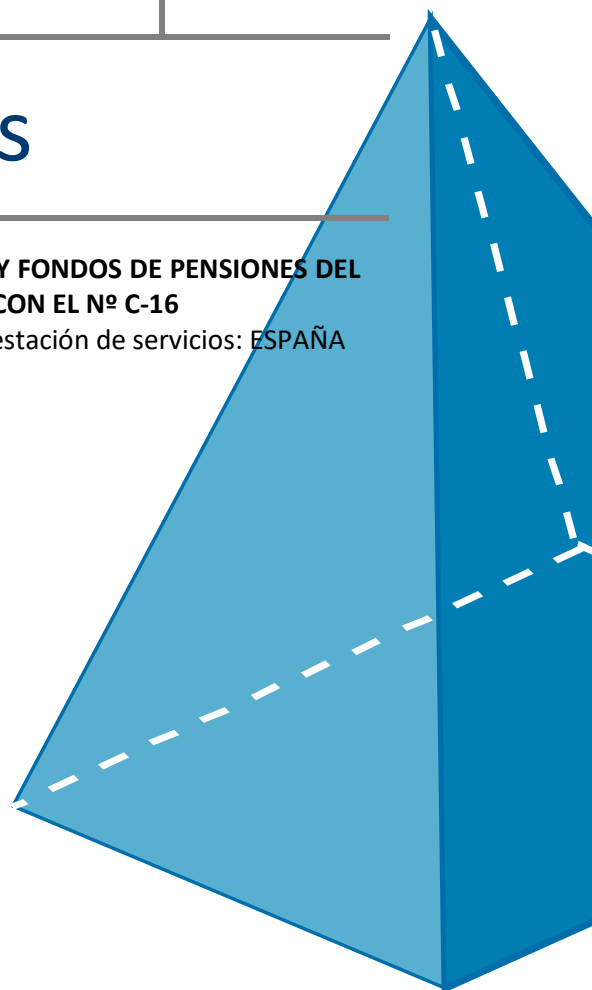


Póliza combinada de seguro de decesos

MODELO
CG-0423.0

AURA SA de Seguros

AUTORIDAD DE CONTROL: DIRECCIÓN GENERAL DE SEGUROS Y FONDOS DE PENSIONES DEL MINISTERIO DE ECONOMÍA Y COMPETITIVIDAD. REGISTRADA CON EL Nº C-16
Estado miembro del Espacio Económico Europeo de origen y prestación de servicios: ESPAÑA



Oficinas centrales

AURA SA de Seguros
Pza. de la Vila, 25
08922 Santa Coloma de Gramenet

Internet

www.auraseguros.com
info@auraseguros.com

Contacto

Tel. 93 466 11 00
Fax. 93 466 39 08

ÍNDICE

I. PRELIMINAR	¡Error! Marcador no definido.
II. OBJETO Y EXTENSIÓN DEL SEGURO	¡Error! Marcador no definido.
III. BASES DEL SEGURO	¡Error! Marcador no definido.
IV. SINIESTROS.....	¡Error! Marcador no definido.
V. NORMAS LEGALES.....	¡Error! Marcador no definido.
VI. OTRAS DISPOSICIONES.....	12

I. PRELIMINAR

MARCO LEGAL - El presente contrato de seguro se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980 de 8 de octubre de Contrato de Seguro y su normativa complementaria; por la Ley 20/2015 de 14 de julio de Ordenación, Supervisión y Solvencia de Entidades Aseguradoras y su Reglamento de desarrollo aprobado por el Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras; la Orden ECO 734/2004, de 11 de marzo, de Departamentos y Servicios de Atención al Cliente y Defensor del cliente de las Entidades Financieras; el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y por lo convenido en las Condiciones Generales y Particulares de este contrato.

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

DEFINICIONES - A los efectos de este Contrato se entiende por:

ASEGURADOR - AURA, S. A. DE SEGUROS que, mediante el cobro de la prima, asume los riesgos contractualmente pactados.

TOMADOR DEL SEGURO - la persona física y jurídica que, juntamente con el Asegurador, suscribe el contrato de seguro y a la que corresponden las obligaciones que del mismo se derive, salvo que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado.

ASEGURADO - Cada una de las personas designadas en las condiciones particulares sobre las cuales se establece el seguro y que en defecto del Tomador del seguro asumen las obligaciones derivadas del contrato.

PÓLIZA - Es el documento que contiene las condiciones reguladoras del Contrato de Seguro. Forman parte integrante de la póliza las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, el cuestionario y todos aquellos suplementos o apéndices que se emitan con posterioridad y la complementen.

EDAD ACTUARIAL - Es la que resulte del aniversario más próximo a la fecha de efecto del contrato.

PRIMA - Es el precio del seguro. El recibo contendrá además los impuestos y recargos que sean legalmente repercutibles.

PLAZO DE CARENIA - El periodo de tiempo que debe transcurrir entre la fecha de entrada en vigor del seguro y la toma de efecto de las garantías del mismo.

BENEFICIARIOS - Las personas físicas o jurídicas que, previa designación por parte del Tomador del seguro, resulten titulares del derecho de resarcirse de la diferencia que, en su caso, pueda existir entre el valor del servicio prestado y la suma asegurada.

DOMICILIO DEL TOMADOR DEL SEGURO Y DEL ASEGURADO - El que figura en las condiciones particulares que será el adecuado a todos los efectos.

SERVICIO FÚNEBRE - el conjunto de elementos y servicios necesarios para efectuar el sepelio del Asegurado fallecido, los cuales se indican contratados en las Condiciones particulares de la presente póliza.

ACCIDENTE - Es toda lesión corporal que derive de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la voluntad del Asegurado, que produzca invalidez o muerte, siempre que ocurra dentro de un año desde la fecha en que se produjo el accidente.

INVALIDEZ PERMANENTE - La pérdida o impotencia funcional de miembros, órganos y/o facultades del Asegurado que se manifiesten en el plazo de un año desde la ocurrencia del accidente y cuya recuperación no se estime previsible, de acuerdo con los dictámenes de los informes médicos.

CAPITAL ASEGURADO - Es el importe máximo a pagar por el Asegurador en caso de siniestro, y que figura en las Condiciones Particulares de esta póliza.

SINIESTRO - Todo hecho cuyas consecuencias están cubiertas por alguna de las garantías de la póliza.

II. OBJETO Y EXTENSIÓN DEL SEGURO

Artículo 1º - OBJETO DEL SEGURO

El Asegurador garantiza la prestación del servicio fúnebre contratado al fallecimiento de cada uno de los Asegurados, de acuerdo con las condiciones generales y particulares que figuran en la presente póliza. **Si la prestación del servicio no fuera posible, o no se llevase a efecto por causas de fuerza mayor, el Asegurador se compromete a resarcir los gastos ocasionados como consecuencia de tal servicio, abonando el importe del servicio fúnebre hasta el límite de la suma asegurada contratada, según las condiciones particulares de la presente póliza. El resarcimiento de estos gastos será efectuado por el Asegurador a aquellas personas que acrediten suficientemente haber satisfecho los gastos originados por tal fallecimiento. En su defecto, será efectuado a los herederos legales del fallecido o Beneficiarios que se hubieran designado a tal efecto en las condiciones particulares.**

Artículo 2º - EXTENSIÓN DEL SEGURO

2.1 - La garantía del seguro se extiende a los Asegurados cualquiera que sea la causa del fallecimiento, salvo por los riesgos excluidos en la póliza. Únicamente los Beneficiarios y/o herederos legales del Asegurado tienen la facultad de percibir el importe del valor del servicio contratado en vez de la prestación del mismo. En virtud de la ley de Contrato de Seguro para los menores de 14 años e incapacitados, no se podrá optar por la indemnización en metálico.

2.2 - El seguro también comprenderá la prestación de un servicio fúnebre especial, en caso de fallecimiento de los hijos de las aseguradas de la presente póliza, si ocurriese durante el periodo de gestación o antes de cumplir treinta días de edad, a partir de los cuales deberá estar Asegurado para tener derecho al servicio fúnebre que corresponda.

2.3 - No son asegurables las personas que al solicitar el seguro tengan más de 70 años o padezcan enfermedad grave, salvo que expresamente se haga constar en la póliza y se pague la sobreprima correspondiente.

2.4 - En el supuesto de indicación inexacta de la edad del Asegurado, el Asegurador sólo podrá impugnar el contrato si la verdadera edad del Asegurado en el momento de la entrada en vigor del contrato excede de los límites de admisión establecidos por aquél.

En otro caso, si como consecuencia de una declaración inexacta de la edad, la prima pagada es inferior a la que corresponda 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 debiera haberse abonado, el Asegurador está obligado a restituir el exceso de las primas percibidas, sin intereses.

Artículo 3º - RIESGOS EXCLUIDOS

Todos los riesgos de guerra, revolución, motines, epidemias y los declarados por el gobierno de carácter catastrófico.

III. BASES DEL SEGURO

Artículo 4º - NORMAS DE CONTRATACIÓN Y MODIFICACIÓN DEL CONTRATO

4.1 – Establecida la cantidad contratada por el valor del servicio fúnebre con arreglo a su coste actual, el Asegurador establece un porcentaje de incremento del 1% para hacer frente a los futuros incrementos de los costes del servicio fúnebre. En el caso de que el coste del servicio fúnebre incrementara por encima del 1%, el Asegurador lo pondrá en conocimiento del Tomador del seguro, insertando en el suplemento que se expida la nueva suma asegurada con el nuevo importe de prima. En cada renovación anual, el Tomador del seguro podrá ejercitar su oposición de aceptar el nuevo coste o mantener el contrato en la misma situación, **en cuyo caso, al ocurrir el siniestro, el límite máximo de la prestación a cargo del Asegurador, será el valor del servicio que figure en la póliza y último suplemento vigente aceptado por el Asegurado.**

4.2 – En caso de optar el Tomador del seguro por la modificación del contrato adecuando la suma asegurada a los nuevos costes de los servicios, el cálculo de la nueva prima se determinará sumando a la prima neta que venía satisfaciendo, el importe correspondiente de aplicar al incremento del valor del servicio que tenía contratado la tasa correspondiente a la edad actual de los Asegurados.

4.3 – Las altas de Asegurados que se produzcan están sujetas a lo estipulado en los artículos 5 y 6 de estas condiciones generales, desde el día en que se hagan constar en el oportuno suplemento, siempre que éste haya sido firmado por las partes y el Tomador del seguro haya pagado el aumento de prima que corresponda, salvo pacto en contrario.

4.4 – El Tomador del seguro deberá comunicar los cambios de domicilio de los Asegurados ya sea dentro de la localidad en que resida o a población distinta. **En este último caso, se adaptará el contrato a los servicios fúnebres existentes en dicho lugar, regularizándose la prima.**

4.5 – Modalidad de Tarifa

Para la Garantía de Gestión y Gastos de Sepelio se podrá elegir entre las tres modalidades de tarifa de primas que se detallan a continuación, y que constará en las Condiciones Particulares del Contrato de Seguro.

Modalidad Nivelada: La tasa de prima a aplicar para la Garantía de Gestión y Gastos de Sepelio, para todos los Asegurados incluidos en las Condiciones Particulares, permanecerá invariable para un mismo capital Asegurado.

Modalidad Mixta: La tasa de prima a aplicar para la Garantía de Gestión y Gastos de Sepelio, para todos los Asegurados incluidos en las Condiciones Particulares con edad actuarial inferior a la establecida en las Condiciones Particulares como edad de nivelación, estará en función del capital Asegurado y de la edad actuarial alcanzada en cada renovación anual. Para los Asegurados incluidos en Condiciones Particulares de edad actuarial igual o superior a la mencionada edad de nivelación, la tasa de prima a aplicar para la Garantía de Gestión y Gastos de Sepelio permanecerá invariable para un mismo capital Asegurado.

Modalidad Mixta Tramificada: La tasa de prima a aplicar para la Garantía de Gestión y Gastos de Sepelio, para todos los Asegurados incluidos en las Condiciones Particulares, se mantienen fijas para aquellos Asegurados con edad actuarial superior a la establecida en las Condiciones Particulares como edad de nivelación, cuando hayan ingresado en la póliza con dicha edad o superior, para todos los demás Asegurados incluidos en las Condiciones Particulares la tasa de prima variará cada cinco años en función de la edad.

4.6 – El Tomador podrá solicitar en cualquier momento, por medio fehaciente, la adaptación de la Póliza de Seguro a los capitales necesarios para realizar el servicio fúnebre en su localidad de residencia en España. En tal caso, el Asegurador adaptará la Póliza a los nuevos capitales y modalidad de tarifa solicitada, manteniendo la fecha de efecto de los capitales originales para establecer la nueva prima correspondiente.

Artículo 5º - EFECTO DEL SEGURO

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

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

Artículo 6º - PLAZO DE CARENIA

Las garantías del seguro no serán de aplicación hasta que hayan transcurrido veinte días desde la entrada en vigor de los efectos del seguro, salvo si el fallecimiento del Asegurado fuese a causa de un accidente, en cuyo caso tomarán efecto desde la entrada en vigor del seguro.

En caso de incorporación de nuevos Asegurados con posterioridad a la fecha de inicio de esta póliza, el referido plazo de carencia se contará desde la fecha en que la compañía haya recibido la correspondiente solicitud de incorporación.

Artículo 7º - DURACIÓN DEL SEGURO

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

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

7.2 – El presente seguro se contrata por el período de un año desde su fecha de efecto. A la expiración de dicho período quedará tácitamente prorrogado por un año más, y así sucesivamente, salvo que el Tomador del seguro o el Asegurado deseen oponerse a su prórroga, en cuyo caso deberán comunicar su decisión al Asegurador, mediante una notificación escrita y por lo menos un mes antes de la fecha de expiración del período anual del seguro.

7.3 – **Es facultad exclusiva del Tomador del seguro o del Asegurado oponerse a la prórroga del contrato a los vencimientos anuales periódicos y por su propia voluntad.** Por lo tanto, el Asegurador está obligado a la prórroga del contrato, siempre que la póliza se encuentre al corriente del pago de la prima.

IV. SINIESTROS

Artículo 8º - NORMAS DE TRAMITACIÓN

8.1 – **La suma asegurada, que en este caso es el importe del servicio contratado, representa el límite máximo a pagar por el Asegurador en cada siniestro.** El exceso de la suma asegurada sobre el coste del servicio prestado por el Asegurador corresponderá al Tomador o, en su defecto, a los herederos.

8.2 – El servicio contratado que se especifica en las condiciones particulares tiene efectos descriptivos y orientativos según los usos y costumbres de la localidad que figura como domicilio de los Asegurados, por lo tanto, puede optarse por la prestación descrita, ampliarlo o intercambiar elementos de acuerdo con los deseos de los familiares del finado. En cualquier caso y aunque los familiares del fallecido optaran por modificar la totalidad o alguno de los componentes, la cantidad a cargo de la compañía será la totalidad de la suma asegurada.

8.3 – Para hacer efectivos los derechos derivados de este seguro al fallecimiento de un Asegurado, en caso de no haber sido prestado el servicio por la empresa funeraria prestadora de la compañía, se deberá entregar en las oficinas de la delegación, sucursal o agencia del Asegurador, en la localidad en que haya ocurrido el fallecimiento, la certificación literal de defunción expedida por el Registro Civil y el recibo de prima corriente. Si en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro el Asegurador no hubiere abonado el importe de dicho servicio o indemnizado su importe en metálico, por causa no justificada o que le fuere imputada, la indemnización se incrementará con el pago de un interés anual igual al interés legal del dinero vigente en el momento que se devengue, incrementado en el 50 % anual.

8.4 – **Cuando un Asegurado fallezca en localidad distinta a la consignada como domicilio en la póliza, se efectuará un servicio fúnebre de acuerdo con las modalidades existentes en la plaza y de coste equivalente al contratado en la póliza.**

8.5 – **Si los causahabientes del Asegurado fallecido desean inhumar el cadáver en cementerio distinto al que por su residencia le corresponda, los gastos extraordinarios que por tal concepto se originen correrán a cargo de ellos.**

8.6 – **Si al fallecer un Asegurado resultase que lo está con el mismo Asegurador en más de una póliza del seguro de decesos, el Asegurador sólo reconocerá los derechos correspondientes a una de ellas, que los causahabientes podrán elegir, procediéndose al reembolso de las primas pagadas por el Tomador del seguro en las otras pólizas desde que se produjo la concurrencia.**

8.7 – **La Aseguradora pone a disposición de los Asegurados de la presente póliza, un servicio de atención al cliente, así como un servicio de atención para el caso de siniestro, cuya dirección y teléfono constan en las Condiciones Particulares**

8.8 – **En caso de fallecimiento, si se hubiera producido la concurrencia de seguros de decesos en más de una Aseguradora, el Asegurador que no hubiera podido cumplir con su obligación de prestar el servicio funerario en los términos y condiciones previstos en el contrato, vendrá obligado al pago de la suma asegurada a los herederos del Asegurado fallecido.**

8.9 – **La Aseguradora garantiza a los Asegurados la libre elección del prestador del servicio, dentro de los límites y condiciones establecidos en el contrato, con los profesionales que ejercen en la zona donde se preste el servicio, siempre con el límite a satisfacer por la Aseguradora del capital contratado, siendo que de no elegir libremente por el Asegurado el profesional prestador del servicio, la Aseguradora le ofrecerá la de los profesionales con los que habitualmente trabaja.**

V. NORMAS LEGALES

Artículo 9º - DISPOSICIONES GENERALES

9.1 BASES DEL CONTRATO

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

9.2 DECLARACIONES

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

9.3 PRIMAS

El Tomador del seguro está obligado al pago de la primera prima en el momento de firmar la póliza, y el pago de las sucesivas a su respectivo vencimiento. Salvo pacto en contrario, el impago de la prima libera al Asegurador de sus obligaciones si se produjera el siniestro. La falta de pago de las primas siguientes produce la suspensión de la cobertura del Asegurador un mes después del día de su vencimiento y si no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes a dicho vencimiento se entenderá que el contrato queda extinguido.

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

Se conviene el cobro de los recibos de prima por medio de cuentas abiertas en establecimientos de crédito, en este supuesto se aplicarán las siguientes normas:

- El Tomador del seguro entregará al Asegurador una carta dirigida al establecimiento de crédito, dando la orden oportuna al efecto.
- La prima se entenderá satisfecha a su vencimiento, salvo que intentado el cobro dentro del plazo de gracia no existiesen fondos suficientes en la cuenta del Tomador del seguro. En este caso el Asegurador notificará al Tomador del seguro que tiene el recibo a su disposición en el domicilio del mismo, y el Asegurado vendrá obligado a satisfacer la prima en dicho domicilio.

9.4 COMUNICACIONES

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

9.5 NULIDAD

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

9.6 JURISDICCIÓN

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

9.7 PRESCRIPCIÓN

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

9.8 PROTECCIÓN DEL ASEGURADO Y SOLUCIÓN DE CONFLICTOS ENTRE PARTES

a) PROTECCIÓN DEL ASEGURADO

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

El Asegurador garantiza al Asegurado el ejercicio de los derechos de información y acceso, rectificación y cancelación, en los términos establecidos en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y su normativa de desarrollo.

b) SOLUCIÓN DE CONFLICTOS ENTRE PARTES

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

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

c) COMISIONADO

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

Artículo 10º - GARANTÍA COMPLEMENTARIA DE ASISTENCIA Y TRASLADOS

EXTENSIÓN DE LA GARANTÍA

La presente Garantía Complementaria es de aplicación a los Asegurados de la Póliza de Decesos correspondiente, con los límites y fecha de efecto especificados en las Condiciones Particulares de la misma.

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

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

COBERTURAS

10.1 - TRASLADO NACIONAL E INTERNACIONAL EN CASO DE FALLECIMIENTO

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

10.2 - ACOMPAÑANTE EN CASO DE TRASLADO POR FALLECIMIENTO EN EL EXTRANJERO

Los familiares del Asegurado fallecido en el extranjero podrán designar a una persona para que viaje hasta el país donde haya ocurrido el fallecimiento, la cual tendrá derecho a un billete de ida y vuelta en avión (clase turista), ferrocarril (1ª clase) o transporte público y colectivo más idóneo.

10.3 - TRASLADO EN AMBULANCIA EN CASO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD GRAVES OCURRIDOS EN ESPAÑA

AURA S.A. abonará los gastos de ambulancia precisos para trasladar al Asegurado enfermo o accidentado en España, desde el lugar de ocurrencia del siniestro hasta el centro sanitario más próximo donde pueda ser atendido debidamente de las lesiones o enfermedad sufrida.

En caso de accidente o enfermedad grave, siempre y cuando los facultativos que atiendan al Asegurado así lo autoricen en función de su estado para poder viajar, AURA S.A. sufragará los gastos para su traslado en ambulancia hasta el centro sanitario más próximo a su domicilio, **siempre que el siniestro se haya producido a más de 30 Km. del mismo.**

10.4 - REPATRIACIÓN SANITARIA EN CASO DE ACCIDENTE O ENFERMEDAD GRAVES OCURRIDOS EN EL EXTRANJERO

Cuando el Asegurado se encuentre de viaje en el extranjero y sufriera un accidente o enfermedad grave, repentina, fortuita, aguda y que implique un riesgo vital, AURA S.A. organizará, cuando los facultativos que lo atiendan así lo aconsejen, la repatriación del Asegurado. Sólo las circunstancias y criterios médicos, **tales como la urgencia y estado del Asegurado para viajar, determinarán si el transporte debe efectuarse y por qué medio (avión sanitario especial, helicóptero, avión de línea regular, coche cama o ambulancia).**

La decisión de repatriar será tomada, conjuntamente, por el médico que trate al Asegurado enfermo o accidentado en el lugar del siniestro y los servicios médicos designados por AURA S. A.. Todos los servicios se prestarán bajo constante control facultativo.

Salvo pacto en contrario, esta cobertura no surtirá efecto:

Cuando las lesiones o enfermedad sufridas por el Asegurado no sean consideradas graves por el personal facultativo que le asista, y pudieran ser tratadas en el lugar del siniestro.

10.5 - GASTOS MÉDICOS DE URGENCIA A CONSECUENCIA DE ENFERMEDAD O ACCIDENTE EN EL EXTRANJERO

AURA S.A. satisfará en caso de accidente o enfermedad grave del Asegurado que se encuentre en el extranjero los gastos médicos de urgencia precisos para atender el tratamiento de la lesión o enfermedad sufrida, hasta un límite máximo del contravalor de 6.000 euros por persona, debiendo el Asegurado presentar las correspondientes facturas.

Los pequeños arreglos dentales de urgencia precisados en el extranjero quedan Asegurados hasta un límite de 300 euros por Asegurado y siniestro, debiendo el Asegurado presentar las correspondientes facturas.

El siniestro deberá ser notificado a la CENTRAL DE ASISTENCIA a través del teléfono que para ese uso facilita AURA S.A. dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento de haberse producido, con el fin de que los servicios médicos de AURA S.A. puedan evaluar adecuadamente la situación del Asegurado enfermo o accidentado.

10.6 - PROLONGACIÓN DE ESTANCIA EN HOTEL EN EL EXTRANJERO

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

Asimismo, AURA S.A. reintegrará previa presentación de facturas, al acompañante designado los gastos de alojamiento y manutención en el lugar donde el Asegurado se encuentre hospitalizado hasta un importe de 60 euros diarios y un máximo de DIEZ DÍAS, en cuyo cómputo se incluirán los días durante los que, por prescripción facultativa, el Asegurado hospitalizado deba prolongar su estancia en hotel antes de regresar a España.

10.7 - ASISTENCIA A LOS ACOMPAÑANTES DEL ASEGURADO FALLECIDO U HOSPITALIZADO EN EL EXTRANJERO.

Si el Asegurado viajara al extranjero en compañía de otras personas que también tuvieran la condición de Asegurados, y el viaje se interrumpiera por el fallecimiento, hospitalización o traslado de aquél hasta España a causa de una enfermedad o accidente grave, AURA S.A. organizará a su cargo el regreso del resto de Asegurados hasta su lugar de residencia en España.

10.8 - REGRESO ANTICIPADO DE ASEGURADOS QUE SE ENCUENTREN DE VIAJE EN EL EXTRANJERO.

Si el Asegurado tiene que interrumpir su viaje en el extranjero por fallecimiento de su cónyuge, ascendientes o descendientes en primer grado o hermanos consanguíneos, AURA S.A. le reembolsará los gastos de desplazamiento en avión (clase turista), ferrocarril (1ª clase) o transporte público y colectivo más idóneo que se originen con motivo de su regreso desde el lugar donde se encuentre en ese momento hasta el de inhumación en España del familiar fallecido.

Existirá el mismo derecho en caso de incendio grave del domicilio habitual del Asegurado, y éste se vea obligado a interrumpir su viaje en el extranjero para regresar hasta su residencia en España.

10.9 - ENVÍO DE MEDICAMENTOS AL EXTRANJERO

Cuando el Asegurado enfermo o accidentado en el extranjero precise, por esta causa, algún medicamento de interés vital que no pueda ser obtenido en el lugar donde se encuentre y siempre que el mismo no esté prescrito con anterioridad al viaje, AURA S.A. organizará a su cargo el envío del medicamento desde España o desde el país más próximo donde pueda ser obtenido, siempre que las normas en materia sanitaria y farmacéutica del país donde se encuentre el Asegurado permitan su entrada en el mismo.

10.10 - CONSULTA MÉDICA A DISTANCIA DESDE EL EXTRANJERO

Si el Asegurado necesita durante su viaje en el extranjero una consulta médica que le sea imposible obtener localmente, podrá recurrir telefónicamente a la CENTRAL DE ASISTENCIA, que, a través de sus servicios médicos, le facilitará la información de carácter orientativo precisa, sin que pueda establecerse diagnóstico a causa de ella.

10.11 - SERVICIO DE INFORMACIÓN PARA VIAJES AL EXTRANJERO

A través de la CENTRAL DE ASISTENCIA, el Asegurado podrá obtener información de orden administrativo o médico importante antes de iniciar su viaje al extranjero, tal como pasaportes, visados de entrada en el país de destino, vacunas exigibles, aduana, moneda, tipos de cambio y otros servicios.

10.12 - ANTICIPO DE FIANZA JUDICIAL EN EL EXTRANJERO

Si al Asegurado, como consecuencia de un procedimiento judicial instruido por un accidente de circulación, se le exige el depósito de una fianza, AURA S.A. le concederá un anticipo equivalente al importe de la fianza exigida por las autoridades competentes, **hasta 7.515 euros o su contravalor por Asegurado procesado o detenido.** Así mismo, y en este supuesto, AURA S.A. anticipará los honorarios de abogado **hasta un límite de 1.505 euros o su contravalor.**

En ambos casos AURA S.A. se reserva el derecho de solicitar al Asegurado aval o garantía que le asegure el cobro del anticipo.

10.13 - DEPÓSITO DE FIANZA POR HOSPITALIZACIÓN EN EL EXTRANJERO

Cuando debido a una enfermedad grave o accidente en el extranjero, el Asegurado precise ser hospitalizado, AURA S.A. hará el depósito de la fianza que la administración del centro hospitalario que lo tenga establecido le solicite, **hasta el límite garantizado en la cobertura Quinta de este artículo.**

10.14 - TRANSMISIÓN DE MENSAJES URGENTES

AURA S.A. tendrá a disposición de los Asegurados el servicio telefónico permanente de la CENTRAL DE ASISTENCIA para transmitir los mensajes urgentes relativos a las incidencias sobre riesgos cubiertos por presentes Garantías.

10.15 - SERVICIO DE ORIENTACIÓN Y CONEXIÓN CON PROVEEDORES FUNERARIOS

En el caso de que el tomador o un asegurado lo solicite, Aura Seguros podrá incluir en la póliza de seguros como *familiar beneficiario* a aquel familiar que por razón de su edad o estado de salud, no pudiera ser asegurado.

Aura Seguros prestará el SERVICIO DE ORIENTACIÓN Y CONEXIÓN CON PROVEEDORES FUNERARIOS para la realización de un servicio al *familiar beneficiario* fallecido, siendo por cuenta del tomador o del asegurado el coste del servicio funerario.

RIESGOS EXCLUIDOS PARA TODAS LAS COBERTURAS

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

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

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

La cobertura Quinta no será de aplicación en los siguientes casos:

- g) Cuando los gastos médicos sean derivados de tratamientos prescritos en España.
- h) Cuando los gastos médicos correspondan a recaídas de enfermedades o accidentes ocurridos con anterioridad al inicio del viaje o a enfermedad mental.
- i) Tratamientos termales.
- j) Los derivados del seguimiento del embarazo, inclusive parto y puerperio, excepto alteraciones patológicas agudas e imprevistas.
- k) Los derivados de adquisición, implantación o sustitución de prótesis.
- l) Los derivados de ingesta o consumo de estupefacientes, bebidas alcohólicas o medicamentos no prescritos por facultativo competente.

Artículo 11º - TANATORIO

El Asegurador garantiza la prestación del servicio de tanatorio, siempre que exista disponibilidad del mismo, con el límite del valor Asegurado en las condiciones particulares de la póliza, al ocurrir el fallecimiento de cualquiera de los Asegurados de acuerdo con las siguientes estipulaciones:

Si por causa de fuerza mayor no se pudiese facilitar esta garantía o los derechohabientes del Asegurado fallecido renunciasen voluntariamente a ello, como asimismo, si el valor fuese mayor al previsto, el Asegurador pagará la indemnización contratada para esta garantía.

Artículo 12º – INCINERACIÓN

Ocurrido el fallecimiento de alguno de los Asegurados incluidos en la póliza y que tengan contratada esta cobertura, el Asegurador gestionará la incineración del cadáver del finado en la planta más cercana al lugar del fallecimiento, siempre que por parte de los familiares se autorice y no medie impedimento de las autoridades competentes, afrontando los costes hasta el límite señalado para esta cobertura que figura en las condiciones particulares de la póliza.

Artículo 13º - NICHOS FAMILIAR

El Asegurador, cuando ocurra el fallecimiento de un Asegurado de esta póliza, que sea el primero en fallecer, y siempre que la misma se halle en plena vigencia y, por tanto, en vigor los derechos de los Asegurados, gestionará y sufragará la concesión de un nicho en el cementerio de la localidad que figura como domicilio en la presente póliza, a nombre del familiar que se designe, así como sus correspondientes gastos, cumpliendo las ordenanzas municipales o parroquiales que regulan estos servicios, hasta el límite señalado para esta cobertura que figura en las condiciones particulares de la póliza.

En caso de no ser posible la adquisición del nicho en propiedad de forma indefinida por estar de esta forma establecido en el municipio, AURA S.A. gestionará la concesión de un nicho temporal según las normas municipales vigentes, por el plazo máximo de concesión establecido, hasta el límite señalado para esta cobertura que figura en las condiciones particulares de la póliza.

Adquirido el nicho en la forma anteriormente expresada, los restantes Asegurados incluidos en esta póliza, si se quiere usar el servicio estipulado, deberán ser inhumados en el mismo nicho en que lo fue el primer fallecido. Si esto no fuera posible, por no autorizarse su apertura como consecuencia de razones legales, el Asegurador gestionará y sufragará la concesión de sepultura temporal, por el primer plazo de inhumación, a nombre del familiar que se designe, para inhumar al Asegurado fallecido, hasta que pueda ser trasladado al nicho familiar, por haberse autorizado su apertura, siendo los gastos de este traslado por cargo y cuenta de los familiares del fallecido.

En caso de que el Asegurado con derecho a ser inhumado en nicho familiar falleciese fuera del término municipal consignado como domicilio en la presente póliza, y no sea trasladado, tendrá derecho a sepultura temporal en el lugar del fallecimiento, en cuyo caso el Asegurador gestionará y sufragará su concesión a nombre del familiar que se designe.

Se reconoce como equivalencia económica del derecho a la temporalidad del nicho familiar, la que a la firma de este suplemento se consigna en el mismo, y conforme a la cual se fija la prima correspondiente y, en su consecuencia, si posteriormente el valor del nicho contratado sufriera aumento o disminución, se le notificará al Tomador del seguro la nueva prima que en lo sucesivo habría de abonar. **En el supuesto de que sufriera incremento y no fuera aceptado, seguiría pagando la prima convenida, y al fallecimiento del primer Asegurado que hubiese de ser inhumado en el nicho contratado, el Asegurador quedaría liberado de esa obligación mediante el pago de la cantidad antes fijada como equivalencia del nicho quedando rescindido automáticamente el presente suplemento y reducida la prima del seguro en la parte correspondiente.**

La cobertura de este seguro tomará efecto en la fecha que se determine en esta garantía, cuando haya sido firmado el mismo por las partes contratantes y el Tomador del seguro, salvo pacto en contrario, haya pagado la prima correspondiente al mismo.

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

Artículo 14º - NICHOS INDIVIDUALES

De tenerse contratada la garantía de Nicho, el Asegurador, al ocurrir el fallecimiento de cada uno de los Asegurados comprendidos en las condiciones particulares, una vez cumplidas las normas municipales vigentes, gestionará y sufragará la concesión de un nicho de propiedad a nombre del familiar que sea designado, hasta el límite señalado para esta cobertura que figura en las condiciones particulares de la póliza.

Si después de haber inhumado uno de los Asegurados inscritos, ocurriera una nueva defunción, y si los familiares así lo prefieren, el fallecido en segundo término será enterrado en el nicho utilizado anteriormente y percibirán por renuncia al correspondiente nicho el valor de la cobertura que por Asegurado se fija en las condiciones particulares.

En el supuesto de ser los nichos de propiedad municipal, y no se tuviese disponible ninguno de la clase contratada, el Asegurador abonará a los familiares el valor de la cobertura que se fija por el Asegurado en las condiciones particulares, quedando libre de toda otra obligación.

En caso de no ser posible la adquisición del nicho en propiedad de forma indefinida por estar de esta forma establecido en el municipio, AURA S.A. gestionará la concesión de un nicho temporal según las normas municipales vigentes, por el plazo máximo de concesión establecido, hasta el límite señalado para esta cobertura que figura en las condiciones particulares de la póliza.

De existir disponibilidad en el cementerio designado por el Tomador en las condiciones particulares, siempre y cuando se optado por la incineración de los restos mortales, se podrá disponer de un columbario cinerario.

Artículo 15º - SEGURO DE HOSPITALIZACIÓN POR INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Y PARTO

15.1 - AURA S.A., abonará las indemnizaciones diarias contratadas en este suplemento, a los Asegurados incluidos en la póliza de defunción, a partir de la fecha fijada de adquisición de este derecho, cuando sean sometidos a una intervención quirúrgica, **excepto cuando dicha intervención se haya programado dentro de los 30 días anteriores a la fecha de contratación.**

15.2 - Serán indemnizables cuantas operaciones se efectúen, tanto por causa de enfermedad o por accidente, siempre que el Asegurado se encuentre internado en un sanatorio, hospital, clínica, o establecimiento sanitario análogo.

15.3 - Asimismo AURA S.A., abonará a sus Asegurados comprendidos en la Póliza, la indemnización para parto fijada en este suplemento, cuando den a luz sea el parto normal o distócico, y sea cual fuere el lugar donde se produzca.

15.4 - **La hospitalización en cualquier establecimiento asistencial para dar a luz, sólo da derecho a la indemnización por parto convenida. Para el caso de que el parto sea a través de cesárea, la asegurada, podrá elegir, si tiene contratada la garantía de intervención quirúrgica, la indemnización que resulte más beneficiosa para la misma.**

15.5 - **El derecho al percibo de la indemnización por parto tendrá un plazo de carencia de 9 meses a partir de la fecha de contratación.**

15.6 - **Las indemnizaciones se empezarán a devengar desde el día que se practique la intervención quirúrgica en el centro hospitalario, hasta la fecha en que abandone el establecimiento clínico, contados en función del número de pernoctaciones en dicho centro hospitalario. Se establece un límite de percepción de la indemnización por un plazo de NOVENTA días, satisfechos los cuales cesa la responsabilidad del Asegurador. Asimismo, para tener derecho a la indemnización por internamiento que tenga como causa la misma dolencia, será preciso que transcurran tres meses entre cada internamiento.**

La indemnización por parto se devengará por cada uno de ellos en el momento que se produzca, y aunque el recién nacido no sobreviva.

15.7 - El Asegurado interesado o sus familiares comunicarán a la Compañía el ingreso en el Centro Asistencial donde será intervenido, dentro de las cuarenta y ocho horas siguientes a su internamiento.

15.8 - La indemnización por parto se abonará previa presentación de certificado expedido por el tocólogo o comadrona que asistió a la parturienta.

Artículo 16º GARANTÍA COMPLEMENTARIA DE SERVICIO DE TRÁMITES Y CONSULTA TELEFÓNICA

16.1 - EXTENSIÓN DE LA GARANTÍA

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

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

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

16.2 - OBJETO DE LA GARANTÍA

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

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

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

16.3 - COBERTURAS

a) SERVICIO DE TRÁMITES

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

b) CONSULTA TELEFÓNICA

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

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

Artículo 17º GARANTÍA COMPLEMENTARIA MÉDICO-ASISTENCIAL

17.1 - EXTENSIÓN DE LA GARANTÍA

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

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

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

17.2 - COBERTURAS

a) Orientación telefónica sobre temas de salud

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

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

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

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

b) Acceso a la red de profesionales médicos y centros sanitarios

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

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

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

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

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

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

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

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

Artículo 18º - SERVICIO COMPLEMENTARIO DE TELEMEDICINA

18.1 - OBJETO DEL SERVICIO

El presente servicio complementario es de aplicación a los Asegurados de la Póliza de Decesos correspondiente, **siempre que se especifique como contratada en las Condiciones Particulares de la misma.**

Este servicio complementario sólo será efectivo mientras la Póliza de Decesos de la que forma parte se encuentre en vigor y al corriente de pago de las primas.

El no hacer uso del presente servicio no dará derecho a indemnización alguna.

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

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

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

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

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

18.2 - SERVICIOS CUBIERTOS

- Video-llamada para consultas de medicina general las 24 horas de todos los días de la semana.

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

- Medicina General (servicio las 24 horas, todos los días de la semana).
- Pediatría (servicio de lunes a viernes desde las 9:00 a las 22:00).
- Nutrición y Dietética (servicio de lunes a viernes de 9:00 a 22:00).
- Ginecología (servicio de lunes a jueves de 9:00 a 13:00 y de 15:00 a 19:00 y los viernes de 9:00 a 13:00).
- Cardiología (servicio de lunes a viernes de 10:00 a 14:00).
- Psicología (servicio de lunes a viernes de 9:00 a 20:00).
- Entrenadores personales (servicio de lunes a viernes de 8:00 a 12:00 y de 15:00 a 19:00).
- Sexología (servicio de lunes a viernes 4 horas de 9:00 a 20:00).
- Alergología (servicio de lunes a viernes de 15:30 a 19:30).

- Historial Médico:

- El paciente dispondrá de un repositorio digital donde quedará almacenado su historial clínico con las patologías, medicaciones e informes de los facultativos para una mejor praxis del cuadro médico proveedor del servicio de telemedicina de **MeetingDoctors** con acceso al paciente.

18.3 - NATURALEZA Y ALCANCE DEL SERVICIO DE VIDEO-LLAMADA Y CHAT (TELE-CONVERSACIÓN):

El servicio de chat (tele-conversación) y video-llamada médico, es decir, las respuestas a las consultas, se realizará siguiendo las siguientes pautas recomendadas por el Consejo General de Colegios Oficiales Médicos:

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

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

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

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

18.4 - TIEMPOS DE RESPUESTA:

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

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

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

Artículo 19º - SEGURO DE ACCIDENTES

19.1 - OBJETO Y GARANTÍAS DEL SEGURO

Por el presente contrato el Asegurador, en caso de un accidente, se obliga a pagar al Beneficiario las indemnizaciones pactadas en las condiciones particulares para los supuestos de invalidez permanente o muerte del Asegurado.

19.2 - NO SON ASEGURABLES:

- a) Las personas menores de catorce años, los incapacitados ni los mayores de setenta años en la fecha de efecto del seguro.
- b) Las personas ciegas, sordas, paralíticas, epilépticas, diabéticas, hemofílicas, así como las que han padecido o padecen ataques de apoplejía o son adictas a las drogas y en general, todas aquellas personas afectadas por defectos graves o enfermedades crónicas.

Quedan excluidos del seguro:

- a) Los accidentes provocados intencionadamente por el Asegurado, incluyendo suicidio o su tentativa.
- b) Las irradiaciones radiactivas o las consecuencias de la energía nuclear.
- c) Los accidentes producidos como consecuencia de participación en carreras, apuestas, competiciones y sus entrenamientos, y en general, a raíz de cualquier acto temerario o arriesgado, así como los producidos como consecuencia de la práctica de deportes profesionales en general.
- d) Las consecuencias de los fenómenos de la naturaleza, excepto el rayo, y los ocasionados por guerras, tumultos o desórdenes públicos.
- e) Las consecuencias de perturbación mental, toxicomanía o embriaguez.
- f) Los accidentes cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros.
- g) Asimismo quedan excluidos de la cobertura de esta póliza, salvo que expresamente se incluyan en las condiciones particulares, y, en su caso, se abone la sobreprima correspondiente, la utilización de motocicletas, ascensiones a alta montaña, pesca submarina con o sin empleo de aparatos de oxígeno y vuelo de ala delta.
- h) No se considerarán accidentes el infarto de miocardio, accidentes vasculares de cualquier tipo, ni enfermedades profesionales.
- i) Esfuerzos en general, hernias y las consecuencias de operaciones quirúrgicas o tratamientos médicos, salvo que deriven de accidente.
- j) Duelos desafíos y riñas, salvo en los casos de legítima defensa y salvamento de bienes o personas.
- k) Los accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha de efecto de la presente póliza, aún cuando sus consecuencias pudieran manifestarse después.
- l) Actos de imprudencia temeraria o negligencia grave del Asegurado, como así también los derivados de su participación en actos delictivos.
- m) Enfermedades infecciosas o de cualquier naturaleza, desvanecimiento, síncope, infartos, ataques de apoplejía, epilepsia y en general, los accidentes originados por cualquier clase de pérdida del conocimiento o de las facultades mentales, salvo que se deriven de un accidente tal como está definido en las condiciones de esta póliza.
- n) Intoxicación o envenenamiento por la ingestión de productos alimenticios.

19.3 - ÁMBITO DEL SEGURO

El seguro es valedero en todo el mundo siempre que la residencia habitual del Asegurado se halle en territorio español. En caso de trasladar su residencia al extranjero deberá comunicarlo al Asegurador, quién decidirá sobre la procedencia de anular la póliza, previo extorno de la parte de prima no consumida o de su continuación en vigor. Las estancias en el extranjero que no supongan cambio de residencia, de preverse superiores a tres meses de duración, deberán comunicarse con antelación al Asegurador. La cobertura en el extranjero de los gastos de asistencia sanitaria se limitará, en todo caso a la señalada en las condiciones particulares de la póliza.

19.4 - INDEMNIZACIONES

El Tomador del seguro, el Asegurado o el Beneficiario, deberán comunicar al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro del plazo máximo de treinta días desde que le es conocido.

Si a consecuencia de accidente cubierto por la póliza fallece el Asegurado, el Asegurador pagará el capital Asegurado, al Beneficiario, previa presentación por éste de los siguientes documentos:

- a) En caso de muerte:
 - Informe de autopsia suscrito por el médico forense que la realice, informe de tóxicos o patología si se solicitaron por parte del médico forense y en su caso informe atestado de la fuerza instructora si la hubiese, donde consten las circunstancias del accidente.
 - Certificado del acta de nacimiento.
 - Certificado de inscripción de defunción en el Registro Civil.
 - Documentos que acrediten la personalidad y, en su caso la condición de Beneficiario.
 - Carta de exención del Impuesto de Sucesiones o de la liquidación del mismo.

b) En caso de invalidez permanente:

- Un informe detallado del médico que trate o haya tratado al accidentado, indicando el origen, causa, desarrollo, duración y grado de incapacidad del accidentado, así como el dictamen del Equipo Valorador de Incapacidades del Servicio Público de Salud con su correspondiente resolución.

La suma asegurada representa el límite máximo de la indemnización a pagar por el Asegurador en cada siniestro.

El pago del capital Asegurado se efectuará de acuerdo con las normas siguientes:

a) En caso de muerte por accidente del Asegurado, ya sea inmediata o en el plazo de un año desde la fecha del accidente, y a consecuencia de éste, salvo que la muerte se demuestre que ha sucedido transcurrido el año y sin exceder de cinco, como consecuencia del accidente, y se pruebe debidamente, el Asegurador pagará al Beneficiario el capital Asegurado para este caso en las condiciones particulares de esta póliza.

Todos los pagos que el Asegurador tenga efectuados por un mismo siniestro, por invalidez permanente total o parcial, se considerarán como anticipos sobre el capital a pagar en el caso de muerte a consecuencia del mismo siniestro, y por tanto, se deducirá del mismo.

b) En caso de invalidez permanente del Asegurado, cubierta por las garantías de este seguro, y determinada de manera definitiva y en forma irreversible en el plazo de un año, contando desde la fecha del accidente, salvo que la invalidez se demuestre que ha transcurrido el año y sin exceder de cinco, como consecuencia del accidente, y se pruebe debidamente, el Asegurador pagará al Asegurado el capital resultante de aplicar sobre el capital pactado en la póliza los siguientes porcentajes.

	Derecho	Izquierdo
1. Pérdida total de ambos brazos, o de ambas manos, o de ambas piernas o ambos pies, o de un brazo y una pierna o de una mano y un pie.	100%	
2. Parálisis completa.....	100%	
3. Ceguera total.....	100%	
4. Enajenación mental.....	100%	
5. Pérdida total un brazo o de una mano.....	60%	50%
6. Pérdida total del movimiento del hombro.....	20%	15%
7. Pérdida total del movimiento de la muñeca.....	15%	10%
8. Pérdida total del dedo pulgar.....	16%	11%
9. Pérdida total del dedo índice.....	13%	8%
10. Pérdida total del meñique.....	10%	5%
11. Pérdida total del dedo medio o anular.....	8%	3%
12. Pérdida total de una pierna o un pie.....	50%	
13. Pérdida total del dedo gordo del pie.....	5%	
14. Pérdida total de cualquier otro dedo del pie.....	3%	
15. Amputación parcial de un pie comprendidos todos los dedos.....	40%	
16. Fractura no consolidada de una pierna o un pie.....		25%
17. Pérdida total del movimiento de una cadera o de una rodilla.....		20%
18. Acortamiento de por lo menos 15 centímetros de un miembro inferior....		15%
19. Pérdida total de un ojo o reducción a la mitad de la visión binocular.....		30%
20. Sordera completa de los dos oídos.....		60%
21. Sordera completa de un oído.....		15%
22. Ablación de la mandíbula inferior.....		30%
23. Pérdida total del movimiento de la columna cervical.....		20%
24. Pérdida total del movimiento de la columna lumbar.....		15%

1) En los casos de disminución funcional de un órgano o extremidad, los porcentajes arriba indicados se reducirán en proporción al grado de funcionalidad perdida.

2) En los casos de pérdida orgánica o funcional de más de un miembro o facultad del Asegurado, la indemnización a pagar se establecerá por suma de los porcentajes correspondientes a cada lesión particular, sin que la misma pueda exceder en ningún caso del capital pactado por la invalidez permanente.

3) Por cada falange de los dedos sólo se considera invalidez permanente la pérdida total, y la indemnización se determina: por la pérdida de una falange del dedo pulgar o del dedo gordo del pie, la mitad, por la pérdida de la falange de cualquier otro dedo, un tercio, del porcentaje establecido para la pérdida total del respectivo dedo.

4) Otros casos de invalidez permanente no enunciados en el cuadro que antecede, serán indemnizados según sus efectos sobre el Asegurado y, en todo caso, independientes de su profesión.

5) La determinación del grado de invalidez que derive del accidente se efectuará después de la presentación del certificado médico de incapacidad.

El Asegurador notificará por escrito al Asegurado la cuantía de la indemnización que le corresponda, de acuerdo con el grado de invalidez que deriva del certificado médico y de los baremos fijados en la póliza.

Si el Asegurado no aceptase la proposición del Asegurador en lo referente al grado de invalidez, las partes se someterán a peritación contradictoria de acuerdo a las normas reguladas en la Ley de Contrato de Seguros.

La indemnización que tenga que pagar el Asegurador en cumplimiento de este contrato de seguro, será hecha efectiva al contado, en el plazo siguiente:

- a) En caso de muerte del Asegurado en el plazo de los cinco días siguientes a la fecha en que se reciban los documentos que se señalan en el artículo 17.4, que acredite que el fallecimiento del Asegurado ha ocurrido por un accidente cubierto por este seguro.
- b) En caso de invalidez, dentro de los cinco días siguientes a la fecha en que se reciba la conformidad del Asegurado a la proposición del Asegurador sobre el grado de invalidez o desde la fecha en que el dictamen pericial sea inatacable.

En cualquier supuesto el Asegurador 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 el Asegurador pueda deber, según las circunstancias por él conocidas.

Artículo 20º - GARANTÍA COMPLEMENTARIA DE CAPITAL PERSONALIZABLE

20.1 - EXTENSIÓN DE LA GARANTÍA

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

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

El no hacer uso de las presentes coberturas dará derecho al abono al Beneficiario designado, del capital establecido en las condiciones particulares de la póliza para la presente garantía.

20.2 - COBERTURAS

Mediante esta garantía, el Asegurador pondrá un conjunto de servicios adicionales a elección del Tomador, con el objeto de que se lleven a cabo como consecuencia del fallecimiento del Asegurado.

El Asegurador establecerá para el servicio, o los servicios, seleccionados por el Tomador, **un capital Asegurado como límite máximo de la prestación.**

20.3 - INTERLOCUTOR DESIGNADO

El Tomador de la póliza, podrá designar a un interlocutor, de entre los Beneficiarios de la póliza, que figurará en las condiciones particulares, cuya función será, en el momento en que se ocasione la realización del servicio seleccionado, servir de enlace y representante único entre el Asegurador y los Beneficiarios designados en la póliza.

20.4 - CONDICIONES DE REALIZACIÓN DEL SERVICIO

La realización del servicio seleccionado se encontrará condicionada a su disponibilidad en el lugar y en el momento de su realización, por lo que de no llevarse a efecto, el Asegurador se compromete a abonar los Beneficiarios designados, el importe establecido en las condiciones particulares de la póliza para la presente cobertura.

El interlocutor designado en las condiciones particulares, tendrá capacidad para modificar las condiciones del servicio seleccionado, en el momento en que se ocasione su realización, **siempre dentro del límite máximo del capital Asegurado establecido en las condiciones particulares, para la presente garantía.**

En caso de que, como consecuencia de la modificación del servicio seleccionado, el coste de la realización del mismo, supere el capital Asegurado para la presente garantía que figure en las condiciones particulares de la póliza, el exceso de la suma asegurada sobre el coste del servicio prestado por el Asegurador corresponderá a los Beneficiarios designados.

El interlocutor designado en las condiciones particulares, podrá solicitar al Asegurador, el abono del importe del capital Asegurado para la presente cobertura, a los Beneficiarios designados, quedando liberado el Asegurador de la realización del servicio seleccionado inicialmente por el Tomador de la póliza que figure en las condiciones particulares.

El interlocutor designado en las condiciones particulares, podrá renunciar a la realización del servicio seleccionado por parte del proveedor que le proponga el Asegurador y llevarlo a cabo con otro distinto, en tal caso, serán por cuenta del Asegurador, **con el límite del capital Asegurado**, las facturas presentadas por el interlocutor designado, como prueba de realización del servicio seleccionado.

VI. OTRAS DISPOSICIONES

Artículo 21º - COBERTURA DE RIESGOS EXTRAORDINARIOS

Esta cobertura sólo será aplicable como complemento a la garantía de Fallecimiento o Invalidez Absoluta y Permanente por Accidente.

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, 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 o en el extranjero, cuando el Asegurado tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el Consorcio de compensación de Seguros cuando el Tomador hubiese satisfecho los correspondientes recargos a su favor y se produjera alguna de las siguientes situaciones:

- a) Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por la póliza de seguro contratada con la entidad Aseguradora.

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

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

Resumen de las Normas Legales

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

- a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos; inundaciones extraordinarias, incluidas las producidas por 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 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.

Los fenómenos atmosféricos y sísmicos, de erupciones volcánicas y la caída de cuerpos siderales se certificarán, a instancia del Consorcio de Compensación de Seguros, mediante informes expedidos por la Agencia Estatal de Meteorología (AEMET), el Instituto Geográfico Nacional y los demás organismos públicos competentes en la materia. En los casos de acontecimientos de carácter político o social, así como en el supuesto de daños producidos por hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas o Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz, el Consorcio de Compensación de Seguros podrá recabar de los órganos jurisdiccionales y administrativos competentes información sobre los hechos acaecidos.

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 12/2011, de 27 de mayo, sobre responsabilidad civil por daños nucleares o producidos por materiales radiactivos.
- e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el apartado 1.a) anterior 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 de los señalados en el apartado 1.b) anterior.
- g) Los causados por mala fe del Asegurado.
- h) Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.
- i) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de «catástrofe o calamidad nacional».

3. Extensión de la cobertura

1. La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y las mismas sumas aseguradas que se hayan establecido en las pólizas de seguro a efectos de la cobertura de los riesgos ordinarios.

2. 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 de Compensación de Seguros se referirá al capital en riesgo para cada Asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que la entidad Aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad Aseguradora.

Procedimiento de actuación en caso de siniestro indemnizable por el Consorcio de Compensación de Seguros

1. La solicitud de indemnización de daños cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros, se efectuará mediante comunicación al mismo por el Tomador del seguro, el Asegurado o el beneficiario de la póliza, o por quien actúe por cuenta y nombre de los anteriores, o por la entidad Aseguradora o el mediador de seguros con cuya intervención se hubiera gestionado el seguro.

2. La comunicación de los daños y la obtención de cualquier información relativa al procedimiento y al estado de tramitación de los siniestros podrá realizarse:

- Mediante llamada al Centro de Atención Telefónica del Consorcio de Compensación de Seguros (952 367 042 ó 902 222 665).

- A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (www.consorseguros.es).

3. Valoración de los daños: La valoración de los daños que resulten indemnizables con arreglo a la legislación de seguros y al contenido de la póliza de seguro se realizará por el Consorcio de Compensación de Seguros, sin que éste quede vinculado por las valoraciones que, en su caso, hubiese realizado la entidad Aseguradora que cubriese los riesgos ordinarios.

4. Abono de la indemnización: El Consorcio de Compensación de Seguros realizará el pago de la indemnización al Beneficiario del seguro mediante transferencia bancaria.

Artículo 22º - TRATAMIENTO AUTOMATIZADO DE DATOS PERSONALES

De conformidad con lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos de Personales y garantía de los derechos digitales y por el Reglamento UE 2016/679 General de Protección de Datos, le informamos de que Aura Seguros es el responsable de los tratamientos de los datos de carácter personal. Puede contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección de correo electrónico datos@auraseguros.com

Los datos personales tratados se emplearán para la celebración y ejecución del contrato de seguro, la realización de encuestas de calidad, la prevención del fraude en el seguro y sobre blanqueo de capitales, el envío de comunicaciones comerciales. La legitimación para el tratamiento proviene del cumplimiento del contrato, del consentimiento del interesado, de la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro, la Ley 20/2015, de Ordenación, Supervisión y Ordenación de las Entidades Aseguradoras, de la Ley 10/2010, de prevención del blanqueo de capitales y de la financiación del terrorismo y sus respectivas normativas de desarrollo. Cuando finalice el contrato de seguro, se conservarán los datos personales bloqueados durante el periodo legalmente establecido.

Los datos personales podrán ser comunicados a aquellos terceros necesarios para poder cumplir las obligaciones que se derivan del contrato de seguro.

El interesado podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad y oposición mediante solicitud dirigida a Aura Seguros en la dirección de correo electrónico datos@auraseguros.com, por el Servicio de Atención al Asegurado, en el número de fax 934663908 o entregarla o enviarla por correo postal en cualquiera de las sedes o delegaciones.

La autoridad nacional de control competente es la Agencia Española de Protección de Datos.

Puede consultar esta información ampliada en nuestra web <http://www.auraseguros.com/rgpd/>

Artículo 23º - DEBER DE INFORMACIÓN AL TOMADOR DEL SEGURO

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 el artículo 122 del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, la Compañía informa de que:

- Aura S.A. de Seguros es una compañía autorizada para ejercer la actividad aseguradora con la clave C0016. Su domicilio social se encuentra sito en Valencia, avenida del Cid número 75 puerta 3ª y su forma jurídica es la de sociedad anónima.
- El órgano de control de la actividad aseguradora es la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. El correspondiente Estado miembro del Espacio Económico Europeo de origen y prestación de servicios es ESPAÑA
- La legislación aplicable a este contrato de seguro será la relacionada en el apartado I PRELIMINAR de estas Condiciones Generales.
- Aura Seguros cuenta con un Servicio de Atención al Cliente al que el interesado podrá dirigir sus quejas y reclamaciones. Su estatuto y el procedimiento a seguir están regulados en el "Reglamento de Atención al Cliente de Aura S.A. de Seguros", de conformidad con la Orden Ministerial ECO/734/2004.

Sus decisiones son vinculantes para la compañía. En el caso de que el interesado no esté conforme con las mismas, puede ejercitar sus derechos ante los Juzgados y Tribunales, recurrir a otros medios de resolución de conflictos y a la protección administrativa correspondiente. Para poder acudir al servicio de reclamaciones de la dirección general de seguros y fondos de pensiones, es preceptiva la acreditación de haber formulado la queja o reclamación ante el servicio de atención al cliente de la compañía.

MANIFESTACIÓN DEL TOMADOR DEL SEGURO

El Tomador del Seguro de esta póliza reconoce haber recibido, con anterioridad a la celebración del contrato, toda la información requerida en el artículo 104 a 107 del Reglamento a la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.

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



José Martínez Talavera
CONSEJERO DELEGADO

EL TOMADOR DEL SEGURO

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

