



aura seguros

AURA SEGUROS SERENIDAD

Condiciones Generales MODELO CG-PU0625.0

AUTORIDAD DE CONTROL: Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Competitividad. Registrada con el nº C-16

ESTADO MIEMBRO DEL ESPACIO ECONÓMICO EUROPEO DE ORIGEN Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS: España

AURA SA De Seguros. Registro mercantil de Valencia, Tjmo 10406, Libro 7687, Folio 62, Hoja 179184, C.I.F. A08169674

INDICE

I.	PRELIMINAR	5
II.	OBJETO Y EXTENSIÓN DEL SEGURO	6
III.	BASES DEL SEGURO	6
IV.	SINIESTROS	9
V.	NORMAS LEGALES	9
VI.	OTRAS DISPOSICIONES	15

I. PRELIMINAR

MARCO LEGAL - El presente Contrato de Seguros se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980 de 8 de Octubre de Contrato de Seguro; por la Ley 20/2015 de 14 de Julio de Ordenación, Supervisión y Solvencia de entidades Aseguradoras y su Reglamento de desarrollo aprobado por el Real Decreto 1060/2015 de 20 de noviembre; la Orden ECO 734/2004, de 11 de marzo, de Departamentos y Servicios de Atención al Cliente y Defensor del cliente de las Entidades Financieras; la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y por su Reglamento de desarrollo aprobado por Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, y por lo convenido en las Condiciones Generales y Particulares de este contrato.

AUTORIDAD DE CONTROL - El control de la actividad del asegurador corresponde al Ministerio de Economía a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. El correspondiente Estado miembro del Espacio Económico Europeo de origen y prestación de servicios es ESPAÑA.

DEFINICIONES

A los efectos de este Contrato se entiende por:

- 1.1 ASEGURADOR** - AURA, S. A. DE SEGUROS a partir de ahora Aura Seguros que, mediante el cobro de la prima, asume los riesgos contractuales pactados.
- 1.2 CONTRATANTE O TOMADOR DEL SEGURO** - Es la persona física o jurídica que contrata el seguro con Aura Seguros y a la que corresponden las obligaciones que del mismo se derive, salvo que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado.
- 1.3 ASEGURADO** - Cada una de las personas designadas en las condiciones particulares sobre las cuales se establece el seguro y que en defecto del contratante o tomador del seguro asumen las obligaciones derivadas del contrato.
- 1.4 PÓLIZA O CONTRATO** - Es el documento que contiene las condiciones reguladoras del Seguro e incluye:
 - Las Condiciones Generales
 - Las Condiciones Particulares
 - El Cuestionario
 - Todos aquellos suplementos o apéndices que se emitan con posterioridad y la complementen.
- 1.5 EDAD ACTUARIAL** - Es la edad de cada asegurado en su cumpleaños más próximo, aunque no se haya alcanzado, tomando como referencia la fecha de inicio o de prórroga del contrato.
- 1.6 PRECIO O PRIMA** - Es el precio del seguro. El recibo contendrá además los impuestos y recargos que sean legalmente repercutibles.
- 1.7 PRIMA ÚNICA** - Modalidad en el cual el precio del seguro se tarifica en función de la edad de asegurado al inicio del contrato, permaneciendo inalterable durante la vigencia del mismo, pudiendo abonar dicha prima a través de un pago único o como una combinación de pago único inicial y una serie de pagos sucesivos acordados previamente a través de las Condiciones Particulares de la póliza.
- 1.8 PERIODO DE PAGO DE PRIMAS** - Es el plazo establecido en el cual el tomador del seguro, se compromete al pago de las primas sucesivas, destinadas a la consolidación del capital asegurado, según lo dispuesto en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- 1.9 PLAZO DE CARENIA** - Es el periodo de tiempo en el que todavía no se puede hacer uso de la cobertura del seguro, esto es, el periodo de tiempo que debe transcurrir entre la fecha de entrada en vigor del seguro y la toma de efecto de las garantías del mismo.
- 1.10 BENEFICIARIOS** - Las personas físicas o jurídicas que, previa designación por parte del tomador del seguro, resulten titulares del derecho de resarcirse de la diferencia que, en su caso, pueda existir entre el valor del servicio prestado y la suma asegurada.
- 1.11 DOMICILIO DEL CONTRATANTE DEL SEGURO Y DEL ASEGURADO** - El que figura en las condiciones particulares que será el adecuado a todos los efectos.
- 1.12 SERVICIO FÚNEBRE** - El conjunto de elementos y servicios necesarios para efectuar el sepelio del asegurado fallecido, los cuales se indican contratados en las Condiciones particulares de la presente póliza.
- 1.13 ACCIDENTE** - Es toda lesión corporal que derive de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la voluntad del Asegurado.
- 1.14 CAPITAL ASEGURADO CONSOLIDADO** - Es el capital constituido en base a las primas abonadas conforme a lo establecido en las Condiciones Particulares de la póliza, siendo el mismo el importe máximo a pagar por el Asegurador en caso de siniestro. Una vez completado el periodo de pago de primas el capital asegurado consolidado quedará plenamente constituido, liberando al tomador de la póliza de la obligación de pago de primas.
- 1.15 SINIESTRO** - Todo hecho cuyas consecuencias están cubiertas por alguna de las garantías de la póliza.
- 1.16 EDAD MÍNIMA DE CONTRATACIÓN** - La edad mínima de contratación de la presente modalidad será los 65 años.

II. OBJETO Y EXTENSIÓN DEL SEGURO

Artículo 1° - OBJETO DEL SEGURO

El Asegurador garantiza la prestación del servicio funerario contratado al fallecimiento del asegurado cuyos datos figuran en las condiciones particulares de la póliza. **Si la prestación del servicio no fuera posible, o no se llevase a efecto por causas de fuerza mayor, el Asegurador se compromete a resarcir los gastos ocasionados como consecuencia de tal servicio, abonando el importe del servicio fúnebre hasta el límite del capital asegurado consolidado, según las condiciones particulares de la presente póliza. El resarcimiento de estos gastos será efectuado por el Asegurador a aquellas personas que acrediten, mediante presentación de la correspondiente factura y recibo de pago expedido a su nombre, haber satisfecho los gastos originados por tal fallecimiento. En su defecto, será efectuado a los herederos legales del fallecido o beneficiarios que se hubieran designado a tal efecto en las condiciones particulares.**

Artículo 2° - EXTENSIÓN Y DELIMITACION DEL SEGURO

- 2.1** La garantía del seguro se extiende al asegurado cualquiera que sea la causa del fallecimiento, salvo por los riesgos excluidos en la póliza. **Únicamente los beneficiarios y/o herederos legales del asegurado tienen la facultad de percibir el importe del valor del servicio contratado en vez de la prestación del mismo que, en el caso de no abonar la totalidad de las primas sucesivas correspondientes al periodo de pago de primas, ese valor consistirá en el importe del capital asegurado consolidado.** En virtud de la ley de Contrato de Seguro para los menores de 14 años e incapacitados, no se podrá optar por la indemnización en metálico.
- 2.2** Los valores de la presente póliza no son rescatables.
- 2.3** No son asegurables las personas que al formalizar el seguro padezcan enfermedad grave o cualquier tipo de enfermedad que limite su esperanza de vida, salvo que expresamente se haga constar en el cuestionario de salud, al que le someterá el asegurador y, en su caso, al pago de la sobreprima correspondiente.
- 2.4** En el supuesto de indicación inexacta de la edad del Asegurado, el Asegurador sólo 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 por aquél.
- En otro caso, **si como consecuencia de una declaración inexacta de la edad, las primas pagadas son inferiores a la que correspondan pagar, la prestación del Asegurador se reducirá en proporción a la prima percibida.** Si, por el contrario, las primas pagadas son superiores a las que debieran haberse abonado, el Asegurador está obligado a restituir el exceso de las primas percibidas, sin intereses.
- 2.5** En el supuesto de indicación inexacta de la edad del Asegurado, el Asegurador sólo 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 por aquél.

Artículo 3° - RIESGOS EXCLUIDOS

NO QUEDAN CUBIERTOS LOS SINIESTROS OCURRIDOS CON OCASIÓN O A CONSECUENCIA DE GUERRA, REVOLUCIÓN, MOTINES, EPIDEMIAS OFICIALMENTE DECLARADAS Y DE AQUELLOS ACONTECIMIENTOS CALIFICADOS POR EL GOBIERNO DE LA NACIÓN COMO CATÁSTROFE O CALAMIDAD NACIONAL.

Además, y de forma expresa, salvo pacto contrario, quedan sin efecto las coberturas en los siguientes casos:

- a. Cuando el asegurado tenga su residencia habitual en el extranjero.
- b. Cuando las lesiones producidas sean consecuencia de un intento de suicidio.
- c. Cuando el asegurado participe en conflictos armados civiles o militares, revueltas o insurrecciones.
- d. Cuando las heridas, lesiones o enfermedad sean consecuencia directa o indirecta de radiaciones o contaminaciones radiactivas.
- e. Las operaciones de rescate en mar, desierto o montaña.
- f. Cuando el viaje al extranjero sea para tratamiento médico.

III. BASES DEL SEGURO

Artículo 4° - NORMAS DE CONTRATACIÓN Y MODIFICACIÓN DEL CONTRATO

- 4.1** Establecida la cantidad contratada por el valor del servicio funerario con arreglo a su coste actual, si éste sufriera variación, en más o en menos, el Asegurador lo pondrá en conocimiento del tomador del seguro. Igualmente le comunicará la opción que tiene para modificar el contrato aceptando el nuevo coste del servicio, insertando en el suplemento que se expida la nueva suma asegurada con los nuevos importes de primas, o mantener el Contrato en la misma situación, **en cuyo caso, al ocurrir el siniestro, el límite máximo de la prestación a cargo del Asegurador será el valor del servicio que figure en la póliza y último suplemento vigente aceptado por el asegurado.**

- 4.2 En caso de optar el tomador del seguro por la modificación del contrato adecuando la suma asegurada a los nuevos costes de los servicios, el cálculo de la nueva prima se determinará sumando a la prima neta que venía satisfaciendo, el importe correspondiente de aplicar al incremento del valor del servicio que tenía contratado la tasa correspondiente a la edad actual de los asegurados.
- 4.3 El asegurado deberá comunicar los cambios de domicilio ya sea dentro de la localidad en que resida o la población distinta. **En este último caso, se adaptará el contrato a los servicios fúnebres existentes en dicho lugar, regularizándose la prima.**
- 4.4 Modalidad prima única y prima sucesiva de Tarifa

Con objeto de facilitar el pago de la cobertura asegurada, se establece, una prima única o pago inicial en el momento de la perfección del contrato y unas primas periódicas que deberán hacerse efectivas en los correspondientes vencimientos, por anticipado.

Prima inicial (modalidad prima única):

Prima inicial que deberá abonar el tomador del seguro al momento de la formalización del contrato que, en ningún caso, podrá ser inferior a 1.000,00 euros (sin impuestos incluidos). Esta prima dará lugar a la constitución de un capital inicial consolidado, determinado en función de la edad de entrada del asegurado, conforme a la siguiente tabla:

Tramos edad de Entrada	Tasa Capital Asegurado Inicial
65 - 74	0,65
75 - 89	0,60
90 - 100	0,55

Prima periódica temporal (modalidad prima sucesiva):

Las primas sucesivas serán las necesarias para alcanzar el importe de capital asegurado consolidado, durante el periodo de pago de primas establecidos en las condiciones particulares. El abono de las primas sucesivas dará lugar a la constitución de un capital asegurado consolidado, determinado en función del plazo temporal pactado en las condiciones particulares, así como el fraccionamiento de la prima escogido.

Las primas sucesivas permanecerán invariables durante el periodo de pago de primas, sin repercusión de ningún tipo de recargo financiero.

Una vez satisfechas todas las primas sucesivas durante el periodo de pago de primas el capital asegurado consolidado quedará plenamente constituido.

Ambas primas contemplan los posibles aumentos del coste del servicio a lo largo de la vida del contrato y se revalorizarán anualmente mediante un aumento establecido previamente de 1,5% acumulativo, para hacer frente a las evoluciones del coste del servicio, tal y como queda expresado en las Condiciones Particulares de la póliza.

Si el coste del servicio sufriera revalorizaciones superiores a este 1,5% previamente establecido, el asegurado podrá corregirlas mediante la contratación de los suplementos de aumento correspondientes, la Compañía propondrá al Tomador la contratación del suplemento de aumento correspondiente y una vez aceptada el mismo se procederá a la emisión de los oportunos recibos de prima única y de prima periódica de dicho suplemento, en la misma proporción de capital asegurado que figuraba en las condiciones particulares iniciales. En caso de no ser aceptada por el Tomador la ampliación de capital necesario para asumir la totalidad de los gastos de sepelio, la Compañía sólo estará obligada a satisfacer la suma asegurada consistente en el capital asegurado consolidado en el momento de acaecimiento del siniestro.

Los suplementos de capital se calcularán con la tasa correspondiente a la edad real del asegurado en la fecha de efecto de la ampliación.

- 4.5 El Tomador podrá solicitar en cualquier momento, por medio fehaciente, la adaptación de la Póliza de Seguro a los capitales necesarios para realizar el servicio funerario en su localidad de residencia en España. En tal caso, el Asegurador adaptará la Póliza a los nuevos capitales y modalidad de tarifa solicitada, manteniendo la fecha de efecto de los capitales originales para las nuevas primas correspondientes.
- 4.6 El Tomador podrá solicitar en cualquier momento, el estado actual de su póliza, debiendo facilitar el Asegurador información sobre capital asegurado consolidado actual, capital asegurado pendiente de consolidar, importe total de primas abonadas o pendientes, etc.
- 4.7 El Tomador podrá en cualquier momento, realizar anticipo de primas periódicas con el objeto de acortar el periodo de constitución de capital asegurado contratado, debiendo el Asegurador emitir un nuevo suplemento en el que, entre otra información, figure el nuevo capital consolidado y nueva fecha de finalización del periodo de pago de primas.

Artículo 5º - EFECTO DEL SEGURO

La cobertura del Seguro tomará efectos en la fecha que se determina en las condiciones particulares de la póliza cuando haya sido firmada la misma por las partes contratantes y el tomador del seguro haya pagado la prima única inicial.

En caso de demora en el cumplimiento de ambos requisitos, las obligaciones del Asegurador comenzarán a partir de las doce de la noche del día en que la firma y pago hayan tenido lugar.

Artículo 6° - PLAZO DE CARENCIA

Las garantías del seguro del presente seguro serán de efecto desde la entrada en vigor del seguro, no siendo de aplicación ningún periodo de carencia.

Artículo 7° - DURACIÓN DEL SEGURO

7.1 – El presente seguro se contrata hasta el fallecimiento del asegurado.

7.2 – La cobertura del Seguro tomará efectos en la fecha que se determina en las condiciones particulares de la póliza cuando haya sido firmada la misma por las partes contratantes y el tomador del seguro haya pagado la prima única.

En caso de demora en el cumplimiento de ambos requisitos, las obligaciones del Asegurador comenzarán a partir de las doce de la noche del día en que la firma y pago hayan tenido lugar, manteniéndose el período de carencia establecido en el artículo anterior y desde la fecha del abono de la prima.

Artículo 8° - PAGO DE PRIMAS

8.1 – El pago de la prima única podrá efectuarse mediante transferencia a la cuenta de la entidad bancaria que designe el Asegurador, domiciliación bancaria o cargo a la tarjeta bancaria del asegurado.

8.2 – El pago de las primas periódicas se realizará por medio de cuentas abiertas en establecimientos de crédito, y se aplicarán las siguientes normas:

- a.** El Tomador del seguro entregará al Asegurador el mandato orden SEPA donde figurará el número de cuenta de cargo, dando la orden oportuna de pago al efecto.
- b.** La prima periódica se entenderá satisfecha a su vencimiento, salvo que intentando 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 del seguro que tiene el recibo a su disposición en el domicilio del mismo, y el asegurado vendrá obligado a satisfacer la prima en dicho domicilio.

Todos los impuestos, tributos y recargos existentes y los que en lo sucesivo se estableciesen sobre las Pólizas y primas serán a cargo del Tomador del Seguro, cuando legalmente le sean repercutibles.

8.3 – Efectos del impago de la prima periódica: Suspensión con derechos consolidados.

El Tomador del seguro está obligado al pago de la primera prima única inicial en el momento de la firma de la póliza, y el pago de las sucesivas a sus respectivos vencimientos, el impago de la prima única inicial libera al Asegurador de sus obligaciones si se produjera el siniestro.

La falta de pago de las primas siguientes tiene como efecto la suspensión de la póliza con derechos consolidados tres meses después del día de su vencimiento. Si durante los tres meses siguientes al inicio de la suspensión con derechos consolidados, el asegurado no hace frente a los recibos pendientes, el Seguro quedará definitivamente suspendido, permaneciendo exclusivamente como cobertura el importe del capital asegurado consolidado hasta el momento de suspensión.

En caso de suspensión definitiva del seguro la cobertura de la póliza pasará a ser exclusivamente indemnizatoria. En caso de siniestro, el asegurador se encontrará liberado de hacer frente a los gastos de sepelio y solo estará obligado al pago del capital asegurado consolidado en la fecha de ocurrencia del siniestro.

Si se ha pactado el pago fraccionado de prima, la primera fracción será exigible a la perfección del contrato y las demás a sus respectivos vencimientos pagaderos en el domicilio del Asegurador, en todo caso, el fraccionamiento de pago de prima no libera al tomador del seguro de la obligación de abonar la totalidad de la primas sucesivas en el periodo de pago de primas acordado.

8.4 – Rehabilitación del Seguro

Si durante los tres meses de suspensión con derechos consolidados, el tomador de la póliza manifiesta al asegurador su voluntad de rehabilitar la póliza, dicha rehabilitación será efectiva siempre que el tomador abone la totalidad de los recibos pendientes que no fueron pagados en su momento. Una vez que el asegurador verifique que el tomador se encuentra al corriente en el pago de dichos recibos, la suspensión de garantías quedará sin efecto.

Las garantías cubiertas en la póliza rehabilitada tomarán efecto a partir del momento en que se produzca el cobro efectivo de dichos recibos pendientes.

8.5 – Comunicaciones

Las comunicaciones y pagos de primas periódicas que efectúen el tomador del seguro o el asegurado a un mediador de seguros, surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado al Asegurador. El pago del importe de la prima periódica a un corredor de seguros no se entenderá realizado al Asegurador, salvo que, a cambio, el corredor de seguros entregue al tomador del seguro el recibo de la prima emitido por el Asegurador. Las comunicaciones efectuadas por un corredor de seguros al Asegurador en nombre del tomador del seguro surtirán los mismos efectos que si las realiza el propio tomador del seguro, salvo indicación en contrario de este.

IV. SINIESTROS

Artículo 9º - NORMAS DE TRAMITACIÓN

- 9.1 – El importe de la suma asegurada será equivalente al importe del servicio contratado, salvo durante el período de pago de primas, en el cual la suma asegurada corresponderá al capital asegurado consolidado. Este será proporcional a las primas efectivamente abonadas por el tomador y constituirá el importe máximo a pagar por el Asegurador en cada siniestro. En caso de fallecimiento durante el periodo de pago de primas sucesivas, el Asegurador cubrirá el siniestro hasta el límite del capital asegurado consolidado en el momento del fallecimiento. La diferencia entre dicho capital y el coste total del servicio funerario deberá ser asumida por los familiares del asegurado.**
- 9.2 –**El servicio contratado que se especifica en las condiciones particulares tiene efectos descriptivos y orientativos según los usos y costumbres de la localidad que figura como domicilio de los asegurados, por lo tanto, puede optarse por la prestación descrita, ampliarlo o intercambiar elementos de acuerdo con los deseos de los familiares del finado. En cualquier caso y aunque los familiares del fallecido optaran por modificar **el servicio contratado en su totalidad** o alguno de los componentes, la cantidad a cargo de la compañía será la totalidad de la suma asegurada.
- 9.3 –**Para hacer efectivos los derechos derivados de este seguro al fallecimiento de un asegurado, en caso de no haber sido prestado el servicio por la empresa funeraria prestadora de la compañía, se deberá entregar en las oficinas de la delegación, sucursal o agencia del Asegurador, en la localidad en que haya ocurrido el fallecimiento, la certificación literal de defunción expedida por el Registro Civil y el recibo de prima corriente. Si en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro el Asegurador no hubiere abonado el importe de dicho servicio o indemnizado su importe en metálico, por causa no justificada o que le fuere imputada, la indemnización se incrementará con el pago de un interés anual igual al interés legal del dinero vigente en el momento que se devengue, incrementado en el 50 % anual.
- 9.4 –**Si el asegurado desea la inhumación en un cementerio ubicado a más de 30 km del que le correspondería según su lugar de residencia, el tomador de la póliza deberá de informar de dicha situación en el momento de formalización de la póliza, procediendo el Asegurador a tarificar los gastos adicionales del servicio funerario por traslado al cementerio escogido por el asegurado.
- 9.5 –**Cuando un asegurado fallezca en localidad distinta a la consignada como domicilio en la póliza, se efectuará un servicio funerario de acuerdo con las modalidades existentes en la plaza y de coste equivalente al contratado en la póliza.
- 9.6 –**Si los causahabientes del asegurado fallecido desean inhumar el cadáver en cementerio distinto al que por su residencia le corresponda, los gastos extraordinarios del servicio funerario que por tal concepto se originen correrán a cargo de ellos.
- 9.7 –**Si al fallecer el asegurado resultase que lo está con el mismo Asegurador en más de una póliza del seguro de decesos, el Asegurador sólo reconocerá los derechos correspondientes a una de ellas, que los causahabientes podrán elegir, procediéndose al reembolso de las primas periódicas pagadas por el Tomador del seguro en las otras pólizas con deducción de los gastos consumidos.
- 9.8 –**En caso de que, al fallecer el asegurado, la póliza se encuentre en situación de suspensión con derechos consolidados conforme a lo establecido en el apartado 8.3 del presente condicionado, la póliza tendrá únicamente carácter indemnizatorio, quedando el Asegurador exento del pago de los gastos de sepelio y obligado únicamente al abono del capital asegurado consolidado a la fecha del siniestro.
- 9.9 –**La aseguradora pone a disposición del asegurado de la presente póliza, un servicio de atención al cliente, así como un servicio de atención para el caso de siniestro, cuya dirección y teléfono constan en las Condiciones Particulares.

V. NORMAS LEGALES

Artículo 10º - DISPOSICIONES GENERALES

- 10.1 BASES DEL CONTRATO** - Si el contenido de la póliza difiere de la solicitud de seguro o de las cláusulas acordadas, el tomador del seguro podrá reclamar al Asegurador en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza para que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación se estará a lo dispuesto en la póliza.

10.2 DECLARACIONES - El tomador del seguro debe declarar, antes de contratar la póliza, y en base al cuestionario que el Asegurador le someta, todas las circunstancias que influyan en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si el Asegurador no le somete a cuestionario o, cuando aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidos en él. En caso de reserva o inexactitud en las declaraciones, mediando dolo o culpa grave del Tomador del seguro, el Asegurador quedará liberado de la prestación por siniestro.

10.3 PRIMAS - El Tomador del seguro está obligado al pago de la prima única inicial en el momento de firmar la póliza. Salvo pacto en contrario, el impago de la prima libera al Asegurador de sus obligaciones si se produjera el siniestro.

Se conviene el cobro de la prima única por medio de cuentas abiertas en establecimientos de crédito, y en base a las normas establecidas en el artículo 7.3.

10.4 NULIDAD - El contrato es nulo, salvo en los casos previstos por la ley, si en el momento de su conclusión no existía el riesgo o había ocurrido el siniestro.

10.5 JURISDICCIÓN - A este contrato de seguro le será de aplicación la legislación española, siendo juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo el del domicilio del asegurado, sin que pueda establecerse pacto alguno en contrario.

10.6 PRESCRIPCIÓN - Las acciones que derivan de este contrato prescriben a los cinco años.

10.7 PROTECCIÓN DEL ASEGURADO Y SOLUCIÓN DE CONFLICTOS ENTRE PARTES

a. PROTECCIÓN DEL ASEGURADO

En las oficinas del Asegurador existe un libro oficial de reclamaciones para que el tomador del seguro y/o asegurado puedan hacer constar en él las reclamaciones que consideren oportunas, junto con el derecho de reclamación ante la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones por cualquier actuación del Asegurador que lesione sus derechos derivados del presente contrato de seguro.

El Asegurador garantiza al asegurado el ejercicio de los derechos de información y acceso, rectificación y cancelación, en los términos establecidos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

b. SOLUCIÓN DE CONFLICTOS ENTRE PARTES

Las instancias de reclamación y resolución de conflictos son las siguientes:

- **El Departamento de Atención al Cliente pone a disposición de los Asegurados un teléfono gratuito donde se le informará de los trámites a seguir para resolver, en caso de queja o reclamación, las mismas. Telf. 900828004**
- **El Departamento de Atención al Cliente de AURA S.A., con el que puede contactar a través de la dirección postal Avda. del Cid nº 75, 1º-3ª (46014 Valencia), o del correo electrónico atencioncliente@auraseguros.com**
- **El Comisionado para la Defensa del Asegurado y Partícipe de los Planes de Pensiones, adscrito a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.**
- **Las Organizaciones de Consumidores y Usuarios.**
- **Los Juzgados y Tribunales competentes en función del domicilio del Asegurado.**

c. COMISIONADO

El Comisionado para la Defensa del Asegurado, órgano adscrito a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, será competente para conocer las reclamaciones que puedan formular contra la Compañía Aseguradora el Tomador o el Asegurado, en virtud del contrato de seguro suscrito. Para ello, el reclamante deberá acreditar que ha transcurrido el plazo de dos meses desde la fecha de presentación de la reclamación ante el Departamento de Atención al Cliente de AURA S.A. sin que haya sido resuelta, denegada la admisión o desestimada su petición.

Artículo 11º - GARANTÍA COMPLEMENTARIA DE ASISTENCIA Y TRASLADOS

11.1 EXTENSIÓN DE LA GARANTÍA - La presente Garantía Complementaria es de aplicación a los asegurados de la Póliza de Decesos correspondiente, con los límites y fecha de efecto especificados en las Condiciones Particulares de la misma.

Esta Garantía Complementaria sólo será efectiva mientras la Póliza de Decesos de la que forma parte se encuentre en vigor, al corriente de pago de las primas periódicas y los valores de Servicio de Decesos estén actualizados. Además, es condición indispensable que los integrantes de la Póliza tengan su residencia habitual en España y no permanezcan en el extranjero por periodo superior a noventa días consecutivos.

El no hacer uso de las presentes coberturas no dará derecho a indemnización alguna.

11.2 COBERTURAS

a. TRASLADO NACIONAL E INTERNACIONAL EN CASO DE FALLECIMIENTO

Serán por cuenta de AURA S.A. las gestiones y gastos necesarios para el traslado de los Asegurados que fallezcan en cualquier lugar del territorio español, o del resto del mundo, al cementerio municipal o parroquial, o al crematorio, en España, que éstos o sus familiares hayan designado o designen, siempre que no exista impedimento alguno por parte de las autoridades competentes para efectuar el traslado y éste se realice por mediación de la empresa de servicios funerarios que AURA S.A. indique al efectuarse la declaración del siniestro.

b. GASTOS MÉDICOS DE URGENCIA A CONSECUENCIA DE ACCIDENTE EN EL EXTRANJERO

AURA S.A. satisfará en caso de accidente del Asegurado que se encuentre en el extranjero los gastos médicos de urgencia precisos para atender el tratamiento de la lesión sufrida durante la estancia, hasta un límite máximo del contravalor de 3.000,00 euros por siniestro, debiendo el asegurado presentar las correspondientes facturas.

Los pequeños arreglos dentales de urgencia precisados en el extranjero quedan asegurados hasta un límite de 300 euros por siniestro, debiendo el asegurado presentar las correspondientes facturas. Se considerará arreglo dental de urgencia, la rotura de una pieza dental y cualquier otro arreglo que venga sobrevenido y no provenga de una enfermedad preexistente a la estancia (caries dental, periodontitis, etc.).

Las facturas irán acompañadas de informe médico con el detalle suficiente para la valoración las circunstancias médicas.

c. PROLONGACIÓN DE ESTANCIA EN HOTEL EN EL EXTRANJERO

Cuando, por prescripción facultativa, el Asegurado hospitalizado en el extranjero a consecuencia de un siniestro, amparado por la cobertura cuarta de esta garantía, deba prolongar su estancia en el país donde se produjo dicho siniestro tras finalizar su hospitalización y hasta recibir el alta médica para poder viajar, AURA S.A. reintegrará, previa presentación de las facturas correspondientes, los gastos de alojamiento y manutención por un importe de hasta 60 euros diarios y un máximo de DIEZ DÍAS.

Artículo 12º - GARANTÍA COMPLEMENTARIA DE SERVICIO DE TRÁMITES Y CONSULTA TELEFÓNICA

12.1 EXTENSIÓN DE LA GARANTÍA - La presente Garantía Complementaria es de aplicación a los Asegurados de la Póliza de Decesos correspondiente, **siempre que se especifique como contratada en las Condiciones Particulares de la misma.**

Esta Garantía Complementaria sólo será efectiva mientras la Póliza de Decesos de la que forma parte se encuentre en vigor y al corriente de pago de las primas.

La prestación de este servicio se realiza a través de la sociedad **Serviall**.

El no hacer uso de las presentes coberturas no dará derecho a indemnización alguna

12.2 OBJETO DE LA GARANTÍA - Mediante esta garantía, el Asegurador pondrá a disposición del Asegurado un servicio de consultas telefónicas, cuyo número de teléfono consta en las Condiciones Particulares de la póliza, para la tramitación de los asuntos enumerados en el apartado de coberturas, así como para la consulta sobre el alcance de los derechos que, con carácter general, le asistan en el ámbito personal y familiar, y especialmente en los relacionados con el fallecimiento de un familiar.

El horario del servicio será de lunes a viernes de 9:00 a 18:00 horas, excepto festivos. No obstante, el Asegurado tendrá disponible un servicio permanente 24h exclusivamente para los temas enumerados en el apartado de asesoramiento de urgencia.

La cobertura de esta garantía será de aplicación para hechos ocurridos dentro del territorio español, con sujeción al Derecho aplicable por los Organismos y Tribunales españoles competentes en las materias objeto de la garantía.

12.3 - COBERTURAS

a. SERVICIO DE TRÁMITES

- Pensiones y prestaciones de la Seguridad Social (jubilación, viudedad, orfandad, baja en la Seguridad Social del fallecido, alta en la Seguridad Social del cónyuge viudo, etc.).
- Solicitud de últimas voluntades y de existencia de seguros con cobertura de fallecimiento, por vía telemática.
- Solicitud de certificados de nacimiento, defunción y matrimonio por vía telemática.
- Testamento vital.
- Testamento online.
- Borrado de huella digital.

b. CONSULTA TELEFÓNICA

Cuando la complejidad de la consulta lo requiera, el Asegurador realizará un estudio detallado de la misma y dispondrá de un plazo de 72 horas para responder.

- Temas relacionados con el fallecimiento, accidente o enfermedad de un familiar:
 - Pensiones y prestaciones de la Seguridad Social (viudedad, orfandad, etc.).
 - Auxilio por defunción y otras prestaciones de muerte y supervivencia.
 - Seguros de vida: Beneficiarios y compatibilidad en distintos seguros.
 - Incapacidad temporal por accidente (requisitos, cuantías, periodos, trámites, etc.).
 - Invalidez permanente (grados, procedimiento de evaluación, requisitos para la concesión, cuantía de la prestación, etc.).
- Ámbito familiar tras el fallecimiento:
 - Prestaciones familiares por hijo a cargo
 - Derechos de los menores (adopción y acogimiento, responsabilidad civil por los hijos menores o incapacitados, etc.).
 - Herencias (modalidades de testamento, partición de la herencia, desheredación, legitimarios, usufructos y derechos reales, etc.).

Artículo 13° – GARANTÍA COMPLEMENTARIA MÉDICO-ASISTENCIAL

13.1 EXTENSIÓN DE LA GARANTÍA - La presente Garantía Complementaria es de aplicación a los Asegurados de la Póliza de Decesos correspondiente, **siempre que se especifique como contratada en las Condiciones Particulares de la misma.**

Esta Garantía Complementaria sólo será efectiva mientras la Póliza de Decesos de la que forma parte se encuentre en vigor y al corriente de pago de las primas.

La prestación de este servicio se realiza a través de la sociedad **Serviall**.

El no hacer uso de las presentes coberturas no dará derecho a indemnización alguna.

13.2 COBERTURAS

a. ORIENTACIÓN TELEFÓNICA SOBRE TEMAS DE SALUD

El Asegurador pondrá a disposición del Asegurado el acceso a un servicio de asesoramiento telefónico, cuyo número de teléfono consta en las Condiciones Particulares de la póliza, sobre temas de salud, ofrecido a través de una entidad gestora de servicios médicos concertados.

Dicho servicio tendrá como función principal ayudar al Asegurado y facilitar información respecto a la red de profesionales médicos y centros sanitarios concertados detallados en el punto b).

El servicio será ofrecido por la entidad gestora en los horarios y a través de los números telefónicos que el Asegurador facilitará al Asegurado en el caso de concertarse los servicios de dicha entidad gestora.

Cualquier información de carácter médico facilitada a través de dicho servicio tendrá carácter orientativo, sin que pueda establecerse diagnóstico a causa de ella.

b. ACCESO A LA RED DE PROFESIONALES MÉDICOS Y CENTROS SANITARIOS

El Asegurador pondrá a disposición del Asegurado un amplio cuadro médico de especialistas, a precios baremados, ofrecido a través de una entidad gestora de servicios médicos concertados.

El cuadro médico de especialistas y servicios médicos privados se detallarán en la Guía Médica de la provincia de residencia del Asegurado que será facilitada por el Asegurador en caso de concertarse los servicios de dicha entidad gestora.

Junto con dicha guía, el Asegurador entregará una tarjeta personal por Asegurado de dicha entidad gestora del servicio, con la que se identificarán ante los profesionales y centros concertados.

Los honorarios devengados por la contratación de los servicios médicos ofrecidos por la entidad gestora serán siempre a cargo del Asegurado.

Asimismo, el Asegurador pondrá a disposición del Asegurado un amplio cuadro de clínicas dentales y odontólogos, teniendo el Asegurado derecho a las prestaciones gratuitas que la entidad gestora de servicios detalle en la Guía Médica de su provincia antes referida.

El importe correspondiente a cualquier prestación dental distinta de las enumeradas como gratuitas en la Guía Médica, será siempre a cargo del Asegurado.

El Asegurador informará al Asegurado de cualquier modificación que la entidad gestora del servicio pueda llevar a cabo en lo referido a los profesionales como los centros médicos concertados en la Guía Médica, así como el importe de cada una de las prestaciones y asistencias baremadas por la entidad gestora.

El Asegurador excusa cualquier tipo de responsabilidad por actos u omisiones, incluido el supuesto de negligencia médica, que el Asegurado pudiera sufrir en la prestación de los servicios sanitarios realizados por los facultativos o centros concertados ofrecidos por la entidad gestora.

Artículo 14º - SERVICIO COMPLEMENTARIO DE TELEMEDICINA

El servicio complementario de telemedicina de Aura Seguros es un canal de asistencia médica digital (online) inmediato que consiste en una orientación y acompañamiento médico por parte de facultativos y especialistas de la salud mediante chat (tele-conversación) y video-llamada. Las conversaciones nunca se cierran para poder hacer un seguimiento activo con el paciente.

La prestación de este servicio se realiza a través de la sociedad MeetingDoctors.

La aplicación Aura Seguros, pone a disposición de los asegurados y unidades familiares de Aura Seguros que hayan contratado el servicio complementario de auraMEDICINA+Telemedicina, el acceso al chat (tele-conversación), video-llamada e historial médico privado a través de dicha aplicación con motivo del contrato o servicio que tenga el usuario con Aura Seguros y en el que se incluye el servicio de la aplicación auraMEDICINA+Telemedicina.

Para poder acceder y utilizar el servicio complementario de telemedicina ofrecido por Aura Seguros, el usuario deberá disponer tanto de una conexión a internet, así como de un dispositivo adecuado a la finalidad del servicio (teléfono móvil Smartphone o tableta, ya sean de sistema operativo Android o iOS). Se entenderá por usuario toda persona que acceda, utilice o participe en los servicios de la aplicación auraMEDICINA+Telemedicina.

14.1 SERVICIOS CUBIERTOS

1. Videollamada para consultas de medicina general las 24 horas de todos los días de la semana.

2. Chat (tele-conversación) para consultas de las siguientes especialidades:

a. Medicina General (servicio las 24 horas, todos los días de la semana).

b. Especialidades relacionadas a continuación (en horario laboral establecido en la aplicación de la App Aura Seguros o en el área de cliente de la web):

- I.** Pediatría
- II.** Nutrición y Dietética
- III.** Ginecología
- IV.** Cardiología
- V.** Psicología
- VI.** Entrenadores personales
- VII.** Sexología
- VIII.** Alergología.

Los especialistas médicos concertados corresponden al año que se contrata el seguro, pudiendo estos variar en los periodos sucesivos. Cualquier cambio o modificación quedarán reflejados en la App Aura Seguros o en el área de cliente de la web.

3. Historial Médico: El paciente dispondrá de un repositorio digital donde quedará almacenado su historial clínico con las patologías, medicaciones e informes de los facultativos a los que haya acudido, para una mejor praxis del cuadro médico proveedor del servicio de telemedicina de **MeetingDoctors**.

4. Receta médica electrónica: El paciente podrá disponer, en caso de necesidad, de una receta médica electrónica en PDF, que le permitirá acudir a la farmacia para obtener los medicamentos recetados.

Para poder acceder y utilizar el servicio de telemedicina ofrecido por Aura Seguros, el usuario deberá disponer tanto de una conexión a internet, así como de un dispositivo adecuado a la finalidad del servicio (teléfono móvil Smartphone o tableta, ya sean de sistema operativo Android o iOS). Se entenderá por usuario toda persona que acceda, utilice o participe en los servicios de la App Aura Seguros o en el área de cliente de la web.

14.2 ALCANCE DE LOS SERVICIOS CUBIERTOS POR EL SERVICIO DE TELEMEDICINA - Las respuestas a las consultas planeadas por el servicio de telemedicina, se realizará siguiendo las siguientes pautas recomendadas por el Consejo General de Colegios Oficiales Médicos:

1. En ningún caso el profesional médico realizará diagnóstico o ejercicio clínico de la medicina mediante el uso de la plataforma de chat médico.
2. El servicio médico se limitará a segunda opinión, revisión médica y orientación de pacientes, así como ayuda en la toma de las decisiones.
3. Los profesionales pueden ampliar información sobre fármacos con receta y posología indicada. En caso necesario se pueden recomendar fármacos y productos no farmacéuticos, mientras:
 - a. No requieran prescripción médica y sean generalistas, preguntando previamente alergias previas;
 - b. No contradigan una medicación actual que un médico con visita presencial ha recetado;
 - c. Exista un seguimiento de la evolución clínica. Preferiblemente se indicará el principio activo del fármaco para que pueda ser adquirido por el paciente en la farmacia. Solo en caso de que el paciente pida un nombre comercial, se podrá indicar nombre comercial del fármaco.

En ningún caso el presente servicio de telemedicina será utilizable en casos de urgencia médica o de urgencia vital.

En el supuesto que el usuario manifieste una urgencia, el médico y/o agente de soporte que le atienda inmediatamente procederá a notificar al cliente que utilice (a elección del cliente) el servicio público telefónico de emergencias.

Las respuestas a los mensajes enviados por los usuarios que utilicen el chat médico se llevarán a cabo por los médicos, profesionales o agentes de soporte contratados ya sea laboral o mercantilmente por **MeetingDoctors** a tal efecto, todos debidamente titulados y autorizados legalmente para prestar el servicio.

Ante cualquier reclamación derivada de este servicio, el usuario podrá dirigirse indistintamente al Servicio de Atención al Cliente de Aura S.A. de Seguros o directamente a **MeetingDoctors**.

14.3 TIEMPOS DE RESPUESTA - Los profesionales que conforman el equipo médico dispuesto por **MeetingDoctors** atenderán todas las consultas. El usuario podrá visionar si los mismos están "online" (disponibles) u "offline" (indisponibles), es decir conectados en ese instante o no.

Los profesionales "online" tienen la obligación de responder al primer mensaje que envíe el usuario con la mayor brevedad posible. Para el resto de los mensajes enviados por el usuario (los sucesivos al primer mensaje), el tiempo promedio de respuesta se dará en breve plazo de tiempo.

En el supuesto de los profesionales "offline". El inicio del cómputo para sus correspondientes tiempos de respuesta será el momento en que empiece su horario de consulta.

Artículo 15° - SERVICIO DE SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

El servicio de segunda opinión médica consiste en una segunda valoración por parte de un facultativo distinto al que ha realizado una primera valoración para confirmar o modificar ese primer diagnóstico, a fin de indicar cuál es el tratamiento más adecuado y cuáles son los centros de salud donde se puede recibir el tratamiento necesario, así como los médicos que pueden tratarlo.

La segunda opinión médica podrá solicitarse en caso de enfermedad de pronóstico grave o enfermedades que afecten severamente la calidad de vida, siempre y cuando el paciente disponga de aquellos informes médicos con un diagnóstico y una propuesta terapéutica que será objeto de valoración.

Se entienden por enfermedades de pronóstico grave o enfermedades que afecten severamente la calidad de vida, a efectos de la solicitud de una segunda valoración las siguientes:

- Infarto de miocardio.
- Enfermedades neurológicas.

- Esclerosis múltiple.
- Afección oftalmológica grave
- Cáncer.
- Insuficiencia renal
- Enfermedades inmunológicas.
- Segunda valoración sobre intervenciones quirúrgicas.

Todas aquellas enfermedades distintas a las enunciadas con anterioridad se encuentran excluidas del servicio de segunda opinión médica y no quedan cubiertas por el presente seguro.

En caso de que, para llevar a cabo la segunda opinión médica, sean necesarias realizar exploraciones complementarias que no estén incluidas en el informe original, el exceso de coste adicional sería a cargo del tomador o del asegurado, no quedando cubiertas por el presente seguro.

Sólo podrá solicitarse una segunda opinión médica por cada enfermedad o proceso asistencial, en caso de requerir una tercera o subsiguiente opinión médica.

Para utilizar el servicio, el asegurado que lo solicite remitirá, con la debida confidencialidad, el expediente clínico que comprenderá información médica escrita, radiografías u otros diagnósticos por imagen realizados, excluyendo cualquier envío de material biológico o sintético, al departamento de Prestaciones Salud de Aura S.A. de Seguros a través del correo electrónico prestaciones.salud@auraseguros.com o en la dirección **Avda. del Cid, 75, 1º-3ª - 46014 - VALENCIA.**

Una vez finaliza el proceso, el Asegurado solicitante recibirá el informe de segunda opinión médica, que incluirá:

- Resumen de su historia clínica.
- Opinión de los expertos consultados

VI. OTRAS DISPOSICIONES

Artículo 16º - COBERTURA DE RIESGOS EXTRAORDINARIOS

Esta cobertura sólo será aplicable como complemento a la garantía de Fallecimiento.

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

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

Resumen de las Normas Legales

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

- a. Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias (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 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, 42968 jueves 7 diciembre 2006 BOE núm. 292 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.consorseguros.es), o en las oficinas de éste o de la entidad aseguradora, al que deberá adjuntarse la documentación que, según la naturaleza de las lesiones, se requiera.

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

Artículo 17º - TRATAMIENTO AUTOMATIZADO DE DATOS PERSONALES

De conformidad con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, y por su Reglamento Real Decreto 1720/2007 que la desarrolla, el ASEGURADOR informa de la existencia de un fichero de su titularidad en el que se incluirán los datos que han sido recabados para el desarrollo y el cumplimiento del presente contrato, y respecto del cual el TOMADOR podrá ejercitar los derechos reconocidos en la Ley y, en particular, los de acceso, rectificación, cancelación de datos, así como el de revocación del consentimiento para la cesión de sus datos, y el de oposición en los términos previstos en la Ley de Protección de Datos 15/1999, a través de un escrito que debe dirigirse a la sede social del ASEGURADOR.

Mediante la aceptación expresa de la presente cláusula, el TOMADOR consiente en la cesión de los datos incluidos en el mencionado fichero a otras entidades para el cumplimiento de fines directamente relacionados con las funciones para los que fueron solicitados, así como con fines estadísticos actuariales y, en su caso, de prevención del fraude, y que puedan ser cedidos a otras entidades por razones de coaseguro, de reaseguro o de cesión de cartera.

Los datos contenidos en la declaración voluntaria de salud que, en su caso, cumplimente el ASEGURADO para la contratación del seguro, así como los que eventualmente puedan recabarse de los reconocimientos médicos practicados a éste, sólo serán utilizados por el ASEGURADOR, y no serán objeto de tratamiento ni cedidos a terceros.

Las Sociedades colaboradoras del Asegurador, tendrán acceso a tales datos personales, que podrán ser utilizados para ofrecer al Tomador / Asegurado ofertas, servicios y productos que sean de su interés.

Si no desea recibir información promocional de AURA S.A DE SEGUROS o de las entidades intervinientes en el proceso mencionado hágalo saber marcando la casilla que consta a tal efecto en las condiciones particulares de la póliza, y/o dirigiendo sus comunicaciones a través del correo electrónico lopdp@auraseguros.com o en la dirección Plaza de la Villa, 25, 08922 Santa Coloma de Gramenet (Barcelona).

El tomador podrá ejercitar los derechos de acceso, oposición, rectificación y cancelación ante la Entidad Aseguradora, en los términos previstos en la legislación de protección de datos, dirigiendo sus comunicaciones a través del correo electrónico lopdp@auraseguros.com o en la dirección Plaza de la Villa, 25, 08922 Santa Coloma de Gramenet (Barcelona).

Artículo 18º - DEBER DE INFORMACIÓN AL TOMADOR DEL SEGURO

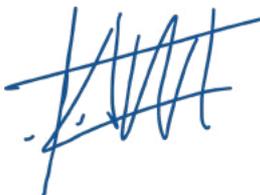
En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 53 del Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros privados y en el artículo 104 de su Reglamento Real Decreto 2486/ 1998, del 20 de noviembre de 1998, por el que se aprueba el Reglamento de ordenación y supervisión de los Seguros Privados y actualizaciones posteriores; la Compañía informa que:

- La legislación aplicable a este contrato de seguro será la relacionada en el apartado I PRELIMINAR de estas Condiciones Generales.
- El órgano de control de la actividad aseguradora es la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Hacienda del Gobierno del Reino de España.
- El Tomador del Seguro, el Asegurado, el Beneficiario y los terceros perjudicados o los derechohabientes de todos ellos, tienen derecho a acudir a los Jueces y Tribunales competentes para solucionar los conflictos que puedan surgir con la Entidad derivados del contrato de seguro.

MANIFESTACIÓN DEL TOMADOR DEL SEGURO

El Tomador del Seguro de esta póliza reconoce haber recibido, con anterioridad a la celebración del contrato, toda la información requerida en el Artículo 25 del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.

Que acepta específicamente, con la firma de las condiciones particulares, el contenido de los párrafos destacados en negrita de estas Condiciones Generales, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 3º de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de seguro.



José Martínez Talavera
CONSEJERO DELEGADO

EL TOMADOR DEL SEGURO

Las Condiciones Generales que anteceden, junto con el Anexo y las Particulares que aparte se entregan al Tomador, constituyen el presente contrato.



www.auraseguros.es

