarrollan y la Ley 35/2006 de 28 de noviembre del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y de modificación parcial de las leyes de los Impuestos sobre Sociedades, sobre la Renta de no Residentes y sobre el Patrimonio y el Reglamento que la desarrolla.

3. Instancias de Reclamación y Protección del Cliente

LIBERTY SEGUROS dispone de un Departamento de Atención al Cliente y de un Defensor del Cliente, para atender y resolver quejas y reclamaciones derivadas de la actuación de la propia entidad o de sus agentes de seguros u operadores de banca seguros, conforme al procedimiento previsto en la Orden ECO 734/2004, de 11 de marzo.

Los tomadores, asegurados, beneficiarios, Terceros perjudicados y Derechohabientes de los mismos podrán someter indistintamente sus quejas y reclamaciones:

- Al Departamento de Atención al Cliente del Grupo Liberty, mediante escrito dirigido a C/Obenque 2, 28042 Madrid, por fax al 913017998 o e-mail: atencionalcliente@libertyseguros.es
- Al Defensor del Cliente del Grupo Liberty, mediante escrito dirigido al domicilio C/Marqués de la Ensenada 2, 6ª planta, 28004 Madrid, o por fax al 913084991, o e-mail: reclamaciones@da-defensor.org

Las quejas y reclamaciones formuladas por los clientes, serán atendidas y resueltas en el plazo de 2 meses desde su presentación en el Departamento de Atención al Cliente, o en sus caso, Defensor del Cliente.

En caso de disconformidad con el resultado del pronunciamiento adoptado por cualquiera de las instancias anteriormente citadas, o si ha transcurrido el plazo de 2 meses sin haber obtenido una respuesta, el reclamante podrá formular su queja o reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, mediante escrito dirigido al domicilio en Pº de la Castellana 44, 28046 Madrid.

Además de los cauces de reclamación indicados anteriormente, los conflictos podrán plantearse en vía judicial ante los jueces y tribunales competentes.

Se encuentra a disposición de los clientes en las oficinas de las entidades del Grupo Liberty, el Reglamento para la Defensa del Cliente, por el que se regula el funcionamiento interno de las quejas y reclamaciones, la actividad y procedimientos del Departamento de Atención al Cliente y del Defensor del Cliente, así como las relaciones entre ellos. También se podrá tener acceso a dicho Reglamento en la página web www.libertyseguros.es, o a través de su Mediador.

4. Denominación social, forma jurídica y domicilio social de la Entidad.

La entidad aseguradora LIBERTY SEGUROS, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. tiene su domicilio social en la C/Obenque 2, 28042 Madrid, España. La entidad ha adoptado la forma jurídica de sociedad anónima.

ÍNDICE

0	Artículo preliminar - Definiciones	5
1	Bases fundamentales del contrato	5
2	Objeto del seguro	6
3	Riesgos no cubiertos de aplicación a la garantía adicional de fallecimiento	7
4	Pago de las primas	7
5	Límite de las primas	8
6	Tipo de prestaciones	8
7	Determinación de las prestaciones	9
8	Condicionantes de las prestaciones	9
9	Contingencias cubiertas	9
10	Beneficiarios	10
11	Pago de las prestaciones	11
12	Solicitud de las prestaciones	11
13	Prestación de jubilación	12
14	Anticipación de la prestación correspondiente a jubilación	12
15	Prestación de incapacidad	13
16	Prestación por fallecimiento	13
17	Dependencia severa o grande dependencia del asegurado	13
18	Incompatibilidades del régimen de aportaciones y prestaciones	14
19	Disposición anticipada	14
20	Movilización de la provisión matemática o fondo acumulado	16
21	Otras obligaciones, deberes y facultades del tomador o del asegurado	17
22	Indicación inexacta de la edad	17
23	Extravío de la póliza	18
24	Comunicaciones entre tomador y asegurado	18
25	Prescripción	18
26	Nulidad del contrato e indisputabilidad de la póliza	18
27	Gastos de la póliza	19
28	Tarifa para el seguro de riesgo	19
29	Aportaciones a favor de personas con discapacidad	20

30	Contingencias del régimen especial para personas con discapacidad	20
31	Supuesto de liquidez del régimen especial para personas con discapacidad	22
32	Prestaciones del régimen especial para personas con discapacidad	22
33	Cláusula de indemnización	23

En este contrato se entiende por:

■ **Asegurador:** La sociedad aseguradora es **Liberty Seguros, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.** quien suscribe la póliza junto con el tomador y asume, mediante el cobro de la prima correspondiente, la cobertura de los riesgos objeto del contrato.

■ **Tomador del seguro:** La persona física que asume las obligaciones y que suscribe el contrato con el asegurador. Al tratarse de un plan de previsión asegurado coincide con el asegurado.

■ **Asegurado:** La persona física sobre cuya vida se estipula el seguro. Al tratarse de un plan de previsión asegurado coincide con el tomador del seguro.

■ **Beneficiario:** La persona o personas físicas, titulares del derecho a las prestaciones contratadas en la póliza, cuando se produzcan los hechos cuyos riesgos son objeto de cobertura. Coincide con el tomador del seguro y asegurado, salvo en caso de fallecimiento.

■ **Póliza:** El documento o conjunto de documentos que contienen las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integrante de la póliza, las condiciones generales y especiales; las particulares que individualizan el riesgo y los suplementos y los apéndices que se emitan para completarla o modificarla. Ninguno de estos documentos tienen validez ni efecto por separado.

■ **Prima:** Es el precio del seguro, pudiendo tener carácter de periódica o única, que figura en las condiciones particulares de la póliza y debe ser abonada en la forma y fechas previstas. En el recibo se incluirán los recargos, tasas e impuestos que sean de legal aplicación.

■ **Aniversario de la póliza:** El mismo día y mes que la fecha de efecto inicial de la póliza para cada anualidad siguiente, siempre que la póliza esté en vigor.

■ **Fecha mensual:** El mismo día de efecto de la póliza correspondiente a todos y cada uno de los meses de vigencia de la misma.

■ **Tipo de interés garantizado:** El tipo de interés mínimo garantizado durante toda la duración del contrato será el mínimo entre el 2,5% y el marcado por la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones en cada anualidad para el cálculo de las provisiones del seguro de vida. Periódicamente por anticipado se comunicará el tipo de interés aplicable durante el siguiente período tanto a las nuevas aportaciones como al capital constituido.

■ **Fondo acumulado/provisión matemática:** Es el valor del seguro en cada momento, resultante de aplicar a las primas y aportaciones pagadas el interés garantizado una vez deducida la prima de riesgo y los gastos de gestión y administración.

1

BASES FUNDAMENTALES DEL CONTRATO

1.1. Declaraciones

Las declaraciones efectuadas por el tomador/asegurado contenidas en la solicitud y en el cuestionario de salud y hábitos presentado por el asegurador, incluyendo, en su caso, las declaraciones al médico reconecedor, son datos esenciales para la apreciación del riesgo y constituyen base fundamental de la póliza.

1.2. Contenido de la póliza

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

1.3. Perfección, toma de efecto y duración del contrato

El contrato se perfecciona por el consentimiento manifestado por las partes contratantes mediante la suscripción de la póliza. **No obstante, las coberturas contratadas no tomarán efecto, mientras no haya sido satisfecho el primer recibo de prima.**

Las obligaciones del asegurador comenzarán a las veinticuatro horas del día en que hayan sido cumplimentados ambos requisitos anteriores.

Las modificaciones o adiciones, en su caso, tomarán efecto conforme a lo estipulado en el suplemento o apéndice correspondiente.

El seguro se estipula por el plazo fijado en las condiciones particulares. No obstante quedará extinguido en los siguientes supuestos:

- Disposición anticipada total en los supuestos de desempleo de larga duración, de enfermedad grave o movilización de la provisión matemática.
- Pago de alguna de las prestaciones aseguradas.
- Si el fondo acumulado de la póliza no fuera suficiente para hacer frente a los gastos y coste adicional del fallecimiento. En dicha situación el asegurador notificará al tomador tal circunstancia y transcurridos 15 días se procederá a la anulación automática.

Resolución unilateral

El tomador del seguro tendrá la facultad de resolver el contrato dentro del plazo de los treinta días siguientes a la fecha en la que el asegurador le entregue la póliza o un documento de cobertura provisional.

Esta facultad unilateral de resolución del contrato deberá ejercitarse mediante comunicación dirigida al aseguradora a través de un soporte duradero, disponible y accesible para éste y que permita dejar constancia de la notificación, expedida por el tomador en el plazo anteriormente indicado y producirá sus efectos desde el día de su expedición. A partir de esa fecha, cesará la cobertura del riesgo por parte del asegurador y el tomador del seguro tendrá derecho a la devolución de la prima que hubiera pagado, salvo la parte correspondiente al tiempo en que el contrato hubiera tenido vigencia.

2

OBJETO DEL SEGURO

El asegurador se obliga a pagar el capital y/o a cumplir las prestaciones establecidas en las condiciones especiales y particulares de la póliza, cuando se produzcan el hecho o los hechos cuyo riesgo haya sido contratado, dentro del ámbito y con las excepciones o limitaciones que figuren en la póliza.

Salvo que otra cosa se indique expresamente en las condiciones especiales o en las condiciones particulares, la póliza es a primer riesgo. Es decir, que ocurrido uno cualquiera de los hechos que son objeto de cobertura, básica o complementaria, el asegurador asume las

consecuencias previstas en la póliza para dicho riesgo, extinguiéndose a partir de ese momento la póliza, quedando a salvo el derecho del beneficiario a cobrar el capital asegurado correspondiente al riesgo acaecido.

3 RIESGOS NO CUBIERTOS

DE APLICACIÓN A LA GARANTÍA ADICIONAL DE FALLECIMIENTO

El tomador conoce que la prima ha sido calculada tomando en consideración que han sido excluidos expresamente de cobertura por el asegurador los hechos o riesgos que a continuación se detallan:

1. Durante el primer año de vigencia del contrato, el asegurador no cubre el riesgo de muerte por suicidio. Pasado dicho plazo se asume el mencionado riesgo.
2. El riesgo de accidente aéreo será cubierto siempre que el asegurado realice los vuelos como simple pasajero en líneas comerciales regulares, vuelos “charter” o, en general, en aparatos civiles provistos de un certificado de navegabilidad debidamente autorizado.

En todos los casos se requiere que los aparatos vayan conducidos por personas provistas de un título de piloto válido para el aparato autorizado.

Se excluyen asimismo, los siniestros ocurridos como consecuencia de efectuar descensos en paracaídas, no exigidos por la situación del aparato, así como por vuelos o descensos en parapente, ala delta, ultraligeros o similares aparatos aeronáuticos.

3. Los siniestros producidos como consecuencia directa o indirecta de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva, y los acaecidos en la navegación submarina o en viajes de exploración.
4. En el supuesto de que el fallecimiento del asegurado sea causado intencionalmente por su único beneficiario, el asegurador quedará desligado 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 conservarán su derecho.
5. No se cubren los siniestros acaecidos como consecuencia de guerras u operaciones de carácter similar o derivados de hechos que tengan la consideración legal de extraordinarios.

4 PAGO DE LAS PRIMAS

El tomador está obligado al pago de la prima, conforme a los artículos 14 y 15 de la Ley de Contrato de Seguro, una vez firmado el contrato. Si la primera prima o la prima única no hubieran sido pagadas por culpa del tomador, el asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago en vía ejecutiva con base en la póliza, y si no hubiera pagado antes de que se produzca el siniestro, el asegurador quedará liberado de su obligación salvo pacto en contrario.

El tomador se obliga a pagar al asegurador bien una prima única o bien primas periódicas. Su periodicidad, importe, porcentaje de crecimiento anual y domicilio de pago vendrá reflejado en las condiciones particulares.

Para el pago de cada prima con excepción de la primera, se concede un plazo de gracia de un mes, a contar desde el día siguiente a la fecha de su vencimiento.

Tal y como se determina en las condiciones particulares, el pago de los recibos de primas se domiciliarán en una cuenta bancaria a cuyos efectos el tomador entregará al asegurador carta dirigida al establecimiento bancario o caja de ahorros, dando orden oportuna al efecto.

La falta de pago de las primas siguientes no dará lugar a la resolución del contrato, sino que, transcurrido el período de gracia el asegurador continuará manteniendo todas las prestaciones contratadas en la póliza de manera que prosiga su funcionamiento normal, detrayendo del fondo acumulado la prima relativa a la cobertura de fallecimiento, los gastos de gestión y administración hasta que éste se extinga, lo que supondrá la resolución del contrato. El tomador tiene derecho a reanudar el pago de primas en cualquier momento, mediante comunicación por escrito a la compañía.

Podrá establecerse una actualización de las primas periódicas del seguro, mediante un crecimiento geométrico de la prima, que consiste en un porcentaje constante sobre la prima inmediatamente anterior.

El tomador podrá solicitar la realización de aportaciones adicionales siempre que la póliza esté en vigor, y el asegurador fijará entonces las condiciones aplicables.

5

LÍMITES DE LAS PRIMAS

Las aportaciones realizadas anualmente por el asegurado, unidas a otras aportaciones computables en el ejercicio, no podrán sobrepasar el límite legalmente establecido, salvo que sea consecuencia de la movilización del fondo acumulado de uno a varios planes de previsión o de los derechos consolidados existentes en un plan o planes de pensiones y las mismas no provengan de aportaciones realizadas en el mismo ejercicio.

6

TIPO DE PRESTACIONES

Con carácter general, las fechas y modalidades de percepción de las prestaciones serán establecidas y modificadas libremente por el asegurado o beneficiario, con los requisitos y limitaciones establecidas en las presentes condiciones o en las condiciones de garantía de las prestaciones.

Sin perjuicio de lo anterior, las formas de cobro a las que puede optar el beneficiario, son las siguientes:

- Prestación en forma de capital, consistente en una percepción de pago único.
- Prestación en forma de renta, consistente en la percepción de dos o más pagos sucesivos con periodicidad regular, incluyendo al menos un pago en cada anualidad.
- Prestación mixta, que combinen rentas con un pago en forma de capital.

El asegurado podrá elegir cualquiera de las anteriores prestaciones que en ese momento comercialice la compañía.

7 DETERMINACIÓN DE LAS PRESTACIONES

La prestación consiste en el reconocimiento de un derecho económico a favor de los beneficiarios de un plan de previsión asegurado, como resultado del acaecimiento de una contingencia cubierta por el presente plan. La cuantía de las prestaciones del plan se determinará a partir de producirse la contingencia y será igual al importe del fondo acumulado del asegurado existente en la fecha en la que se haga efectivo el pago de la prestación, salvo en caso de fallecimiento, en que al fondo acumulado se le sumará el capital adicional que corresponda en cada caso en función de la edad actuarial del asegurado.

8 CONDICIONANTES DE LAS PRESTACIONES

El cobro de la prestación estará supeditado a la inexistencia de embargo o traba judicial o administrativa.

Por tratarse de un plan de previsión asegurado, no podrá ser objeto de embargo, traba judicial o administrativa, hasta el momento en que se cause el derecho a la prestación o en que se hagan efectivos los supuestos de enfermedad grave o desempleo de larga duración.

9 CONTINGENCIAS CUBIERTAS

El plan cubre las contingencias siguientes:

1. Jubilación del asegurado

Puede generar derecho a prestaciones de jubilación en las situaciones descritas en el artículo 13 de las presentes condiciones.

- En caso de jubilación del asegurado, el asegurador le abonará el importe del fondo acumulado en la póliza.

2. Anticipo de la prestación de jubilación:

- Determinada conforme al artículo 14 de las presentes condiciones.

3. Incapacidad laboral total y permanente para la profesión habitual, o absoluta y permanente para todo trabajo, y gran invalidez

- En caso de invalidez del asegurado (invalidez laboral total y permanente para la profesión habitual o absoluta y permanente para todo trabajo y la gran invalidez, determinadas conforme al régimen correspondiente de la Seguridad Social) cualquiera que sea la causa y el momento en que se produzca y siempre que la póliza esté en vigor, el asegurador pagará al beneficiario designado en las condiciones particulares el importe del fondo acumulado en la fecha en que se declare dicha invalidez (acreditada mediante resolución de la comisión de evaluación de incapacidades).

4. Muerte del asegurado

- En caso de fallecimiento del asegurado cualquiera que sea la causa y el momento en que se produzca y siempre que la póliza esté en vigor, el asegurador pagará al beneficiario

designado en las condiciones particulares el importe del fondo acumulado en la póliza más el capital adicional de fallecimiento garantizado en dicha fecha.

- El capital de fallecimiento tendrá carácter variable: será el resultado de sumar al fondo acumulado un 10% del valor que tenga dicho fondo el día 1 del mes en que se efectúe su valoración.

Dicho capital no podrá ser inferior al resultado de sumar 600 euros al fondo acumulado en la fecha de valoración y el valor máximo a sumar al fondo acumulado vendrá determinado en todo momento por la edad actuarial del asegurado según los siguientes tramos:

- Hasta 45 años: 6.000 euros.
- De 46 a 55 años: 4.500 euros.
- De 56 a 65 años: 3.000 euros.
- Más de 65 años: 600 euros.

5. Dependencia severa o gran dependencia del asegurado

- En caso de dependencia severa o gran dependencia del asegurado, (regulada en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de dependencia) cualquiera que sea la causa y el momento en que se produzca y siempre que la póliza esté en vigor, el asegurador pagará al beneficiario designado en las condiciones particulares el importe del fondo acumulado en la fecha en que se declare dicha situación (acreditada mediante resolución según se establezca legalmente su reconocimiento).

10 BENEFICIARIOS

Se considera beneficiario:

- En caso de jubilación, incapacidad, dependencia severa o gran dependencia, el mismo asegurado.
- En caso de muerte del asegurado, aquellas personas que acrediten derecho a percibir una prestación según estas condiciones.

La designación de beneficiarios para el caso de muerte debe hacerla el tomador –o beneficiario cuya muerte sea objeto de cobertura– en la solicitud o en el boletín de adhesión o posteriormente mediante un escrito dirigido a la entidad aseguradora o en testamento. Prevalecerá la designación de fecha más reciente. La modificación de estos beneficiarios sólo tendrá efecto si se notifica por escrito a la entidad aseguradora, alterando, si es necesario, la prestación correspondiente al jubilado. Si no existiese beneficiario designado expresamente, se entenderá que lo son, por el siguiente orden preferente y excluyente, el cónyuge – salvo que hubiese recaído sentencia de separación –, sus hijos e hijas a partes iguales, sus padres también a partes iguales y, por último, sus herederos.

La condición de beneficiario se adquiere desde el momento en que se reconoce el derecho a la prestación por la entidad aseguradora.

11 PAGO DE LAS PRESTACIONES

Al ocurrir una contingencia cubierta por el plan, el beneficiario o los beneficiarios tendrán derecho, de acuerdo con lo previsto en estas condiciones, a la prestación correspondiente, que consistirá en el reconocimiento de un derecho económico a su favor.

Para poder percibir las prestaciones en forma de renta o capital diferido será imprescindible acreditar que el beneficiario no ha fallecido, bien mediante la presentación anual de una fe de vida o mediante otro sistema alternativo adecuado a este fin. Las prestaciones devengadas y no percibidas por un beneficiario que ha fallecido se entregarán a sus herederos, previa acreditación y cumplimiento de las obligaciones fiscales correspondientes.

Las prestaciones se hacen efectivas en cuantías brutas, siendo a cargo de los beneficiarios los impuestos o tasas que puedan gravarlas y los gastos causados para su tramitación o pago, lo cual deberá acreditarse con carácter previo si así lo establece la legislación aplicable.

12 SOLICITUD Y RECONOCIMIENTO DE LAS PRESTACIONES

Será condición indispensable para el reconocimiento del derecho a las prestaciones que los presuntos beneficiarios, sus representantes legales o personas que los tengan a su cargo las soliciten de forma fehaciente.

El reconocimiento del derecho a la prestación deberá ser notificado al beneficiario mediante escrito firmado por la entidad, dentro del plazo máximo de quince días hábiles desde la presentación de la documentación correspondiente, indicándole la forma, modalidad y cuantía de la prestación, periodicidad y vencimientos, formas de revalorización, posibles reversiones, y grado de aseguramiento o garantía, informando en su caso del riesgo a cargo del beneficiario, y demás elementos definitivos de la prestación, según lo previsto en las especificaciones o de acuerdo a la opción señalada por aquél.

Si se tratase de un capital inmediato, deberá ser abonado al beneficiario dentro del plazo de siete días hábiles desde que éste presentase la documentación correspondiente.

El plazo se contará, en su caso, desde que se presente la última comunicación de subsanación de defectos.

En caso de denegación, se comunicará sin indicar el nombre de los beneficiarios ni la cuantía de la prestación.

13 PRESTACIÓN DE JUBILACIÓN

El hecho causante de la prestación será la jubilación del asegurado. Para la determinación de la contingencia de jubilación se estará a lo previsto en el régimen de la Seguridad Social correspondiente.

Por tanto, la contingencia de jubilación se entenderá producida cuando el asegurado acceda efectivamente a la jubilación en el régimen de la Seguridad Social correspondiente, sea a la edad ordinaria, anticipada o posteriormente.

Las personas que, conforme a la normativa de la Seguridad Social, se encuentren en la situación de jubilación parcial tendrán como condición preferente en el plan de previsión asegurado la de asegurado para la cobertura de las contingencias susceptibles de acaecer, pudiendo realizar aportaciones para la jubilación total. No obstante, es posible el pago de prestaciones con motivo del acceso a la jubilación parcial.

Cuando no sea posible el acceso de un asegurado a la jubilación, la contingencia se entenderá producida a partir de la edad ordinaria de jubilación en el régimen general de la Seguridad Social, en el momento en que el asegurado no ejerza o haya cesado en la actividad laboral o profesional, y no se encuentre cotizando para la contingencia de jubilación en ningún régimen de la Seguridad Social.

Para acreditar el acaecimiento de la contingencia será necesaria la documentación siguiente:

- Fotocopia del D.N.I.
- Certificado de la situación de jubilado del asegurado emitido por el organismo público competente.
- Para la situación equivalente a la jubilación será necesario la acreditación de la imposibilidad del acceso a la situación de jubilado y que no se ejerce o se ha cesado en la actividad laboral o profesional.
- Para aquellas prestaciones de jubilación previstas por regulación de empleo se solicitará la documentación acreditativa de resolución y afectación de dicha regulación.

14 ANTICIPACIÓN DE LA PRESTACIÓN CORRESPONDIENTE A JUBILACIÓN

Podrá anticiparse la percepción de la prestación correspondiente a jubilación a partir de los 60 años de edad.

A tal efecto, será preciso que concurran en el asegurado las siguientes circunstancias:

Que haya cesado en toda actividad determinante del alta en la Seguridad Social, sin perjuicio de que, en su caso, continúe asimilado al alta en algún régimen de la Seguridad Social.

Que en el momento de solicitar la disposición anticipada no reúna todavía los requisitos para la obtención de la prestación de jubilación en el régimen de la Seguridad Social correspondiente.

No procederá el anticipo de la prestación regulado en este apartado en los supuestos en que, conforme a la Seguridad Social, no sea posible el acceso a la jubilación a los que se refiere el artículo 13 de estas condiciones.

Asimismo, es posible el pago anticipado de la prestación correspondiente a la jubilación en caso de que el asegurado, cualquiera que sea su edad, extinga su relación laboral y pase a situación legal de desempleo a consecuencia de expediente de regulación de empleo aprobado por la autoridad laboral.

15 PRESTACIÓN DE INCAPACIDAD

El hecho causante que da origen a la prestación es la incapacidad permanente del asegurado en cualquiera de sus grados es decir, permanente total para la profesión habitual, permanen-

te absoluta para todo trabajo y la gran invalidez, cualquiera que sea la causa que las produzca y de acuerdo con lo previsto en el régimen de la Seguridad Social correspondiente.

La documentación necesaria para acreditar esta situación es la siguiente:

- Fotocopia del D.N.I.
- Certificado del órgano administrativo a quien le corresponda reconocer la situación de incapacidad.

16 PRESTACIÓN POR FALLECIMIENTO

El hecho causante de la prestación es el fallecimiento por cualquier causa del asegurado.

Para acreditar esta contingencia será necesario aportar la siguiente documentación:

- Solicitud firmada por el beneficiario con los datos personales del mismo y del fallecido.
- Fotocopia del D.N.I. del causante y beneficiarios.
- Certificado de defunción del Registro Civil.
- Certificado expedido por el Registro de Actos de Última Voluntad.
- Si no hay designación expresa de beneficiarios, acreditación en su caso de la vinculación con el causante (Libro de Familia, partidas de nacimiento, inscripción del matrimonio en el Registro Civil, etc.)
- En su caso, acreditación de la situación de herederos (copia de testamento completa, Acta de Notoriedad o Auto Judicial de declaración de herederos Abintestato).

17 DEPENDENCIA SEVERA O GRAN DEPENDENCIA DEL ASEGURADO

El hecho causante de la prestación es la situación de dependencia en cualquiera de sus grados, severa o gran dependencia, y niveles, conforme lo dispuesto en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia y demás normativa que la desarrolle o complemente o, que en el futuro la sustituya.

Para acreditar esta contingencia será necesario aportar la siguiente documentación:

- Fotocopia del D.N.I.
- Resolución expedida por la administración correspondiente reconociendo la situación de dependencia.

18 INCOMPATIBILIDADES DEL RÉGIMEN DE APORTACIONES Y PRESTACIONES

1. Con carácter general, no se podrá simultanear la condición de asegurado y de beneficiario por una misma contingencia en un plan de previsión pensiones o en razón de la pertenencia a varios planes de previsión asegurados, siendo incompatible la realización de aportaciones y el cobro de prestaciones por la misma contingencia simultáneamente.

A partir del acceso a la jubilación, el asegurado podrá seguir realizando aportaciones al plan de previsión asegurado hasta el momento que se inicie el cobro de la prestación.

Si en el momento de acceder a la jubilación, el asegurado continúa de alta en otro régimen de la Seguridad Social por ejercicio de una segunda actividad, podrá igualmente seguir realizando aportaciones al plan de previsión asegurado hasta que se inicie el cobro de la prestación correspondiente.

El mismo régimen se aplicará cuando no sea posible el acceso a la jubilación en los supuestos previstos en el artículo 13 y 14 de estas condiciones especificaciones.

2. Las personas en situación de incapacidad total y permanente para la profesión habitual, o absoluta y permanente para todo trabajo, o gran invalidez, reconocida en el régimen de la Seguridad Social correspondiente, podrán realizar aportaciones a planes de previsión asegurados para la cobertura de las contingencias previstas en el artículo 9 de estas condiciones, susceptibles de acaecer en la persona del interesado, teniendo en cuenta lo siguiente:

- a. De no ser posible el acceso a la jubilación, esta contingencia se entenderá producida cuando el interesado alcance la edad ordinaria de jubilación en el régimen de la Seguridad Social correspondiente. Lo anterior también podrá aplicarse cuando el régimen de la Seguridad Social correspondiente prevea la jubilación por incapacidad y ésta se produzca con anterioridad a la edad ordinaria de jubilación.
 - b. Una vez acaecida una contingencia de incapacidad laboral, el asegurado podrá seguir realizando aportaciones al plan de previsión, pudiendo solicitar el cobro de la prestación de incapacidad posteriormente.
3. La percepción del fondo acumulado por enfermedad grave o desempleo de larga duración será incompatible con la realización de aportaciones a cualquier plan de previsión, salvo las que resulten obligatorias o vinculadas a las del promotor de un plan de empleo.
4. Sin perjuicio de lo anterior, y salvo que otra cosa se indique expresamente en las condiciones especiales o en las condiciones particulares, la póliza es a primer riesgo. Es decir, que ocurrido uno cualquiera de los hechos que son objeto de cobertura, básica o complementaria, el asegurador asume las consecuencias previstas en la póliza para dicho riesgo, extinguiéndose a partir de ese momento la póliza, quedando a salvo el derecho del beneficiario a cobrar el capital asegurado correspondiente al riesgo acaecido.

19

DISPOSICIÓN ANTICIPADA

Conforme al artículo 8.8 de la Ley de Planes de Pensiones y Fondos de Pensiones, excepcionalmente el tomador solo podrá hacer efectivos, en todo o en parte, los derechos sobre la provisión matemática en los siguientes supuestos: de enfermedad grave o desempleo de larga duración de acuerdo con lo previsto en este artículo.

1. Enfermedad grave que afecte al asegurado su cónyuge, o bien alguno de los ascendientes o descendientes de aquellos en primer grado o persona que, en régimen de tutela o acogimiento, conviva con el asegurado o de él dependa.

Se considera enfermedad grave a estos efectos, siempre que pueda acreditarse mediante certificado médico de los servicios competentes de las entidades sanitarias de la Seguridad Social o entidades concertadas que atiendan al afectado:

- a. Cualquier dolencia o lesión que incapacite temporalmente para la ocupación o actividad habitual de la persona durante un período continuado mínimo de tres meses, y que requiera intervención clínica de cirugía mayor o tratamiento en un centro hospitalario.

- b. Cualquier dolencia o lesión con secuelas permanentes que limiten parcialmente o impidan totalmente la ocupación o actividad habitual de la persona afectada, o la incapaciten para la realización de cualquier ocupación o actividad, requiera o no, en este caso, asistencia de otras personas para las actividades más esenciales de la vida humana.

Los supuestos anteriores se reputarán enfermedad grave en tanto no den lugar a la percepción por el asegurado de una prestación por incapacidad permanente en cualquiera de sus grados, conforme al régimen de la Seguridad Social, y siempre que supongan para el asegurado una disminución de su renta disponible por aumento de gastos o reducción de sus ingresos.

Para hacer efectivos los derechos sobre la provisión matemática consolidados, el asegurado deberá presentar ante la entidad aseguradora:

- Certificado médico emitido por los servicios competentes de las entidades sanitarias de la Seguridad Social o entidades concertadas que atiendan al afectado, que acredite la dolencia o lesión física o psíquica constitutiva de la enfermedad grave.
- Certificado del órgano competente de la Seguridad Social en el que conste que el afectado no recibe una prestación por incapacidad permanente en cualquiera de sus grados, conforme al régimen de la Seguridad Social.
- Documentación que acredite la disminución de renta disponible o el aumento de los gastos a causa de la enfermedad.
- Documentación oficial que acredite el parentesco cuando la persona afectada por la enfermedad grave no sea el asegurado, sino su cónyuge o los ascendientes o los descendientes de aquellos en primer grado. Si el afectado es una persona que, en régimen de tutela o acogimiento, convive con el asegurado o depende de él, será necesario demostrar documentalmente tal circunstancia.

2. Desempleo de larga duración siempre que los asegurados desempleados reúnan las siguientes condiciones:

- a. Hallarse en situación legal de desempleo durante un período continuado de al menos 12 meses.

Se consideran situaciones legales de desempleo los supuestos de extinción de la relación laboral o administrativa y suspensión del contrato de trabajo contemplados como tales situaciones legales de desempleo en el artículo 208.1.1. y 2 del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, y normas complementarias y de desarrollo.

- b. No tener derecho a las prestaciones por desempleo en su nivel contributivo, o haber agotado dichas prestaciones.
- c. Estar inscrito en el Servicio Público de Empleo Estatal u organismo público competente como demandante de empleo en el momento de la solicitud.
- d. En el caso de los trabajadores por cuenta propia que hubieran estado previamente integrados en un régimen de la Seguridad Social como tales, existe la facultad del asegurado de hacer efectiva la provisión matemática cuando figure como demandante de empleo de forma ininterrumpida durante los 12 meses anteriores a la solicitud.

Deberá presentar ante la entidad aseguradora promotora o gestora del plan la siguiente documentación:

- Certificación del INEM que acredite que el asegurado está inscrito como demandante de ocupación.

- Certificación del INEM que acredite la no percepción de prestaciones por desempleo en el nivel contributivo correspondiente al asegurado.
- Certificación del órgano competente de la Seguridad Social que acredite que el afectado no tenga ninguna alta en empleo durante los últimos doce meses.
- Documentación que acredite que se encuentra en cualquiera de los supuestos contemplados en los apartados 1 y 2 del artículo 208 del texto refundido de la Ley General de Seguridad Social, aprobado por Real Decreto legislativo 1/1994, de 20 de junio, y normas complementarias y de desarrollo.

20

MOVILIZACIÓN DE LA PROVISIÓN MATEMÁTICA O FONDO ACUMULADO

La provisión matemática podrá movilizarse a otro plan o planes de previsión asegurados, o a uno o varios planes de pensiones del sistema individual o asociado, así como a planes de pensiones del sistema empleo y a planes de previsión social empresarial, por decisión unilateral del asegurado o por terminación del plan. La movilización por decisión unilateral podrá ser total o parcial. Este mismo derecho asiste a los beneficiarios, siempre y cuando las condiciones de garantía y aseguramiento de la prestación así lo permitan y en las condiciones previstas en estas condiciones. Esta movilización podrá ser total o parcial.

A tal fin, el asegurado deberá dirigirse a la entidad aseguradora o sociedad gestora de destino para iniciar su traspaso.

Deberá acompañarse a la solicitud la identificación del plan de previsión o plan y fondo de pensiones de origen desde el que se realizará la movilización, así como, en su caso, el importe a movilizar. La solicitud incorporará una comunicación dirigida a la entidad aseguradora o gestora de origen para ordenar el traspaso que incluya una autorización del asegurado participe a la entidad aseguradora o gestora de destino para que, en su nombre, pueda solicitar a la entidad aseguradora o sociedad gestora del fondo de origen la movilización del fondo acumulado o los derechos consolidados, así como toda la información financiera y fiscal necesaria para realizarlo.

En el caso de que existan convenios o contratos que permitan gestionar las solicitudes de movilización a través de mediadores o de las redes comerciales de otras entidades, la presentación de la solicitud en cualquier establecimiento de éstos se entenderá realizada en la entidad aseguradora o gestora.

En el plazo máximo de dos días hábiles desde que la entidad aseguradora o entidad gestora de destino disponga de la totalidad de la documentación necesaria, ésta deberá, además de comprobar el cumplimiento de los requisitos establecidos para la movilización de tales derechos, comunicar la solicitud a la entidad aseguradora de origen, con indicación, al menos, del plan de previsión asegurado, entidad aseguradora de destino y los datos de la cuenta de destino a la que debe efectuarse la transferencia, o, en el caso de movilización a un plan de pensiones, indicación, al menos, del plan y fondo de pensiones de destino, el depositario de éste y los datos de la cuenta del fondo de pensiones de destino a la que debe efectuarse la transferencia.

En un plazo máximo de cinco días hábiles a contar desde la recepción por parte de la entidad aseguradora o gestora de origen de la solicitud con la documentación correspondiente, esta entidad deberá ordenar la transferencia bancaria y remitir a la entidad aseguradora o gestora de destino toda la información financiera y fiscal necesaria para el traspaso.

En caso de que la entidad aseguradora o gestora de origen sea, a su vez, la entidad aseguradora del plan de previsión asegurado de destino o gestora del fondo de destino, el asegurado deberá indicar en su solicitud el importe que desee movilizar, en su caso, el plan de previsión asegurado destinatario, o, en otro caso, el plan de pensiones destinatario y el fondo de pensiones de destino al que este adscrito.

La entidad aseguradora o la gestora deberán emitir el orden de transferencia en el plazo máximo de tres días hábiles desde la fecha de presentación de la solicitud por el asegurado.

El procedimiento para la movilización de derechos económicos a solicitud del beneficiario se ajustará a lo establecido en los apartados anteriores, entendiéndose realizadas a los beneficiarios y sus derechos económicos las referencias hechas a los asegurados y sus derechos sobre la provisión matemática o sobre los derechos consolidados.

En el caso de prestaciones garantizadas por entidad aseguradora u otra entidad financiera, las condiciones y el procedimiento de movilización, en su caso, se ajustarán a lo estipulado en el contrato correspondiente.

No será admisible la aplicación de gastos o penalizaciones sobre los derechos consolidados por movilización.

21 OTRAS OBLIGACIONES, DEBERES Y FACULTADES DEL TOMADOR O DEL ASEGURADO

El tomador/asegurado o beneficiario, tiene la obligación de comunicar al asegurador, tan pronto como le sea posible, todas las circunstancias ajenas al estado de salud del asegurado, que agraven el riesgo respecto al establecido en la solicitud y sean de tal naturaleza que de haberlo conocido el asegurador en el momento de la perfección del contrato, no lo habría celebrado o lo hubiera realizado en condiciones más gravosas.

22 INDICACIÓN INEXACTA DE LA EDAD

En el supuesto de edad inexacta del asegurado, el asegurador sólo podrá impugnar el contrato si la verdadera edad del asegurado, en el momento de entrada en vigor, excede de los límites de admisión establecidos por aquél.

Si como consecuencia de una declaración inexacta de la edad, la prima pagada es inferior a la que correspondería pagar, la prestación del asegurador se reducirá en proporción a la prima. Si por el contrario, la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, el asegurador está obligado a restituir el exceso de primas percibidas sin intereses.

23 EXTRAVÍO DE LA PÓLIZA

En caso de extravío, pérdida o destrucción de la póliza, el asegurador podrá librar un duplicado, siempre que se declare no haber cambiado la atribución del beneficiario y se reconozca dicho duplicado como único válido en lugar de la póliza y a condición de dejar exento al asegurador de cualquier responsabilidad.

24 COMUNICACIONES ENTRE EL TOMADOR Y EL ASEGURADO

Las comunicaciones del tomador del seguro, del asegurado o del beneficiario al asegurador se realizarán en el domicilio social de éste, señalado en la póliza.

El tomador del seguro debe comunicar al asegurador, mediante cualquier medio que deje constancia, los cambios de domicilio personal y los de domiciliación del pago de los recibos de la póliza.

Las comunicaciones del asegurador al tomador del seguro y en su caso al asegurado y al beneficiario, se realizarán al domicilio de éstos recogido en la póliza, salvo que los mismos hayan notificado al asegurador el cambio de su domicilio.

Las comunicaciones hechas por un corredor de seguros al asegurador en nombre del tomador del seguro surtirán los mismos efectos que si las realizara éste, salvo expresa indicación en contrario del mismo.

En todo caso se precisará el consentimiento expreso del tomador del seguro para suscribir un nuevo contrato o para modificar o rescindir el contrato de seguro en vigor.

Todo cambio solicitado por el tomador será recogido en un suplemento que le será facilitado para acreditar el cambio.

25 PRESCRIPCIÓN

Las acciones que se deriven del contrato prescribirán en el término de cinco años, a contar desde el día en que pudieran ejercitarse.

26 NULIDAD DEL CONTRATO E INDISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA

El contrato de seguro será nulo, salvo en los casos previstos en la Ley, si en el momento de su conclusión no existía el riesgo

En los seguros sobre la vida se entiende que existe riesgo si en el momento de la contratación no se ha producido el evento objeto de la cobertura otorgada en la póliza.

El asegurador no podrá impugnar el contrato transcurrido 1 año de la fecha de su toma de efecto, salvo que medie conducta dolosa por parte del tomador.

En caso de nulidad de la póliza, el asegurador podrá resarcirse de todos los gastos en que haya incurrido con motivo de la emisión de la póliza.

27 GASTOS DE LA PÓLIZA

Los gastos de gestión y administración que se detraen del fondo acumulado, aparecerán desglosados en las condiciones especiales de la póliza.

La revisión de estos gastos se ajustará, en todo caso, a lo siguiente:

- Como regla general, el incremento será el IPC o índice de referencia que, en su caso, le sustituya.

28 TARIFA PARA EL SEGURO DE RIESGO

El coste mensual del seguro de riesgo será el que resulte de la aplicación de las siguientes primas, según la edad actuarial del asegurado en cada mes de vigencia de la póliza sobre el capital adicional de fallecimiento, tal y como viene definido en los artículos 2 y 9 de estas condiciones.

EDAD	HOMBRES	MUJERES	EDAD	HOMBRES	MUJERES
18	0,80	0,16	45	1,36	0,68
19	0,79	0,16	46	1,48	0,71
20	0,78	0,16	47	1,62	0,75
21	0,76	0,17	48	1,78	0,81
22	0,73	0,19	49	1,95	0,87
23	0,72	0,20	50	2,16	0,94
24	0,70	0,21	51	2,39	1,03
25	0,68	0,23	52	2,64	1,14
26	0,67	0,24	53	2,92	1,26
27	0,66	0,26	54	3,23	1,39
28	0,65	0,27	55	3,57	1,53
29	0,65	0,29	56	3,94	1,68
30	0,65	0,31	57	4,35	1,83
31	0,66	0,32	58	4,80	1,98
32	0,67	0,34	59	5,27	2,14
33	0,68	0,37	60	5,79	2,29
34	0,70	0,38	61	6,34	2,28
35	0,72	0,41	62	6,93	2,57
36	0,75	0,43	63	7,57	2,76
37	0,79	0,46	64	8,25	3,05
38	0,83	0,49	65	9,05	3,45
39	0,88	0,52	66	10,03	3,96
40	0,94	0,54	67	11,19	4,58
41	1,00	0,57	68	12,52	5,32
42	1,08	0,60	69	14,03	6,18
43	1,15	0,62	70	15,71	7,15
44	1,25	0,65			

29 APORTACIONES A FAVOR DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

De acuerdo con el régimen especial previsto en legislación vigente se podrán realizar aportaciones a planes de previsión asegurados a favor de personas con un grado de minusvalía física o sensorial igual o superior al 65%, psíquica igual o superior al 33%, así como de discapacitados que tengan una incapacidad declarada judicialmente, independientemente de su grado. El grado de discapacidad se acreditará mediante certificado expedido conforme a la normativa aplicable o por resolución judicial firme. A éstos les resultará aplicable el régimen financiero de los planes de pensiones con las siguientes especialidades:

- a. Al amparo de este régimen especial podrán efectuarse tanto aportaciones directas del propio discapacitado asegurado como aportaciones a su favor por parte de las personas que tengan con él una relación de parentesco en línea directa o colateral hasta el tercer grado inclusive, así como el cónyuge o aquellos que les tuviesen a su cargo en régimen de tutela o acogimiento.
- b. En el caso de aportaciones a favor de personas con discapacidad, éstas habrán de ser designadas beneficiarias de manera única e irrevocable para cualquier contingencia. En caso de fallecimiento del discapacitado, será de aplicación lo establecido en el siguiente artículo.
- c. En todo caso, la titularidad de los derechos sobre la provisión matemática generados por las aportaciones efectuadas a favor de una persona con discapacidad corresponderá a esta última, la cual ejercerá los derechos inherentes a la condición de asegurado por sí o a través de su representante legal si fuese menor de edad o estuviese legalmente incapacitado.
- d. Lo anterior se entiende sin perjuicio de las aportaciones que pueda efectuar el propio discapacitado al mismo plan o a otros planes de pensiones.

30**CONTINGENCIAS DEL RÉGIMEN ESPECIAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

Las aportaciones a planes de previsión realizadas por asegurados con un grado de minusvalía en los términos previstos anteriormente, así como las realizadas a su favor, podrán destinarse a la cobertura de las siguientes contingencias:

- a. Jubilación de la persona con discapacidad conforme a lo establecido en el artículo 13 de estas condiciones.

De no ser posible el acceso a esta situación, podrán percibir la prestación correspondiente a partir de que cumpla los 45 años, siempre que carezca de empleo u ocupación profesional.

La documentación necesaria para acreditar esta contingencia es la siguiente:

- Fotocopia del D.N.I.
 - Documentación que acredite el grado de minusvalía del asegurado.
 - Certificado de la situación de jubilado del asegurado emitido por el organismo público competente.
 - Para la situación equivalente a la jubilación será necesario la acreditación de la imposibilidad del acceso a la situación de jubilado y que no se ejerce o se ha cesado en la actividad laboral o profesional.
- b. Incapacidad y dependencia conforme a lo previsto en los artículos 15 y 17 respectivamente de estas condiciones, del discapacitado o del cónyuge del discapacitado, o de uno de los parientes en línea directa o colateral hasta el tercer grado inclusive de los cuales dependa o de quien le tuviese a su cargo en régimen de tutela o acogimiento.

Asimismo, es objeto de cobertura el agravamiento del grado de discapacidad del asegurado que le incapacite de forma permanente para el empleo u ocupación que viniera ejerciendo, o para todo trabajo, incluida la gran invalidez sobrevenida, cuando no sea posible el acceso a prestación conforme a un régimen de la Seguridad Social.

La documentación necesaria para acreditar esta situación es:

- Fotocopia del D.N.I.
 - Documentación que acredite el grado de minusvalía del asegurado.
 - Documentación que acredite la situación de dependencia.
 - Certificación emitida por el organismo público competente del agravamiento del grado de discapacidad.
- c. Fallecimiento del discapacitado, que puede generar prestaciones conforme a lo establecido en el artículo 16 de estas condiciones.

No obstante, las aportaciones realizadas a favor del discapacitado sólo podrán generar, en caso de fallecimiento del discapacitado, prestaciones de viudedad, orfandad o a favor de quienes las hubiesen realizado, en proporción a la aportación de éstos.

La documentación acreditativa de la contingencia será la siguiente:

- Fotocopia del D.N.I. del causante y beneficiarios.
 - Documentación que acredite el grado de minusvalía del asegurado.
 - Certificado de defunción del Registro Civil.
 - Si no hay designación expresa de beneficiarios, en su caso acreditación de la vinculación con el causante (Libro de Familia, partidas de nacimiento, etc.).
 - En su caso, acreditación de la situación de herederos (testamento, certificado del Registro de Actos de Últimas Voluntades, declaración de herederos abintestato, cuaderno particional, etc.).
- d. Jubilación, conforme a lo previsto en el artículo 13 de estas condiciones, del cónyuge o de uno de los parientes del discapacitado en línea directa o colateral hasta el tercer grado inclusive, del cual dependa o de quien le tenga a su cargo en régimen de tutela o acogimiento.

La documentación necesaria para acreditar la contingencia es la siguiente:

- Fotocopia del D.N.I. del causante y del asegurado.
 - Documentación que acredite el grado de minusvalía del asegurado.
 - Documentación que acredite el grado de parentesco con el jubilado y la dependencia económica del asegurado (Libro de Familia, partidas de nacimiento, etc.).
 - Certificado de la situación de jubilado emitido por el organismo público competente.
 - Para la situación equivalente a la jubilación será necesaria la acreditación de la imposibilidad del acceso a la situación de jubilado y que no se ejerce o se ha cesado en la actividad laboral o profesional.
- e. Fallecimiento del cónyuge del discapacitado, o de uno de los parientes en línea directa o colateral hasta el tercer grado inclusive de los cuales dependa o de quien le tuviese a su cargo en régimen de tutela o acogimiento.

La documentación necesaria para acreditar la contingencia será:

- Fotocopia del D.N.I. del causante y del asegurado.
- Documentación que acredite el grado de minusvalía del asegurado.
- Documentación que acredite el grado de parentesco con el causante (Libro de Familia, partidas de nacimiento, etc.).
- Certificado de defunción del Registro Civil.

- Documentación acreditativa de la dependencia económica del asegurado minusválido respecto al finado, de tutela o acogimiento.
- f. Las contribuciones que sólo puedan destinarse a cubrir la contingencia de fallecimiento del discapacitado se deberán realizar bajo el régimen general.

31 SUPUESTO DE LIQUIDEZ DEL RÉGIMEN ESPECIAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Los derechos sobre la provisión matemática en los planes de previsión de los asegurados discapacitados, podrán hacerse efectivos en los supuestos de enfermedad grave y desempleo de larga duración según lo previsto en el artículo 19 de estas condiciones, con las siguientes especialidades:

- Tratándose de asegurados discapacitados, los supuestos de enfermedad grave serán de aplicación cuando no puedan calificarse como contingencia conforme se establece anteriormente. Además de los supuestos previstos, en el caso de asegurados discapacitados se considerarán también enfermedad grave las situaciones que requieran, de forma continuada durante un período mínimo de tres meses, su internamiento en residencia o centro especializado, o tratamiento y asistencia domiciliaria.
- El supuesto de desempleo de larga duración previsto en el artículo 19 de estas condiciones será de aplicación cuando dicha situación afecte al asegurado discapacitado, a su cónyuge o a uno de sus parientes en línea directa o colateral hasta el tercer grado inclusive, de los cuales dependa económicamente, o de quien lo tenga a su cargo en régimen de tutela o acogimiento.

32 PRESTACIONES DEL RÉGIMEN ESPECIAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

1. Las prestaciones derivadas de las aportaciones directas realizadas por la persona con discapacidad a cualquier plan de previsión, se regirán por lo establecido para las mismas en los artículos 13 al 17 de estas condiciones.
2. Las prestaciones derivadas de las aportaciones realizadas a favor de discapacitados por el cónyuge o personas previstas en el artículo 29 de estas condiciones, cuyo beneficiario sea el propio discapacitado, deberán ser en forma de renta.

No obstante, podrán percibirse en forma de capital o mixta, conforme a lo previsto en estas normas de funcionamiento, en los siguientes supuestos:

- a. En el caso de que la cuantía del derecho sobre la provisión matemática en el momento de acaecimiento de la contingencia sea inferior a un importe de dos veces el salario mínimo interprofesional anual.
- b. En el supuesto de que el beneficiario discapacitado se vea afectado de gran invalidez, requiriendo la asistencia de terceras personas para las actividades más esenciales de la vida.

POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS DE LAS PÉRDIDAS DERIVADAS DE ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS. CLÁUSULA DAÑOS A LAS PERSONAS

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

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

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

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

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.conorsegueros.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**.

LIBERTY



Liberty
Seguros

libertyseguros.es