



PLANVIDA SINGLE

SEGURO DE VIDA TEMPORAL ANUAL RENOVABLE



CONDICIONES GENERALES

santalucía
■ ■ ■ ■ ■ SEGUROS ■ ■ ■ ■ ■

ÍNDICE		Página
DISPOSICIONES GENERALES		
Artículo Preliminar – Bases del contrato		2
Artículo 1 – Definiciones		3
OBJETO Y EXTENSIÓN DEL SEGURO		
Artículo 2 – Objeto del Seguro		4
Artículo 3 – Riesgos Excluidos		4
PERFECCIÓN, TOMA DE EFECTO Y DURACIÓN DEL CONTRATO Y DERECHO DE DESISTIMIENTO		
Artículo 4 – Perfección y Toma de efecto		5
Artículo 5 – Duración del Contrato		5
Artículo 6 – Derecho de Desistimiento		5
INDISPUTABILIDAD		
Artículo 7		6
TRAMITACIÓN DE SINIESTROS		
Artículo 8 – Tramitación de siniestros		6
OTRAS DISPOSICIONES		
Artículo 9 – Extravío o destrucción de la póliza		8
Artículo 10 – Cambio de Beneficiario, cesión y pignoración de la póliza		8
Artículo 11 – Rehabilitación de la póliza		9
DISPOSICIONES FINALES		
Artículo 12 – Comunicaciones		9
Artículo 13 – Ley aplicable		9
Artículo 14 – Riesgos Extraordinarios. Consorcio de Compensación de Seguros ...		9
CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS		
Cláusula de indemnización de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios acaecidos en España		11

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo Preliminar. BASES DEL CONTRATO

1. La presente póliza ha sido contratada sobre la base de las declaraciones formuladas por el Tomador del seguro o el Asegurado en la solicitud-cuestionario que le ha sido sometido y que motivan la aceptación del riesgo por parte del Asegurador, con la asunción, por su parte, de las obligaciones derivadas del contrato a cambio de la prima correspondiente.
2. El Tomador del seguro o, en su caso, el Asegurado, tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al Asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si el Asegurador no le somete cuestionario o cuando, aún sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.

La variación, durante el curso del contrato, de las circunstancias declaradas y que no afecte al estado de salud del Asegurado, deben ser comunicadas al Asegurador.

El Tomador del seguro, el Asegurado o el Beneficiario, quedan obligados expresamente a comunicar al Asegurador cualquier modificación de la profesión habitual del Aseguradoan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.

3. La solicitud-cuestionario suscrita por el Tomador del seguro o el Asegurado y esta póliza constituyen un todo unitario fundamento del seguro, que sólo alcanza, dentro de los límites pactados, a los riesgos especificados en la misma.
4. Si el contenido de la póliza difiere de las cláusulas acordadas, el Tomador del seguro o el Asegurado 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.
5. En el supuesto de indicación inexacta de la fecha de nacimiento, 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.

Artículo 1. DEFINICIONES

En este contrato se entiende por:

1. **Asegurado:** La persona física titular del interés objeto del seguro y que, en defecto del Tomador, asume las obligaciones derivadas del contrato.
2. **Asegurador:** SANTA LUCIA, S.A., Compañía de Seguros y Reaseguros, que asume el riesgo contractualmente pactado.
3. **Beneficiario:** La persona o personas titulares del derecho a las prestaciones contratadas.

Si falleciese el Asegurado y no hubiere Beneficiario concretamente designado, o su designación fuese nula, la indemnización será satisfecha, por orden preferente y excluyente, a las personas que, con respecto al Asegurado fallecido, sean:

- Su cónyuge, siempre que no esté separado legalmente o de hecho.
- Sus hijos, a partes iguales. Si alguno hubiera fallecido, su parte la percibirán los hijos de éste y si no los hubiere, será repartida entre los hijos vivos del Asegurado.
- Los padres que le sobrevivan.
- Los abuelos que le sobrevivan.
- Los hermanos que le sobrevivan.
- A falta de todos los anteriores, los herederos legales del Asegurado fallecido.
- En su defecto, la indemnización formará parte del patrimonio del Tomador del seguro.

En el supuesto de que el Beneficiario cause dolosamente el siniestro, quedará nula la designación hecha a su favor.

4. **Póliza:** El documento que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integrante de la póliza: las Condiciones Generales, las Particulares y Especiales, en su caso, que individualizan el riesgo y los Suplementos y Apéndices que se emitan a la misma para complementarla o modificarla. Ninguno de estos documentos tendrán validez por separado.
5. **Prima:** El precio del seguro. El recibo contendrá, además, los recargos e impuestos que sean de legal aplicación.
6. **Tomador del seguro:** La persona que, junto con el Asegurador, suscribe este contrato y al que corresponden las obligaciones que del mismo se deriven, salvo las que, por su naturaleza, deban ser cumplidas por el Asegurado..

7. **Dependencia Severa:** Situación irreversible del Asegurado en la que necesite ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.
8. **Gran Dependencia:** Situación irreversible del Asegurado en la que necesite ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.

OBJETO Y EXTENSIÓN DEL SEGURO

Artículo 2. OBJETO DEL SEGURO

Dentro de los límites establecidos en las condiciones de esta póliza, el Asegurador garantiza el pago de las prestaciones convenidas en la misma, en caso de ocurrencia de los riesgos cuya cobertura se especifica en dichas condiciones, así como los previstos en las Condiciones Especiales de los Seguros Complementarios que se contraten.

Artículo 3. RIESGOS EXCLUIDOS

SALVO PACTO EN CONTRARIO, NO TIENEN COBERTURA LOS SINIESTROS DEBIDOS A LAS SIGUIENTES CAUSAS:

- a) El suicidio durante el primer año de vigencia del contrato. A estos efectos se entiende por suicidio la muerte causada consciente y voluntariamente por el propio Asegurado.
- b) Los producidos como consecuencia directa o indirecta de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.
- c) Los acaecidos en la navegación submarina o en viajes de exploración.
- d) Los ocurridos por el riesgo de aviación, salvo que el Asegurado realice los vuelos como simple pasajero en líneas comerciales regulares, vuelos "chárter" o, en general, en aparatos civiles provistos de un certificado de navegabilidad debidamente autorizado y tripulados por personas provistas del título de piloto necesario para ello.

Asimismo, quedan excluidas cuantas personas hagan del vuelo su profesión y ocupen una aeronave como integrantes de su tripulación por imperativo de las funciones que, respectivamente, tengan asignadas.

Tampoco quedan cubiertos los siniestros ocurridos como consecuencia de efectuar descensos en paracaídas, no exigidos por la situación del aparato.

e) A consecuencia de hechos derivados de conflictos armados, haya precedido o no declaración oficial de guerra, ni los derivados de riesgos extraordinarios.

PERFECCIÓN, TOMA DE EFECTO, DURACIÓN DEL CONTRATO Y DERECHO DE DESISTIMIENTO

Artículo 4. PERFECCIÓN Y TOMA DE EFECTO

El contrato se perfecciona por el consentimiento manifestado por la suscripción de la póliza por las partes contratantes. Las coberturas contratadas y sus modificaciones o adiciones no tomarán efecto mientras no haya sido satisfecho el recibo de prima, salvo pacto en contrario.

En caso de demora en el cumplimiento de cualquiera de ambos requisitos, las obligaciones del Asegurador comenzarán a las 24 horas del día en que hayan sido cumplimentados.

Artículo 5. DURACIÓN DEL CONTRATO

El presente seguro se contrata por el período de tiempo que se fija en las Condiciones Particulares de esta póliza.

Las garantías de esta póliza entran en vigor en la hora y fecha indicadas en las Condiciones Particulares, siempre que se encuentre perfeccionado el contrato en la forma estipulada en el Artículo anterior, y satisfecho el recibo de prima.

Las coberturas finalizan en la forma establecida en las Condiciones Particulares de esta póliza.

Artículo 6. DERECHO DE DESISTIMIENTO

El Tomador del seguro podrá resolver el contrato dentro del plazo de los 30 días siguientes a la fecha de entrega de la póliza, mediante comunicación a través de soporte duradero, disponible y accesible al Asegurador que permita dejar constancia de la notificación.

A estos efectos se considerará como fecha de entrega de la póliza la que figura en estas Condiciones Particulares.

La cobertura del riesgo por parte del Asegurador cesará a partir de la fecha en que se expida la comunicación a que se refiere el apartado anterior, teniendo derecho el

Tomador del seguro a que se le devuelva la parte de prima no consumida en el plazo de 30 días a contar desde la recepción por el Asegurador de dicha comunicación.

INDISPUTABILIDAD

Artículo 7.

El contrato será indisputable una vez haya transcurrido el plazo de un año –salvo plazo más breve convenido en las Condiciones Particulares– a contar desde la fecha de su perfección, a no ser que medie actuación dolosa del Tomador del seguro o concurra lo dispuesto en el apartado 5 del Artículo Preliminar de estas Condiciones Generales.

TRAMITACIÓN DE SINIESTROS

Artículo 8. TRAMITACIÓN DE SINIESTROS

1. OBLIGACIÓN DE COMUNICAR EL SINIESTRO

El Tomador del seguro o el Asegurado o el Beneficiario, deberá comunicar al Asegurador el acaecimiento del siniestro, dentro del plazo máximo de 7 días de haberlo conocido, salvo pacto contrario. Asimismo, deberá dar al Asegurador toda clase de información sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro.

2. DOCUMENTOS A ENTREGAR

En caso de ocurrencia del riesgo previsto en la póliza, el Tomador del seguro, el Asegurado o el Beneficiario deberá entregar al Asegurador los siguientes documentos:

Para siniestros de Muerte y Dependencia Severa o Gran Dependencia:

a) Fotocopia compulsada del Documento Nacional de Identidad o Número de Identificación de Extranjero en su caso, o de cualquier otro documento que acredite conforme a Derecho la identidad del Asegurado, salvo que ya hayan sido aportados.

b) La documentación legal exigible en ese momento a efectos tributarios.

Además, cuando el pago haya de hacerse en caso de vida del Asegurado:

c) Si no realiza el cobro personalmente, Fe de Vida del Asegurado o documento oficial sustitutorio, correspondiente a la fecha de terminación de este contrato, así como Poder suficiente.

Además, en caso de fallecimiento del Asegurado:

- d) Certificado literal de defunción.
- e) Certificado del médico que haya asistido al Asegurado indicando el origen, evolución y naturaleza de la enfermedad o accidente que le causó el fallecimiento o , en su caso, auto del Juzgado de Instrucción o Certificado de defunción del Registro Civil que acredite la causa de fallecimiento.
- f) Los documentos que acrediten la condición y personalidad de los Beneficiarios.
- g) En el caso de designación de los herederos legales o en cualquier otro caso en el que sea preciso para acreditar la condición de Beneficiarios, Certificado del Registro General de Actos de Última Voluntad, copia del último testamento, Acta de Notoriedad o Auto Judicial de Declaración de Herederos.

Además, en caso de invalidez absoluta y permanente del Asegurado:

- h) Certificado del médico que haya asistido al Asegurado, en el que se indique que padece una invalidez absoluta y permanente, así como la fecha de origen, evolución y naturaleza de la enfermedad o accidente causante de dicha invalidez.

Además, en caso de Dependencia Severa o Gran Dependencia del Asegurado:

- i) Resolución del órgano administrativo competente que reconozca al Asegurado una Dependencia Severa o Gran Dependencia.

Todos los justificantes documentales habrán de presentarse debidamente legalizados en los casos en que sea preciso acreditar su autenticidad.

3. COMPROBACIÓN Y DETERMINACIÓN DE LA INVALIDEZ, DEPENDENCIA O NATURALEZA DEL ACCIDENTE, EN LOS SEGUROS COMPLEMENTARIOS DE INVALIDEZ ABSOLUTA Y PERMANENTE, GRAN DEPENDENCIA O DEPENDENCIA SEVERA Y MUERTE POR ACCIDENTE.

La comprobación y determinación de la invalidez, dependencia o naturaleza del accidente se efectuará por el Asegurador después de la presentación de la documentación prevista en el apartado 2 anterior.

Si no hubiere acuerdo entre el Asegurador y el Asegurado o Beneficiario sobre el tipo de invalidez, dependencia o naturaleza del accidente, la determinación se someterá a la decisión de Peritos Médicos nombrados uno por cada parte, con la aceptación escrita de éstos. Si una de las partes no hubiera hecho la designación, estará obligada a realizarla en los 8 días siguientes a la fecha en que sea requerida por la que hubiera designado el suyo, y de no hacerlo en este último plazo, se entenderá que acepta el dictamen que emita el Perito de la otra parte, quedando vinculada por el mismo.

Si los Peritos Médicos llegan a un acuerdo, lo harán constar en acta conjunta, en la que se especificarán las causas del siniestro, si la invalidez es absoluta y permanente y el grado de dependencia del Asegurado.



Si no hay acuerdo, ambas partes designarán un tercer Perito de conformidad y, de no existir ésta, la designación se hará por el Juez de Primera Instancia del domicilio del Asegurado en acto de jurisdicción voluntaria y por los trámites previstos para la designación judicial de perito en la Ley de Enjuiciamiento Civil. En este caso, el dictamen pericial se emitirá en el plazo que señalen las partes o, en su defecto, en el de 30 días a partir de la aceptación de su nombramiento por el Perito tercero.

El dictamen de los Peritos, por unanimidad o por mayoría, se notificará a las partes de manera inmediata y de forma indubitada, siendo vinculante para éstas, salvo que se impugne por alguna de las partes, dentro del plazo de 30 días en el caso del Asegurador y 180 en el del Asegurado o Beneficiario, computados ambos desde la fecha de su notificación. Si no se interpusiese en dichos plazos la correspondiente acción, el dictamen pericial devendrá inatacable.

Cada parte satisfará los honorarios de su Perito Médico. Los del tercero y demás gastos que ocasione la intervención pericial, serán de cuenta y cargo por mitad del Asegurado o Beneficiario y del Asegurador. No obstante, si cualquiera de las partes hubiera hecho necesaria la peritación por haber mantenido una valoración del siniestro manifiestamente desproporcionada, será ella la única responsable de dichos gastos. Hasta que se decida de una manera definitiva la existencia de la invalidez o dependencia cubierta por este seguro, se deberán seguir pagando las primas que vayan venciendo, aplicándose, si no se hiciera, lo que se determina en la Ley de Contrato de Seguro para el caso de falta de pago de las primas. Si la decisión médica fuese favorable al Asegurado, estableciendo la existencia de la invalidez o dependencia cubierta por este seguro, el Asegurador reintegrará las primas pagadas desde el comienzo de la invalidez o dependencia. A estos efectos, la fijación de la fecha del comienzo de la invalidez o dependencia no podrá ser anterior a aquélla en que el Asegurado lo comunicó al Asegurador.

OTRAS DISPOSICIONES

Artículo 9. EXTRAVÍO O DESTRUCCIÓN DE LA PÓLIZA

En caso de extravío, robo o destrucción de la póliza, el Tomador del seguro o, en su defecto, el Asegurado o el Beneficiario, lo comunicará por escrito al Asegurador, quien, de acuerdo con las disposiciones legales vigentes, procederá a la emisión de un duplicado de la misma.

Artículo 10. CAMBIO DE BENEFICIARIO, CESIÓN Y PIGNORACIÓN DE LA PÓLIZA

La designación del Beneficiario o la revocación de ésta se podrá hacer constar en las Condiciones Particulares, o en una posterior declaración escrita al Asegurador, o

bien en testamento. La revocación deberá hacerse en la misma forma establecida para la designación.

El Tomador del seguro podrá, en todo momento, ceder o pignorar la póliza, siempre que no haya designado Beneficiario con carácter irrevocable. La cesión o pignoración de la póliza implica la revocación del Beneficiario.

El Tomador del seguro deberá comunicar fehacientemente por escrito al Asegurador la cesión o pignoración realizada.

Artículo 11. REHABILITACIÓN DE LA PÓLIZA

El seguro resuelto puede ser rehabilitado en las mismas condiciones en que se contrató, mediante el pago de las primas atrasadas, al interés máximo anual igual al legal del dinero más un punto, debiendo presentar el Asegurado las pruebas que a juicio del Asegurador sean suficientes y satisfactorias para demostrar que en el momento de la rehabilitación se halla en las condiciones de salud exigidas por éste para contratar esta modalidad de seguro.

DISPOSICIONES FINALES

Artículo 12. COMUNICACIONES

Todas las comunicaciones de las partes que intervienen en el contrato deberán efectuarse por escrito o por cualquier otro medio indubitado, que permita la verificación de la certeza de las fechas de envío y recepción, así como su contenido.

Artículo 13. LEY APLICABLE

La Ley española será la aplicable al presente contrato de seguro.

Artículo 14. RIESGOS EXTRAORDINARIOS. CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

Se indemnizarán por el Consorcio de Compensación de Seguros los siniestros de carácter extraordinario.

Se incorpora a continuación un resumen de las normas que regulan la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros:



LAS PRESENTES CONDICIONES GENERALES SOLO SERÁN VÁLIDAS SI VAN ACOMPAÑADAS DE LAS CONDICIONES PARTICULARES.

Hecho por duplicado y a un solo efecto en el lugar y fecha que figura en las Condiciones Particulares.

Leído y aceptado:
EL TOMADOR DEL SEGURO/ASEGURADO

El Asegurador:
santalucía
Director General



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

(Resolución de 28 de marzo de 2018 de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. B.O.E. nº 92, de 16 de abril de 2018)

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.

4. COMUNICACIÓN DE DAÑOS AL 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 (900 222 665 o 952 367 042).
- A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (www.consortseguros.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.

