

**TOMADOR DEL SEGURO**

LIMPIEZAS CANDOR S.L.  
N.I.F.: B57700551  
CALLE LLEDONER NUM:23 PTA:A  
07008 PALMA , PALMA DE MALLORCA , ILLES BALEARS

**COMUNICACIÓN**

CALLE LLEDONER NUM:23 PTA:A  
07008 PALMA , PALMA DE MALLORCA , ILLES BALEARS

**FECHA DE EFECTO**

12 HORAS DEL DÍA 26 DE MAYO DE 2018

**DURACIÓN**

ANUAL PRORROGABLE

**FECHA DE VENCIMIENTO**

EL DÍA 26 DE MAYO DE CADA AÑO

**MONEDA**

EUROS

**PRIMA NETA ANUAL**

235,64

**FORMA DE PAGO**

ANUAL

**DESGLOSE DEL RECIBO**

VALORACIÓN DESDE: 26-05-2018 HASTA: 26-05-2019

PRIMA NETA	235,64
CONSORCIO	4,75
TRIBUTOS	0,35
IMPORTE TOTAL	240,74

**DOMICILIACIÓN BANCARIA**

(MANDATO:S00100148825795)

BANCO O CAJA DE AHORROS 0075  
SUCURSAL O AGENCIA 6820  
Nº DE LIBRETA O CTA. CTE. 0605044647  
IBAN:ES9800756820870605044647

**SUCURSAL DE SERVICIO**

PALMA TELEF. 971724504  
CALLE FONT I MONTEROS NUM:21 , FAX 971710184  
07003 PALMA , PALMA DE MALLORCA , ILLES BALEARS

**CORREDOR**

RIBE SALAT BROKER CORREDURIA SEGUROS S.L.

ASEGURADO									
<b>CONVENIO</b> Nº ASEG. INNOMINADOS	LIMPIEZA EDIF.Y LOCALES-BALEARES 95								
<b>GARANTÍAS</b>	<table> <tr> <td>FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE LABORAL</td> <td>10.000,00</td> </tr> <tr> <td>FALLECIMIENTO POR ENFERMEDAD PROFESIONAL</td> <td>10.000,00</td> </tr> <tr> <td>INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA ACCIDENTE LABORAL</td> <td>10.000,00</td> </tr> <tr> <td>INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA ENFERMEDAD PROFESIONAL</td> <td>10.000,00</td> </tr> </table>	FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE LABORAL	10.000,00	FALLECIMIENTO POR ENFERMEDAD PROFESIONAL	10.000,00	INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA ACCIDENTE LABORAL	10.000,00	INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA ENFERMEDAD PROFESIONAL	10.000,00
FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE LABORAL	10.000,00								
FALLECIMIENTO POR ENFERMEDAD PROFESIONAL	10.000,00								
INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA ACCIDENTE LABORAL	10.000,00								
INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA ENFERMEDAD PROFESIONAL	10.000,00								
ESPECIFICACIONES									

**RIESGOS EXTRAORDINARIOS**

**CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS DE LAS PÉRDIDAS DERIVADAS DE ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS EN SEGUROS DE PERSONAS**

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

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

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

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

**1. RESUMEN DE LAS NORMAS LEGALES**

**1.1. 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 120 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.

**1.2. RIESGOS EXCLUIDOS**

- a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
- b) Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.
- c) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- d) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 25/1964, de 29 de abril, sobre energía nuclear.
- e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, y en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.
- f) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto

en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios conforme al artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios.

g) Los causados por mala fe del asegurado.

h) Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura de 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».

### 1.3. 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.

## 2. 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](http://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.

### CONDICIONES DE APLICACION GENERAL

#### TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

Para dar cumplimiento a sus obligaciones MGS, Seguros y Reaseguros S.A., como responsable de tratamiento, le facilita la siguiente información básica sobre protección de datos:

##### Finalidades:

- Gestión de los contratos de seguro.
- Envío de comunicaciones comerciales sobre productos y servicios financieros y de seguro ofertados y actividades impulsadas por la compañía, que entendamos adecuados a sus necesidades, gustos y aficiones.
- Realización de encuestas de satisfacción, incluso tras la finalización de la relación contractual.
- Consulta a los ficheros sobre solvencia patrimonial y crédito.

##### Legitimación:

- Consentimiento contractual.
- Interés legítimo del responsable del tratamiento.
- Cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento.

##### Destinatarios:

- En su caso, Organismos Públicos o Privados relacionados con el sector asegurador, con fines estadísticos, actuariales o de prevención del fraude en la selección de riesgos y en la liquidación de siniestros.

##### Derechos:

- A acceder, a rectificar, a limitar el tratamiento, a suprimir sus datos, a solicitar su portabilidad y a oponerse a su tratamiento.

##### Procedencia:

- En el supuesto de que sus datos hayan sido proporcionados por el mediador, han sido obtenidos con su consentimiento.

##### Información adicional:

- Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en la siguiente sección de nuestra página web: [www.mgs.es/protecciondedatos](http://www.mgs.es/protecciondedatos)

#### DEBER GENERAL DE INFORMACIÓN AL TOMADOR

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 96 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, y en los artículos 122, 124, 125 y 126 de su Reglamento de desarrollo, MGS, Seguros y Reaseguros S.A. informa:

1. La Entidad ha adoptado la forma jurídica de Sociedad Anónima.
2. La Entidad aseguradora tiene su domicilio social en Paseo María Agustín, nº 4, 50004, Zaragoza, España.
3. El control de la actividad aseguradora de la Entidad corresponde a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, dependiente del Ministerio de Economía y Competitividad del Estado Español.
4. La legislación aplicable al contrato es la española, en concreto, la Ley 50/80 de 8 de octubre de Contrato de Seguro, y la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y las normas que la desarrollan.
5. El Tomador, Asegurado y/o Beneficiario, podrán dirigirse al **Servicio de Atención al Cliente** para cualquier consulta, sugerencia, queja o reclamación, mediante escrito a este servicio, sito en Avda. Diagonal, 543, 08029 Barcelona; por teléfono, al 902 101 899; así como a través de nuestra página web [www.mgs.es](http://www.mgs.es). En el caso de quejas o reclamaciones dispondrán adicionalmente del teléfono gratuito de información 900 592 743.

Asimismo, podrán dirigirse por escrito, al Defensor del Cliente "D.A. Defensor, S.L.", calle Velázquez, 80, 1º D, 28001 Madrid, al teléfono 913 104 043, así como a través del e-mail [reclamaciones@da-defensor.org](mailto:reclamaciones@da-defensor.org).

En caso de disconformidad con lo resuelto por cualquiera de las instancias anteriores, o si no ha obtenido respuesta en el plazo de dos meses, puede acudir al Servicio de Reclamaciones la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, Paseo de la Castellana, 44 - 28046 Madrid.

Todo ello de acuerdo con el Reglamento para la Defensa del Cliente de la Entidad, disponible en [www.mgs.es](http://www.mgs.es) y que da cumplimiento a la legislación vigente en la materia y en especial a la normativa aplicable al sector asegurador, Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo, sobre los Departamentos y Servicios de Atención al cliente y el Defensor del Cliente de las Entidades Financieras. Se informa que la Entidad no está adherida a ninguna junta arbitral de consumo.

#### **COMUNICACIONES**

Las comunicaciones del Tomador, Asegurado o Beneficiario al Asegurador se realizarán por escrito en el domicilio de la sucursal de servicio que figure en la póliza.

En el caso de que se realizaran a un Agente de Seguros, surtirán los mismos efectos que si se hubieran efectuado directamente al Asegurador.

Las comunicaciones efectuadas por un Corredor de Seguros al Asegurador en nombre del Tomador, surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio Tomador, salvo indicación en contrario de éste. No obstante, **las comunicaciones del Tomador al Corredor de seguros no se entenderán hechas al Asegurador.**

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

Las comunicaciones del Asegurador al Tomador, Asegurado o Beneficiario, se realizarán a través de cualquiera de los siguientes medios:

- Por vía postal.
- Telefónicamente, incluso por mensaje de texto.
- Correo electrónico.

El Tomador será responsable de comunicar al Asegurador cualquier modificación de domicilio postal, teléfono y dirección de correo electrónico con el fin de mantener actualizada la información de contacto. El Asegurador realizará la comunicación utilizando el último dato informado por el Tomador de cada uno de estos medios.

#### **CONSTANCIA DE LA RECEPCIÓN DE INFORMACIÓN**

De acuerdo con lo establecido en el artículo 122 del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, el Tomador abajo firmante reconoce haber recibido antes de la celebración del contrato de seguro toda la información cuya naturaleza y aplicación en su caso se haga constar en los artículos 124, 125 y 126 del citado Reglamento, y que consta asimismo en la documentación que suscribe.

### 1. Sujeción a la ley

El presente contrato se encuentra sometido a la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y las normas que la desarrollan, siendo válidas, de acuerdo con lo establecido en el artículo 2º de la Ley de Contrato de Seguro, las cláusulas contractuales distintas de las legales que sean más beneficiosas para el Asegurado.

Este contrato instrumenta compromisos por pensiones y por tanto queda sujeto además al régimen previsto en la disposición adicional primera del Real Decreto Legislativo 1/2002, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Regulación de los Planes y Fondos de Pensiones y por lo dispuesto en el Real Decreto 1588/1999 de 15 de Octubre, de aprobación del Reglamento sobre la instrumentación de los compromisos por pensiones de las empresas con los trabajadores y beneficiarios.

### 2. Definiciones

#### 1. Accidente

Se entiende por accidente, según establece el artículo 100 de la Ley de Contrato de Seguro, la lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, que produzca invalidez temporal o permanente o muerte.

#### 2. Accidente laboral

El accidente es laboral cuando sea admitido y calificado por la Seguridad Social como accidente de trabajo.

#### 3. Accidente no laboral

El accidente no es laboral cuando su ocurrencia haya sido durante actos de la vida privada y no haya sido admitido y calificado por la Seguridad Social como laboral.

#### 4. Enfermedad profesional

Es la enfermedad contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta del Tomador, en las actividades que se especifican en el cuadro incluido en las disposiciones de aprobación y desarrollo de la Ley General de la Seguridad Social, y que esté provocada por la acción o los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional.

#### 5. Invalidez permanente total

Es la invalidez que inhabilite al trabajador para la realización de todas o las fundamentales tareas de su profesión, siempre que pueda dedicarse a otra distinta.

#### 6. Invalidez Permanente Absoluta

Es la invalidez que imposibilite por completo al Asegurado para toda profesión u oficio.

#### 7. Gran invalidez

Se entenderá por gran invalidez la situación del trabajador afecto de una invalidez permanente y que, por consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesite la asistencia de otra persona para los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse o análogos.

#### 8. Invalidez permanente parcial

Es la invalidez permanente que produce la pérdida funcional o anatómica de un miembro u órgano del cuerpo. **La indemnización a pagar será la resultante de aplicar sobre el capital de la garantía de Invalidez Permanente Absoluta los porcentajes previstos en el Baremo que sea de aplicación en el respectivo convenio.**

### 3. Objeto del seguro

Por el presente contrato el Asegurador se obliga a satisfacer al Asegurado, o en su caso al Beneficiario, las prestaciones que en forma de seguro se establecen en el Convenio Colectivo que se cita en la póliza.

### 4. Exclusiones

**No serán objeto de cobertura por esta póliza aquellos siniestros que tengan carácter legal de extraordinarios y los que aún teniendo tal carácter no estén cubiertos conforme a la legislación específica que regula estos riesgos.**

**Asimismo, quedan excluidos los accidentes causados directa o indirectamente por fisión, fusión nuclear y contaminación radiactiva, independientemente si la causa fuera única o concurrente.**

### 5. Personas aseguradas

A los efectos de la cobertura del presente contrato se entienden como Asegurados todos los empleados del Tomador del seguro afiliados a través de éste a la Seguridad Social y que, por lo tanto, figuren en el TC-2 (Relación Nominal de Trabajadores).

#### **6. Garantías y sumas aseguradas**

Las garantías e importes garantizados en la presente póliza son los que figuran especificados en las Condiciones Particulares.

#### **7. Ámbito de cobertura**

Las garantías cubiertas son válidas para los siniestros ocurridos en cualquier parte del mundo, salvo que se determine otra cosa en las garantías concretas.

#### **8. Modificación de garantías y capitales**

El Tomador del seguro habrá de comunicar al Asegurador los cambios de garantías y/o capitales.

No obstante si el Asegurador tuviera conocimiento de la modificación de las garantías y/o capitales del Convenio, procederá a la modificación del contrato.

#### **9. Regularización de la póliza**

La prima neta inicial de este seguro queda establecida de acuerdo con el personal declarado en la primera relación nominal de trabajadores, según modelo TC-2 de la Seguridad Social, facilitada por el Tomador y con las garantías y capitales previstos en el convenio a la fecha de emisión de la póliza.

La prima neta inicial será considerada provisional y la definitiva se determinará y liquidará al final de cada anualidad de seguro sobre la base del número real de trabajadores habidos durante la anualidad y las modificaciones en las garantías y/o capitales.

La regularización de prima por número de Asegurados se efectuará a tenor del promedio de trabajadores declarados por el Tomador durante el año, obteniéndose dicho promedio de dividir por 12 la suma de los trabajadores declarados en las 12 relaciones nominales precedentes. En cuanto a garantías y/o capitales dicha regularización se efectuará desde la fecha de la modificación del convenio.

#### **10. Aspectos relativos al contrato**

##### **10.1. Generales**

El contenido de la póliza no podrá diferir de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas. Si se diere tal circunstancia el Tomador 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.

El contrato de seguro será nulo si en el momento de su conclusión no existía el riesgo o se ha producido el evento objeto de cobertura.

##### **10.2. En caso de siniestro**

Si el Asegurado provocara intencionadamente el accidente el Asegurador se libera del cumplimiento del pago de la indemnización pactada en el contrato de seguro.

Si fuere el Beneficiario el que causare dolosamente el siniestro, quedará nula la designa hecha a su favor. La indemnización por causa de muerte corresponderá al resto de Beneficiarios, si los hubiere y, en su defecto, al Tomador o en su caso a los herederos de éste.

##### **10.3. Duración**

La duración del contrato, así como las posibles prórrogas del mismo, se determinarán en las Condiciones Particulares de la póliza.

Las partes pueden oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de, al menos, un mes de anticipación a la conclusión del período del seguro en curso cuando quien se oponga sea el Tomador, y de dos meses cuando sea el Asegurador.

##### **10.4. Prescripción**

Las acciones que se deriven del contrato de seguro prescribirán en el término de cinco años contados a partir del día en que pudieron ejercitarse.

##### **10.5. Jurisdicción**

El presente contrato de seguro queda sometido a la jurisdicción española y será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo el del domicilio del Asegurado.

##### **10.6. Derechos y obligaciones del Asegurador**

**10.6.1. Generales**

El Asegurador entregará al Tomador la póliza de seguro o, al menos el documento de cobertura provisional. Todas sus modificaciones o adiciones deberán ser formalizadas por escrito.

Está obligado, también, a satisfacer la indemnización al término de las investigaciones y peritaciones necesarias para establecer la existencia del siniestro y, en su caso, el importe de la prestación garantizada.

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

**10.6.2. Relativas al siniestro**

Si el Asegurador no hubiere cumplido su prestación en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro ni hubiera procedido al pago del importe mínimo de lo que pueda deber dentro de los cuarenta días a partir de la recepción de la declaración del siniestro, por motivos que le sean imputables, incurrirá en mora en el pago, que consistirá en aplicar sobre la indemnización un interés anual igual al del interés legal del dinero vigente en cada momento incrementado en un 50 por 100. Transcurridos dos años desde la producción del siniestro, el interés anual no podrá ser inferior al 20 por 100.

El Asegurador estará obligado al pago de la prestación, salvo en el supuesto de que el siniestro haya sido causado por mala fe del Asegurado.

Una vez pagada la indemnización, y únicamente en lo que se refiere a los gastos de asistencia sanitaria, el Asegurador podrá ejercitar los derechos y las acciones que por razón del siniestro correspondieran al Asegurado frente a las personas responsables del mismo, hasta el límite de la indemnización.

**10.7. Derechos y obligaciones del Tomador o Asegurado****10.7.1. Relativas al contrato de seguro**

El Tomador, o en su caso el Asegurado, tienen el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al Asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

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

De igual forma el Tomador o el Asegurado deberán comunicar al Asegurador, tan pronto como les sea posible, todas las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas. Esta disposición no será de aplicación para la variación de las circunstancias relativas al estado de salud del Asegurado, que en ningún caso se considerarán agravación del riesgo.

El Asegurador puede, en un plazo de dos meses a contar del día en que la agravación le ha sido declarada, proponer una modificación del contrato.

En tal caso, el tomador dispone de quince días a contar desde la recepción de esta proposición para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo, o de silencio por parte del tomador, el asegurador puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al tomador, dándole para que conteste un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho siguientes comunicará al tomador la rescisión definitiva.

El Asegurador igualmente podrá rescindir el contrato comunicándolo por escrito al Asegurado dentro de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo. En el caso de que el Tomador del seguro o el Asegurado no haya efectuado su declaración y sobreviniere un siniestro, el Asegurador queda liberado de su prestación si el Tomador o el Asegurado ha actuado con mala fe. En otro caso, la prestación del Asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

El Tomador o el Asegurado podrán, también, durante el curso del contrato, poner en conocimiento del Asegurador todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato, lo habría concluido en condiciones más favorables.

En tal caso, al finalizar el período en curso cubierto por la prima, deberá reducirse el importe de la prima futura en la proporción correspondiente, teniendo derecho el Tomador, en caso contrario, a la resolución del contrato y a la devolución de la diferencia entre la prima satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar, desde el momento de la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.

**10.7.2. Relativas al pago de la prima**

El Tomador está obligado al pago de la prima en las condiciones estipuladas en la póliza. Si se han pactado primas periódicas, la primera de ellas será exigible una vez firmado el contrato. Si en la póliza no se determina ningún lugar para el pago de la prima se entenderá que éste ha de hacerse en el domicilio del Tomador.

En caso de falta de pago de la prima sucesiva, la cobertura del Asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento.

Si el Asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento, se entenderá que el contrato queda extinguido. En cualquier caso, el Asegurador, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del período en curso.

Si el contrato no hubiere sido resuelto o extinguido conforme a los párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el Tomador pagó su prima.

A pesar de que las primas del contrato de seguro se convienen por periodos anuales, puede pactarse el fraccionamiento de las mismas, lo que se entenderá como un aplazamiento del pago y según la fórmula elegida éste podrá ser mensual, trimestral o semestral.

Si la forma de pago de la prima fuera mediante domiciliación bancaria, el pago de los recibos sólo se entenderá satisfecho cuando, presentados a su cobro, son debidamente abonados por la entidad financiera. En cualquier otro caso la prima se considerará impagada.

### 10.7.3. Relativas a la ocurrencia del siniestro

El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario deberán comunicar al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido. En caso de incumplimiento de dicha obligación, el Asegurador podrá reclamar los daños y perjuicios causados por la falta de declaración.

Este efecto no se producirá si se prueba que el Asegurador había tenido conocimiento del siniestro por otro medio.

El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario deberán, además, facilitar al Asegurador cuanta información posean sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro.

En cualquier caso, el Tomador deberá aportar la siguiente documentación:

.Certificado de la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales indicando la aceptación de la prestación y su firmeza correspondiente.

.TC1 y TC2 correspondiente a la fecha del hecho causante (fecha de accidente en caso de accidente laboral y fecha de resolución en caso de enfermedad).

La documentación que deberán presentar los Beneficiarios en caso de fallecimiento es la siguiente:

.Fotocopia del D.N.I. / N.I.F. / N.I.E. de los Beneficiarios.

.Certificado de defunción del Asegurado.

.Certificado del médico que haya asistido al Asegurado, indicando el origen, evolución y naturaleza de la enfermedad o accidente que le causó la muerte o, en su caso, testimonio de las diligencias judiciales o documentos que acrediten el fallecimiento por accidente.

.Si constan como Beneficiario/s el cónyuge y/o los hijos, fotocopia del Libro de Familia.

.Certificado del Registro de Actos de Últimas Voluntades.

.Copia del último testamento del Asegurado, si lo hubiere.

.En caso de no existir Beneficiario expresamente designado en póliza, ni consten como tal el cónyuge o los hijos, ni exista testamento, se deberá presentar la Escritura de Declaración de Herederos ab intestato.

.Carta de pago o documento de exención de los Impuestos que procedan.

De no existir designación expresa de Beneficiario para caso de fallecimiento lo serán en orden preferente y excluyente, el cónyuge (a excepción de que exista una sentencia de separación judicial), los hijos, a partes iguales, y los herederos.

El beneficiario para el resto de las garantías será el propio Asegurado.

En el supuesto de invalidez permanente la documentación que deberá presentar el Asegurado será la siguiente:

.Copia de la Resolución concediendo la prestación de Invalidez Permanente.

.Dictamen-Propuesta del Equipo de Valoración de Incapacidades competente.

.Toda documentación que resulte necesaria para el debido cumplimiento de la legislación vigente referente al Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.

Si el fallecimiento del Asegurado sobreviene después de haber sido determinada la invalidez y siempre que fuera consecuencia directa del accidente que dio origen al siniestro, las cantidades satisfechas por el Asegurador se considerarán a cuenta del capital asegurado para el caso de fallecimiento.



Asimismo, y por lo que se refiere a los gastos de asistencia sanitaria, deberán facilitarle el ejercicio de las acciones de subrogación o repetición que le pudieren corresponder.

**CONCORDANCIA DE LA PÓLIZA CON LA INFORMACIÓN OFRECIDA POR EL TOMADOR**

La presente póliza responde, tanto en la descripción de los riesgos como en su valoración, a las exigencias y necesidades que el Tomador ha transmitido a su mediador, tras recibir el oportuno asesoramiento sobre las cuestiones que, asimismo, le ha planteado.

DOCUMENTO DE 9 PÁGINAS, HECHO Y FIRMADO, A UN SOLO EFECTO, EN PALMA, PALMA DE MALLORCA A 21 DE MAYO DE 2018

El Tomador del seguro declara conocer el contenido de las Condiciones Generales y Particulares que constituyen la presente póliza y, en especial, todas aquellas cláusulas que tengan el carácter de condición limitativa que vienen resaltadas de forma expresa, las cuales acepta mediante su firma. Asimismo el Tomador del seguro declara conocer y acepta expresamente el contenido de los apartados correspondientes a Tratamiento de Datos de Carácter Personal, Deber General de Información al Tomador, Constancia de la Recepción de Información, Lengua Oficial elegida y Concordancia de la póliza con la información ofrecida por el Tomador.

El Tomador

**MGS** Seguros  
El Presidente,



LIMPIEZAS CANDOR S.L.