

ASEGURADO**TIPO ESCOLAR
Nº ASEG.****CENTROS DE ENSEÑANZA****GARANTÍAS Y CAPITALES
ASEGURADOS**

FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE	6.000,00
INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA POR ACCIDENTE	6.000,00
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL POR ACCIDENTE HASTA	6.000,00
ASISTENCIA SANITARIA	

ESPECIFICACIONES**COBERTURA DE PRÓTESIS DENTALES**

Queda convenido que se incrementa el límite de cobertura previsto en Condiciones Generales para las prótesis dentales, hasta un máximo de 150 euros por pieza.

INCLUSIÓN DE PERNOCTACIONES

Se hace constar expresamente que queda derogada y sin efecto la cláusula de exclusión de la pernoctación.

CONDICIONES DE APLICACION GENERAL**TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL**

El Tomador consiente y autoriza expresamente el registro y tratamiento de los datos de carácter personal por MGS, Seguros y Reaseguros S.A. como responsable de los ficheros, quien garantiza que los mismos serán tratados en la forma prevista en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal. Igualmente le autoriza para que pueda ceder dichos datos al mediador, en su caso, y a otras entidades de seguros por razón del coaseguro de las pólizas.

Conforme a la normativa vigente, se hace constar que los datos o parte de ellos, así como los que se generen en caso de siniestro serán cedidos a Organismos Públicos o Privados relacionados con el sector asegurador con fines estadísticos, actuariales y de prevención del fraude en la selección de riesgos y en la liquidación de siniestros.

Con independencia de la formalización de la póliza, el tratamiento de dichos datos tendrá además la finalidad de informarle sobre los productos y servicios financieros o de seguros, relacionados con la actividad de MGS, Seguros y Reaseguros S.A., que puedan ser de su interés.

El titular de los datos podrá revocar la autorización concedida así como ejercer de manera gratuita sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, dirigiéndose a MGS, Seguros y Reaseguros S.A., mediante escrito dirigido al Servicio de Atención al Cliente en Avda. Diagonal, 543, 08029 Barcelona; o vía fax, al número 933 217 296.

El Tomador declara asumir la obligación de comunicar al Asegurado o Beneficiario, si existieren, la inclusión de sus datos en dichos ficheros, así como su finalidad y tratamiento.

Finalmente, declara conocer que los datos facilitados en este documento constituyen la base del contrato de seguro, asumiendo por completo las responsabilidades de esos datos.

DEBER GENERAL DE INFORMACIÓN AL TOMADOR

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

1. La Entidad ha adoptado la forma jurídica de Sociedad Anónima.
2. La Entidad aseguradora tiene su domicilio social en Avda. Diagonal, 543, 08029 Barcelona, España.

3. El control de la actividad aseguradora de la Entidad corresponde a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, dependiente del Ministerio de Economía y Competitividad del Estado Español.

4. La legislación aplicable al contrato es la española, en concreto, la Ley 50/80 de 8 de octubre de Contrato de Seguro, y la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y las normas que la desarrollan.

5. El Tomador, Asegurado y/o Beneficiario, podrán dirigirse al **Servicio de Atención al Cliente** para cualquier consulta, sugerencia, queja o reclamación, mediante escrito a este servicio, sito en Avda. Diagonal, 543, 08029 Barcelona; por teléfono, al 902 101 899; vía fax, al número 933 217 296; así como a través de nuestra página web www.mgs.es. En el caso de quejas o reclamaciones dispondrán adicionalmente del teléfono gratuito de información 900 592 743.

Asimismo, podrán dirigirse por escrito, al Defensor del Cliente "D.A. Defensor, S.L.", calle Marqués de la Ensenada 2, 28004 Madrid, teléfono 913 104 043, fax 913 084 991, e-mail reclamaciones@da-defensor.org.

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

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

COMUNICACIONES

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

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

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

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

Las comunicaciones del Asegurador al Tomador, Asegurado o Beneficiario, se realizarán en el último domicilio postal declarado por aquellos.

CONSTANCIA DE LA RECEPCIÓN DE INFORMACIÓN EN SEGUROS COLECTIVOS NO VIDA

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

Reglas de aplicación del baremo:

1. La impotencia funcional completa y permanente de una parte del cuerpo se considerará como pérdida anatómica de la misma.
2. En caso de impotencia parcial de una parte del cuerpo, la indemnización se establecerá proporcionalmente al porcentaje correspondiente a la pérdida completa de la misma.
3. En el caso de más de una lesión en el mismo accidente, se valorará cada una de ellas por separado sin que la suma de los menoscabos de las mismas pueda superar el 100%.
4. Si el Asegurado presentara secuelas previas al accidente, en la valoración total de las lesiones, se deducirá la cuantía correspondiente a dichas secuelas preexistentes.
5. Las lesiones que no se encuentren recogidas como tales en el Baremo, se indemnizarán según su gravedad por similitud con las que se especifican en el mismo.
6. Si el Asegurado es de hábito zurdo, los porcentajes correspondientes a la extremidad superior se invertirán.

6.3. Asistencia sanitaria por accidente

Están cubiertos por esta garantía los gastos médicos, hospitalarios, farmacéuticos y de rehabilitación que se produzcan hasta el total restablecimiento del Asegurado por un plazo máximo de prestación de 365 días.

Se entenderán incluidas las prótesis, así como también los medios de fijación internos. En cuanto a los medios de fijación externos quedarán incluidos siempre que sean prescritos por los facultativos del Asegurador por entenderse necesarios para la curación del Asegurado. Las prótesis dentales quedarán incluidas hasta un importe máximo de 100 Euros por pieza.

Al propio tiempo, en caso de producirse la hospitalización del Asegurado quedarán incluidos en los gastos de habitación la cama para acompañante, salvo imposibilidad manifiesta, como por ejemplo, cuando la hospitalización sea en UVI/UCI.

La presente garantía será prestada en España sin límite alguno en su importe, siempre que lo sea por médicos y en establecimientos concertados por el Asegurador.

Cuando la asistencia sea prestada por médicos y establecimientos de libre elección del Asegurado, los costes que deberá soportar el Asegurador quedarán limitados a la cifra de 600 Euros.

Si el accidente ocurre en el extranjero y el Asegurado no puede ser trasladado a España, la indemnización de los gastos incurridos en concepto de asistencia sanitaria, se limitarán a 6.000 Euros.

En cualquier caso, las condiciones acordadas en el contrato no podrán excluir la necesaria asistencia de carácter urgente prevista en el artículo 103 de la Ley de Contrato de Seguro.

Con el fin de mantener la necesaria suficiencia de la prima, el Asegurador la aumentará, en cada vencimiento anual, en un porcentaje equivalente al incremento experimentado por el grupo Medicina del I.P.C. de cada año.

6.4. Rotura de gafas

Si a consecuencia de un accidente que precise de asistencia sanitaria, se produce la rotura de gafas del Asegurado, el Asegurador reembolsará los gastos de adquisición de unas nuevas gafas, hasta un máximo de 150 Euros por unidad.

7. Accidentes excluidos

No serán objeto de cobertura por esta póliza aquellos accidentes que, aún cumpliendo con los requisitos legales expuestos en el punto 3, se produzcan en situaciones que concretamente se excluyen en la cobertura de Riesgos Extraordinarios.

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

Al propio tiempo, se hace constar que quedan excluidos los accidentes que sufra el Asegurado como consecuencia de su participación en cualquier tipo de competiciones deportivas de velocidad.

En cualquier caso, no queda incluida la práctica de deportes de aventura como el parapente, paracaidismo, puenting, barranquismo, rafting, etc., ni cualquier otra actividad deportiva o lúdica con características de riesgo similares a las descritas. Solamente se entenderán garantizadas cuando figuren expresamente incluidas en la póliza mediante la oportuna cláusula especial.

8. Actuación en caso de siniestro

8.1. Indemnización por fallecimiento

Con la solicitud de prestación el Tomador o Beneficiarios deberán presentar los siguientes documentos:

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

.Certificado de defunción del Asegurado.

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

. Si procede, certificado del Registro de Actos de Últimas Voluntades o copia del último testamento.

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

De no existir designación expresa de Beneficiario lo serán en orden preferente y excluyente, a partes iguales, los padres, los hermanos, los abuelos y los herederos legales.

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

8.2. Indemnización por invalidez permanente

En caso de ocurrencia de siniestro, el Asegurado deberá facilitar al Asegurador certificados médicos de los facultativos que le hayan asistido, en los que constará con detalle la causa, duración y consecuencias de las lesiones que produjeron la invalidez.

El Asegurado permitirá cuantos reconocimientos consideren oportunos los servicios médicos del Asegurador, así como proporcionará cuantos datos o informaciones se le soliciten para comprobar la existencia de la invalidez y sus causas.

El Asegurador en función de la documentación facilitada por el Asegurado, así como la obtenida por sus propios medios, fijará el grado de invalidez de éste, cuando su estado sea reconocido como definitivo, pero siempre dentro de un año a contar desde la fecha del accidente.

El Asegurador notificará por escrito al Asegurado la cuantía de la indemnización y si éste mostrase su disconformidad con la misma o en su caso con el grado de invalidez propuesto, ambas partes se someterán a la decisión de Peritos Médicos.

El trámite pericial puede iniciarse a instancias del Asegurado o del Asegurador. Es decir, el reclamante puede iniciar el procedimiento mediante nombramiento de perito, comunicándolo por escrito a la entidad aseguradora.

En esta comunicación ha de constar la aceptación de dicho perito, y se ha de requerir expresamente al Asegurador para que en plazo de ocho días, desde que reciba tal comunicación, nombre el suyo.

Si el Asegurador no realizase el nombramiento, se entenderá que acepta el dictamen que emita el perito del Asegurado y quedará vinculado por el mismo.

En el caso de que los peritos lleguen a un acuerdo, se reflejará en un acta conjunta en la que se harán constar las causas del siniestro, la valoración de los daños, y las demás circunstancias que influyan en la determinación de la indemnización.

Cuando no haya acuerdo entre los peritos, se designará un tercer perito de común acuerdo, o se instará tal designación al juez de primera instancia.

Conforme al artículo 39 de la Ley de Contrato de Seguro, cada parte satisfará los honorarios de su perito, y los del tercero, en el caso de que se llegue a su nombramiento, se pagarán por mitad.

8.3. Indemnización por asistencia sanitaria

En el caso de producirse un accidente que precise asistencia sanitaria, el Asegurador facilitará al Asegurado el médico o centro sanitario donde ha de dirigirse para que le sea prestada dicha asistencia, para lo cual deberá llamar al teléfono Nº. 902120863.

9. Riesgos extraordinarios

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

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

de los riesgos extraordinarios con cualquier entidad aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente.

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

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

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

1. RESUMEN DE LAS NORMAS LEGALES

1.1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

- a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias (incluyendo los embates de mar), erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 120 km/h, y los tornados) y caldas de meteoritos.
- b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
- c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

1.2. Riesgos excluidos

- a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
- b) Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.
- c) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya procedido la declaración oficial de guerra.
- d) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 25/1964, de 29 de abril, sobre energía nuclear.
- e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, y en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.
- f) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios conforme al artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios.
- g) Los causados por mala fe del asegurado.
- h) Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura de Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro queda extinguido por falta de pago de las primas.
- i) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de «catástrofe o calamidad nacional».

1.3. Extensión riesgos excluidos

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

2. PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN EN CASO DE SINIESTRO INDEMNIZABLE POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

En caso de siniestro, el asegurado, tomador, beneficiario, o sus respectivos representantes legales, directamente o a través de la entidad aseguradora o del mediador de seguros, deberá comunicar, dentro del plazo de siete días de haberlo conocido, la ocurrencia del siniestro, en

la delegación regional del Consorcio que corresponda, según el lugar donde se produjo el siniestro. La comunicación se formulará en el modelo establecido al efecto, que está disponible en la página «web» del Consorcio (www.consorseguros.es), o en las oficinas de éste o de la entidad aseguradora, al que deberá adjuntarse la documentación que, según la naturaleza de las lesiones, se requiera.

Para aclarar cualquier duda que pudiera surgir sobre el procedimiento a seguir, el Consorcio de Compensación de Seguros dispone del siguiente teléfono de atención al asegurado: 902 222 665.

10. Aspectos generales del contrato

10.1. Declaraciones sobre la contratación

10.1.1. Generales

El contenido de la póliza no podrá diferir de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas. Si se diere tal circunstancia el Tomador podrá reclamar al Asegurador en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza para que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza.

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

10.1.2. Relativas al siniestro

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

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

10.1.3. Duración

La duración del contrato será la determinada en la póliza. Sin embargo, y según se disponga en el contrato de seguro, podrá prorrogarse una o más veces por un período no superior a un año cada vez.

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

10.1.4. Prescripción

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

10.1.5. Jurisdicción

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

10.2. Derechos y obligaciones del Asegurador

10.2.1. Generales

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

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

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

10.2.2. Relativas al siniestro

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

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

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

10.3. Derechos y obligaciones del Tomador o Asegurado

10.3.1. Relativas al contrato de seguro

El Tomador 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, aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.

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

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

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

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

LENGUA OFICIAL

El Tomador del seguro ha elegido recibir el Condicionamiento General de la póliza en castellano, de acuerdo con lo establecido en la Orden TIC/385/2003, de 21 de agosto, por la que se establecen normas dirigidas a mejorar la información al consumidor.

CONCORDANCIA DE LA PÓLIZA CON LA INFORMACIÓN OFRECIDA POR EL TOMADOR

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

DOCUMENTO DE 11 PÁGINAS, HECHO Y FIRMADO, A UN SOLO EFECTO, EN CORNELLA DE LLOBREGAT A 5 DE SEPTIEMBRE DE 2016

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

El Tomador
D E
S Coop Ltda



CENTRO INTERNACIONAL DE EDUCACIÓN S
PALMA DE MALLORCA

MGS Seguros
El Presidente,



TOMADOR DEL SEGURO

CENTRO INTERNACIONAL DE EDUCACIÓN S COOP L
N.I.F.: F07038722
CALLE ARNER NUM:3
07013 PALMA , PALMA DE MALLORCA , ILLES BALEARS

FECHA EFECTO PÓLIZA

12 HORAS DEL DÍA 1 DE SEPTIEMBRE DE 2016

DURACIÓN

ANUAL PRORROGABLE

FECHA DE VENCIMIENTO

EL DÍA 1 DE SEPTIEMBRE DE CADA AÑO

MONEDA

EUROS

PRIMA NETA ANUAL

ANUAL

FORMA DE PAGO

DESGLOSE DEL RECIBO

VALORACIÓN DESDE: 01-09-2016 HASTA: 01-09-2017

PRIMA NETA

CONSORCIO

TRIBUTOS

IMPUESTO PRIMAS SEGURO

IMPORTE TOTAL

**SUCURSAL DE SERVICIO
Y LUGAR PARA EL PAGO
DE LA PRIMA**

CORNELLÁ
CALLE EDUARD GIBERT NUM:42 PISO:PB
08940 CORNELLA DE LLOBREGAT , BARCELONA

TELEF. 934745359
FAX 934744489

CORREDOR

ARC CORREDORIA D'ASSEGURANCES S. COOP. L.