

Seguro Cajamar Protección de Pagos

Condiciones Generales



Seguro Cajamar Protección de Pagos

Condiciones Generales

(CMP-7.16)

Índice

Cláusula Informativa	2
Preliminar	4
Denominaciones	4
Artículo 1º. Objeto del Seguro	6
Artículo 2º. Ámbito territorial	6
Artículo 3º. Riesgos cubiertos	6
Artículo 4º. Alcance de las Garantías de la póliza	8
Artículo 5º. Riesgos que no cubre la Compañía	8
Artículo 6º. Perfeccionamiento del contrato	12
Artículo 7º. Periodo de carencia	12
Artículo 8º. Tramitación de siniestros	13
Artículo 9º. Documentación en caso de siniestro	14
Artículo 10º. Otras obligaciones, deberes y facultades del Tomador de Seguro o del Asegurado	18
Artículo 11º. Finalización de la cobertura	19
Artículo 12º. Cláusulas relativas al contrato de seguro	20
Artículo 13º. Comunicaciones entre las partes	23
Artículo 14º. Jurisdicción competente	24
Artículo 15º. Nulidad del contrato	25

► **Cláusula Informativa**

La presente información tiene por objeto dar cumplimiento a lo establecido en los artículos 96.1 Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y 122 del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, por el que se aprueba su Reglamento de desarrollo, relativos al deber general de información al Tomador del Seguro y al Asegurado por parte del Asegurador.

Denominación y Domicilio Social de la Entidad Aseguradora.

CAJAMAR SEGUROS GENERALES SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS (en adelante podrá ser identificada como CAJAMAR SEGUROS GENERALES), con domicilio social en Almería, Plaza de Juan del Águila Molina nº 5, 04006 Almería, España. Inscrita en el Registro Mercantil de Almería, Tomo 1290, Libro 0, Folio 78, Hoja AL-31395 y CIF A04653556.

A todos los efectos de este Contrato, especialmente para la práctica de las comunicaciones y notificaciones que le sean hechas, el domicilio designado por Cajamar Seguros Generales es su Oficina Central sita en

C/ Orense nº 2, 3ª planta, 28020, Madrid, España.

Órgano Administrativo de Control de la Entidad Aseguradora.

Corresponde al Ministerio de Economía, a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, el control de la actividad aseguradora y la protección de la libertad de los Asegurados para decidir la contratación de los seguros y el mantenimiento del equilibrio contractual en los contratos de seguros ya celebrados.

Instancias de reclamación y procedimiento a seguir ante posibles controversias.

Cajamar Seguros Generales pone a disposición de los Asegurados un Servicio de Atención al Cliente. Podrán presentar reclamaciones el Tomador del seguro, los Asegurados, los Beneficiarios, Terceros perjudicados o causahabientes de cualesquiera de los anteriores. La reclamación deberá formalizarse por escrito, y en la misma deben consignarse sus datos personales, firma, domicilio, el número de póliza o de siniestro, y los hechos que motivan su presentación.

El escrito deberá dirigirse a la siguiente dirección:

Servicio de Atención al Cliente de Cajamar Seguros Generales
Calle Orense, nº 2
28020 Madrid
cajamarsegurosgenerales@cajamarsegurosgenerales.es

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

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

Transcurrido el plazo de 2 meses desde la fecha de presentación de la reclamación sin que haya sido resuelta por el Servicio de Atención al Cliente de la Compañía, o cuando éste haya desestimado la petición, los interesados podrán presentar su reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, a través de su página web o en sus oficinas cuya dirección es:

Pº de la Castellana, 44
28046 - MADRID

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

Legislación aplicable al Contrato de Seguro.

Este Contrato de Seguro se registrará por la Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro (que no tendrá carácter imperativo en caso de que, de conformidad con el art. 11 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras el presente contrato se considere como un seguro de grandes riesgos), por la citada Ley 20/2015, por el Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, por la normativa que desarrolle, modifique o complemente dichas normas y por lo dispuesto en las Condiciones del Contrato, en todos sus anexos, suplementos y apéndices, y en la solicitud de seguro y en el cuestionario de evaluación del riesgo suscrito por el Tomador, el cual constituye un documento fundamental para que el

Asegurador haya prestado su consentimiento para contratar y para fijar las condiciones de la póliza.

▶ Preliminar

Toda mención que se efectúe en la Póliza a una denominación concreta remitirá ésta a la definición que se haga en el lugar oportuno de las Condiciones Generales del Contrato de Seguro o de las presentes Condiciones Generales, significando siempre lo mismo.

▶ Denominaciones

En esta Póliza se entiende por:

Asegurador: Es la persona jurídica designada en las Condiciones Particulares que asume el riesgo contractualmente pactado y garantiza el pago de las indemnizaciones que correspondan, de acuerdo con dicho pacto.

Asegurado: La persona física que satisface las condiciones de incorporación al seguro contratado y es titular (o avalista, si el titular es una persona jurídica) de un Contrato Financiero.

Beneficiario: La persona física o jurídica que resulta titular del derecho a la indemnización.

Tomador del Seguro: Persona física o jurídica que suscribe este Contrato con el Asegurador, por cuenta del Asegurado, y asume las obligaciones recogidas en la Póliza, incluyendo la del pago de la prima al Asegurador.

Personas asegurables: Son todas aquellas personas que hayan cumplido 18 años y no hayan alcanzado los 65 años, que gocen de buen estado de salud y que no hayan sido declaradas incapacitadas en la fecha de efecto de la póliza o se esté tramitando en ese momento su incapacitación.

Accidente: Lesión corporal acaecida durante la vigencia de la póliza y que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado.

Enfermedad: Alteración del estado de salud de causa común o accidental, confirmada por un médico legalmente reconocido y que precisa de asistencia facultativa.

Desempleo: Situación en que se encuentran, quienes pudiendo y queriendo trabajar remuneradamente por cuenta ajena pierdan su empleo y sean privados de su salario o vean reducida su jornada laboral, según las condiciones establecidas en la póliza.

Incapacidad temporal: Situación física temporal sufrida por el asegurado y que es motivada por enfermedad o accidente, debiendo requerir y recibir asistencia médica adecuada y que lleve consigo la interrupción total del desarrollo de sus actividades laborales o profesionales habituales, durante el tiempo que ésta se prolongue.

La Incapacidad Temporal cubierta por la Póliza debe suceder mientras el Asegurado esté trabajando remuneradamente en España y ocurrir durante la vigencia del seguro.

Hospitalización: Acción o efecto de internar a un enfermo en un hospital o clínica.

Relación laboral: Es el trabajo asalariado realizado por el Asegurado dentro del territorio del Estado español bajo un contrato de trabajo realizado con un empleador, por un mínimo de 13 horas semanales y en los términos y condiciones exigidos por la legislación laboral aplicable.

Contrato financiero: A los efectos de esta póliza, se denomina contrato financiero al contrato de préstamo personal o hipotecario celebrado entre la entidad financiera y el asegurado, que se encuentre en vigor en el momento de la suscripción de la presente póliza.

Cuota de Amortización Mensualizada: Al inicio de la Póliza es la cuota resultante de la aplicación al contrato financiero del tipo de interés acordado y el plazo estipulado en el momento de la concesión del préstamo, siendo posteriormente la cuota resultante de aplicar al contrato financiero el tipo de interés y duración del préstamo vigentes en cada momento.

Cuando la periodicidad del pago del préstamo sea diferente a la mensual, el cálculo de la cuota mensualizada se realizará considerando el importe de las cuotas del préstamo conocidas o la siguiente más cercana a la ocurrencia del siniestro, si fuera conocida, extrapolándolo al año completo y dividiéndolo por 12.

Capital Mensual Máximo Asegurado: Es la prestación máxima mensual que garantiza el Asegurador, que se establece en Condiciones Particulares. En cualquier caso, si se produce una variación del tipo de interés remuneratorio del préstamo vinculado, la cuota asegurada nunca será superior al importe de la cuota del préstamo que resultaría de aplicar un tipo de interés anual nominal igual al del momento de la contratación del préstamo más un 2%.

Prestación: Es el importe mensual que el Asegurador se compromete a pagar periódicamente al Beneficiario cuando el Asegurado se encuentre en situación de Incapacidad Temporal, Hospitalización o Desempleo, en los términos previstos en la Póliza, y su importe coincidirá con el de la Cuota de Amortización Mensualizada, con el límite del Capital Mensual Máximo Asegurado, según se definen en este apartado de la póliza.

Número Máximo de Prestaciones: El número máximo de mensualidades que garantiza el Asegurador.

▶ **Artículo 1º. Objeto del Seguro**

El presente contrato garantiza el pago de prestaciones dinerarias, dentro de los límites de cada una de las garantías contratadas de acuerdo a lo estipulado en las presentes Condiciones Generales y Condiciones Particulares de la póliza, al Asegurado cuando éste se encuentre en una de las siguientes situaciones: Desempleo, Incapacidad Temporal u Hospitalización.

▶ **Artículo 2º. Ámbito territorial**

Las garantías de la presente póliza surtirán efecto en el Estado español, siempre que el Asegurado tenga su residencia habitual fijada en España. El pago de las indemnizaciones se efectuará en España y en euros.

▶ **Artículo 3º. Riesgos cubiertos**

Riesgo Primero: Cobertura de Cuotas de Préstamos

El Asegurador garantiza en los términos previstos en la Póliza, las garantías que a continuación se indican:

Garantía Primera: Desempleo

En aquellos casos en que el Asegurado mantenga una relación laboral de carácter indefinido con un empleador (**exceptuando los trabajadores fijos de carácter discontinuo en los periodos de inactividad, trabajadores empleados por un familiar hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad y los funcionarios o personal laboral dependientes de cualquiera de las Administraciones públicas**), el Asegurador garantiza una cantidad equivalente a la Cuota de Amortización Mensualizada, con el límite del Capital Mensual Máximo Asegurado, por cada 30 días consecutivos de desempleo del Asegurado, a partir del momento de su entrada en situación de desempleo, siempre que dicho desempleo suceda durante la vigencia de la póliza y se produzca por alguna de las siguientes circunstancias:

- Se extinga la relación laboral:
 - a) En virtud de expediente de regulación de empleo o despido colectivo.
 - b) Por muerte o incapacidad de su empresario individual, y siempre que estas causas determinen la extinción del contrato de trabajo.
 - c) Por despido improcedente.
 - d) Por despido o extinción del contrato basado en causas objetivas.

e) Por resolución voluntaria por parte del Asegurado en los supuestos previstos en los artículos 40 (movilidad geográfica), 41 (modificaciones sustanciales de las condiciones de trabajo) y 50 (extinción por incumplimiento del empleador) del Estatuto de los Trabajadores (R. D. L. 1/1995 de 24 de marzo).

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

El derecho al devengo de la prestación cesará en el momento en que se consuma el periodo garantizado o se inicie un nuevo contrato.

Garantía Segunda: Incapacidad Temporal por enfermedad y accidente

El Asegurador garantiza una cantidad equivalente a la Cuota de Amortización Mensualizada, con límite del Capital Mensual Máximo Asegurado, por cada 30 días consecutivos de Incapacidad Temporal del Asegurado, **para aquellos asegurados que trabajen de forma remunerada y no estén cubiertos por la garantía de Desempleo.**

El derecho al devengo de la prestación cesará en el momento en que:

- el Asegurado pueda reanudar parcial o totalmente el desarrollo de sus actividades laborales o profesionales habituales, aún cuando no haya alcanzado su total curación,
- el Asegurado abandone su domicilio, en los casos en que se determine por prescripción médica la permanencia en el mismo.

El médico del Asegurador que realice las visitas al Asegurado será el que valore si el Asegurado puede reanudar parcial o totalmente el desarrollo de sus actividades laborales o profesionales habituales.

- el Asegurado presente una Invalidez Permanente e irreversible en cualquier grado, para el desarrollo de sus actividades laborales o profesionales habituales.

Se entiende que el Asegurado se encuentra en situación de Invalidez Permanente cuando aún estando sometido al tratamiento prescrito, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas que inhabilitan al Asegurado para el desempeño de las tareas fundamentales de sus actividades laborales o profesionales habituales.

Garantía Tercera: Hospitalización

El Asegurador garantiza, dentro de los límites establecidos en la póliza, una cantidad equivalente a la Cuota de Amortización Mensualizada, con límite del Capital Mensual

Máximo Asegurado, por los primeros 7 días consecutivos y, transcurridos éstos, tantas cuotas adicionales por cada 30 días consecutivos de Hospitalización, **para aquellos asegurados que no trabajen de forma remunerada (amas/amos de casa, jubilados o estudiantes).**

El derecho al devengo de la prestación cesará en el momento en que el Asegurado sea dado de alta y termine su internamiento.

▶ **Artículo 4º. Alcance de las Garantías de la póliza**

El presente contrato garantiza a cada Asegurado el pago del porcentaje establecido para éste de la Cuota de Amortización Mensualizada del préstamo, con el límite del Capital Mensual Máximo Asegurado de la presente póliza por situación de Desempleo, Hospitalización o Incapacidad temporal, hasta el Número Máximo de Prestaciones establecido en las Condiciones Particulares de la presente póliza.

Las coberturas son alternativas y excluyentes: cuando un Asegurado esté cubierto por Desempleo, no podrá estar asegurado por Incapacidad Temporal ni Hospitalización; cuando esté cubierto por Incapacidad Temporal, no podrá estar asegurado por Desempleo ni Hospitalización y cuando esté cubierto por Hospitalización, no está asegurado por Desempleo ni por Incapacidad temporal.

En caso de siniestro será de aplicación una de las tres coberturas en función de las circunstancias laborales del Asegurado en el momento de ocurrencia del siniestro. En caso de que un Asegurado trabaje simultáneamente por cuenta propia y por cuenta ajena, se considerará asegurado por la cobertura de Incapacidad Temporal por Enfermedad y Accidente.

▶ **Artículo 5º. Riesgos que no cubre la Compañía**

Exclusiones de la cobertura de Desempleo:

No se considera en Desempleo, y por tanto no se pagará prestación alguna, al Asegurado que se encuentre en cualquiera de las siguientes situaciones laborales:

- a) Cuando cese voluntariamente en el trabajo, salvo por las causas previstas en los artículos 40, 41 y 50 del Estatuto de los Trabajadores (R.D.L. 1/1995 de 24 de marzo).
- b) Cuando el despido no sea improcedente y no reclame en tiempo y forma oportunos contra la decisión empresarial, salvo por extinción de contrato o despido basado en las causas objetivas previstas en el artículo 52 del Estatuto de los Trabajadores (R.D.L. 1/1995 de 24 de marzo), en cuyo caso no sería necesaria dicha reclamación.

- c) Cuando, declarado improcedente o nulo el despido por sentencia firme y comunicada por el empleador la fecha de reincorporación al trabajo, no se ejerza tal derecho por parte del Asegurado o no se haga uso, en su caso, de las acciones previstas en la legislación vigente.
- d) Cuando no haya solicitado el reingreso al puesto de trabajo en el caso en que la opción entre indemnización o readmisión correspondiera al trabajador, cuando fuera delegado sindical o representante legal de los trabajadores, o se estuviera en excedencia y venciera el período fijado para la misma.
- e) Cuando su contrato se extinga por jubilación del empresario empleador individual del Asegurado.
- f) Cuando su contrato se extinga por despido declarado legalmente procedente.
- g) Cuando su contrato se extinga por expiración del tiempo convenido y/o finalización de la obra o servicio objeto del contrato.
- h) Si su relación laboral lo fuera con una empresa propiedad o que estuviese administrada por un familiar con relación de parentesco hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad, y también si el Asegurado fuera socio con presencia o representación directa en los órganos de administración de la Sociedad.
- i) Si el Asegurado rechaza un puesto de trabajo alternativo ofrecido por el mismo u otro empresario acorde con su formación, experiencia y ubicación de dicho puesto de trabajo.
- j) Si el Desempleo se produce después de que el Asegurado haya alcanzado la edad legal de jubilación con respecto a la actividad que llevaba a cabo, y reúne todos los requisitos legales necesarios para acceder a la pensión de jubilación.
- k) Si la indemnización por despido consiste en una renta vitalicia temporal, desde el momento del despido hasta la fecha en que el trabajador tenga derecho a percibir la pensión de jubilación.
- l) Si no está percibiendo la prestación por Desempleo de nivel contributivo del SEPE
- m) Si la prestación de Desempleo de nivel contributivo del SEPE se recibe en forma de pago único.
- n) Si se produce cualquier situación de Desempleo dentro del periodo de carencia.
- o) Si inmediatamente antes de la fecha de inicio del Desempleo el Asegurado:

- No ha tenido relación laboral durante un periodo continuado de, al menos, seis meses.
 - Ha estado vinculado por una relación laboral en la que el despido es una característica regular o recurrente o en el caso que el Asegurado conociera o debiera conocer su paso inmediato a la situación de Desempleo.
- p) Si en el momento de contratación del seguro, el Asegurado tiene conocimiento de estar incurso en alguna causa determinante de situación de Desempleo.
- q) Todas las situaciones de paro o inactividad del Asegurado que no constituyan situación de Desempleo según se encuentra definido en estas Condiciones Generales.
- r) Cuando el importe de la indemnización por despido no se corresponda con las indemnizaciones previstas en la legislación laboral vigente.

Exclusiones de las coberturas de Incapacidad Temporal por Enfermedad y Accidente y de Hospitalización:

Para la presente póliza no tienen la consideración de Incapacidad Temporal ni de Hospitalización y, consecuentemente, no se paga prestación alguna por aquellos siniestros que resulten o sean consecuencia de las siguientes situaciones:

- a) Los periodos de descanso otorgados como permisos de paternidad o maternidad.
- b) Las intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos y/u odontológicos que no sean esenciales por razones médicas y sean demandados por el Asegurado por razones psicológicas, personales y/o estéticas, siempre que no se deban a secuelas de accidente producidos con posterioridad a la fecha de efecto del seguro.
- c) La Incapacidad temporal o la Hospitalización producidas cuando el Asegurado se encuentre bajo la influencia de alcohol en la sangre, drogas tóxicas o estupefacientes no prescritos médicamente; los que ocurran en estado de perturbación mental, sonambulismo o en desafío, lucha o riña, excepto caso probado de legítima defensa; así como los derivados de una actuación delictiva del Asegurado, declarada judicialmente.
- d) Cualquier enfermedad, dolencia, lesión o estado incluyendo el SIDA y el VIH (o las enfermedades que se deriven de éstos) preexistentes al inicio de la cobertura de la presente Póliza.

- e) Las patologías secundarias a las herniaciones y las lesiones derivadas de alteraciones o defectos musculoesqueléticos como: cervicalgias, dorsalgias, lumbalgias, lumbociáticas, o cualquier otra con el mismo origen.
- f) Enfermedades psiquiátricas, mentales o nerviosas, incluyendo el estrés y afecciones similares aún cuando dichas enfermedades y afecciones hayan sido diagnosticadas y tratadas por un médico especialista.
- g) Las causadas por terremotos, erupciones volcánicas, inundaciones, radiación nuclear o contaminación radiactiva, guerras, declaradas o no y fenómenos de carácter terrorista así como cualquier otro fenómeno de naturaleza sísmica o meteorológica de carácter extraordinario.
- h) Los siniestros que se produzcan dentro del periodo de carencia.
- i) Lesiones o enfermedades autoinflingidas o causadas voluntariamente por el Asegurado, ya sean en estado de cordura o demencia.
- j) Periodos de observación y sus asimilados o equivalentes en casos de enfermedad cuando no se esté impedido para el trabajo en los términos descritos en la póliza (sólo para la garantía de Incapacidad Temporal).
- k) Las consecuencias o secuelas psíquicas de un accidente.
- l) Las derivadas o relacionadas de forma directa o indirecta con epidemias oficialmente declaradas.
- m) Las curas de reposo, termales o dietéticas.
- n) Los procesos patológicos que tengan como manifestación única el dolor, sin comprobación por pruebas de diagnóstico.
- ñ) Los accidentes sobrevenidos durante viajes submarinos o por vía aérea, en aeronaves no autorizadas para el transporte de pasajeros, así como en planeadores y vuelos delta.
- o) Los accidentes sufridos por el Asegurado con motivo de la práctica de cualquier tipo de carreras de velocidad, regularidad o resistencia utilizando cualquier tipo de autopropulsión, concursos, participación en apuestas y competiciones profesionales de cualquier tipo, y en la práctica como aficionado de los siguientes deportes: el esquí de competición, escalada, travesía de glaciares y paso de montaña con cordada, espeleología, inmersión submarina con aparatos de ayuda respiratoria, deportes aéreos, lucha, boxeo y artes marciales.

▶ **Artículo 6º. Perfeccionamiento del contrato**

El presente contrato se perfecciona por el consentimiento dado por ambas partes y mediante la firma de la póliza por el Asegurador y por el Tomador del Seguro, entrando en vigor las garantías previstas y cubiertas por el contrato en el día indicado en las Condiciones Particulares, una vez satisfecho el pago del recibo de la prima.

▶ **Artículo 7º. Periodo de carencia**

Es aquel período durante el cual no se genera derecho a percibir ningún tipo de prestación ni presente ni futura, aunque durante el mismo se produzcan situaciones de Desempleo, Hospitalización o Incapacidad Temporal.

Desempleo:

A efectos del Período de Carencia, se considera como fecha de comienzo de la situación de Desempleo, la fecha en la que el Asegurado tenga conocimiento por cualquier medio que se va a producir dicha situación de Desempleo.

Para la cobertura de Desempleo se establece un período de carencia de 60 días. En caso de producirse situaciones de Desempleo subsiguientes al primer Desempleo, se procederá al pago de nuevas prestaciones si el Asegurado ha estado vinculado de forma activa a una nueva relación laboral al menos por un período mínimo de **seis meses. En caso contrario no se pagará cantidad alguna.**

Incapacidad Temporal por enfermedad y accidente:

Para la cobertura de Incapacidad Temporal por enfermedad se establece un período de carencia de **1 mes** desde la fecha de cobro del recibo hasta la fecha del evento desencadenante de la baja.

No existe período de carencia para el supuesto de Incapacidad por accidente.

En caso de producirse Incapacidades Temporales subsiguientes a la primera Incapacidad Temporal, se procederá al pago de nuevas prestaciones si el Asegurado ha estado trabajando remuneradamente al menos seis meses desde el fin de la última Incapacidad Temporal si se trata de la misma causa, o un mes si se puede calificar como distinta la causa del siniestro.

Hospitalización:

Para la cobertura de Hospitalización por enfermedad se establece un período de carencia de 1 mes a partir de la fecha de cobro del recibo.

No existe período de carencia para el supuesto de hospitalización por accidente.

En caso de producirse Hospitalizaciones subsiguientes a la primera Hospitalización, se procederá al pago de nuevas prestaciones una vez hayan transcurridos al menos seis meses desde el fin de la última Hospitalización si se trata de la misma causa, o un mes si se puede calificar como distinta la causa del siniestro.

▶ Artículo 8º. Tramitación de siniestros

En relación con el trámite de cualquier siniestro amparado por la presente póliza, serán de aplicación las siguientes normas:

1. Plazo de Comunicación y Seguimiento y Control del Siniestro

El Tomador o Asegurado deberán comunicar al Asegurador el acaecimiento del siniestro en un plazo máximo de siete días (para las garantías de Incapacidad temporal por enfermedad y accidente y Hospitalización) tal como indica el Art. 16 de la Ley 50/1980.

De recibirse la comunicación del siniestro transcurrido dicho plazo máximo, se entiende que el perjuicio causado al Asegurador se traduce en la imposibilidad manifiesta de control del siniestro por lo que la prestación comenzará a devengarse desde la fecha en que el Asegurador haya recibido la citada comunicación. Si el aviso se cursa por correo, deberá hacerse a través de carta certificada, y se reconoce como fecha de recepción la que figura en el matasellos del sobre correspondiente.

En todos los casos, se podrá acreditar la fecha de inicio del devengo de la prestación por el acuse de recibo que haya sido extendido por el Asegurador.

La comprobación, y en su caso aceptación de la Incapacidad Temporal, Hospitalización o Desempleo, se efectuará por el Asegurador después de la presentación de la documentación prevista en la Póliza.

En el supuesto de Incapacidad Temporal, el Asegurador podrá realizar las visitas que considere oportunas para comprobar el estado del Asegurado, pudiendo adoptar, en función del resultado de las mismas, las medidas que estime oportunas.

En el caso de que un Asegurado impidiera la visita del Asegurador, éste quedará totalmente liberado del pago de la prestación, exceptuando la oposición del facultativo que atienda al Asegurado, en cuyo caso, éste deberá fundamentar sus razones debidamente y por escrito.

En los supuestos de Incapacidad Temporal y Hospitalización el Asegurado presta su consentimiento expreso para que, en caso de siniestro, el Asegurador pueda consultar a los facultativos que lo atiendan o lo hayan atendido, sobre datos médicos o clínicos relativos al mismo. Asimismo, autoriza a los facultativos para facilitar esta información al Asegurador.

El Asegurador se compromete a respetar el carácter confidencial de los datos que le puedan ser facilitados.

El Asegurador quedará liberado de su obligación de pago de la prestación, cuando el Asegurado incumpliera algún artículo de las presentes Condiciones Generales, o bien, cuando el facultativo del Asegurador determinara que se pretende prolongar de forma artificiosa una enfermedad.

En caso de que el Asegurado se encontrara fuera de su residencia habitual y no pudiera trasladarse a la misma tras el accidente o enfermedad, tiene derecho a percibir la prestación, siempre que cumpla todos los requisitos establecidos en las presentes Condiciones Generales, informando además, del domicilio en el cual se encuentra de forma circunstancial debido al accidente o enfermedad.

2. Pago del Siniestro.

El Asegurado, el Tomador o su representante deberán entregar al Asegurador la documentación acreditativa de la Incapacidad Temporal, de la Hospitalización o del Desempleo. En caso contrario, el Asegurador no queda obligado a pagar Prestación alguna.

El pago de cualquier tipo de Prestación sólo se llevará a cabo una vez que el Asegurador haya recibido la documentación requerida al Asegurado y al término de las investigaciones y peritaciones necesarias para establecer la existencia del siniestro.

▶ Artículo 9º. Documentación en caso de siniestro

La documentación específica a presentar en caso de siniestro para cada cobertura es:

Con carácter general:

1. Informe de Vida Laboral del trabajador Asegurado expedido por la Tesorería General de la Seguridad Social.
2. Fotocopia legible del Documento de Identidad (DNI) o Pasaporte.

Para la cobertura de Desempleo:

- a) Copia de la carta o comunicación de despido o extinción de su relación laboral.
- b) Copia del último contrato laboral.
- c) Certificado del INEM a partir de los 30 días de la situación legal de desempleo donde se indique el período reconocido y su continuidad de la situación como desempleado.
- d) Mes a mes, copia del recibo de la entidad financiera de cobro de la prestación del INEM.
- e) Además, en función de la causa del Desempleo, deberá aportar la documentación que a continuación se indica:

Por Expediente de Regulación de Empleo, por Suspensión del Contrato de Trabajo o por Reducción del Contrato de Trabajo en más del 50% de la jornada laboral :

- Fotocopia de la resolución emitida por la Autoridad Laboral por la que se autoriza a la empresa para proceder al Expediente de Regulación de Empleo.
- Fotocopia de la Comunicación de la empresa en la que se comunica que hace uso de la Autorización antes mencionada.

Por el fallecimiento o la incapacidad laboral del Empresario:

- Certificado de Defunción y carta de los herederos legales extinguiendo la relación laboral por dicha causa, o Resolución de la Seguridad Social en la que se declara la incapacidad laboral del empresario.
- Carta del sucesor del empleador notificando la extinción de la relación laboral por dicha causa.

Por despido declarado Improcedente o si la empresa recurriera la sentencia de Resolución Voluntaria del Contrato de Trabajo:

- Si hay conciliación ante el Servicio de Mediación, Arbitraje y Conciliación u otro organismo con idénticas competencias:
 - Copia de la Papeleta de Conciliación.
 - Copia de la Certificación del Acta de Conciliación.

- Si hay conciliación ante la Autoridad Judicial:
 - Fotocopia de la Demanda ante el Juzgado.
 - Copia del Acta de la Conciliación Judicial.
- Si no hay conciliación:
 - Copia de la Sentencia del Juzgado declarando el Despido Improcedente acompañando testimonio expedido por el Juzgado acreditativo de la firmeza de la misma.
 - Copia de la Providencia del Juzgado notificando al Asegurado que el empresario ejercita su opción a favor de la indemnización y renuncia a la reincorporación del trabajador a su anterior puesto de trabajo.

Despido o extinción por causas objetivas:

- Si el trabajador acepta el despido:
 - Carta de preaviso del empresario comunicando el despido por causas objetivas.
 - Carta del Empresario comunicando despido por causas objetivas.
- Si el trabajador recurre el despido:
 - Idéntica documentación que por despido declarado Improcedente.

Resolución Voluntaria por parte del Trabajador por aplicación de los Artículos 40, 41 y 50 del Estatuto de los Trabajadores (R. D. L. 1/1995 de 24 de marzo):

- Cuando exista, copia de la Comunicación de la Empresa indicando la modificación sustancial de las condiciones de trabajo o en su defecto copia de la resolución judicial que refleje dicha modificación.
- Si es Colectivo, Resolución de la Autoridad Laboral al respecto.
- Cuando exista, carta del trabajador a la empresa indicándole que ha optado por la Resolución Voluntaria del Contrato de Trabajo o en su defecto copia de la demanda judicial.

Para la cobertura de Incapacidad Temporal por Enfermedad y Accidente.

1. Declaración de siniestro o escrito realizado y firmado por el médico que asiste al Asegurado debiendo constar los siguientes datos:
 - Nombre, apellidos, edad, profesión y teléfono del Asegurado.
 - Informe médico completo en el que conste:
 1. Tipo de enfermedad o accidente padecido, causas del mismo, si guarda reposo absoluto, si la enfermedad le impide desarrollar las actividades habituales o profesionales.
 2. Fecha probable de inicio de la enfermedad, fecha de inicio del tratamiento, así como cualquier otro dato relevante que considere el Asegurado o facultativo.
 3. Fecha probable de recuperación y días previstos de baja.
2. Siempre que existan, el Parte de baja y partes semanales de seguimiento de la baja, así como el Informe Médico correspondiente, incluyendo en dicho informe el diagnóstico, las pruebas de diagnóstico complementarias realizadas que lo justifiquen y el tratamiento indicado.
3. Parte de alta o en su defecto documento acreditativo, firmado por el médico que ha atendido al Asegurado, en el que se informe del período exacto de duración de la baja, incluyendo día y hora del alta del Asegurado.

Para la cobertura de Hospitalización:

1. Declaración de siniestro en la que conste el nombre, apellidos, edad y teléfono del asegurado, así como una breve descripción. Es imprescindible adjuntar a la declaración de siniestro un Informe médico del Ingreso Hospitalario en el que conste:
 - a) Diagnóstico,
 - b) Causa y fecha de inicio de la hospitalización,
 - c) fecha probable de recuperación y días previstos de hospitalización.
2. Parte de alta o en su defecto documento acreditativo, firmado por el médico que ha atendido al Asegurado, en el que se informe del período exacto de duración de la hospitalización, incluyendo día y hora del alta del Asegurado.

► **Artículo 10º. Otras obligaciones, deberes y facultades del Tomador de Seguro o del Asegurado**

Antes de la suscripción del contrato, deberán declararse por el Tomador del Seguro o el Asegurado todas las circunstancias conocidas por el mismo que influyan en la valoración del riesgo por parte del Asegurador, contestando muy especialmente y con detalle las preguntas del cuestionario que éste le haya presentado.

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 él.

Durante la vigencia del contrato, el Tomador del Seguro o Asegurado deberán declarar:

- a) Las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que de haberlas conocido el Asegurador antes de la perfección del contrato, no hubiese aceptado la cobertura del riesgo o en su caso lo hubiese hecho en condiciones más gravosas para el Tomador del Seguro.

En este caso, el Asegurador podrá proponer al Tomador del Seguro una modificación del contrato en un plazo de **dos meses** a contar desde la declaración de la agravación por parte de éste.

El Tomador del Seguro tiene un plazo de **quince días** para aceptar o rechazar dicha propuesta; en caso de rechazo o silencio por parte del Tomador del Seguro podrá el Asegurador, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato, concediendo al Tomador del Seguro un nuevo plazo de quince días, transcurrido el cual y dentro de los ocho días siguientes deberá el Asegurador comunicar al Tomador del Seguro la rescisión definitiva.

El Asegurador podrá igualmente rescindir el contrato comunicándolo por escrito al Tomador del Seguro dentro de un mes a partir del día que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo.

En el caso de que la reserva o inexactitud de las declaraciones del Tomador del Seguro o del Asegurado o la agravación del riesgo no hubiesen sido declarados 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 dichas circunstancias, siempre que se haya obrado de buena fe por parte del Tomador del Seguro o del Asegurado.

En caso de que el Tomador del Seguro o el Asegurado hayan obrado con dolo o mala fe, el Asegurador quedará liberado de la prestación correspondiente.

- b) También podrá declarar el Tomador del Seguro o el Asegurado aquellas circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubiesen sido conocidas por el Asegurador en el momento de la perfección del contrato, lo habría celebrado en condiciones más favorables para aquellos.

En este supuesto, al finalizar el período en curso del seguro, el Asegurador deberá reducir el importe de la prima futura en la proporción correspondiente, teniendo derecho el Tomador del Seguro o Asegurado, en caso contrario, a la resolución del contrato y la devolución de la diferencia entre la prima satisfecha y la que le hubiese correspondido pagar, desde el momento que haya puesto en conocimiento del Asegurador la disminución del riesgo.

En este caso en que la prima pagada fuera superior a la que realmente debiera de haber cobrado el Asegurador éste está obligado a restituir el exceso de prima percibida sin intereses.

El Tomador del Seguro y en su caso el Asegurado, deberá declarar, en todo caso, la existencia de otro u otros contratos de seguro que cubran riesgos iguales o parecidos a los cubiertos por esta póliza, indicando el nombre de los Aseguradores correspondientes.

El Tomador del Seguro y en su caso el Asegurado, deben facilitar la subrogación a favor del Asegurador.

► **Artículo 11º. Finalización de la cobertura**

Sin perjuicio de lo establecido en las Condiciones Particulares, las coberturas contratadas para cada Asegurado terminarán en el momento en que tenga lugar el primero de los siguientes eventos:

- a) La fecha en la cual todas las cantidades debidas por el Asegurado a raíz del Contrato Financiero fueran liquidadas.
- b) La fecha de terminación del período de duración del Contrato Financiero, aunque no se hubieran reembolsado todas las cantidades debidas en virtud del mismo.
- c) La fecha en que el Contrato Financiero termine por cualquier causa.
- d) La fecha de fallecimiento o de declaración del estado de Invalidez Permanente del Asegurado.
- e) La fecha en la que se produzca una subrogación, cesión de la posición o cualquier transmisión de los derechos y obligaciones de las partes que intervienen en el Contrato Financiero.

- f) La fecha en que el Asegurado cese en su situación de Incapacidad Temporal, Hospitalización o Desempleo o deje de aportar las pruebas solicitadas por el Asegurador de que se encuentra en dicha situación.
- g) La fecha en que el Asegurador haya pagado el Número Máximo de Prestaciones por Incapacidad Temporal, Hospitalización o Desempleo fijadas en las Condiciones Particulares.
- h) La fecha en la que el Asegurado haya sido declarado en dudoso cobro por la Entidad Financiera respecto al Contrato Financiero, excepto en caso de que dicho incumplimiento sea resultado directo del siniestro que dé lugar a reclamación válida bajo los términos de esta Póliza.

▶ **Artículo 12º. Cláusulas relativas al contrato de seguro**

1. Bases del contrato

El contrato o póliza de seguro consta de las presentes Condiciones Generales, las Condiciones Particulares que individualizan el riesgo, los apéndices o suplementos, la solicitud de seguro y los recibos de prima que se emitan en adelante.

La póliza del seguro se confecciona atendiendo a las declaraciones que el Tomador ha realizado en la contratación y que motivan para el Asegurador la aceptación del riesgo, la asunción de las consecuencias de un siniestro en los términos que han quedado descritos, y la fijación de la prima.

Si el contenido de la póliza difiere de la solicitud efectuada, el Tomador podrá reclamar que se subsane la divergencia existente en el plazo de un mes a contar desde que recibió la póliza. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza.

En el caso de que haya existido algún error, inexactitud u ocultación de en los datos facilitados y que fueran por el Asegurado conocidos, la Aseguradora podrá rescindir el contrato en el plazo de un mes desde que tenga conocimiento de dicha inexactitud. Si sucediera un siniestro sin haber tenido conocimiento de la misma, la prestación se reducirá en la misma proporción existente entre la prima convenida en la póliza y la que corresponda de acuerdo con la verdadera entidad del riesgo, excepto si la inexactitud se hubiera producido mediante dolo o culpa grave del Asegurador, quedando el Asegurador liberado del pago de la indemnización.

2. Toma de efecto y duración del contrato

Las garantías contratadas y sus modificaciones o adiciones tomarán efecto en la hora y fecha indicadas en las Condiciones Particulares siempre y cuando haya sido

satisfecho el recibo de prima, salvo pacto en contrario recogido en las Condiciones Particulares.

Las obligaciones para el Asegurador comenzarán a las veinticuatro horas del día en que hayan sido cumplimentados los requisitos anteriores. A la expiración del período indicado en las Condiciones Particulares de esta póliza, se entenderá prorrogado el contrato por el plazo de un año, y así sucesivamente a la expiración de cada anualidad de seguro. Las partes podrán oponerse a la prórroga del contrato, manifestándolo por escrito con al menos un mes de antelación a la conclusión de la anualidad de seguro en curso, en el caso de que la iniciativa sea del Tomador, y de dos meses, en el caso de que sea del Asegurador.

3. Obligaciones de Tomador y/o Asegurado al contratar el seguro y durante su vigencia

- a) Comunicar al Asegurador la existencia de otras pólizas contratadas con otros aseguradores cubriendo los efectos que un mismo riesgo puede producir sobre los mismos bienes asegurados.
- b) Permitir la entrada en el lugar del riesgo a las personas que al efecto designe el Asegurador y a proporcionarles los datos que le soliciten.
- c) Comunicar la agravación o la disminución de los riesgos asumidos por el contrato. Tan pronto como le sea posible, debe comunicar las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por el Asegurador en el momento de la contratación, no se hubiera efectuado o se habría hecho en condiciones más gravosas. De igual forma debe actuar cuando estas circunstancias disminuyan el riesgo y, por tanto, en el momento de la perfección del contrato, éste se habría efectuado en condiciones más favorables para el Asegurado.

4. En el caso de agravación del riesgo, ¿qué medidas puede tomar la Aseguradora?

- a) Una vez conocida por el Asegurador la agravación y en el plazo máximo de dos meses desde que el Tomador o el Asegurado ha efectuado la comunicación, puede proponerle una modificación en las condiciones de la póliza, disponiendo aquel de quince días a contar desde la recepción de esta proposición para aceptarla o rechazarla.
- b) De la misma manera, puede dar por terminado el contrato comunicándoselo por escrito al Tomador dentro de un mes contando desde el día que tuvo conocimiento de la agravación.
- c) Si sucede un siniestro sin haber comunicado la agravación, el Asegurador quedará liberado de la obligación de pago de la prestación si el Tomador ha actuado con mala fe.

En caso contrario, la prestación se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

5. Determinación de la prima de renovación

En cada prórroga del contrato la prima se determinará, de acuerdo con la tarifa que figura en la nota técnica del producto, sujeta a control de la Dirección General de Seguros del Ministerio de Economía y Competitividad, basada en los siguientes criterios:

- a) Los cálculos técnico-actuariales, basados en las modificaciones de los costes de las indemnizaciones y de los servicios prestados, que garantizan la suficiencia de la tarifa y permiten satisfacer el conjunto de las obligaciones derivadas de los contratos de seguro, y en particular, constituir las provisiones técnicas adecuadas, de acuerdo con lo dispuesto en el régimen jurídico de ordenación y supervisión de los seguros privados.
- b) La experiencia de siniestros del contrato, de tal modo que se corrige la prima al alza según la declaración de siniestros.
- c) La revalorización de capitales establecida en las Condiciones Particulares.

6. Pago de la prima

- a) La prima del seguro hay que pagarla por adelantado, tanto en la anualidad de seguro inicial como en las sucesivas, no entrando en vigor el contrato o quedando en suspenso mientras no se haya efectuado el pago. No obstante lo anterior, quedarán amparados los siniestros que puedan producirse durante el primer mes de la segunda o sucesivas anualidades de seguro, siempre que se efectúe el pago de la prima correspondiente durante dicho mes, aún con posterioridad al siniestro.
- b) En caso de falta de pago de una de las primas sucesivas, la cobertura queda en suspenso un mes después del día de su vencimiento.
- c) Si dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima el Asegurador no reclama el pago de la misma, se entiende que el contrato queda extinguido.

7. Extinción y nulidad del contrato

Si durante la vigencia del seguro se produjera la desaparición del interés o del bien asegurado, desde ese momento el contrato quedará extinguido, teniendo derecho el Tomador al extorno de la parte de la prima no consumida.

El contrato será nulo salvo en los casos previstos por la Ley, si en el momento de su conclusión no existía el riesgo, había ocurrido el siniestro, o no existiese interés a la indemnización del daño.

8. Prescripción

Las acciones derivadas de este contrato de seguro prescriben a los dos años a contar desde el día en que pudieron ejercitarse.

► Artículo 13º. Comunicaciones entre las partes

1. Régimen y forma de las comunicaciones y notificaciones entre las partes por razón de este contrato.

Todas las comunicaciones y notificaciones que las partes deban hacerse por razón de este contrato, relacionadas con su cumplimiento y ejecución y/o para el ejercicio de los derechos y obligaciones que del mismo se deriven deberán hacerse siempre por escrito y se regirán por lo dispuesto en el presente artículo de la póliza.

Excepcionalmente, cuando la normativa aplicable no exija que la comunicación se haga por escrito, serán válidas y surtirán plenos efectos las cursadas por el Asegurador al Tomador y/o al Asegurado realizadas por vía telefónica cuando las mismas sean grabadas en un soporte duradero que garantice su integridad siempre que el destinatario preste previamente su consentimiento expreso para dicha grabación.

2. Medios de efectuar las comunicaciones y notificaciones.

El asegurador podrá realizar y enviar al tomador, a los asegurados, beneficiarios y a los derechohabientes de cualesquiera de ellos las comunicaciones y notificaciones a que se refiere el punto 1 anterior, con plena validez y eficacia jurídica y surtiendo plenos efectos contractuales, por correo postal, burofax, fax, mediante correo electrónico o mediante mensaje de texto (SMS) dirigido a un teléfono móvil.

Para que dichas comunicaciones y notificaciones, cuando sean efectuadas por correo postal o burofax, surtan efectos, deberán dirigirse, en el caso de las enviadas por el Asegurador, al domicilio consignado en la póliza por el Tomador y/o el Asegurado, o al que con posterioridad a la emisión del contrato estos hayan notificado al Asegurador.

Cuando las comunicaciones y notificaciones a las que se refiere el párrafo anterior sean efectuadas por telefax, mediante mensaje de texto (SMS), o por correo electrónico deberán dirigirse, respectivamente, al número de fax, o al número de teléfono móvil o a la dirección de correo electrónico consignados en la póliza por el Tomador y/o el Asegurado,

o al que con posterioridad a la emisión del contrato estos hayan notificado al Asegurador o al mediador que, en su caso, hubiera intervenido en el contrato.

Las comunicaciones y notificaciones que el Tomador y/o el Asegurado envíen al Asegurador deberán siempre dirigirse a su domicilio social, consignado en la póliza, o al de cualquiera de sus sucursales abiertas al público. Todo ello sin perjuicio de lo establecido en el punto 4 siguiente sobre comunicaciones realizadas a través de un mediador de seguros.

3. Fecha de efecto de las notificaciones y comunicaciones cursadas entre las partes.

Las comunicaciones y notificaciones que las partes se realicen recíprocamente surtirán efectos desde que sean recibidas por la parte destinataria, con independencia de que esta proceda o no a su lectura.

No obstante, las comunicaciones realizadas por correo postal o burofax surtirán plenos efectos contractuales desde que el Servicio de Correos intente por primera vez su entrega al destinatario en su domicilio (conforme a lo establecido en el punto 2 anterior), con independencia de que dicho intento resulte fallido por cualquier causa. En el caso de comunicaciones o notificaciones cursadas por correo electrónico o mediante mensaje de texto (SMS) a un teléfono móvil las mismas surtirán plenos efectos contractuales desde la fecha en la que sean recibidas en la dirección de correo electrónico o número de teléfono móvil de destino, con independencia de que el destinatario abra o no los correos electrónicos y/o mensajes SMS o de cuándo los abra.

4. Comunicaciones a través de mediadores de seguros

Las comunicaciones que Tomador y/o Asegurado efectúe a la Aseguradora, pueden realizarlas a través de cualquier oficina de Cajamar o por escrito a la dirección de las oficinas centrales de Cajamar Seguros Generales sitas en Madrid, calle Orense 2.

Las comunicaciones que el Asegurador tenga que hacerle al Tomador y/o Asegurado, se realicen en el domicilio, número de teléfono móvil o dirección de correo electrónico del Tomador indicado en la póliza.

► **Artículo 14º. Jurisdicción competente**

Será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas de este contrato el del domicilio del Tomador.

▶ **Artículo 15º. Nulidad del contrato**

Si durante la vigencia del seguro se produjera la desaparición del interés o del bien asegurado, desde ese momento el contrato quedará extinguido, teniendo derecho el Tomador al extorno de la parte de la prima no consumida.

El contrato será nulo salvo en los casos previstos por la Ley, si en el momento de su conclusión no existía el riesgo, había ocurrido el siniestro, o no existiese interés a la indemnización del daño.



