



Vida Ahorro Colectivo

Régimen de Reclamaciones

En caso de reclamación relativa al contenido o aplicación del contrato y sin perjuicio del recurso a los Tribunales de Justicia, puede usted:

- 1.** Dirigirse por escrito a nuestro Departamento de Atención al Cliente. Camino Fuente de la Mora, 9, 28050 Madrid.
- 2.** Formular su reclamación, de forma totalmente gratuita, ante el Defensor del Asegurado, persona independiente de la Compañía, elegida para velar por los intereses de los asegurados, tomadores y beneficiarios.

Para poder acceder a esta vía de reclamación, deberán concurrir las siguientes circunstancias:

- a)** Que el reclamante sea persona física y que en esa persona coincida la condición de Tomador del Seguro, Asegurado, Beneficiario o derechohabientes de cualquiera de ellos.
- b)** Que la cuantía de su reclamación no exceda de 60.000 €.
- c)** Que su pretensión haya sido desestimada por el Asegurador de forma expresa (o bien que hayan transcurrido tres meses desde su presentación por escrito sin que haya recaído resolución).
- d)** Que el asunto no se encuentre sometido a decisión judicial, arbitral o administrativa o haya sido rechazado por fraude.
- e)** Que no exista un finiquito firmado.

Esta reclamación deberá usted formularla dentro del plazo de seis meses contados desde que ocurrieron los hechos, por medio de escrito dirigido al Defensor del Asegurado, haciendo constar su nombre, apellidos, D.N.I. y domicilio, así como la causa o motivo de su reclamación, concretando claramente su pretensión.

Pueden enviar la reclamación al Defensor del Asegurado por los siguientes medios:

- Correo: Apartado de Correos nº 14.871, 28080 Madrid
- Fax: 902 99 99 78
- "e-mail": servicioquejasreclamaciones@aviva.es
- Desde la WEB de la entidad www.avivavp.es

En cualquier caso, deberá remitir al Apartado de Correos 14.871, 28080 Madrid, la fotocopia de la póliza, la copia de la reclamación presentada a la Aseguradora y, en su caso, la desestimación de la misma por la Compañía.

El Defensor del Asegurado, tras los trámites reglamentarios, dictará resolución en el plazo máximo de cuatro meses. Esta resolución será vinculante para el Asegurador, pero no para usted, que es libre de aceptarla o rechazarla y, en su caso, ejercer las acciones que legalmente le correspondan ante la Dirección General de Seguros o ante los Tribunales de Justicia.

Si usted lo necesita, puede solicitar una copia del Reglamento del Defensor del Asegurado a cualquiera de las direcciones antes indicadas.

- 3.** Dirigirse a la Dirección General de Seguros, sección de Consultas y Reclamaciones, Paseo de la Castellana, 44, Madrid, a efectos de Régimen de Reclamaciones previsto en los artículos 61 y siguientes de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.



Aviva Vida y Pensiones, S.A. de Seguros y Reaseguros (Sociedad Unipersonal)
Camino Fuente de la Mora, 9 28050 Madrid (España)
Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Tomo 40, Folio 094, Hoja M-783.
C.I.F. A-79381729

Póliza de Seguro de Vida Ahorro Colectivo

Condiciones Generales

■ Artículo preliminar: Definiciones.

ASEGURADOR: Aviva Vida y Pensiones, S.A. de Seguros y Reaseguros (Sociedad Unipersonal) la cual asume la cobertura de los riesgos objeto de este contrato y garantiza el pago de las indemnizaciones que corresponda con arreglo a las condiciones del mismo.

TOMADOR: Es la persona natural o jurídica que suscribe este contrato con el Asegurador y representa al grupo asegurado.

Grupo asegurable: Es el conjunto de personas unidas por un vínculo o interés común, previo o simultáneo a la adhesión al seguro, que cumple las condiciones legales precisas para ser Asegurado.

ASEGURADO: Cada una de las personas físicas que, perteneciendo al grupo asegurable, cumple las condiciones de adhesión y figura en la relación de personas incluidas en el seguro. El conjunto de Asegurados forma el grupo asegurado.

BENEFICIARIO: El Asegurado en las garantías de vida e invalidez, o el designado por éste en el boletín de adhesión, para las garantías de fallecimiento.

POLIZA: Es el documento que contiene las Condiciones Generales del contrato de seguro de grupo, las Especiales de la modalidad que se contrate y las Particulares del grupo asegurado que incluirá la relación de Asegurados.

MODULO DE VARIACION: Es el factor objetivo, común para todos los componentes del grupo asegurado, en virtud del cual se determinan los capitales asegurados y sus variaciones, así como la inclusión de cada Asegurado en la categoría de capital que le corresponde.

■ Art. 1.º Bases del contrato

Este contrato se suscribe en base a los datos facilitados por el Tomador de acuerdo con el cuestionario incluido en la solicitud y el boletín de adhesión, con las declaraciones de salud del Asegurado, debidamente cumplimentados, que el Asegurador le someta, incluyendo, si procede, el reconocimiento médico, formando todo ello parte integrante de este contrato.

■ Art. 2.º Objeto del contrato

1. Por el presente contrato, el Asegurador asume la cobertura de aquellos de los riesgos que a continuación se indican, cuya cobertura haya sido pactada en las Condiciones Particulares y con los límites que en ellas se determinan:

Principales:

- a. Muerte.
- b. Supervivencia.
- c. Cualquier combinación de los apartados anteriores.

Complementarios:

- a. Invalidez profesional total y permanente.
- b. Invalidez absoluta y permanente.
- c. Invalidez absoluta y permanente por accidente.
- d. Invalidez absoluta y permanente por accidente de circulación.
- e. Muerte por accidente.
- f. Muerte por accidente de circulación.

2. No podrá contratarse la cobertura de los riesgos complementarios con independencia de alguno de los riesgos principales.

■ **Art. 3.º Condiciones de adhesión**

1. Las condiciones de adhesión serán las que figuren en las Condiciones Particulares de la póliza. El cumplimiento de las citadas condiciones se comprobará a través del boletín de adhesión, con o sin declaración de salud y, en su caso, reconocimiento médico. En los capitales superiores a 60.101,21 € se exigirá reconocimiento médico.

2. En todo caso, las condiciones iniciales para la adhesión se mantendrán en los siguientes supuestos:

a. Durante los tres primeros meses de vigencia del seguro de grupo.

b. En las ampliaciones generales de sumas aseguradas.

c. Durante los tres meses siguientes a cada incorporación al grupo asegurable.

■ **Art. 4.º Indisputabilidad**

1. El presente contrato y sus aplicaciones individuales son indisputables a partir de un año contado desde la fecha de su perfección, salvo plazo más breve convenido en las Condiciones Particulares.

2. No obstante, cuando para la adhesión al seguro de grupo se exija como requisito indispensable, reconocimiento médico, los certificados, serán indisputables desde la fecha de su emisión.

3. La indisputabilidad prevista en los puntos anteriores no tendrá lugar en el caso de existir actuación dolosa del Tomador en las declaraciones base del seguro o del Asegurado en el boletín de adhesión.

4. En el supuesto de indicación inexacta de la fecha de nacimiento 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, la prima pagada es inferior a la que correspondería pagar, la prestación del Asegurador se reducirá en proporción a la prima percibida. Si, por el contrario, la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, el Asegurador está obligado a restituir el exceso de las primas percibidas, sin intereses.

■ **Art. 5.º Iniciación y duración del contrato**

1. El contrato entrará en vigor a las 24 horas del día indicado en las Condiciones Particulares, siempre que haya sido firmado por las partes y el Tomador haya pagado el primer recibo de prima, salvo pacto en contrario.

2. En caso de demora en el cumplimiento de estos requisitos, las obligaciones del Asegurador comenzarán a partir de las veinticuatro horas del día en que la firma y el pago hayan tenido lugar.

3. El contrato mantendrá su vigencia por el período expresado en las Condiciones Particulares.

■ **Art. 6.º Variaciones en la composición del grupo asegurado**

El Tomador está obligado a notificar al Asegurador las variaciones que se produzcan en la composición del grupo asegurado, y que pueden consistir en:

a. **Altas:** Originadas por las inclusiones en la relación de Asegurados de aquellas personas que, perteneciendo al grupo asegurable, satisfagan las condiciones de adhesión en un momento posterior al de la entrada en vigor del seguro de grupo.

La toma de efecto de cada alta tendrá lugar en el próximo vencimiento de prima o fracción, una vez satisfechas las condiciones de adhesión, o en la fecha que se estipule en las Condiciones Particulares.

b. **Bajas:** Tendrán lugar por alguna de las causas siguientes:

1. Salida del grupo asegurado o del asegurable.

2. Pago del capital de alguna cobertura complementaria de Invalidez.

3. Pago del capital del seguro principal o del de los complementarios de muerte por accidente.

4. Cumplimiento de la edad prevista para causar baja en el seguro principal.

En los dos primeros supuestos, el Asegurador devolverá al Tomador el valor de rescate que corresponda o, en su caso, la parte de prima correspondiente al período de seguro no transcurrido.

Cuando el Asegurado cause baja en el seguro por salida del grupo asegurable, podrá solicitar del Asegurador la continuación de su seguro por el mismo capital, sometiéndose a las normas de contratación individual, pero sin necesidad de reconocimiento médico o declaración de salud siempre que lo solicite dentro de los tres meses siguientes a partir de la fecha de baja.

■ Art. 7.º Primas

1. La prima correspondiente a esta póliza, junto con los recargos e impuestos legalmente repercutibles, será exigible por anticipado, el día de su vencimiento, contra recibo librado por el Asegurador y en el domicilio del Tomador. Dicha prima podrá fraccionarse por meses, trimestres o semestres, mediante el recargo que corresponda, de acuerdo con las bases técnicas a disposición del Tomador en el domicilio social del Asegurador.

2. En el condicionado particular podrá convenirse el cobro de los recibos de prima por medio de cuentas abiertas en Bancos o Cajas de Ahorro. En este supuesto se aplicarán las siguientes normas:

a. El Tomador entregará al Asegurador carta dirigida al establecimiento bancario o Caja de Ahorros, dando la orden oportuna al efecto.

b. La prima se entenderá satisfecha a su vencimiento, salvo que, presentado al cobro dentro del plazo de gracia, no existiesen fondos suficientes en la cuenta del Tomador. En este caso habrá de satisfacer la prima en el domicilio del Asegurador.

c. Si el Asegurador dejase transcurrir el plazo de gracia sin presentar el recibo al cobro, y al hacerlo no existiesen fondos suficientes en la cuenta del Tomador, aquél estará obligado a notificar tal hecho al mismo, teniendo un plazo de un mes natural para que pueda satisfacer su importe en el domicilio, delegación, sucursal o agencia del Asegurador. Este plazo se computará desde la recepción de la expresada carta o notificación en el último domicilio comunicado al Asegurador.

La primera prima será exigible conforme al artículo 15 de la Ley una vez firmado el contrato; si no hubiera sido pagada por culpa del Tomador, el Asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago en vía ejecutiva con base en la póliza, y si no hubiera sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación, salvo pacto en contrario.

3. En caso de falta de pago de una de las primas siguientes a la primera, 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 de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido. El Asegurador, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del período en curso. Si el contrato no hubiera sido resuelto o extinguido, conforme a lo anteriormente expuesto, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el Tomador pague la prima.

Si el Tomador ha satisfecho las dos primeras anualidades completas y el contrato tuviera reconocidos valores garantizados, el seguro quedará reducido, conforme a la tabla de valores inserta en la póliza.

4. Las consecuencias relacionadas en el apartado anterior podrán quedar sin efecto si el Tomador abona el recibo impagado dentro de los seis meses siguientes a su vencimiento, junto a los intereses de demora correspondientes.

El contrato rehabilitado recobrará su plena eficacia a partir de las veinticuatro horas del día en que el pago haya tenido lugar.

5. Rehabilitación: Estando el contrato en suspenso o reducido, el Tomador podrá rehabilitar el contrato en cualquier momento y en las mismas condiciones en que se contrató, mediante el pago de los recibos de primas pendientes, salvo pacto expreso en contrario en Condiciones Particulares con los intereses de demora al tipo del Banco Central Europeo.

6. En los seguros de grupo contratados con contribución de los asegurados en el coste del seguro, el Tomador se obliga al pago del total del recibo, sin que pueda oponer al Asegurador excepción alguna por la falta de aquella contribución.

■ Art. 8.º Capitales asegurados

1. El importe de los capitales asegurados para cada miembro del grupo asegurado vendrá determinado en función del módulo de variación que figura en las Condiciones Particulares y será igual para todos los componentes de cada categoría del grupo.

El Tomador viene obligado a comunicar al Asegurador las variaciones que, de acuerdo con el módulo deban producirse en los capitales asegurados.

Las reducciones de capital tomarán efecto desde la fecha de comunicación por el Tomador.

Sin embargo, los aumentos entrarán en vigor en el próximo vencimiento de prima o fracción o en la fecha que se estipule en las Condiciones Particulares.

■ Art. 9.º Pago de indemnizaciones

1. En caso de ocurrencia del riesgo previsto en la póliza, el Asegurador pagará, en su domicilio social, a través del Tomador, al Beneficiario o Beneficiarios designados por el Tomador del seguro, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 84 y siguientes de la Ley, la prestación contratada.

Para el pago de la prestación correspondiente deberá aportarse al Asegurador los siguientes documentos:

En caso de fallecimiento se presentarán:

a. Los certificados de defunción y nacimiento del Asegurado, salvo que este último haya sido ya aportado.

b. 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.

c. En su caso, Certificado del Registro de Actos de Ultimas Voluntades, copia del último testamento del Tomador o Auto Judicial de Declaración de Herederos y/o documentación fehaciente que acredite la condición de Beneficiario.

d. Carta de pago o declaración de no sujeción del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones.

e. Todos los justificantes documentales habrán de presentarse debidamente legalizados, en los casos en que fuere preciso.

Cuando el pago del capital haya de hacerse en vida del Asegurado, se presentarán:

a. Certificado de nacimiento del Asegurado.

b. Fe de vida del Asegurado referida al día del vencimiento de su aplicación de seguro.

c. Si procede, Carta de pago o declaración de no sujeción del Impuesto sobre Sucesiones o Donaciones.

2. Una vez recibidos los anteriores documentos, el Asegurador, en el plazo máximo de cinco días, deberá pagar la prestación garantizada y, en cualquier caso, dentro de los cuarenta días a partir de la recepción de la declaración del siniestro.

La prestación garantizada será satisfecha al Tomador del seguro o a sus herederos, si en el momento del fallecimiento del Asegurado no hubiere Beneficiario concretamente designado ni reglas para su determinación.

Se entenderá que el Asegurador incurre en mora cuando no hubiera cumplido su prestación en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro o no hubiere 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.

La indemnización por mora se impondrá por el órgano judicial competente y consistirá en el pago de un interés anual igual al del interés legal del dinero vigente en el momento en que se devengue, incrementado en el 50 por ciento. No obstante, transcurridos dos años desde la producción del siniestro, el interés anual no podrá ser inferior al 20 por 100.

3. En ningún caso podrá perjudicar a los Beneficiarios la falta de diligencia del Tomador para justificar y reclamar la prestación a que tengan derecho, pudiendo, en este caso, dirigirse aquéllos directamente al Asegurador, sin perjuicio de las acciones que éste puede ejercer contra el Tomador.

Art. 10.º Certificados individuales de seguro

1. El Asegurador emitirá para cada Asegurado el correspondiente certificado individual de seguro, en el que se harán constar inicialmente los capitales asegurados por el seguro principal y sus complementarios, designación de Beneficiarios y condiciones especiales de las modalidades de seguro contratadas.

2. La variación de capitales que afecte a cada certificado de seguro, y la modificación de la designación de Beneficiarios, requerirá la emisión de un nuevo certificado de seguro que dejará sin efecto el anterior a partir de la sustitución.

3. Las modificaciones en los certificados individuales y las altas o bajas en el grupo se entenderán incluidas automáticamente en la relación de Asegurados de las Condiciones Particulares.

No obstante, cuando las variaciones afecten a un número elevado de Asegurados, bastará la modificación de aquella relación de Asegurados.

4. Todas las modificaciones anteriores deberán solicitarse a través del Tomador, quien resulta obligado a facilitar anualmente, como mínimo una relación de Asegurados.

5. En caso de pérdida de algún certificado de seguro será anulado y el Asegurador emitirá un duplicado del mismo.

6. Cuando el seguro de Grupo sea consecuencia de obligaciones laborables del Tomador, se emitirá documento aparte con las Condiciones Particulares de las mencionadas obligaciones o compromisos por pensiones de la Empresa/Tomadora con sus empleados/asegurados.

En este caso, el boletín de adhesión surtirá los mismos efectos del certificado individual.

■ **Art. 11. Y Tributos**

Todos los tributos que graven el presente contrato y que sean legalmente repercutibles serán por cuenta del Tomador.

■ **Art. 12. Y Comunicaciones**

Las comunicaciones del Tomador y a través de éste, en su caso, las de los Asegurados o Beneficiarios, se realizarán en el domicilio del Asegurador, señalado en la póliza.

Las comunicaciones del Asegurador al Tomador del seguro, se realizarán en el domicilio de éste, recogido en la póliza, salvo que el mismo haya notificado al Asegurador el cambio de su domicilio.

Las comunicaciones hechas por un corredor al Asegurador en nombre del Tomador surtirán los mismos efectos que si las realizara éste, salvo expresa indicación en contrario del mismo.

Asimismo, las comunicaciones que efectúe el tomador a un agente afecto representante del Asegurador surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado directamente a éste.

■ **Art. 13. Y Extravío de la póliza**

En caso de extravío de la póliza, el Asegurador, a petición del Tomador del seguro o, en su defecto, del Asegurado o Beneficiario, tendrá obligación de expedir copia o duplicado de la misma, la cual tendrá idéntica eficacia que la original. La petición se hará por escrito en el que se expliquen las circunstancias del caso, se aporten las pruebas de haberlo notificado a quienes resultaren titulares de algún derecho en virtud de la

póliza y el solicitante se comprometa a devolver la póliza original si apareciese y a indemnizar al Asegurador de los perjuicios que le irroge la reclamación de un tercero.

■ **Art. 14. Y Prescripción**

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

■ **Art. 15. Y Jurisdicción**

Si cualquiera de las partes contratantes, o ambas, decidiesen ejercitar sus acciones ante los órganos jurisdiccionales, deberán recurrir al Juez del domicilio del Asegurado, que será el único competente para el conocimiento de las acciones derivadas de este contrato de seguro.

Información previa

El Tomador reconoce haber recibido por escrito, en esta misma fecha y con anterioridad a la celebración del contrato, toda la información requerida en el artículo 107 del Reglamento a la Ley de Ordenación de los Seguros Privados, cuya naturaleza se hace constar en los artículos 104 a 106 del citado Reglamento y asume la obligación de suministrar a los Asegurados la información que afecta a los derechos y obligaciones de éstos, tanto con anterioridad a la celebración del contrato y a la firma del boletín de adhesión correspondiente como durante la vigencia del mismo.

El presente contrato de seguro se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro («Boletín Oficial del Estado» de 17 de octubre de 1980) y por lo convenido en las Condiciones Generales y Particulares de este contrato, sin que tengan validez las cláusulas limitativas que no sean especialmente aceptadas por el Tomador, como pacto adicional a las Condiciones Particulares. No requerirán dicha aceptación las meras transcripciones o referencias a preceptos legales imperativos.

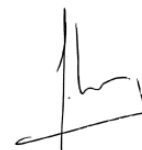
El órgano de control administrativo del presente contrato de seguro es la Dirección General de Seguros, adscrito al Ministerio de Economía.

El Tomador del Seguro

El Asegurado

Aviva Vida y Pensiones

P.P.



Amador Moreno Amaya
(Director General)

ANEXO

Cláusula de Indemnización de las Pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios acaecidos en España

De conformidad con lo establecido en los artículos 6 y 8 del Estatuto Legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el artículo 4º. de la Ley 21/1990, de 19 de diciembre ("Boletín Oficial del Estado" de 20 de diciembre), el Tomador de un contrato de seguro de los que deben obligatoriamente incorporar recargo en favor de la citada Entidad de Derecho Público, mencionados en el artículo 7 del mismo Estatuto Legal, tiene la facultad de convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier Entidad Aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente, satisfaciendo el Consorcio de Compensación de Seguros las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en España y que afecten a riesgos en ella situados, a los asegurados que, habiendo satisfecho los correspondientes recargos a su favor, se encuentren en alguna de las situaciones siguientes:

a) Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por póliza de seguro.

b) Que, aun estando amparado por póliza de seguro, las obligaciones de la Entidad Aseguradora no pudieron ser cumplidas por haber sido declarada en quiebra, suspensión de pagos o que, hallándose en una situación de insolvencia, estuviese sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o ésta hubiera sido asumida por la Comisión Liquidadora de Entidades Aseguradoras.

El Consorcio de Compensación de Seguros ajustará su actuación a lo dispuesto en el mencionado Estatuto Legal, modificado por la Ley 30/1995, de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados ("Boletín Oficial del Estado" de 9 de noviembre); en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro; en el Real Decreto 2022/1986, de 29 de agosto, por el que se aprueba el Reglamento de Riesgos Extraordinarios sobre las Personas y los Bienes ("Boletín Oficial del Estado" de 1 de octubre), y Disposiciones complementarias.

I. RESUMEN DE NORMAS LEGALES

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

Se entiende por acontecimientos extraordinarios:

a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: Terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias, erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica y caídas de cuerpos siderales y aerolitos.

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

No serán indemnizables por el Consorcio de Compensación de Seguros los daños o siniestros siguientes:

a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.

b) Los ocasionados en personas o bienes asegurados por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.

c) Los debidos a vicio o defecto propio de la cosa asegurada.

d) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.

e) Los que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como "catástrofe o calamidad nacional".

f) Los derivados de la energía nuclear.

g) Los debidos a la mera acción del tiempo o a agentes atmosféricos distintos a los fenómenos de la naturaleza antes señalados.

h) Los causados por actuaciones 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, así como durante el transcurso de huelgas legales.

i) Los indirectos o pérdidas de cualquier clase derivadas de daños directos o indirectos.

j) Los causados por mala fe del Asegurado.

K) Los producidos antes del pago de la primera prima.

l) Los producidos encontrándose la cobertura en suspensión de efectos o el contrato extinguido por falta de pago de primas.

m) Los correspondientes a pólizas cuya fecha o efecto si fuera posterior, no precedan en treinta días a aquel en que haya ocurrido el siniestro, salvo en los casos de reemplazo o sustitución de póliza, o revalorización automática de capitales.

3. Franquicia

En los seguros contra daños será de un 10 por 100 de la cuantía del siniestro, no pudiendo exceder del 1 por 100 de la suma asegurada ni ser inferior a 150,25 €. El citado límite inferior no será de aplicación cuando la suma asegurada sea igual o inferior a 15.025,30 €. En los supuestos en que dicha suma asegurada sea igual o superior a 6.010.121,04 €, se aplicará la escala de franquicias, en porcentaje del siniestro, y los límites máximos absolutos que se establecen en el artículo 9º. del Reglamento de Riesgos Extraordinarios sobre las Personas y los Bienes, en la redacción que al mismo dió el Real Decreto 354/1988, de 19 de abril. La franquicia se aplicará en cada siniestro y por cada situación de riesgo.

En los seguros de personas no se efectuará deducción por franquicia.

4. Pactos de inclusión facultativa en el seguro ordinario

En los casos en que la póliza ordinaria incluya cláusulas de seguro a primer riesgo, seguro a valor de nuevo, capital flotante o compensación de capitales, dichas formas de aseguramiento serán de aplicación también a la compensación de pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios en los mismos términos, amparando dicha cobertura los mismos bienes y sumas aseguradas que la póliza ordinaria. Tales cláusulas no podrán incluirse en la cobertura de riesgos extraordinarios sin que lo estén en la póliza ordinaria.

5. Infraseguro y sobraseguro.

En los casos en que exista infraseguro, el Asegurado será el propio asegurador de la parte correspondiente. Si la suma asegurada supera notablemente el valor del interés, se indemnizará el daño efectivamente causado.

II. PROCEDIMIENTO DE ACTUACION EN CASO DE SINIESTRO

En caso de siniestro, el Asegurado deberá:

a) Comunicar en las oficinas del Consorcio de Compensación de Seguros o de la Entidad Aseguradora emisora de la póliza, la ocurrencia del siniestro dentro de plazo máximo de siete días de haberlo conocido. La comunicación se formulará en el modelo establecido al efecto, que será facilitado en dichas oficinas, acompañando la siguiente documentación:

Copia o fotocopia del recibo de prima acreditativo del pago de la prima correspondiente a la anualidad en curso, y en la que conste expresamente el importe, fecha y forma de pago de la misma.

Copia o fotocopia de la cláusula de cobertura de riesgos extraordinarios, de las condiciones generales, particulares y especiales de la póliza ordinaria, así como de las modificaciones, apéndices y suplementos de dicha póliza, si las hubiere.

Copia o fotocopia del documento nacional de identidad o número de identificación fiscal.

Datos relativos a la Entidad bancaria donde deban ingresarse los importes indemnizables, con indicación del número de Entidad, número de sucursal, dígito de control y número de cuenta, así como del domicilio de dicha Entidad.

b) Conservar restos y vestigios del siniestro para la actuación pericial y, en caso de imposibilidad absoluta presentar documentación probatoria de los daños, tales como fotografías o actas notariales, gastos que serán por cuenta del Asegurado. Asimismo, deberá procurar que no se produzcan nuevos desperfectos o desapariciones, que serían a cargo del Asegurado.