

# CONDICIONES GENERALES

## I ÍNDICE CONDICIONES GENERALES

- CLÁUSULA PRELIMINAR. DEFINICIONES
1. OBJETO Y LÍMITE DEL SEGURO
  2. DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS
  3. RIESGOS EXCLUIDOS
  4. NORMAS APLICABLES PARA LA PERCEPCIÓN DE LA INDEMNIZACIÓN
  5. ADAPTACIÓN AUTOMÁTICA DE CAPITALS
  6. PERFECCIONAMIENTO, EFECTO Y DURACIÓN DEL CONTRATO
  7. DECLARACIONES
  8. PERÍODOS DE CARENIA Y FRANQUICIA
  9. ALTAS Y VENCIMIENTO EN EL SEGURO
  10. PAGO DE PRIMAS
  11. COMUNICACIÓN EN CASO DE SINIESTRO
  12. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO
  13. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN
  14. AGRAVACIÓN DE RIESGO DESPUÉS DE UN SINIESTRO
  15. ERROR EN LA EDAD
  16. OTRAS OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR
  17. COMUNICACIONES
  18. JURISDICCIÓN Y COMPETENCIA
  19. PRESCRIPCIÓN
  20. PROTECCIÓN DE DATOS

## CONDICIONES GENERALES

### \* CLÁUSULA PRELIMINAR:

El presente contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (“Boletín Oficial del Estado” de 17 de octubre) y demás normas que la complementen, por las normas de las disposiciones reglamentarias que le sean aplicables y por lo convenido en las condiciones generales, especiales y particulares del contrato, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados que no sean especialmente aceptadas por los mismos, como pacto adicional a las condiciones particulares. No requerirán dicha aceptación las meras transcripciones o referencias a preceptos legales o reglamentarios imperativos.

Igualmente al presente Contrato le son aplicables la Ley 30/95, de 8 de Noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, el Reglamento que la desarrolla aprobado por Real Decreto N° 2486/98 de 20 de Noviembre y demás normas que la complementen.

## DEFINICIONES

En este contrato se entiendo por:

### ASEGURADOR:

LA PERSONA JURÍDICA QUE ASUME EL RIESGO CONTRACTUALMENTE PACTADO.

### TOMADOR DEL SEGURO:

LA PERSONA FÍSICA O JURÍDICA QUE SUSCRIBE EL CONTRATO CON EL ASEGURADOR Y A LA QUE CORRESPONDEN LAS OBLIGACIONES QUE DEL MISMO SE DERIVEN, SALVO LAS QUE POR SU NATURALEZA DEBEN SER CUMPLIDAS POR EL ASEGURADO.

### ASEGURADO:

LA PERSONA SOBRE LA QUE SE ESTABLECE EL SEGURO Y QUE FIGURA NOMINATIVAMENTE DESIGNADA COMO TAL EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DEL CONTRATO.

### BENEFICIARIO:

PERSONA NATURAL O JURIDICA A QUIEN CORRESPONDE PERCIBIR LA INDEMNIZACION GARANTIZADA POR LA PRESENTE POLIZA.

### SINIESTRO:

SE CONSIDERA QUE CONSTITUYE UN SOLO Y UNICO SINIESTRO EL ACONTECIMIENTO O SERIE DE ACONTECIMIENTOS DAÑOSOS DEBIDOS A UNA MISMA CAUSA ORIGINAL.

### FRANQUICIA:

LOS DÍAS EXPRESAMENTE PACTADOS QUE SE DEDUCIRÁN DEL TOTAL DE DÍAS A INDEMNIZAR SEGÚN LA COBERTURA PACTADA.

### PERÍODO DE CARENIA:

PERÍODO DE TIEMPO, CONTADO A PARTIR DE LA ENTRADA EN VIGOR DE LA POLIZA, DURANTE EL CUAL EL ASEGURADO O BENEFICIARIO NO TIENE DERECHO A LA INDEMNIZACION QUE SE DERIVA DEL SEGURO.

### PÓLIZA:

DOCUMENTO QUE CONTIENE LAS CONDICIONES REGULADORAS DEL SEGURO. FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA PÓLIZA: LA SOLICITUD DE SEGURO, EL CUESTIONARIO DE SALUD, LAS CONDICIONES GENERALES, ESPECIALES SI LAS HUBIERA Y PARTICULARES QUE INDIVIDUALIZAN EL RIESGO ASÍ COMO LOS SUPLEMENTOS O APÉNDICES QUE SE INCORPORN A LA MISMA MODIFICANDO O COMPLETANDO SU CONTENIDO.

### EDAD DEL ASEGURADO:

ES LA DEL CUMPLEAÑOS MÁS PRÓXIMO A LA FECHA DE EFECTO O PRÓRROGA ANUAL DE LA PÓLIZA.

### SUMA O CAPITAL ASEGURADO:

ES LA CANTIDAD QUE AEGON SALUD DEBE PAGAR POR CADA UNA DE LAS GARANTÍAS CUBIERTAS EN LA PÓLIZA. LOS LÍMITES DE INDEMNIZACIÓN FIGURAN EN LAS CONDICIONES PARTICULARES DE LA PÓLIZA.

**ENFERMEDAD:**

TODA ALTERACIÓN DEL ESTADO DE SALUD, QUE NO SEA DEBIDA A ACCIDENTE, RECONOCIDA POR UN MÉDICO LEGALMENTE AUTORIZADO A PRACTICAR SU ACTIVIDAD PROFESIONAL, QUE HAGA PRECISA LA ASISTENCIA FACULTATIVA Y CUYAS PRIMERAS MANIFESTACIONES SE PRESENTEN DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

**ENFERMEDADES PREEXISTENTES:**

ALTERACIÓN DEL ESTADO DE SALUD QUE CAUSA SIGNOS Y/O SÍNTOMAS ANTES DE LA FECHA DE LA INCORPORACIÓN A LA PÓLIZA DEL ASEGURADO AFECTADO.

**ENFERMEDAD CONGÉNITA:**

ES AQUELLA PRESENTE EN EL MOMENTO DEL NACIMIENTO SEA CUAL FUERE SUS CAUSAS Y QUE QUEDA EXCLUIDA DEL CONTRATO.

**ACCIDENTE:**

LESIÓN CORPORAL SURGIDA DURANTE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA Y QUE DERIVA DE UNA CAUSA VIOLENTA, SÚBITA, EXTERNA Y AJENA A LA INTENCIONALIDAD DEL ASEGURADO.

**ACCIDENTE PREEXISTENTE:**

LESIÓN CORPORAL QUE DERIVA DE UNA CAUSA VIOLENTA, SÚBITA, EXTERNA Y AJENA A LA INTENCIONALIDAD DEL ASEGURADO, ACONTECIDA ANTES DE LA FECHA DE LA INCORPORACIÓN DEL MISMO A LA PÓLIZA, AUNQUE SUS SÍNTOMAS O SECUELAS SE MANIFIESTEN CON POSTERIORIDAD.

**CONDICIÓN GENERAL PRIMERA**

**1.OBJETO Y LIMITE DEL SEGURO**

El Asegurador, dentro de los límites y condiciones estipuladas en esta póliza y mediante el cobro de la prima que en cada caso corresponda, se compromete a entregar al Beneficiario la cantidad alzada pactada en Condiciones Particulares por cada día de duración del siniestro de acuerdo con la modalidad de garantía contratada en la póliza y que se describen en la Condición General siguiente.

El pago de la indemnización pactada se producirá siempre y cuando el Asegurado se vea afectado por una alteración de su estado de salud, imputable a una enfermedad o accidente cubierto por este seguro, que lleve consigo la interrupción de su actividad laboral o profesional, y por el tiempo durante el que ésta se prolongue con el límite de lo pactado en póliza.

## **CONDICIÓN GENERAL SEGUNDA**

### **2. DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS:**

En este seguro se puede optar por contratar cualquiera de las siguientes coberturas:

#### **GARANTIA I.- COBERTURA PRIMER PERÍODO:**

Mediante esta cobertura el Asegurador, para el caso que se dé el riesgo descrito en la Condición General Primera, garantiza al Beneficiario de la póliza el pago de la indemnización diaria consignada en las Condiciones Particulares de la póliza durante el plazo máximo de TREINTA (30) días transcurrido el período de carencia fijado y deducida la franquicia pactada.

#### **GARANTIA II.- COBERTURA SEGUNDO PERÍODO:**

Mediante esta cobertura el Asegurador, para el caso que se dé el riesgo descrito en la Condición General Primera, garantiza al Beneficiario de la póliza el pago de la indemnización diaria consignada en las Condiciones Particulares de la póliza durante el plazo máximo de NOVENTA (90) días transcurrido el período de carencia fijado y deducida la franquicia pactada.

#### **GARANTIA III.-COBERTURA TERCER PERÍODO:**

Mediante esta cobertura el Asegurador, para el caso que se dé el riesgo descrito en la Condición General Primera, garantiza al Beneficiario de la póliza el pago de la indemnización diaria consignada en las Condiciones Particulares de la póliza durante el plazo máximo de TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO (365) DIAS transcurrido el período de carencia fijado y deducida la franquicia pactada.

## **CONDICIÓN GENERAL TERCERA**

### **3. RIESGOS EXCLUIDOS:**

Quedan excluidos de este seguro y, por tanto, no dan derecho a indemnización:

- a) La prestación directa por el Asegurador de los Servicios Médicos y Quirúrgicos.
- b) Las enfermedades, crónicas o no, lesiones o defectos constitucionales, congénitos y físicos, de origen anterior a la fecha de emisión de esta póliza.
- c) Todas las enfermedades, crónicas o no, lesiones o defectos producidos en guerra civil o internacional; las derivadas de la energía nuclear o atómica, salvo que sean consecuencia de un tratamiento médico; las epidemias

detectadas oficialmente; las producidas en cualquier clase de deporte practicado con carácter profesional, así como las consecuencias de embriaguez, alcoholismo, toxicomanía e intento de suicidio.

- d) El sida y/o enfermedades causadas por el virus de la inmunodeficiencia adquirida (VIH).
- e) Los procesos patológicos que tengan como manifestación única el DOLOR (ALGIOPATÍAS), sin comprobación por pruebas de diagnóstico, como lumbalgias, cervicalgias, etc...
- f) Las NEUROPATÍAS.
- g) La artrosis a cualquier nivel a excepción del caso en que requiera intervención quirúrgica.
- h) Las consecuencias o secuelas de embarazo, parto o aborto.
- i) Quedan excluidas todas las enfermedades mentales, el síndrome orgánico cerebral y/o trastorno mental orgánico, esquizofrenia y psicosis no esquizofrénicas, trastornos de la personalidad, depresión, además de todas las enfermedades descritas en los manuales de la Organización Mundial de la Salud y de la Asociación Americana de Psiquiatría: CIE-9 del 290 al 319; CIE 10, del F-00 al F-99 y por último DSM-III-R del 290.00 al 319.00, más las 799.90, los 780.50, 758.54 y los códigos V, con sus futuras revisiones.
- j) Igualmente también quedan excluidas todas las patologías ocasionadas o desencadenadas por el estrés. Dentro de estas exclusiones se incluyen además las reagudizaciones, secuelas, complicaciones y tratamientos específicos.

#### **CONDICIÓN GENERAL CUARTA**

##### **4. NORMAS APLICABLES PARA LA PERCEPCIÓN DE LA INDEMNIZACIÓN:**

Para que el Asegurado o Beneficiario tenga derecho a percibir la indemnización diaria, se tendrán en cuenta por ambas partes, las siguientes reglas:

- a) Enfermedades de medicina aguda o accidentes cubiertos: La indemnización diaria será devengable cuando la enfermedad o el accidente, durante su período agudo, obligue al enfermo a guardar cama permanentemente.
- b) Enfermedades crónicas: La indemnización diaria será devengable en las agudizaciones de las mismas, si se trata de enfermedades no operables, siempre que el proceso obligue al enfermo a guardar cama de forma permanente. En las operables, sólo se devengarán a partir del día en que se lleve a cabo la pertinente intervención quirúrgica.
- c) Enfermedades o Accidentes de tratamiento quirúrgico: La indemnización diaria se iniciará el día que se practique el acto quirúrgico, aún cuando la enfermedad o el

accidente no obligue al enfermo a permanecer internado en un hospital, clínica o residencia sanitaria.

d) En todos los casos cubiertos por el seguro además de las reglas contenidas en los apartados anteriores, será preciso para que un Asegurado enfermo o accidentado tenga derecho al devengo de la indemnización diaria correspondiente que reciba asistencia facultativa y que su dolencia le impida TOTALMENTE dedicarse a sus ocupaciones.

e) Convalecencias: A los efectos de devengo de la indemnización diaria, el período de convalecencia atribuible a las enfermedades o accidentes de toda clase no podrá exceder de la tercera parte que hubiese tenido el período agudo de las mismas. A tal fin, la convalecencia, en cada uno de los casos se entenderá iniciada: en las enfermedades de medicina aguda o accidentes cubiertos y en las agudizaciones de las enfermedades crónicas no operables, a partir del mismo día en que el enfermo deje de guardar cama permanentemente y, en los de tratamiento quirúrgico y en enfermedades crónicas operables y/o en las lesiones traumáticas, a partir del día en que esté cicatrizada la herida o, en su caso, sea retirado el vendaje enyesado o el sistema de inmovilización.

En todos los casos, cesará el derecho de devengo de indemnización en el momento en que el enfermo pueda reanudar sus ocupaciones habituales profesionales, aún cuando no haya alcanzado su total curación.

Asimismo cesará el devengo de indemnización o en el momento en que se diagnostique al Asegurado enfermo que la enfermedad o accidente que ha motivado el siniestro se ha transformado, o ha originado, en una invalidez permanente e irreversible para el ejercicio habitual de su profesión declarada en las Condiciones Particulares de la Póliza.

f) En cualquier caso, ya sea de un modo consecutivo o en distintos períodos con intervalos de salud, ningún Asegurado podrá devengar indemnización por enfermedad o accidente de un mismo proceso o diagnóstico, por tiempo superior al plazo máximo de trescientos sesenta y cinco días.

g) La indemnización diaria a satisfacer por el Asegurador será de la cuantía señalada en las Condiciones Particulares, aún en el caso de que el Asegurado padeciera varias enfermedades o lesiones al mismo tiempo o sobreviniera una nueva enfermedad, consecuencia del curso clínico de la o las inicialmente declaradas. En este último supuesto, el Tomador, Asegurado o Beneficiario están obligados a cursar al Asegurador un informe médico dando cuenta de dicha circunstancia. Si la nueva enfermedad sobrevinida tuviera como causa un proceso distinto de la o las enfermedades declaradas anteriormente, empezará a contar un nuevo plazo desde la fecha en que haya tenido lugar el comienzo de la última enfermedad.

## **CONDICIÓN GENERAL QUINTA**

### **5. ADAPTACIÓN AUTOMÁTICA DE CAPITALS:**

Salvo pacto en contrario, el Tomador del Seguro y el Asegurador acuerdan que el capital asegurado se modifique automáticamente al vencimiento de cada anualidad de

seguro, en función de las variaciones que experimente el Índice General de Precios, publicado por el Instituto Nacional de Estadística.

El Asegurador modificará la prima de cada anualidad, además de por los factores previstos en la Condición General Décima Apartado 8., por el índice de precios publicado, indicando dicho porcentaje en el recibo de prima o apéndice que se adjunta al mismo.

## **CONDICIÓN GENERAL SEXTA**

### **6. PERFECCIONAMIENTO, EFECTO Y DURACIÓN DEL CONTRATO:**

- 1) Este contrato se perfecciona por el consentimiento dado por las partes mediante la firma de la póliza.
- 2) Las garantías de este contrato y sus modificaciones entran en vigor una vez haya sido perfeccionado el contrato y se haya satisfecho el primer recibo de prima, en el día y hora indicado en las Condiciones Particulares, siempre que haya transcurrido el período de carencia pactado en póliza.
3. La duración del contrato se establece por el período especificado en las Condiciones Particulares. A la finalización del mismo, salvo pacto en contrario, se entenderá prorrogado automáticamente, por el plazo de un año, y así sucesivamente a la finalización de cada anualidad. A esta prórroga tácita pueden oponerse tanto el Tomador del Seguro como el Asegurador mediante notificación escrita a la otra parte con un plazo de DOS MESES de anticipación a la conclusión del seguro.

## **CONDICIÓN GENERAL SÉPTIMA**

### **7. DECLARACIONES:**

- 1) El contrato se celebra sobre la base de las declaraciones formuladas por el Tomador del Seguro y el Asegurado en la solicitud del Seguro y el cuestionario de Salud, y que motivan la aceptación del riesgo por parte del Asegurador, con la asunción, por su parte, de las obligaciones derivadas del contrato y la fijación de la prima correspondiente.

La solicitud y el cuestionario cumplimentados por el Tomador del Seguro y cada uno de los Asegurados de la póliza, en unión de esta póliza, forman un todo unitario fundamento del Seguro que alcanza dentro de los límites pactados los riesgos especificados en la misma.

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición del Seguro o de las cláusulas acordadas, podrá efectuarse reclamación por parte del Tomador del Seguro en el plazo de un mes desde la entrega de la póliza, para que sea subsanada la divergencia. Transcurrido este plazo sin efectuar la reclamación se estará a lo dispuesto en la póliza.

- 2) El Tomador del Seguro tiene el deber antes de la conclusión del contrato de declarar al Asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará

exonerado de tal deber si el Asegurador no le somete cuestionario o cuando, aún sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en el.

3) Durante la vigencia del contrato deberán declararse:

a) Cuantas circunstancias existan que mejoren el riesgo y sean de tal naturaleza que, de haberlas conocido el Asegurador, el contrato se hubiese celebrado en condiciones más favorables para el Tomador del Seguro.

En este caso al finalizar el período del seguro, el Asegurador deberá reducir el importe de la prima en la proporción que corresponda.

b) Las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que de haberlas conocido en el momento del perfeccionamiento del contrato, el Asegurador hubiese optado por no garantizar el riesgo o lo hubiere hecho en condiciones más gravosas.

En este caso el Asegurador podrá proponer una modificación del contrato en un plazo de 2 meses a partir de la declaración de la agravación. El Tomador del Seguro tiene 15 días para aceptar ó rechazar esta propuesta. En caso de rechazo o silencio podrá rescindir el Asegurador el contrato, dándole un nuevo plazo de 15 días, transcurridos los cuales y dentro de los 8 días siguientes, comunicará al Tomador del Seguro la rescisión definitiva.

También podrá optar el Asegurador por rescindir el contrato comunicándolo por escrito dentro del mes siguiente al conocimiento de la agravación, debiendo dar un plazo de 15 días a la toma de efecto de la rescisión.

4) Cualquier variación de las circunstancias del riesgo deberán ser comunicadas, de forma fehaciente, tan pronto sea posible.

5) Deberá declarar el Tomador, en todo caso, el nombre de otros Aseguradores en el caso de que otro u otros contratos de seguro garanticen riesgos iguales a los cubiertos por esta póliza.

6) En el caso de que la reserva o inexactitud de las declaraciones del Asegurado o la agravación del riesgo no hubiesen sido declaradas antes de la ocurrencia de un siniestro, la prestación del Asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado en el caso de conocer esta circunstancia, si se actuó de buena fe. En caso de que la actuación fuese de mala fe, el Asegurador quedará liberado de la prestación.

7) Comunicar al Asegurador, tan pronto como le sea posible, el cambio de profesión y domicilio. Si el cambio de domicilio supone una disminución del riesgo, será de aplicación lo dispuesto en el artículo 13 de la Ley; si el cambio de profesión determina una agravación del riesgo se estará a lo dispuesto en el artículo 12 de la Ley.

## **CONDICIÓN GENERAL OCTAVA**

### **8. PERÍODO DE CARENIA Y FRANQUICIA:**

1) PERÍODO DE CARENIA: Tal y como se indica en esta cláusula y en el apartado c) de la Condición General Duodécima, la cobertura comienza una vez haya transcurrido, desde la toma de efecto de este contrato, el período de carencia que se establece a continuación:

GARANTÍA I: Cobertura de enfermedad, Primer Período: 6 meses de carencia.

GARANTÍA II: Cobertura de enfermedad, Segundo Período: 6 meses de carencia.

GARANTÍA III: Cobertura de enfermedad, Tercer Período: 6 meses de carencia.

2) FRANQUICIA: La franquicia podrá ser de 7 (SIETE) ó 14 (CATORCE) días según se especifique en las Condiciones Particulares de la póliza.

La franquicia expresamente pactada en las Condiciones Particulares se deducirá en cada siniestro del total de días a indemnizar por el Asegurador. Si los días en que el Asegurado haya estado aquejado de una enfermedad o accidente cubierto por este seguro, fueran inferiores o igual a los días fijados para la franquicia, el Asegurador no tiene que indemnizar ninguna cuantía.

## **CONDICIÓN GENERAL NOVENA**

### **9. ALTAS Y VENCIMIENTO EN EL SEGURO:**

1. ALTAS: Podrán contratar este seguro personas mayores de 18 años y menores a 60 años.

2. VENCIMIENTO DEL SEGURO: El seguro se extingue al término de la anualidad dentro de la cual el Asegurado cumpla la edad de sesenta y cinco años.

## **CONDICIÓN GENERAL DÉCIMA**

### **10. PAGO DE PRIMAS:**

1) El pago de la primera prima se efectuará a la perfección del contrato, las sucesivas a sus vencimientos respectivos.

2) El domicilio de pago será el del Tomador del Seguro, si no se indica nada en contra.

3) Si por culpa del Tomador del Seguro, no se paga la primera prima, podrá darse por parte del Asegurador el contrato como extinguido, o bien proceder al cobro del recibo por vía ejecutiva, con base en la póliza.

Si el recibo de prima no ha sido satisfecho antes de la ocurrencia de un siniestro, queda liberado el Asegurador de toda obligación.

4) Los recibos de primas deberán hacerse efectivos por el Tomador del Seguro en sus correspondientes vencimientos por anualidades completas anticipadas. Ambas partes podrán convenir el fraccionamiento del pago en las Condiciones Particulares mediante el recargo previsto en dichas condiciones según se pacte un fraccionamiento semestral, trimestral o mensual respectivamente.

Cuando habiéndose pactado fraccionamiento del pago de la prima el Tomador deja de pagar alguna fracción incumpliendo lo pactado el Asegurador podrá anticipar los vencimientos de las fracciones dando por rescindido el acuerdo de fraccionamiento.

En caso de siniestro y para primas fraccionadas, si ocurre el hecho que provoque el pago de las prestaciones, de la suma asegurada a indemnizar se podrán descontar las fracciones de prima de la anualidad en curso no percibidas.

5) Para el pago de las primas de renovación se concede un plazo de gracia de un mes. Finalizado el mismo, quedarán en suspenso las garantías del contrato hasta las 24 horas del día en que sea hecha efectiva la prima.

El Asegurador podrá reclamar, dentro de los 6 meses siguientes al vencimiento, el pago del recibo considerándose que, si esta reclamación no se ha producido, el contrato queda extinguido.

6) El Asegurador sólo queda obligado por los recibos librados por la dirección o por sus representantes legalmente autorizados.

7) Podrá convenirse en Condiciones Particulares el cobro de los recibos de prima por medio de cuentas abiertas en Bancos o Cajas de Ahorro. En este supuesto se aplicarán las siguientes normas:

a) El Tomador del Seguro entregará al Asegurador 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 gracia no existiesen fondos suficientes en la cuenta del Tomador del Seguro. En este caso, el Asegurador notificará al Tomador que tiene el recibo a su disposición en el domicilio de la Entidad Aseguradora, en cuyo caso el asegurado vendrá obligado a satisfacer la prima en dicho domicilio, o bien pondrá el recibo pendiente a disposición del tomador pudiendo este hacerlo efectivo en la Entidad Bancaria o Caja de Ahorros pactada por el asegurador y citada al efecto en el aviso de pago.

c) Si el Asegurador dejase transcurrir el plazo de gracia sin presentar el recibo al cobro y al hacerlo no existiesen fondos suficientes en la cuenta del Tomador del Seguro, aquél deberá notificar tal hecho al mismo por carta certificada, o cualquier otro medio indubitado, concediéndole un nuevo plazo de un mes para que comunique al Asegurador la forma en que satisfará su importe. Este plazo se computará desde la fecha

de recepción a la expresada carta o notificación del último domicilio comunicado al Asegurador.

8) Para el cálculo de la prima correspondiente a este seguro se tendrán en cuenta de conformidad con la documentación técnica elaborada, los siguientes factores:

A . Profesión del Asegurado

B. Edad del Asegurado

El importe de la prima se modificara (actualizará) en cada período de prórroga, si ésta tiene lugar (expresa o tácitamente), en la misma proporción que se alteren los valores (factores) que han servido para la fijación de la primera prima (según su influencia respectiva en la fijación de la misma).

## **CONDICIÓN GENERAL UNDÉCIMA**

### **11. COMUNICACIÓN EN CASO DE SINIESTRO:**

El Tomador del Seguro o el Asegurado deberán comunicar al Asegurador el acaecimiento del siniestro en el plazo más breve posible y en todo caso dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido. En el caso de incumplimiento de esta obligación, el Asegurador podrá reclamar los daños y perjuicios causados por la falta o retraso.

El Tomador del Seguro o el Asegurado deberán aminorar las consecuencias del siniestro empleando todas las medidas a su alcance para el pronto restablecimiento del Asegurado. El incumplimiento de esta obligación con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al Asegurador, liberará a éste de toda prestación derivada del siniestro.

## **CONDICIÓN GENERAL DUODÉCIMA**

### **12. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO:**

En el supuesto de enfermedad o accidente cubierto por esta póliza, el Asegurador una vez declarado el siniestro según establece la Condición General Undécima pagará la indemnización siempre que:

a) A los efectos del devengo de la indemnización diaria, el Asegurado presente debidamente cumplimentada la Declaración de siniestro, impreso que será facilitado a su solicitud por el Asegurador debiendo ser cumplimentado en todas sus partes, siendo indispensable que la parte relativa a la enfermedad o al accidente sea extendida y firmada por el médico que asista al paciente. A falta del mencionado impreso, el aviso de siniestro podrá facilitarse al Asegurador mediante escrito en que conste: número de póliza; nombre del Tomador; nombre, apellidos, edad, teléfono y domicilio del Asegurado enfermo debiendo unirse al citado escrito un informe del médico que asista al paciente, reseñando la enfermedad y sus causas, el accidente, si guarda cama permanentemente o reposo relativo, si ha padecido con anterioridad la dolencia y en qué fecha, y su dolencia le impide dedicarse a sus actividades habituales o profesionales de

forma total o parcial, fecha probable de iniciación del proceso, fecha en que comenzó a prestarle la asistencia, y pronóstico en cuanto a la duración de la dolencia, y por último, fecha en que se emite el informe.

b) Recibida la declaración de siniestro, el Asegurador podrá disponer las visitas de inspección que estime necesarias en el lugar donde se encuentre el Asegurado, para comprobar el estado de salud de éste, siempre que no se oponga a éstas algún facultativo de los que asistan al mismo.

c) La indemnización correspondiente se devengará a partir del mismo día inclusive de iniciarse el siniestro deduciéndose la franquicia pactada y siempre que haya transcurrido el período de carencia y el siniestro se comunique al Asegurador dentro del plazo máximo de siete días desde su inicio, tal como previene el artículo 16 de la Ley de Contrato de Seguro. De recibirse la declaración de siniestro transcurrido este plazo máximo, el Asegurado comenzará a devengar la indemnización desde la fecha en que haya recibido la citada declaración con, además, deducción de la franquicia que corresponda.

d) A los efectos de establecer la duración del siniestro deberá comunicarse al Asegurador la fecha en que cause alta el enfermo, indicando en todo caso, cuando se inició la convalecencia, tal como ésta se define en la Cláusula Primera.

e) El Asegurador podrá a través de su Inspección Médica prevista en el apartado b) de esta Condición General Duodécima, proponer el alta del Asegurado aportando a éste el informe médico justificativo correspondiente.

f) En caso de discrepancias sobre el alta del enfermo entre el Asegurador y Tomador o el Asegurado se estará a lo dispuesto en el artículo 38 de la Ley de Contrato de Seguro sobre Peritación en concordancia con el artículo 104 de dicha Ley.

## **CONDICIÓN GENERAL DECIMOTERCERA**

### **13. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN:**

1. Las cantidades debidas por el Asegurador en virtud de esta póliza se harán efectivas al Beneficiario correspondiente dentro de los doce días siguientes a la fecha en que las partes hubiesen llegado a un acuerdo o la valoración hubiera resultado inatacable.

2. El Asegurador pagará la indemnización según lo previsto anteriormente.

Si el Asegurador incurriese en mora en el cumplimiento de la prestación, la indemnización se ajustará a lo dispuesto en el artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro.

#### **CONDICIÓN GENERAL DECIMOCUARTA**

##### **14. AGRAVACIÓN DE RIESGO DESPUÉS DE UN SINIESTRO:**

Después de la comunicación de cada siniestro que haya originado agravación de riesgo, se estará a lo dispuesto en el artículo 12 de la Ley de Contrato de Seguro recogido en la Condición General Séptima de estas Condiciones Generales.

#### **CONDICIÓN GENERAL DECIMOQUINTA**

##### **15. ERROR EN LA EDAD:**

En el caso de indicación inexacta de la fecha de nacimiento del Asegurado, el Asegurador solo podrá impugnar el contrato si la verdadera edad del Asegurado en el momento de la entrada en vigor del contrato excede de los límites de admisión establecidos en la Condición General Novena.

En otro caso, si como consecuencia de la 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 percibida. Si por el contrario la prima pagada es superior a la que debería haberse satisfecho el Asegurador está obligado a restituir el exceso de las primas percibidas.

#### **CONDICIÓN GENERAL DECIMOSEXTA**

##### **16. OTRAS OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR:**

Además de pagar la indemnización cuando proceda según esta póliza al Beneficiario, el Asegurador está obligado a entregar al Tomador del Seguro la póliza o, en su caso, el documento de cobertura provisional o el que proceda según lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley.

#### **CONDICIÓN GENERAL DECIMOSÉPTIMA**

##### **17. COMUNICACIONES:**

1. Las comunicaciones que deban hacer el Tomador del Seguro o Asegurado se realizarán al domicilio social del Asegurador o a la oficina más próxima que tenga al domicilio de los mismos.
2. Las notificaciones que efectúe el Asegurador, serán al domicilio que conste en la póliza, salvo que éste haya sido modificado de forma fehaciente.
3. Las comunicaciones que haga un Corredor de Seguros en nombre del Tomador del Seguro al Asegurador, surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio Tomador, salvo indicación en contrario de éste.

#### **CONDICIÓN GENERAL DECIMO OCTAVA**

##### **18. JURISDICCIÓN Y COMPETENCIA**

Será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro, el del domicilio del Asegurado.

Si el Tomador, Asegurado, Beneficiario o Derechohabiente no estuviera conforme con el servicio prestado o Indemnización acordada por el Asegurador tendrá derecho a presentar su reclamación ante el Servicio de Atención al Asegurado, constituido por Aegon de conformidad con la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados y la modificación recogida en la Ley 44/2002, de 22 de noviembre, de Medidas de Reforma del Sistema Financiero.

## **CONDICIÓN GENERAL DECIMONOVENA**

### **19. PRESCRIPCIÓN**

Las acciones derivadas del presente contrato prescriben a los cinco años a contar desde el día en que pudieron ejercitarse.

## **CONDICIÓN GENERAL VIGÉSIMA**

### **20. PROTECCIÓN DE DATOS**

El Tomador del Seguro abajo firmante declara conocer la Ley Orgánica 15/99 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y presta expresamente su consentimiento para la utilización y cesión, mediante tratamiento informático o de cualquier otro tipo, de los datos de carácter personal, incluidos los de salud, que se faciliten a los efectos del presente contrato por parte de Aegon Salud, S.A. de Seguros y Reaseguros titular del fichero ante quien podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de conformidad todo ello con lo estipulado en la Ley 15/99.

EL TOMADOR DEL SEGURO      EL ASEGURADOR  
Y/O ASEGURADO